



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HİPERTANSİYF BİREYLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN FARMAKOLOJİK
VE NON-FARMAKOLOJİK TEDAVİYE UYUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Filiz HALICI

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2020





**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HİPERTANSİF BİREYLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN FARMAKOLOJİK
VE NON-FARMAKOLOJİK TEDAVİYE UYUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Filiz HALICI

Tez Danışmanı: Dr. Cenk AYPAK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgmeden eğitime katkı sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU' na, tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Cenk AYPAK'a, eğitime katkıda bulunan, başasistanımız Uzm. Dr. Özlem SUVAK'a, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, rotasyonlarım sırasında yardımcı olan tüm değerli hocalarımıza ve asistanlığım süresi boyunca beraber olduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hep yanımda olan, benden hiçbir desteğini esirgemeyen, sevgili hayat arkadaşım, eşim Ali Halıcı'ya, tezimi yazarken benimle geçirecekleri oyun oynama, kitap okuma saatlerinden büyük fedakarlıklar yapan oğullarım Mustafa Cemil, Mete Can, Mert Cihan'a,

Bugünlere gelmemde en büyük katkı sahibi olan, hayatımın her anında, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Gönül Kerdige ve sevgili babam Mustafa Kerdige'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Filiz HALICI

Ankara, 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. HİPERTANSİYON.....	4
2.1.1. Hipertansiyon Tanımı.....	4
2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. Hipertansiyon Sınıflaması.....	6
2.1.4. Hipertansiyonda Tarama.....	7
2.1.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri.....	7
2.1.6. Hipertansiyon Tedavisi.....	7
2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi.....	7
2.1.6.2. Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	9
2.1.7. Tedaviye Uyum ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği.....	9
2.1.7.1. Hill-Bone Yüksek Kan Basıncı Uyum Ölçeği.....	11
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	12
2.2.1. Sağlık Okur Yazarlığı Nedir?	12
2.2.2. Sağlık Okur Yazarlığının Önemi.....	15
2.2.3. Sağlık Okur Yazarlığının Basamakları.....	17
2.2.4. Sağlık Okur Yazarlığını Etkileyen Faktörler.....	18
2.2.5. Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi.....	19
2.2.6. Düşük Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Sağlık Sistemine Yansımaları.....	20
2.2.7. Sağlık Okur Yazarlığının Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle	

İlişkisi.....	23
2.2.8. Türkiye’de Sağlık Okur Yazarlığı.....	24
2.2.9. Kronik Hastalıklar ve Sağlık Okur Yazarlığı.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	26
3.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN GÖNÜLLÜ/ HASTA ARAŞTIRMA GRUBU.....	26
3.3. DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	26
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARACI.....	26
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇLAR.....	56
KAYNAKLAR.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	74
EKLER.....	76
EK-1. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY FORMU.....	76
EK-2. TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	77
EK-3. ANKET FORMU.....	78

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
AMA	: Amerikan Tıp Birliği
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
DKB	: Diastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
ESH/ESC	: Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği
HBHTUÖ	: Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
HLS-EU	: The European Health Literacy Survey
HT	: Hipertansiyon
JNC	: American Joint National Committee
KB	: Kan Basıncı
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokerleri
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
Patent	: Türkiye Prevelans Çalışması
Patent2	: Türkiye Prevelans Çalışması 2
RAS	: Renin-anjiyotensin Sistemi
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Demografik özellikler.....	28
Tablo 2. Sigara-alkol kullanımı.....	29
Tablo 3. Tansiyon aleti ve ölçme.....	29
Tablo 4. HT hastalığına sahip olunan yıl.....	30
Tablo 5. Eşlik eden hastalık.....	30
Tablo 6. Ek hastalığa sahiplik ile SOY ilişkisi.....	30
Tablo 7. Ek hastalık dağılımı.....	31
Tablo 8. Tedavi yöntemleri.....	32
Tablo 9. Hastaların vücut ölçüm ve kan basıncı değerleri.....	32
Tablo 10. Hastaların SOY düzeylerine göre vücut ölçüleri ve kan basıncı değerleri.....	33
Tablo 11. Hipertansiyon tedavisinde tuz tüketimi alışkanlıkları.....	34
Tablo 12. Hipertansiyon tedavisinde sağlıklı beslenme alışkanlıkları.....	35
Tablo 13. Hipertansiyon tedavisinin stres yönetimi.....	35
Tablo 14. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği.....	36
Tablo 15. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği.....	37
Tablo 16. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği 1.....	37
Tablo 17. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği.....	38
Tablo 18. Hill-bone total skorlarının demografik verilerle ilişkisi.....	39
Tablo 19. Hill-bone total skorlarının sigara ve alkol ile ilişkisi.....	40
Tablo 20. Hill-bone total puanının tansiyon aleti varlığı, ölçüm sıklıkları ve hipertansif olarak geçirilen yıllar arasındaki ilişki.....	40
Tablo 21. Hill-bone total, medikal, beslenme alt grup puanları ve SOY total puanı.....	41

Tablo 22. Hastaların SOY durumu dağılımı.....	41
Tablo 23. SOY düzeyi ve cinsiyet arasındaki ilişki.....	42
Tablo 24. Eğitim durumu ve sağlık okur yazarlığı düzeyi.....	42
Tablo 25. Eğitim durumu(Gruplar arası) ve sağlık okur yazarlığı düzeyi.....	43
Tablo 26. Gelir düzeyi ve sağlık okur yazarlığı düzeyi.....	43
Tablo 27. Gelir düzeyi (Gruplar arası) ve sağlık okur yazarlığı düzeyi.....	44
Tablo 28. Alkol-sigara kullanımı ve sağlık okur yazarlığı düzeyi.....	44
Tablo 29. Tansiyon aleti ve sağlık okur yazarlığı düzeyi.....	45
Tablo 30. Sağlık okur yazarlığı düzeyleri ve ortalama hill bone puanları.....	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 2018 ESH/ESC Raporu'na göre kan basıncı sınıflaması.....	6
Şekil 2. Hedef kan basıncı düzeyi için ilaç tedavi stratejileri.....	8
Şekil 3. Tedavi uyumunu etkileyen faktörler.....	10
Şekil 4. Sağlık okuryazarlığının düzeyleri ve hedefler.....	17
Şekil 5. Sağlık okuryazarlığının Sorensen ve ark. tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı'nda belirlenen 12 alt boyutu.....	18

ÖZET

HİPERTANSİF BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN FARMAKOLOJİK VE NON-FARMAKOLOJİK TEDAVİYE UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

AMAÇ: Hipertansiyon tüm dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birini etkileyen kronik bir hastalıktır. Birinci basamakta çalışan hekim ve sağlık personeli tarafından en çok gözlenen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Hipertansiyon önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir hastalıktır (1).

Tedavi alan hipertansif hastalarda yetersiz fonksiyonel sağlık okur yazarlığı düzeylerinin farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviye uyumu üzerine etkisi olup olmadığını araştırmak için böyle bir çalışma yapmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza hipertansiyon tanısı ile takip edilen 214 hasta alındı. Hastalar rastgele örneklem yöntemi ile seçildi. Çalışmaya alınan tüm hipertansiyon hastalarına oluşturulan anket ile demografik bilgiler, farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviye uyum, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ile ilgili sorular ve Hill-Bone Yüksek Tansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Anketi ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) soruları yüz yüze görüşme tekniği ile soruldu.

BULGULAR: Çalışmaya katılan tüm katılımcıların Hill-bone total puan ortalamasının $7,59 \pm 5,35$, medikal alt grup puan ortalamasının $5,17 \pm 4,07$, beslenme alt grup puan ortalamasının $1,82 \pm 1,77$, SOY total puan ortalamasının $25,73 \pm 10,82$ olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların %48,1'inin SOY durumlarının yetersiz olduğu, %28,5'inin sorunlu-sınırdaki olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerin ayrı ayrı sağlık okur yazarlığı düzeyi ile eğitim durumları ve gelir düzeyleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Ancak Hill-bone total puanları, SOY durumu gruplarında nümerik farklılıklar gösteriyor olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda SOY ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı bu sebeple daha fazla sayıda ve farklı eğitim düzeylerinde katılımcının dahil olacağı çalışmalar yapılmalıdır. Bunun yanı sıra müdahale çalışmaları planlanarak SOY durumunun düzelmesiyle tedaviye uyumda farklılık olup olmadığı tespit edilmelidir. Çalışmamızda tedaviye uyum oranları düşük bulunmuş ve bunların sebepleri arasında eğitim düzeyi, gelir durumu gibi bir çok faktörün rol oynadığı tespit edilmiştir. Bu açıdan da daha geniş katılımlı çalışmalar yapılmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde etkili şekilde hipertansiyon ile mücadele edilmek isteniyorsa, hastalar değerlendirilirken sağlık okur yazarlığı düzeyleri ve tedaviye uyumlarının da incelenerek, her hastanın bu iki bağlamda bireysel ihtiyacı belirlenip bu yönlerden de hastalarımızı desteklememiz gerektiğinin önemi açıktır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Sağlık Okur Yazarlığı, Hipertansiyon Tedavisine Uyum, Hill-Bone Tedaviye Uyum Ölçeği, ASOY-TR

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY LEVELS ON ADAPTATION TO PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Aim: Hypertension is a chronic disease affecting approximately one third of the adult population worldwide.

We aimed to conduct such a study to investigate whether insufficient functional health literacy levels affect compliance with pharmacological and non-pharmacological treatment in hypertensive patients receiving treatment

Material and methods: 214 hypertensive patients who have been using medication for at least one year were included in our study. Patients were selected by random sampling method. All hypertensive patients included in the study were asked questions about demographic information, compliance with pharmacological and non-pharmacological treatment and healthy living habits with a questionnaire created by us. The Hill-Bone Hypertension Treatment Compliance Scale Questionnaire and the Turkish Adaptation of the European Health Literacy Scale (ASOY-TR) were administered using a face-to-face interview technique.

Results: It was observed that the average Hill-bone total score of all participants in the study was 7.59 ± 5.35 , the medical subgroup mean score was 5.17 ± 4.07 , the nutritional subgroup mean score was 1.82 ± 1.77 , and the average total score for health literacy was 25.73 ± 10.82 . It was found that 48.1% of the patients participating in the study had inadequate health literacy, and 28.5% were at the borderline -problematic. It was found that the relationship between individual health literacy levels, education and income levels of the participants in the study was statistically significant. However, although Hill bone total scores show numerical differences in health literacy status groups, this difference was not found to be statistically significant.

Concluison: In our study, no significant relationship was found between HF and treatment adherence. Therefore, studies that include more participants with different education levels should be conducted. In addition, intervention studies should be planned and it should be determined whether there is a difference in compliance with the treatment with the improvement of the health literacy condition. In our study, treatment compliance rates were found to be low, and it was determined that many factors such as education level and income status played a role among the reasons. In this respect, studies with wider participation should be done. If it is desired to combat hypertension at the level of primary health care effectively, it is obvious that we should determine the individual needs of each patient in these two contexts and support our patients in these aspects by examining their health literacy levels and their compliance with treatment while evaluating the patients.

Key words: Hypertension, Health Literacy, Hypertension Treatment Compliance, Hill-Bone Treatment Compliance Scale, ASOY-TR

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde ve dünyada beklenen yaşam süresinin uzaması ve sağlıksız yaşam şartlarının artması ile birlikte kronik hastalıklar hızla artış göstermektedir (1). Artan kronik hastalıklar morbidite ve mortalite açısından önem arz etmektedir. Hipertansiyon da bu kronik hastalıklar arasında en sık görülenlerden ve en çok komplikasyonlara neden olanlardan biridir.

Hipertansiyon tüm dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birini etkileyen kronik bir hastalıktır. Birinci basamakta çalışan hekim ve sağlık personeli tarafından en çok gözlenen kronik hastalıkların başında gelmektedir (2).

Hipertansiyon önleneyen ve kontrol edilebilen bir hastalık olarak bilinmesine rağmen modern yaşamın negatif yönlerinin sonucu olarak obezitenin yaygınlaşması, diyetle hızlı ve hazır gıdaların fazla yer tutması sonucu tuz tüketiminin artışı, sağlık sistemine ulaşım imkanlarının artmasına bağlı olarak yaşlı bireylerin artışı hipertansiyonun birinci basamak dahil en çok karşılaşılan hastalık olmasına zemin hazırlamaktadır (3). Tedavi edilmemiş olan hipertansiyonun; aort diseksiyonu, koroner arter hastalığı, böbrek yetmezliği, hemorajik ve trombotik inme, periferik arter hastalığı, kalp yetmezliği ve ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranları, kan basıncı yüksekliği ile orantılı olarak artmaktadır (4). Bu nedenle risk sınıflamaları yaparak yüksek riskli bireyleri belirlemek, izlem ve tedavi ilkelerini uygulamak amacıyla sürekli güncel kılavuzlar yayınlanmaktadır. Bu kılavuzlarda yer alan tanı ve tedavi sınıflamaları hekimlere standart yaklaşımı sağlayacak bir yol göstermektedir. Hedef kan basıncı değerlerine ulaşmak için hastalığı sınıflandırdıktan sonra hastaların tedaviye uyumlarını değerlendirmek ve takip etmek de önemlidir. Hipertansiyon tedavisine uyum dendiğinde, hastaların reçete edilen ilaçları düzenli kullanma, takiplerine uygun zaman aralıklarında devam etme ve kendilerine verilen yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyma durumlarını kapsar. Tedavide en önemli nokta kan basıncı seviyesini kontrol altında tutmaktır ve herhangi bir tedavi uyumsuzluğu durumunda verilecek tedavinin kan basıncı düzeylerini kontrol altına almada tek başına etkili olmadığı görülmüştür.

Tedaviye rağmen kan basıncını kontrol altına alamamanın üç ana nedeni vardır. Bunlar; hasta uyumsuzluğu, tedavi yetersizliği ve dirençli hipertansiyon varlığıdır (5). Bu nedenler arasındaki ‘tedaviye uyumsuzluk’ dünya çapında hipertansiyon kontrolünün sağlanamamasının başlıca nedenidir (6). Tedavi uyumunu değerlendirmek amacıyla tedavi uyumunu azaltan hasta ve hekim kaynaklı durumlar düşünülerek çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (7).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin tedaviye uyumda etkili bir faktör olup olmadığı da son yıllarda araştırılmaktadır. Sağlık okuryazarlığını geliştirdiğimizde tedaviye uyumun da artıp artmadığı bir çok çalışmada incelenmektedir.

Sağlık okuryazarlığı çok eski bir kavram olup bugüne kadar birçok kişi tarafından çok fazla sayıda tanımlama yapılmıştır. Kısaca sağlık okuryazarlığını tanımlamak gerekirse kişilerin kendi yaşam kalitelerini arttırmaları ve hastalıklardan korunup sağlıklarını geliştirebilmeleri için gereken tıbbi bir bilgi verildiğinde bu bilgiyi anlayıp yorum yapabilmeleri ve bunun sonucunda karar verebilmeleri olarak ifade edilebilir (8). Bireyler sağlık okuryazarlığı seviyelerini geliştirdikçe kendi hastalıkları ile ilgili daha çok bilgi sahibi olurlar, sağlıkları ile ilgili daha doğru kararlar verirler ve sağlık sistemini daha doğru olarak kullanırlar (9). Sağlığı korumada ve geliştirmede koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli olduğunun anlaşılması sebebiyle sağlık okuryazarlığı son yıllarda daha fazla önem kazanmıştır (10,11).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen çok sayıda faktör vardır. Temel olarak eğitim düzeyi, kültür seviyesi, inançlar gibi bir çok faktör sağlık okur yazarlığını etkiler. Sağlık okuryazarlığı düzeyi de sağlık harcamalarının miktarını belirler (12). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin yaşam kaliteleri daha yüksek olup bu bireylerin ülkede sayıca fazla olması alınan sağlık hizmetinin kalitesini de arttıracaktır (13). Sağlık okuryazarlığını ölçmek için bazı testler geliştirilmiştir. Bu testler sayesinde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli veya yetersiz olarak sınıflandırılabilir. Fonksiyonel yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip hastalar ilaç tedavisine daha kötü bağlılık gösterir ve bu hastaların tansiyon değerleri daha kontrolsüz seyretmektedir (14).

Bu nedenle, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak, hipertansiyon hastalarını izleme hedeflerinin bir parçasıdır. Hipertansif hastalarda fonksiyonel sağlık okuryazarlığını geliştiren stratejilerin uygulanmasını sağlamak hastaların sağlık durumlarının kontrol altında olmasını sağlamakta ve sağlık politikalarını olumlu yönde etkilemektedir (15,16).

Aile hekimliği pratiğinde bütüncül yaklaşımın önemli olduğu akılda tutularak hastaların kontrollerinde sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirilmeli ve bu düzeyin geliştirilmesine yönelik uygun yaklaşımlarla toplum ve bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesine ve yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayabilmelidirler (17).

Biz alışmamızda medikal tedavi alan hipertansif hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hastaların tedaviye uyumu üzerine etkisi olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON

2.1.1. Hipertansiyon Tanımı

Tekrarlanan klinik ölçümlerinde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg den daha yüksek olması hipertansiyon (HT) olarak tanımlanır. Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile kendini gösteren, sistemik bir hastalıktır. Ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle küresel bir halk sağlığı sorunudur (18).

Hipertansiyon, endotel fonksiyonunun bozulması, kardiyak output artışı ile giden, genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesi sonucu oluşan periferik kan basıncı artışı ile sonuçlanan bir patolojidir (19).

2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanılan kardiyovasküler hastalıktır. Dünyada yaklaşık bir milyar insanı etkilediği düşünülmektedir. Yaşlıların, özellikle 60 yaşın üzerindeki bireylerin %60'ından fazlasının hipertansiyon hastası olduğu söylenebilir (20).

Hipertansiyon, dünya üzerinde kardiyovasküler hastalıkların ve erken ölümün başlıca sebeplerindendir. Antihipertansif ilaçların yaygın kullanımı nedeniyle, küresel olarak ölçülen ortalama kan basıncı sabit kalmış veya son kırk yılda biraz azalmış olarak görülmektedir. Buna karşılık, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hipertansiyon prevalansı artmıştır (21). Hiç belirti vermediği için ölüme sebebiyet veren komplikasyonlar oluştuğunda tanı alma oranı yüksek olan bu hastalık, dünya genelinde %31.1 (1,39 milyar) prevalansa sahip küresel halk sağlığı problemlerinin önde gelenlerindendir (22).

2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2 (PatenT2)'de 18 yaş üstü bireylerde hipertansiyon prevalansı %30.3 olarak saptandı. Bu oran kadınlarda %32.3 iken erkeklerde %28.4 olarak görülmüştür (23). Ülkemizde 2009-

2014 yılları arasında yapılan TEKHARF çalışmasına göre ise 60 yaş ve üzerinde her 4 kişiden biri hipertansiyon tanısı almaktadır. Bu hastalardan ilaç tedavisi alanların oranı %70 civarı iken, ilaç alanlarda hipertansiyonun kontrol altına alınma oranının yaklaşık yarı yarıya olduğu saptanmıştır (7). 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre ise 15 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon görülme sıklığı %24 olarak belirlenmiş ve bu sıklığın yaşla birlikte arttığı, her yaş grubunda kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Birinci basamakta hipertansif hastalarla yapılan TÜRKSAHA çalışmasında tedavi alan hastaların sadece %30'unun kan basıncı kontrol altında olarak saptanmıştır (24).

Hipertansiyon, yaşlı popülasyondaki bazı yaygın görülen iskemik kalp hastalığı, inme, demans ve böbrek yetmezliği gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (25,26).

Hipertansiyonu erken tanıma ve erken tedavi beyin, kalp, damar ve böbrek hasarlarını ve buna eşlik eden morbidite ile ölüm oranlarını azaltmaktır (27). Bu nedenle risk sınıflamaları yaparak yüksek riskli bireyleri belirlemek, izlem ve tedavi ilkelerini uygulamak amacıyla kılavuzlar yayınlanıp bu kılavuzlar sürekli güncellenmektedir. 1970 yılından günümüze kadar yapılmış hipertansiyon tedavisinin yararları ile ilgili çalışmalar hipertansiyon risk faktörleri, patogenezi ve komplikasyonlarına ışık tutmaktadır ve bu konularda önemli ölçüde ilerleme kaydedilmiştir. Bu çalışmalar ışığında yayımlanan kılavuzlar ile hipertansiyon tanı ve tedavisi ile ilgili eşik değerler belirlenmiş ve hekimlere yol gösterici olmuştur (28).

Hipertansiyona bağlı oluşan komplikasyonlarla dünyada her yıl 9,4 milyon ölüm yaşanmaktadır (29). Hipertansiyonla ilişkili yıllık öngörülen ölüm sayısı 1990'dan 2015'e kadar 7,2 milyondan %1.6 artışla 10,7 milyona yükselmiştir (30). Dünyadaki ile benzer olarak Türkiye'de ölüm nedenleri arasında en sık sebep kardiyovasküler nedenlerdir. 2016 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre kardiyovasküler nedenli ölümler %39.8 ile birinci sıradadır. Kardiyovasküler nedenler içerisinde hipertansiyon nedenli ölümler ise %8.8'dir (31). Bu sonuçlardan yola çıkarak ülkemizdeki hipertansiyona bağlı ölüm oranları DSÖ'nün belirttiği oranın (%1.7) iki katından fazladır (32).

2.1.3. Hipertansiyon Sınıflaması

Hipertansiyon etiyolojiye göre, organ tutulumuna göre veya kan basıncı değerlerine göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir; Etiyolojik olarak hipertansiyonun sınıflandırılması esasına göre; yüksek tansiyonu olanların %95'i primer (esansiyel) hipertansiyon olup, %5'inde ise kronik böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, uyku apnesi, ilaçlar, feokromasitoma gibi belirlenebilen bir sebebe bağlı sekonder hipertansiyon mevcuttur (33).

Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından 2003'te yayınlanan kılavuzda hipertansiyona bağlı hedef organ hasarının belirlenmesinin kardiyovasküler riski ön görmede önemli olduğu vurgulanmıştır. Hipertansiyon sonucu bazı organlarda subklinik değişikliklerin meydana gelmesi kardiyovasküler hastalık sürecinde ilerleyişi göstermektedir. ESH/ESC en son 2018 yılında bir kılavuz yayınlamış ve bu kılavuzdaki hipertansiyon sınıflaması Şekil 1'de gösterilmiştir (34). Bu kılavuzda diğer kılavuzlardan farklı olarak 50 yaş sonrası görülme sıklığı artan izole sistolik hipertansiyon tanımı da mevcuttur. Yaşlı bireylerde izole sistolik hipertansiyon genellikle büyük arterlerin sertliğini yansıtır (28).

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/ya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/ya	85-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/ya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	160-179	ve/ya	100-109
Evre 3 Hipertansiyon	≥180	ve/ya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90

Şekil 1. 2018 ESH/ESC Raporu'na göre kan basıncı sınıflaması

2.1.4. Hipertansiyonda Tarama

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu aile hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberinde; erişkinlik döneminde, 18 yaşından büyük herkese, başvuru sebebinden bağımsız olarak, yılda en az bir kez tansiyon ölçülmesi önerilmiştir. Hipertansiyonun erken tanısı ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılması gereklidir (35).

2.1.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Esansiyel hipertansiyonun risk faktörleri kesin şekilde bilinmemekle beraber, genetik bir alt yapının varlığından, çevresel ve sosyo-demografik şartların birbirine olan etkileşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hipertansiyonun majör risk faktörleri arasında; sigara kullanma, total kolesterol >240mg/dl veya LDL kolesterol >160mg/dl olması, erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın üstünde olma, diyabet varlığı, serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili aile öyküsü yer almaktadır (20).

2.1.6. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyonun tüm evrelerinde ve hipertansiyon tedavisinin her safhasında yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Yaşam tarzı değişikliklerinin kullanılan ilaç sayısını ve dozunu azaltmada çok önemli rolü vardır.

2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi

Kan basıncını düşürmek için hastaların kardiyovasküler risk derecesi, kan basıncı seviyesi, komorbiditeleri değerlendirilmeli ve ona göre farmakolojik tedavi seçeneği belirlenmelidir. JNC-8'e göre başlangıç tedavisi için seçilebilecek ilaçlar; ACE inhibitörü, anjiyotensin reseptör blokörleri (ARB), tiazid diüretik ve kalsiyum

kanal blokörleridir (36). Bu ilaçların kan basıncını düşürmede ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkililiği kanıtlanmıştır. Kombinasyon tedavileri kırılğan yaşlı hastalar (80 yaş ve üzeri), düşük kardiyovasküler riski olan ve Evre 1 hipertansiyonu (SKB <150mmhg) olan hastalar dışında (bu hastalara tekli tedavi verilmeli) birçok hipertansif hastaya başlangıç tedavi olarak önerilmektedir. Eğer ikili ilaç kombinasyonu ile kan basıncı kontrol altına alınamazsa üçlü ilaç tedavisine geçilmesi önerilir. Eğer kan basıncı üçlü ilaç tedavisi ile de kontrol altına alınamazsa spironolakton ya da tolere edilemezse amilorid gibi diğer diüretikler veya yüksek doz diüretikler, beta bloker ye da alfa bloker tedaviye eklenebilir. Kombinasyon tedavileri arasında RAS blokerleri (ACE inhibitörleri ve ARB) ile KKB ya da diüretikleri içerenler tercih edilebilir. Beta blokerler ise diğer majör ilaçlar ile birlikte anjina, miyokardiyal infarktüs, kalp yetmezliği ya da kalp hızı kontrolünde veya gebelik planlayan genç kadın hastada kombine edilir (34). ASH-ISH kılavuzuna göre evre 1 hipertansiyonu olan (140-159/90-99 mmHg) 60 yaş altı tüm hastalarda ilk tercih ACE inhibitörleri ya da ARB iken 60 yaş ve üzeri hastalarda ilk seçenek kalsiyum kanal blokörleri ya da diüretiklerdir. Evre 2 hipertansiyonda ise ($\geq 160/100$) tüm hastalarda kombinasyon tedavisi önerilir. Hedef kan basıncı düzeyine ulaşamadığında JNC-8'e göre izlenecek 3 strateji vardır. Bunlar Şekil 2'de gösterilmiştir.

Strateji	Açıklama
A	Tedaviye tek ilaçla başlanıp, maksimum doza çıkarıldıktan sonra ikinci ilacı eklemek
B	Tedaviye tek ilaçla başlayıp maksimum doza ulaşmadan ikinci ilacı eklemek
C	Tedaviye ayrı ayrı ya da kombinasyon şeklinde 2 ilaçla başlamak. Başlangıç kombinasyon tedavi stratejisi kan basıncı hedefi 20/10 mm Hg'nın üzerinde ise önerilir.

Şekil 2. Hedef kan basıncı düzeyi için ilaç tedavi stratejileri

2.1.6.2. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansif olan her hasta için hem kan basıncını düşürücü etkisi hem de kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrolü açısından önemli olan bireysel yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli fakat bu uygulama yüksek risk grubundaki hipertansiyon hastalarında medikal tedaviye başlanmasının gecikmesine neden olmamalıdır. Kan basıncını düşürücü etkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olan yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır: (37).

- a) Sigara kullanımının bırakılması
- b) Tuz alımında kısıtlama
- c) Kilo kaybının sağlanması
- d) Beslenme şekli değişiklikleri
- e) Düzenli fiziksel aktivite
- f) Alkol tüketiminin sınırlandırılması

2.1.7. Tedaviye Uyum ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Tedaviye uyum; bireyin hastalığıyla ilgili ilaçlarını aksatmaması, diyetini uygulaması ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi doktorunun tavsiyelerine tümüyle uyması olarak tanımlanmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde başarılı olabilmek için hastaların tedaviye uyumunu sağlamak; bu amaçla da hastaların medikal tedaviye uyması, yaşam tarzı değişikliklerini uygulaması, periyodik muayenelerini yaptırması ve kan basıncı takibinin yapılması önemlidir (38,39).

Tedavi uyumu kan basıncı seviyesini kontrol altında tutmada en önemli noktadır ve herhangi bir tedavi uyumsuzluğu durumunda kan basıncı düzeyleri kontrol altına almada sorunlar yaşanmaktadır (40). WHO gelişmiş ülkelerdeki kronik hastalıkları olan kişilerin uzun dönem tedavilerinde tedavi uyumlarının yaklaşık %50 olduğunu ve buna bağlı olarak tedavi uyumu azaldıkça ölüm oranlarının yükseleceğini belirtmiştir (41-43).

Tedaviye uyumu etkileyen faktörlere bakıldığında, demografik özellikler, sahip olunan hastalığın özellikleri, hastalığın tedavisinin bileşenleri, hasta ve sağlık çalışanının davranışları ve ekonomik özellikler olarak sıralayabiliriz (Şekil 3).

Kategori	Faktörler
Demografik özellikler	Yaş, ırk, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sağlık bilgisi
Hastalık	Hastalık tipi, süresi ve şiddeti, komplikasyon varlığı, hastaneyi kullanma sıklığı, sağlık bakım sunucularından memnuniyet, bakımın kalitesi
Tedavi	İlacın dozu, tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, tedavinin gerektirdiği diyet, yan etki varlığı
Davranış	Doktor-hasta etkileşimi, hastanın bilgi düzeyi, kavrama durumu, hastalığı ve tedavisi ile ilgili inanışları, bakım sunanın bilgi düzeyi ve inanışları
Ekonomik özellikler	Ekonomik durum, sağlık sigortası ve sigorta tipi, tedavi ve ilaç fiyatları, hastanın geliri

Şekil 3. Tedavi uyumunu etkileyen faktörler

Hastaların tedaviye uyum sağlayamamaları kronik hastalıkların yönetiminde en sık rastlanan sorunlardan birisidir. Tedaviye uyumsuzluk; artan sağlık harcamalarına, yüksek hastaneye yatış oranlarına, morbidite ve mortalitede artışa sebep olmaktadır. Uyumsuzluk oranlarının kronik hastalıklar ve tedavilerde %50'lere kadar ulaşabildiği bazı çalışmalar vardır (44,45). Tedaviye uyumun düşük olması kişinin hayat kalitesinin düşmesine, ilaca direnç gelişmesi olasılığının artmasına ve sağlık kaynaklarının gereksiz harcanmasına sebep olmaktadır (46). Tedavi uyumsuzluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan doğrudan ve dolaylı yöntemler mevcuttur. Doğrudan yöntemler arasında ilacın kendisinin, metabolitlerinin veya kan, idrar ya da diğer vücut sıvılarında diğer belirteçlerin varlığının araştırıldığı yöntemler vardır; fakat bu yöntemler yüksek maliyetler sebebiyle çok tercih edilmezler. Elektronik ilaç takibi, ilaç sayımı, tıbbi kayıtlar, doğrudan gözetimli tedavi, kişisel bildirimler ile hasta anketi, tekrar reçete yazdırma oranı, hastanın klinik yanıtının değerlendirilmesi, fizyolojik işaretlerin ölçümü (beta-bloker kullananlarda kalp hızı ölçümü vb.), hasta günlükleri ise dolaylı yöntemlerdendir. Dolaylı yöntemler içinde altın standart bir yöntem henüz mevcut olmasa da, kişisel bildirimlerin, diğer yöntemlere kıyasla, hız, maliyet, tedaviye yön

verebilme gibi bazı avantajları vardır. Bu nedenle hastaların ilaç uyumunu ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (44,47).

Bu ölçekler arasında Hill-Bone Yüksek Kan Basıncı Uyum Ölçeği, Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği (Modified Medication Adherence Questionnaire - MAQ), Morisky-8 Maddeli İlaç Uyum Anketi (Morisky Medication Adherence Scales/MMAS-8), İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (Medication Adherence Self-Efficacy Scale/MASES), Revize İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği- Kısa Form (MASES-SF), Uygun İlaç Kullanımı için Özyeterlik Ölçeği (Self-efficacy for Appropriate Medication Use - SEAMS), Özet İlaç Tedavisi Anketi (Brief Medication Questionnaire – BMQ, İlaç Uyumunun Derecelendirme Ölçeği (The Medication Adherence Rating Scale-MARS), Tedaviye ve İlaç Tedarikine Uyum Ölçeği (Adherence to Refills and Medications Scale-ARMS) gibi birçok ölçek mevcuttur.

2.1.7.1 Hill-Bone Yüksek Kan Basıncı Uyum Ölçeği

Hill-Bone Yüksek Kan Basıncı Uyum Ölçeği; hipertansiyon tedavisinin üç önemli bileşeni olan azaltılmış tuz tüketimi, randevu takibi ve ilaç kullanımını içeren ölçektir. 2000 yılında Kim ve ark. tarafından tasarlanmıştır (48). İlaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği konularında esansiyel hipertansiyonu olan kişilerin takibini değerlendirmek için kullanılabilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karademir ve ark. tarafından yapılmıştır (49).

Hipertansiyon tedavi uyumunda (özellikle ilaç tedavisi) hasta kaynaklı engeller genel olarak şunlardır: Tedavi ve hastalık hakkında bireylerin sahip olduğu inançlar, görüşler, depresyon ve diğer bilişsel işlev bozuklukları, düşük sağlık okuryazarlık düzeyi, komorbidite durumu ve fazla sayıda ve tekrarlayan dozlarda ilaç kullanımı, bireylerin sorunlarla baş etmedeki motivasyon düzeyi, sosyal desteğin olmaması, ilacın belli bir saate bağlı kalınmadan alınması ya da ilaç yan etkisi gelişmesi, ilaç tedavisi için bireylerin harcama yapması, hekim kontrolü için zaman ve kaynak ayırmanın zorluğu (50,51).

Hipertansiyon kontrolünde hekim kaynaklı engelleri ise şöyle sıralayabiliriz: doktorun hasta ile iletişim şekli, güncel kılavuzlar hakkında bilgi düzeyi, kontrol altına alınamayan kan basıncı durumunda ilaç tedavisine başlama veya doz ve ilaç sayısını artırmada geç hareket etme gibi durumlardır (51).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirecek şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlama, analiz etme ve karar verme yetkinliğine sahip olmayı ve bu yetkinliği sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içermektedir (8). Düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgilerini anlayabilmede zayıflığa, işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklara ve sağlık hizmetlerini etkili kullanımda sorunlara neden olduğu gösterilmiştir (52).

2.2.1. Sağlık Okur Yazarlığı Nedir?

Sağlık okuryazarlığı (SOY) temel olarak; bir hastaya tıbbi bir bilgi vermek istenildiğinde, kişinin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve anladığına uygun davranış göstermesi olarak tanımlanabilir (9). Bireylerin, yaşamlarını sağlıklı ve kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri için gerektiğinde uygun şekilde sağlık bilgisine ulaşmaları, ulaştıkları bilgileri anlamaları ve bu bilgiye uygun davranış kazanmaları önem kazanmış, bu amaçla yapılan çalışmalar sonucunda Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgisi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, kullanmaları ve nesilden nesile aktarmalarıdır (13,53). “Healthy People 2010” raporunda sağlık okuryazarlığı “bireyin doğru sağlık kararları vermek için gereken sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama, ulaşma ve yorumlayabilme yeteneği” olarak tanımlanmıştır (13). The European Health Literacy Survey (HLS-EU)

Konsorsiyumunun geliştirdiği çalışmaya göre ise SOY, genel okuryazarlık ile yakından ilişkilidir ve hayat boyu yaşam kalitesini artırmak için sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastalıkların engellenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili olarak insanların bilgisini, motivasyonunu ve kabiliyetlerini değerlendiren bir içeriğe sahiptir (54).

Dünya Sağlık rgt, sağlık okuryazarlığını; “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamaktadır. 1993’te Nutbeam ve Wise bu tanıımı “bireylerin kendi sağlıkları için sağlıkla ilgili bilgiye erişmesi, kavraması ve bu bilgilerle ilgili davranış değerikliği meydana getirmesi” şeklinde değerıştirmişlerdir. WHO’nun kabul ettiği bu tanımlama, güncel tanımlamaların da kaynağını oluşturmuştur (55). Bir başka tanımda; “bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değerıştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır” şeklinde ifade edilmiştir (56). Sağlık okuryazarlığı Amerikan Tıp Birliği’ne (AMA) göre ise; “sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi” şeklinde tanımlanmıştır (57). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün yayınladığı “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”nde ise “bireyin iyi sağlık halini sürdürmesi amacıyla sağlık bilgilerine erişme, anlama ve kullanması için gereken bilişsel ve sosyal yetenekler” şeklinde tanımlanmıştır (56). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) alıştayını sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlık durumu ile ilişkili olduğuna ve bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirmek için sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlık durumunun iyileştirilmesi ve hastalıkların ortaya çıkmasını nlemeyle ilişkili bilgi, yeterlilik ve motivasyon durumlarını gösteren bir kavram olduğuna vurgu yapılmıştır (58). Özetle SOY, okuryazarlık seviyesiyle ilişkili olan ve kişilerin yaşam kalitesi düzeylerini arttırmaları, hastalıkları önleyip sağlık durumlarını geliştirebilmeleri için gerekli tıbbi bir bilgi verildiğinde bu bilgiyi anlayıp yorum yapabilmeleri ve bunun sonucunda karar verebilmeleri olarak ifade edilebilir (8). Bireyler SOY ile hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olurlar, sağlıkları ile ilgili doğru kararlar verirler, sağlık sistemini doğru olarak kullanırlar (9).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin hastalığını bilmesi, kendi sağlığını tanımlayabilmesi, sağlığı ile ilgili uygun kararlar alabilmesi, mevcut sağlık sistemini nasıl kullanabileceğini ve bu sistemden nasıl yararlanacağını da bilmesini gerektiren geniş bir alandır (9). Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk zamanlarda; sağlık kullanıcılarının sağlığa yönelik materyal okuma ve yazma, sağlık ihtiyacına yönelik gerekleri yerine getirme olarak düşünülmekteydi. Sonrasında yapılan çalışmalar sonucunda sağlık okuryazarlığı yeniden tanımlanmış ve bireylerin kendi sağlık durumlarıyla beraber toplum sağlığı ve sağlığa yönelik karar verme sürecini de ilgilendiren konulara yönelik iletişim becerilerini kullanması ile birlikte gerekli bilgi ve güven düzeyine ulaşması olarak ifade edilmiştir (59,60).

Bununla beraber sağlık okuryazarlığı; hasta ile hekim arasındaki ilişki konusunda önemli görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı konusunda düşük seviyede olan hastalar, iletişim konusunda zorluklarla karşılaşmaktadır (61).

SOY tanımı, 2013 yılında, genel okuryazarlık düzeyi ile ilişkisine vurgu yapılarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından yenilemiştir: yeni tanımda; SOY için, “insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda; kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, insanların sağlıklarını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir” denilmektedir (62). SOY, okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme ve hayata uyarlama alanlarını kapsar. SOY’un iki ana bileşeni vardır:

1. Bireysel SOY; yetenek ve bilgi, isteme kapasitesi, erişim ve anlama, bilgiyi uygulama ve anlama, sağlık ve sağlık hizmeti içinde eyleme ve karara katılım konularını içermektedir.
2. Çevresel SOY ise; yapısal politikalar ve işlemler ile sağlık sistemi içinde; iletişimi, kişilere erişimi, onları anlayabilmeyi ve sağlıkla ilgili bilgileri sunabilmeyi içermektedir (63).

Bu değerlendirmelere bakıldığında zaman sağlık okuryazarlığının bireyler adına; bireyin sağlığına yönelik karar alma süreçlerine doğru şekilde dâhil olması, sağlık

durumunu olumsuz yönde etkileyecek riskleri öngörerek gerekli önlemleri alabilmesi, hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkilemesi adına önemli olduğu görülmektedir (59,60,64).

2.2.2. Sağlık Okur Yazarlığının Önemi

Son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin öne çıkması, bireysel alanda sağlık hizmetinin değer kazanması, yaygın olarak SOY düzeyinin yetersiz olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince iletilmemesi ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler SOY'un önemini artırmıştır (10,65). Yeterli SOY, sağlık kalitesini, sağlıklı geçirilen yaşam yılını, kaliteli sağlık hizmetini artırarak toplumun refah seviyesinde belirgin iyileşme sağlar (66). SOY eğitim süresinden veya okuma alışkanlığından bağımsız bir kavramdır. (11) Hastalar genellikle sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, avantaj ve dezavantajları değerlendirebilme, tetkikleri anlamlandırma, ilaç dozlarını hesaplama, sağlıkla ilgili bilgiye nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bir durumla karşı karşıyadır (67). ABD'de 2003-2006 yılları arasındaki sağlık giderlerinin 106 milyar dolardan 206 milyar dolara yükselmesi sebebiyle bu giderlerin düşürülmesi için yapılan bir çalışmada; SOY'un artırılmasının, alınan önlemlerden biri olduğu tespit edilmiştir (68). Kişilerin verilen sağlık hizmetlerinden kaliteli bir şekilde yararlanabilmesi ancak şikayetlerini, hastalık semptomlarını doğru şekilde aktarabilmesi ile mümkündür. Hastadan beklenen verilen tedavinin içeriğini ve hastalık durumuyla ilgili önerileri anlaması ve doğru şekilde uygulamasıdır (69). SOY'un yetersiz olduğu kişilerde, hastalık belirtilerini anlatma, verilen talimatları anlama, sağlık hizmetlerine erişim, bilgiyi değerlendirme gibi sağlıkla alakalı önem gösteren durumlarda zorlandığı belirtilmiştir (66).

Hasta ile hekim arasındaki iletişim geliştikçe bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda bilgileri yükselecektir. Bireylerin bu konuda bilinçlenmesi tedaviye uyumu artıracak ve sağlık çalışanlarının yükünü de azaltacaktır. Böylelikle sağlık okuryazarlık seviyesinin yükselmesinin toplumsal kazanımı da yüksek olacaktır. Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyine sahip bireylerle karşılaştırıldığında, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu, hastane

masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı bilinmektedir. Ayrıca, yeterli SOY düzeyine sahip olmayan bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da fazla olduğu görülmektedir. Tüm bu nedenler, gereksiz işgücü kayıplarına ve bununla birlikte artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır (63).

Düşük SOY düzeyi, bireylerin yazılı materyali okuyup, anlayıp, buna uygun davranış göstermesinin önüne geçmektedir. Bu noktada hazırlanan yazılı materyallerin, bireylerin SOY düzeyine göre düzenlenmesi veya toplumun SOY düzeyini yükseltecek girişimlerin yapılması gündeme gelmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmak, sağlıkla ilgili bilgilerin yanlış anlaşılması, tedavinin aksaması gibi birey sağlığı açısından risk teşkil edecek önemli sonuçlara neden olması kadar, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılmaması, tedavi maliyetlerinin artması gibi çok önemli bir konuyu da içermektedir (62).

Kanj & Mitic sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel temayı şu şekilde tanımlamışlardır: (9).

1. Etkilediği insan sayısı: Yetersiz okuryazarlık becerileri gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de yaygındır (9,70-73).

Kadınların büyük bir kısmının ise temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirlenmiştir (10). Bu durumun kadınların hasta haklarını ne derece bildikleri ve bu haklarını ne derece kullandıkları noktasında bir soru işareti oluşturmaktadır.

2. Olumsuz sağlık sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile yüksek mortalite oranları arasında bir ilişkinin var olduğu ileri sürülmektedir (10).
3. Kronik hastalık oranlarında artış: Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır (10,74,75).
4. Sağlık bakım maliyetleri: Yetersiz sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına ek maliyet getirmektedir (10,76,77).
5. Sağlık bilgisi talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir tutarsızlık görülmektedir. Teknik terimlerin ve mesleki dilin kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını zorlaştırmaktadır (10).

6. Eşitlikçilik: Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını beraberinde getirmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (78).

2.2.3. Sağlık Okur Yazarlığının Basamakları

Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının sınıflandırması ile ilgili birçok öneri vardır. Nutbeam ve ark.nın yaptığı sınıflandırma sağlık okuryazarlığını temel/işlevsel (fonksiyonel), iletişimsel (interaktif) ve eleştirel (kritik) olarak 3 basamakta ele alır ve en çok kabul gören sınıflandırma olmuştur (11) (Şekil 4).

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Eğitim Hedefi	İçerik	Bireysel Fayda	Toplumsal Fayda	Eğitimsel Aktivite Örneği
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Bilginin doğru aktarımı	Sağlık riskleri ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine doğru bilgilerin aktarılması	Sağlık riskleri ve sağlık hizmetleri ve öngörülen durumlarla ilgili uyumun geliştirilmesi/ iyileştirilmesi	Toplum sağlığı programlarına katılımın artırılması (bağışıklama taraması)	Mevcut kanallar aracılığıyla bilgi aktarımı, fırsatçı kişilerarası iletişim ve mevcut medya
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi	Önceki hedeflere ek destekleyici bir ortamda hastanın becerilerini geliştirme	Kendine güven, motivasyon ve bilgiden bağımsız hareket edebilme kabiliyetlerinin geliştirilmesi	Sosyal normları etkilemek için geliştirilmiş Kapasite ve sosyal gruplarla karşılıklı etkileşim	İhtiyaca özel sağlık iletişimi, toplum sağlığı ve sosyal destek gruplarının kolaylaştırılması; iletişim için farklı kanalların birleştirilmesi
Kritik Sağlık Okuryazarlığı Toplumsal ve bireysel güçlendirme	Önceki hedeflere ek sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri hakkında bilgi sağlanması ve sağlık politikalarına ulaşma	Sosyal ve ekonomik güçlülere karşı dayanıklılık kazanma	Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde harekete geçme kapasitesini arttırmak ve toplumun güçlendirilmesi	Toplum eylemlerini desteklemek için teknik tavsiyelerin sağlanması, toplumun geliştirilmesi için toplumun ileri gelen liderleri ve politikacılarla iletişimin geliştirilmesi

Şekil 4. Sağlık okuryazarlığının düzeyleri ve hedefler

Sağlık okuryazarlığı Sorensen ve ark.nın 2012 yılında yaptığı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme, uygulama/kullanma olarak dört boyutta ele alınmış, sağlık hizmeti, hastalığı önleme ve sağlığın geliştirilmesi gibi basamaklarla bir arada incelenerek 12 alt boyut meydana gelmiştir (8) (Şekil 5).

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma
Sağlık Hizmeti	Tıbbi/klinik konularda bilgiye ulaşma becerisi	Tıbbi bilgileri anlama ve anlamlandırma becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Tıbbi konularda bilinçli kararlar alma becerisi
Hastalığı Önleme	Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşma becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama ve anlamlandırma becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilginin önemine karar verme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlık konularında kendini güncelleme becerisi	Sağlıkla ilişkili bilgiyi anlama ve anlamlandırma becerisi	Sağlıkla ilişkili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlık konularında derin bir görüş oluşturma becerisi

Şekil 5. Sağlık okuryazarlığının Sorensen ve ark. tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı'nda belirlenen 12 alt boyutu

2.2.4. Sağlık Okur Yazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, ırk, eğitim seviyesi, gelir ve çalışma durumu vb.), sosyokültürel özellikler (etnik grup, göçmen olmak, dil vb.), psikososyal durum (sosyal destek yokluğu, özyeterlilik durumu, hastalığı anlamak), okuryazarlık düzeyi ve hastalık konusunda tecrübeli olmak gibi etkileyen faktörler vardır (8). Bireylerin hastalık ve sağlık durumları hakkındaki bilgi azlığı, çevrelerinden gelen sosyal desteğin yetersiz olması sağlık okur yazarlığı düzeyinin düşük olmasının nedenlerindendir. Okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki vardır ancak bu durum yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kişilerin yüksek okuryazarlık düzeyinde olduğu anlamına gelmemektedir (78). Kişilerin yaşadıkları ülkedeki eğitim ve sağlık sistemi, yaşadıkları çevredeki kültürel durum da sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemektedir (12).

2.2.5. Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi

Kişilerin muayeneye geldiklerinde kendi başlarına belge doldurma becerilerinin olmaması, ilaçlarını söylenen şekilde kullanmamaları, tedaviyi yarım bırakmaları, kontrollere düzenli olarak gelmemeleri gibi durumlar sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşük olduğu ile ilgili bilgi verebilir (79). Ancak bu durumlar olmadığında bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi hakkında yorum yapmak kolay olmayabilir. Bu yüzden bireylerin ve toplumun sağlık okur yazarlığı seviyelerini tespit etmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir (76, 80-83).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesi amacıyla geliştirilmiş bazı ölçekler şunlardır:

- ❖ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- ❖ Revize Edilmiş- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALMR, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)
- ❖ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA, Test of Functional Health Literacy in Adults)
- ❖ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults)
- ❖ Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği (Brief Estimate of Health Knowledge and Action)
- ❖ Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?)
- ❖ Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT, Wide Range Achievement Test)
- ❖ Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale)
- ❖ SOS Kısaltması (SOS Mnemonic)
- ❖ Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs, Health Literacy Screening Question Methodologies)
- ❖ En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS, Newest Vital Sign)
- ❖ Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS, Single Item Literacy Screen)
- ❖ e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS, eHealth Literacy Scale)
- ❖ Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER, Medical Term Recognition Test)

- ❖ İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirilmesi (SAHLISA, 50 Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults)
- ❖ Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi (ABLE, Adult Basic Learning Examination)
- ❖ Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD, Literacy Assessment for Diabetes)
- ❖ Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS, Nutritional Literacy Scale)
- ❖ Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- ❖ Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
- ❖ Yetişkin Basit Eğitimi Testi (TABE, Test of Adult Basic Education)
- ❖ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS, Health Activities Literacy Scale) 44
- ❖ Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı (Health Literacy Skills Instrument)
- ❖ İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (FCCHL, Functional Communicative and Critical Health Literacy)
- ❖ Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)

2.2.6. Düşük Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Sağlık Sistemine Yansımaları

Sağlık okur-yazarlığı düzeyini belirlemek ve değerlendirmek için geliştirilen ölçekler yapı, ölçüm ve kapsam özellikleri konusunda farklılıklar göstermekte olsa da, genellikle sağlık okur yazarlığı düzeyini; düşük (yetersiz), orta (marjinal) ve yüksek (yeterli) olmak üzere üç düzeyde belirlemektedirler (84). Yapılan çalışmalardan elde edilen bilgilere göre, her dört kişiden birinin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük (yetersiz) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (85). Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı seviyesinin, lise eğitimini tamamlamayanlarda, yaşlılarda, kadınlarda, göçmen ya da azınlıklarda, sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde ve kronik hastalığı olanlarda daha düşük olduğu belirlenmiştir (86).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına ek maliyet getirmektedir. Bu durum yapılan birçok çalışmada ele alınmış ve benzer sonuçlar ortaya konulmuştur (10,76,77).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz kişilerin sağlık bilgisinin daha az olduğu, hastalık ve tedavi yönergelerini anlamada güçlükler yaşadığı, kronik hastalıkların bakım ve yönetiminde ise yetersiz kaldıkları görülmektedir. Bunun yanı sıra bu kişilerin rutin sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, buna karşın tıbbi maliyet, hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artma görüldüğü belirtilmektedir (10). Mancusa ve ekibinin araştırmasına göre sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin; sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde yetersizlik; kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetmede yetersizlik; sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik; sağlık bakım maliyetlerinde, ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında artma ve sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir (87). Başka bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin; semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada yetersiz kaldıkları; tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersiz kaldıkları; hastanede yatma yönünden daha büyük risk taşıdıkları; acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının arttığı ve düşük sağlık durumunu anlama ve refleks geliştirme noktasında yetersiz oldukları vurgulanmaktadır (88).

Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasının sonuçları birçok çalışmada gösterilmiştir:

- ❖ SOY düzeyi düşüklüğü hastane maliyetlerinin artmasına hastanede yatış sürelerinin uzamasına, gereksiz tetkik oranlarının artmasına, acil servisin gereksiz kullanımına, iş gücü kaybına yol açmaktadır (89).
- ❖ Yetersiz veya düşük SOY düzeyindeki kişiler koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmaktadır (76,96,97).
- ❖ Kronik hastalıkla baş etme becerileri daha kötüdür ve bunun sonucunda mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (90).

- ❖ HT, Astım, KOAH, Tip 2 DM, romatoid artrit, depresyon gibi kronik hastalıkları olan bireylere bakıldığında, bu bireylerde SOY düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiş ve bunun artırılmasının önemi vurgulanmıştır (90-92).
- ❖ SOY düzeyi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan tarama testlerinin yapılması arasındaki ilişkiye bakıldığında, yetersiz SOY düzeyine sahip olan hastaların daha az tarama testi hizmeti aldığı görülmüştür. Örneğin, İngiltere’de kolon kanseri tarama amaçlı bireylerin evlerine yapılacak tarama hakkında bilgi içeren yazılı materyal gönderilmesine rağmen bazı bireylerin bu taramayı yaptırmaması, SOY’un bu bireylerde düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir (93). Benzer şekilde meme kanseri tarama yöntemlerinden olan kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamanın da düşük SOY ile ilişkisi tespit edilmiştir (94).
- ❖ SOY düzeyi düşük bireyler, okuma güçlüğü yaşamının yanı sıra sözlü iletişim kurma ve riskleri kavramlaştırma noktasında da sıkıntılar yaşayabilirler (95). Bu bireyler yazılı bir materyali okuyup, eleştirel süzgeçten geçirip, buna uygun davranma ile ilgili sıkıntı yaşarlar. Bu nedenle toplumun SOY düzeyini artıracak şekilde ya da bireylerin bu konudaki düzeyine göre yazılı materyallerin hazırlanması gerektiği gündeme gelmiştir (92).
- ❖ Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin acil servisleri kullanım oranları daha fazladır (98).
- ❖ Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlık algısı da düşüktür (76,99,100).
- ❖ Sağlık okuryazarlığı düşük birey kan şekeri test sonuçlarını daha az kaydetmektedir (101).
- ❖ Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerde ilaç etiketi/reçetede bilgileri anlamada yetersizlikleri ve ilaç uygulama hataları daha fazla görülmektedir (102,103).
- ❖ Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından önemli bir engeldir (104).

- ❖ Tip 2 diyabeti olan hastalarda yetersiz glisemik kontrol, hastalık hakkında yetersiz bilgi ve diyabet komplikasyonlarının sağlık okur yazarlığı ile ilişkisi kanıtlanmıştır (16,93,105).
- ❖ Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin fiziksel ve mental fonksiyonlarının daha kötü olduğu gösterilmiştir (100,106).
- ❖ Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük anneler bebeklerini daha kısa süre emzirmektedir (107).
- ❖ Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastanede yatma sıklıklarının kısa olduğu ve hastanede kalış sürelerinin uzun olduğu gösterilmiştir (76,98,108,109).

2.2.7. Sağlık Okur Yazarlığının Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi

Aile hekimliği kliniğinde düzenli kontroller sonucunda hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirerek toplum ve bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesine ve yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlayabilirler (17). Bu nedenle “Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)” da aile hekimlerine yol göstermek amacıyla birinci basamakta yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesindeki bireyleri tespit etme, iletişim teknikleri ve hastalara bilgi vermek amacıyla materyal hazırlama gibi konular içeren “Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi’ni (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit)” yayınlamışlardır (110).

İncelediğimiz çalışmalara ve elde edilen verilere dayanarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin toplumsal ölçekte artırılması, kronik hastalıkların takip ve tedavisini kolaylaştırır, verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırır, sağlık hizmetine doğru yer ve zamanda erişimi sağlar, koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesini yükselterek daha çok hastalığın önlenmesine yardım eder ve tüm bunların etkisi ile genel sağlık harcamalarında düşüş sağlanır.

2.2.8. Türkiye’de Sağlık Okur Yazarlığı

Sağlık okuryazarlığı konusuna, son yıllarda ülkemizde de ilgi artmıştır. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 26 Aralık 2012 tarihinde “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlenmiştir (111,112). 2009-2012 yılları arasında, 12 bölge 23 farklı ilde 4924 kişide, Tanrıöver ve ark.ları tarafından Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Değerlendirme sonucunda, toplumun %24’nin yetersiz, %40,1’inin sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür (113). Bireylerin SOY düzeyini ölçmek için, Sezer ve ark.ları tarafından geliştirilmiş “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” Türkçe literatürde önde gelen çalışmalardandır (114). Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) ise Okyay ve ark. tarafından Mayıs 2016 yılında yayınlanmıştır. Ölçek 47 maddeden oluşmaktadır.

2.2.9 Kronik Hastalıklar ve Sağlık Okur Yazarlığı

Kronik hastalıklarla baş etmede hasta, sağlık sistemi ve hizmet verenler arasında tam bir işbirliği gerekir. Kronik hastalıkları olan kişilerin, beslenme kontrolü sağlamak, ciddi olumsuzlukları ve komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak için kendi öz-bakımlarını sağlamaları gerekmektedir. Hastalık yönetiminde başarılı olmak tamamen hasta ve sağlık çalışanlarının etkili iletişimiyle gerçekleşmektedir (60).

Geçmişte toplu ölümlere yol açan bulaşıcı hastalıkların yerini hipertansiyon, obezite, diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar almıştır. DSÖ’nün tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80’inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50’sinin nedeni sedanter yaşam biçimine bağlı olarak gelişen hastalıklardır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesinde ana hedef bireylerin

sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmelerini sağlamaktır (115). Bu yaşam biçiminin amacı sadece hastalıklardan korunmak değil, hayat boyunca yaşam kalitesini arttıran sağlığı iyileştirici davranışları geliştirmek olmalıdır. Sağlıklı bir yaşam biçimine sahip olabilmek sağlık bakım hizmetlerinden en iyi şekilde nasıl yararlanılacağını bilmeyi ve sağlığı koruyucu bilgileri edinme, anlama ve kullanmayı gerektirir. Bunu sağlayacak olan gerekli yetenek sağlık okuryazarlığıdır. Kronik ve dejeneratif hastalıkların oluşumunda ve hayatı tehdit edecek komplikasyonların gelişme sürecinde kişilerin sağlıklı yaşam ilgili davranışlarının önemi büyüktür. Sağlıklı beslenme, aktif yaşam ve sigara içmemek olarak özetlenebilecek sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranılmaması çeşitli hastalıkların gelişmesi bakımından risk oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranış geliştirmede kişilere bu konuların önemi anlatılması gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniğinde 01.08.2020-01.11.2020 tarihleri arasında yapılmış prospektif, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN GÖNÜLLÜ/ HASTA ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırmaya Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı olan bireyler dahil edilecektir. Gpower programına göre %95 güven aralığında, ulaşılması gereken kişi sayısı en az 200 olarak bulunmuştur.

3.3. DIŞLAMA KRİTERLERİ

Gebelik, ciddi sağırılık, görme, dil veya bilişsel bozukluk problemi nedeniyle ankete yeterince cevap veremeyecek hastalar, 1 yıldan az süredir ilaç tedavisi alan hipertansiyon hastaları araştırmada dışlanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARACI

Hastaların kan basıncı; 30 dakikalık süre içerisinde sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve tercihen yemek yememiş bir şekilde, en az 5 dakika dinlenmiş olarak standardize edilmiş bir sfigmo manometre ile ölçülmüştür. Ölçüm yapılacak kol çıplak olmalı, ölçüm sırasında hasta konuşmamalı ve bacak bacak üstüne atmamalıdır. Ölçümler 5 dakika arayla tekrarlanarak ve sistolik ve diyastolik kan basıncı olarak kaydedilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, mevcut hastalıkları (DM, HT vb.), düzenli kullandıkları ilaçlar sorgulanmış ve kaydedilmiştir.

Hastalara yardımcı araştırmacının oluşturduğu sağlık okuryazarlığı, farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviye uyumu, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını değerlendiren bir anket, Hill-Bone Yüksek Tansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Anketi ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) uygulanmıştır. Hill-Bone Yüksek Tansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Anketi'nin 2009 yılında Karademir ve ekibi tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik testleri yapılmış ve Türkçe versiyonu oluşturulmuştur (49). Çalışmamızda bu versiyonu kullandık.

Araştırma için gerekli olan veriler S.B.Ü Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü bireylerin kilo, boy ve arteriyel tansiyon ölçümleri yapılarak kaydedildi. Anket ve ölçekler de araştırmacı tarafından hastalara yüz yüze uygulanmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bütün veriler bilgisayar ortamında çeşitli istatistiksel yöntemler kullanılarak hazırlanmıştır. Araştırmanın tüm verileri için öncelikle tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler için tanımlayıcı istatistikler, ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri (Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-smirnov) yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım göstermediği ($p < 0,05$) saptanan gruplarda istatistiksel analizlerde non-parametrik testlerin yapılmasının uygun olacağı belirlenmiştir.

Cinsiyet gibi iki durumlu değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmada Mann-Whitney U testi, yaş, meslek ve eğitim gibi 2 den fazla değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Kruskal-wallis varyans analizleri uygulanmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0,05 değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 71'i (%33,2) kadın, 143'ü (%66,8) erkek toplam 214 hasta katıldı. Katılan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların %81,8'inin evli olduğu görüldü. Hastaların yarısına yakını (%43,9) ilköğretim mezunu olarak tespit edildi. Çalışma da yer alan hastaların gelir düzeyleri algısı dağılımları Tablo 2'de yer almaktadır. Çoğunluğun (%60,3) gelir düzeyini hayatlarını sürdürmek için yeterli olarak gördüğü belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik özellikler

		N	%
Cinsiyet	Kadın	71	%33,2
	Erkek	143	%66,8
Medeni Durum	Evli	175	%81,8
	Bekar	39	%18,2
Yaş	<45	17	%7,9
	45<55	58	%27,1
	55<65	76	%35,5
	65<75	40	%18,7
	75+	23	%10,7
Eğitim	Okur Yazar	40	%18,7
	İlköğretim	94	%43,9
	Orta Öğretim	39	%18,2
	Ön lisans	11	%5,1
	Lisans	20	%9,3
	Yüksek Lisans/doktora	10	%4,7
Gelir	Hayatımı sürdürmek için yetersiz	45	%21
	Hayatımı sürdürmek için yeterli	129	%60,3
	Hayatımı sürdürebilecek ve kişisel zevklerime ayıracak kadar yeterli	28	%13,1
	Çok iyi	12	%5,6

Katılımcıların alkol ve sigara kullanım alışkanlıklarına bakıldığında, %59,8'i hiç sigara kullanmamışken, %85,5'lik kesim hiç alkol kullanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Sigara-alkol kullanımı

		N	%
Sigara	Hiç içmedim	128	%59,8
	İçiyorum	40	%18,7
	Bıraktım	46	%21,5
Alkol	Hiç içmedim	183	%85,5
	Ara sıra	22	%10,3
	Haftada en az 1	9	%4,2

Çalışmaya dahil olan hipertansiyon hastalarının %75,2'si tansiyon aletine sahip ve tansiyonunu ölçme sıklığı açısından %28,5'lik kesimi haftada bir kez, %29'luk kesimi haftada birkaç kez tansiyonunu kontrol etmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Tansiyon aleti ve ölçme sıklıkları

		N	%
Tansiyon aleti	Var	161	%75,2
	Yok	53	%24,8
Tansiyon ölçme sıklığı	Hiç	18	%8,4
	Haftada 1	61	%28,5
	Haftada birkaç	62	%29
	Günde 1 kez	45	%21
	Ayda 1-2	28	%13,1

Hastaların hipertansiyon hastalığına sahip olduğu yıl dağılımları incelendiğinde, ortalama hipertansiyon olarak geçirilen süre $9 \pm 0,49$ yıl iken, 1-5 yıl arasında %40,7, 6-10 yıl arasında %33,2, 11-20 yıl arasında %20,1, 20 yıldan fazladır hasta olanlar ise %6,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. HT hastalığına sahip olunan yıl

		N	%
HT yıl dağılımı	1-5 yıl arası	87	%40,7
	6-10 yıl arası	71	%33,2
	11-15 yıl arası	22	%10,3
	16-20 yıl arası	21	%9,8
	20+	13	%6,1

Çalışmaya katılan HT hastalarının eşlik eden hastalıkları kontrol edildiğinde %41,6'sının hipertansiyondan başka bir hastalığa daha sahip olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Eşlik eden hastalık

Hastalık Durumu	N	%
Hastalık Var	89	41,6
Hastalık Yok	125	58,4

Ek hastalık varlığına göre hastaların SOY düzeylerine bakıldığında herhangi bir ek hastalığa sahip olanların SOY düzeyi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Ek hastalığa sahiplik ile SOY ilişkisi

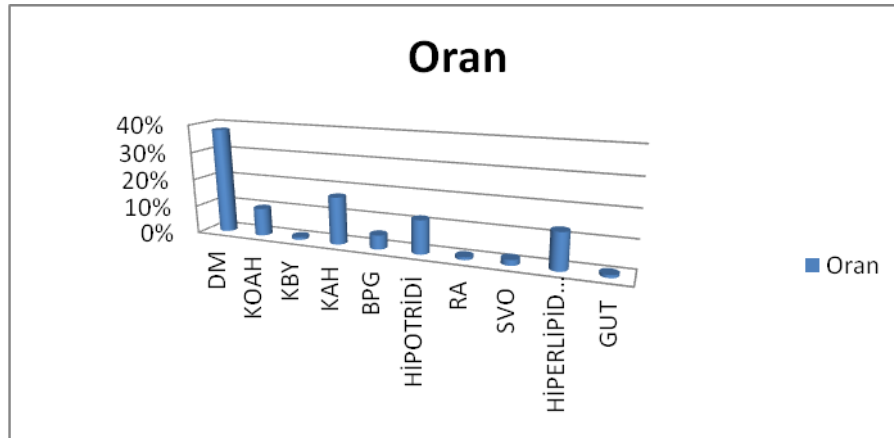
	Yetersiz(0<25) N(%)	Sorunlu sınırdan(>25- 33) N(%)	Yeterli(>33- 42) N(%)	Mükemmel N(%)	P
Hastalık var	34(%33)	28(%45,9)	21(63,6)	6(35,3)	0,017
Hastalık yok	69(%67)	33(54,1)	12(36,4)	11(63,7)	



Hipertansiyondan başka hastalığı olanlar incelendiğinde %38'inin diyabetes mellitus, %17'sinin koroner arter hastalığına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Ek hastalık dağılımı

	N	%
DM	69	%38
KOAH	19	%10
KBY	2	%1
KAH	31	%17
BDH	10	%5
HİPOTRİDİ	21	%12
RA	2	%1
SVO	4	%2
HİPERLİPİDEMİ	23	%13
GUT	2	%1



HT hastalarının almış olduğu tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine bakıldığında sadece ilaç tedavisi alanların oranı %74,3 iken, ilaç tedavisi ile diyeti beraber yapanlar %14,5, ilaç tedavisi ve egzersizi aynı anda yapanların oranı %6,1 olarak görülmektedir. İlaç tedavisi, diyet ve egzersizi beraber yapanların oranı %5,1 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Tedavi yöntemleri

	N	%
Sadece ilaç	159	%74,3
İlaç+Diyet	31	%14,5
İlaç+egzersiz	13	%6,1
Sadece Diyet	0	%0
Sadece egzersiz	0	%0
İlaç+diyet+egzersiz	11	%5,1

Çalışmaya katılan hastaların kilo ortalamaları $81,72 \pm 15,40$ şeklinde dağılım gösterirken, boy ortalamasının $163,37$ cm olduğu görülmektedir. BMI ortalaması ise $30,63 \pm 5,3$ olarak saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların vücut ölçüm ve kan basıncı değerleri

	Ortalama	Standart sapma
Kilo	81,72	15,40
Boy	163,37	8,99
BMI	30,63	5,30
Sistolik kan basıncı	132,02	13,62
Diastolik kan basıncı	83,51	11,56

Soy puanlarının BMI,yaş, s.kan basıncı, d.kan basıncı ve HT hasta yılı açısından farklılıklar incelendiğinde, sadece hastaların yaşları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların SOY düzeylerine göre vücut ölçüleri ve kan basıncı değerleri

	Yetersiz(0<25)	Sorunlu sınırdaki(>25-33)	Yeterli(>33-42)	Mükemmel	P
BMI	30,64	31,03	29,81	30,80	0,087
Yaş	62,39	59,07	57,67	51,06	0,002
S.kan basıncı	132,45	132,33	130,91	130,59	0,911
D.kan basıncı	81,86	84,50	87,73	81,76	0,062
HT hasta yılı	9,97	8,41	8,58	6,06	0,162

Çalışmaya katılan hastaların yaşam tarzı değişiklikleri incelendiğinde tuz tüketimini bir çay kaşığı ile sınırlandıranların tüm hastaların %22,4'ü olduğunu, fakat hastaların %58,9'unun yemeklere fazladan tuz eklemediklerini belirledik. Aynı şekilde yüksek tuz içeren ürünlerin kullanımının da hastalarımız tarafından çoğunlukla tercih edilmediğini gözlemledik. Paketli gıdaların içeriğini okuma alışkanlığının sorgulandığı soruya ise %63,1 oranında hiçbir zaman okumadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 11. Hipertansiyon tedavisinde tuz tüketimi alışkanlıkları

		N	%
Günde 1 cay kaşığından az tuz tüketimi	Her zaman	48	22,4%
	Çoğu zaman	58	27,1%
	Bazen	54	25,2%
	Hiç	54	25,2%
Yemeklere fazladan tuz ekleme	Her zaman	10	4,7%
	Çoğu zaman	15	7,0%
	Bazen	63	29,4%
	Hiç	126	58,9%
Paket gıdaların içeriğini okurum	Her zaman	14	6,5%
	Çoğu zaman	15	7,0%
	Bazen	50	23,4%
	Hiç	135	63,1%
Yüksek tuz içeren ürünleri az kullanırım	Her zaman	24	11,2%
	Çoğu zaman	37	17,3%
	Bazen	89	41,6%
	Hiç	64	29,9%

Çalışmaya katılan hastaların %63,1'inin hiç fast food tüketmediğini tespit ettik. Hipertansiyon tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerinden sebze tüketimi, lifli gıda tüketimi, yağ tüketimine yönelik vermiş oldukları cevaplar Tablo 13'de yer almaktadır.

Tablo 12. Hipertansiyon tedavisinde sağlıklı beslenme alışkanlıkları

		N	%
Diyetle aldığım total yağ miktarını sınırlı tutarım	Her zaman	9	4,2%
	Çoğu zaman	73	34,1%
	Bazen	74	34,6%
	Hiç	58	27,1%
Günde en az 5 porsiyon sebze tüketirim	Her zaman	28	13,1%
	Çoğu zaman	63	29,4%
	Bazen	70	32,7%
	Hiç	53	24,8%
Günde en az 1 lifli gıda tüketirim	Her zaman	51	23,8%
	Çoğu zaman	93	43,5%
	Bazen	61	28,5%
	Hiç	9	4,2%
Fast food tüketimi	Her zaman	1	0,5%
	Çoğu zaman	7	3,3%
	Bazen	71	33,2%
	Hiç	135	63,1%

Hastalarımızın yarısının hastalığı ile ilgili her şeyi çekinmeden doktorlarına sorabildiklerini gözlemledik. Hastalar arasında stres azaltacak faaliyetlerde bulunmayanların çoğunlukta olduğunu tespit ettik (%73,8) (Tablo 13).

Tablo 13. Hipertansiyon tedavisinde stres yönetimi

		N	%
Hastalığımla ilgili her şeyi doktoruma sorarım	Her zaman	107	50,0%
	Çoğu zaman	56	26,2%
	Bazen	40	18,7%
	Hiç	11	5,1%
Stresi azaltacak faaliyette bulunurum	Her zaman	5	2,3%
	Çoğu zaman	10	4,7%
	Bazen	41	19,2%
	Hiç	158	73,8%
Stres yaratacak olay ve kişilerden uzak dururum	Her zaman	22	10,3%
	Çoğu zaman	53	24,8%
	Bazen	85	39,7%
	Hiç	54	25,2%

Türkçe Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeğine verilmiş tüm cevaplar Tablo 14,15,16 ve 17’da yer almaktadır.

Hastaların %67,3’ünün ilacını almayı hiç unutmadığını, %83,2’sinin bilinçli olarak ilacını almamaya hiç karar vermediğini tespit edildi. Hastaların %84,1’i bazen veya hiç tuzlu besin tüketmediklerini ifade etmiştir ve %87,4’ü yemeğe başlamadan bazen tuz eklemeyi veya hiç eklememeyi tercih etmişlerdir (Tablo 14).

Tablo 14. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği

		N	%
İlacı ne sıklıkla almayı unutursunuz	Hiç	144	67,3%
	Bazen	54	25,2%
	Çoğu zaman	9	4,2%
	Her zaman	7	3,3%
Ne sıklıkla almamaya karar veriyorsunuz	Hiç	178	83,2%
	Bazen	21	9,8%
	Çoğu zaman	9	4,2%
	Her zaman	6	2,8%
Ne sıklıkla tuzlu besin tüketirsiniz	Hiç	73	34,1%
	Bazen	108	50,5%
	Çoğu zaman	17	7,9%
	Her zaman	16	7,5%
Ne sıklıkla yemeğe başlamadan önce tuz atarsınız	Hiç	145	67,8%
	Bazen	42	19,6%
	Çoğu zaman	14	6,5%
	Her zaman	13	6,1%

Hastaların %64 ü hiç fast food tüketmemektedir. Hastalarımızın %82,2’sinin doktor randevularını hiç kaçırmadıklarını belirledik. Hastaların %75,2’si biten ilacı reçete ettirmeyi hiç unutmadıklarını belirttiler (Tablo 15).

Tablo 15. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği

		N	%
Ne sıklıkla fast food kullanırsınız	Hiç	137	64,0%
	Bazen	66	30,8%
	Çoğu zaman	7	3,3%
	Her zaman	4	1,9%
Ne sıklıkla kontrolden önce yeni randevu alırsınız düzelecek	Her zaman	19	8,9%
	Çoğu zaman	29	13,6%
	Bazen	38	17,8%
	Hiç	128	59,8%
Ne sıklıkla randevu kaçırsınız	Hiç	176	82,2%
	Bazen	29	13,6%
	Çoğu zaman	5	2,3%
	Her zaman	4	1,9%
Ne sıklıkla biten ilacı reçete etmeyi unutursunuz	Hiç	161	75,2%
	Bazen	45	21,0%
	Çoğu zaman	4	1,9%
	Her zaman	4	1,9%

Hastaların %64,5'inin ellerindeki ilaç bitmeden ilaçlarını tekrar reçete ettirdiklerini, %72'sinin doktora gelmeden önce de ilaç dozlarını atlamadığını, çoğunlukla da iyi veya kötü hissettiği için o günkü ilaç dozunu atlamaya hiç karar vermediklerini tespit ettik (%79,9 ; %88,3) (Tablo 16).

Tablo 16. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği

		N	%
Ne sıklıkla elinizdeki ilaç ihtiyacı tamamen biter	Hiç	138	64,5%
	Bazen	49	22,9%
	Çoğu zaman	8	3,7%
	Her zaman	19	8,9%
Ne sıklıkla doktora gitmeden ht ilacınızın dozunu atlırsınız	Hiç	154	72,0%
	Bazen	26	12,1%
	Çoğu zaman	5	2,3%
	Her zaman	29	13,6%
Ne sıklıkla ilacını almamayı tercih edersiniz	Hiç	171	79,9%
	Bazen	24	11,2%
	Çoğu zaman	8	3,7%
	Her zaman	11	5,1%
Ne sıklıkla hasta hissettiğiniz için ht ilacı almazsınız	Hiç	189	88,3%
	Bazen	16	7,5%
	Çoğu zaman	3	1,4%
	Her zaman	6	2,8%

Hastalarımızın %95,3'ü başkalarının hipertansiyon ilaçlarını hiç kullanmadıklarını vurgulamışlardır, %59,8'i de dikkatsizlik sonucu ilaçlarını almayı hiç unutmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 17).

Tablo 17. Hill -Bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği

		N	%
Ne sıklıkla başkasının ht ilacını alırsınız	Hiç	204	95,3%
	Bazen	5	2,3%
	Çoğu zaman	2	0,9%
	Her zaman	3	1,4%
Ne sıklıkla dikkatsizlikle ht ilacını almayı unutursunuz	Hiç	128	59,8%
	Bazen	72	33,6%
	Çoğu zaman	10	4,7%
	Her zaman	4	1,9%

Hill-Bone total puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediklerine adına yapılan çalışmada, kadınların Hill-Bone ortalama puanları $7,17 \pm 4,16$ iken erkeklerin $8,45 \pm 7,14$ olduğu görülmektedir ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gelir düzeyleri açısından Hill-Bone puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve hipertansiyon hastalarının gelir düzeylerinde yaşadıkları farklılık, Hill-bone puanları arasında farklılığa sebep olmaktadır (Tablo 18).

Tablo 18. Hill-bone total skorlarının demografik verilerle ilişkisi

		Sayı	HillBone Total puanı Ort±SS	P
Cinsiyet	Erkek	71	8,45 ±7,14	0,904*
	Kadın	143	7,17±4,16	
Medeni Durum	Evli	175	7,66±7,14	0,993*
	Bekar	39	7,30±4,45	
Eğitim Durumu	Okur Yazar	40	7,62±4,36	0,893**
	İlköğretim	94	7,71±5,04	
	Ortaöğretim	39	7,94±5,89	
	Önlisans	11	6,27±3,16	
	Lisans	20	7,95±8,34	
	Yüksek Lisans	10	5,8±5,35	
Gelir	Yetersiz	45	9,20±6,43	0,035**
	Hayatımı sürdürmem için yeterli	129	7,31±5,31	
	Hayatımı sürdürme+ kişisel zevklerime ayırarak kadar yeterli	28	6,82±3,52	
	Çok İyi	12	6,41±5,35	

*Mann-whitney u **Anova

Hillbone total puanlarının sigara ve alkol kullanım düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında, sigarayı hiç içmeyenlerin hillbone puan ortalaması 7,71±5,92, içiyorum diyenlerin ortalaması 8,65±5,18 olarak görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak farklılık göstermezken, hiç içmeyenler, içiyorum diyenler ve bıraktım diyenler arasındaki nümerik farklılık, istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 19).

Tablo 19. Hill-bone total skorlarının sigara ve alkol ile ilişkisi

		Sayı	HillBone Total puanı Ort±SS	P
Sigara	Hiç içmedim	128	7,71±5,92	0,128*
	İçiyorum	40	8,65±5,18	
	Bıraktım	46	6,35±3,29	
Alkol	Hiç içmedim	183	7,49±5,36	0,458*
	Ara Sıra	22	8,86±5,18	
	Haftada bir	9	6,66±5,38	

*Anova testi

Hill bone total puanlarının HT hastası olarak geçirmiş oldukları yıllar arasında farklılık gösterdiklerine dair araştırmada, 1-5 yıl arası ht hastası olan kişilerin puanları $8,46 \pm 6,04$ iken, 11-15 yıl arası ht öyküsü olan hastaların $5,62 \pm 2,91$ olarak görülmektedir. HT hastalarının yıllara göre ortaya çıkan Hillbone puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmaya katılan bireylerin hasta olduğu yıl sayısı arttıkça ilaca uyumlarının arttığı gözlemlendi. 15 yıldan fazla süredir hasta olanlara baktığımızda ilaca uyumun gittikçe azaldığını ve 20 yıldan sonra bu azalmanın belirginleştiğini tespit ettik (Tablo 20).

Tablo 20. Hill-bone total puanının tansiyon aleti varlığı, ölçüm sıklıkları ve hipetansif olarak geçirilen yıllar arasındaki ilişki

		Sayı	HillBone Total puanı Ort±SS	P
Tansiyon aleti	Var	161	7,30±5,21	0,216*
	Yok	53	8,49±5,74	
Tansiyonu ne sıklıkla ölçersiniz	Hiç	18	6,66±5,99	0,251**
	Haftada bir	61	8,75±6,39	
	Haftada birkaç	62	7,75±4,65	
	Hergün en az bir	45	6,66±5,46	
	Ayda bir	28	6,82±3,11	
Kaç yıldır HT hastasıınız	1-5 yıl	89	8,46±6,04	0,012**
	6-10 yıl	70	7,68±5,52	
	11-15 yıl	24	5,62±2,91	
	16-20 yıl	18	5,88±3,32	
	21+ yıl	13	7,23±4,12	

*Mann-whitney u **Anova

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların hill bone total puan, soy durumu, hillbone medical puan ve beslenme puanlarının ortalamalarına baktığımızda total puan ortalamasının $7,59 \pm 5,35$, medikal alt grup puan ortalamasının $5,17 \pm 4,07$, beslenme alt grup puan ortalamasının $1,82 \pm 1,77$, SOY total puan ortalamasının $25,73 \pm 10,82$ olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Hill-bone total , medikal, beslenme alt grup puanları ve SOY total puanı

	Hill bone total puan	Soy total puanı	Hill bone medical puan	Hill bone beslenme puanı
Ortalama	7,59	25,73	5,17	1,82
Standart sapma	5,35	10,82	4,07	1,77
Toplam	$7,59 \pm 5,35$	$25,73 \pm 10,82$	$5,17 \pm 4,07$	$1,82 \pm 1,77$
Katılımcı	214	214	214	214

Çalışmaya katılan hastaların %48,1'inin SOY durumlarının yetersiz olduğu, %28,5 inin sorumlu- sınırda olduğu görülmüştür. Katılımcıların %15,4'ünün SOY durumlarının yeterli olduğu, sadece %7,9'unun ise mükemmel olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların SOY durumu dağılımı

		N	%
Soy durumu	Yetersiz ($0 < 25$)	103	%48,1
	Sorunlu sınırda ($>25-33$)	61	%28,5
	Yeterli ($>33-42$)	33	%15,4
	Mükemmel	17	%7,9

Çalışmaya katılan kişilerin SOY düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 23. SOY düzeyi ve cinsiyet arasındaki ilişki

		Yetersiz SOY N(%)	Sorunlu- Sınırlı SOY N(%)	Yeterli SOY N(%)	Mükemmel SOY N(%)	P
Cinsiyet	Erkek	21(20,4)	23(37,7)	17(51,5)	10(58,8)	0,000
	Kadın	82(79,6)	38(62,3)	16(48,5)	7(41,2)	
	Toplam	103(100)	61(100)	33(100)	17(100)	

*Mann-whitney u Testi

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo24).

Tablo 24. Eğitim durumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

		Yetersiz SOY N(%)	Sorunlu- Sınırlı SOY N(%)	Yeterli SOY N(%)	Mükemmel SOY N(%)	P
Eğitim	Okur yazar	36(35)	3(4,9)	1(3)	0(0)	0,000
	İlk öğretim	58(56,3)	23(37,7)	12(36,4)	1(5,9)	
	Orta öğretim	6(5,8)	17(27,9)	9(27,3)	7(41,2)	
	Ön lisans	1(1)	4(6,6)	5(15,2)	1(5,9)	
	Lisans	2(1,9)	8(13,1)	3(9,1)	7(41,2)	
	Yüksek lisans/Doktora	0(0)	6(9,8)	3(9,1)	1(5,9)	

* Kuruskal-wallis testi

Gruplar arası en büyük farkın nerden kaynaklandığını test etmek amacıyla Tukey testi yapıldı ve ilköğretim mezunları ve okur yazar olanların sağlık okur yazarlığı toplam puanının, üniversite mezunlarından istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Eğitim durumu(Gruplar arası) ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

Eğitim Durumu		P
Lisans	Okur yazar	0,000*
	İlk öğretim	0,000*
	Orta öğretim	0,694
	Ön lisans	0,982
	Yüksek lisans	0,963

*tukey testi

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile gelir düzeyleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Gelir düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

		Yetersiz SOY N(%)	Sorunlu- Sınırlı SOY N(%)	Yeterli SOY N(%)	Mükemmel SOY N(%)	P
Gelir	Hayatımı sürdürmek için yetersiz	32(31,1)	5(8,2)	6(18,2)	2(11,8)	0,002
	Hayatımı sürdürmek için yeterli	63(61,2)	38(62,3)	19(57,6)	9(52,9)	
	Hayatımı sürdürebilecek ve kişisel zevklerime ayıracak kadar	6(5,8)	13(21,3)	4(12,1)	5(29,4)	
	Çok iyi	2(1,9)	5(8,2)	4(12,1)	1(5,9)	

* Kuruskal-wallis testi

Gruplar arası en büyük farkın nereden kaynaklandığını test etmek amacıyla Tukey testi yapıldı ve hayatımı sürdürmek için yetersiz diyenlerin sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının , hayatımı sürdürebilecek ve kişisel zevklerime ayıracak kadar yeterli ve çok iyi diyenlerden istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo27).

Tablo 27. Gelir düzeyi (Gruplar arası) ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

	Gelir	P
Hayatımı sürdürmek için yetersiz	Hayatımı sürdürmek için yeterli	0,290
	Hayatımı sürdürebilecek ve kişisel zevklerime ayıracak kadar	0,004*
	Çok iyi	0,037*

* tukey testi

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile sigara kullanımı istatistiksel olarak anlamlı değil iken ($p>0,05$), sağlık okur yazarlığının alkol kullanım düzeylerine göre farklılıkları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Alkol-sigara kullanımı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

		Yetersiz SOY N(%)	Sorunlu-sınırlı SOY N(%)	Yeterli SOY N(%)	Mükemmel SOY N(%)	P
Sigara kullanımı	Hiç içmedim	81(78,6)	43(70,5)	24(72,7)	12(70,6)	0,240
	İçiyorum	2(1,9)	3(4,9)	1(3,0)	2(11,8)	
	Bıaktım	20(19,4)	15(24,6)	8(24,2)	3(17,6)	
Alkol kullanımı	Hiç içmedim	98(95,1)	50(82)	22(66,7)	13(76,5)	0,000
	Ara sıra	4(3,9)	8(13,1)	8(24,2)	2(11,8)	
	Haftada en az 1	1(1)	3(4,9)	3(9,1)	2(11,8)	

*Kruskal-wallis testi

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile tansiyon aleti olup olmaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Tansiyon aleti ve sağlık okuryazarlığı düzeyi

		Yetersiz SOY N(%)	Sorunlu- Sınırlı SOY N(%)	Yeterli SOY N(%)	Mükemmel SOY N(%)	P
Tansiyon aleti	Var	69(67)	49(80,3)	28(84,8)	15(88,2)	0,004
	Yok	34(33)	12(19,7)	5(15,2)	2(11,8)	
	Toplam	103(100)	61(100)	33(100)	17(100)	

*Mann-whitney u Testi

Hill bone total puanları , SOY durumu gruplarında nümerik farklılıklar gösteriyor olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı görünmemektedir (Tablo 30).

Tablo 30. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ortalama hill bone puanları

	Yetersiz SOY Ort	Sorunlu- Sınırlı SOY Ort	Yeterli SOY Ort	Mükemmel SOY Ort	P
Hill bone total puan	8,007	6,29	8,78	7,05	0,100

*Anova

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilaç tedavisine ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine uyum arasındaki ilişkiyi inceledik. Bu amaçla 18 yaş ve üzeri 214 hipertansif hastaların sosyodemografik verileri kaydedilmiş ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları ile ilgili oluşturulan sorular sorulmuş ve Hill-bone yüksek tansiyon tedavisine uyum ölçeği anketi ile Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) uygulanmıştır.

Çalışmamıza 71'i (%33,2) kadın, 143'ü (%66,8) erkek toplam 214 hasta katıldı. Hastaların yarısına yakını (%43,9) ilköğretim mezunu olarak tespit edildi. Çalışmamızdan farklı olarak literatüre bakıldığında çalışmalara katılan kadın oranının erkek oranına göre fazla olduğu görülmüştür. Bu farklılığın demografik özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması ise bizim çalışmamıza katılan hastalarla benzer olarak ortaya çıktığı görülmüştür (116-120).

Bizim araştırmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısının ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında Xiao ve ark.nın yaptığı çalışmada benzer olarak katılımcıların büyük çoğunluğunun ilkokul ve altı eğitim seviyesinde olan kişilerden oluşmakta olduğu belirtilmiştir (117). Lor M ve ark tarafından yapılan sağlık okur yazarlığı ve tedavi uyumu ilişkisini inceleyen bir araştırmada ilkokul ve altı eğitim seviyesinde olan katılımcıların oranı %68.3 olarak bildirilmiştir (121). Lulebo ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin %59.5'inin ilkokul ve altı eğitim seviyesinde olduğu saptanmıştır (122). Saqlain ve ark. nın çalışmasında ise ilkokul ve altı eğitim seviyesinde olanların katılımcıların %55'ini oluşturduğu belirtilmiştir (123).

Çalışmamıza katılan hastaların alışkanlıkları değerlendirildiğinde alkol ve sigara kullanım alışkanlıklarına bakıldı, %59,8'i hiç sigara kullanmamışken, %85,5'lik kesimin hiç alkol kullanmamış olduğu görüldü. Literatürde de benzer olarak Xiao ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %83.7'sinin sigara ve %92.4'ünün de alkol kullanmadığı bildirilmiştir (117). Park ve ark.nın yaptığı

çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %91.3'ünün sigara, %88.8'i alkol kullanmadığı belirtilmiştir (124).

Çalışmamıza dahil olan hipertansiyon hastalarının %75,2'si tansiyon aletine sahip ve tansiyonunu ölçme sıklığı açısından %28,5'lik kesimi haftada bir kez, %29'luk kesimi haftada birkaç kez tansiyonunu kontrol etmiş olduğu görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Eryonuncu ve ark. 1999 yılında yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak evde tansiyon aleti bulunduran hasta oranı çok düşük bulunmuştur. Bu sonuçta araştırmanın yapıldığı yılın etkili olabileceği düşünülmüştür (125). Yapılan literatür taramasında hastaların büyük çoğunluğunun sadece şikayetleri olduğunda kan basıncını ölçtirdiği, düzenli kan basıncı ölçümü yapmadıkları görülmüştür (126,127).

Benzer şekilde PatenT2 çalışmasında da katılımcılarının %12.5'inin hiç kan basıncı ölçmediği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da hiç tansiyonlarını ölçmeyenlerin katılımcıların %8,4'ü olduğu ve literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir (23).

Çalışmamızda hastaların hipertansiyon yıl dağılımları incelendiğinde, ortalama hipertansif hasta olarak geçirilen süre $9 \pm 0,49$ yıl olarak bulunmuştur. Karaeren ve ark.'nın 2009 yılında 227 hasta ile hipertansiyon tedavi uyumu hakkındaki çalışmada ise 7.7 ± 7.6 yıl olduğu görülmüştür (116). Çöl ve ark. çalışmasında hipertansiyon hastalığına 10 ve üzeri yıl boyunca sahip olan katılımcıların %41'i olduğu belirtilmiştir (128).

Çalışmamızda 1-5 yıl boyunca hipertansiyon hastası olanlar %40,7, 6-10 yıl boyunca hipertansiyon hastası olanlar %33,2, 11-15 yıl boyunca hasta olanlar %10,3, 16-20 yıl boyunca hasta olanlar %9,8 ve 20 yılın üzerinde hasta olanlar %6,1 olarak bulunmuştur. Gün ve arkadaşları ise benzer olarak hastaların %29.7'sinin 1-5 yıl, %28.5'inin 6-10 yıl ve %27.3'ünün 11-20 yıldır hipertansiyon hastası olduklarını bulmuşlardır. Çalışmamız ile literatürde yayınlanan oranların birbirine yakın olduğu görülmüştür (38).

Bizim çalışmamıza katılan HT hastalarının eşlik eden hastalıkları kontrol edildiğinde %41,6'sının hipertansiyondan başka bir hastalığa daha sahip olduğu

görülmektedir. Hipertansiyondan başka hastalığı olanlar incelendiğinde %38'inin diyabetes mellitus, %17'sinin koroner arter hastalığına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde de bizim çalışmamıza benzer olarak hipertansiyona birçok hastalığın eşlik ettiği görülmüştür. Saqlain ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastaların hipertansiyona ek komorbidite durumları sorgulanmış ve %53.43'ünde koroner arter hastalığı, %28.6'sında diyabet, %12.2'sinde kalp yetmezliği eşlik ettiği görülmüştür (123). AlRuthia ve ark.nın yaptığı başka bir araştırmada ise katılımcıların hipertansiyona ek olarak sırasıyla %60'ında romatoid artrit, %33.7'sinde Tip2 diyabet, %15.3'ünde angina pectoris mevcut olduğu bildirilmiştir (129).

Bizim çalışmamızda HT hastalarının almış olduğu tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine bakıldığında sadece ilaç tedavisi alanların oranı %74,3 iken, ilaç ve egzersizi aynı anda yapanların oranı %6,1 olarak görülmektedir. İlaç tedavisi, egzersiz ve diyeti beraber yapanların oranı ise %5,1 olarak tespit edilmiştir. Toplamda hastaların egzersiz yapma oranı %11,2 olarak tespit edilmiştir. Çöl ve arkadaşlarının yaptığı hipertansiflerde tedavi kontrol durumları ile ilgili bir çalışmada katılımcıların %54.2'sinin düzenli egzersiz yapmadığı bulunmuştur (128).

Çalışmaya katılan hastaların kilo ortalamaları $81,72 \pm 15,40$ şeklinde dağılım gösterirken, boy ortalaması 163,37 cm olduğu görülmektedir. Olguların BMI ortalaması ise $30,63 \pm 5,30$ bulunmuştur. Benzer olarak Malatya'da hipertansif hastalar arasında yapılan çalışmada ortalama BMI ortalaması $28.81 \pm 4.81 \text{ kg/m}^2$ olarak tespit edilmiştir (130).

Çalışmamıza katılan 214 hipertansiyon hastasının, yaşam tarzı değişiklikleri incelendiğinde tuz tüketimini bir çay kaşığı ile sınırlandıranların hastaların %22,4'ü olduğunu ve bu oranın literatür ile uyumlu olduğunu saptadık. Bunun yanında hastaların %58,9'unun yemeklere fazladan tuz eklemediklerini belirledik. Aynı şekilde yüksek tuz ihtiva eden ürünlerin kullanımının da hastalarımız tarafından çoğunlukla tercih edilmediğini gözlemledik (bazen kullananlar %41,6, hiç kullanmayanlar %29,9). Kim ve ark. bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine uyumu ve tedavi farkındalığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada katılımcıların %17.8'inin tuz kısıtlamasına uyanlardan oluştuğunu saptamışlardır (131).

Hill-bone total puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediklerine adına yapılan çalışmada, kadınların Hill-bone ortalama puanları $7,17 \pm 4,16$ iken erkeklerin $8,45 \pm 7,14$ olduğu görülmektedir ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan diğer çalışmalara bakılınca Lor ve ark. tarafından yapılan çalışmada erkeklerin kadınlardan tedavi uyumunda daha başarılı oldukları gösterilmiştir (121). Karaeren ve ark. çalışmasında Ht uyumlu olanların %61'inin kadın olduğu bildirilmiştir.(116). Cingil ve ark.nın yaptığı çalışmada bu sonuca zıt şekilde kadınların erkeklere göre ilacı daha az düzenli olarak kullandığı görülmüştür (132). Jankowska-Polanska ve ark. nın çalışmasında ise cinsiyetler arasında tedavi uyumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır (133). Bizim çalışmamızda da her iki cinsiyet arasında hipertansiyon tedavisine uyum açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde birbirine uyumsuz sonuçların, farklı ülkelerde farklı eğitim düzeyleri ve farklı demografik özelliklerin varlığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamıza bakıldığında gelir düzeyleri ile tedaviye uyum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve hipertansiyon hastalarının gelir düzeylerinde yaşadıkları farklılık , tedaviye uyum puanları arasında farklılığa sebep olmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak Mert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi ile tedaviye uyum arasında ilişki bulunamamıştır (134). Benzer şekilde Mollaoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da gelir düzeyi ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (135). Bu farkın oluşmasında sebep olarak bizim çalışmamızda yüksek gelir düzeyinden az katılımcının bulunması olabileceğini düşündük.

Hipertansiyon tedavisine uyum ve eğitim düzeyleri ile ilgili literatüre baktığımızda Lor ve ark. yaptığı çalışmada eğitim seviyesi lise ve üzerinde olanların tedavi uyum puanları daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir (121). Jankowska-Polanska ve ark. çalışmalarında eğitim seviyesini 3 basamakta ele almış ve ikinci seviyeden mezun olanların hipertansiyon tedavisine Morisky ölçeğine göre %63'ünün düşük derecede, %55'inin ise yüksek derecede uyumlu olduklarını saptamışlardır ancak gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildir (133). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeylerine göre hastaların Hill-bone

tedaviye uyum ölçeğinde total puan bazında nümerik farklılıklar olduğu saptansa da yapılan analizde literatürde de gözlemlediğimiz gibi farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Ht tedavisine uyum ve katılımcıların sigara kullanma durumu ilişkisi incelendiğinde çalışmamızda sigarayı hiç içmeyenlerin hillbone puan ortalaması $7,71 \pm 5,92$, içiyorum diyenlerin ortalaması $8,65 \pm 5,18$ olarak görülmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde alkol kullanımı ve Ht tedavisine uyum durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Literatürde de bizim çalışmamıza benzer şekilde Jankowska-Polanska ve ark.nın yaptığı çalışmada hiç sigara kullanmamış olanların %64'ünün Morisky ölçeğine göre Ht tedavisine yüksek derecede uyumlu, %44'ünün ise düşük derecede uyumlu olduğu belirtilmiş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Yine aynı çalışmada ara sıra alkol kullananların %63'ü yüksek derece, %55'i düşük derece tedavi uyumu göstermekte ancak gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir (133). Yapılan başka bir çalışmada sigara içmenin hipertansiyon tedavisine uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (136).

Çalışmamıza katılanların Ht tedavisine uyumları ve evlerinde tansiyon aleti varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Literatür taraması yaptığımızda hipertansiyon hastalığı ile ilgili çalışmalarda hastaların evinde tansiyon aleti varlığı ile hipertansiyon tedavisine uyum arasındaki ilişkiyi irdeleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmaya katılan hastaların Ht tedavisine uyumları ile tansiyon ölçümü sıklıkları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamıştır. Jankowska-Polanska ve ark.nın yaptıkları çalışmada da çalışmamız ile uyumlu olarak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamışlardır (133).

Hillbone total puanlarının HT hastası olarak geçirmiş oldukları yıllar arasında farklılık gösterdiklerine dair araştırmada, 1-5 yıl arası ht hastası olan kişilerin puanları $8,46 \pm 6,04$ iken, 11-15 yıl arası ht öyküsü olan hastaların $5,62 \pm 2,91$ olarak görülmektedir. HT hastalarının yıllara göre ortaya çıkan Hillbone puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmaya katılan bireylerin hasta olduğu yıl sayısı arttıkça ilaca uyumlarının arttığı gözlemlendi. 15 yıldan fazla süredir hasta

olanlara baktığımızda ilaca uyumun gittikçe azaldığını ve 20 yıldan sonra bu azalmanın belirginleştiğini tespit ettik. Literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde Turner ve ark.nın çalışmasında da yaş yükseldikçe tedaviye uyum azalmaktadır (137). Yapılan bir diğer çalışmada tedavi süresinin uzamasıyla tedavi uyumunda artış olduğu saptanmıştır (138). Lor ve ark. tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında yaş arttıkça tedavi uyum puanının düştüğünü belirtmişlerdir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (121). Başka bir çalışmada yaşlı popülasyonun ilaç kullanma konusunda isteksiz olduğundan hipertansiyon tedavi uyumunun yaşlı nüfusta düşük olduğu gösterilmiştir (139). Morisky Greene Levine ölçeği kullanılan başka çalışmalarda bu çalışmalara ters olarak yaş yükseldikçe ilaca uyum puanı da artmıştır (140-143). Cingil ve ark.nın yaptığı çalışmada da 50 yaş altında ilacı düzensiz kullanma durumunun yüksek olduğu, kadınların erkeklere göre ilacı daha az düzenli olarak kullandığı görülmüştür (132). Korb-Savoldelli V. ve ark. katılımcıların yaşındaki her on yıllık artışın tedavi uyum gösterme durumunu %25 azalttığını saptadılar (144). Bizim çalışmamızda da 15 yılın üstünde literatür ile uyumlu şekilde tedaviye uyumda azalma saptandı.

Birçok çalışmada hipertansiyona eşlik eden hastalıkların olmasının tedavi uyumunu artırdığı saptanmış ve bu durumun ek hastalığı olan bireylerin tedavi sürecine daha bilinçli yaklaşımları ve ilaç sayısındaki artışın tedavi uyumunu olumlu etkilemesi ile ilişkilendirilmiştir (138,145). Ancak bizim çalışmamızda ek hastalık varlığında tedaviye uyum puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin de ek hastalıkları olan ve aynı zamanda yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcı sayısının çok sınırlı olması olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda ASOY-TR sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması $25,73 \pm 10,82$ ve iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa değeri) 0.771 olarak bulunmuştur. Kullanılan ölçeğin geliştirildiği ve geçerlilik ve güvenilirliğinin kanıtlandığı Okyay ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması 29.5 ve ölçeğin cronbach alfa değeri 0.927 olarak bulunmuştur (146). Çalışmamıza katılan hastaların %48,1'inin SOY durumlarının yetersiz olduğu, %28,5'inin sorunlu- sınırdaki olduğu görülmüştür. Katılımcıların %15,4'ünün SOY durumlarının yeterli olduğu, sadece %7,9'unun ise mükemmel

olduğu saptanmıştır. Okyay ve ark.'nın TSOY32 ölçeği ile yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 29,7 iken yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip birey yüzdesi 67 olarak bulunmuştur (146). Tanrıöver ve ark.'nın yürüttükleri çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 30,4, yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı olan bireylerin yüzdesi 64,6 olarak bulunmuştur (65). Değerli ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise genel SOY indeks puanı 28.8 olarak bulunmuştur (147). Berberoğlu ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada sağlık okuryazarlığı indeks puanı 25 ± 9.5 'tir (148). Bizim çalışmamızın da sağlık okuryazarlığı puanı bakımından literatür ile benzerlik göstermekte olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak belirtilmiştir. Çalışmada bireylerin %24,5'inde yetersiz, %40,1'inde ise sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu gösterilmiştir (149). Özdemir ve ark. yaptıkları çalışmada REALM ve NVS ölçeklerini kullanmışlar ve sınırlı sağlık okuryazarlığı durumunu REALM ölçeğine göre %41,3 şeklinde, yetersiz sağlık okuryazarlığını ise %22, NVS ölçeğine göre yetersiz SOY oranı %19,9, sınırlı SOY oranı %50,9, yeterli SOY %28,1 şeklinde tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada bir aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde NVS ölçeği kullanılarak yürüttükleri çalışmada bireylerin %72,9'unun sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığı tespit edilmiştir (150). Mut tarafından aile hekimliği polikliniğine başvuran bireyler üzerinde TSOY-32 ölçeği ile yürütülen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 28,9 bulunurken, bireylerin %80,9'unun yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (151). Yapılan çalışmalara göre bireylerde daha yetersiz sağlık okuryazarlığının saptanmış olması, çalışma gruplarının hastaneye başvuran bireylerden oluşmasına bağlanabilir. Belçika'da yapılan bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlığının hastane başvurularını artırdığının belirlenmiş olması bu durumu desteklemektedir (152).

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yetersiz SOY düzeyinde tespit edilen katılımcıların %79,6'sının kadın olduğu belirlendi. Özdemir ve ark. tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde erkeklerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak

anlamli olduğu belirtilmiştir (150). Yine Mut tarafından İzmir’de yapılan başka bir çalışmanın sonucu da çalışmamızla benzer olarak kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamli olarak erkeklerden daha dűřűk olduğunu gűstermiřtir (151). Mafutha ve ark.’nın Gűney Afrika’da yaptıkları çalışmada erkeklerin sağlık okuryazarlığı genel puanlarının daha dűřűk olduğunu saptamışlardır. Ancak istatistiksel olarak cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında kuvvetli ilişki saptamamışlardır. Bu duruma erkeklerin sağlık hizmetlerini çok daha seyrek, yakın çevrenin zorlaması sonrası kullandığı, genel kontrol amaçlı sağlık kuruluşlarına gitmediklerini; bundan dolayı sağlık ile ilgili kavramlara aşına olmadıkları yűnűnde bir çıkarım yapmışlardır (153). Literatűrdeki birçok çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında ilişki arasında anlamli fark saptanmamıştır (146,154-156).

Sorensen ve ark. alıřmasında ise kadınlarda sađlık okuryazarlıđı düzeyinin daha yűksek olduđu saptanmıřtır (58). Yapılan çalıřmaların cinsiyetin sađlık okuryazarlıđı ile iliřkisi yűnűnden farklı sonuçlanmasının, çalıřmaların űrneklem yerinin farklı sosyodemografik ve sosyokűltűrel űzelliklere sahip olmalarından kaynaklı olabileceđi dűřűnűlműřtűr. Kadınlara eđitim seviyesinin yűksek olduđu, sosyal ve toplumsal alanda yer bulabildiđi bűlgelerde sađlık okuryazarlıđı seviyelerinin de daha iyi sonuçlanması da bu dűřűnceyi desteklemiřtir.

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamli olduğu saptandı. Katılımcıların eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı űleđinden aldıkları puan karşılaştırıldığında eğitim seviyesi ilkokul ve altı olan kişilerin bűyűk çoğunluğunun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu (tűm yetersiz SOY düzeyindeki katılımcıların %91,3’ű) bununla birlikte aynı grubun sağlık okur yazarlığı toplam puanının, űniversite mezunlarından istatistiksel anlamli olacak şekilde daha dűřűk olduğu ortaya çıkmıştır. Tanrıűver ve ark.’nın Tűrkiye genelinde yapmış olduğu çalışmada sağlık okuryazarlığı űlek puanının, eğitim düzeyi ile doğrusal bir şekilde arttığı bulunmuştur (65). Okyay ve ark.’nın çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur (146). opurlar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Eđitim durumu ve SOY arasında

güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (55). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçları da benzer ilişkiyi saptamıştır (58,71,101,152,154-157).

Literatürde çalışmamıza benzer şekilde eğitim durumu ve sağlık okuryazarlığı puanları arasında aynı yönde anlamlı korelasyon saptanan çalışmaların belirgin olarak fazla olmasına rağmen bu duruma istisna olan başka çalışmalar da mevcuttur (59,158,159).

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile gelir düzeyleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Gruplar arası en büyük farkın nereden kaynaklandığını test etmek amacıyla Tukey testi yapıldı ve hayatımı sürdürmek için yetersiz diyenlerin sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının ,hayatımı sürdürebilecek ve kişisel zevklerime ayıracak kadar yeterli ve çok iyi diyenlerden istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü ile birlikte doğru orantılı olarak SOY düzeyinin de düşük olduğunu göstermektedir (114,160,161). Bunlara benzer olarak gelir durumunun sorgulandığı Temel ve ark. ve Vozikis ve ark. yaptıkları çalışmada , geliri giderinden fazla olanların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (162,163). Çalışmamızda da Temel ve ark.'na benzer olarak gelir düzeyi yüksek olanların SOY düzeyleri anlamlı olarak yüksek olarak görüldü. Bu durumun sebebinin bireylerin ekonomik durumu iyileştikçe, sağlık ile ilgili kişisel durumlarının tespitinin daha doğru yapılabileceğini, sağlık sisteminin daha doğru kullanımının mümkün olacağı ve eğitim hizmetlerine ulaşımın daha kolay sağlanabildiğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (162).

Çalışmamıza katılan kişilerin sağlık okur yazarlığı düzeyi ile sigara kullanımı istatistiksel olarak anlamlı değil iken ($p>0,05$), sağlık okur yazarlığının alkol kullanım düzeylerine göre farklılıkları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan diğer çalışmalarda sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıkları ile SOY düzeyleri karşılaştırıldığında Çaylan ve ark. yaptığı çalışmada SOY düzeyleri ile sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları arasında ilişki saptanmadığını belirtmiş (164). Atay ve ark. sigara ile SOY düzeyleri arasında ilişki bulmadığını ifade etmiştir (165). Vozikis ve ark Yunanistan'da üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada

sigara ve alkol kullanımı ile SOY düzeyleri arasında negatif yönlü ilişki bulmuştur (163).

Çalışmaya katılan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile tansiyon aleti olup olmaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$).

Katılımcıların Ht tedavisine uyum durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında Hill-bone total puanlarını nümerik farklılıklar gösteriyor olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı görünmemektedir. Bizim çalışmamızın aksine, Saqlain ve ark. çalışmasında yeterli sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, sağlık okuryazarlığı yetersiz hastalara göre ilaçlarına daha fazla bağlı oldukları tespit edilmiştir (123,166,167). Bizim çalışmamıza benzer olarak, Kripalani ve ark. yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalarda beklenmedik şekilde düşük tedavi uyumsuzluğu saptamıştır (168). Ramli A. ve ark.'nın yaptığı çalışmada yüksek sağlık okuryazarlık düzeyinde olan bireylerin tedavi uyumlarının da yüksek olduğu görülmüştür (169). Lor ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada yüksek tedavi uyum skoru ile yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (121). Shi ve ark.'nın Çin için sağlık okuryazarlığı ölçek geliştirme çalışmasında yüksek sağlık okuryazarlık düzeyinde olan hastaların tedavi uyumları daha yüksek olduğundan kan basınçları daha kontrollü, komorbidite ihtimalleri daha düşük ve daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir (118). Literatürde kontrolsüz hipertansif hastalar ile yapılan diğer çalışmalarda tedavi uyumu düşük olmasından dolayı kontrolsüz hipertansiyonu olan grubun tamamına yakınının yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinde oldukları görülmüştür (170-173).

Literatür ile çalışmamızın SOY durumu ve tedaviye uyum arasındaki ilişki açısından sonuçlarının uyumsuz olmasının sebebi olarak çalışmamızı yaptığımız bölgenin demografik özellikleri ve katılımcı sayısındaki yeterli ve mükemmel SOY düzeyindeki hastaların azlığı ile ilgili olabileceği düşünüldü.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hipertansiyon sıklığının modern yaşamın sonucu olarak her geçen gün artması, gelişmiş sağlık hizmetleri sebebiyle artan insan ömrü göz önünde bulundurulduğunda hipertansiyonun yol açtığı komplikasyonlar ile sağlık harcamalarını artırması gün geçtikçe önemi artan bir sağlık problemidir. Yol açtığı morbidite ve mortalite de düşünüldüğünde hipertansiyon kontrol altına alınması oldukça önemli olan bir halk sağlığı problemidir.

Ülkemizde ve tüm dünyada kan basıncı kontrol altında olmayan hastalar çoğunluktadır. Bunun birçok sebebi vardır ve bunlardan biri ve en önemlisi önerilen tedaviye uyumsuzluktur. Hipertansiyon hastalığına sahip bireylerde kan basıncının kontrol altında olabilmesi için hastaların önerilen tedaviye uyum göstermesi elzemdir. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı da yapılan çalışmalarda tedaviye uyumu etkileyen parametrelerden biri olarak saptanmaktadır. SOY düzeylerinin geliştirilmesinin sonuçlarının sadece tedaviye uyum üzerinde değil, sağlık hizmetlerinin yerinde, zamanında ve etkili kullanılmasında da etkili olduğu çalışmalarla saptanmıştır.

Tedavi planında hastalara yaşam tarzı değişiklikleri ve bu değişikliklere rağmen hedef kan basıncına ulaşılamaması durumunda medikal tedavi önerilir. Bireylerin hastalığını kontrol altına almada çok önemli olan yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisine uyumlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesi ile arttığı yapılan bir çok çalışmada belgelenmiştir. Bu anlamda birinci basamakta kapsamlı, bütüncül ve birey merkezli sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin öncelikli hedefleri arasına takip ettiği tüm kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin saptanması da girmelidir.

Çalışmamızda tedaviye uyum oranları diğer çalışmalara benzer şekilde bulundu. Tedaviye uyumun düşmesinin kan basıncı kontrolünün sağlanmasını olumsuz yönde etkilediği görüldü. Sigara kullanımı, antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanma durumu, hipertansiyon tanı süresi, düzenli kontrole gitme durumu gibi faktörlerin hastalarda tedavi uyumunu etkilediği görülmüştür. Çalışmaya katılan

bireylerin hasta olduğu yıl sayısı arttıkça ilaca uyumlarının arttığı gözlemlendi. 15 yıldan fazla süredir hasta olanlara baktığımızda ilaca uyumun gittikçe azaldığını ve 20 yıldan sonra bu azalmanın belirginleştğini tespit ettik. Tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında yaş arttıkça tedavi uyum puanının düştüğünü belirten çalışmalar olduğu gibi yaş yükseldikçe ilaca uyum puanının da arttığının tespit edildiği çalışmalar olmasının sebebinin farklı toplumlarda yaşlı popülasyonun farklı eğitim düzeylerinde olması olabileceğini düşündük.

Hill-bone total puanlarının demografik özelliklere göre incelemesinde kadınların ve erkeklerin hill-bone ortalama puanlarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gördük. Ancak yurtdışı kaynaklı bazı çalışmalarda erkeklerin, bazı çalışmalarda ise kadınların ilacı daha düzenli kullandıklarını saptadıklarını görmemiz farklı ülkelerde farklı eğitim düzeyleri ve farklı demografik özelliklerin varlığının bu uyumsuz sonuçların nedeni olduğu düşündük.

Çalışmamızda gelir düzeyleri ile tedaviye uyum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve hipertansiyon hastalarının gelir düzeylerinde yaşadıkları farklılık , tedaviye uyum puanları arasında farklılığa sebep olmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak literatürde bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gördük. Buna sebep olarak bizim çalışmamızda yüksek gelir düzeyinden az katılımcının bulunması olabileceğini düşündük.

Birçok çalışmada hipertansiyona eşlik eden hastalıkların olmasının tedavi uyumunu artırdığı saptanmış ve bu durumun ek hastalığı olan bireylerin tedavi sürecine daha bilinçli yaklaşımları ve ilaç sayısındaki artışın tedavi uyumunu olumlu etkilemesi ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda ek hastalık varlığında tedaviye uyum puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin de ek hastalıkları olan ve aynı zamanda yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcı sayısının çok sınırlı olması olabileceği düşünüldü. Daha fazla sayıda ve gerek sosyoekonomik gerek eğitim düzeyi özellikleri açısından fazla çeşitlilikte katılımcı ile yapılacak çalışmaların gerekliliği açıktır.

Çalışmamızda saptanan SOY ölçeği puan ortalaması Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarla oldukça benzerdir. Fakat çalışmaların daha önceki yıllarda yapıldığı düşünüldüğünde geçen zamanda toplumumuzun SOY düzeyinin hiç gelişmemiş olması oldukça düşündürücüdür. SOY düzeyini geliştirmeye yönelik bireysel ve toplumsal eğitime olan ihtiyaç belirgindir. Bunun yanı sıra çalışmalarda daha yetersiz sağlık okuryazarlığının saptanmış olması, çalışma gruplarının hastaneye başvuran bireylerden oluşmasına da bağlanabilir. Belçika’da yapılan bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlığının hastane başvurularını artırdığının belirlenmiş olması bu durumu desteklemektedir. Bu olasılığı ispat etmek adına hastaneye başvurmeyan bireylerde de sahada SOY düzey çalışmaları yapılmasının gerekliliği oldukça açıktır.

Çalışmamızda SOY düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve yetersiz SOY düzeyinde tespit edilen katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın olduğu gözlemlendi. Ülkemizdeki çalışmalarda benzer sonuçlarla karşılaşmamıza rağmen, başka ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin SOY genel puanlarının daha düşük olduğunu, bazı çalışmalarda ise SOY düzeyi ile cinsiyet arasında ilişki arasında anlamlı fark olmadığını gördük. Yapılan çalışmaların cinsiyetin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi yönünden farklı sonuçlanmasının, çalışmaların örneklem yerinin farklı sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklere sahip olmalarından kaynaklı olabileceğini düşündük. Kadınların eğitim seviyesinin yüksek olduğu, sosyal ve toplumsal alanda yer bulabildiği bölgelerde sağlık okuryazarlığı seviyelerinin de daha iyi sonuçlanması da bu düşüncüyü desteklemiştir.

Çalışmamızda gelir düzeyi yüksek olanların SOY düzeyleri anlamlı olarak yüksek olarak görüldü. Literatüre baktığımızda da benzer sonuçlar çoğunlukta idi. Bu durumun sebebinin bireylerin ekonomik durumu iyileştikçe, sağlık ile ilgili kişisel durumlarının tespitinin daha doğru yapılabileceğini, sağlık sisteminin daha doğru kullanımının mümkün olacağı ve eğitim hizmetlerine ulaşımın daha kolay sağlanabildiğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Katılımcıların Ht tedavisine uyum durumları ile SOY düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında Hill-bone total puanlarını nümerik farklılıklar gösteriyor olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bizim çalışmamıza benzer sadece bir çalışma bulmamıza rağmen çalışmaların çoğunda yüksek SOY

düzeyinde olan bireylerin tedavi uyumlarının da yüksek olduğu görülmüştür. Literatür ile çalışmamızın SOY durumu ve tedaviye uyum arasındaki ilişki açısından sonuçlarının uyumsuz olmasının sebebinin çalışmamızı yaptığımız bölgenin demografik özellikleri ve katılımcı sayısındaki yeterli ve mükemmel SOY düzeyindeki hastaların sayıca azlığı olabileceği düşünüldü.

Gelecekte bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamız, birinci basamakta yapılabilecek benzer çalışmalar için bir ön çalışma niteliğindedir. Durum saptayıcı çalışmalardan sonra çeşitli müdahale çalışmaları planlanarak toplumsal ölçekte sağlık okuryazarlığı seviyesinin geliştirilmesi için bir yol haritası çizilebilir.

Birinci basamakta hastaların, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaçlarına uyumlarını etkileyen faktörlerin sorgulanması, hastalığın tedavisinin önemi ve gelecekteki yaşam kalitelerini ne düzeyde artıracak konusunda bilgilendirilmesi, hastalara sağlık okuyazarlığının önemi ve nasıl geliştirileceği konusunda eğitimler verilmesinin hipertansiyonla mücadelede çok etkili olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Anıl Matbaası, Ankara, 2011; 18.
2. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, Tükek T, Sabuncu T, Arıcı M, Erdem Y, Özın B, Şahin İ, Ertürk Ş, Bitigen B, Tokgözoğlu L, Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019, Türk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535-546 doi:10.5543/tkda.2019.62565.
3. Goldman, L., & Schafer, A. I. (2016). Goldman's Cecil Medicine 25th Edition. ISBN: 978-1-4557-5017-7. E-Book (Kindle Book). Elsevier Health Sciences.
4. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara 2018.
5. Kepez A. Dirençli Hipertansiyon Tanısı ve Sekonder Nedenler. Türk Kardiyoloji Derneği HT Bülteni Özel Sayı Dirençli Hipertansiyon. 2015;3:5-7.).
6. Mendis S, Salas M. Hypertension. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization. Geneva, 2003;13:107-14.
7. Altan, Onat A., Can, G., Yüksel, H., ve ark. (2017). TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, Logos Yayıncılık, İstanbul. ISBN: 978-975-349-081-8).
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
9. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International 1998;13(4):349-64.
10. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document, 2009;16: 1-46.
11. Baur C. National Action Plan to Improve Health Literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010;7-8.
12. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press; 2004.
13. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2010; 11-20.

14. Costa VRS, Costa PDR, Nakano EY, Apolinario D, Santana ANC, Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Supl 2) :266-73.
15. Warren-Findlow J, Coffman MJ, Thomas EV, Krinner LM, ECHO: A pilot health literacy intervention to improve hypertension self-care. *HLRP: Health Literacy Res. And Pract.* 2019;3(4):e259-e267.
16. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR, Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med.* 1998;158:166-172.
17. Aile hekimliği/Genel pratisyenlik Avrupa tanımı. [Internet]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>.
18. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018.
19. EJ (Çeviri ed. Kozan Ö). Textbook of Cardiovascular Medicine. Üçüncü baskı. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara. 2008:11-1540) (Mancia G, Grassi G, Kjeldsen SE. Avrupa Hipertansiyon Derneği Hipertansiyon El Kitabı. Birinci baskı. Informa Healthcare, İstanbul. 2009:2-16.
20. Karakovan A, Eti Aslan F. Hipertansiyon-Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üçüncü Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2014; s. 49-72.
21. The global epidemiology of hypertension, Katherine T Mills^{1,2}, Andrei Stefanescu¹, Jiang He^{3,4} *Nat Rev Nephrol*, 2020 Apr;16(4):223-237.doi: 10.1038/s41581-019-0244-2. Epub 2020 Feb 5.
22. Bloch, M.J. Worldwide prevalence of hypertension exceeds 1.3 billion. *J. Am. Soc. Hypertens.* 2016, 10, 753–754.
23. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2 (Patent2) 2012, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, (18.08.2020) http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php.
24. Abaci, A., Oguz, A., Kozan, O. et al (2006). Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). *Journal of human hypertension*, 20(5), 355-361.
25. Ikeda N, Saito E, Kondo N, Inoue M, Ikeda S, Satoh T, Wada K, Stickley A, Katanoda K, Mizoue T. et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011, 378, 1094–1105.
26. Ferri C.P, Schoenborn, C.; Kalra, L.; Acosta, D.; Guerra, M.; Huang, Y.; Jacob, K.S.; Rodriguez, J.J.L.; Salas, A.; Sosa, A.L.; et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2011; 82, 1074–1082.

27. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Kılavuzu (2019). ISBN 978-605-4011- 34-6.
28. Black HR, Elliott WJ (Çeviri ed. Erol Ç). Hipertansiyon Braunwald'ın Kalp Hastalıkları Ek Kitabı. Birinci baskı. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara. 2009:3-575.
29. Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 2013; 380(9859): 2224-2260.
30. Forouzanfar, M.H.; Liu, P.; Roth, G.A.; Ng, M.; Biryukov, S.; Marczak, L.; Alexander, L.; Estep, K.; Abate, K.H.; Akinyemiju, T.F.; et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115mmHg, 1990–2015. JAMA J. Am. Med. Assoc. 2017, 317, 165–182.
31. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016 (18.08.2020) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>.
32. Global Health Estimates 2015: DALYs by Cause, Age and Sex, by WHO Region, 2000-2015, (18.08.2020) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html.
33. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for The Management of Hypertension in The Community: A Statement by The American Society of Hypertension and The International Society of Hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2014;16(1):14-26.
34. Williams B, Mancia G. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara 2015. [internet] <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/43917,5--aile-hekimligi-uygulamasinda-onerilenperiyodik-saglik-muayeneleri-ve-tarama-testleri-rehberipdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 20.11.2019).
36. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, DennisonHimmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2013 Dec 18.
37. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for The Management of Arterial Hypertension: The Task Force for The Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Blood Pressure 2013;22(4):193-278.
38. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. Dergipark Dergisi 2014;7(2) 98-108.

39. Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. Klinik Gelişim 2005;18(2),4-7.
40. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2):167-72.
41. Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A Meta-Analysis of Cognitive-Based Behaviour Change Techniques as Interventions to Improve Medication Adherence. BMJ Open 2013;3:e002749. doi:10.1136/bmjopen-2013-002749.
42. Higgins JPT, Green S, eds. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. [Internet]. Available from: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
43. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR. A Meta-Analysis of the Association Between Adherence to Drug Therapy and Mortality. BMJ 2006;333:15.
44. Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdogan Z. İK Çalış. Tuberk Toraks. 2014; 62(2): 101-7.
45. Brown MT, Bussell JK, editors. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings; 2011: Elsevier.
46. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.
47. Cohen IT, Hannallah RS, Hummer KA. The incidence of emergence agitation associated with desflurane anesthesia in children is reduced by fentanyl. Anesthesia & Analgesia. 2001;93(1):88-91.
48. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and Testing of The Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. Progress in Cardiovascular Nursing 2000;15(3): 90-96.
49. Karademir M, Köseoğlu IH, Vatansever K, Van Den Akker M. Validity and Reliability of The Turkish Version of The Hill–Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale for Use in Primary Health Care Settings. The European Journal of General Practice 2009;15(4): 207-211.
50. Ogedegbe, G., Mancuso, C.A., Allegrante, J. P., et al (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive AfricanAmerican patients. Journal of clinical epidemiology, 56(6), 520-529.
51. Berlowitz, D. R. , Ash, A. S. , Hickey, E. C. , et al. (1998). Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. New England Journal of Medicine, 339(27), 1957-1963.
52. Andrus MR, Roth MT. Health Literacy: A Review. Pharmacotherapy. 2002;22(3):282–302.

53. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int 16, 2009; (2009) dap014v1.
54. Freedman DA, Bess KD, Tucker, HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA, Public health literacy defined. American Journal of Preventive Medicine, 2009;36: 446-51.
55. Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is it Important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, . 2016;10(1): 40- 7.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı. Bakanlık Yayın No: 814, Ankara, 2011, s. 10.
57. American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association, 1999;281(6): 552-557.
58. HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. European Journal of Public Health. 2012; 25(6):1053–58.
59. Akbolat, M.Erigüç, G. & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? sakarya ilinde bir araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 354-362.
60. Sezer ve kadioğlu 2014: Sezer, A. & Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği"nin geliştirilmesi. Anadolu HemGirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 165-170.
61. Balçık, P. Y. Taşkaya, S. & ğahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 321-326.
62. Health literacy program.<http://www.amaassn.org/ama/pub/about-ama/amafoundation/ourprograms/public-health/health-literacyprogram.page>, Erişim tarihi: 05.01.2015.
63. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_/file/0008/190655/e96854.pdf, Erişim tarihi: 15 Eylül 2015.
64. Brabers, A. E. J.D.J.M.Rademakers, J. Groenewegen, P. P.Dijk, L. V. & Jong, J. D. (2016). What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? Plos One.
65. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 2014.
66. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K. Low. Health Literacy and Health Outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 2011;155(2): 97-107

67. Akın L, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Yayınları 2006.
68. Understanding Health Literacy and its Barriers. Current Bibliographies in Medicine. US National Library of Medicine. 2004 (<http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>, erişim: 28.04.2017).
69. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm. *Journal of General Internal Medicine* 2008;23: 1273-6.
70. Klassen, K.(2008). Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding, Canadian Council on Learning.
71. Kutner, M. Greenburg, E. Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics.
72. Eyüboğlu, E. & Schulz, P. J.(2016). Do Health Literacy and Patient Empowerment Affect Self-Care Behaviour? A Survey Study Among Turkish Patients with Diabetes. *BMJ Open*, VI, 3: 1-7.
73. Kondilis, B. K.Soteriades, E. S. & Falagas, M. E.(2006). Health Literacy Research in Europe: A Snapshot. *The European Journal of Public Health*, XVI, 1: 113-113).
74. Loke, Y. K.Hinz, I. Wang, X.Rowlands, G.Scott, D. & Salter, C.(2012). Impact of Health Literacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Disease–Systematic Review. *PLoS One*, VII, 7: 1-8.
75. Shaw, S. J. Huebner, C.Armin, J.Orzech, K. & Vivian, J.(2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management. *Journal of Immigrant and Minority Health*, XI, 6: 460-467.
76. Baker, D. W.Parker, R. M. Williams, M.V. & Clark, W.S.(1998). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine*, XIII, 12: 791–798.
77. Eichler, K.Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*, LIV, 5: 313-324.
78. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety And Quality. Consultation Paper. Sydney, 2013.
79. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional Health Literacy and Understanding of Medications at Discharge. *Mayo Clinic Proceedings*, 2008; 85: 554- 58.
80. Davis TC, Long SW, Jackson RH Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW et al. Rapid Estimate of Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *The Annals of Family Medicine* 1993;25:391–5.

81. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al: Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine* 2005; 3(6):514–22.
82. Mayer G, Villaire M, M. S. L. M. *Health Literacy in Primary Care: A Clinician's Guide* (Vol. 130). Springer Publishing Company 2007.
83. Pleasant A, Kuruvilla S. A Tale of Two Health Literacies: Public Health and Clinical Approaches to Health Literacy. *Health Promotion International*.2008; 23: 152-9.
84. Sayah, FA. Williams B. Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. *Health Education & Behavior*. 2012;20(10): 1–14.
85. Paasche -Orlow MK., Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy To Health Outcomes. *Am J. Health Behavior* 2007;31:19-26.
86. Ngoh, L.N. (2009). Health Literacy: A Barrier To Pharmacist–Patient Communication And Medication Adherence. *J Am Pharm Assoc*, 49, 132–149.
87. Mancusa MJ..Health Literacy:A Concept /Dimensional Analysis.*Nursing And Health Sciences* 2008;10:248-255.
88. Tokuda, Y. Doba, N. Butler, J.P. Paasche-Orlow, M.K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults, *Patient Education and Counseling*, 75: 411–417.
89. Rudd RE, Kirsch I and Yamamoto K. Literacy and Health in America. Policy Information Report. Policy Information Center. Educational Testing Service. Princeton-2004.
90. Wennberg DE, Marr AA, Lang L, O'Malley S, Bennett G A randomized trial of a telephone caremanagement strategy. *New England Journal Medicine*.2010;363:1245–55.
91. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2013; 10(1):72-8.
92. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy emerging evidence and applications in kidney disease care. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2013;20(4):311-9.
93. Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educator*. 2007 ;33(1):144–51.
94. Kobayashi L, Wardle J, von Wagner C. Limited Health Literacy is a Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine* 2014; 61: 100-5.

95. Shouu-Yih D, Tzu-I T, Yi-Wen T. Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. *British Medical Journal* 2013; 3:2928.
96. Scott vd. 2002: 398: SCOTT, T. L. Gazmararian, J. A. Williams, M. V. & Baker, D. W. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in A Managed Care Organization. *Medical Care*, XL, 5: 395-404.
97. Fortenberry, J. D. McFarlane, M. M. Hennessy, M. Bull, S. S. Grimley, D. M. St Lawrence, J. & VanDevanter, N. (2001). Relation of Health Literacy to Gonorrhoea Related Care. *Sexually Transmitted Infections*, LXXVII, 3: 206- 211.
98. Baker, D. W. Gazmararian, J. A. Williams, M. V. Scott, T. Parker, R. M. Green, D. & Peel, J. (2004). Health Literacy And Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, XIX, 3: 215-220.
99. Kalichman, S. C. Benotsch, E. Suarez, T. Catz, S. Miller, J. & Rompa, D. (2000). Health Literacy and Health-Related Knowledge Among Persons Living with HIV/AIDS. *American Journal of Preventive Medicine*, XVIII, 4: 325-331.
100. Kim, S. H. (2009). Health Literacy and Functional Health Status in Korean Older Adults. *Journal Of Clinical Nursing*, XVIII, 16: 2337-2343.
101. Mbaezue, N. Mayberry, R. Gazmararian, J. Quarshie, A. Ivonye, C. & Heisler, M. (2010). The Impact of Health Literacy on Self-Monitoring of Blood Glucose in Patients with Diabetes Receiving Care in An Inner-City Hospital. *Journal of the National Medical Association*, CII, 1: 5-9.
102. Davis, T. C. Wolf, M. S. Bass, P. F. Thompson, J. A. Tilson, H. H. Neuberger, M. & Parker, R. M. (2006a). Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. *Annals of Internal Medicine*, CXLV, 12: 887-894.
103. Davis, T. C. Wolf, M. S. Bass, P. F. Middlebrooks, M. Kennen, E. Baker, D. W. & Parker, R. M. (2006b). Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels. *Journal of General Internal Medicine*, XXI, 8: 847-851.
104. Baker, L. M. Wilson, F. L. Nordstrom, C. K. & Legwand, C. (2007a). Mothers' Knowledge and Information Needs Relating to Childhood Immunizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, XXX, 2: 39-53.
105. Schillinger, D. Grumbach, K. Piette, J. Wang, F. Osmond, D. Daher, C. & Bindman, A. B. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. *Jama*, CCLXXXVIII, 4: 475-482.

106. Wolf, M. S.Gazmararian, J. A. & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, CLXV, 17: 1946-1952.
107. Kaufman, H. Skipper, B. Small, L.Terry, T. & McGrew, M.(2001). Effect of Literacy on Breast-Feeding Outcomes. *Southern Medical Journal*, XCIV, 3: 293- 296.
108. Safeer, R. S. & Keenan, J.(2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, LXXII, 3: 463-468.
109. CHO, Y. I.Lee, S. Y. D. Arozullah, A. M. & Crittenden, K. S. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst the Elderly. *Social Science & Medicine*, LXVI, 8: 1809-1816.
110. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD et al. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit. AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.
111. Chang LC, 2010. Health literacy, self- reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs*, 20, 190-6.
112. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ, 2004. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med*, 36, 588-94.
113. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, Bradley KA, Nugent SM, Baines AD, VanRyn M, 2008. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. *J Gen Intern Med*, 23, 561-66.
114. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010;25(3):464-77.
115. Erci B. (2009). Sağlıkın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. İçinde: *Halk Sağlığı Hemşireliği Kitabı*. Ed: Erci B. Birinci Baskı. Göktuğ Yayınları, s. 192-201.
116. Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun Ş, Baysan O et al. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg* 2009;9(3):183-188.
117. Xiao M, Zhang F, Xiao N. Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul; 16(13): 2348.
118. Shi D, Li J. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study *Intern Emerg Med* (2017) 12:765–776 DOI 10.1007/s11739-017 1651-7.

119. Cotê I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Qual Life Res.* 2003;12(6):621-33. DOI:10.1023/A:1025180524614.
120. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (The PatenT Study) in 2003. *Journal of Hypertension* 2005;23(10):1817-23.
121. Lor M, Kroleck TA. Association Between Health Literacy and Medication Adherence among Hispanics With Hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2019 June ; 6(3): 517–524. doi:10.1007/s40615-018-00550 z.
122. Lulebo, A. M., Mutombo, P. B., Mapatano, M. A., et al. (2015). Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *BMC research notes*, 8(1), 526.
123. Saqlain M., Riaz A. Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina* 2019, 55, 163; doi:10.3390/medicina55050163.
124. Park NH, Song MS, Shin SY. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension, *international journal of older people nursing.* *Int J Older People Nurs.* 2018 Sep;13(3):e12196. doi: 10.1111/opn.12196. Epub 2018 Apr 17.
125. Eryonuncu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N ve ark. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 1999;6(4):11-14).
126. Yang F, Qian D, Hu D, Healthy A, Development Study Group NMU, Data Mining Group of Biomedical Big Data NMU. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the older population: results from the multiple national studies on ageing. *Journal of the American Society of Hypertension : JASH.* 2016;10(2):140-8.
127. Irazola VE, Gutierrez L, Bloomfield G, Carrillo-Larco RM, Dorairaj P, Gaziano T, et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Selected LMIC Communities: Results From the NHLBI/UHG Network of Centers of Excellence for Chronic Diseases. *Global heart.* 2016;11(1):47-59.
128. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park sağlık ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2006;59:144-150.

129. Al-Ruthia YS, Hong SH, Graff C, Kocak M. Examining the relationship between antihypertensive medication satisfaction and adherence in older patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 13 (2017) 602–613.
130. Tekinemre IG , Selçuk EB. Hipertansif hastalarda tedavi uyumu, tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi . İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018.
131. Kim, Y., & Kong, K. A. (2015). Do hypertensive individuals who are aware of their disease follow lifestyle recommendations better than those who are not aware?. *PloS one*, 10(8), e0136858.
132. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009;37(8):551-556.
133. Jankowska-Polanska, B., Uchmanowicz, I., Chudiak, A., et al. (2016). Psychometric properties of the Polish version of the eight-item Morisky Medication Adherence scale in hypertensive adults. *Patient preference and adherence*, 10, 1759.
134. Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hek Derg.* 2011;15(1): 7-12.
135. Mollaoğlu M, Solmaz G, Mollaoğlu M. Adherence to Therapy and Quality of Life in Hypertensive Patients. *Acta Clin Croat* 2015;54: 438-44.
136. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50(3): 172-9.
137. Turner BJ, Hollenbeak C, Weiner MG, Have TT et al. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2009;18:672-681.
138. Akgül C. Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Uyumun Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. 2008).
139. Morrell RW, Park DC, Kidder DP, Martin M. Adherence to antihypertensive medications across the life span. *Gerontologist* 1997; 37(5): 609-19.
140. Park, Y.H.; Kim, H.; Jang, S.N.; Koh, C.K. Predictors of adherence to medication in older Korean patients with hypertension. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2013, 12, 17–24.

141. Lo, S.H.S.; Chau, J.P.C.; Woo, J.; Thompson, D.R.; Choi, K.C. Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults with Hypertension. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2016, 31, 296–303.
142. Berry, S.D.; Quach, L.; Procter-Gray, E.; Kiel, D.P.; Li, W.; Samelson, E.J.; Lipsitz, L.A.; Kelsey, J.L. Poor adherence to medications may be associated with falls. *J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2010, 65, 553–558.
143. Cárdenas-Valladolid, J.; Martín-Madrazo, C.; Salinero-Fort, M.A.; de-Santa Pau, E.C.; Abánades-Herranz, J.C.; de Burgos-Lunar, C. Prevalence of Adherence to Treatment in Homebound Elderly People in Primary Health Care. *Drugs Aging* 2010, 27, 641–651.
144. Korb-Savoldelli, V., Gillaizeau, F., Pouchot, et al. (2012). Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(7), 429-434.
145. Shaya FT, Du D, Gbarayor CM, Frech-Tamas F, Lau H, Weir MR. Predictors of Compliance With Antihypertensive Therapy in a High-Risk Medicaid Population. *Journal of the National Medical Association* 2009;101(1): 34-9.
146. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st ed. Okyay P, Abacıgil F, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.
147. Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Derg.* 6(15):467–88.
148. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sak Tıp Derg.* 8(3):575–81.
149. Efteli EÜ, Güneş Ü. Basınç Yarısı Gelişiminde Perfüzyon Değerlerinin Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17(3): 14-44).
150. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464-77.
151. Mut H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. İzmir. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
152. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2016;(April):jech-2015-206910. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2015-206910>.

153. Mafutha NG, Mogotlane S, De Swardt HC. Development of a Hypertension Health Literacy Assessment Tool for use in primary healthcare clinics in South Africa, Gauteng. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2017;9(1), a1305. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1305>.
154. Jeong SH, Kim HK. Health Literacy and Barriers to Health Information Seeking: A Nationwide Survey in South Korea. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.015>. 117.
155. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the Assessment of Health Literacy Skills in Italy. *Health Policy* [Internet]. 2016 Aug 24 [cited 2016 Sep 11]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27593949>.
156. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health Literacy, Associated Lifestyle and Demographic Factors in Adult Population of an English City: a Cross-Sectional Survey. *Heal Expect* [Internet]. 2016;n/a-n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12440>.
157. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses Across Socio-Demographic Groups: a Cross-Sectional Survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):678. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/678>.
158. Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin Y-C, et al. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. *Asia-Pacific J Public Heal* [Internet]. 2015;27(8):871–80. Available from: <http://aph.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1010539515607962>.
159. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health Literacy of Dutch Adults: a Cross Sectional Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):179. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84874258144&partnerID=tZOtx3y1>.
160. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
161. Berens E-M, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC public health*. 2016;16(1):1151.
162. Temel AB, Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 33(3):105-25.

163. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*. 2014;72(1):15.
164. Caylan A, Yayla K, Oztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 2017;28(15).
165. Atay E, Göktaş S, Emiral GÖ, Dağtekin G, Zencirci SA, Aygar H, et al. The health literacy level and eating behaviours of the teachers working at the city center of Eskisehir Turkey. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017;6(1):27-34.
166. Lee, S.K.; Kang, B.-Y.; Kim, H.-G.; Son, Y.-J. Predictors of Medication Adherence in Elderly Patients with Chronic Diseases Using Support Vector Machine Models. *Healthc. Inform. Res*. 2013, 19, 33.
167. Altiparmak, S.; Altiparmak, O. Drug-using behaviors of the elderly living in nursing homes and community-dwellings in Manisa, Turkey. *Arch. Gerontol. Geriatr*. 2012, 54, 242–248.
168. Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E., et al. (2009). Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*, 12(1), 118-123.
169. Ramli, A., Ahmad, N. S., & Paraidathathu, T. (2012). Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient preference and adherence*, 6, 613.
170. Persell SD, Karmali KN, Lee JY. Associations Between Health Literacy and Medication Self-Management Among Community Health Center Patients with Uncontrolled Hypertension. *Patient Preference and Adherence* 2020;14 87–95.
171. Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, et al. Predictors of medication selfmanagement skill in a low-literacy population. *J Gen Intern Med*. 2006;21:852–856. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00536.x.
172. Persell SD, Osborn CY, Richard R, et al. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1523–1526. doi:10.1007/s11606-007-0334-x.
173. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, et al. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20:175–184. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x.

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Filiz HALICI
Doğum yeri ve tarihi :
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı
Medeni durumu : Evli
Askerlik durumu : -
İletişim adresi ve telefonu : Yeni batı mahallesi 1940. Cadde 2431. Sokak no:
4/17 Yenimahalle/Ankara
Yabancı dili : İngilizce

II. Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Aile Hekimliği Kliniği- Asistan (2016-Halen)
Hacettepe Üniversitesi- Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı- Asistan (2013-2016)
Hacettepe Üniversitesi-Tıp Fakültesi (2005-2012)

III. Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Doktor, Aile Hekimi Asistanı

IV. Mesleki Deneyimi:

Yozgat Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Komuta Kontrol Merkezi- Pratisyen Hekim (2012-2013)

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI. Bilimsel İlgi Alanları

15-49 Yaş Kadınlarda Aneminin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2018;38(3):230-5 doi: 10.5336/medsci.2018-60174

VII. Bilimsel Etkinlikleri Aldığı burslar Ödüller

VIII. Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri: İş
Yeri Hekimliği sertifikası, Kupa Sertifikası, Ozon Terapisi Sertifikası



EKLER

EK-1. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 06.07.2020
KARAR NO : 91/17

Hastanemiz Aile Hekimliğinde **Doç.Dr. Cenk AYPAK** sorumluluğunda yapılması planlanan **Dr. Filiz HALICI'** ya ait "**Hipertansif Bireylerin Sağlık Okur-Yazarlığı Düzeylerinin Farmakolojik ve Non-Farmakolojik Tedaviye Uyumu Üzerine Etkisi**" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser ŞAYLA
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. Dincer YETİŞ
Üye

Prof. Dr. Fatih YALCINKAYA
Üye

Doç. Dr. Huriye Hayat GÜVEN
Üye

Dr. Öğretim Üyesi Burcu KÜÇÜKBİÇER
Üye

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Üye

Doç. Dr. Jülide ERGİN
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

B.M.M. Burcu DEMİR
Üye

Hülya HALAL
Üye

EK-2. TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/06/2020-E.20503



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 86241737-020
Konu : Dr. Filiz HALICI' nın Tez Konusu
Onayı Hk.

ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29/06/2020 tarihli Dr. Filiz HALICI' nın Tez Konusu Onayı Hk. konulu ve 20240 sayılı
yazı,

Hastaneniz Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi Dr.Filiz HALICI'nın tez konusu onay
formu ilgi yazınız ile alınmış olup, söz konusu tez çalışması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etilik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Elektronik Ağ:http://sbu.edu.tr

Bilgi için: Erol TAŞ
Unvanı: Uzman V.
Tel No: 6156

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. ANKET FORMU

Bu anket hipertansif bireylerin sağlık okur-yazarlığı, farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviye uyumu, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve hipertansiyonla ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla, tez çalışmasında kullanılmak üzere SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Aile Hekimliği Kliniği'nde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Filiz Halıcı tarafından oluşturulmuştur. Tedaviye uyum ve sağlık okur-yazarlığı ilişkisinin her yönüyle değerlendirilebilmesi ve mevcut sorunlara çözüm önerileri oluşturulabilmesi adına tüm seçmeli ve açık uçlu soruların eksiksiz doldurulması çok önemlidir. Ayırdığınız vakit ve emeğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Dr. Filiz Halıcı

1.BÖLÜM: Hipertansif Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ,Tedaviye Uyumu , Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları ve Hipertansiyonla İlgili Bilgi Düzeyini Değerlendirme Anketi

Tarih:.....

Kilo:
Boy:
BMI:
Bel çevresi:
Kan basıncı:
Aşağıdakiler son 6 ayda bakılmış laboratuvar değerleri varsa doldurulacaktır.
Kan Kolesterol düzeyleri:
T. Kolesterol:..... Trigliserid:.....
LDL:..... HDL:.....
Kan Kreatinin/ürük asit düzeyi:
AKŞ:
ALT:

1. YAŞ/DOĞUM YILI:

2. CİNSİYET:

1. ☐ ERKEK 2. ☐ KADIN

3. MEDENİ DURUMUNUZ:

1. ☐ EVLİ 2. ☐ BEKAR

4. EĞİTİM DURUMU:

1. ☐ OKUR-YAZAR

2. ☐ İLKÖĞRETİM

3. ☐ ORTA ÖĞRETİM

4. ☐ ÖN LİSANS

5. ☐ LİSANS

6. ☐ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA

5. GELİR DURUMUNUZ:

1. ☐ Hayatımı sürdürmem için yetersiz
2. ☐ Hayatımı sürdürmem için yeterli
3. ☐ Hayatımı sürdürebilecek ve kişisel zevklerime ayıracak kadar yeterli
4. ☐ Çok iyi

6. SİGARA:

1. ☐ HİÇ İÇMEDİM
2. ☐ İÇİYORUM:.....paket/yıl
3. ☐ BIRAKTIM:.....yıl önce paket /yıl İÇTİM.

7. ALKOL:

1. ☐ HİÇ İÇMEM
2. ☐ ARA SIRA İÇİYORUM
3. ☐ HAFTADA EN AZ BİR KADEH İÇERİM

8. KAÇ AYDIR/YILDIR HİPERTANSİYON HASTASISINIZ?

..... yıl /ay

9. TANSİYON ALETİNİZ VAR MI?

1. ☐ EVET
2. ☐ HAYIR

10. TANSİYONUNUZU NE SIKLIKTA ÖLÇER/ÖLÇTÜRÜRSÜNÜZ?

Haftada.....gün / Gündekez

11. BAŞKA KRONİK HASTALIĞA SAHİP MİSİNİZ?:

1. ☐ VAR(BELİRTİNİZ):
2. ☐ YOK

12. HİPERTANSİYON TEDAVİSİ OLARAK:

1. ☐ SADECE İLAÇ TEDAVİSİ
2. ☐ İLAÇ DIŞI TEDAVİ (DİYET, EGZERSİZ)
3. ☐ İLAÇ TEDAVİSİ VE DİYET

13. KULLANDIĞINIZ İLAÇLAR NELERDİR? (BELİRTİNİZ):

.....

.....

.....

.....

.....

14. Sizce TANSİYONUNUZ KONTROL ALTINDA MI? :

1. ☐ EVET, HER ZAMAN
2. ☐ ARA SIRA YÜKSELİR
3. ☐ ÇOĞUNLUKLA YÜKSEK

15. HİPERTANSİYON İÇİN SİZE BİR DİYET VERİLDİ Mİ?

1. ☐ HAYIR
2. ☐ EVET, diyetime tam olarak uyuyorum

3. ☐EVET, diyetime kısmi olarak uyuyorum
4. ☐EVET, diyetime uymuyorum /uyamıyorum

16. GÜNDE 1 ÇAY KAŞIĞINDAN AZ SOFRA TUZU TÜKETİRİM.

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

17. YEMEKLERİME FAZLADAN TUZ EKLERİM.

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

18. PAKETLİ GIDALARIN TUZ İÇERİĞİ HAKKINDA BİLGİLERİ KONTROL ETMEK İÇİN ETİKETİNİ OKURUM.

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

19. YÜKSEK TUZ İHTİVA EDEN YİYECEK VE SOSLARI SINIRLI TÜKETİRİM. (TURŞU, KETÇAP VB)

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

20. DİYETLE ALDIĞIM TOTAL YAĞ MİKTARINI SINIRLI TUTARIM. (<65 GR)

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

21. GÜNDE EN AZ 5 PORSİYON SEBZE VE MEYVE TÜKETİRİM.

(1 porsiyon SEBZE = 8 yemek kaşığı lahana/ karnıbahar/ kabak/ ıspanak/ taze fasulye/ patlıcan/ türlü= 4 yemek kaşığı bezelye/ bakla/ kereviz/ pırasa= 1 küçük havuç)
(1 porsiyon MEYVE= 3 adet kayısı= 1 orta boy şeftali/ armut= 12 adet kiraz/ yeşil erik= 5 adet kırmızı erik=ince bir dilim karpuz/ kavun= 15 iri tane üzüm= 23 tane çekirdeksiz üzüm)

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

22. BESLENMEMDE GÜNDE EN AZ 1 KEZ LIFLI GIDALARA YER VERİRİM.

(Yulaf, mısır, mercimek, fasulye, nohut, armut, elma, kepekli ekmek...) yer veririm.

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

23. FAST FOOD (Burger, pizza, lahmacun, tost, döner) TARZI YEMEKLERİ ÖĞÜNLERİMDE TERCİH EDERİM.

1. ☐Her zaman 2. ☐Çoğu zaman 3. ☐Bazen 4. ☐Hiçbir zaman

24. GÜNDE 3 FİNCANDAN FAZLA KAHVE TÜKETİR MİSİNİZ?

1. ☐EVET 2. ☐HAYIR

25. DÜZENLİ FİZİKSEL EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ? (Tempolu yürüme, koşma, yüzme vb)

1. ☐HAYIR, HİÇ YAPMAM
2. ☐EVET, HER GÜN DK
3. ☐EVET, HAFTADAGÜN/.....DK
4. ☐EVET, AYDAGÜN/.....DK
5. ☐DİĞER(BELİRTİNİZ.....)

26. HASTALIĞIMLA İLGİLİ HERŞEYİ DOKTORUMA ÇEKİNMEDEN SORABİLİRİM.

1. ☐ Her zaman 2. ☐ Çoğu zaman 3. ☐ Bazen 4. ☐ Hiçbir zaman

27. YILDA KAÇ KEZ KONTROLLERİNİZE DÜZENLİ OLARAK GELİRSİNİZ?

..... KEZ/YIL

28. STRESİ AZALTABİLECEK ÇEŞİTLİ FAALİYETLERDE BULUNURUM. (DOĞRU TEKNİKLE DERİN NEFES ALMA, MEDİTASYON, YOGA VB)

1. ☐ Her zaman 2. ☐ Çoğu zaman 3. ☐ Bazen 4. ☐ Hiçbir zaman

29. STRES YARATABİLECEK TÜM OLAY VE KİŞİLERDEN UZAK DURMAYA ÇALIŞIRIM.

1. ☐ Her zaman 2. ☐ Çoğu zaman 3. ☐ Bazen 4. ☐ Hiçbir zaman

30. HİPERTANSİYONUN YILLAR İÇİNDE ORGANLARINIZDA OLUŞTURABİLECEĞİ OLASI HASARLAR HAKKINDA NE KADAR ENDİŞELENYORSUNUZ? (BİR PUAN SEÇİNİZ)

HİÇ				OLDUKÇA ÇOK	
1	2	3	4	5	

2.BÖLÜM: Türkçe Hill-Bone Yüksek Tansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Anket Soruları

Aşağıdaki sorulara 1-4 arası puan veriniz. (1.Her zaman 2.Çoğu zaman 3.Bazen 4.Hiçbir zaman)

1. Hipertansiyon ilacınızı ne sıklıkla almayı unutursunuz?
2. Hipertansiyon ilacınızı ne sıklıkla **ALMAMAYA** karar veriyorsunuz?
3. Ne sıklıkta tuzlu besinler tüketirsiniz?
4. Ne sıklıkta yemeğinizi yemeye başlamadan önce tuzlarsınız?
5. Ne sıklıkta fast food tüketirsiniz?
6. Ne sıklıkta doktor kontrolünüzden çıkmadan önce bir sonraki randevunuzu alırsınız?
7. Ne sıklıkta aldığınız randevuyu kaçırsınız?
8. Ne sıklıkta biten hipertansiyon ilaçlarınızı reçete ettirmeyi unutursunuz?
9. Ne sıklıkta elinizdeki hipertansiyon ilaçları tamamen biter?
10. Ne sıklıkta doktora gitmeden önceki hipertansiyon ilacı dozunuzu atlarsınız?
11. Ne sıklıkta kendinizi iyi hissettiğiniz için hipertansiyon ilacınızı almamayı tercih edersiniz?
12. Ne sıklıkta kendinizi hasta hissettiğiniz için hipertansiyon ilacınızı almamayı tercih edersiniz?
13. Ne sıklıkta bir başkasının hipertansiyon ilacını alırsınız?
14. Ne sıklıkta dikkatsizlik sebebiyle hipertansiyon ilacınızı almayı unutursunuz?

3.BÖLÜM: AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI (ASOY-TR)

**AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI
(ASOY-TR)**

Açıklama: Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun sizin için zorluk derecesini işaretleyiniz.

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok Zor	2. Zor	3. Kolay	4. Çok Kolay	5. Bilmiyorum
1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak					
2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak					
3. Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak					
4. Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak					
5. Doktorunuzun size ne dediğini anlamak					
6. İlaçınızın prospektüsünü anlamak					
7. Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak					
8. Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak					
9. Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek					
10. Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
11. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
12. Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek					
13. Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak					
14. İlaç tedavisinde talimatları takip etmek					
15. Acil bir durumda ambulans çağırmak					
16. Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek					
17. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
18. Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak					
19. Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak					
20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak					
21. Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak					
22. Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
23. Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
24. Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek					
25. Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek					
26. Hangi aşıları ihtiyacınız olduğuna karar vermek					
27. Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek					
28. Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek					
29. Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek					
30. Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
31. Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
32. Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak					
33. Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak					
34. Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak					
35. Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak					
36. İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak					
37. Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
38. Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak					
39. Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak					
40. Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınıza ilgili bilgiyi anlamak					
41. Yaşantınızın sağlığınızı ve yıllık halinizi nasıl etkilediğine karar vermek					
42. Konut koşullarının sağlığını kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek					
43. Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek					
44. Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak					
45. İsteddiğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak					
46. Sağlığınızı ve yıllık halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek					
47. Sosyal çevrenizde sağlık ve yıllık halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak					