



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPERTANSİYON TANISI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ÖZ
YÖNETİMİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ**

Mine TOPÇU

MUĞLA-2023

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HİPERTANSİYON TANISI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ÖZ
YÖNETİMİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ**

Mine TOPÇU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özcan AYGÜN

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Mine TOPÇU tarafından hazırlanan “Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Öz Yönetimi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Arzu AKCAN

(İmza)

Akdeniz Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Özcan AYGÜN

(İmza)

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. İsmail TOYGAR

(İmza)

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Tez savunma tarihi: 06/07/2023

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müessser ÖZCAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

06/07/2023

(İmza)

Mine TOPÇU

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Öz Yönetimi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

06/07/2023

(İmza)

Mine TOPÇU

TEŞEKKÜR

Özveri ile hazırladığım yüksek lisans tezimi tamamlıyor olmanın gururu ve heyecanını yaşıyorum.

İlk olarak danışmanlığımı üstlenen, tez konumun seçiminden, araştırmamın yürütülmesine kadar her süreçte yanımda olan, bana yol gösteren, desteğini ve emeğini hiç esirgemedi beni yüreklendiren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve her zaman gurur duyacağım sayın hocam Doç. Dr. Özcan AYGÜN'e teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmanın uygulama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Söke 6 No'lu ASM hekimine ve hemşirelerine teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni destekleyen, haklarını asla ödeyemeyeceğim annem, babam ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

HİPERTANSİYON TANISI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta aktiflik düzeyi ve hipertansiyon öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan bu çalışma 425 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışmanın etik onayı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi sağlık bilimleri etik kurulundan ve kurum izni ise Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır. Araştırmanın veri toplama araçları Sosyo-demografik Veri Formu, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formundan oluşmaktadır. Veriler aile sağlığı merkezinin danışma bölümünde yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Bağımsız değişkenlerde t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, X^2 testi ve Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Katılımcıların %46.4'ünün sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz, %19.1'inin sorunlu/problemlili, %21.4'ünün yeterli, %13.2'sinin mükemmel olduğu, Hasta Aktiflik Düzeyleri Ölçeği (HADÖ) %84.2'sinin düzey 1, %6.6'sının düzey 2, %9.2'sinin düzey 3-4 olduğu belirlenmiştir. HADÖ düzeyi 1 olan katılımcıların HADÖ düzeyi 3-4 olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 13.921 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ile katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Sonuç olarak; sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan hipertansiyon tanısı almış bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği arasında ise bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Hipertansiyon tanısı almış hastaların sağlık okuryazarlığı yeterli düzeye getirilerek, hipertansiyon özbakım becerileri geliştirilmelidir. Bu becerinin kazandırılmasıyla hasta aktifliğinin artması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Aktiflik, Hipertansiyon, Kronik Hastalık, Öz yönetim, Sağlık Okuryazarlığı

THE RELATIONSHIP OF DISEASE SELF-MANAGEMENT AND HEALTH LITERACY OF INDIVIDUALS WITH DIAGNOSIS OF HYPERTENSION

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the health literacy levels of individuals with hypertension and to examine the relationship between health literacy levels, patient activity level and hypertension self-management. This descriptive and relationship-seeking study was completed with 425 participants. The ethical approval of the study was obtained from the ethics committee of Muğla Sıtkı Koçman University and the institutional permission was obtained from the Aydın Provincial Health Directorate. The data collection tools of the study consisted of the Socio-demographic Data Form, the Self-Care Management Scale in Chronic Diseases, the Patient Activity Level Scale and the European Health Literacy Scale short form. The data were collected through face-to-face interviews in the counseling department of the family health center. In the analysis of the data, t test, One Way Analysis of Variance, X^2 test and Ordinal Regression Analysis were used for independent variables. The health literacy levels of 46.4% of the participants were insufficient, 19.1% problematic, 21.4% adequate, 13.2% excellent. Patient Activity Measured (PAM) levels 84.2% had level 1, 6.6% had level 2, 9.2% were determined to be level 3-4. Participants with PAM level 1 were found to be 13,921 times more likely to have adequate health literacy than participants with PAM level 3-4 ($p<.05$). It was determined that there was no significant relationship between the Self-Care Management Scale in Chronic Diseases and the health literacy levels of the participants ($p>.05$). In conclusion; It has been determined that the patient activity levels of individuals diagnosed with hypertension with sufficient health literacy level are related. It was determined that there was no relationship between the health literacy levels of the participants and the Self-Care Management Scale in Chronic Diseases. Hypertension self-care skills should be developed by bringing the health literacy of patients diagnosed with hypertension to a sufficient level. With the acquisition of this skill, patient activity should be increased.

Keywords: Patient Activity, Hypertension, Chronic Disease, Self-management, Health Literacy

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Önemi ve Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Önemi	4
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Hipertansiyonun Tedavisi	5
2.3.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	5
2.3.2. İlaç Tedavisi	6
2.4. Hipertansiyonun Önlenmesi.....	7
2.5. Hipertansiyonlu Hastada Hemşirelik Yaklaşımları.....	8
2.6. Hipertansiyonlu Hastada Öz Bakım Yönetimi.....	9
2.7. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi.....	13
2.8. Hipertansiyonun Önlenmesinde Sağlık Okuryazarlığının Rolü.....	14
2.9. Öz Bakım Yönetiminde Sağlık Okuryazarlığının Etkisi.....	15
3. YÖNTEM	17
3.1. Araştırma Modeli	17
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	17
3.3. Veri Toplama Araçları	18
3.4. Veri Toplama Süreci	19
3.5. Deneysel Kurgu.....	20
3.6. İstatistiksel Analiz.....	20
3.7. Etik Onay	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	21

4. BULGULAR.....	22
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	22
4.2. Katılımcıların HADÖ ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
4.3. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması	31
4.4. Katılımcıların SOY ve HADÖ Kategorilerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
4.5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, HADÖ ve Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İlişkisi.....	35
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği Bulgularının Tartışılması	40
5.2. Kronik Hastalıklarda Hastalık Özyönetim Ölçeği Bulgularının Tartışılması	43
5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	45
5.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Hastalık Özyönetim İlişkisinin Tartışılması	48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	60
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	60
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	61
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	62
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	71

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BMI	: Beden Kitle Endeksi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
HADÖ	: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği
HT	: Hipertansiyon
JNC	: Birleşik Komite
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
SCMP-G	: Kronik Hastalık Öz Bakım Yönetimi Ölçeği
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SVO	: Serebrovasküler Olay
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları.....	21
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Başvurdukları ve Güvenilir Buldukları Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı	25
Tablo 4.3. Katılımcılara Ait Sürekli Değişkenlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	26
Tablo 4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	26
Tablo 4.5. Katılımcıların SOY ve HADÖ Düzeyleri Dağılımı	27
Tablo 4.6. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre HADÖ ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.7. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki.....	32
Tablo 4.8. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo. 4.9. Katılımcıların SOY ve HADÖ kategorilerine göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.10. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Etkisi.....	38

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi ve Tanımı

Kronik hastalıkların görülme sıklığının artış göstermesi önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Aydın ve Öztürk, 2014). Ortaya çıkan bu hastalıklar önemli sağlık sorunlarına neden olurken aynı zaman da yaşam kalitesini de oldukça düşüren hastalıklardır (Özpancar, 2016). Önemli kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyon nüfusun yaşlanmasıyla birlikte görülme sıklığının da artmasına neden olmuştur (Doğrucan Katrancı, 2019). Dünya genelinde 30-79 yaş aralığında tahminen 1.28 milyar yetişkinin hipertansiyon hastası olduğu bilinmektedir. Hipertansiyon hastası olan yetişkinlerin tahminen %46'sı hipertansiyon hastası olduğundan haberdar değildir. Hipertansiyon hastalarının %42'si teşhis ve tedavi edilmektedir. Hipertansiyon hastalığı olan yetişkinlerden yaklaşık %21'i kontrol altındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik küresel hedeflerinden birisi de 2010-2030 seneleri arasından hipertansiyon prevalansını %33 oranında azaltmaktır (WHO, 2023).

Sağlığın geliştirilmesi hususunda ele alınan sağlık okuryazarlığı (SOY), halk sağlığından hedeflenen gelişmeleri yerine getirilebilmesi için hayati öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı kavramıyla hem sağlık hakkı hem de hasta haklarının bilincinde olmasını, kronik hastalığının tedavisinde kullandığı ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmasını, halk sağlığı ile alakalı duyuruların, sağlık hakkında haberler ve bu konudaki eğitim materyallerinin anlaşılmasını gerektirmektedir (Çınarlı, 2015). SOY düzeyinin yetersiz olması toplum sağlığı açısından bazı durumlara neden olmaktadır oluşan bu durumlar; kronik hastalık durumuyla alakalı olarak bakım ve hastalığı yönetme ve kronik hastalıkla mücadelede sağlık bakım hizmetlerine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden eksiklikler, öz bakım yetersizliğidir (Tözün ve Sözmen, 2014). Kişinin sağlığı üzerindeki öz yönetimini ve alabileceğini sorumluluk düzeyini arttırmak amacıyla SOY düzeyinin geliştirilmesi çok önemlidir (Demir Avcı, 2016). Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar hipertansiyon tanısı aldığında sağlıklarıyla, hastalıklarıyla ve hipertansiyon tedavi süreciyle alakalı okuduklarını anlamakta güçlük çekiyorlar, sağlık personeliyle iletişimde zorlanıyorlar. Bu sebeple içerisinde bulundukları tıbbi durum ve bu durumun tedavi sürecini yeterince yönetemedikleri belirtilmektedir (Balçık ve Taşkaya, 2014).

Yılmazel ve Çetinkaya'nın (2016) yaptığı bir çalışmada, kronik hastalıkların yönetilmesinde sağlık okuryazarlığının önemli bir rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öz yönetim kavramını, kronik hastalığa sahip olan bir bireyin yaşamını daha iyi bir noktaya taşıması için önemli olduğu, kronik hastalığı kontrol altında tutabilmesi için bireyin yapmakta olduğu görevlerin tümünü içerdiğinin üzerinde durulmuştur (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

SOY ve öz yönetim ile ilgili yapılan farklı çalışmaları incelendiğinde; sağlık bilgisinin öz yönetimi etkilediği, bireyin öz yönetiminin ise sağlam bir okuryazarlık ile çok daha iyi duruma geleceği sonucuna ulaşılmaktadır (Schaffer vd., 2017). Mackey vd., (2016) tarafından yapılan bir çalışma da düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin öz yönetim davranışları daha zayıf bulunmuştur ve sağlık okuryazarlığının düşük olması öz yönetim becerilerinin de gelişmemiş olması sağlık hizmetlerinde artan maliyete sebebiyet vermiştir (Mackey vd., 2016). Düşük sağlık okuryazarlığı öz yönetim becerilerini geliştirmek için yapılması gereken davranışları da etkilemektedir (Keçik, 2021). Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasıyla kazanılamayan öz yönetim becerisi nedeniyle daha kötü sağlık sonuçlarının ortaya çıkması ve ölüm oranlarının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Schaffer vd., 2017).

Literatür incelendiğinde düşük sağlık okuryazarlığı ile zayıf özyönetim/öz bakım/ sağlık raporlamasının birbirleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Apter vd., (2013) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasıyla daha iyi astım kontrolünün sağlandığı belirlenmiştir (Apter vd., 2017). Bu durum sonucunda da astımlı bireyin yaşam kalitesin de artış gözlemlenmiştir (Sürücü Arda, 2018). Kronik hastaların önlenmesi ya da kronik hastalıkların yönetilmesinde kişinin SOY düzeyinin önemli olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalığı olan bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olursa sağlık bilgisini anlamada ve öz bakımını yerine getirmede zorlandığı görülmektedir (Schaffer vd., 2017). Literatür taraması sonucunda bahsedilen ilişkiyi inceleyen herhangi bir başka çalışmaya rastlanılmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta aktiflik düzeyi ve hipertansiyon öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- Hipertansiyonlu bireylerin hasta aktiflik düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Hipertansiyonlu bireylerin kronik hastalık öz yönetimini etkileyen faktörler nelerdir?
- Hipertansiyonlu bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Hipertansiyonlu bireylerin hasta aktiflik düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri ilişkili midir?
- Hipertansiyonlu bireylerin kronik hastalık öz yönetimi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri ilişkili midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Önemi

Hipertansiyon günümüzde önemli bir halk sağlığı olarak ele alınmaktadır. Hipertansiyonda, eğitim programlarının geliştirilmesi ve tedaviye uyum sağlandığı takdirde kan basıncının normal sınırlara gerilediği görülmüştür. Son veriler incelendiğinde, hipertansif yetişkin sayısının 2025 yılına gelindiğinde 1.5 milyara dayanacağını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hipertansiyon tanısının koyulabilmesi için farklı iki günde yapılmış olan kan basıncı ölçümlerinde ölçülen her iki günde de sistolik kan basıncı değerinin ≥ 140 mmHg ve her iki gündeki diyastolik kan basıncı değerleri ≥ 90 mmHg tanı koymada kriter olarak belirlemiştir (WHO, 2021).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre dünyada hipertansiyonlu yetişkin insanların sayısı 1975'te 594 milyon ve 1980'de 600 milyon iken 2008'de 1 milyara ve 2015'te ise 1.13 milyara yükselmiştir (WHO, 2017). Hipertansiyon prevalansındaki artış, esas olarak risk faktörlerindeki artıştan kaynaklanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin açıkladığı küresel hedeflerinden biri, hipertansiyon prevalansını 2025 yılına kadar %25 azaltmaktır (WHO, 2019). Ülkemizde 2020 senesinde yaklaşık 17 milyon kişinin hipertansiyon hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. 2015 yılı itibarı ile dünya genelinde dört erkekten biri ve beş kadından birinin hipertansiyonu vardır. Hipertansiyonu olan her 5 kişiden sadece 1'inde kan basıncı kontrol altındadır. Dünya genelinde 60 yaşından önceki ölümlerin başlıca sebeplerinden biri olan hipertansiyon her yıl yaklaşık 9.4 milyon insanın ölümden sorumludur. Hipertansiyona yakalanan bireylerin üçte ikisi ya düşük ya da orta gelire sahip ülkelerde yaşamını sürdürmektedir (Unger vd., 2020). Kan basıncının yüksekliği, kalp-damar hastalıkları açısından önemli risk faktörüdür. Kalp hastalığının neden olduğu ölümler araştırıldığında hipertansiyon bu ölümlerin en az %45'inden ve koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin %51'inden sorumlu olduğu görülmektedir (WHO, 2020).

Hipertansiyon görülme oranının yaş ile beraber arttığı özellikle 60 yaş ve üzerinde bu oranın %60'ı aştığı bilinmektedir. Toplumlar giderek yaşlanmakta ve yaşlanmayla daha sedanter yaşam tarzı görüldükçe ve beden kitle indeksinde artışlarla beraber hipertansiyon görülme sıklığının da giderek artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (Chow vd., 2013).

2.3. Hipertansiyonun Tedavisi

Hastaya tanı koyulduğu andan itibaren hastanın yaşamı boyunca sürecek olan bir tedavi süreci başlayacaktır (Yıldırım, 2021). Ömür boyu devam edecek olan bu tedavi sürecinde hedeflediğimiz durum kan basıncı düzeyinin değişen yaşam tarzıyla, hastanın diyetine dikkat etmesiyle, antihipertansif tedavi ve düzenli kan basıncı ölçümleri yaparak kan basıncını normal sınırlara gelmesini sağlamak ve bunu devam ettirebilmektir (Carey ve Whelton, 2018). Tedavide karşılaşacağımız önemli sorunlardan birisi de hastanın antihipertansif tedaviye uyum sağlayamamadır (Doğrucan Katrancı, 2019).

Tedavide temel amaç kan basıncının düşürülmesidir. Kardiyovasküler sistem ve renal sistem mortalite ve morbiditenin azaltılması gerekmektedir. Hipertansiyonu tedavi altına almak yaşam tarzın da değişiklikler ve ilaç tedavisi ile mümkündür (WHO, 2020). Tedaviyi planlarken hastanın mevcut risklerinin neler olduğunu ve hedefimizdeki kan basıncı düzeyini göz önünde bulundurmanız şarttır. Hedeflenen kan basıncı düzeyine ulaşabilmemiz için yaşam tarzında yapılan değişiklikler ile uygulanan ilaç tedavisi kombine edilmelidir (Ebrahimi Belil vd., 2018). Odaklanılması gereken bir nokta hastaların çoğu özellikle de 50 yaş ve üzerindeki kişilerde sistolik kan basıncını hedefe ulaştırdığımızda diyastolik kan basıncını da hedefe ulaştırmış oluruz (Yıldırım, 2021). Bu sebeple önceliğimiz sistolik kan basıncı olmalıdır. Kan basıncı değerlerinde hedefe ulaştığımız zaman kardiyovasküler sistem üzerinde oluşabilecek komplikasyonlarda azalmış olacaktır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2.3.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hastanın yaşam tarzında yapacağı değişiklikler hipertansiyondan korunmada ve hipertansiyonun tedavi edilmesinde en önemli aynı zamanda vazgeçilmez bir unsurdur. Yaşam tarzında değişikliği sağlayabilen hastaların kan basıncı değerlerinde düşme görülür (WHO, 2022). Antihipertansif ilaçların etkinliğinde artış sağlanmış olunur.

Hastanın kullanmış olduğu ilaç sayısı ve dozunda azalma meydana gelir. Böylelikle kardiyovasküler risklerde azalma sağlanır. Hastanın kan basıncı değeri artıyorsa bu yaşam değışiklikleri hastaya ısrarla vurgulanmalıdır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).Hipertansiyon hastalarının ömür boyu sürececek olan tedavileri boyunca yaşam tarzında değışiklik yapmaları bu değışiklikleri yapmak zorunda kalmaları, ilaç kullanımı düzenli sürdürmeleri, sağlık kontrollerini düzenli olarak gitmeleri ve başka kişilere olan bağımlılıklarının artması nedeniyle uyum sorunlarıyla karşı karşıya kalınmaktadır (Carey ve Whelton, 2018).

Öneriler;

- Hipertansiyon hastalarının tuz alımı kısıtlanmalıdır.
- Alkol tüketimin kısıtlaması önerilir.
- Sebze, meyve ve yağ oranı düşük olan süt ürünlerinin tüketiminin artırılması önerilir.
- Hipertansiyon hastalarında Beden Kitle Endeksi 25 kg/m² ye düşürülmesi önerilir, bel çevresinin kadınlarda <90 cm erkeklerde <96 cm düzeyine düşürülmesi önerilir.
- Egzersizler düzenli olarak sürdürülmelidir.
- Hasta eğer sigara içiyorsa bırakması önerilir, bu konuda destek olunmalıdır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2.3.2. İlaç Tedavisi

Hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine başlandığı esnada bireyin kan basıncı değeri, risk faktörlerinin neler olduğu ve buna eşlik eden hastalığı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Tedavide diüretikler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE), kalsiyum kanal blokerleri (KKB), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve beta blokerler kullanılmaktadır (Yıldırım, 2021). Ebrahimi Belil vd., (2018) yapmış olduğu bir çalışma da çalışmaya katılanların düzenli tanı testleri yapması, ilaçları reçete ile alması ve bu ilaçları kendi sağlık durumlarına göre belirleyip kullanmaları, doktor ziyaretlerini düzenli olarak yapmaları ve kendi ruh sağlıklarına dikkat ederek problemlerinin üstesinden gelebildikleri sonucuna ulaşılmıştır (Ebrahimi Belil vd., 2018).

Karşılaştırma yapıldığında hipertansiyon hastalarının tedaviye olan uyumlarında ciddi ilerlemeler var ancak reçete edilmemiş olan ilaçların kullanımı sorunu hala devam etmektedir (Ebrahimi Belil vd., 2018). Ek olarak ilaç almayı unutma, ilacı yanlış zamanda alma, sedanter yaşam tarzını devam ettirme, önerilen diyetle uymama, randevulara düzenli gitmeme ve kendi hastalığıyla ilgili olan bilgileri değerlendirememesi gibi davranışlarının var olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ulaşılan bilgiler arasındadır (Yıldırım, 2021). Hastalarda görülen bu uyumsuz davranışlar sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu hipertansiyon hastalığını kendi kendine yönetememe (Keçik, 2021) yani öz yönetim becerisinin zayıf olduğu bunun sonucunda da hastaneye tekrarlı yatışlara, mortalite ve morbidite oranlarının da artışına yol açabilmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015).

2.4. Hipertansiyonun Önlenmesi

Hasta eğitimleri, yeterli olan tedaviyi hastaya sağlayabilmemiz ve mevcut hastalığının neden olabileceği farklı riskleri azaltabilmemiz açısından hastalıkların yönetiminde önemlidir ve öncelik verilmelidir (Liu vd., 2020). Örneğin; hipertansif olan bir hastaya ilacını nasıl alması gerektiğini, sağlıklı yaşam için ne gibi beceriler kazanması ve hayatında nasıl değişiklikler yapması gerektiğini yapması gereken bu değişikliklerin tedavideki önemi vurgulanmalıdır. Hastanın hipertansiyon ile ilgili bilinçli olması davranışsal değişiklik yapmasını ve hastalığını kabullenmesini de sağlamaktadır. Geleneksel yöntemlerle yapılan hasta eğitimleri standart yazılı materyallerle yapılıyor. Ama pratiğe gelindiğinde durum hiç de böyle değildir (Aşlar, 2015). Literatür incelendiğinde düşük sağlık okuryazarlığı ile zayıf özyönetim/özbakım/ sağlık raporlamasının birbirleri ile ilişkili olduğunu bize göstermektedir (Keçik, 2021).

Kanıtlar kısıtlı da olsa sağlık okuryazarlığı düzeyleri sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel aktivite durumu, sağlıklı beslenme alışkanlıklarıyla sağlıkta riske neden olan davranışları arasında bir ilişki olduğu düşünülüyor (Dunkay vd., 2017). Kanıtların kısıtlı ancak bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin hipertansiyonu önleme konusunda önemli bir faktör olabileceği belirtilmeden geçilmemelidir. Hipertansiyonu olan bireye değiştirilebilir risk faktörlerinin ne kadar önemli olduğunu içeren karmaşık bilgiler sunulursa ya da hasta bu erişim kapasitesine sahip değilse, kişi bu bilgileri anlayamaz, bilgiler ışığında harekete geçemez ve bilinçli olarak seçim yapması için fırsatı olamaz (Dunkay vd., 2017). Bu durumlar literatürde üzerinde durulmaya devam

edilen önemli konular arasında yer almaktadır (Keçik, 2021). Hasta, yönlendirmeyi anlamazsa ya da bu yönlendirmeler yetersiz ise hipertansiyon tedavisi hasta ve ailesi için zorlaşmaktadır. Literatür tarandığında HT hastalarının eğitim yolu ile arttırılmış olan bilgileri tedaviye olan uyumlarını arttırmıştır ve hastaların takiplerine daha düzenli gelmeleri açısından gereklidir sonucuna ulaşılmıştır (Adadioğlu ve Oğuz, 2016).

Williams vd., (1998) yaptığı çalışmada, hipertansiyon (HT) ve Diyabet (DM) hastaları temel alınmış, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle kronik hastalıkları ve tedavileri konusundaki ilişkinin incelendiği, kesitsel bir çalışma da yetersiz olan sağlık okuryazarlığı, hastaların kronik hastalıklar hakkındaki eğitimlerinde ciddi bir engel olduğu bildirilmiştir (Williams vd., 1998). Görüldüğü gibi hipertansiyon hastalarına uygulanan tedavinin başarısı hastanın tedavisini uygulaması ve uyguladığı bu tedaviye uyum sağlamasıyla ilişkilidir. Başka bir çalışmada Apter vd., (2013) tarafından yapılmış olan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasıyla daha iyi hipertansiyon kontrolünü sağladığını belirtmiştir (Apter vd., 2013). Bu durum sonucunda da hipertansiyonlu bireyin yaşam kalitesin de artış gözlemlenmiştir (Keçik, 2021). Hipertansiyon hastalarının hastalık sürecini etkili ve başarılı yönetebilmesinde hastaların mutlaka sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. SOY düzeyi belirlendikten sonra sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi oldukça önem taşımaktadır (Ağralı ve Akyar, 2018). Zhang vd., (2017) sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyuncu arasındaki ilişkinin ne olduğunu incelenmiştir. Literatür taramasında bazı yayınlar sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyuncunun ilişkisinin; düşük sağlık okuryazarlığının yüksek uyuncu ile ilişkili olduğunu gösterirken, bazı yayınlarda sağlık okuryazarlığının daha yüksek ilaç uyuncuna neden olduğunu göstermiştir. Çalışma sonuçlarına göz attığımız zaman sağlık okur yazarlığının ilaç uyunsuzluğu ile çok düzeyli ve çok yönlü bir stratejinin parçası olarak ilişkili olduğu ancak tek başına etkili olmadığı sonucuna varıldığı ifade edilmiştir (Zhank vd., 2017).

2.5. Hipertansiyonlu Hastada Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşire olarak erken dönemde hipertansiyonu tespit edebilmemiz için bireylerin kan basıncı değerlerini uygun zamanlarda değerlendirebilmemiz şarttır. Hemşire, bu değerlendirmeyi yaparken doğru tekniği, uygun manşon boyutunun ne olduğunu ve cihazların kalibre edilmiş olmasını göz önüne alarak değerlendirmeyi sonuçlandırmalıdır. Hemşirelerin tanı süreciyle ilgili mutlaka bilgi sahibi olması

gerekmektedir (Tad, 2021). Hemşirelerin hipertansiyon yönetimindeki başlıca rollerini; hastanın öyküsünün alınıp tanılama yapılması, farmakolojik tedaviyi yönetme, hastaya eğitim verilmesi, danışmanlık ve beceri geliştirme, bakımın koordinasyonunu sağlama, toplum sağlığı yönetimi olarak sıralamak mümkündür (Himmelfarb vd., 2016). Hipertansiyon kronik bir hastalıktır. Hipertansiyon hayatın büyük bir alanını etkiler ve tedavi edilmesinde ekip çalışması gereklidir. Tedavide bu ekibin en önemli parçası ise hemşiredir. Hipertansiyon hastasının öyküsünün alınması, hastaya yönelik bakım planı oluşturulması, girişimlerin planlanıp, sonuçlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (Özkan ve Zincir, 2019). Hipertansiyon tanısı almış bireylerin ihtiyaçları belirlenip bu ihtiyaçlara yönelik danışmanlık, rehabilitasyon ve bireye özgü eğitimler uygular ve hipertansiyonun yönetilmesini destekleme de önemli bir anahtar rolündedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Hipertansiyon hastalarına yönelik hemşirelik bakım uygulamaları vardır. Hastaya hipertansiyon hastalığının tedavisi ve bu süreç ile ilgili eğitimlerin verilmesi, hipertansiyona özgü olan hemşirelik tanılarının belirlenip bu tanımlara yönelik bakım planı geliştirilerek sürecin oluşturulması bunlardan bazılarıdır. Bu süreç boyunca hemşire; bireye bütüncül yaklaşımla yaklaşmalıdır (Ağralı ve Akay, 2018). Bireyden bireye değişebilecek belirtileri göz önüne alarak bu belirtiler doğrultusunda girişimler planlanmalıdır. Yaşam boyu devam edecek bu süreçte hemşire olarak bir kavram haritası oluşturularak ilerlenmelidir. Oluşturulan kavram haritasıyla verilen bakım çok yönlü olur ve hastanın süreç boyunca karşılaşacağı sorunları bütünsel bakış açısıyla görüp çözümlemelidir (Özkan ve Zincir, 2019).

Hemşire, hasta ve hasta yakınlarına düzenli eğitimler vermelidir. Tanı alan hastalar kan basıncı değerlerini düzenli takip etmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir (Tad, 2021). Bakım verdiğimiz hasta ekip ile daima iletişim içerisinde olmalı ve kurulan bu iletişimle hastanın tedaviye uyumu cesaretlendirilmelidir (Aşıl, 2015). Deneysel bir çalışma sonucunda hipertansiyon hastası olan bireylere verilen tedaviye uyum eğitimi ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını arttırmayı sağlayacak eğitimin sonucu oluşturulan deney gruplarında tedaviye uyum sağlayanların arttığı gösterilmiştir (Hacıhasanoğlu, 2009).

2.6. Hipertansiyonlu Hastada Öz Bakım Yönetimi

Kronik hastalıklar kontrol altına alınmadığında fizyolojik fonksiyonlarda geriye dönüşü olmayan değişikliklere sebep olurlar. Bu hastalıklar yaşamın uzun bir dönemini

kapsamaktadırlar bu nedenle hem tedavi süreci boyunca hem de bakımda devamlılık isteyen hastalıklardır (Dunkay vd., 2017).

Kronik hastalıklar hem sürekli tedavi hem de ömür boyu izlemi gerektiren önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Uygulanan medikal bakıma ek olarak hipertansiyon hastalarının ve hastalara bakım vericilerin sürekli aktivitesini gerektirmektedir (Almomen vd., 2015).

Bireylerin kronik hastalığının yönetiminde sorumluluk alması yıllardır savunulmaktadır. Buna rağmen gelenekselleşmiş hasta rollerinin değişimine yönelik olan uygulamalar yetersizdir (Arabacı vd., 2018). Literatür incelendiğinde kronik hastalıklarının tedavisinin kuralcı bir yaklaşım olduğu bu yüzden de dikkate alınma düzeyinin düşük olduğu, hastanın öz bakımını kendi kendine yönetmesinin önemli olduğu bildirilmiştir. Günümüzde öz yönetim kavramı, kronik hastalıkların bakım sürecinde hastayı merkezde tutan oldukça popüler bir kavram halinde karşımıza çıkmaktadır (Adadioğlu ve Oğuz, 2016). Hastalık ve sakatlığı önleyebilmede kronik hastalıkların öz yönetimi de vardır. Kronik hastalıklarla tüm dünyanın baş edebilmesi için hastaların mutlaka öz yönetime teşvik edilmesi şarttır (Brady vd., 2017). Öz yönetim desteği denildiği zaman hastanın sadece diyetini düzenlemesi, düzenli egzersiz yapması, ilaçlarını düzenli kullanması ve kan basıncı ölçümünü düzenli yapması anlamına gelen bir kavram olarak algılanmamalıdır. Bu sayılanların yanında hastanın kendisi için gerekli olan özbakım araçlarını temin edebilmesini de kapsayan geniş bir durumdur (Kolcu ve Ergün, 2016).

Öz yönetim terimi; kronik hastalıklar da hayatta kalmayı öğrenmek, bu hastalıklarda farkındalık kazanabilmek ve hastanın baş etmeye çalıştığı hastalığıyla ilgili bilgisinin geliştirilmesi, hastanın geliştirdiğimiz bu bilgisinin değerlendirilmesi olarak tanımlayabiliriz (Cooper vd., 2013). Özyönetim de uygulama olarak; sağlıklı beslenme planının hazırlanması, diyabet hastası olan birey için kan glikozunun izlemi, metabolik kontroller, kronik hastalığı olan bireyin fiziksel aktivitesinin artırılması, hastalığını olumsuz etkileyen riskli davranışlardan uzak durup sağlıklı davranışlar kazanması/bunları alışkanlık haline getirip yaşamında uygulaması, kronik hastalığının neden olabileceği hastalıkları önleme gibi becerileri kazanması gerekir. Bunlara ek olarak hasta iyi bir problem çözme becerisini kazanmalıdır (Glasgow ve Strycker,

2015). Kronik hastalıkların özyönetimi dediğimizde daha çok davranışlarda değişiklik sağlamayı hedeflemiş oluruz ama bu davranış değişikliğini sağlamak ve sürdürmek kolay değildir. Örneğin; Amerikan Diyabet Eğitimcileri Derneği, diyabet özyönetim eğitiminin aslında bir noktada problem çözme süreci olduğundan bahseder. Buna göre de diyabet hastası olan bir hastanın diyabet özyönetimi problem çözme sürecimiz olan tanılamak, hedefleri belirlemek, hedeflere uygun planlama yapmak, planlanan girişimleri uygulamak ve değerlendirme aşamalarını içerir (İnkaya Vardar ve Karadağ, 2016).

Kronik hastalıklarda özyönetim eğitiminin verilmesi ile bireyin sahip olduğu kronik hastalık hakkında bilgisinin ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Buna ek olarak öz bakım davranışları arttı ve kronik hastalığın klinik sonuçlarının da düzeldiği bilinmektedir (ADA,2015). Kronik hastalığa sahip bireylerin özyönetim eğitimleri bireylerin olduğu her yerde yapılabilir ve yapılmalıdır. Yapılan bir çalışma sonucunda farklı ortamlarda ev, okul, elektronik ortamlar vb. yerler de özyönetim eğitimi verilen bireylerde hastaların sahip olduğu bilgi düzeyinde artış olduğu ve fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı bunun sonucunda özbakım becerilerinin düzeldiği yönündedir (İnkaya Vardar ve Karadağ, 2016).

Chang ve Green (2011) tarafından yapılan çalışmada hem eğitimli hem de sosyal desteği olan hipertansiyon hastalarının kan basıncı kontrol oranlarının çok daha iyi olduğunun sonucuna ulaşmışlardır (Chang ve Green, 2011). Erduran'ın yaptığı (2017) bir çalışmada uyku ve öz bakım gücünün değiştirebilir ve değiştirilemez maddelerden etkilendiği, uyku kalitesinin iyileşmesi öz bakım gücünü arttırdığı sonucuna varılmıştır. Bu sebeple hemşirelerin hipertansiyon yönetiminde hipertansiyon hastalarının uyku kalitesini değerlendirmelidir. Hastanın hastalığına, tedavisine uyumunda bu etkenleri göz önünde bulundurarak tedaviyi sürdürmelidir (Erduran, 2017).

Yılmazel (2014) tarafından yapılan araştırma da öğretmenlerde hastalık farkındalığı ve kontrolü incelenmiş araştırma sonucunda bu durumla sağlık okuryazarlığı karşılaştırıldığında sağlık okuryazarlığının düşük olduğu görülmüştür. Araştırma grubunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı, hipertansiyon hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarının öğretmenlerde düşük olduğuna ulaşılmıştır (Yılmazel, 2014). Hipertansiyonun yönetilmesinde kendi kendine yönetim davranışına katılım

sonuca ulaşmada vazgeçilmezdir. 2018 Kore Hipertansiyon Derneği Kılavuzları, sigaradan kaçınmak, alkol tüketimini sınırlamak, meyve ve sebzedden zengin diyet yemek, düzenli fiziksel aktiviteye katılmak ve sağlıklı bir kiloyu korumak dahil olmak üzere yüksek tansiyonun kontrolü için gerekli kendi kendine yönetim önerileri sağlar (Lee HY vd., 2018).

Özyönetim davranışlarına olan bağlılık kan basıncını önemli ölçü de düşürür. Bu düşüş ile sağlık hizmetinde kaynakların daha uygun maliyetli kullanılmasının da önü açılmış olunur. Hipertansiyon hastalarında başlıca ölüm sebepleri şunlardır; sigara kullanımı, fiziksel aktivitenin yetersizliği, beslenmenin kötü olması, obetize ve alkol kullanımının aşırı olması gibi sağlıklı olmayan davranışlarla ilişkilidir (Penaloza vd., 2016). Kılıçkap vd., (2018) yapmış olduğu meta-analizde 11 milyon kontrolsüz hipertansiyon hastası olduğu düşünülmüştür. Araştırma sonucunda hastanın hastalık algısı, ilaç uyumu, diyet uyumu ve egzersiz uyumu gibi araştırmaların daha çok yapılması gerektiğine ulaşılmıştır. Kırsal kesimde yaşayan bireylerde değerlendirmelerin yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Kılıçkap vd., 2018).

Chang ve Lee (2014) 306 yaşlı hipertansiyon hastası üzerinde Kore’de bir araştırma yapmıştır. Öz bakımı yüksek oranda etkileyen faktörlerin güçlendirmesinin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu faktörler sosyal desteğin olup olmaması, depresyon düzeyleri ve sağlığın nasıl algılandığı olarak belirtilmiştir. Güçlendirme faktöründe bahsedilen; hastanın sağlıklı davranışlarını kontrol edebilmesi ve bu duygunun hasta da gelişmesi, öz yeterlik, hastanın problem çözme becerisi , hastalığıyla psikososyal başa çıkma, yaşam boyu verilen destek, tedavi sürecinde motivasyon ve kendisi hakkında karar verme becerisini kapsayan özelliktedir (Chang ve Lee, 2014).

Toplum sağlığı merkezine başvuran 112 hipertansiyon hastasını kapsayan bir çalışma yapan Tokem vd., (2013), başvuruda bulunan hipertansiyon hastalarının %42’sinin hangi durumlarda hekime başvuracağını bilmediği, bu hastalardan %50’sinin ilaçlarını düzenli içmeyip unuttuğu, hastaların %33’ünün kan basıncının normal sınırının ne olduğunu bilmediği, hastaların %74.1’inin ise sadece kendisini kötü hissettiği zaman tansiyonunu ölçtüğü, %19.6’sının tuzsuz yemeye alışmadığı için tuzlu yemeye devam ettiğini, % 65.2’sinin düzenli fiziksel aktiviteyi hiç yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tokem vd, 2013). Hipertansiyonun kontrol altına alınması ve

oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi yalnızca hastanın aktif öz yönetimi ile sağlanabilir. İncirkuş'un (2016) birinci basamak sağlık kuruluşunda yapmış olduğu bir çalışmada hipertansiyon hastalarına uygulanan, motivasyon içeren özyönetim desteğinin hastalıkta verilen bakım sonuçlarına pozitif yönlü etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (İncirkuş, 2016).

2.7. Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü 2018 senesinde sağlık okuryazarlığı kavramını, bireylerin iyi olan sağlık durumunun devamını sağlaması ve iyi olan sağlık durumunun geliştirilmesi amacıyla bilgiye ulaşp, ulaşılan bu bilgiyi anlaması ve bilgiyi kullanmasını sağlayacak hem bilişsel hem de sosyal becerilerinin kapasitesidir (WHO, 2018). Sağlık okuryazarlığı kavramı halk sağlığı alanında önemi gün geçtikçe artmaya devam etmektedir (Liu vd., 2020). ABD ve AB ülkelerinde yapılmış çalışmalar incelendiği zaman; gelişmiş olan ülkelere bile toplumun sağlık okuryazarlığının yaklaşık %50 oranında yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir. Ülkemiz de yapılan çalışmalarda toplumumuzun neredeyse %70'inin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bakan ve Yıldız, 2019).

Sağlık sisteminin modern hale gelmesiyle bu sistemden faydalanan bireylerden beklentisi de giderek artmaktadır. Modern sağlık sistemi sağlık bakımında bireyinde öz sorumluluk beceresi kazanmasını istiyor (Tokem vd, 2013). Öz sorumluluğun artması sebebiyle kişilerden kendi sağlık sorumluluklarını almaları, verilen bilgiyi anlamaları kendileri ve başkaları için sağlık kararları almaları yönünde yeni roller üstlenmelidirler. Bu isteklerin temelinde ise bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri söz konusu olmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Hastalar modern sağlık sistemi içerisinde karmaşık bilgi ve tedavi süreçleriyle baş etmek zorundadırlar. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması tanı ve tedaviyi olumsuz etkiler. Hastane yatış süresini uzatır ve hastaneye yatışları da arttırır. Aynı zamanda acil servisler uygun olmadan kullanılır sonuç olarak sağlık sistemine daha fazla yük getirir (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ve bazı risk faktörlerinden korunma ve SOY düzeyi arasında bir ilişki vardır (Pelikan JM. vd., 2012). Özdemir vd., (2010) yaptığı bir çalışma da sağlık okuryazarlığının düşük olduğu diyabet hastalarında glisemik kontrolün zayıf olduğu ve yüksek düzeyde retinopatiye neden olduğu sonucuna

varılmıştır (Özdemir ve vd., 2010). Zaimoğlu ve Özer'in (2023) yapmış olduğu bir çalışma sonucunda; hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça hasta aktifliğinin arttığı belirlenmiştir. Williams vd., (1998) yaptığı çalışmada, HT ve DM hastaları temel alınmış, sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalıkları ve kronik hastalık tedavileri konusunda farkındalıkları arasındaki ilişkinin incelendiği, kesitsel bir çalışma da yetersiz olan sağlık okuryazarlığı, hastaların kronik hastalıklar hakkındaki eğitimlerinde ciddi bir engel olduğu bildirilmiştir (Williams vd., 1998). Kronik hastalıklarda uygulanan tedavinin başarısı hastanın tedavisini uygulaması ve uyguladığı bu tedaviye uyum sağlamasıyla ilişkilidir. Başka bir çalışmada Apter vd., (2013) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasıyla daha iyi astım kontrolünü sağladığını belirtmiştir. Bu durum sonucunda da astımlı bireyin yaşam kalitesin de artış gözlemlenmiştir (Keçik, 2021). Birçok ülkede halk sağlığı hedeflerinden birisi sağlık okuryazarlığına teşvik etmektir ve birçok ülke sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerde bulunmaktadır (Dost ve Özsoy Durmaz, 2022).

2.8. Hipertansiyonun Önlenmesinde Sağlık Okuryazarlığının Rolü

Hipertansiyon hastası olup sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastaların sağlık sonuçları olumsuz olur ve hipertansiyonun tıbbi tedavisinin getirmiş olduğu yükler nedeniyle hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Brady vd., 2017). Hipertansif bireylerin yaşam kalitesini arttırmak için hastanın hastalığı hakkında yeterli bir bilgisi olmalıdır, tedavi süreci boyunca hasta tedavisine aktif olarak katılım sağlamalıdır, hastalığın getirdiği yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamalıdır. Bu sebeple hipertansif bireylerde yaşam kalitesinin artırılması için öncelikle SOY yetersiz olan hipertansif hastalarının tespit edilmesi ve SOY düzeylerinin optimal seviyeye getirilmesi çok önemlidir (Gonzalez-Chica vd., 2016).

Hasta eğitimleri yeterli olan tedaviyi hastaya sağlayabilmemiz ve mevcut hastalığının neden olabileceği farklı riskleri azaltabilmemiz açısından hastalıkların yönetiminde önemlidir ve öncelik verilmelidir. Örneğin; hipertansif olan bir hastaya ilacını nasıl alması gerektiğini, sağlıklı yaşam için ne gibi beceriler kazanması ve hayatında nasıl değişiklikler yapması gerektiğini yapması gereken bu değişikliklerin tedavideki önemi vurgulanmalıdır (Gonzalez-Chica vd., 2016). Hastanın hastalığı ile ilgili bilinçli olması davranışsal değişiklik yapmasını ve hastalığını kabullenmesini de

sağlamaktadır. Geleneksel yöntemlerle yapılan hasta eğitimleri standart yazılı materyallerle yapılıyor. Uyguladığımız yöntem sanki tüm hastalar aynı sağlık okuryazarlığı düzeyindeymiş gibi varsayılarak herkese aynı standart uygulamayla yapılmaktadır. Fakat pratikte durum hiç böyle değildir. Literatür incelendiğinde düşük sağlık okuryazarlığı ile zayıf özyönetim/özbakım/ sağlık raporlamasının birbirleri ile ilişkili olduğunu bize göstermektedir (Keçik, 2021).

Yapılan çalışmalara kanıtlar kısıtlı bile olsa sağlık okuryazarlığı düzeyiyle alkol kullanımı, sigara kullanımı, fiziksel aktivite durumu ve sağlık beslenmeyle sağlık üzerinde riskli olan davranışlar arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Adadoğlu ve Oğuz, 2016). Kanıtların kısıtlı olduğu düşünülse bile bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin hipertansiyonun önlenmesi konusunda oldukça önemli bir faktör olabileceği de unutulmamalıdır (Liu vd., 2020). Örneğin; hipertansiyon hastası olan bireye değiştirilemez risk faktörlerinin önemi ne kadar vurgulanırsa vurgulansın, hastaya karmaşık bilgiler sunulursa veya hasta bu bilgileri anlama kapasitesine sahip değilse, bilgiyi anlayamadığı gibi verilen bilgiler ışığında harekete geçemez ve bilinçli bir seçim yapması için fırsatı olamaz. Bu gibi durumlar üzerinde durulmaya devam edilen konular arasında yer almaya devam etmektedir (Keçik, 2021). Yapılan çalışmaların sonucunda hipertansiyon hastalarına verilen eğitimler ile artan bilgileri tedaviye olan uyumlarının da artmasını sağlamıştır ve bilgiler hastaların düzenli takiplere gelmesi üzerinde etkili olmuştur.

2.9. Öz Bakım Yönetiminde Sağlık Okuryazarlığının Etkisi

Dünya genelinde artmaya devam kronik hastalıkların beraberinde getirdiği yük bireyin kendi kendine hastalığı yönetmeyi öğrenmesini zorunlu hale getirmiştir. Birey kronik hastalığı hakkında öz yönetim becerisi kazanırsa sağlık bakım maliyetlerin de düşüş, yaşam kalitesinde de artış sağlanacaktır. Gelirin düşük olması ve SOY düzeyinin yetersiz olması sağlık sonuçlarının daha kötü olmasını ve kronik hastalık oranlarının yüksek olması ile doğrudan ilişkilidir (Schaffer vd., 2018). Hipertansiyonun önlenmesi ya da hipertansiyonun yönetilmesinde bireyin SOY yeterlilik düzeyinin önemli olduğu belirtilmiştir. Hipertansiyonu olan bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olursa sağlık bilgisini anlamada ve öz bakımını yerine getirme konularında zorlandığını söylenmektedir (Keser ve Çıracıoğlu, 2015).

Hipertansiyon hastalarının, hastalık yönetiminde sorumluluk alması yıllardır bahsedilen konulardandır (Arabacı vd., 2018). Buna rağmen gelenekselleşmiş hasta rollerinin değişimine yönelik olan uygulamalar yetersizdir (Adadoğlu ve Oğuz, 2016). Kronik hastalıklar kontrol edilemediği takdirde fizyolojik fonksiyonlarda geriye dönüşsüz değişikliklere neden olabilirler. Kronik hastalıklar hayatın tüm dönemini kapsarlar. Bu sebeple hem tedavi hem de bakım sürecinde süreklilik gerektiren hastalıklardır. Eğer bu hastalıklardan herhangi birine yakalanırsa örneğin, hipertansiyona yakalanmış olan kişilerin kendi tedavi ve bakımları konusunda sorumluluk almaları gerekmektedir. Günümüz koşullarında hipertansiyonun giderek artış göstermesi hipertansiyonun yönetiminin çok önemli olduğunu göstermektedir (Dunkay vd., 2017).

Hipertansiyonun öz yönetiminde SOY önemli bir role sahiptir. Öz yönetim kavramı yaşamın daha iyi olması için hipertansiyonun kontrol altına alınmasını gerektiren görevlerinin tümünü içerisine alan geniş bir kavramdır (Schaffer vd., 2018). Ele alınan görevler tıbbi yönetim, duygusal olarak hastalığın yönetilmesi ve rol yönetimidir. Ele alınan bu alanlarda ortaya çıkacak olan beceri eksiklikleri hipertansiyon hastasının öz yönetimini etkili yapmasını engellemiş olacaktır. Çoğunlukla düşük gelir düzeyi ve örgün eğitim düzeyi düşük olan hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz ve hastalık öz yönetiminde daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

Hipertansiyonu olan bireylere verdiğimiz eğitimler ışığında yaşam tarzları ve tıbbi tedavilerini doğru uygulayarak kronik hastalık yönetimlerini doğru yapabilmeleri için sağlık okuryazarlık düzeyinin ne olduğunun bilinmesi faydalı olacaktır. Kişinin sağlığı üzerindeki öz yönetimini ve alabileceğini sorumluluk düzeyini arttırmak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çok önemlidir (Pelin ve Sert, 2017). Örneğin; hipertansiyonu olan bir hastaya girişim planlaması yapıldığında yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bir hasta ise tedaviye uyumu artacaktır. Birinci basamak sağlık kurumlarında bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun olarak hazırlanmış eğitim materyalleri kullanılmalıdır (Schaffer vd., 2018). Hipertansiyona sahip bireyin anlama düzeyinin belirlenmesi, ortaya çıkabilecek yanlış anlamalar ya da uygulamalar kötü sonuçlara varmadan önlenebilecektir. Sonucunda birey hipertansiyonu etkin şekilde yönetebilecektir (Özonuk ve Yılmaz, 2018).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta aktiflik düzeyi ve hipertansiyon öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tiptedir.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Çalışma Aydın ilinin Söke ilçesinde yapılmıştır. İlçe nüfusu 123.301'dir. İlçede merkezinde toplam 7 Aile Sağlığı Merkezi hizmet vermektedir. Çalışma 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde 1 Eylül 2021- 1 Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Bu çalışmanın evrenini çalışmaya onay veren Aydın ilinin Söke ilçesinde bulunan 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezine bağlı aile hekimliği biriminde kayıtlı olup, hipertansiyon tanısı olan toplam 6041 kişi oluşturmuştur. Bu aile sağlığı merkezinden G- Power 3.1.9.7 Software programı kullanılarak %95 güven aralığında %5 örneklem hatası ve %80 gücü yansıtabilmesi için toplam 362 katılımcıya gereksinim olduğu hesaplanmıştır. Veri toplama sürecinde çalışmadan ayrılma ve katılımcıya ulaşamama gibi nedenlerden dolayı örneklem %20 arttırılarak toplam 434 bireyin çalışmanın örnekleme olmasına karar verilmiştir. Çalışma toplam 425 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Verilerin toplandığı grup hipertansiyon tanısı almış hastalardır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veri toplama sürecin de bireylerin güvenliği ve sağlığını riske atacak olasılıklar dikkate alınmıştır. Veri toplama formunu yanıtlayıp kullanılmasına izin vermeyen bireyler araştırmadan çıkarılmıştır. Herhangi bir sebeple çalışmaya katılıp anketi yanıtlasa bile çalışmadan ayrılmak isteyenler araştırmadan çıkarılmıştır. Çalışmaya katılıp, soru formuna eksik yanıt verenler araştırmadan çıkarılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, sosyoekonomik düzeydir. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları, Hasta Aktiflik Düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ise bağımlı değişkenlerdir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama araçları Sosyo-demografik Veri Formu, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formundan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik Veri Formu: Araştırma da araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olan Sosyo-demografik Veri Formu kullanılacaktır. Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, genel sağlık durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, kitap okuma sıklığı, genel fiziksel durumu ve genel mental sağlık durumu soruları sorulacaktır (Okuyay ve Abacıgil, 2016).

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği: Çalışmada Jones LC. tarafından geliştirilmiş olan Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) kullanılmıştır. Ölçekte yapılan faktör analizinin sonucunda iki boyutlu olarak ölçeğin kullanılabileceği belirlenmiştir. Ortalaması 127.87 ± 17.07 olan ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.85 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının 0.20'nin üzerinde olduğu, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.97 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin Türk toplumunda geçerliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Hançerlioğlu ve Şenuzun, 2018). Öz koruma alt boyutu ve sosyal koruma alt boyutundan oluşmaktadır. Ölçek değerlendirmesinde 5 puan kesinlikle katılıyorum 1 puan hiç katılmıyorum şeklindedir. Bu şekilde olmasıyla 5'li likert olarak geliştirilmiştir. Ölçek değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken soru maddeleri 3, 15, 19 ve 28. sorulardır. Bu sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmede dönüştürme yapılması şarttır. Ölçekte puanın artmasıyla öz bakım yönetimi de artmaktadır (Hançerlioğlu ve Şenuzun, 2018). Bu çalışmada, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği güvenilirlik katsayısı 0.771 olarak hesaplanmıştır.

Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği (HADÖ) ilk olarak 2004 senesinde Hibbard, Stockard, Mahoney ve Tusler tarafından 22 madde olacak şekilde kronik hastalığa sahip örneklem grubunda geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek 2005 senesinde Hibbard, Stockard, Mahoney ve Tusler tarafından yenilenmiştir. Ölçeğin 13 sorudan oluşan kısa formu oluşturulmuştur. Ülkemizde Koşar ve Besen tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2015 senesinde yapılmıştır. Bu ölçeğin

kullanım amacı hastaların bilgi, beceri ve kronik hastalığının öz yönetimi konusundaki özgüvenini değerlendirmektir. Geliştirilen bu ölçek likert tiptedir. 5’li likert tipteki bu ölçek; 1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-katılıyorum, 4- kesinlikle katılıyorum, 5-Bilemiyorum/değerlendiremiyorum şeklinde değerlendirilir. Hasta aktifliği kavramı aşamalı bir süreçtir. Bu süreçte ilk olarak hasta birey rol alma da aktif olmanın ne kadar önemli olduğuna inanmalıdır. Daha sonra bir eyleme geçebilmek için yeterli bilgi düzeyinde olma, bilgiyi kullanarak eyleme geçme ve son aşamada herhangi bir stres altında olunsu dahi bu rutini korumaya devam etmedir. Ölçek oluşturulurken de aktifliğin bu aşamaları dikkate alınmıştır. Ölçeği değerlendirirken bu ölçeğin geliştiricileri tarafından iletilen bir excel tablosu kullanılmaktadır. Excel tablosunda katılımcıların verdiği her bir yanıt kaydedildiği zaman katılımcının aktiflik puanı bulunur ve bu puan doğrultusunda hastanın hangi aşamada olduğu sonucuna ulaşılır. Maddeleri puanlama şekli; bilemiyorum ya da değerlendiremiyorum:0 puan, kesinlikle katılmıyorum: 1 puan, katılmıyorum:2 puan, katılıyorum:3 puan, kesinlikle katılıyorum: 4 puan olacak şekilde SPSS programında değerlendirilmektedir (Pelin, 2017). Bu çalışmada, Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı güvenilirlik katsayısı 0.811 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Avrupa Birliği-Q16: Araştırmada kullanılan bu ölçek 2009-2012 senesi arasında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (The European Health Literacy Survey- HLS-EU) kapsamında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. HLS-EU-Q16 5’li likert şeklindedir. Sorulara verilen her bir cevap 0 ile 4 puan arasındadır. Ölçek uygulandıktan sonra toplam puan hesaplanırken standardize edilmiş indeks puan kullanılır (İndeks=(ortalama-1)*(50/3)). Standardize edilmiş bu indeks puan 0-50 arasında değişmektedir. SOY düzeyinin yeterli olduğu gösteren puan ise 33 ve üzeri puandır (Emiral vd., 2018). Bu çalışmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği güvenilirlik katsayısı 0.957 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama işlemi, hafta içi günlerde 10.00 ile 16.00 saatleri arasında katılımcıların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezinin danışma bölümünde yapılmıştır. Toplam katılımcı tamamlanana kadar aile hekimliklerine başvuran,

araştırmanın kriterlerine uyan katılımcılara sadece aile sağlığı merkezin de veri toplama formları uygulanmıştır. Katılımcıların verdiği yanıtların öz bildirimlerden oluşması bu çalışmanın diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. Veri toplama süreci esnasında pandemi süreci dikkate alınmıştır. Veri toplama süreci maske, mesafe ve hijyen kurallarına uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Pandemi nedeniyle herhangi bir toplumsal kısıtlama olduğu takdirde ise veriler dijital ortamda veri toplama formları hazırlanarak kurumların iletişim toplulukları da kullanılarak katılımcılara ulaştırılarak veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir.

3.5. Deneysel Kurgu

Bu çalışmada katılımcılara yönelik herhangi bir müdahale yapılmamıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları **Tablo 3.1**'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları

Ölçekler ve Boyutları	Shapiro-Wilk	p	Basıklık	Basıklık Std Hata	Çarpıklık	Çarpıklık Std Hata	Durum
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.986	0.000	-0.574	0.236	-0.075	0.118	Normal
Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği	0.926	0.000	3.437	0.236	0.313	0.118	Normal
Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	0.980	0.000	0.038	0.236	-0.361	0.118	Normal

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Sonuçlar incelendiğinde, ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının normal dağılıma sahip olduğu görülmektedir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans

analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikler ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin hipertansiyon öz yönetimine yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek için de Ordinal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki kare analizi ile incelenmiştir. Tüm istatistikler $p < 0.05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Verilerin toplanacağı grup sağlık çalışanlarıdır. Veri toplama işlemi öncesinde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan etik onam alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın kurum izni ise Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır (Ek-2) Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kısa formunun araştırmada kullanılabilmesi için Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini yapan araştırmacılardan e-posta yoluyla gerekli izinler alındı. Katılımcılara çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilip, tamamen gönüllülük esasına dayandığı, bilgilerin gizli kalacağı ve farklı bir çalışma/uygulamada kullanılmayacağı açıklanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları bir ilçede bulunan sadece bir aile sağlığı merkezinde uygulandığından dolayı sadece bu aile sağlığı merkezindeki topluluğun durumunu yansıtmaktadır. Ancak, veri toplama aracının uygulandığı kişilerin bulgularını yansıtacağından dolayı sınırlılıklarda oluşmaktadır. Dolayısıyla ildeki ve ülkedeki hipertansiyon hastalarının durumunu yansıtmamaktadır. Ayrıca, katılımcıların verdiği yanıtların öz bildirimlerden oluşması bu çalışmanın diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Evli	352	82.8
Bekar	73	17.2
Medeni Durum		
Kadın	188	44.2
Erkek	237	55.8
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	28	6.7
İlkokul	133	31.3
Ortaokul	69	16.2
Lise	52	12.2
Lisans ve lisans üstü	143	33.6
Hane Halkı		
Çekirdek ailemle	263	61.8
Geniş ailemle	101	23.8
Ev arkadaşı-yalnız yaşıyor	61	14.4
HT tedavisi için ASM başvurma durumu		
Evet	176	41.4
Hayır	249	58.6
HT tedavisi için hastaneye başvurma durumu		
Evet	325	76.5
Hayır	100	23.5
HT tedavisi için tamamlayıcı tedavi alma durumu		
Evet	2	0.5
Hayır	423	99.5
HT bakım sürecinde sağlık kurumlarından destek alma durumu		
Evet	263	61.9
Hayır	162	38.1
HT bakım sürecinde aile bireylerinden destek alma durumu		
Evet	251	59.1
Hayır	174	40.9
HT bakım sürecinde arkadaşlarından destek alma durumu		
Evet	59	13.9
Hayır	366	86.1

Tablo 4.1. (devamı) Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
HT bakım sürecinde internetten destek alma durumu		
Evet	13	3.1
Hayır	412	96.9
HT ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	139	32.7
Hayır	286	67.3
Kronik hastalığı olma durum		
Evet	239	56.2
Hayır	186	43.8
HT+Diyabet		
Evet	158	37.2
Hayır	267	62.8
HT+Kanser		
Evet	6	1.4
Hayır	419	98.6
HT+KVH		
Evet	60	14.1
Hayır	365	85.9
HT+Solunum		
Evet	83	19.5
Hayır	342	80.5
Sigara kullanma durumu		
Evet	129	30.4
Hayır	296	69.6
Fiziksel sağlık algısı		
Mükemmel/oldukça iyi	154	36.2
İyi	104	24.5
Fena değil	146	34.4
Kötü	21	4.9
Mental sağlık algısı		
Mükemmel/oldukça iyi	154	36.2
İyi	76	17.9
Fena değil	171	40.2
Kötü	24	5.6
Kitap okuma sıklığı		
Hiçbir zaman	210	49.4
Nadiren	145	34.1
Bazen	70	16.5
Okuma-yazmada yardım alma durumu		
Her zaman	30	7.1
Bazen	103	24.2
Nadiren	88	20.7
Hiçbir zaman	204	48.0
Toplam	425	100.0

n= sayı, HT: Hipertansiyon KVH: Kardiyovasküler Hastalık.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, %82.8'inin evli, %55.8'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumları %33.6'sının lisans ve lisans

üstü olduğu, %61.9'unun ailesiyle yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların %32.7'sinin daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim aldığı, %56.2'sinin kronik hastalığı olduğu ve %30.4'ünün sigara kullandığı görülmektedir. Katılımcıların fiziksel sağlık durumları incelendiğinde, %36.2'sinin mükemmel/ oldukça iyi, mental sağlık durumları incelendiğinde, %36.2'sinin mükemmel/ oldukça iyi olduğu görülmektedir. Katılımcıların %48'inin hiç kitap okumadığı, %48'inin hiçbir zaman yardıma gereksinim duymadığı görülmektedir (Tablo 4.1).

Katılımcıların sağlıkla ilgili başvurdukları ve güvenilir buldukları bilgi kaynaklarına göre dağılımı Tablo 4. 2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Başvurdukları ve Güvenilir Buldukları Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı

	Sağlıkla İlgili Başvurdukları Bilgi Kaynakları		Güvenilir Buldukları Bilgi Kaynakları	
	n	%		
Gazete, dergi				
Evet	53	12.5	15	3.5
Hayır	372	87.5	410	96.5
İnternet				
Evet	125	29.4	51	12.0
Hayır	300	70.6	374	88.0
Radyo, televizyon				
Evet	336	79.1	243	57.2
Hayır	89	20.9	182	42.8
Kitap, broşür				
Evet	3	0.7	2	0.5
Hayır	422	99.3	423	99.5
Aile üyeleri ve arkadaşları				
Evet	40	9.4	28	6.6
Hayır	385	90.6	397	93.4
Sağlık çalışanları				
Evet	132	31.1	352	82.8
Hayır	293	68.9	73	17.2
Toplam	425	100.0	425	100.0

n=sayı.

Katılımcıların sağlıkla ilgili başvuru kaynakları incelendiğinde, %12.5'inin gazete ve dergi, %29.4'ünün internet, %79.1'inin radyo televizyon, %0.7'sinin kitap broşür, %9.4'ünün aile üyeleri ve arkadaşları, %31.1'inin sağlık çalışanları olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlıkla ilgili en güvenilir olarak tanımladıkları bilgi kaynakları incelendiğinde, %82.8'inin sağlık çalışanları, %57.2'sinin radyo televizyon,

%12'sinin internet, %6.6'sının aile üyeleri ve arkadaşları, %3.5'inin gazete ve dergi olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sürekli değişkenlerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcılara ait Sürekli Değişkenlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	22.00	87.00	54.89	11.39
Hipertansiyon Hastalık Süresi	1.00	30.00	5.36	4.32
İlaç Adeti	0.00	3.00	1.39	0.59
Sigara adedi	1.00	20.00	9.19	4.97

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, 22-87 aralığında ve ortalama 54.89 ± 11.39 olduğu; katılımcıların hastalık süreleri incelendiğinde, 1-30 yıl aralığında ve ortalama 5.36 ± 4.32 olduğu, katılımcıların ilaç adetleri incelendiğinde 0-3 aralığında 1.39 ± 0.59 olduğu, katılımcıların sigara adetlerinin 1-20 aralığında ve ortalama 9.19 ± 4.97 olduğu görülmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistikleri

Ölçekler ve Boyutları	Sayı (n)	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	425	0.00	50.00	27.23	11.58
Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı (HADÖ)	425	0.00	100.00	37.38	13.12
Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G)	425	45.00	117.00	86.51	14.27

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarının ortalama 27.23 ± 11.58 olduğu, Hasta Aktivite Düzeyi puanlarının ortalama 37.38 ± 13.12 olduğu, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puanlarının ortalama 86.51 ± 14.27 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların SOY ve HADÖ düzeyleri dağılımı Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların SOY ve HADÖ Düzeyleri Dağılımı

Değişkenler	SOY ve HADÖ düzeyleri	n	%
SOY	Yetersiz	197	46.4
	Sorunlu/problemli	81	19.1
	Yeterli	91	21.4
	Mükemmel	56	13.2
HADÖ	Düzy 1 en düşük aktiflik	358	84.2
	Düzy 2	28	6.6
	Düzy 3-4	39	9.2
Toplam		425	100.0

SOY: Sağlık Okuryazarlığı; **HADÖ:** Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği.

Katılımcıların SOY düzeyleri incelendiğinde, %46.4'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz, %19.1'inin sorunlu/problemli, %21.4'ünün yeterli, %13.2'sinin mükemmel olduğu görülmektedir. Katılımcıların HADÖ düzeyleri incelendiğinde, %84.2'sinin düzey 1, %6.6'sının düzey 2, %9.2'sinin düzey 3-4 olduğu görülmektedir.

4.2. Katılımcıların HADÖ ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HADÖ, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre HADÖ ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Sayı (n)	$\bar{X}$	HADÖ SS	M	$\bar{X}$	SCMP-G SS	M
Medeni Durum	Evli ¹	352	37.21	12.07	36.80	86.39	14.21	85.00
	Bekar ²	73	38.20	17.37	35.50	87.05	14.61	89.00
	F-testi			-0.466			-0.361	
	P			0.642			0.718	
Cinsiyet	Kadın	188	34.21	14.00	33.00	86.84	12.32	85.00
	Erkek	237	39.89	11.81	38.10	86.24	15.66	89.00
	t-testi			-4.536			0.442	
	P			0.000*			0.659	
Eğitim Durumu	Okur-yazar ¹	28	47.46	12.48	44.60	76.64	11.31	81.00
	İlkokul ²	133	45.14	12.73	43.70	80.29	16.08	77.00
	Ortaokul ³	69	39.92	9.98	39.40	87.06	12.82	85.00
	Lise ⁴	52	35.89	5.08	34.20	93.00	12.80	93.00
	Lisans ve lisansüstü ⁵	143	27.50	9.90	30.40	91.59	10.42	89.00
	F-testi			55.992			19.926	
	P			0.000*			0.000*	
	Post Hoc			1.2>3.4.5			3.4.5>1.2	
Daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	139	29.03	11.25	31.70	91.96	11.32	93.00
	Hayır	286	41.43	12.01	39.40	83.85	14.80	82.50
	t-testi			-10.195			6.243	
	P			0.<001*			0.000*	
Kronik Hastalık	Evet	239	40.76	13.02	38.10	84.42	15.89	85.00
	Hayır	186	33.04	11.94	34.20	89.18	11.35	89.00
	t-testi			6.289			-3.599	
	P			0.000*			0.000*	
Sigara Kullanımı	Evet	129	41.94	13.44	40.70	82.07	15.56	81.00
	Hayır	296	35.39	12.49	34.20	88.44	13.23	89.00
	t-testi			4.857			-4.053	
	P			0.000*			0.000*	
Fiziksel Sağlık Durumu	Mükemmel/Oldukça iyi ¹	154	29.76	10.63	31.70	90.62	10.24	89.00
	İyi ²	104	38.06	9.81	38.10	83.29	12.29	81.00
	Fena değil ³	146	42.96	12.42	40.70	86.86	16.10	89.00
	Kötü ⁴	21	51.06	17.19	60.60	69.76	19.42	61.00
	F-testi			44.161			17.553	
	P			0.000*			0.000*	
	Post hoc			2.3.4>1			1>2.4	
				3.4>2			2.3>4	
Mental Sağlık Durumu	Mükemmel/Oldukça iyi ¹	154	30.05	10.40	31.70	90.62	10.50	89.00
	İyi ²	76	36.47	10.03	37.45	87.29	11.26	85.00
	Fena değil ³	171	42.16	10.77	40.70	84.81	15.80	85.00
	Kötü ⁴	24	53.24	21.73	56.90	69.67	18.07	67.00
	F-testi			46.925			18.297	
	P			0.000*			0.000*	
	Post hoc			2.3.4>1			1>3.4	
				3.4>2			2.3>4	
Yardım Alma	Her zaman ¹	30	49.71	19.45	48.90	82.53	14.15	81.00
	Bazen ²	103	38.79	9.67	38.10	86.88	15.25	89.00
	Nadiren ³	88	38.78	9.03	38.10	86.84	13.46	85.00
	Hiçbir zaman ⁴	204	34.24	13.75	34.20	86.75	14.12	89.00
	F-testi			14.773			0.835	
	P			0.000*			0.475	
	Post hoc			1>2.3			-	
				1.2.3>4			-	

HADÖ: Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği, **SCMP-G**= Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, $\bar{X}$ = Aritmetik Ortalama, **SS**= Standart Sapma, **F**=Tek Yönlü Varyans Analizi, **t**=Bağımsız Örneklem t testi, *p<0,05.

Kadın katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği (HADÖ) puan ortalamalarının erkek katılımcılara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre Hasta Aktivlik Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; eğitim durumu okur yazar ve ilkokul olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumu ortaokul, lise, lisans ve lisans üstü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim durumu okur yazar ve ilkokul olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumu ortaokul, lise, lisans ve lisans üstü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ilkokul olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının, daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Katılımcıların daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim alma durumlarına göre Hasta Aktivlik Düzeyi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim alan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları almayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim alan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının almayan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamaları, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre Hasta Aktivlik Düzeyi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara kullanmayan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının sigara kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sigara kullanmayan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının sigara kullanan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Katılımcıların fiziksel sağlık durumlarına göre Hasta Aktivlik Düzeyi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; fiziksel sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu iyi, fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu; fiziksel sağlık durumu iyi olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Fiziksel sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu iyi ve kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fiziksel sağlık durumu iyi ve fena değil olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Katılımcıların mental sağlık durumlarına göre Hasta Aktivlik Düzeyi ve Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; mental sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının mental sağlık durumu iyi, fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu; mental sağlık durumu iyi olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının mental sağlık durumu fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Mental sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının mental sağlık durumu fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu; mental sağlık durumu iyi ve fena değil olan katılımcıların Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

puan ortalamalarının mental sağlık durumu kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Katılımcıların yardım alma durumlarına göre Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testi sonucunda; yardım alma durumu her zaman olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının yardım alma durumu bazen, nadiren olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yardım alma durumu hiçbir zaman olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının yardım alma durumu her zaman, bazen, nadiren olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Boyutları		SOY	HADÖ	Öz Bakım Yönetimi Ölçeği
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	r	1.001		
	p	-		
Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Ölçeği	r	-	1.001	
	p	0.650**	-	
Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	r	0.321**	-0.437**	1.001
	p	0.001	0.001	-

SOY=Sağlık Okuryazarlığı, HADÖ= Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği, r= Pearson korelasyon kat sayısı, * $p<0.05$ ** $p<0.01$.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları ile Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0.650$; $p<0.01$). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları ile Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında ($r=0.321$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamaları ile Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasında ($r=-0.437$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

4.3. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		SOY						X ²	p
		Yetersiz		Problemli		Yeterli			
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-40 yaş	4	2.0	4	4.9	42	28.6	164.06	0.001*
	41-55 yaş	42	21.3	45	55.6	79	53.7		
	56-65 yaş	74	37.6	29	35.8	17	11.6		
	65 yaş üzeri	77	39.1	3	3.7	9	6.1		
Medeni Durum	Evli	168	85.3	65	80.2	119	81.0	1.57	0.475
	Bekar	29	14.7	16	19.8	28	19.0		
Cinsiyet	Kadın	57	2.9	38	46.9	93	63.3	40.51	0001*
	Erkek	140	71.1	43	53.1	54	36.7		
Eğitim Durumu	Okur-yazar	22	11.2	6	7.4	0	0.0	338.53	0.001*
	İlkokul	112	56.9	17	21.0	4	2.7		
	Ortaokul	45	22.8	18	22.2	6	4.1		
	Lise	12	6.1	28	34.6	12	8.2		
	Üniversite	6	3.0	12	14.8	125	85.0		
Hane Halkı	Ailemle yaşıyorum	93	47.2	53	65.4	117	79.6	66.69	0.001*
	Geniş ailemle	81	41.1	14	17.3	6	4.1		
	Ev arkadaşı/ yalnız	23	11.7	14	17.3	24	16.3		
HT ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	14	7.1	20	24.7	105	71.4	161.17	0.001*
	Hayır	183	92.9	61	75.3	42	28.6		
Kronik Hastalık	Evet	147	74.6	47	58.0	45	30.6	66.37	0.001*
	Hayır	50	25.4	34	42.0	102	69.4		
Sigara Kullanımı	Evet	87	44.2	24	29.6	18	12.2	40.59	0.001*
	Hayır	110	55.8	57	70.4	129	87.8		
Fiziksel Sağlık Durumu	Mükemmel	6	3.0	0	0.0	59	40.1	246.29	0.001*
	Oldukça iyi	4	2.0	24	29.6	61	41.5		
	İyi	62	31.5	30	37.0	12	8.2		
	Fena değil	107	54.3	26	32.1	13	8.8		
	Kötü	18	9.1	1	1.2	2	1.4		
Mental Sağlık Durumu	Mükemmel	6	3.0	0	0.0	54	36.7	231.08	0.001*
	Oldukça iyi	6	3.0	26	32.1	62	42.2		
	İyi	40	20.3	24	29.6	12	8.2		
	Fena değil	124	62.9	30	37.0	17	11.6		
	Kötü	21	10.7	1	1.2	2	1.4		
Yardım Alma	Her zaman	26	13.2	0	0.0	4	2.7	115.58	0.001*
	Bazen	70	35.5	20	24.7	13	8.8		
	Nadiren	50	25.4	26	32.1	12	8.2		
	Hiçbir zaman	51	25.9	35	43.2	118	80.3		
HADÖ düzey	Düzey 1	132	67.0	79	97.5	147	100.0	82.65	0.001*
	Düzey 2	28	14.2	0	0.0	0	0.0		
	Düzey 3-4	37	1.8	2	2.5	0	0.0		

SOY= Sağlık Okuryazarlığı, HADÖ: Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği, X²= ki kare analizi, *p<0,05.

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %2'sinin 18-40 yaş, %21.3'ünün 41-55 yaş, %37.6'sının 56-65 yaş, %39.1'inin 65 yaş üzeri olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %4.9'unun 18-40 yaş, %55.6'sının 41-55 yaş, %35.8'inin 56-65 yaş, %3.7'sinin 65 yaş üzeri olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %28.6'sının 18-40 yaş, %53.7'sinin 41-55 yaş, %11.6'sının 56-65 yaş, %6.1'inin 65 yaş üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. ($p>0.05$).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %28.9'unun kadın, %71.1'inin erkek olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %46.9'unun kadın, %53.1'inin erkek olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %63.3'ünün kadın, %36.7'sinin erkek olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %11.2'sinin okur-yazar, %56.9'unun ilkokul, %22.8'inin ortaokul, %6.1'inin lise, %3'ünün üniversite olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %7.4'ünün okur-yazar, %21'inin ilkokul, %22.2'sinin ortaokul, %34.6'sının lise, %14.8'inin üniversite olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %2.7'sinin ilkokul, %4.1'inin ortaokul, %8.2'sinin lise, %85'inin üniversite olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile hane halkı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %47.2'sinin aile ile yaşadığı, %41.1'inin geniş aile ile yaşadığı, %11.7'sinin ev arkadaşı-yalnız yaşadığı; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %65.4'ünün aile ile yaşadığı, %17.3'ünün geniş aile ile yaşadığı,

%17.3'ünün ev arkadaşı-yalnız yaşadığı; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %79.6'sının aile ile yaşadığı, %4.1'inin geniş aile ile yaşadığı, %16.3'ünün ev arkadaşı-yalnız yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %7.1'inin, sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %24.7'sinin, sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %71.4'ünün daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim aldığı görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile kronik hastalık durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %74.6'sının, sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %58'inin, sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %30.6'sının kronik hastalığı olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile sigara kullanım durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %44.2'sinin, sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %29.6'sının, sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %12.2'sinin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile fiziksel sağlık durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %3'ünün mükemmel, %2'sinin oldukça iyi, %31.5'inin iyi, %54.3'ünün fena değil, %9.1'inin kötü olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %29.6'sının oldukça iyi, %37'sinin iyi, %32.1'inin fena değil, %1,2'sinin kötü olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %40.1'inin mükemmel, %41.5'inin oldukça iyi, %8.2'sinin iyi, %8.8'inin fena değil, %1.4'ünün kötü olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile mental sağlık durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %3'ünün mükemmel, %3'ünün oldukça iyi, %20.3'ünün iyi, %62.9'unun fena değil, %10.7'sinin kötü olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %32.1'inin oldukça iyi, %29.6'sının iyi, %37'sinin fena değil, %1.2'sinin kötü olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %36.7'sinin mükemmel, %42.2'sinin oldukça iyi, %8.2'sinin iyi, %11.6'sının fena değil, %1.4'ünün kötü olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile yardım alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %13.2'sinin her zaman, %35.5'inin bazen, %25.4'ünün nadiren, %25.9'unun hiçbir zaman olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %24.7'sinin bazen, %32.1'inin nadiren, %43.2'sinin hiçbir zaman olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %2.7'sinin her zaman, %8.8'inin bazen, %8.2'sinin nadiren, %80.3'ünün hiçbir zaman olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile HADÖ düzeyleri değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %67'sinin düzey 1, %14.2'sinin düzey 2, %18.8'inin düzey 3-4 olduğu; sağlık okuryazarlığı problemli olan katılımcıların %97.5'inin düzey 1, %2.5'inin düzey 3-4 olduğu; sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların %100'ünün düzey 1 olduğu görülmektedir (Tablo 4.8).

4.4. Katılımcıların SOY ve HADÖ Kategorilerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların SOY ve HADÖ kategorilerine göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo. 4.9'da sunulmuştur.

Tablo. 4.9. Katılımcıların SOY ve HADÖ kategorilerine göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği		
		$\bar{X}$	SS	M
SOY	Yetersiz ¹	81.99	15.78	81.00
	Problemli ²	87.62	13.25	85.00
	Yeterli ³	91.94	10.13	89.00
	F-testi		22.898	
	P		0.001*	
	Post hoc		2.3>1	
HADÖ	Düzye 1 ¹	88.88	12.43	89.00
	Düzye 2 ²	81.29	18.05	81.00
	Düzye 3-4 ³	68.49	13.43	69.00
	F-testi		45.974	
	P		0.001*	
	Post hoc		1>2,3 2>3	

SOY= Sağlık Okuryazarlığı, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, *p<0.05.

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır.

Katılımcıların SOY kategorilerine göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). SOY kategorisi yeterli ve problemli olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları SOY kategorisi yetersiz olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0.05) (Tablo 4.8).

Katılımcıların HADÖ düzeylerine göre Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan düzeltilmiş Bonferroni testi sonucunda; HADÖ düzeyi 1 olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının HADÖ düzeyi 2 ve 3-4 olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu; HADÖ düzeyi 2 olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının HADÖ düzeyi 3-4 olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0.05) (Tablo 4.8).

4.5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, HADÖ ve Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İlişkisi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin sağlık okur yazarlığı üzerindeki etkisini araştırmak için Ordinal Lojistik Regresyon uygulanmıştır. Katılımcıların sosyo-

demografik özelliklerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerine etkisi Tablo 4.10’da sunulmuştur.



Tablo 4.10. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Etkisi

Değişken	β	SH	Wald	p	Exp (β)	%95 Güven Aralığı Alt Üst	F (model)	p (model)	R ²
SOY									
Yetersiz	-0.310	1.6372	0.036	0.850	0.734	0.030	18.159		
Problemli	2.344	1.6414	2.039	0.153	10.423	0.418	260.114		
Yeterli (R)									
Yaş									
18-40 yaş	1.308	0.7907	2.736	0.098	3.699	0.785	17.421		
41-55 yaş	0.866	0.5849	2.192	0.139	2.378	0.756	7.482		
56-65 yaş	1.344	0.5295	6.439	0.011*	3.833	1.358	10.819		
65 yaş üzeri (R)									
Cinsiyet									
Kadın	0.999	0.3041	10.783	0.001*	2.715	1.496	4.928		
Erkek (R)									
Eğitim Durumu									
Okur-yazar	-3.050	0.7861	15.055	0.000*	0.047	0.010	0.221	872.409	Cox and Snell= 0.872
İlkokul	-3.503	0.5215	45.117	0.000*	0.030	0.011	0.084		Nagelkerke= 0.996
Ortaokul	-2.433	0.5068	23.047	0.000*	0.088	0.033	0.237		McFadden= 0.987
Lise	-1.865	0.4524	16.995	0.000*	0.155	0.064	0.376		
Üniversite (R)									
Hane Halkı									
Ailemle yaşıyorum	-0.787	0.4308	3.337	0.068	0.455	0.196	1.059		
Geniş ailemle	-1.744	0.5495	10.072	0.002*	0.175	0.060	0.513		
Ev arkadaşı- yalnız yaşıyorum (R)									
HT ile ilgili eğitim alma									
Evet	1.646	0.3589	21.034	0.000*	5.187	2.567	10.483		
Hayır (R)									

B= Beta, SH= Standart hata, (R)= Referans kategori, *p<0,05.

Tablo 4.10. (devamı) Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Etkisi

Değişken	β	SH	Wald Değeri	p	Exp(β)	%95 Güven Aralığı Alt Üst		F (model)	p (model)	R ²
Kronik Hastalık										
Evet	0.255	0.3358	0.579	0.447	1.291	0.669	2.493			
Hayır (R)										
Sigara Kullanımı										
Evet	-1.121	0.3444	10.589	0.001*	0.326	0.166	0.640			
Hayır (R)										
Fiziksel Sağlık Durumu										
Mükemmel	0.433	3.0518	0.020	0.887	1.541	0.004	610.363			
Oldukça iyi	0.654	2.9927	0.048	0.827	1.924	0.005	678.450			
İyi	-1.717	2.9052	0.349	0.555	0.180	0.001	53.368			
Fena değil	-1.152	2.8576	0.163	0.687	0.316	0.001	85.497			
Kötü (R)										
Mental Sağlık Durumu										
Mükemmel	1.495	3.1020	0.232	0.630	4.460	0.010	1948.850	872.409	<.001*	Cox and Snell= 0.872 Nagelkerke= 0.996 McFadden= 0.987
Oldukça iyi	.174	3.0103	0.003	0.954	1.190	0.003	434.476			
İyi	1.609	2.9244	0.303	0.582	5.000	0.016	1542.431			
Fena değil	1.038	2.8801	0.130	0.719	2.823	0.010	798.422			
Kötü (R)										
Yardım Alma										
Her zaman	-0.406	0.8564	0.225	0.635	0.666	0.124	3.570			
Bazen	-0.119	0.4407	0.073	0.786	0.887	0.374	2.105			
Nadiren	-0.767	0.4084	3.528	0.060	0.464	0.209	1.034			
Hiçbir zaman (R)										
HADÖ düzey										
Düzy 1	2.633	0.9321	7.981	0.005*	13.921	2.240	86.516			
Düzy 2	-17.953	5962.1078	0.000	0.998	1.597E-8	0.000				
Düzy 3-4 (R)										
Öz Bakım (toplam)	-0.007	0.0129	0.316	0.574	0.993	0.968	1.018			

B= Beta, SH= Standart hata, (R)= Referans kategori, *p<0.05.

Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=872.409$; $p<0.05$). Bunun sonucunda yaşı 56-65 olan katılımcıların, yaşı 65 yaş üzeri olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 3.833 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 2.715 kat daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Eğitimi okur-yazar olan katılımcıların eğitimi üniversite olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 0.047 kat daha az olduğu görülmektedir. Eğitimi ilkokul olan katılımcıların eğitimi üniversite olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 0.030 kat daha az olduğu görülmektedir. Eğitimi ortaokul olan katılımcıların eğitimi üniversite olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 0.088 kat daha az olduğu görülmektedir. Eğitimi lise olan katılımcıların eğitimi üniversite olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 0.155 kat daha az olduğu görülmektedir (Tablo 4.10).

Geniş aile ile yaşayan katılımcıların ev arkadaşı- yalnız yaşayan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 0.175 kat daha az olduğu görülmektedir. Daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim alan katılımcıların almayan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 5.187 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Sigara kullanan katılımcıların kullanmayan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 0.326 kat daha az olduğu görülmektedir. HADÖ düzeyi 1 olan katılımcıların HADÖ düzeyi 3-4 olan katılımcılara göre sağlık okur yazarlığının yeterli olma olasılığı 13.921 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

Hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hipertansiyon öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, yaşı 56-65 olan katılımcıların, yaşı 65 yaş üzeri olanlardan, kadınların erkeklerden, üniversite mezunlarının eğitimi daha düşük seviyede olanlardan, hipertansiyon eğitim alanların almayanlardan, sigara içmeyenlerin içenlerden yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ise anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sağlık okuryazarlığı ile hasta aktiflik düzeyi ve kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi sonuçlarını ortaya koyan az sayıda çalışmalardan biri olduğu söylenebilir. Çünkü düşük sağlık okuryazarlığı çoğunlukla düşük gelir düzeyi ve örgün eğitim düzeyi düşük olan hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz ve hastalık öz yönetiminde daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

5.1. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Günümüz de kronik hastalıkların artmasıyla bu hastalıkların daha etkili yönetilmesi, kendi bakımına katılım gösteren yani daha aktif hastayla bu bakımın etkili sürdürüleceği düşünülmektedir (Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015). Aktiflik kavramı hastanın sahip olduğu kronik hastalığını yönetmede bir rol üstlenmesi, üstleneceği bu rolde de hastanın hazır olması hali olarak tanımlanabilir. Literatür incelendiğinde aktiflik düzeyini etkileyen bazı faktörlerin olduğuna ulaşılmıştır. Bu faktörlerden eğitim durumu ve hipertansiyon hakkında eğitim alma durumu olduğunu söyleyebiliriz. Lubetkin vd., (2010) tarafından yapılmış olan bir çalışma da hastalığı hakkında yeterli sağlık bilgisine sahip olan hastaların, yeterli bilgiye sahip olmayan hastalara göre aktiflikleri daha yüksektir sonucuna ulaşılmıştır (Lubetkin vd., 2010). Akça vd., (2018) yapmış olduğu bir araştırma da HT olan hastaların aktiflik düzeyinin yaşa, eğitim durumuna, cinsiyete, günlük yaşam aktivitesinde yardım alma durumuna, hastanın kendi sağlık durumunu tanımlaması arasında bir ilişki olduğuna ulaşılmıştır (Akça vd., 2018). Akça vd., (2018) çalışmasında ilişkilendirilen faktörler ile çalışmamız sonucunda hasta aktifliği ile ilişkilendirilen faktörler arasında benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. (Tablo 4.6).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde; kadın katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının erkek katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Greene ve Hibbard tarafından (2011) yapılan bir çalışma farklı bir sonuca ulaşılmıştır. Erkek hastaların kadın hastalara göre daha aktif olduğu belirlenmiştir (Greene ve Hibbard, 2011). Akca vd., (2018) yaptığı bir araştırma da erkek hastaların kadın hastalara göre daha aktif olduğu belirlenmiştir (Akca vd., 2018). Franz vd., (2013) tarafından yapılmış olan bir çalışma da HADÖ ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Franz vd., 2013). Hendriks vd., (2016) çalışmasına göre bu çalışmadan elde edilen sonuçlar farklıdır. Bu çalışma da cinsiyet değişkeni ve HADÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6). Kadın katılımcıların daha aktif olmalarında rolleri etkili olmuş olabilir. Kadın anne ve eş olarak sağlık bakım hizmetlerini daha aktif kullanmaktadır (Tablo 4.6). Birinci basamak sağlık kuruluşlarından daha fazla sağlık hizmeti almaktadır. Erkek hastalar sağlık kuruluşlarına daha az başvurumaktadırlar (Tablo 4.6). Erkek katılımcıların aktiflik düzeylerinin düşük çıkma nedenleri arasında bunlar sayılabilir.

Literatür incelendiğinde bu çalışma ile benzer sonuçlar da bulunmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların eğitim durumu düşük olan katılımcılara göre daha aktif olduğu da ortak sonuçlardan biridir. Bu çalışmada, hasta aktiflik düzeyi eğitim durumu arttıkça azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6). Hipertansiyon ile ilgili eğitim alan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının almayan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Hastalığı hakkında bilgiye sahip olan hasta hipertansiyonu nasıl yöneteceğini bilir. Eğitim durumunun düşük olması, sağlık durumunun kötüye gitmesi, sahip olunan hastalık hakkında alınan eğitimin yetersiz olması, hastalık semptomlarını yönetmede eksik eğitimin olması hastanın aktifliğini etkilemektedir (Öğün, 2022). Hasta, hastalığı hakkında aldığı eğitimler ışığında harekete geçer. Halk sağlığı hemşireleri, hipertansiyon tanısı konulan hastaların hastalığı yönetmesi konusunda destek olmalı, eğitimler vermelidir. Eğitim düzeyi artan hastalar öz yönetim becerisi kazanırlar. Bu yüzden halk sağlığı hemşirelerinin kronik hastalıkları yönetme ile ilgili verdiği bilgiler oldukça önem taşımaktadır. Literatür de Pala ve Altay (2023) tarafından yapılan bir çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışma sonucunda kronik hastalığı olan bireyin tedaviye aktif katılımının artması tedaviye uyum skorunu da arttırmıştır ve eğitim durumunun

artmasıyla sağlığını iyi olarak algılama skorunda da artış meydana geldiği belirlenmiştir (Pala ve Altay, 2023). Bireyin eğitim durumu hasta aktiflik durumunu etkilemiştir. Hastanın aktiflik düzeyi de öz bakımı etkilediğinden ikisi arasında bir ilişki mevcuttur. Literatür incelendiği zaman yapılmış olan çalışmalar da hipertansiyon hastalığı olan hastalarda hastanın aktifliğinin hipertansiyonun yönetiminde çok önemli bir rolü olduğuna ulaşılmıştır. Hastanın aktif olması hastalığı ile ilgili olan sağlık sonuçlarını daha iyi bir hale getirmektedir ve sağlıkta harcamaların da azaltılmasında önemli olduğu belirlenmiştir (Greene ve Hibbard, 2011). Sacks vd., (2017) tarafından yapılan bir çalışma da hasta aktifliği yüksek olan diyabet hastalarının sağlık sonuçlarının daha iyi olduğu ve hastaneye yatış oranının düşük olduğu belirlenmiştir (Sacks vd., 2017). Yadav vd., (2020) yaptığı bir araştırma da sahip olunan hastalık hakkında eğitim almamış ve hastalık algısının zayıf olması ile hasta aktiflik düzeyinin düşük olması arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Yadav vd., 2020). Elde edilen bu sonuç çalışmamız da eldi edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Eğitim durumunun düşük olması düşük HADÖ ile ilişkilidir sonucunu da desteklemektedir. Hasta aktifliğinin artması kronik hastalığı olan bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini etkilemekte olduğunu gösteren Hibbard vd., tarafından yapılan çalışmayla da desteklenmiştir. Schulman vd. tarafından (2016) yapılan bir araştırma da kalp yetmezliği olan hastaların eğitim durumlarıyla aktif olma arasında fark olduğu sonucuna ulaşılmış olup, hastalığı hakkında bilgisi olan katılımcıların ya da öz yönetimi yüksek olan katılımcıların aktiflik düzeyi de yüksektir.

Hipertansiyon hastalarına verilecek olan kendi kendine hastalığını yönetim eğitiminde karşı karşıya kaldığı kronik durumunu yönetmek ve bundan sonraki süreçte daha sağlıklı hayat sürmek amacıyla stratejiler öğretilmelidir. Bu sebeple eğitimin hipertansiyonu yönetmede önemli rolleri bulunmaktadır. Bu çalışmada hipertansiyon ile ilgili eğitim alan katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeyi puan ortalamalarının almayan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Verilen eğitimler hipertansiyon hastalarının, gelişebilecek komplikasyonları ve tedavileri ile alakalı bilgilerinin gelişmesine, yaşam tarzında değişiklik yapmalarını kolaylaştırmaya yardım eder (Delavar vd., 2020). Eğitim alan katılımcıların SOY düzeyleri yeterli, hastalık özyönetim becerisi gelişmiş, aktiflik düzeyleri yüksektir (Tablo 4.8). Bu durumda eğitim almanın etkili olduğu söylenebilir.

Sigara kullanmayan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının sigara kullanan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Hastanın sağlık okuryazarlığı yüksek ise hastalık öz yönetimi yüksektir, hastalık öz yönetimi yüksek olan hasta ise hastalığını nasıl yöneteceğini bilir ve buna uygun davranışlar sergiler, harekete geçer ve aktifliği artar.

Fiziksel sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Bahrom vd., (2020) yaptığı bir araştırmada çalışma hayatında olan ve kendi sağlık durumunu iyi olduğunu düşünen katılımcıların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bahrom vd., 2020). Mental sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının mental sağlık durumu iyi, fena değil ve kötü olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Hasta aktifliği sadece beden sağlığı ile değil aynı zaman da ruh sağlığıyla da ilişkilendirilmiştir. Sacks vd., tarafından (2014) yapılmış bir çalışma literatürde bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda da hasta aktifliği yüksek olanların depresyon seviyelerinin daha düşük olduğudur (Sacks vd., 2014). Bu konuda bir araştırma Pelin ve Sert (2017) tarafından da yapılmıştır. Araştırma sonucunda HADÖ puanının kronik hastalık sebebiyle gerçekleşen değişime uyum sağlama, mental sağlık durumu, kronik hastalığa sahip bireyin genel sağlık durumu arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Pelin ve Sert, 2017).

Yardım alma durumu hiçbir zaman olan katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeyi puan ortalamalarının yardım alma durumu her zaman olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Gleason vd., (2016) çalışmasında hasta aktifliği düşük olan hastaların giyinme, banyo yapma, depresif belirtiler gösterme, alışveriş yapma, ileri yaşta olma gibi aktivitelerini yerine getirirken zorlanmaları arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gleason vd., 2016). Hastaların hasta aktifliği arttıkça hastalık semptomlarını yönetme becerisi de artmaktadır.

5.2. Kronik Hastalıklarda Hastalık Özyönetim Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Doğan vd., (2018) tarafından yapılmış olan bir çalışma da öz yönetimi etkileyen faktörlerden birinin de cinsiyet olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada kadın

hastaların erkek hastalara göre öz bakım yönetiminin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Doğan vd., 2018). Bir başka çalışma da elde edilen bulgulardan farklı niteliktedir bu çalışma; Özkan Tuncay vd., (2020) diyabet hastaları ile yapmış olduğu çalışmadır. Elde edilen sonuçta cinsiyet faktörünün öz bakımı etkilediği, erkeklerin öz bakım yönetiminin kadınlara oranla yüksek olduğu sonucunu bizlere göstermektedir (Özkan Tuncay ve Avcı, 2020).

Bakan ve İnci (2021) tarafından yapılan çalışma da lise ve üzerinde eğitim almış hastaların tedaviye olan uyumu daha yüksek düzeyde olması sonucuyla bu çalışma da eğitim durumunun artmasıyla kronik hastalıklarda öz yönetim ölçeği puanının artması yönünden benzerlik taşımaktadır (Bakan ve İnci, 2021). Sü'nün (2015) yaptığı bir çalışma da hastanın eğitim durumu ne kadar yüksek ise hastalık öz yönetimindeki başarısı da o kadar yüksektir (Sü, 2015) sonucuna ulaşılmıştır. Mine vd., (2023) tarafından yapılan çalışma da elde edilen sonuçlar ile Gün, Bakan ve İnci, Sü'nün çalışmasında (2018) elde ettiği sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Literatür de elde edilen farklı bir sonuç Wang vd., (2017) çalışmasında görülmüştür. Wang vd., (2017) eğitim düzeyinin kronik hastalığın öz yönetiminde etkili olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu yönüyle bizim çalışmamızdan farklıdır. Öz yeterliliği, eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlığı düşük olan hipertansiyon hastalarının hipertansiyon tedavilerini evde izlemeleri için özel müdahalelere gereksinimleri vardır (Fu vd., 2020). Chang ve Green (2011) tarafından yapılan çalışmada hem eğitilmiş hem de sosyal desteği olan hipertansiyon hastalarının kan basıncı kontrol oranlarının çok daha iyi olduğunun sonucuna ulaşmışlardır (Chang ve Green, 2011). Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, literatür taramasında elde edilen bulgular ile benzer niteliktedir.

Sigara kullanmayan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Hastanın SOY yeterlilik düzeyi iyiye öz yönetim becerisinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Hastalık öz yönetim beceresi yüksek olan hasta, hastalığını daha iyi nasıl yöneteceğini bilebilir. Hipertansiyon hastası sigara içmeye devam ediyorsa hastalık öz yönetimi zayıftır diyebiliriz. Çünkü hastalık öz yönetim becerisi zayıf olan bireyler hastalığının sebep olduğu yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamada güçlük çekebileceklerini düşünebiliriz.

Fiziksel sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). Chang ve Green (2011) tarafından yapılan çalışmada hem eğitimli hem de sosyal desteği olan hipertansiyon hastalarının kan basıncı kontrol oranlarının çok daha iyi olduğunun sonucuna ulaşmışlardır (Chang ve Green, 2011). Fiziksel sağlık durumu mükemmel/oldukça iyi olan katılımcıların Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının fiziksel sağlık durumu iyi ve kötü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğine göre değerlendirilen katılımcıların mental sağlık durumu mükemmel ve oldukça iyi olarak ifade edenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ulaşılan bu sonucun nedeni hasta olan birey hastalığı hakkında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine ulaştıkça sahip olduğu kronik hastalığın öz yönetimi hakkında daha fazla beceriye sahip olması kaynaklı olabilir. Literatür incelendiğinde çalışmamızda ulaşılan sonuçları destekler nitelikte sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Chang ve Lee (2014) Kore’de 306 yaşlı hipertansiyon hastası üzerinde bir araştırma yapmıştır. Öz bakımı yüksek oranda etkileyen faktörlerin güçlendirmesinin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu faktörler sosyal desteğin olup olmaması, depresyon düzeyleri ve sağlığın nasıl algılandığı olarak belirtilmiştir.

5.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı yeterlilik düzeyinin yaş ile beraber azaldığı görülmektedir (Tablo 4.8). Bu sonucu destekler nitelikte olan bir başka çalışma Borges vd., (2019) tarafından yapılmıştır ve sonucunda hem yaş hem de eğitim yılının yaşlılarda yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmaya katılmış olan hipertansiyon hastalarının %70’inden daha fazlasının sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeydedir. Elde edilen bu sonuç özellikle yaşlı hastaların ve okul eğitimi az olanların öz bakım becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Borges vd., 2019). Durusu ve Tanrıöver (2014) tarafından yapılmış olan bir çalışma da bireyin yaşı arttıkça SOY düzeyinin yetersiz olduğu sonucuna ulaşılması (Durusu ve Tanrıöver, 2020) yine çalışmamız da elde edilen bulgular ile ortak sonuca ulaştırmıştır (Mine vd., 2023). Literatürde sonucu destekleyen başka bir çalışma ise Akbolat vd., (2016)

tarafından yapılmıştır. Sakarya ilimizde yapılan bir çalışma da yaşı ilerlemesiyle SOY düzeyinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Akbolat vd., 2016). Rio da bir üniversitenin diyabet biriminde yapılmış olan bir çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşla beraber artış gösterdiği belirlenmiştir (Castro vd., 2014). Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların giderek artış gösterdiği söylenebilir. Yaş ile birlikte sağlığa verilen önem de azalma olması bu farklılığa neden olmuş olabilir. Hem sosyal hem de maddi anlamda yaşlılıkta bir gerileme söz konusudur. Yaşanan bu değişiklikler yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olmasına neden olabilecek faktörler olduğu düşünülebilir.

Sağlık okur yazarlığı yeterlilik durumları ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde, SOY düzeyi kadınların erkeklerden daha yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.8). Bunun nedeni kadınların hastalık ya da kendini kötü hissetme durumunda sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuruyor olmaları ve başvuru düzeyinin artışıyla bilgi sahibi olmalarının artması kaynaklı olduğu söylenebilir. Literatür taraması yapıldığında elde edilen bu sonuç ile benzer birkaç sonuca rastlanılmıştır. Kırarç ve Öztürk (2020) tarafından yapılan çalışmada kadınların erkeklere göre sağlık okuryazarlığı yüksek çıkmıştır. Literatürde hastalık durumunda kadınların daha çok sağlık arama davranışını sürdürdüğü görülmüştür (Shied vd., 2009). Kadınların erkeklere oranla daha çok kaygılı olmaları da SOY düzeyini etkilemektedir (Kırarç ve Öztürk, 2020). Kadınların sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha fazla kullanmaları, toplumda kadına verilen aile içi geleneksel rollerin olması, çocukların sağlık bakımıyla ilgili birincil kişi olmasından kaynaklanan nedenler ile kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha fazla çıkmış olabilir. Çalışma da elde edilen sonuçtan farklı bir sonuç ile literatür taraması sırasında karşılaşılmıştır. Balçık vd., (2014) tarafından yapılan bir çalışma da erkek hastalarda kadınlara oranla sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir (Balçık vd., 2014). İki araştırma karşılaştırıldığında çalışmaya katılanların eğitim durumlarının ve yaşlarının farklı olmasından kaynakladığı düşünülebilir. Bu çalışmada, cinsiyetin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu ve kadınların erkeklere göre SOY yeterlilik düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mine vd., 2023).

Elde edilen bulgularda SOY düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir (Tablo 4.8). Tanrıöver vd., (2014) tarafından yapılan çalışma

sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile medeni durum arasında bir fark olduğu elde edilmiştir (Tanrıöver vd., 2014). Bir başka çalışma da Tanrıöver vd., destekler niteliktedir. Bu alışma Morris vd., (2013) tarafından yapılmış olup sağlık okuryazarlığı düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Morris vd., 2013). Akbolat vd., çalışmasında sağlık okuryazarlığı ile medeni durum arasında bir fark bulunamaması bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer sonucu göstermiştir. Bu alışma da elde edilen sonucu değerlendirdiğimiz zaman medeni durumun, sağlık ya da hastalık durumunda bilgiye erişme, bu bilgiyi kullanma ve yaşam tarzına dönüştürmede bir etki olmayacağı düşünülmektedir.

Gün (2021) tarafından yapılmış olan çalışmada, çalışmaya katılanların yaklaşık üçte birinin sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olarak belirlenmiştir ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan katılımcıların kan basıncı kontrolü de sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcılara göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gün, 2021). Uğurlu ve Akgün (2019) tarafından yapılan bir çalışma da eğitim durumu düşük olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu görülmektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019). Literatür de başka bir çalışma da Castro vd., (2014) tarafından yapılmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarlığının görülmediği katılımcılar en az niversite mezunu olan katılımcılar olmuştur (Castro vd., 2014).

Hemşireler tarafından hastalara verilecek olan eğitimlerin sağlık okuryazarlığını olumlu yönde arttırdığı, artan sağlık okuryazarlığının kronik hastalığın öz yönetimini arttırdığı ve akılcı ilaç kullanımı olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (akmak ve Pakyz, 2021). Bir başka çalışma da bu çalışmayı destekler niteliktedir. Doğrucan Katrancı (2019) yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıka hastaların hipertansiyon tedavisine olan uyumlarının arttığını göstermiştir (Doğrucan Katrancı, 2019).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların, sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcılara göre sigara kullanımı daha yüksektir (Tablo 4.8).Literatür tarandığında Diana vd., (2019) yapmış olduğu bir çalışmaya rastlanıldı. Diana vd., yapmış olduğu bu çalışma da sağlık okuryazarlığının yetersiz olması nikotin bağımlılığın yüksek olduğunu, sigara kullananların sigaranın zararlarına inanmaması, bu bağımlılık ile ilgili

bilgi eksikliği ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ise sigara bırakma konusundaki başarı da düşüktür (Diana vd., 2019).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların mental sağlık durumu fena değil ve kötü olarak belirlenmiş, sağlık okuryazarlığı yeterli olan katılımcıların mental sağlık durumu mükemmel ve oldukça iyi olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı yeterlilik düzeyi arttıkça genel sağlık durumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Literatürde eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin sağlıklarını daha iyi değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Souto vd., 2018). Literatürde yetersiz SOY düzeyinin doğru bilgiye ve doğru hizmete, bu hizmetin kullanılmasını ve kendi sağlığı üzerinde yetkin olmasını engellediği sonucuna ulaşılmıştır (Kaya Şenol vd., 2019). Filiz (2015) bir çalışmada SOY ile sağlık algısının ilişkili olduğunu bildirmiştir (Filiz, 2015). (2007) çalışmada SOY düzeyi ile bireyin fiziksel ve mental sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır (Guerra ve Shea, 2007). Katılımcıların SOY yeterlilik düzeyini arttırarak mental sağlık durumunu daha iyi hale getirebiliriz.

5.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Hastalık Özyönetim İlişkisinin Tartışılması

Bu çalışma da elde edilen sonuçlarda Candido da Silva'nın (2022) çalışmasıyla benzerdir. Hipertansif olan bireyin sağlık okuryazarlığı düşük ise hastalık öz yönetimi başarısız olacaktır. Öz yönetimi başarısız olan birey yaşam tarzı ile ilgili değişikliklerin önemini anlayıp, yorumlayamayacağı için sigara kullanımına devam etmektedir. Eğer bu bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli bir seviyeye gelirse bilgiyi anlayıp, yorumlama becerisi artacağından dolayı hastalık öz yönetim becerisinde artış olacak ve yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay erişebileceğini söyleyebilir. Bu çalışmada elde edilen bulgular literatürle benzerlik taşımaktadır (Mine vd., 2023). Önemli halk sağlığı problemlerinden birisi de sigara içmektir. Eğitim durumu, stres, cinsiyet ve yaş gibi faktörler sigara tüketimini etkilemektedir (Durmuş vd., 2021). Öz yönetimi olumsuz etkileyen faktörler arasında cinsiyet, medeni durum, yaş, sigara ve alkol kullanımı sıralana bilinir (Aykap, 2020). Hipertansiyon hastalarının sigara kullanması antihipertansif ilaç tedavisine karşı bir direnç oluşturmaktadır, kardiyovasküler risklerin azaltılmasında sigaranın bırakılması önem taşımaktadır (Kurt, 2020). Candido da Silva (2022) yaptığı bir çalışma da aktif olarak bir işte çalışan ve sigara kullanmayan

bireylerin sağlık okuryazarlığı sonuçlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşmıştır (Candido da Silva, 2022).

SOY ve öz yönetim ile ilgili yapılan farklı çalışmaları incelediğimde; sağlık bilgisinin öz yönetimi etkilediği, bireyin öz yönetiminin ise sağlam bir okuryazarlık ile çok daha iyi duruma geleceği sonucuna ulaşılmaktadır (Schaffer vd., 2017). Bu çalışmada, fiziksel sağlık durumu oldukça iyi olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli, hastalık yönetiminde öz yönetim becerisine sahip ve aktiflik durumlarının da yüksek olduğu sonucuna ulaşılması (Mine vd., 2023) literatür ile benzerlik göstermektedir.

Literatür de başka bir çalışma da Dunlay vd., (2017) tarafından yapılmış olup yaş ilerledikçe, eğitim düzeyi düştükçe, sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastaların aktifliğinin de düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dunlay vd., 2017). Bu çalışmada eğitim durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı yeterlilik düzeyinin arttığı, eğitim durumu arttıkça kronik hastalıklarda öz yönetim leği puanının yükseldiği ve eğitim durumu arttıkça hasta aktiflik puanının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür de Pelin ve Sert'in (2017) yaptığı bir çalışmaya rastlanıldı. Bu araştırmada kronik hastalığa sahip katılımcıların öğrenim düzeyi, hastalık tedavisinde diyetle uyma ve ilaçlarını düzenli kullanma ile HADÖ arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Pelin ve Sert, 2017). Bu çalışmada, diğer çalışmalar ile benzer sonuçları ortaya koymuştur. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bir hastanın öz yönetim becerisi de yüksektir. Hastalığı hakkında bilgi düzeyi yeterli seviyede olan birisi öğrendiği bu bilgiyi hayata geçirebilmek için daha aktif olmalıdır. Bu çalışmada, hipertansiyon hakkında eğitim alan hastaların daha aktif oldukları ve öz yönetim becerilerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mine vd., 2023). Schulman vd., (2016) tarafından yapılan bir araştırma da kalp yetmezliği olan hastaların eğitim durumlarıyla aktif olma arasında fark olduğu sonucuna ulaşılmış olup, hastalığı hakkında bilgisi olan katılımcıların ya da öz yönetimi yüksek olan katılımcıların aktiflik düzeyi de yüksektir. Hasta aktifliği düzeyi yüksek olan hastaların öz yönetim davranışı puan ortalamaları da yüksek olarak belirlenmiştir (Schulmann vd., 2016). Hipertansif hastalardan eğitim almış olanların hastalığı yönetmede daha başarılı olduğu görülmektedir. Bunun nedeni eğitim verilmesiyle hastanın hastalığı ile nasıl baş edeceği, tedavisi ve izlemleri hakkında bilgisinin artması olabilir.

Hipertansiyonun öz yönetiminde SOY önemli bir role sahiptir. Öz yönetim kavramı yaşamın daha iyi olması için hipertansiyonun kontrol altına alınmasını gerektiren görevlerinin tümünü içerisine alan geniş bir kavramdır. Ele alınan görevler tıbbi yönetim, duygusal olarak hastalığın yönetilmesi ve rol yönetimidir. Ele aldığımız bu alanlarda ortaya çıkacak olan beceri eksiklikleri hipertansiyon hastasının öz yönetimini etkili yapmasını engellemiş olacaktır. Bireyin öz yeterliliğinin yüksek olması demek sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını uygulaması anlamına gelmektedir. Bu davranışları uygulayan bireyin hem sağlığı hem de yaşam kalitesinde artış görülmektedir (Özpulat, 2016). Çoğunlukla düşük gelir düzeyi ve örgün eğitim düzeyi düşük olan hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz ve hastalık öz yönetiminde daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Literatür taramasında Creber vd., (2017) yapmış olduğu bir araştırma da hasta aktiflik durumunun öz bakım davranışlarıyla ve öz yeterlilik ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Creber vd., 2017). Bu çalışmada, HADÖ düzeyi bir olanların üç ve dört olanlardan yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ise anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür taramasında karşılaşılan çalışmalar ve bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir. Hasta aktiflik düzeyi ve öz yönetim becerileri paralellik göstermektedir. Elde edilen bu sonuçla öz yönetim becerisi eksik olan hipertansiyon hastalarının sağlık riskinin artmadan belirlenmesi, hipertansiyonun yönetiminde uyum sahibi olmaları, yaşam değişikliklerinin desteklenmesine yönelik girişimlerin planlanması ve bu girişimlerin uygulanması gerektiği düşünülmektedir. Hipertansif hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi düştükçe hipertansiyon hastalık süreci ile ilgili bilgi seviyesi, zihinsel sağlığı ve fiziksel sağlığı da aynı oranda zayıflamaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı sınırlı bir hal almakta ve hastaneye yatış oranının da artış görülmektedir (Kaya ve Karaca Sivrikaya, 2019). Hastalığı hakkında daha fazla bilgiye sahip olan hipertansif hastaların tedaviye uyum, yaşam tarzı değişiklikleri gibi hastalığı yönetme becerisiyle beraber harekette bulunma yani aktifliği artış gösterebilir.

HADÖ puanının kronik hastalık sebebiyle gerçekleşen değişime uyum sağlama, mental sağlık durumu, kronik hastalığa sahip bireyin genel sağlık durumu arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Pelin ve Sert, 2017). Güçlendirme faktöründe bahsedilen; hastanın sağlıklı davranışlarını kontrol edebilmesi ve bu duygun hasta da gelişmesi, öz yeterlik, hastanın problem çözme becerisi, hastalığıyla psikososyal başa çıkma, yaşam boyu verilen destek, tedavi sürecinde motivasyon ve kendisi hakkında karar verme

becerisini kapsayan özelliktedir (Chang ve Lee, 2014). Genel sağlık durumu iyi olan bireyin motivasyonu daha yüksek olabilir ve harekete daha kolay geçmesi elde edilen sonucun nedenlerinden olduğu söylenbilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hipertansiyon öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları şöyledir:

- HADÖ etkileyen faktörler; kadın katılımcıların HADÖ puan ortalamalarının erkek katılımcılara göre daha düşük olduğu, eğitim durumu arttıkça HADÖ puan ortalamasının azaldığı, daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim katılımcıların eğitim almayan katılımcılara göre HADÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu, kronik hastalığı olmayan katılımcıların HADÖ puan ortalamalarının kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha düşük olduğu, sigara kullanmayan katılımcıların HADÖ puan ortalamalarının sigara kullanan katılımcılara göre daha düşük olduğu, yardım alma durumu arttıkça HADÖ puan ortalamalarının düşük olduğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeğini (SCMP-G) etkileyen faktörler; eğitim durumu arttıkça SCMP-G puan ortalamalarının arttığı hipertansiyon ile ilgili eğitim alan katılımcıların SCMP-G puan ortalamaları, almayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olmayan katılımcıların SCMP-G puan ortalamaları, kronik hastalığı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, sigara kullanmayan katılımcıların SCMP-G puan ortalamaları, sigara kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, katılımcıların fiziksel ve mental sağlık algısı daha yüksek düzeyde olanların SCMP-G puan ortalamalarının kötü ve fena değil düzeylerine göre daha yüksek olduğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı (SOY) düzeyini etkileyen faktörler; katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça yeterli SOY düzeylerinin daha iyi olduğu, yaş arttıkça SOY yeterlilik düzeyinin azaldığı, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre SOY yeterlilik düzeyinin daha fazla olduğu, sigara kullanan katılımcıların SOY yeterlilik düzeyinin düşük olduğu, daha önce eğitim alan katılımcıların SOY yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu, SOY yeterlilik düzeyi arttıkça fiziksel ve mental sağlık algısının arttığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Medeni durum ile SOY arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- SOY ile SCMP-G arasındaki ilişki incelendiğinde; SOY puan ortalamaları ile SCMP-G arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Hasta Aktivite Düzeyi puan ortalamaları ile Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hipertansiyon öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları ışığında uygulayıcılara ve araştırmacılara yönelik öneriler şöyledir:

- Halk sağlığı hemşirelerinin hipertansiyon tanısı olan bireylere çalıştıkları kurumlarda sağlık okuryazarlığı yeterlilik düzeyini arttırmak için eğitimler planlaması, bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması, hipertansiyon tanısı olan bireylere sağlık okuryazarlığını geliştirici faaliyetler planlaması önerilmektedir.
- Sağlık kurumlarında çalışanların kronik hastalık tanısı konulduğu andan itibaren hastalara öz yönetim becerilerinin kazandırması önerilmektedir.
- Gelecekteki araştırmalarda daha geniş ve ulusal kapsamlı örneklemelerde benzer çalışmalar planlanması, planlanacak çalışmalarda diğer kronik hastalıkların da ele alınması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akca N, Sönmez S, Öke P, Saygılı M. (2018). Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktivliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 1768-1776.
- AlMomen R, Abdelhay O, Alrowais N, (2015). Evaluation of Patient With Chronic Disease Using Patient Assessment of Chronic Illness Care Questionnaire (PACIC) in Riyadh Ksa. *International Journal of Current Advanced Research*, 4(9), 378-381. DOI: 10.5750/EJPCH.V6İ1.13.68
- Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Adana F, Okyay P, Demirci B (2019). Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. *Meandros Medical and Dental Journal*, 20(1), 64. DOI: DOI: 10.4274/meandros.galenos.2018.35119
- Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H, (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta- hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354- 362. DOI: 10.5455/pmb.1-145500890
- Arabacı Z, Doğru A, Yıldırım, JG, (2018). Transteoretik modele dayandırılarak motivasyonel görüşme tekniğinin kronik hastalıklarda kullanım örneklerinin incelenmesi. *Kastamonu Sağlık Akademisi*, 3(2), 56-61. DOI: 10.25279/sak.337571
- Aşkın U, Tanrıverdi A, Türkmen, S, (2018). Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu: Hipertansiyona Güncel Yaklaşımlar ve Tedavi Stratejileri.
- Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, ve Abacı A, (2019). Türk hipertansiyon uzlaşi raporu. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 47(6), 535-546. DOI: 10.5543/tkda.2019.62565
- Bahrom N, Abdul-Hamid H, Badlishah-Sham S, Baharudin N, ve Mohamed-Yassin MS, (2020). Factors Associated with High Patient Activation Level among Individuals with Metabolic Syndrome at a Primary Care Teaching Clinic. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1-13. DOI: 10.177/2150132720931301
- Bayram F, Demir Ö, Sabuncu T, Eren MA, Gedik AV, Çorapçıoğlu D, et al (2021). *Prevalence and Awareness of Hypertension in Seven Distinct Geographic Regions of Turkey: The SEMT HT Study. Turk J Endocrinol Metab*, 25 (1),1-10. DOI: 10.25.179/TJEM.2020-78532
- Brady TJ, Anderson LA, Kobau R, (2017). Chronic disease self-management support: public health perspectives. *Front Public Health*, 41-6. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00234.

- Ceyhan Y, Ünsal A, (2018). Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (4), 263273. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46759/586466>
- Cooper H, Booth K, Gill G, (2003). Patients perspectives on diabetes health care education. *Health Educ Res*, 18(2), 191-206. DOI: 10.1093/HER.18.2.191
- Çınar S, Ay A, Boztepe H, (2018). Çocuk Sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 25-39. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/37269/363218>
- Çopurlar CK, Kartal M, (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *TJFM&PC*, 10(1), 42-47. DOI: 10.5455 /TJFMPC.193796
- Değerli H, Tüfekçi N, (2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6 (5), 467-488. DOI: 10.33692/avrasyad.510093
- Demir Avcı Y. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull*, 15(3), 259-266. DOI: 10.5455/pmb.1-144549488
- Demir Saka S, Gözüm P, (2020). Toplumda yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve ağrı öz yönetim uygulamaları. *Cukurova Medical Journal*, 45, 595-603. DOI: 10.17826/cumj.639994
- Demirli P, (2018). *Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. (Yüksek lisans Tezi)*. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne. Türkiye.
- Dost A, Özsoy Durmaz M, (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İnönü üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 652-666. DOI: 10.33715/inonusaglik.1010493
- Emiral GO, Aygar H, Isiktekin B, Göktas S, Dagtekin G, Unsal A ... (2018). Health literacy scale-European union-Q16: a validity and reliability study in Turkey. *Int. Res. J. Medical Sci.*, 6(1), 1-7. DOI: 10.4103/njcp.njcp_88_18.
- Gönen Şentürk S, (2021). Kronik hastalıkların yönetiminde öz yönetim stratejilerinin önemi ve hemşirenin rolü. *Eurasian JHs*, 4(1), 913. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/avrasyasbd/issue/60098/849601>
- Gün EP, (2021). *Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Tıpta uzmanlık tezi)*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Türkiye.

- İncesu E, (2017). Akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı: Bir kamu hastanesi yatan hastaları üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 28-38. DOI: 10.5455/sad.13-1483603442
- İncirkuş K, Nahcivan NO, (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (1), 102-9. Erişim Adresi: http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkus.pdf
- Hendriks SH, Hartog LC, Groenier KH, Maas AH, Hateren KJ, Kleefstra N, Biblo HJ, (2016). Patient Activation in Type 2 Diabetes: Does It Differ between Men and Women? *Hindawi Publishing Corporation Journal of Diabetes Research*, 1-8. DOI: 10.1186/1471-2474-15-346.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M, (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *HSR: Health Services Research*, 39(4), 1005-1026. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M, (2005). Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure, *HSR: Health Services Research*, 40(6), 1918-1930. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438
- Kaya E, Karaca Sivrikaya S, (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28 (3), 216-221. DOI: 10.17942/sted.381218
- Keçik M, (2021). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavisinde İlaç Uyuncu ve Sağlık Okur Yazarlığının Etkisi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(1), 5-15. DOI: 10.5543/KHD.2021.21032
- Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, ve Saczynski JS, (2015). The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient education and counseling*, 98(5), 545-552. DOI: 10.1016/j.pec.2015.02.005
- Kolcu M, Egün A, (2016). Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Journal of Health Science and Profession*, 3(3), 234-241. DOI: 10.17.681/hsp.23573
- Koşar C, Besen D, (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753266>
- Lee HY, Shin J, Kim GH, Park S, Ihm SH, ve Kim HC (2019). Hipertansiyon yönetimi için Kore hipertansiyon topluluğu kılavuzları: bölüm II. *Clin Hypertens*. 25(1): 20. DOI: 0.1186/s40885-019-0124

- Mackey L, Doody C, Werner, E, Fullen F, (2016). Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have?. *Med Decis Making*, 36(6), 741-59. DOI: 10.1177/0272989X16638330.
- Matsumoto M, Nakayama K, (2017). Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health*, 17(1), 48-51. DOI: 10.1186/s12889-016-3971-3.
- Morris NS, Mac Lean, CD, Littenberg B, (2013). Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(5), 638-646. DOI: 10.1177/0145721713496871.
- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glaskow RE, Engelgau MM, ve Jack L, (2002). Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *Am J. Prev. Med* 2002; 22:29-66. DOI: 10.1016/s0749-3797(02)00424-5.
- Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N, (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*, 25(3): 464–477. DOI: 10.1093/her/cyp068.
- Ölmez EH, Barkan OB, (2015). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bsbd/issue/43833/539043>
- Pelin M, (2017). *Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi)*. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya. Türkiye.
- Fu SN, Dao MC, Wong CKH, Cheung BMY, (2020). The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings, *International Journal of Hypertension*, 15. DOI: 10.1155/2020/7502468.
- Sezer A, Çoban O, (2016). Ortaokul öğrencilerinin sorumluluk değeri algıları. *Uşak Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2 (1), 22-39. DOI: 10.29065/usakead.232420
- Sezer T, (2020). *Kronik börek yetmezliğine sahip ergen ve ebeveynleri için geliştirilen özyönetim programının ergenlerin sağlığına etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Türkiye.
- Schaffer J, Leung K, Tremblay S, (2018). The Effectiveness of Self-Management Interventions for Individuals with Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review. *J Gen Stajyer Med*. 33(4), 510–523. DOI: 10.1007/s11606-017-4265

- Shao AT, (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
- Schulman-Green D, Jaser S.S, Park C, Whittmore R, (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness, *JAN*, 1469-89. DOI: 10.1111/jan.12902
- Smidth M, Christensen MB, Olesen F, Vedsted P, (2013). Developing an active implementation model for a chronic disease management program. *International Journal of Intergrated Care*, 13(1), 16. DOI: 10.5334/ijic.994
- Soysal A, Obuz E, (2020). Sağlık okuryazarlığı: Kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi sağlık yönetimi öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 1198-1217. DOI:10.33437/ksusbd.677560
- Suon M, Ruaisungnoen W, (2019). Phnom Penh, Kamboçya'da Hipertansiyonlu Hastalarda Sodyum Kısıtlaması ve İlişkili Faktörler Konusunda Sağlık Okuryazarlığı. *Tayland Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 37(4), 32–41. DOI: 10.14456/nujst.2022.31
- Sürücü Arda H, (2014). Diyabet özyönetim eğitimi, grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. *DEUHYO ED*, 7 (1), 46-51. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753436>
- Tözün M, Sözmen K, (2014). *Health Literacy with Perspective of Public Health*. *Smyrna Tıp Dergisi*, 48-54. DOI: 10.37989 /gumussagbil.930482
- Tusa N, Kautiainen H, Elfving P, Sinikallio S, ve Mäntyselk P. (2020). *Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases*. *BMC Family practice*, 21(225), 1-8. DOI: 10.1186/s12875-020-01301
- Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC (1995). Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at two Public Hospitals, *JAMA*, 274(21), 1677-1682. DOI: 10.1001/jama.1995.03530210031026
- William V, Baker D, W Parker, Nurss, JR, (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. *Archives of Internal Mediine*, 158(2), 166. DOI: 10.1001/archinte.158.2.166.
- Yilmazel G, Çetinkaya F, (2015). *Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey*. *Eastern Mediterr Health Journal*, 21(8): 598-605. DOI: 10.26719/2015.21.8.598.
- Yilmazel G, Çetinkaya F, (2016). *Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi*. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74. DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518

- Yin R, Yin L, Li L, Silva-Nash J, Tan J, Pan Z, ... (2022). Hypertension in China: burdens, guidelines and policy responses: a state-of-the-art review. *J Hum Hypertens*. Feb; 36(2): 126-134. DOI: 10.1038/s41371-021-00570-z.
- Zhang N J, Terry A, McHorney CA, (2014). Impact of Health Literacy on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. *In Annals of Pharmacotherapy*. DOI: 10.1177/1060028014526562.
- Zuhur Ş, Özpancar N, (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hemarge/issue/52751/696111>



EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 210163

Karar No : 179

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi MİNE TOPÇU
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
Araştırmanın Başlığı	'Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Öz Yönetimi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi'
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	30.06.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 14.07.2021 1. Düzeltme Tarihi : 04.08.2021
Karar Tarihi	18.08.2021

KARAR : **UYGUNDUR**

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşim OLGUN
Başkan

Prof.Dr. Kılıçhan BAYAR
Üye

Prof.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Üye

Prof.Dr. Özcan SAYGIN
Üye

Doç.Dr. Ahmet Salih SÖNMEZDAĞ
Üye

Doç.Dr. Cem ŞAHİN
Üye

Prof.Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ
Üye



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AYDIN SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ
08/11/2021 18:08 - E-44021967 - 605.01 - 416



Sayı : E-44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Dr. Öğretim Üyesi
Özcan AYGÜN, Mine TOPÇU)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13/10/2021 tarihli ve 44021967-605.01-01-378 sayılı yazı.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Mine TOPÇU, Dr. Öğretim Üyesi Özcan AYGÜN danışmanlığında, Müdürlüğümüze bağlı Söke 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde **“Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Öz Yönetimi ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi”** konulu tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilecek olan araştırmalarda sağlık hizmeti sunumu sebebi ile edinilmiş olan verilerin talep edilemeyeceğinin bilinmesi (kimlik bilgileri, iletişim ve adres bilgileri, hastalık ile ilgili kayıtlar vb.), çalışma yapılırken sağlık kuruluşunun işleyişine ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışmanın sağlık kuruluşu elemanlarının onayı çerçevesinde hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi ve/veya başvuru formunda belirtilen yardımcı araştırmacılar tarafından yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu çalışmanın, yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalınarak ve çalışma bitiminde nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafımıza iletilmesi şartı ile yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Mustafa EKİCİ
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Eki: Makam Onayı

Dağıtım: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

VERİ TOPLAMA FORMLARI

Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Hastalık Öz Yönetimi İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi adlı çalışma Mine TOPÇU tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma amacıyla, öncelikle kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve daha sonra sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile kronik hastalıkların öz yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz taktirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma formu 4 bölüm/ 83 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 30 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Mine TOPÇU ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının
Unvanı, Adı Soyadı: Mine TOPÇU
Telefon Numarası:
Mail:

Katılımınız için teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşını kaç?
2. Medeni durumunuz?
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Diğer
3. Cinsiyetiniz nedir?
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
4. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okur- yazar
 - 2) İlkokul
 - 3) Ortaokul
 - 4) Lise
 - 5) Üniversite
 - 6) Lisansüstü
5. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - 1) Yalnız yaşıyorum
 - 2) Ailemle yaşıyorum
 - 3) Ev arkadaşım ile yaşıyorum
 - 4) Geniş ailemle yaşıyorum
 - 5) Diğer (.....) belirtiniz.
6. Kaç yıldır hipertansiyon hastasıdır?
7. Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?
8. Hipertansiyon tedavisi için hangi kurumlara gidiyorsunuz?
 - 1) Aile sağlığı merkezi
 - 2) Hastane
 - 3) Tamamlayıcı tedavi ve bakım
9. Hipertansiyon bakım sürecinde kimlerden destek alıyorsunuz?
 - 1) Sağlık kurumları
 - 2) Aile bireyleri
 - 3) Arkadaşlar
 - 4) İşyeri
 - 5) Alternatif ve tamamlayıcı şifacılar
 - 6) İnternet ve diğer dijital platformlar
 - 7) Sosyal medya
10. Daha önce hipertansiyon ile ilgili eğitim aldınız mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
10. Soruya cevabınız hayır ise 12. Soruya geçiniz
11. Hipertansiyon ile ilgili eğitimi nereden aldınız, yazınız
12. Tanı konulmuş başka bir kronik hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - 1) Diyabet
 - 2) Kalp- damar hastalığı
 - 3) Kanser
 - 4) Astım-KOAH

5) Diğer (.....) belirtiniz.

13. Sigara içiyor musunuz?

- 1) Evet. Günde Adet
- 2) Hayır

14. Genel fiziksel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Mükemmel
- 2) Oldukça iyi
- 3) İyi
- 4) Fena değil
- 5) Kötü

15. Genel mental sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Mükemmel
- 2) Oldukça iyi
- 3) İyi
- 4) Fena değil
- 5) Kötü

16. Kitap okuma sıklığınız nedir?

- 1) Hiç okumam
- 2) Ara sıra
- 3) Sıklıkla
- 4) Bilinmiyor/cevapsız

17. Okuma yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumunuz nedir?

- 1) Her zaman
- 2) Bazen
- 3) Nadiren
- 4) Hiçbir zaman
- 5) Bilinmiyor/cevapsız

18. Sağlıkla ilgili başvuru kaynaklarını kullanma sıklığınız nedir?

- 1)Gazete
- 2)Magazin
- 3)İnternet
- 4)Radyo ve televizyon
- 5)Kitaplar ve broşürler
- 6)Aile üyeleri, arkadaşlar vb
- 7)Doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları

19. Sağlıkla ilgili en güvenilir olarak tanımladığınız bilgi kaynağı nedir?
(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- 1)Sağlık çalışanı
- 2)Radyo/televizyon
- 3)Kitap/broşür
- 4)İnternet
- 5)Aile üyeleri
- 6)Yazılı basın (gazete, dergi vb.)
- 7)Arkadaş
- 8)Bilinmiyor/cevapsız

AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ KISA FORMU

<i>Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?</i>	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyorum
1-) Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak					
2-) Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (<i>yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi</i>)					
3-) Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak					
4-) Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak					
5-) İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek					
6-) Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak					
7-) Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek					
8-) Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak					
9-) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak					
10-) Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (<i>Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon</i>)					
11-) Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (<i>Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları</i>)					
12-) Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (<i>Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları</i>)					
13-) Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (<i>Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb</i>)					
14-) Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
15-) Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (<i>Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler</i>)					
16-) Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (<i>Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.</i>)					

HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇÜM ARACI

MADDELER	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Bilemiyorum
1. Herşeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.					
2. Kendi sağlık bakımımda aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.					
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim					
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					
12. Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
MADDELER					
1. Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum.					
2. Hastalığımı kontrol edebilirim.					
3. Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor.					
4. Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir.					
5. Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum.					
6. Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım.					
7. Hastalığımın dolayısı ile çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum.					
8. Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım.					
9. Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi.					
10. Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor.					
11. Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum.					
12. Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum.					
13. Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum.					
14. Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım.					
15. Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum.					
16. Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim.					
17. Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor.					
18. Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor.					
19. Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum.					
20. Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım.					
21. Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine almasın.					
22. Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim.					
23. Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim.					
24. Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istiyorum.					

25. Hastalığımdeki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim.					
26. Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum.					
27. Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim.					
28. Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var.					
29. Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum.					
30. Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir.					
31. Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum.					
32. Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim.					
33. Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor.					
34. Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir.					
35. Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum.					

Ölçek Kullanım İzinleri

GE

Gülsüm Oztürk Emiral

Kime:

25.06.2021 Cum 12:01

ANKET.docx
17 KB

Saygı ve sevgilerimle
Ankara Çankaya İlçe Sağlık Müdürlüğü
Uzm.Dr.Gülsüm ÖZTÜRK EMİRAL
Halk Sağlığı Uzmanı

25 Haz 2021 Cum,

11:00 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam merhaba,
Hocam yüksek lisans tezim de ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Fakat ölçeğin Türkçe halini kullanmak istiyorum makaleniz ise İngilizce, rica etsem soruların Türkçe formunu benimle paylaşır mısınız? Verdiğim rahatsızlıktan dolayı özür diliyorum, iyi çalışmalar hocam.

YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMAM İÇİN ÖLÇEK KULLANIM İZNI

1 ek

M

Merhaba Hocam, Yüksek lisans tez çalışmam da Türkçe'ye uyarlamış ...

22.06.2021 Sal 10:43

SH

Kime:

22.06.2021 Sal 10:45

Merhaba,
ölçeği kullanabilirsiniz,
Çalışmanızda başarılar dilerim.

[Android için Outlook'u edinin](#)

...

Tercihler edinin

Tüm tercihler

Aynı tercihler edinin

CK

cansu koşar <

Kime: Özcan AYGÜN

22.06.2021 Sal 10:59

 PAM 13 Scoring Spreadsheet...
128 KB

 PAM.docx
21 KB

3 ekin (425 KB) tümünü göster

Tümünü OneDrive - Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi konumuna kaydet

Tümünü indir

Merhaba,

Ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz.
Ölçek puanlama tablosu ve ölçek kullanımı hakkında bilgi ekte yer alıyor. Ölçek maddelerine YÖK tezden girip bakabilirsiniz.
Ölçek maddelerine verilen yanıtları puanlama tablosuna girdiğinizde her bir kişinin PAM puanı ve hangi aktiflik düzeyinde olduğu ortaya çıkıyor (4 aktiflik düzeyi var)
Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.



Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mine TOPÇU
Yabancı Dili : İngilizce
Lisans : Kocatepe Üniversitesi Hemşirelik
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve : Ödemiş Devlet Hastanesi (2022-Halen)
Yıl
Yayınları (SCI ve diğer) : Topçu Mine, Aygün Özcan, 2022.
Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle
Çocuk Sağlığı Çıktılarının İlişkisi. 7.
Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi
Diğer Konular :