

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Tezi Hazırlayan
Sebiha İlknur TAD

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Kasım 2021
NEVŞEHİR

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Tezi Hazırlayan
Sebiha İlknur TAD

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN
Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Kasım 2021
NEVŞEHİR

KABUL ONAY SAYFASI



TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilgilerin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Sebiha İlknur TAD



TEŞEKKÜR

Çalışmamda bana yol gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bilgi ve tecrübelerini deneyimlediğim değerli ikinci tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK 'e

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgileriyle ışık tutan, yüreklendirici sözleriyle bana akademik yolda yürüme şekli kazandıran Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi hemşirelik bölümündeki tüm hocalarıma sonsuz teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni destekleyen, beni bugünlere getiren başta rahmetli dedem Hasan Hüseyin TAD'a, tüm eğitim hayatımda sevgi ve desteklerinin yanında sabırla ve büyük özveri ile daima yanımda olan annem Gülnaz TAD'a, babam Sahir TAD'a, biricik kız kardeşim en büyük desteğim Sonnur AY'a ve birbirinden kıymetli kardeşlerime,

Araştırmamın veri toplama ve yazım aşamalarında yardım ve desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan değerli arkadaşım Sibel TOP'a, Hayatımın her anında bana destek olan en iyi arkadaşım, yol arkadaşım, eşim Saadettin ŞAHİN'e Teşekkürlerimi sunmaktan gurur ve mutluluk duyarım.

HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

SEBİHA İLKNUR TAD

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kasım 2021

ÖZET

Araştırma, hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniklerinde Kasım 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uyan 345 hipertansiyon tanısı olan bireyle yürütülmüştür. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı, kurum izni ve katılımcılardan bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Çalışmada veriler hasta tanıtım formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, İlaç Tedavisine Bağlılık /Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Student t Testi, Mann Whitney U testi, One-way Anova Testi, Kruskal Wallis testi, Pearson korelasyon analizi ve doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması 79.62 ± 24.43 olup, ölçeğin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 15.21 ± 6.01 , 21.54 ± 8.08 , 25.69 ± 8.70 , 17.17 ± 5.08 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması 38.60 ± 10.64 olarak belirlenmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları fiziksel fonksiyon 57.33 ± 26.47 , fiziksel rol gücü 41.96 ± 45.93 , ağrı 55.90 ± 29.45 , genel sağlık algısı 53.59 ± 21.83 , vitalite 47.29 ± 23.13 , sosyal fonksiyon 75.76 ± 28.40 , emosyonel rol gücü 30.53 ± 42.78 , mental sağlık 54.26 ± 21.14 , fiziksel özet skoru 52.20 ± 24.31 , mental özet skoru 51.96 ± 20.65 olarak saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puanı ile İBÖS-KF arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin toplam puanı ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışma sonucunda hastaların sağlık

okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırmaya y6nelik girişimler planlaması 6nerilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Hipertansiyon, Sağlık okuryazarlığı, İlaç tedavisine Uyum, Yaşam kalitesi

Tez Danışmanı : **Dr. 6đr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN; Dr. 6đr. Üyesi Raşsan KOLUTEK**

Sayfa Adedi : **93**



**THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON MEDICATION ADHERENCE
AND QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSION PATIENTS**

(Master Thesis)

SEBIHA ILKNUR TAD

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY OF SCIENCES INSTITUTE

November 2021

SUMMARY

There search was conducted as a descriptive study to determine the effect of health literacy on adherence to drug therapy and quality of life in hypertension patients. The study was conducted in Kırşehir Ahi Evran University Training and Research Hospital Cardiology out patient clinics between November 2018 and April 2019 with 345 individuals with a diagnosis of hypertension who met the study criteria. Ethics committee approval, institutional permission and informed consent were obtained from the participants in order to conduct the study. In the study, data were collected using the patient identification form, the Health Literacy Scale, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form (MASES-SF) and the SF-36 Quality of Life Scale. Student t test, Mann Whitney U test, One-way Anova test, Kruskal Wallis test, Pearson correlation analysis and linear regression analysis were used for statistical evaluation of the data. The total mean score of the individuals' health literacy scale was 79.62 ± 24.43 , and the mean scores of the sub-dimensions of accessing information, understanding information, valuing/evaluating and applying/using the scale were determined as 15.21 ± 6.01 , 21.54 ± 8.08 , 25.69 ± 8.70 , 17.17 ± 5.08 , respectively. MASES-SF mean score was determined as 38.60 ± 10.64 . SF-36 quality of life scale sub-dimension mean scores were determined as 57.33 ± 26.47 in physical function, 41.96 ± 45.93 in physical role difficulty, 55.90 ± 29.45 in pain, 53.59 ± 21.83 in general health perception, 47.29 ± 23.13 in vitality, 75.76 ± 28.40 in social function, 30.53 ± 42.78 in emotional role difficulty, 54.26 ± 21.14 in mental health, 52.20 ± 24.31 in physical summary score, 51.96 ± 20.65 in mental summary score. It was determined that there was a positive, weak, statistically significant relationship between all sub-dimensions and total score of the health literacy scale and MASES-SF ($p < 0.05$). It was determined that there was a positive, weak, statistically significant relationship between the total score of the health literacy scale and all sub-dimensions of the SF-36 quality of life scale ($p < 0.05$).

As a result of the study, it was determined that the health literacy of the patients affected the adherence to drug treatment and quality of life. It is recommended to plan initiatives to increase the health literacy of individuals.

Keywords: Hypertension, Healthliteracy, Medicationadherence, Quality of life

Thesis Advisor : **Assist. Prof. Rabiye ÇIRPAN; Assist. Prof. Raşan KOLUTEK**

Number of page: 93



İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER	xii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1.Problem Tanımı ve Amacı	1
BÖLÜM 2	3
GENEL BİLGİLER	3
2.1. HİPERTANSİYON.....	3
2.1.1.Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyon epidemiyolojisi	3
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması ve Etyolojisi.....	4
2.4. Hipertansiyonun Fiziopatolojisi	5
2.5. Hipertansiyonda Risk Faktörleri	6
2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları	6
2.7. Hipertansiyonun Tedavisi	7
2.7.1. Yaşam tarzı değişiklikleri	7
2.7.2.İlaç tedavisi	7
2.8.Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler.....	8
2.9. Sağlık Okuryazarlığı	9

2.10. Sağlık Okuryazarlığı Türleri	10
2.10.1. Sağlık okuryazarlığının alt düzeyleri	11
2.10.2. Hipertansiyon ve sağlık okuryazarlığı	12
2.11. Yaşam Kalitesi	12
2.11.1. Yaşam kalitesinin boyutları	12
2.11.2. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi.....	13
2.12. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	14
BÖLÜM 3	15
GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.3.1. Araştırmanın evreni.....	15
3.3.2. Araştırmanın örnekleme	15
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	16
3.5. Verilerin Toplanması	16
3.5.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması	16
3.5.2. Ön uygulama	18
3.5.3. Veri toplama araçlarının uygulanması	18
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	19
BÖLÜM 4	20
BULGULAR.....	20
BÖLÜM 5	46
TARTIŞMA VE SONUÇ	46
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52

KAYNAKLAR	54
EKLER.....	66
ÖZGEÇMİŞ	79



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2. 1. ESC/ESH Kan Basıncı Sınıflandırması	4
Tablo 2. 2. ACC/AHA Kan Basıncı Sınıflandırması	5
Tablo 4. 1 Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:345).....	20
Tablo 4. 2. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N:345)	22
Tablo 4. 3 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, İlaç tedavisine Bağlılık/Uyum Öz- Etkililik Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı	23
Tablo 4. 4 Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Puanlarının Dağılımı... 25	
Tablo 4. 5 Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Puanlarının Dağılımı... 30	
Tablo 4. 6 Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 4. 7 Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	37
Tablo 4. 8 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puanları ile İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki	41
Tablo 4. 9 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Toplam Puanın İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Üzerine Etkisi.....	42
Tablo 4. 10 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanın Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarına Üzerine Etkisi.....	43

KISALTMALAR ve SİMGELER

WHO/DSÖ: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

ACE :Anjiyotensin Konverting Enzim

RAS : Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DKB :Diyastolik Kan Basıncı

SKB :Sistolik Kan Basıncı

KB : Kan Basıncı

Ca⁺ : Kalsiyum

Cm : Santimetre

mmHg : Milimetre cıva

ESH: European Society of Hypertension - Avrupa Hipertansiyon Derneği

ESC: European Society of Cardiology- Avrupa Kardiyoloji Derneği

HT : Hipertansiyon

n :Birim Sayısı

Patent :Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences -Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket

TÜİK :Türkiye İstatistik Kurumu

TEKHARF : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

SF-36: Short Form-36 (Kısa Form-36)

İBÖS-KF :İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu

TURDEP-II Çalışması: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı ve Amacı

Hipertansiyon yaygın görülen, kardiyovasküler olaylar için önde gelen risk faktörü olan kronik bir hastalıktır [1,2]. Dünya genelinde yetişkin nüfusta hipertansif birey sayısı 2000 yılında yaklaşık 972 milyon iken,2010 yılında 1.39 milyara çıkmış olup,[3] bu sayının 2025 yılında 1.56 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir [4]. Hipertansiyon prevalansının yetişkin bireylerde %30-45 aralığında olduğu, yaş artıkça görülme sıklığının arttığı ve 60 yaş üzerindeki bireylerde prevalansının %60'ın üzerinde olduğu bildirilmiştir[5]. Türkiye'de 2012 yılında yapılmış olan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent2) sonuçlarına göre 18 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı%30.3 olarak saptanmıştır [6] . Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2009-2014 verilerine göre 39 yaş üzerinde, antihipertansif ilaç kullanan ya da kan basıncı 140 ve/veya 90 mmHg üzerinde olanların prevalansı erkeklerde %53.4, kadınlarda %63.5 olarak belirlenmiştir [7].

Hipertansiyon erken tanılanıp uygun şekilde tedavi edilmediğinde kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, inme, miyokart infarktüsü gibi pek çok soruna ve ölüm oranlarında artışa neden olmaktadır [2,5]. Hipertansiyon tedavisinde amaç kan basıncını kontrol altına alarak, kardiyovasküler ve renal morbidite ve mortalitenin düşürülmesidir [1,2] .Bu amaçla farmakolojik ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren tedavi yaklaşımı uygulanmaktadır [1,2].

Hipertansiyon hastalarında kan basıncını kontrol altında tutmak oldukça önemli olmasına rağmen kan basıncı kontrolü istenilen düzeylerde değildir [5, 8-10]. Dünya Sağlık Örgütü yaklaşık olarak her 5 hastadan sadece birinde (%21) hipertansiyonun kontrol altında olduğunu bildirmiştir [11]. Ülkemizde yapılan Patent2 çalışması sonuçlarına göre hipertansiyon hastalarının %47.5'inin antihipertansif ilaç kullandığı, ilaç kullananların %53.9'unun, tüm hipertansiyon hastalarının ise sadece % 28.7'sinin kan basıncının kontrol altında olduğu saptanmıştır [6]. TEK HARF 2009-14 çalışmasında ülkemizde her 10 hipertansiyon hastasından 7'sinin ilaç kullandığı ve ilaç kullananların %48'inde kan basıncının tam kontrol altına bildirilmiştir [7]. Kan basıncının kontrol altına alınamamasında rol oynayan önemli bir neden hastanın ilaç

tedavisine uyumsuzluğudur [9,12-14]. Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyma oranları tedavi başladıktan sonra azalmakta ve hastaların yaklaşık yarısı ilaç tedavisi başladıktan 1 yıl sonra ilaç alımını durdurmaktadır [8,12]. İlaç tedavisine uyumsuzluk kan basıncı kontrolünün yetersiz olmasına, hipertansiyonla ilişkili komplikasyonların, tedavi maliyetinin ve mortalitenin artmasına [5,8,15] ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır [16-18].

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin sağlık durumunun subjektif değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal iyilik halini yansıtan bir kavramdır [19-21]. Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaçların yan etkileri, gelişen komplikasyonlar, eşlik eden kronik hastalıklar gibi birçok etken yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir [21-24]. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir [17,19,25]. Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesini etkilenen önemli faktörlerden biri sağlık okuryazarlığıdır [18,26,27]. Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama ve edindiği bu bilgiler doğrultusunda uygun sağlık kararlarını verebilme becerisidir [28,29]. Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir etken olup, hastalığın kontrolü ve tedavi uyumundaki artışla ilişkidir [28,30]. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarında yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının kan basıncı kontrolüne katkıda bulunan bir faktör olduğu belirlenmiştir [31]. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili verilen bilgileri anlamada sıkıntı yaşadıkları, ilaç kullanım hatalarının arttığı, tedavi uyumlarının ve yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir [18,26,27,32]. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz sağlık sonuçlarına, sağlıksız davranışlara, artan acil servis kullanımı, hastaneye yatış oranları ve sağlık harcamalarına neden olduğu bildirilmiştir [30,32,33]. Hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığının ve ilaç tedavisine uyumlarının artırılmasında hemşireler eğitim ve danışmanlık yaparak önemli rol oynar [34,35]. Bu bağlamda hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesinin hipertansiyon yönetiminde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre uygun girişimlerin planlanmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON

2.1.1.Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, günümüzde özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek artan, kan basıncının sürekli yüksek seyrettiği ve tedavi edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlar meydana getiren önemli bir sağlık sorunudur [2].Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2018 yılı kılavuzuna göre hipertansiyon; sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg” olarak tanımlanmaktadır[5].

2.2. Hipertansiyon epidemiyolojisi

Hipertansiyon yaygın görülen küresel bir halk sağlık sorunudur [1].Hipertansiyon prevalansının yetişkin bireylerde %30-45 aralığında olduğu, yaş artıka görülme sıklığının arttığı ve 60 yaş üzerindeki bireylerde prevalansının %60’ın üzerinde olduğu bildirilmiştir [5]. 2000 yılında yetişkin nüfusta hipertansif birey sayısı dünya genelinde yaklaşık 972 milyon iken [3],bu sayının 2025 yılında 1.56 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir [4].Ülkemizde hipertansiyon prevalansı2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans (PatentT) çalışmasında %31,8, 2012 yılında yapılan PatentT2 çalışmasında ise %30,3 olarak saptanmıştır [6].Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 1990 yılı verilerine göre Türkiye’de hipertansiyon prevalansı %33.7, 2009-2014 verilerine göre 39 yaş üzerinde, antihipertansif ilaç kullanan ya da kan basıncı 140 ve/veya 90 mmHg üzerinde olanların prevalansı erkeklerde %53.4, kadınlarda %63.5 belirlenmiştir [7].Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı %31.4 olarak saptanmıştır[2].

Hipertansiyon kardiyovasküler mortalite için önde gelen bir risk faktörü olup, kalp hastalıkları nedeniyle meydana gelen ölümlerin %45’inden, inme nedeniyle meydana gelen ölümlerin %51’inden hipertansiyonun sorumlu olduğu belirtilmektedir[1].Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre dolaşım sistemi hastalıklarının %36.8 ile ilk sırada yer aldığı,

dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle meydana gelen 6l6mlerin %7.9'unun nedeninin hipertansiyon olduğu bildirilmiştir [36].

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması ve Etyolojisi

Hipertansiyon için g6n6m6ze kadar birçok sınıflama yapılmıştır. Tanı ve tedavi de kolaylık sağlaması bakımından sınıflama 6nemlidir. Hipertansiyonun tanı ve tedavisini belirleyebilmek amacıyla ilgili meslek kuruluşları tarafından hazırlanan ve s6rekli g6ncellenen kılavuzlarda yetişkinler için kan basıncı sınıflaması yapılmaktadır [1,2,37].

Kan Basıncı Değerlerine G6re Sınıflandırma

Hipertansiyon tanısı ve sınıflaması sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine g6re yapılmaktadır [2,37].

ESC/ESH tarafından 2018 yılında yayınlanan kılavuzda klinik kan basıncı d6zeyine g6re yapılan sınıflandırma Tablo 2.2.1 verilmiştir[5].

Tablo 2. 1. ESC/ESH Kan Basıncı Sınıflandırması

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Optimal	<120	ve	< 80
Normal	120- 129	ve/veya	80-84
Y6ksek-Normal	130- 139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140- 159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160- 179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik HT	≥140	ve	<90

Amerikan Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) tarafından 2017 yılında yapılan sınıflandırma Tablo 2.2.2 de yer almaktadır [38].

Tablo 2. 2. ACC/AHA Kan Basıncı Sınıflandırması

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Yükselmiş	120- 129	ve	<80
Evre 1 HT	130- 139	ya da	80-89
Evre 2 HT	≥140	ya da	≥ 90

Etiyolojiye Göre Sınıflandırılması

Etiyolojisine göre hipertansiyon primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır [39].

Primer-Esansiyel Hipertansiyon: Esansiyel ya da idiopatik hipertansiyon olarak da adlandırılan primer hipertansiyon, tüm hipertansiyon olgularının %90-95'ini oluşturan en yaygın hipertansiyon türüdür [39]. Belirlenebilen bir neden olmaksızın kan basıncının yüksek seyretmesidir. Primer hipertansiyonun nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte oluşumunda genetik ve çevresel faktör birlikte rol oynar. Primer hipertansiyon için başlıca risk faktörleri genetik yatkınlık, obezite, insülin direnci, aşırı tuz kullanımı, alkol kullanımı, stres, fiziksel inaktivite olarak sayılabilir [2,40].

Sekonder Hipertansiyon: Nedeni belirlenebilen hipertansiyon olguları sekonder hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır [41]. Sekonder hipertansiyona neden olan birçok faktör vardır. Renal arter stenozu, kronik böbrek hastalığı, obstrüktif uyku apne sendromu, primerhiperaldosteronizm, cushing hastalığı, feokromositoma, hiperparatiroidi, aort koarktasyonu, hipertiroidi ve hipotiroidisekonder hipertansiyon nedenleri olarak sayılabilir [2,42].

2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Kan basıncı (KB);kardiyakdebi (KD) ve periferikvasküler direnç (PVD) tarafından oluşturulur ve $KB=KD \times PVD= \text{Kalp Hızı (KH) Stroke Volüm (SV) x Vazokonstrüksiyon}$ şeklinde formüle edilir. Bu formülü bozan herhangi bir etken kan basıncında yükselmeye neden olur. Kan basıncının artmasına; intravasküler volüm artışı ve artmış sempatik aktivitenin kalp debisini arttırması neden olurken, kan basıncını kontrol altına almak için barorefleks mekanizma tarafından periferikvasküler direnç azaltılmaya çalışılır. [40,44].

Kan basıncı birçok faktörden etkilenmesi nedeniyle bir kan basıncı regülasyon bozukluğu olan hipertansiyonu tek bir patofizyolojik mekanizma ile açıklanmak mümkün değildir[43].Kalp debisi ve periferikarteriyel direnç kan basıncını belirleyen hemodinamik parametreler olup, bu parametreleri etkileyen birden fazlanedenin bir araya gelmesi kan basıncında yükselmeye yol açar. Artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi, renin salınımının artması nedeniyle artan anjiotensin II ve aldesteron üretimi, sodyum tutulumunu arttıran hormonların aşırı üretimi, prostasiklin, nitrik oksit, natriüretikpeptitler gibi vazodilatör maddelerin yetersiz üretimi, endotelin ve tromboksan gibi vazokonstriktörlerin aşırı üretimi, uzun süre ve yüksek miktarda sodyum, yetersiz potasyum ve kalsiyum alımı, damar tonüsünü arttıran kallikrein-kinin sisteminin aktive olması, artmış damar direnci, obezite, insülin direnci, diyabet hipertansiyon oluşumunda rol oynayan bazı patofizyolojik faktörlerdir[2,45].

2.5. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Hipertansiyon gelişimi için değiştirilebilen ve değiştirilemeyen çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Değiştirilemeyen risk faktörleri aile öyküsü, ırk (siyah ırkta görülme sıklığı daha fazla), yaş, cinsiyet olarak sayılabilir. Hipertansiyon riski yaşla birlikte artmakta olup, 65 yaş üzerindeki bireylerin yarısından fazlasında hipertansiyon önemli bir sağlık sorunudur [38,46-48].

TEKHARF 2009-14 sonuçlarında 50-59 yaş grubunda yarı yarıya hipertansiyon bulunur iken, 60 yaş ve üzerindeki her 4 kişiden üçünde hipertansiyon bulunduğu bildirilmiştir[7].Sedanteryaşam, aşırı kilo veya obezite, sigara kullanımı, sodyumdan yüksek, potasyumdan düşük diyet, aşırı alkol tüketimi, stres, dislipidemi, diyabetesmellitus, renal hastalıklar, uyku apnesi hipertansiyon gelişimi için sayılabilecek risk faktörlerindedir[11,38,46,48].

2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon erken tanı ve uygun tedavi ile kontrol altına alınabilen ancak geç kalındığında beyin, kalp, böbrek, göz gibi hayati organları etkileyerek ölümcül seyreden birçok komplikasyona yol açan ciddi bir hastalıktır [48].Hipertansiyon kontrol altına alınmadığında damar hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, sol ventrikülhipertrofisi, miyokardinfarktüsü, inme, geçici iskemik atak, retinopati, kronik böbrek yetmezliği gibi sorunlara neden olmaktadır[49,50].

2.7. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinde temel amaç kan basıncının düşürülerek, kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır. Hipertansiyon tedavisi yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisini içerir. Tedavi planlaması hastaların mevcut riskleri ve hedef kan basıncı düzeyi göz önünde bulundurularak yapılır. Kan basıncında hedeflenen düşüğe ulaşabilmek yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi birlikte uygulanmalıdır. Hastaların çoğunda özellikle 50 yaş üzerindeki bireylerde sistolik kan basıncı hedefe ulaştığında, diyastolik kan basıncında da hedef sağlanmış olur, bu nedenle primer olarak sistolik kan basıncı üzerine odaklanmalıdır. Sistolik ve diyastolik kan basıncının hedef değere ulaşılması durumunda kardiyovasküler komplikasyonların gelişme riski de azalacaktır[51-54].

2.7.1. Yaşam tarzı değişiklikleri

Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyondan korunmada ve tedavisinde vazgeçilmez bir unsurdur. Yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlandığında kan basıncında düşme, antihipertansif ilaçların etkinliğinde artma, kullanılan ilaç sayısı ve dozunda azalma ve kardiyovasküler risklerde azalma sağlanır. Bireyin kan basıncı artmışsa (sistolik 120–139 mmHg, diyastolik 80–89 mmHg) yaşam tarzı değişikliklerinin önemi bireye ısrarla vurgulanmalıdır. Birey hipertansiyon hastası ise yaşam tarzı değişikliklerini mutlaka uygulamalıdır[5,51-56]. Önerilen yaşam tarzı değişiklikleri; tuz alımının kısıtlanması (günlük 5-6 gr (günlük 1 çay kaşığı)), fiziksel aktivitenin artırılması (haftada 5-7 gün en az 30 dakikalık orta düzeyde dinamik egzersiz), kilolu ve obez hastalarda kilo verilmesi ve kaybedilen kilonun korunması (kontrendike olmadığı sürece BKİ'nin 25 kg/m² ye düşürülmesi), stres yönetimi, sağlıklı beslenme, sodyum ve yağdan kısıtlı, meyve ve sebzeden zengin diyet, sigara ve aşırı alkol kullanımının bırakılmasını içermektedir[5,38,53-57].

2.7.2. İlaç tedavisi

Hipertansif bireylerde antihipertansif ilaç tedavisine başlarken bireyin kan basıncı değeri, risk faktörleri ve eşlik eden hastalıkları göz önüne alınmalıdır. Hipertansiyon tedavisinde diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri (KKB), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve beta blokerler olmak üzere başlıca 5 grup ilaç kullanılmaktadır. Tedavide tek ilaç veya kombinasyon tedavisi uygulanabilmektedir [53,54].

2.8.Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

Uyum; hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuma derecesi olarak tanımlanmaktadır [58].

Hipertansiyon hastalarında kan basıncı kontrolünün sağlanmasında tedavi uyumu son derece önemlidir. Ancak ilaç tedavisine uyum hipertansiyon hastalarında önemli bir sorun olup, kan basıncı kontrolünün istenilen düzeyde sağlanamamasının başlıca nedenidir [58-61].Hipertansiyon hastalarının yaklaşık yarısının ilaç tedavisinin başladığı ilk yılda ilaç alımı bıraktığı, kontrollerine düzenli gitmediği, reçete edilen ilaçlarını almadığı, %10'nun gün içerisinde ilacını almayı unuttuğu belirtilmektedir [14,54]. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumsuzluk kan basıncı kontrolünün sağlanmasında yetersizliğe ve hipertansiyonla ilişkili komplikasyonların insidansının artmasına yol açar. Ayrıca ilaç tedavisine uyumsuzluk artmış sağlık bakım maliyetleri, hastaneye yatış ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir.

Tedavi uyumunda hastayla, tedaviyle, sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarıyla ilişkili bir birçok faktör rol oynar [15,59,60,62,63].

Hastayla ilişkili faktörler: Bireyin yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik durumu, aile desteği gibi sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi ve inançları, hastalığın erken döneminde semptom olmaması ve bu nedenle gereksiz ilaç kullandığını düşünmesi, ilacın faydasına inanmaması, ilaç bağımlılığı gelişebileceği korkusu, ilaç yan etkileri, hastalık algısı, unutkanlık, bilişsel bozukluk, psikiyatrik hastalık varlığı, yetersiz sağlık bilgisi, ilaç kullanımı gerektiren başka kronik hastalıklarının bulunması gibi faktörler hastaya ilişkin faktörler arasında yer almaktadır.

Tedaviyle ilişkili faktörler: Tedavinin uzun süreli olması, karmaşıklığı ve maliyeti, kullanılan ilaç sayısı ve dozu, ilaç yan etkileri, çok sayıda davranış değiştirme ve kontrollere gelmenin zorlukları gibi faktörler ilaç uyumunda rol oynayan tedavi ile ilgili faktörlerdir.

Sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarıyla ilişkili faktörler: Sağlık çalışanları ve hasta arasındaki iletişim kusurları, doğru ilacın veya uygun tedavi dozunun başlanması, hastalık, reçete edilen ilaçlar ve hastanın uyması gereken yaşam tarzı değişiklikleriyle

ilgili yeterli bilgi verilmemesi, hasta takibinin eksikliği gibi faktörler sağlık sistemi ve sağlık çalışanları ile ilgili faktör olarak sıralanabilir [15,59,60,62,63].

Tedaviye uyumsuzluk hastanın reçete edilen ilaçlarını kullanmaması veya önerildiği şekilde kullanmaması, takiplerine devam etmemesi, reçetesinde bulunmayan ilaçları kullanması ve buna benzer diğer davranışlarda bulunması şeklinde birçok boyutta olabilir [64].İlaç uyumsuzluğu hastaların kendini kötü hissettiğinde ilaç kullanması, ilaçlarını almayı unutması veya ilaçlarını bilinçli olarak almaması şeklinde olabilir [65].

Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Tümer ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların hipertansiyon tedavisine uyumunun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir [66]. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumların düşük olduğu ve hastaların yaşı, kullandığı ilaç sayısı ve hastalık yılı ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır [67].Yapılan başka bir çalışmada gençlerin yaşlılara göre tedaviye daha uyumsuz oldukları belirlenmiştir [68].

Cingil ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %28.9'unun ilaçlarını düzenli kullanmadığı, kadınların erkeklere göre ilaçlarını daha düzensiz kullandığı, ilaçları düzenli kullanma durumunun, ilacın dozu, saati ve ilaçla ilgili bilgilendirilmeyle anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır [68].

Yapılan bir çalışmada lise ve üzeri eğitim durumu olan hastaların ilköğretim ve altı eğitim durumuna sahip olanlara göre hipertansiyon tedavisine uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur [69].

Mert ve arkadaşlarının çalışmasında ilaç tedavisine uyum ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hipertansiyon süresi, eşlik eden kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir [9].

2.9. Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlığını koruyup geliştirebilmesi için sağlıkla ilgili yeterli bilgi düzeyine, farkındalığa ve doğru tutum ve davranış geliştirme becerisine sahip olması gerekir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kavramı önem kazanmaktadır [70].DSÖ sağlık okuryazarlığı kavramını "Bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli

bilişsel ve sosyal beceriler” şeklinde tanımlamıştır[71].Sağlık okuryazarlığı sağlığı koruma, eğitim ve iletişim etkinliklerinde pek çok sonucu etkileyen oldukça geniş bir kavramdır[72].Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda yalnızca bilişsel becerileri değil, sosyal durumları da içerir [73]. Sağlık okuryazarlığı sadece temel okuma ve yazma yeteneği olmayıp karmaşık okumaları, dinleyerek anlayabilmeyi, analiz ve karar verebilme becerileri ve yapma bu becerileri sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içerir [72,73]. Sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan bireylerin kronik hastalık yönetimlerinin düştüğü, hastalıklarını ifade etmede sorunlar yaşadıkları, tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlama düzeylerinin yetersiz olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranlarının azaldığı, gereksiz acil servis başvurularının, hastaneye yatış oranlarının ve gereksiz hastane masraflarının arttığı bilinmektedir. Tüm bunlarda işgücü kayıplarına ve artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır [30,33,74].

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına etkili biçimde ulaşip kullanma kapasitesini iyileştirdiği için yetkilendirme açısından da önem taşır. Birey okuryazarlık durumunun düşük olması durumunda sosyal ve kültürel açıdan gelişemez ve sağlığı bu durumdan olumsuz etkilenir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam süresini ve kalitesini artırır, sağlık hizmeti alanların bakımla ilgili karar mekanizmalarına katılımını sağlar. Sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyonellerinin iletişim ve klinik beceriler kazanması açısından da önem taşır [75].

2.10. Sağlık Okuryazarlığı Türleri

Sağlık okur-yazarlığı bireylerin yaşamları boyunca sağlığı için ihtiyaç duyduğu bilgilere ulaşabilme ve etkin kullanımı için anlama ve mesajları doğru olarak yorumlama yeteneklerinin bir bütün haline sağlık okuryazarlığı denilmektedir [76].

Sağlık okuryazarlığı kavramının çok boyutlu bir kavram olduğunu söyleyen Nutbeam sağlık okuryazarlığını fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır olmak üzere 3 basamağa ayırmıştır [77].

İşlevsel (Fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı: Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili materyalleri (reçeteler, prospektüsler ve bakım için gerekli bilgiler) okuyup, yerine getirmelerine imkân veren temel okuma ve yazma becerileridir [78].

Etkileşimli (interaktif) sağlık okuryazarlığı :Sağlık aktivitelerine katılabilmek, sağlık bilgilerinin yer aldığı farklı iletişim yöntemlerini kullanabilmek, değişen koşullarda sağlık bilgilerini kullanabilmek için gerekli olan gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir [78].

Eleştirel sağlık okuryazarlığı:Sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel olarak değerlendirebilmek, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmek, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmek için gerekli olan ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri ifade etmektedir [78].

2.10.1. Sağlık okuryazarlığının alt düzeyleri

Sağlık okur-yazarlığı soyut bir kavram olsa da bu konuda ölçme ve değerlendirme yapılabilmektedir. Avrupa Birliği'ne üye 8 ülkeyi (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) kapsayan bir çalışmada ülkeler sağlık okuryazarlığı puanının göre yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olarak 4 gruba ayrılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda araştırmanın yapıldığı ülkeler arasında %2 ile %27 arasında değişen oranlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı saptanmıştır [79]. Hollanda'da katılımcıların %29'unun, Bulgaristan'da ise %62'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. İrlanda'daki katılımcıların %60'ı, Hollanda'daki katılımcıların da %72'si yeterli ve çok iyi puan almıştır. Yeterli ve çok iyi puan alanlar Bulgaristan (%37) ve İspanya'da (%42) en düşük bulunmuştur [80]. Ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %12'sinin yetersiz ve %35'inin de problemlü düzeyde sağlık okuryazarlığı olduğu ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde ise 2014 yılında Türkiye'yi temsil eden 12 bölgede yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30.4, yetersiz sağlık okuryazarlığı %24.5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40.1, yeterli sağlık okuryazarlığı %27.8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7.6 olarak bulunmuştur [79,81].

2.10.2.Hipertansiyon ve sağlık okuryazarlığı

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli bir etkidir. Hipertansif bireylerde hastalığın sessiz seyretmesi ve önemli komplikasyonlar geliştiğinde belirti vermesi nedeniyle, kan basıncı kontrolünü sağlayabilmeleri için bireylerin gerekli bilgilere ulaşması, bu bilgileri doğru anlayarak uygulaması gerekir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanan bu özellikler hastalığın etkin tedavisi ve gelişebilecek kalp yetmezliği, inme, böbrek yetmezliği gibi gelişebilecek komplikasyonlardan korunabilmek bakımından önemlidir [26,82].

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli bir etkidir [83]. Kronik hastalıklarda tedavi uzun soluklu bir süreçtir. Günümüzde hastalar pasif değil aktif katılımla tedavi ve bakımlarında söz sahibi olmak istemektedirler. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmet sunucuları ile sağlık hizmeti alan bireyler arasında sorumluluk paylaşımına ve birbirlerini daha iyi anlamalarına olanak verir [84-86]. Hastalığının nasıl olduğu, etiyoloji, korunma ve önleme için yapılması gerekenler, hastaların bulunması, tedavisi ve takibi konularında topluma bilgiler ulaştırılmalıdır. Toplumdaki bireylerin de bu bilgilere ulaşabilmesi, bilgileri algılaması, kavraması ve uygun davranışlar geliştirmesi beklenir. Sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılan bu konu kronik hastalıkların önlenmesi ve korunma programlarının başarılı olabilmesi açısından çok önemlidir [27,80].

Hipertansiyon yönetiminde sağlık okuryazarlığı belirleyici bir etkidir. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan hipertansiyon hastalarında ilaç kullanım hatalarının arttığı, tedavi uyumlarının ve yaşam kalitesinin düştüğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının kan basıncı kontrolünün sağlanmasıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir. [26,27,31,84-86].

2.11. Yaşam Kalitesi

2.11.1.Yaşam kalitesinin boyutları

Yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel olarak iyi olma durumu olarak da kullanılan yaşam kalitesi; sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etkenlerin belirlediği geniş bir kavramdır [87].

Yaşam Kalitesi dört temel grup altında değerlendirilmektedir:

- 1- Psikolojik Alan: Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, sorunlarla başa çıkma, yaşamın anlamı, arzular, sosyal izolasyon, anksiyete, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir [88,89].
- 2- Sosyal ve Bireysel Alan: Bireyin ebeveynleri ve arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma şekli ve durumu bu alanda değerlendirilir [88,89].
- 3- Fiziksel Alan: Fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsel aktivite, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir [88,89].
- 4- Parasal/ Maddi Alan: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir [88,89].

Yapılan çalışmalarda hipertansiyonu olan bireylerin yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur [17,19,25, 90].

2.11.2. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi

Hipertansiyon başlangıçta sessiz seyrine rağmen, zamanla kişilerin günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve kısıtlamalara neden olmaktadır. Kronik hastalıkların tedavisinin temel amaçlarından biri bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır. Hipertansif bireyde kronik bir hastalığa sahip olma düşüncesi zamanla ruhsal iyilik halini etkilemekte, fiziksel aktivitenin artırılması, uygun diyet uygulamaları gibi yaşam tarzı değişikliklerini yapmakta zorlanmaktadır Hipertansif bireylerde yaşam tarzı değişikliği ve tıbbi tedavinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir [91,92].

Hipertansiyonun yönetimi bireylerde zamanla gelişebilecek sınırlılıklar, sakatlıklar ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Hipertansif bireylerde kronik hastalığa bağlı gelişen fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, kısıtlamaktadır. Ayrıca hipertansiyon ile birliktelik gösterebilen ek kronik hastalık varlığı da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir [23].

2.12. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesinde ve hastalık halinde en kısa zamanda sağlığına kavuşturulmasında önemli sorumlulukları olan hemşirelerin hipertansif bireyin bakımındaki rolü hipertansiyon yönetiminin her yönünü içerir. Hemşireler bakım verdikleri bireylerin mevcut gereksinimlerini ve önceliklerini belirlerken bireysel olarak değerlendirip bakımı planlamalı ve vermelidirler [93-95].

Hemşirenin hipertansiyon yönetimindeki rolleri; hastayı değerlendirme, tanılama ve izlem, ilaç yönetimi, hasta eğitimi, danışmanlık ve doğru alışkanlıklar geliştirme, bakımın düzenlenmesi, klinik yönetimi olarak sıralanabilir [94]. Hemşireler hipertansiyonun tanınması ve yönetiminde kanıta dayalı uygulamalarla kan basıncı kontrolünün sağlanmasında önemli sorumlulukları olan, hastalar ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişimdeki ilk sağlık profesyonelleridir [93-95].

Hipertansiyonda yönetiminde birbiriyle iş birliği yapan doktor, hemşire, eczacı, diyetisyen gibi farklı disiplinlerden oluşan sağlık bakım ekibi, hasta merkezli yaklaşımla hastaları kendi bakımlarına aktif olarak dahil etmelidirler. Sağlık bakım ekibinin birlikte hareket ederek bireylerin kendi bakımlarına aktif katılımlarını sağlayarak kan basıncı kontrollerinin sağlanmasında rehber olmaları gerekir [96].

Sağlık bakım ekibinin bir üyesi olarak hemşirelerin ilaç tedavisine uyum ve kan basıncını kontrolünün sağlanmasında önemli rolleri vardır. Hipertansif hasta bakımına odaklanan hemşirenin temel amacı, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmalıdır. Hasta ve ailesine ilaçlar, ilaçların düzenli kullanımı, kan basıncı takibinin önemi ve evde kan basıncı ölçümü, önerilen yaşam tarzı değişiklikleri, ilaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konularında hasta ve ailesini desteklemeli ve gerekli eğitimleri vermelidir [97-99].

Hemşireler tarafından hipertansif bireylere ilaç uyumunu arttırmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik yapılan eğitimler sonrasında bireylerin ilaçlarını önerildiği şekilde düzenli kullandığı ve sağlık yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişimler olduğu belirlenmiştir [99].

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Kasım 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniklerine hipertansiyon tanısıyla başvuran hastalarla yapılmıştır. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 6kardiyoloji polikliniği bulunmakla birlikte bunlardan 4 tanesi hasta kabul etmektedir. Kardiyoloji polikliniklerinin her birinde bir uzman doktor ve bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Polikliniklerde 08.00- 16.00 saatleri arasında çalışılmakta, polikliniklere gelen hastalar herhangi bir hemşirelik hizmeti almamaktadır. Polikliniklerde her bir doktor yaklaşık olarak günlük 50-60 arasında hastaya bakmaktadır. Kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastaların çoğunluğunu hipertansiyon tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Bu hastalar genellikle polikliniğe yeni tanı ya da tedavide yaşanan sorunlar nedeniyle gelmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini Kasım 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniklerine hipertansiyon tanısıyla başvuran tüm hastalar oluşturmuştur.

3.3.2.Araştırmanın örnekleme

Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine ve yaşam kalitesine etkisini belirleyebilmek için doğrusal regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisini 0,1etki büyüklüğü, 0.05 tip 1 hata, 0.95 istatistiksel güçte ve 21 karıştırıcı değişkende belirleyebilmek için örnekleme birim sayısı 344 olarak hesaplanmıştır.

Çalışma araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 345hasta ile tamamlanmıştır.

3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırma kapsamına;

- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı almış olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- İletişim kurulabilen,
- Antihipertansif ilaç kullanan,
- Anket sorularını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler alınmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu (EK-1),Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-2), İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)(EK-3),Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği(EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.Veri toplama araçlarının hazırlanması

3.5.1.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür [100-103] incelenerek hazırlanan formda sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine yönelik 32 soru yer almaktadır.

3.5.1.2.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-2)

Sağlık okuryazarlığı ölçeği Sorensen[104] tarafından geliştirilmiş, daha sonra Toçi, Bruzai ve Sorenson[105]tarafından sadeleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aras ve Bayık Temel [106]tarafından 2017 yılında yapılmıştır.

Ölçek 25 madde ve bilgiye erişim (1-5. maddeler), bilgileri anlama (6-12. maddeler), değer biçme/değerlendirme (13-20. maddeler), uygulama/kullanma (21-25. maddeler) olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipinde olup her bir maddeye “5: hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum,1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız” şeklinde cevap verilebilmektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten toplam minimum 25, maksimum puan 125 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınan puanların artışı bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin artışı göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0.92 olarak

bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.973 olarak tespit edilmiştir.

3.5.1.3.İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) (Ek-3)

İlaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik ölçeği kısa formu (İBÖS-KF), hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyum/ öz etkililik düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ogedegbe ve arkadaşları[107]tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek, 2008 yılında Fernandez ve arkadaşları[108]tarafından revize edilmiştir. İBÖS-KF 4'lülükert tipi bir ölçek olup13 maddeden oluşmakta ve her bir maddeye1'den 4'e kadar (hiç emin değilim-1, biraz eminim-2, eminim-3, çok eminim-4)puan verilmektedir. Ölçekten en düşük 13, en yüksek 52 puan alınabilmektedir. İBÖS-KF puanının artması bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacıhasanoğlu ve arkadaşları[109] tarafından yapılmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.972 olarak bulunmuştur.

3.5.1.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4)

Yaşam kalitesi ölçekleri arasında kısa ve uygulanması kolay olması sebebiyle en yaygın kullanılan ölçek olan SF-36; Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiş bir ölçektir[110]. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır. Ayrıca SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak Fiziksel ve Mental Sağlık Özet Skoru elde edilir. Ölçekteki her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0-100 arasında değişmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, 1995 yılında Pınar tarafından geçerlik güvenilirlik yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar'ın çalışmasında SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach alfa değerinin her alt grup için 0.81 ile 0.92 arasında değiştiği saptanmıştır [111]. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden toplam bir puan elde edilememekte olup, her bir alt boyut için ayrı ayrı puanlar hesaplanmaktadır. Alt boyut puanlarının yükselmesi sağlık durumunun iyi olduğunu ifade ederken, alt boyut puanlarındaki düşmeler ağılık durumunu kötü olduğunu ifade eder. Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

3.5.2. Ön uygulama

Hazırlanan anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniklerine başvuran araştırma örneklemini dışında kalan 10 hipertansiyon hastasına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra anket formunda bir değişiklik yapılmamıştır.

3.5.3. Veri toplama araçlarının uygulanması

Araştırmanın verileri Kasım 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü-yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Veri toplama araçlarının cevaplanma süresi ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için, araştırmaya başlamadan önce; Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Karar no: 2018.12.144)(EK-5) onay ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-6) kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK-7).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler IBM Statistical Program for Social Sciences (SPSS)Statistics 22(IBM SPSS, Türkiye) paket programına kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, medyan(minimum-maksimum) değerleriyle, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde değerleriyle ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Testi, normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine bağlılık/uyum ve yaşam kalitesine etkisi doğrusal regresyon modelleri ile

değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde sağlık okuryazarlığı toplam puanı, ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği toplam puanı ve yaşam kalitesi ölçek puanları ile hasta özellikleri arasında yapılan karşılaştırmalarda $p<0,10$ değerine sahip değişkenler karıştırıcı faktör olarak doğrusal regresyon modellerine alınmıştır. Oluşturulan tüm modeller için çoklu doğrusallık ve artıkların normalliği varsayımları sağlanmıştır. Kısmi eta kare değerleri etki büyüklüğü olarak verilmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanları

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Bireylerin İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar

BÖLÜM 4

BULGULAR

Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4. 1Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:345)

Özellikler	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	217	62,9
Erkek	128	37,1
Yaş Grupları		
30-49 yaş	39	11,3
50-69 yaş	200	58,0
70 yaş ve üzeri	106	30,7
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	62,63 \pm 11,05	
Öğrenim Durumu		
Okuryazar	105	30,4
İlköğretim	177	51,3
Lise	31	9,0
Yüksekokul/Üniversite	32	9,3
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	299	86,7
Çalışıyor	46	13,3
Meslek		
Ev hanımı	196	56,8
Emekli	100	29,0
Memur	25	7,2
Serbest meslek	11	3,2
Çiftçi	10	2,9
İşçi	3	0,9
Medeni Durum		
Evli	265	76,8
Bekar	80	23,2
Birlikte yaşadığı kişi		
Yalnız	35	10,1
Eşi ile	166	48,2
Eş ve çocuklarla	78	22,6

Diğer	66	19,1
Gelir durumu		
Gelir giderden az	84	24,3
Gelir gidere eşit	230	66,7
Gelir giderden fazla	31	9,0
Sosyal Güvence		
Var	318	92,2
Yok	27	7,8
Özellikler	n	%
Yaşadığı yer		
İl merkezi	215	62,3
İlçe	40	11,6
Kasaba	15	4,3
Köy	75	21,7
Beden Kitle İndeksi (BKI)		
Normal kilolu (18.5 - 24.99 kg/m ²)	58	16,8
Fazla kilolu (25 - 29.99 kg/m ²)	125	36,2
Obez (≥ 30 kg/m ²)	162	47,0
BKI ($\bar{x} \pm SS$)	29,87±5,04	
Sigara kullanma durumu		
Hiç kullanmamış	204	59,1
Kullanmış bırakmış	99	28,7
Halen kullanıyor	42	12,2
Alkol kullanma durumu		
Hiç kullanmamış	297	86,1
Kullanmış bırakmış	43	12,5
Halen kullanıyor	5	1,4

Tablo 4.1’de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Bireylerin %62.9’unun kadın, %58’inin 50-69 yaş grubunda, %51.3’ünün ilköğretim mezunu, %56.8’inin ev hanımı, %76.8’inin evli olduğu, %48.2’sinin eşiyle birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Bireylerin %86.7’sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %66.7’sinin gelirinin giderine eşit, %92.2’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %62.3’ünün il merkezinde yaşadığı, %47’sinin BKİ’sinin obez grubunda yer aldığı, %59.1’inin sigarayı, %86.1’inin alkolü hiç kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 2. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N:345)

Özellikler	n	%
Hipertansiyon tanı süresi		
1-5 yıl	106	30,7
6-10 yıl	89	25,8
11 yıl ve üstü	150	43,5
Tanı süresi ($\bar{X} \pm SS$) yıl	11,70 \pm 8,19	
Hipertansiyon dışında kronik hastalık bulunma durumu		
Var	238	69,0
Yok	107	31,0
Kan basıncını ölçme/ölçtürme durumu		
Evet	276	80,0
Hayır	69	20,0
Kan basıncını ölçme/ ölçtürme sıklığı (n=276)		
Her gün	41	14,9
Hafta da 1 kez	65	23,6
İki hafta da 1 kez	34	12,3
Ayda 1 kez	22	8,0
Kendini kötü hissettiğinde	112	40,6
Diğer(hafta da 3-4 kez, 3 gün ara ile)	2	0,6
Hipertansiyon hastalığı için kontrole gitme sıklığı		
Ayda bir	64	18,6
Üç ayda bir	100	29,0
Altı ayda bir	54	15,7
Yılda bir	21	6,0
Hiç gitmem	106	30,7
Hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanma durumu		
Düzenli kullanan	268	77,7
Düzenli kullanmayan	77	22,3
Diyetle uyma durumu		
Uyan	102	29,6
Kısmen uyan	146	42,3
Uymayan	97	28,1
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Yapan	114	33,0
Yapmayan	231	67,0

Özellikler	<i>n</i>	%
Hipertansiyon hakkında eğitim alma durumu		
Evet	41	11,9
Hayır	304	88,1
Son bir yıl içerisinde hipertansiyon nedeniyle acil servise başvurma durumu		
Evet	135	39,1
Hayır	210	60,9

Tablo 4.2’de bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Bireylerin %43.5’inin hipertansiyon tanı süresinin 11 yıl ve üzerinde olduğu, %69’unun hipertansiyon dışında kronik hastalığının bulunduğu, %80’ninin kan basıncını ölçtüğünü/ölçtüğünü ifade ettiği, kan basıncını ölçenlerin/ölçtürenlerin ise %40.6’sının kendini kötü hissettiğinde kan basıncını ölçtüğü/ölçtüğünü saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %30.7’sinin hipertansiyon için kontrole hiç gitmediği, %77.7’sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %42.3’ünün diyetine kısmen uyduğu, %67’sinin düzenli egzersiz yapmadığı, %88.1’inin hipertansiyon hakkında eğitim almadığı, %60.9’unun son bir yıl içerisinde hipertansiyon nedeniyle acil servise başvuru yapmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. 3Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, İlaç tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı			
Bilgiye erişim	15,21±6,01	5	25
Bilgiyi anlama	21,54±8,08	7	35
Değer biçme/değerlendirme	25,69±8,70	8	40
Uygulama/kullanma	17,17±5,08	5	25
Toplam puan	79,62±24,43	32	125
İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu			
	38,60±10,64	16	52
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			
Fiziksel fonksiyon	57,33±26,47	0	100

Rol güçlüğü	41,96±45,93	0	100
Ağrı	55,90±29,45	0	100
Genel sağlık	53,59±21,83	0	100
Vitalite	47,29±23,13	0	100
Sosyal fonksiyon	75,76±28,40	0	100
Emosyonel rol güçlüğü	30,53±42,78	0	100
Mental sağlık	54,26±21,14	0	100
Toplam fiziksel sağlık	52,20±24,31	2.5	96,8
Toplam mental sağlık	51,96±20,65	4.3	98

Tablo 4.3'te bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği, ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut puan ortalamaları bilgiye erişim 15,21±6,01, bilgiyi anlama 21,54±8,08, değer biçme/değerlendirme 25,69±8,70, uygulama/kullanma 17,17±5,08 ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması 79,62±24,43 olarak hesaplanmıştır. Bireylerin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu toplam puan ortalaması 38,60±10,64 olarak belirlenmiştir. Bireylerin SF yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları fiziksel fonksiyon 57,33±26,47, fiziksel rol güçlüğü 41,96±45,93, ağrı 55,90±29,45, genel sağlık algısı 53,59±21,83, vitalite (enerji) 47,29±23,13, sosyal fonksiyon 75,76±28,40, emosyonel rol kısıtlılıkları 30,53±42,78, mental sağlık 54,26±21,14, fiziksel özet skoru 52,20±24,31 ve mental özet skoru 51,96±20,65 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. 4Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Puanlarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	İBÖS-KF X±SS	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
			Bilgiye Erişim X±SS	Bilgiyi Anlama X±SS	Değer Biçme/ Değerlendirme X±SS	Uygulama/Kullanma X±SS	Toplam Puan X±SS
Cinsiyet							
Kadın	217	38,40±10,38	14,32±6,07	20,34±8,15	24,67±8,72	16,74±5,31	76,07±25,23
Erkek	128	38,94±11,10	16,73±5,61	23,59±7,57	27,42±8,42	17,89,4,59	85,63±21,81
p*		0,649	<0.001	<0.001	0,004	0,035	<0.001
Yaş Grupları							
30-49 yaş	39	38,63±9,01	18,85±5,39	27,78±6,64	30,18±7,86	19,85±4,31	96,65±20,64
50-69 yaş	200	39,80±10,85	15,90±5,74	22,69±7,30	26,71±8,21	17,71±4,72	83,02±22,09
70 yaş ve üzeri	106	36,32±10,51	12,55±5,67	17,04±7,70	22,09±8,68	15,14±5,31	66,82±24,06
p**		0,024	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Öğrenim Durumu							
Okuryazar	105	36,45±10,07	11,38±5,25	15,09± 6,28	20,34± 7,90	14,71±5,27	61,52±21,87
İlköğretim	177	39,67±10,80	15,67±5,34	22,82±7,02	26,44±7,73	17,66±4,66	82,60±20,67
Lise	31	39,03±10,94	19,07±4,74	27,22±5,12	30,93±7,74	19,22±4,17	96,45±16,69
Yüksekokul/Üniversite	32	39,21±10,67	21,53±4,07	30,15±5,23	34,03±5,73	20,46±3,87	106,18±12,15
p**		0,100	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Medeni durum							
Evli	265	39,45±10,55	15,99±5,86	22,82±7,81	26,75±8,22	17,70±4,87	83,26±23,00
Bekar	80	35,76±10,51	12,64±5,80	17,33±7,56	22,19±9,36	15,40±5,37	67,55±25,27
p*		0,006	0,001	0,001	0,004	0,001	0,001

Tanıtıcı Özellikler	n	İBÖS-KF X±SS	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
			Bilgiye Erişim X±SS	Bilgiyi Anlama X±SS	Değer Biçme/ Değerlendirme X±SS	Uygulama/Kullanma X±SS	Toplam Puan X±SS
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	299	38,48±10,70	14,61±5,91	20,67±7,94	24,90±8,56	16,76±5,10	76,93±24,05
Çalışıyor	46	39,33±10,28	19,17±5,09	27,22±6,62	30,87±7,88	19,83±4,06	97,09±19,23
p*		0,618	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Gelir durumu							
Gelir giderden az	84	37,27±11,27	13,21±5,56	17,73±7,09	23,09±7,92	15,79±5,14	69,84± 21,76
Gelir gidere eşit	230	39,07±10,46	15,55±5,93	22,36±7,87	26,04±8,73	17,56±4,98	81,53±24,27
Gelir giderden fazla	31	38,64±10,15	18,09±6,22	25,77±8,52	30,09±8,49	17,93±5,07	91,90±24,14
p**		0,415	<0.001	<0.001	<0.001	0,016	<0.001
Sosyal Güvence							
Var	318	38,86±10,50	15,43±5,98	21,80±8,00	25,90±8,64	17,39±4,92	80,53±24,00
Yok	27	35,44±11,88	12,66±5,73	18,48±8,54	23,22±9,11	14,45±6,04	68,81±27,17
p*		0,109	0,021	0,040	0,125	0,020	0,016
Yaşadığı yer							
İl merkezi	215	39,28±10,49	15,98±5,96	22,31±8,14	27,02±8,61	18,00±4,90	83,33±24,19
İlçe	40	36,87±12,11	16,65±6,00	22,75±8,42	26,87±9,42	17,15±5,54	83,42±26,07
Kasaba	15	43,73±8,50	14,26±6,00	19,20±7,81	25,26±9,02	14,73±4,62	73,46±22,58
Köy	75	36,50±10,17	12,44±5,31	19,16±7,31	21,33±7,06	15,25±4,81	68,18±20,92
p**		0,039	<0.001	0,013	<0.001	<0.001	<0.001

Tanıtıcı Özellikler	n	İBÖS-KF X±SS	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
			Bilgiye Erişim X±SS	Bilgiyi Anlama X±SS	Değer Bıçme/ Değerlendirme X±SS	Uygulama/Kullanma X±SS	Toplam Puan X±SS
Beden Kitle İndeksi (BKI)							
Normal kilolu	58	35,63±10,43	14,84±6,16	20,77±7,84	25,00±8,79	16,72±5,41	77,34±24,65
Fazla kilolu	125	38,32±10,59	15,52±5,95	22,32±8,09	26,36±8,59	17,37±4,88	81,57±24,15
Obez	162	39,86±10,58	15,11±6,01	21,22±8,15	25,42±8,77	17,16±5,12	78,92±24,59
p**		0,032	0,745	0,382	0,535	0,723	0,489
Sigara kullanma durumu							
Hiç kullanmamış	204	37,77±10,30	14,18±6,09	19,58±8,01	24,25±8,75	16,50±5,32	74,52±25,04
Kullanmış bırakmış	99	40,15±10,57	16,49±5,49	24,08±7,18	27,23±8,53	18,14±4,54	85,94±21,43
Halen kullanıyor	42	38,90±12,11	17,19±5,77	25,07±7,70	29,07±7,34	18,09±4,61	89,42±21,86
p**		0,187	<0.001	<0.001	<0.001	0,014	<0.001
Alkol kullanma durumu							
Hiç kullanmamış	297	38.60±10.43	15.07±6.11	21.05±8.16	25.57±8.80	17.09±5.20	78.78±25.08
Kullanmış bırakmış	43	37.76±12.12	15.86±4.94	24.90±6.91	26.62±7.88	17.79±4.30	85.18±19.05
Halen kullanıyor	5	45.20±8.40	18.00±7.93	22.00±6.67	24.80±10.08	16.40±3.64	81.20±23.38
p**		0.336	0.421	0.013	0.740	0.662	0.273

*Bağımsız Örneklerde t testi,

**ANOVA testi

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu puanlarının dağılımı Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formundan aldıkları puanlar incelendiğinde; 50-69 yaş grubundaki bireylerin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli olan bireylerin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu toplam puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bireylerin yaşadıkları yere göre ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu puanlarına bakıldığında, kasabada yaşayan bireylerin ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu toplam puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Beden kitle indeksine (BKI) göre obez grubundaki bireylerin İBÖS-KF toplam puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ile İBÖS-KF toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Bireylerin cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

30-49 yaş grubunda olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Üniversite mezunu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Evli olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ($p<0.05$).

Geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlık okuryazarlığı leği alt boyut ve toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal güvencesi olan bireylerin sağlık okuryazarlığı leği alt boyut ve toplam puan ortalamasının, sosyal güvencesi olmayan bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Köyde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı leği toplam puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı leğinden aldığı puanlar incelendiğinde sigara kullanan bireylerin ölçek toplam puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin alkol kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı leğinden aldığı puanlar değerlendirildiğinde alkol kullanmayı bırakmış olan bireylerin bilgiyi anlama alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin BKİ ile sağlık okuryazarlığı leği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 5 Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Puanlarının Dağılımı

Hastalık Özellikler	n	İBÖS-KF X±SS	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
			Bilgiye Erişim X±SS	Bilgiyi Anlama X±SS	Değer Biçme/ Değerlendirme X±SS	Uygulama/Kullanma X±SS	Toplam Puan X±SS
Hipertansiyon tam süresi							
1-5 yıl	106	38,22±10,42	17,74±5,67	24,41±7,91	27,83±8,11	18,68±4,53	88,68±22,82
6-10 yıl	89	37,74±11,27	14,17±5,90	21,01±7,71	24,98±8,52	16,55±5,02	76,73±22,78
11 yıl ve üstü	150	39,36±10,41	14,04±5,78	19,83±7,91	24,59±8,98	16,46±5,27	74,92±24,86
p**		0,476	<0.001	<0.001	0,009	0,001	<0.001
Kan basıncını ölçme/ölçtürme durumu							
Evet	276	38.92±10.53	15.66±5.94	22.31±8.06	26.57±8.53	17.57±5.02	82.13±24.05
Hayır	69	37.30±11.01	13.42±5.95	18.46±7.45	22.17±8.51	15.52±4.98	69.57±23.45
p*		0.260	0.005	<0.001	<0.001	0.002	<0.001
Hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı							
Ayda bir	64	39,20±10,39	15,23±5,70	21,96±8,14	27,95±7,12	18,21±4,40	83,37±21,35
Üç ayda bir	100	39,10±10,85	15,32±6,43	21,48±7,99	26,05±9,01	17,52±5,14	80,37±25,51
Altı ayda bir	54	37,11±9,76	16,24±5,96	22,33±7,85	26,83±8,29	16,98±5,01	82,38±23,39
Yılda bir	21	39,76±8,27	16,57±5,87	21,14±8,73	26,14±10,17	16,61±6,01	80,47±26,23
Hiç gitmem	106	38,28±11,47	14,31±5,77	21,02±8,21	23,32±8,75	16,40±5,18	75,06±25,01
p**		0,769	0,280	0,883	0,009	0,205	0,198
İlaçlarını düzenli kullanma durumu							
Düzenli kullanan	268	41,19±9,34	15,42±5,99	21,78±8,00	26,08±8,66	17,55±5,02	80,86±24,13
Düzenli kullanmayan	77	29,54±9,92	14,46±6,03	20,71±8,35	24,31±8,72	15,80±5,04	75,29±25,10
p*		<0.001	0,216	0,307	0,114	0,007	0,078

Hastalık Özellikler	n	İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu X±SS	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
			Bilgiye Erişim X±SS	Bilgiyi Anlama X±SS	Değer Biçme/ Değerlendirme X±SS	Uygulama/Kullanma X±SS	Toplam Puan X±SS
Diyete uyma durumu							
Uyan	102	42,89±9,30	15,68±5,95	23,51±8,03	28,01±8,14	20,38±3,58	87,60±22,45
Kısmen uyan	129	37,45±10,48	15,27±5,86	21,03±7,80	24,76±8,69	16,58±4,88	77,66±24,13
Uymayan	71	36,81±11,16	13,94±6,18	19,42±8,37	23,66±9,49	13,84±4,79	70,87±25,51
p**		<0.001	0,155	p:0,003	0,002	<0.001	<0.001
Düzenli egzersiz yapma durumu							
Yapan	114	41,89±10,46 (44,5)	16,46±5,78 (18)	24,05±7,55 (25)	28,85±7,84 (30)	19,35±4,50 (21)	88,72±22,39 (91)
Yapmayan	231	36,97±10,37 (38)	14,60±6,03 (14)	20,31±8,07 (20)	24,13±8,69 (24)	16,09±5,01 (16)	75,13±24,18 (74)
p*		0,001	0,006	0,001	0,001	0,001	0,001
Hipertansiyon hakkında eğitim alma durumu							
Evet	41	36,41±7,82 (37)	20,17±5,04 (21)	24,98±7,88 (26)	28,98±7,66 (28)	19,02±5,16 (20)	93,15±22,02 (94)
Hayır	304	38,89±10,94 (39)	14,55±5,82 (13)	21,08±8,01 (21)	25,25±8,75 (26)	16,92±5,02 (17)	77,80±24,19 (77)
p*		0,076	0,001	0,004	0,010	0,012	0,001
Hipertansiyon dışında kronik hastalık bulunma durumu							
Var	238	39,18±10,93 (39)	14,63±5,89 (13)	20,54±8,09 (20)	24,89±8,79 (26)	16,68±5,08 (17)	76,74±24,25 (76,5)
Yok	107	37,29±9,89 (38)	16,51±6,08 (18)	23,79±7,64 (25)	27,48±8,25 (29)	18,26±4,92 (19)	86,04±23,70 (89)
p*		0,126	0,007	0,001	0,010	0,007	0,001

*Bağımsız Örneklerde t testi,

**ANOVA testi

Tablo 4.5'te bireylerin hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği ve ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu puanlarının dağılımı görülmektedir. Bireylerin diyetine uyma durumu ve İBÖS-KF toplam puan ortalaması incelendiğinde diyetine uyan bireylerin ölçek toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yaptığını belirten bireylerin İBÖS-KF toplam puan ortalaması düzenli egzersiz yapmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireylerin hipertansiyon tanı süresi, kan basıncını ölçme/ölçtürme durumu, hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı, hipertansiyon hakkında eğitim alma, son 1 yılda hipertansiyon nedeniyle acil servise başvurma ve hipertansiyon dışında kronik hastalık bulunma durumu ile İBÖS-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Hipertansiyon tanı süresi 1-5 yıl olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kan basıncını ölçtüğünü/ölçtürdüğünü belirten bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hipertansiyon için kontrole hiç gitmeyen bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği değer biçme/değerlendirme alt boyut puan ortalamasının, ilaçlarını düzenli kullanmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Diyetine uyan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği bilgiye erişim alt boyutu dışındaki alt boyutlar ve toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Düzenli egzersiz yapan bireylerin düzenli egzersiz yapmayanlara göre, hipertansiyon hakkında eğitim alan bireylerin eğitim almayanlara göre, hipertansiyon dışında kronik hastalığı olmayan bireylerin hipertansiyon dışında kronik hastalığı olan bireylere göre sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4. 6 Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları									
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	Fiziksel Özet Skor	Mental Özet Skor
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Cinsiyet											
Kadın	217	51,66±25,53	36,29±44,61	49,18±29,31	50,51±21,65	44,17±23,77	72,87±29,45	27,34±41,33	53,24±21,50	46,91±23,88	49,41±20,92
Erkek	128	66,95±25,30	51,56±46,72	67,30±26,06	58,81±21,20	52,58±21,06	80,66±25,91	35,94±44,78	56,00±20,47	61,16±22,41	56,30±19,51
p*		0,001	0,001***	0,001	0,001	0,001	0,017***	0,047***	0,241	0,001	0,003
Yaş Grupları											
30-49 yaş	39	74,13±20,72	65,63±42,25	66,43±23,35	59,93±20,57	57,50±17,25	78,13±25,12	53,33±45,79	59,30±17,52	66,53±19,45	62,07±17,01
50-69 yaş	200	62,59±24,77	46,86±46,66	57,82±29,64	56,85±20,81	48,84±23,09	77,83±27,31	34,00±44,69	54,57±21,3	56,03±23,77	53,81±21,34
70 yaş ve üzeri	106	41,13±23,53	23,82±39,40	48,34±29,57	45,08±21,87	40,52±23,38	70,99±31,13	15,41±31,60	51,77±21,87	39,59±21,54	44,67±18,22
p**		0,001	0,001****	0,001	0,001	0,001	0,174****	0,001****	0,151	0,001	0,001
Öğrenim Durumu											
Okuryazar	105	41,19±23,94	24,04±39,36	42,81±25,42	45,11±21,52	37,47±22,99	64,76±29,91	19,04±35,16	49,86±22,13	38,29±21,39	42,79±19,32
İlköğretim	177	62,59±24,26	45,48±47,00	58,18±30,31	56,91±21,71	50,19±21,85	81,70±26,31	32,01±44,29	54,62±20,70	55,79±23,73	54,63±20,16
Lise	31	74,03±21,88	58,06±44,90	74,48±22,70	63,38±14,87	55,32±21,90	73,79±26,29	44,08±46,65	59,48±20,54	67,49±19,32	58,17±20,18
Üniversite	32	65,00±25,65	65,62±41,51	68,25±25,00	53,50±20,95	55,62±21,84	80,85±26,56	46,87±44,68	61,62±17,97	63,09±19,41	61,24±17,93
p**		<0,001	<0,001****	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001****	<0,001****	0,015	<0,001	<0,001

Tanıtıcı Özellikler	n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları									
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	Fiziksel Özet Skor	Mental Özet Skor
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Medeni durum											
Evli	265	62,43±25,05	46,70±46,37	59,38±29,57	56,20±21,34	49,87±22,40	80,00±26,29	34,34±44,28	55,09±21,30	56,18±24,03	54,83±20,76
Bekar	80	40,44±24,00	26,25±40,93	44,39±26,06	44,95±21,31	38,75±23,59	61,72±30,71	17,92±34,76	51,50±20,49	39,01±20,35	42,47±17,25
p*		0,001	<0,001***	0,001	0,001	0,001	<0,001***	0,003***	0,183	0,001	0,001
Çalışma Durumu											
Çalışmıyor	299	54,50±25,67	37,54±45,03	54,05±29,80	52,32±21,81	45,54±23,21	75,00±28,82	27,09±41,30	53,62±21,47	49,60±23,85	50,31±20,58
Çalışıyor	46	75,76±24,29	70,65±41,6	67,96±24,01	61,83±20,29	58,70±19,25	80,71±25,24	52,90±45,85	58,43±18,52	69,05±20,41	62,69±17,88
p*		0,001	0,001***	0,003	0,006	0,001	0,298***	0,001***	0,151	0,001	0,001
Gelir durumu											
Gelir giderden az	84	50,29±26,09	28,57±42,18	47,60±28,42	45,35±24,81	39,88±22,95	73,66±30,68	13,49±31,09	48,09±21,32	42,95±23,04	43,78±18,20
Gelir gidere eşit	230	58,95±26,42	45,97±46,17	58,35±30,14	56,45±20,47	48,89±22,97	76,08±27,86	35,79±44,58	56,10±20,52	54,93±24,57	54,22±20,98
Gelir giderden fazla	31	64,35±24,62	48,38±48,27	60,22±22,70	54,61±17,52	55,48±20,18	79,03±26,29	37,63±45,33	57,29±22,49	56,89±19,38	57,36±18,81
p**		0,011	0,007****	0,011	<0,001	0,001	0,811****	<0,001****	0,008	<0,001	<0,001
Sosyal Güvence											
Var	318	58,23±26,16	42,76±45,96	56,97±29,45	54,98±21,31	48,16±22,86	76,61±28,16	32,49±43,49	55,10±21,01	53,24±24,05	53,09±20,55
Yok	27	46,66±28,18	32,40±45,36	43,29±26,80	37,14±21,38	37,03±24,22	65,74±29,74	7,40±23,26	44,29±20,36	39,87±24,29	38,62±16,98
p*		0,029	0,189***	0,020	<0,001	0,016	0,050***	0,003***	0,011	0,006	<0,001

Tanıtıcı Özellikler	n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları									
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	Fiziksel Özet Skor	Mental Özet Skor
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
İl merkezi	215	58,37±26,53	42,55±45,88	56,99±29,57	54,77±21,71	47,95±23,48	76,51±27,75	31,31±43,60	55,01±21,00	53,17±24,33	52,70±20,78
İlçe	40	53,62±23,96	47,50±47,29	55,95±26,77	53,70±16,32	44,87±22,34	74,06±27,06	36,66±43,88	51,50±21,72	52,69±22,69	51,77±20,22
Kasaba	15	48,00±26,97	36,66±48,05	45,00±36,24	38,46±25,23	35,66±24,04	75,83±37,04	22,22±41,14	41,60±16,61	42,03±27,54	43,83±18,92
Köy	75	58,20±27,39	38,33±45,45	54,93±29,09	53,14±23,22	49,00±22,04	74,50±29,52	26,66±40,26	56,10±21,40	51,15±24,39	51,57±20,83
p**		0,383	0,702****	0,489	0,048	0,186	0,884****	0,597****	0,074	0,374	0,454
Sigara kullanma durumu											
Hiç kullanmamış	204	52,15±25,66	36,88±44,62	53,16±28,51	50,72±21,71	45,02±23,47	73,77±28,91	27,45±40,90	53,76±20,89	48,23±23,61	50,00±20,00
Kullanmış bırakmış	99	62,12±26,45	46,21±47,42	59,25±30,53	55,76±22,47	48,88±22,41	79,29±27,73	29,96±42,72	55,15±21,25	55,83±24,18	53,32±20,12
Halen kullanıyor	42	71,19±23,60	56,54±45,55	61,30±30,45	62,38±18,00	54,52±21,83	77,08±27,17	46,82±48,86	54,57±22,46	62,85±23,92	58,25±23,75
p**		<0.001	0,019****	0,107	0,003	0,038	0,189****	0,055****	0,863	<0.001	0,045
Alkol kullanma durumu											
Hiç kullanmamış	297	55.40±26.69	39.98±45.24	53.83±29.03	52.16±21.76	46.39±22.92	74.95±28.72	28.95±41.81	53.69±20.93	50.34±24.19	51.00±20.54
Kullanmış bırakmış	43	69.53±21.15	53.48±48.66	68.76±29.30	62.25±19.28	53.37±21.97	81.97±26.06	37.98±46.90	58.97±21.41	63.51±21.04	58.07±18.43
Halen kullanıyor	5	67.00±28.41	60.00±54.77	68.20±29.83	63.60±30.70	48.00±40.09	70.00±25.92	60.00±54.77	47.20±29.03	64.70±32.04	56.30±36.93
p**		0.003	0.188****	0.005	0.010	0.181	0.203****	0.209****	0.234	0.002	0.098

*Bağımsız Örneklerde t testi,

ANOVA testi*Mann Whitney U testi

****Kruskal-Wallis testi

Tablo 4.6’da bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

70 yaş ve üzerindeki bireylerin sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutları dışındaki alt boyut puanlarının daha genç yaşlardaki bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Okuryazar olmayan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bekar olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının evli olan bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal güvencesi olmayan bireylerin, sosyal güvencesi olan bireylere göre fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Geliri giderinden az olan bireylerin sosyal fonksiyon dışındaki alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kasabada yaşayan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı alt boyut puanının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).

Hiç sigara kullanmamış olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, vitalite (enerji), fiziksel ve mental özet skoru alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hiç alkol kullanmamış olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel özet skoru alt boyut puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).

Tablo 4. 7 Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Hastalık Özellikleri	n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları									
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	Fiziksel Özet Skor	Mental Özet Skor
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)											
1-5	106	66,74±23,55	57,31±44,98	66,88±26,55	60,36±19,16	54,52±21,33	80,42±24,45	45,28±45,35	57,16±20,53	62,82±20,85	59,35±20,17
6-10	89	56,91±26,37	41,85±46,43	51,70±29,58	51,73±21,56	47,80±22,49	80,47±25,27	29,58±43,64	55,46±22,00	50,55±23,82	53,33±19,02
11 ve üzeri	150	50,93±26,66	31,16±43,44	50,63±29,39	49,90±22,76	41,86±23,42	69,66±31,57	20,66±37,37	51,49±20,83	45,65±24,44	45,92±20,17
p**		<0.001	<0.001****	<0.001	<0.001	<0.001	0,012****	<0.001****	0,088	<0.001	<0.001
Kontrol gitme sıklığı											
Ayda bir	64	54,29±23,24	32,42±43,79	55,31±31,06	49,23±21,08	46,95±23,29	78,12±27,99	22,39±38,05	54,12±21,95	47,81±23,12	50,40±19,51
Üç ayda bir	100	53,75±26,89	37,75±45,01	52,76±29,87	52,81±23,43	45,35±23,33	72,12±30,40	28,00±41,	50,88±20,46	49,26±24,13	49,09±21,82
Altı ayda bir	54	58,51±27,75	43,98±45,28	61,51±22,60	57,14±19,27	55,37±18,45	71,99±24,51	35,80±44,32	63,48±17,09	55,29±21,76	56,66±18,12
Yılda bir	21	49,04±23,64	47,61±43,94	60,52±20,68	52,71±17,48	51,42±22,03	74,40±25,45	36,50±45,83	55,80±24,89	52,47±19,54	54,53±22,13
Hiç gitmem	106	63,58±26,85	49,52±48,05	55,45±32,40	55,31±22,55	44,38±24,51	79,95±28,85	33,96±45,30	52,52±21,35	55,96±26,73	52,70±20,91
p**		0,029	0,193****	0,454	0,309	0,046	0,131****	0,381****	0,008	0,137	0,234
İlaçlarını düzenli kullanma durumu											
Düzenli kullanan	268	58,07±26,13	42,07±45,69	57,17±28,59	55,56±21,29	48,30±22,28	76,49±27,56	30,97±42,96	54,88±21,25	53,22±23,51	52,66±20,55
Düzenli kullanmayan	77	54,74±27,60	41,55±47,05	51,48±32,04	46,71±22,40	43,76±25,71	73,21±31,19	29,00±42,35	52,10±20,73	48,62±26,74	49,52±20,90
p*		0,330	0,856***	0,135	0,002	0,163	0,566***	0,682***	0,310	0,175	0,240

Hastalık Özellikleri	n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları									
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	Fiziksel Özet Skor	Mental Özet Skor
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
İlaçlarını düzenli kullanma durumu											
Düzenli kullanan	268	58,07±26,13	42,07±45,69	57,17±28,59	55,56±21,29	48,30±22,28	76,49±27,56	30,97±42,96	54,88±21,25	53,22±23,51	52,66±20,55
Düzenli kullanmayan	77	54,74±27,60	41,55±47,05	51,48±32,04	46,71±22,40	43,76±25,71	73,21±31,19	29,00±42,35	52,10±20,73	48,62±26,74	49,52±20,90
p*		0,330	0,856***	0,135	0,002	0,163	0,566***	0,682***	0,310	0,175	0,240
Diyetine uyma durumu											
Uyan	102	64,01±24,88	47,79±47,60	61,78±30,01	61,57±20,26	51,12±21,42	82,96±25,47	28,75±42,74	58,31±20,69	58,79±24,24	55,29±18,63
Kısmen uyan	129	57,55±25,45	42,44±45,35	55,95±30,07	49,60±23,20	47,01±23,95	72,38±28,79	34,10±44,57	52,24±20,86	51,38±24,35	51,44±22,26
Uymayan	71	51,90±27,29	29,92±44,24	45,63±27,61	50,98±19,61	39,71±22,03	72,88±32,45	21,59±38,25	49,85±22,13	44,61±22,04	46,01±19,37
p**		0,009	0,024****	0,002	<0,001	0,005	0,015****	0,124****	0,021	0,001	0,014
Düzenli egzersiz yapma durumu											
Yapan	114	69,52±23,40	54,61±46,03	63,61±28,83	61,25±18,78	54,17±22,38	81,80±26,67	40,94±46,09	56,49±22,31	62,25±22,04	58,35±20,97
Yapmayan	231	51,32±25,86	35,71±44,68	52,10±29,06	49,81±22,27	43,90±22,79	72,78±28,81	25,40±40,16	53,16±20,50	47,24±23,88	48,81±19,78
p*		0,001	0,001***	0,001	0,001	0,001	0,003***	0,002***	0,182	0,001	0,001
Hipertansiyon hakkında eğitim alma durumu											
Alan	41	54,27±28,16	45,12±45,49	57,49±21,32	52,54±16,60	53,29±19,12	60,98±25,65	37,40±43,59	58,15±17,30	52,35±20,73	52,45±19,56
Almayan	304	57,75±26,25	41,53±46,05	55,69±30,4	53,73±22,46	46,48±23,53	77,75±28,2	29,61±42,66	53,74±21,57	52,17±24,78	51,90±20,82
p*		0,430	0,483***	0,634	0,682	0,077	0,001***	0,178***	0,143	0,210	0,871

Hastalık Özellikleri	n	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları									
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	Fiziksel Özet Skor	Mental Özet Skor
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Son 1 yılda hipertansiyon nedeniyle acil servise başvurma durumu											
Evet	135	53,44±26,31	33,89±43,57	49,11±28,53	49,38±22,87	44,56±22,96	70,09±30,58	21,73±38,70	51,73±19,75	46,46±22,76	47,03±19,53
Hayır	210	59,83±26,33	47,14±46,76	60,27±29,27	56,30±20,74	49,05±23,13	79,40±26,34	36,19±44,38	55,89±21,87	55,89±24,61	55,13±20,77
<i>p</i> *		0,028	0,012***	0,001	0,004	0,078	0,006***	0,001***	0,075	0,001	0,001
Hipertansiyon dışında kronik hastalık bulunma durumu											
Var	238	54,54±25,71	33,82±44,72	52,59±30,48	49,75±22,54	43,51±22,76	75,26±29,71	22,13±39,28	52,42±21,49	47,68±24,06	48,33±20,46
Yok	107	63,55±27,19	60,05±43,55	63,27±25,64	62,13±17,43	55,70±21,79	76,87±25,34	49,22±44,47	58,36±19,82	62,25±21,81	60,04±18,76
<i>p</i> *		0,003	0,001***	0,003	0,001	0,001	0,966***	0,001***	0,016	0,001	0,001

*Bağımsız Örneklerde t testi,

ANOVA testi*Mann Whitney U testi

****Kruskal-Wallis testi

Tablo 4.7’de bireylerin hastalık özelliklerine göre göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin hipertansiyon tanı süresine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde; tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olan bireylerin mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hipertansiyon hastalığı için kontrollere hiç gitmediğini belirten bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puanının, altı ayda bir kontrole gittiğini ifade eden bireylerin vitalite (enerji) ve mental sağlık alt boyut puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

İlaçlarını düzenli kullanan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı alt boyut puanının düzenli kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Diyetine uyduğunu belirten bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol güclüğü dışındaki alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Düzenli egzersiz yapan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık dışındaki alt boyut puanlarının düzenli egzersiz yapmayan bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hipertansiyon hakkında eğitim almayan bireylerin eğitim alan bireylere göre sosyal fonksiyon alt boyut puanının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Son bir yılda hipertansiyon nedeniyle acil servise başvurmayan bireylerin başvuran bireylere göre vitalite (enerji) ve mental sağlık dışındaki alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hipertansiyondan başka kronik hastalığı olmayan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon dışındaki alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kan basıncını ölçme/ölçtürme durumu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 8 Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puanları ile İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği		İBÖS-KF Toplam	Fiziksel fonksiyon	Rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite	Sosyal fonksiyon	Emosyone l rol güçlüğü	Mental sağlık	Toplam fiziksel sağlık	Toplam mental sağlık
Bilgiye erişim	r	0,192	0,262	0,197	0,159	0,147	0,276	0,082	0,111	0,165	0,246	0,205
	p	0,001	0,001	0,001	0,003	0,006	0,001	0,130	0,040	0,002	0,001	0,001
Bilgiyi anlama	r	0,211	0,400	0,252	0,262	0,250	0,357	0,148	0,197	0,219	0,364	0,309
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,006	0,001	0,001	0,001	0,001
Değer biçme/Değerlendirme	r	0,290	0,279	0,143	0,205	0,203	0,317	0,160	0,060	0,188	0,251	0,223
	p	0,001	0,001	0,008	0,001	0,001	0,001	0,003	0,267	0,001	0,001	0,001
Uygulama/Kullanma	r	0,341	0,297	0,196	0,236	0,284	0,347	0,179	0,126	0,287	0,309	0,297
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,019	0,001	0,001	0,001
Toplam	r	0,291	0,358	0,224	0,248	0,250	0,371	0,163	0,140	0,239	0,334	0,294
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,009	0,001	0,001	0,001

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

**p<0.01

Tablo 4.8’de bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları ile ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgiyi anlama, uygulama/kullanma alt boyutu ve toplam puanı ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puanı ile İBÖS-KF arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4. 9 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Toplam Puanın İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Üzerine Etkisi

	Regresyon Katsayıları				Güç Analizi	
	β	β için %95 GA	t	p	Etki Büyüklüğü	İstatistiksel Güç
İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan						
Sabit		2,073-				
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	11,232 0,112	20,390 0,060-0,164	2,413 4,211	0,016 <0,001	0,054	%98,7
Model Özeti: $F=7,801$; $p<0,001$; $R^2=0,436$; Düzeltilmiş $R^2=0,380$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, BKİ, sosyal güvence, sigara kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncımızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						

GA: Güven aralığı, Etki Büyüklüğü: Kısmi eta kare

Tablo 4.9’de sağlık okuryazarlığı ölçeğinin toplam puanının ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu toplam puan üzerine etkisi verilmiştir. Tablo 4.9’a göre sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak İBÖS-KF ölçeği toplam puanı üzerine etkili bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarındaki bir puanlık artış İBÖS-KF ölçeği toplam puanı üzerinde 0,112 puanlık artış sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının İBÖS-KF ölçeği toplam puanları üzerindeki etki büyüklüğü 0,054 olarak hesaplanmış ve istatistiksel güç (power) %98,7 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4. 10 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanın Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarına Üzerine Etkisi

	Regresyon Katsayıları				Güç Analizi	
	β	β için %95 GA	t	p	Etki Büyüklüğü	İstatistiksel Güç
Fiziksel Fonksiyon						
Sabit Sağlık okuryazarlığı toplam puan	55,549 0,114	32,362-78,735 -0,018-0,245	4,714 1,703	<0,001 0,090	0,009	%39,7
Model Özeti: $F=7,159$; $p<0,001$; $R^2=0,432$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,371$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, alkol kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncımızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, hastalığı için kontrole gitme sıklığı, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyeteye uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Fiziksel Rol Güçlüğü						
Sabit Sağlık okuryazarlığı toplam puan	87,258 -0,076	42,231- 132,284 -1,043-0,224	3,813 -1,271	<0,001 0,205	0,005	%24,5
Model Özeti: $F=3,269$; $p<0,001$; $R^2=0,231$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,161$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncımızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyeteye uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Ağrı						
Sabit Sağlık okuryazarlığı toplam puan	54,341 0,048	24,705-83,977 -0,119-0,216	3,608 0,569	<0,001 0,570	0,001	%8,8
Model Özeti: $F=3,340$; $p<0,001$; $R^2=0,242$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,170$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, alkol kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncımızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyeteye uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Genel Sağlık Algısı						
Sabit Sağlık okuryazarlığı toplam puan	48,916 0,009	28,735-69,097 -0,105-0,123	4,769 0,151	<0,001 0,880	0,001	%5,3
Model Özeti: $F=5,893$; $p<0,001$; $R^2=0,360$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,299$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, alkol kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncımızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyeteye uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						

	Regresyon Katsayıları				Güç Analizi	
	β	β için %95 GA	t	p	Etki Büyüklüğü	İstatistiksel Güç
Vitalite (Enerji)						
Sabit		16,441-				
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	38,826 0,222	61,210 0,091-0,353	3,413 3,335	0,001 0,001	0,035	%91,5
Model Özeti: $F=3,414$; $p<0,001$; $R^2=0,259$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,183$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncınızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, hastalığı için kontrole gitme sıklığı, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Sosyal Fonksiyon						
Sabit		44,472-				
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	72,342 0,039	100,212 -0,123-0,202	5,107 0,477	<0,001 0,634	0,001	%7,6
Model Özeti: $F=3,238$; $p<0,001$; $R^2=0,230$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,159$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncınızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Emosyonel rol güçlüğü						
Sabit		23,562-	3,092			
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	64,792 -0,207	106,022 -0,447-0,033	- 1,696	0,002 0,091	0,009	%39,4
Model Özeti: $F=3,755$; $p<0,001$; $R^2=0,257$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,188$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncınızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Mental sağlık						
Sabit		20,265-	3,797			
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	42,059 0,150	63,853 0,023-0,278	2,323	<0,001 0,021	0,017	%63,9
Model Özeti: $F=1,845$; $p=0,005$; $R^2=0,159$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,073$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncınızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, hastalığı için kontrole gitme sıklığı, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						

	Regresyon Katsayıları				Güç Analizi	
	β	β için %95 GA	t	p	Etki Büyüklüğü	İstatistiksel Güç
Fiziksel Özet Skor						
Sabit						
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	62,759 0,024	41,007-84,511 -0,099-0,147	5,677 0,383	<0,001 0,702	0,001	%6,7
Model Özeti: $F=7,000$; $p<0,001$; $R^2=0,401$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,344$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, alkol kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncınızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						
Mental Özet Skor						
Sabit						
Sağlık okuryazarlığı toplam puan	56,856 0,054	36,610-77,102 -0,060-0,169	5,525 0,936	<0,001 0,350	0,003	%15,4
Model Özeti: $F=4,078$; $p<0,001$; $R^2=0,280$; <i>Düzeltilmiş</i> $R^2=0,212$						
Modele alınan karıştırıcı faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence, sigara kullanımı, alkol kullanımı, hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu, düzenli ilaç kullanımı, kan basıncınızı ölçümü, düzenli sağlık kontrolü, son bir yılda acil servise başvuru, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, diyetle uyum durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hipertansiyon tanı süresi						

GA: Güven aralığı, Etki Büyüklüğü: Kısmi eta kare

Tablo 4.10'da sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanının yaşam kalitesi ölçek puanlarına üzerine etkisi yer almaktadır. Tablo 4.10'a göre sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak vitalite (enerji) ve mental sağlık puanları üzerine etkili bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarındaki bir puanlık artış vitalite puanları üzerinde 0,222, mental sağlık puanları üzerinde 0,150 puanlık artış sağlamaktadır. Vitalite için istatistiksel güç %91,5, mental sağlık için istatistiksel güç %63,9 olarak elde edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak önemli değildir.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipertansiyon sık görülen, ciddi komplikasyonlara neden olan, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Hipertansiyon tedavisi yaşam tarzı değişikliğini ve ilaç tedavisini içermekte olup, hastalığın yönetiminde başarılı olabilmek için hastaların ilaç tedavisine uyum göstermeleri önemlidir [1,2,9,14]. Çalışmamızda hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması 38.60 ± 10.64 olarak bulunmuş olup ölçekten alınabilecek en düşük (13) ve en yüksek (52) puanlar dikkate alındığında hastaların ilaç tedavisine uyumunun orta düzeyde olduğu söylenebilir. Kara Söylemez'in hipertansiyon hastalarıyla yaptığı çalışmada İBÖS-KF puan ortalaması 41.54 ± 9.45 olarak belirlenmiş olup hastaların ilaç uyumunun iyi düzeyde olduğu ifade edilmiştir [112]. Kes'in çalışmasında hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması 28.4 ± 10.3 olarak belirlenmiş olup, ilaç tedavisine uyumun orta düzeyde olduğu bildirilmiştir [10]. Kankaya ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması 38.99 ± 1.17 olarak tespit edilmiş ve ilaç tedavisine uyumun orta düzeyde olduğu ifade edilmiştir [113]. Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında geriatrik hipertansif bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması 45.05 ± 6.06 olarak bulunmuştur [114]. Hacıhasanoğlu Aşilar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada İBÖS-KF puan ortalaması 40.27 ± 11.97 olarak saptanmıştır [4]. Aşiret ve Okatan'ın çalışmasında İBÖS-KF puan ortalaması 47.12 ± 7.81 olarak tespit edilmiştir [115]. Çalışmaların çoğunda hastaların ilaç uyumunun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların İBÖS-KF puan ortalaması çalışmaların çoğunda çalışma sonucumuzdan daha yüksek bulunmuş olup çalışmalar arasındaki farklılığın hastaların bireysel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda 70 yaş ve üzerinde olan bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bakan ve İnci'nin çalışmasında çalışma bulgumuza benzer şekilde yaş artıkça antihipertansif ilaç tedavisine uyumun azaldığı belirlenmiştir [30]. Kankaya ve arkadaşları tarafından yaşlı hipertansif bireylerde yapılan çalışmada yaş ile İBÖS-KF puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [113]. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %85.5'inin ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığı saptanmıştır [116]. Yapılan bazı çalışmalarda ise yaş ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir [4,9,112,114,117-121]. Çalışma sonuçları arasındaki

farklılıkların hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri arasındaki farklılıktan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda evli olan bireylerin İBÖS-KF puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kankaya ve arkadaşlarının çalışmasında da evli olan bireylerin İBÖS-KF puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [113]. Çalışma sonucumuz doğrultusunda eş desteğinin hastaların ilaç tedavisine uyumunu olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Literatürde medeni durum ile antihipertansif ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır[4,112,117-119,121].

Hipertansiyon yönetiminde farmakolojik tedavinin yanında diyetle uyum, egzersiz yapma gibi yaşam tarzı değişiklikleri de önemli rol oynamaktadır [1].

Çalışmamızda diyetine uyan, düzenli egzersiz yapan bireylerin İBÖS-KF puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada da diyetle uyum ve fiziksel egzersiz yapma durumu ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir [10]. İlaç tedavisine olan uyumun diyetle uyum, egzersiz yapma gibi yaşam tarzı değişikliklerine de yansması beklenen bir sonuçtur.

Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaçların yan etkileri, gelişen komplikasyonlar, eşlik eden kronik hastalıklar gibi birçok faktör nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir [21-23]. Çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık puan ortalaması $52,20\pm 24,31$, toplam mental sağlık puan ortalaması $51,96\pm 20,65$ olarak saptanmıştır. Hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek puanı sosyal fonksiyon ($75,76\pm 28,40$) alt boyutundan, en düşük puanı ise emosyonel rol güçlüğü ($30,53\pm 42,78$) alt boyutundan aldıkları görülmüştür. Hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar göz önüne alındığında yaşam kalitelerinin düşük olduğu söylenebilir. Bostancının çalışmasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarında en yüksek puanın emosyonel rol güçlüğü(83.48 ± 30.74) alt boyutunda, en düşük puanın ise ruhsal sağlık(29.08 ± 6.24) alt boyutunda olduğu tespit edilmiş ve hastaları yaşam kalitesi düzeyinin düşük seviyede olduğu bildirilmiştir [92]. Naimi ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarında en yüksek puanın fiziksel fonksiyon (70.12 ± 24.55) alt boyutunda, en düşük puanın genel sağlık (50.7 ± 14.33) alt boyutunda olduğu

belirlenmiş olup hastaların yaşam kalitelerinin uygun olduğu belirtilmiştir [27].Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve hipertansiyon ile ilgili yapılan bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında hipertansiyonu olan bireylerin yaşam kalitesinin normotansif bireylerden daha kötü olduğu bildirilmiştir [17]. Çalışmaların birçoğunda hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir

Çalışmamızda cinsiyete göre bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları değerlendirildiğinde, kadın hastaların mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gün ve Korkmaz'ın çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer şekilde SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, rol gücü fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon puanlarının kadınlarda daha düşük olduğu saptanmıştır [122]. Xiao ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık, fiziksel özet skoru puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir [123].Hipertansiyon hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarda da kadınların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir [20,21,23,19,92].Çalışma sonucumuz literatürle benzerdir.

Çalışmamızda 70 yaş ve üzerinde olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutları dışındaki alt boyut puanlarının 70 yaşın altındaki bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Xiao ve arkadaşlarının çalışmasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı ve fiziksel özet skoru alt boyutlarında genç hastaların puanlarının yaşlılardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir [123].Wang ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu, yaşlı hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [26].Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da yaş artıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır [20,21,23].Yaşlanmayla birlikte artan kronik hastalıkların, azalan fiziksel fonksiyonların, sosyal ve duygusal alanlarda yaşanan değişimlerin yaşlı bireylerde yaşam kalitesini negatif yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda okuryazar olmayan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Zheng ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu bildirilmiştir [19].Yapılan diğer çalışmalarda da eğitim seviyesi artıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirtilmiştir [21,24].Çalışma

sonucumuz literatürle benzerdir. Eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte bireylerin hastalık yönetimine ilişkin bilgi ve becerilerinin de attığı ve bu durumun da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bekar olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyut puanlarının evli olan bireylere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gün ve Korkmaz'ın çalışmasında da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında evli olan bireylerin puanlarının bekar olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [122]. Evli bireylerin yaşam kalitesinin genel olarak daha yüksek olmasının evliliğin bireye sürekli bir sosyal destek oluşturmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olanların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık dışındaki alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Liang ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer şekilde hipertansiyon hastalık süresi 10 yıl ve üzerinde olanların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu ve uzun hastalık süresinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir[20]. Hipertansiyon hastalık süresi 11 yıl ve üzerinde olanlarda yaşam kalitesinin düşük olmasının artan hastalık süresinin tedavi uyumunda azalmaya ve hastalıkla ilişkili komplikasyonlar gelişmesine neden olabileceğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon dışında kronik hastalığı olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon dışındaki alt boyut puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da komorbiditeleri olan bireylerin yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği tespit edilmiştir [19-21,23]. Hipertansiyona eşlik eden diğer kronik hastalıkları olan bireylerde yaşanan semptomların ve komplikasyonların artacağı ve bu durumunda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama ve edindiği bu bilgiler doğrultusunda uygun sağlık kararlarını verebilme bilgi ve becerisini içeren sağlık okuryazarlığının hipertansiyon yönetiminde önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir[28-30,82,124].

Çalışmamızda hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması 79.62 ± 24.43 olarak bulunmuştur. Ölçekten en yüksek 125 puan alınabileceği göz önüne alındığında hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin orta düzeyde olduğu

söylenbilir. Doğrucan Katrancı'nın aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması 51.86 ± 15.17 olarak belirlenmiş olup, hastaların düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ifade edilmiştir [125]. Coşkun ve Bağcıvan'ın [29], çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin orta düzeyde, Bostancının çalışmasında [92] ise hipertansiyon hastalarının sınırlı-yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır. İran da yapılan bir çalışmada hastaların %89.5'inin orta düzeyde, %10.5'inin ise düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir [32]. Taylan da yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısının yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir [126]. Öncü ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %38.6'sının yetersiz, %31.7'sinin sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir [116]. Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okur yazarlığı düzeyini belirlemek için yapılan çalışmada toplumun %64.6'sının sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir [127]. Çalışma sonuçlarına bakıldığında hastaların sağlık okuryazarlığının düşük veya orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bu bulgular hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimler planlanması ve uygulanmasına gereksinim olduğunu göstermektedir.

Hipertansiyon yönetiminde hastaların ilaç uyumu ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi karmaşık görevleri yerine getirebilmesi için sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması gerekir [124]. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanı ile İBÖS-KF puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanındaki artışın İBÖS-KF ölçeği puanını da arttırdığı belirlenmiştir. Bakan ve İnci'nin çalışmasında da hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça ilaç tedavisine uyumlarının arttığı ve hastaların ilaç tedavisine uyumlarını yordayan en önemli değişkenin sağlık okuryazarlığı olduğu tespit edilmiştir [30]. Yapılan bir çalışmada hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça ilaç tedavisine uyumlarının da arttığı belirlenmiştir [28]. Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça ilaç tedavisine uyumlarının da arttığı belirlenmiştir [29]. Wannasirikul ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık okuryazarlığının ilaç uyumunun artmasında hem doğrudan etkisinin olduğu hem de bireylerin bilişsel yetileri ve okuryazarlık düzeyini

arttırarak aracı oldu ifade edilmiştir[126].Çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir[26,27]. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan regresyon analizinde sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanındaki 1 puanlık artışın SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin vitalite puanları üzerinde 0.222, mental sağlık puanları üzerinde 0,150 puanlık artış sağladığı belirlenmiştir. Naimi ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [27]. Shi ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgi yaşam kalitesine katkıda bulunan bir faktör olduğu, sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir [31]. Wang ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde yaşam kalitesinin de daha düşük olduğu belirtilmiştir[26]. Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığının hipertansif bireylerde yaşam kalitesini etkileyen majör bir faktör olduğu belirlenmiştir[86]. Hipertansif bireylerle yapılan diğer çalışmalarda da sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin de arttığı bildirilmiştir [18,92]. Sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmiştir [128]. Çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığının artmasıyla yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamasının 79.62 ± 24.43 , ölçeğin bilgiye erişim, bilgiyi anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 15.21 ± 6.01 , 21.54 ± 8.08 , 25.69 ± 8.70 , 17.17 ± 5.08 olduğu,
- İlaç tedavisine bağlılık/ uyum öz-etkililik ölçeği kısa formu (İBÖS-KF) puan ortalaması 38.60 ± 10.64 olduğu,
- SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının fiziksel fonksiyon 57.33 ± 26.47 , fiziksel rol güçlüğü 41.96 ± 45.93 , ağrı 55.90 ± 29.45 , genel sağlık algısı 53.59 ± 21.83 , vitalite 47.29 ± 23.13 , sosyal fonksiyon 75.76 ± 28.40 , emosyonel rol güçlüğü 30.53 ± 42.78 , mental sağlık 54.26 ± 21.14 , fiziksel özet skoru 52.20 ± 24.31 , mental özet skoru 51.96 ± 20.65 olduğu,
- Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puanı ile İBÖS-KF arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu,
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanındaki artışın İBÖS-KF ölçeği puanında da artışa neden olduğu,
- Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin bilgiyi anlama, uygulama/kullanma alt boyutu ve toplam puanı ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu,
- Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanındaki artışın SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin vitalite ve mental sağlık alt boyut puanlarında artış sağladığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırmaya yönelik eğitim programları planlanması,
- Bireylere ilaç uyumu ve hastalık yönetimine ilişkin yapılan eğitimlerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin göz önüne alınması,
- Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmalar planlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Arıcı, Dr. M., Birdane,Dr. A., Güler,Dr. K., Yıldız, Dr. B.O., Altun,Dr. B., Ertürk, Dr. Ş., Aydoğdu, Dr. S., Özbakkaloğlu, Dr. M., Ersöz ,Dr. H.Ö., Süleymanlar,Dr. G., Tükek, Dr. T., Tokgözoğlu, Dr. L., Erdem,Dr.Y. , “ Türk hipertansiyon uzlaşı raporu ” Türk Kardiyol Dern Arş – Arch Turk Soc Cardiol ;43(4), 402–409, 2015.
2. Aşık,M., Aydoğdu, A.,Bayram, F.,Bilen,H., Can, S.,Cesur,M.,Çakır,İ.,Dikbaş,O., Elbüken,G.,Gözü,H.İ.,Haymana,C.,Kılıçlı,F.,Kıyıcı,S.K.,Meriç,C.,Özkan,Ç.,Özka ya,M.,Sabuncu,T., Sancak,S.,Sönmez,A.,Şahin,İ., Tütüncüoğlu,P., Ukinç,K., Usluoğulları,C.A.,Üçler,R.,Yılmaz,M., “Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu ”, *TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu*,s. 80, Ankara,2018.
3. Mills K.T., Bundy. J.D., Kellympt.N.,Reedphd J. E., Kearneymph P.M.,Reynoldsphd. K., Chenphd J., He. Md. J., “Global Disparities of Hypertension Prevalenceand Control ”, *Circulation.*, 134:441–450.,2016.
4. Hacıhasanoğlu Asilar, R., Yildirim, A., Saglam,R., Demirturk., Selcuk, E., Erduran ,Y., Sarihan, Ö. , “Theeffect of lone lines sand perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey”, R. HacıhasanoğluAsilar et al. / *Journal of VascularNursing*38, 183-190, 2020.
5. Williams, B., Mancia, G., Spiering W., AgabitiRosei, E., Azizi, M., Burnier, M., et al., “2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension” , *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104, 2018.
6. Sengul, Ş., Akpolat, T., Erdem , Y., Derici ,U., Arici ,M., Sindel ,Ş., Karatan , O., Turgan ,Ç., Hasanoglu, E., Caglar , S., Erturk , S., “ Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control ratesin Turkey from 2003 to 2012” , *Journal of Hypertension*, 34, 1208–1217, 2016.
7. Onat , Prof. Dr. A., Can , Doç. Dr. G., Yüksel , Prof. Dr. H., Ademoğlu , Prof. Dr. E., Erginel Ünaltuna , Prof. Dr. N., Kaya, Doç. A., Altay , Yrd. Doç. Dr. S., “ TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük”, Altan ONAT , İSTANBUL, 2017 .
8. Poulter, N. R., Borghi ,C., Parati , G., Pathak , A., Toli , D., Williams , B., Schmieder, R.E., “ Medication adherence in hypertension” , *Journal of Hypertension* , 37, 000–000, 2019 .

9. Mert, H., Özçakar , N., Kuruoğlu , E., “ Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi” , Türk Aile HekDerg ., 15(1), 7-12 , 2011.
10. Keser , D., “ Predictors of Blood Pressure Control and Medication Adherenceamong Primary Hypertensive Patients ”, International Journal of Caring Sciences , 2019.
11. İnternet: World Health Organization , “Nursing Management of Hypertension”’,2005
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
12. Conn , V. S., Ruppap , T.M., Chase, J.-Ana D., Enriquez , M., Cooper, P.S., “Interventionsto Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Reviewand Meta-analysis ”, Curr Hypertens Rep., 17(12) , 94 ,2015
13. Asgedom , S. W., Atey, T. M., Desse , T.A., “ Antihypertensive medication adherence and associated factor samongadulthypertensivepatients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia ”, Asgedom et al. BMC ResNotes ,11-27 ,2018.
14. Tör , V., Tosun, N., “Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi ” , Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi., 2(3) , 114-123 , 2020.
15. Sadik, D. G.T. , Berhane , Y., Worku , A., “ Adherenceto Antihypertensive Treatmentand Associated Factors in Central Ethiopia ” , Hindawi International Journal of Hypertension , ID 9540810, 10 , 2020.
16. Peacock , E., Joycec, C., Craig , L.S., Lenane , Z., Holt , E.W., Muntner , P., Wood , M.K., “ Lowmedicationadherence is associatedwithdeclineinhealth-relatedquality of life: results of a longitudin alanalysis amongolder women and menwith hypertension ” , Journal of Hypertension , 39, 153–161, 2021.
17. Trevisol , D.J., Moreira , L.B., Kerkhoff , A., Fuchs , S.C., Fuchs , F.D., “ Health-relatedquality of life andhypertension: a systematic review and meta-analysis of observationalstudies ” , Journal of Hypertension , 29 , 179–188 , 2011.
18. Park , N.M., Song, M.S., Shin , S.Y., Jeong , J., Lee , H.Y., “ Theeffects of medication adherence and healthliteracy on health-relatedquality of life in older people with hypertension ” , Int J Older People Nurs. ,12196 , 2018.

19. Zheng , E., Xu , J., Xu, J., Zeng , X., Tan, W.J., Li, J., Zhao, M., Liu, B., Liu, R., Sui, M., Zhang, Z., Li, Y., Yang, H., Yu, H., Wang, Y., Wu, Q., Huang, W., “ Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors for Elderly Patients With Hypertension: Evidence From Heilongjiang Province, China” , *Frontiers. Public Health.*, 2021.
20. Liang , Z., Zhang , T., Lin, T., Liu, L., Wang, B., Fu, A.Z., Wang, X., Xu, X., Luo, N., Jiang, J., “ Health-related quality of life among rural men and women with hypertension: assessment by the EQ-5D-5L in Jiangsu, China ” , *Quality of Life Research* , 28, 2069–2080 , 2019.
21. Göçgeldi , E., Babayiğit , M.A., Hassoy , H., Açikel, C.H., Taşçı , İ., Ceylan, S., “ Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ”, *Gülhane Tıp Dergisi* , 50, 172-179, 2008
22. Chen, Q., Ran, L., Li, M., Tan, X., “ Health-related quality of life of middle-aged and elderly people with hypertension: A cross-sectional survey from a rural area in China ” , *PLOS ONE*, 2021 .
23. Aydemir, Ö., Özdemir, C., Koroglu, E., “ The Impact of Co-Morbid Conditions on the SF-36: A Primary-Care-Based Study Among Hypertensives ” , *Archives of Medical Research* , 36, 136–141, 2005.
24. Erci, B., Elibol, M., Aktürk, Ü., “ Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ” , *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* , 26(2), 79-92, 2018.
25. Bardage, C., Isacson, D. G. L. , “ Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study ” , *Journal of Clinical Epidemiology*, 54 , 172–181, 2001.
26. Wang, C., Lang, J., Xuan, L., Li, X., Zhang, L., “ The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive ” , Wang et al. *International Journal for Equity in Health* , 16, 58, 2017.
27. Naimi, A.J., Naderiravesh, N., Bayat, Z.S., Shakeri, N., Matbouei, M., “Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016 ”, *Electronic Physician*, 9 (11), 5712-5720, 2017.
28. Kilic, H.F., Dag, S., “ The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence in a Hypertensive Patient Population ” , *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 2020.

29. Coskun, S., Bagcivan, G., “ Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy ”, 2020.
30. Bakan , G., İnci, F.H., “ Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı ”, *Turk J Cardiovasc Nurs* , 12(28), 81-87, 2021.
31. Shi , D., Li, J., Wang, Y., Wang, S., Liu, k., Shi, R., Zhang, Q., Chen, X., “ Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study ”, *Intern Emerg Med*, 2017.
32. Doost, R.A.D., Amini, R., Khodaveisi, M., Tapak, L., “ Evaluation of health literacy level of Hypertension patients referred to specialized clinic of Farshchian Cardiovascular hospital in Hamadan and its correlation with Hypertension ”, *Archives of Pharmacy Practice*, 2020.
33. Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E. Halpern, D.J., Crotty, K., “Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review ”, *Ann Intern Med.* , 155, 97-107, 2011.
34. Kaya, E., Sivrikaya, S.K., “ Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik ”, *sted.* 28(3) , 216-221, 2019 .
35. Yıldırım, N., Durna, Z., “ Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü ”, *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi / J Midwifery and Health Sci*, 4(3), 305-315, 2021.
36. İnternet: “Türkiye Sağlık Araştırması, 2019”
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.
37. Doğaner, Y.Ç, Aydoğan, Ü., “Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler ”, *Türk Aile Hek Derg*, 23 (2), s. 78-84, 2019.
38. Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Collins, K.J., Himmelfarb, C.D., DePalma, S.M., Gidding, S., Jamerson, K.A., Jones, D.W., MacLaughlin, E.J., Muntner, Oviagele, B., Smith, S.C., Spencer, C.C., Stafford, R.S., Taler, S.J., Thomas, R.J., Williams, K.A., Williamson, J.D., Wright, J.T., “2017 Acc/Aha/Aapa/Abc/Acpm/Ags/Apha/Ash/Aspc/Nma/Pcna Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults ”, *Hypertension*, 71, 13-115, 2018.
39. Nandhini, S., “Essential Hypertension Review Article” , *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 6(9), 305-307, 2014 .

40. Şenuzun, F., Özer, S., “Hipertansiyon ve Bakım”, (Durna, Z. Ed.) ,KronikHastalıklar ve Bakım, *Nobel Tıp Kitabevi*, İstanbul, 2012.
41. Karakoç, E.V., Ömer, Z., Can, H., “ Birinci Basamakta Hipertansiyona Yaklaşım” , *Smyrna Tıp Dergisi*, 62-67, 2012.
42. İnternet:“Türkiye kardiyoloji
derneği”<https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/PDF/BULTEN-2-3.PDF>
43. Siyad, A. R., “Hypertension. Hygeia: JournalForDrugsandMedicines” 3(1), 1-16, 2011.
44. Zungur, M., Yıldız, A., “ Hipertansif Hastaya Yaklaşım” , *STED*, 13(8), 297-303, 2004
45. Babalık, E., “Hipertansiyon Patofizyolojisi” , *Klinik Gelişim*, 18 (2), 25-32, 2005.
46. Kumar, J., “Epidemiology of hypertension”, *c l i n i c a l q u e r i e s : n e p h r o l o g y*, 2, 5 6-6 1, 2013.
47. İnternet: World HealthOrganization , “Hypertension”,2021
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
48. Kolcu, M., Ergün , A., “Yaşlılarda Hipertansiyon ” , *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 17-23, 2017.
49. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC)Arteriyel Hipertansiyon Birliği, “2013 ESH/ESC arteriyel hipertansiyonkılavuzu” *Türk KardiyolDern Arş.*, Supply 4:1-72, 2014.
50. Badır, A., “Hipertansiyon ”, Karadakovan, A., Eti Aslan, F., *Dahilive Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara, 2014.
51. Arık, N., Dilek, M., Ejder, T., Ekmekçi, Y., Erdem, E., Ergün, İ., Erkoç, R., Gül, C.B., Gülcan, E.,Güllülü, M.,Keleş, M., Külah, E., Nergizoğlu, G.,Özkan, G., Paydaş, S., San, A.,Selçuk, N.Y.,Sungur, C.,Taşkapan, H.,Tiryaki, Ö.,Ulusoy, F.,Usalan, C.,Ünver, S.,Yavuz, D.,“Hipertansiyon, 1 ”, Arık, N., Dilek, M. (Çeviri Ed.), *İstanbul Medikal Yayıncılık*, s. 159-169, Samsun, 2013.
52. Elitok, A., Adalet, K., “Klinik Kardiyoloji Tanı ve Tedavi ”, Adalet, K.(Ed.), *İstanbul tıp kitapevi* , s. 293-317, İstanbul, 2013.
53. Aydoğdu, S., Güler, K.,Bayram,F., Altun,B., Derici,Ü., Abacı, A.,Tükek,T., Sabuncu,T.,Arıcı,M., Erdem,Y.,Özin,B., Şahin,İ.,Ertürk,Ş., Bitigen,A., Tokgözoğlu, L., “Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019” , *TurkKardiyolDernArs*, 47(6), 535-546, 2019.

54. Aşık,M., Aydoğdu, A.,Bayram, F.,Bilen,H., Can, S.,Cesur,M.,Çakır,İ.,Dikbaş,O., Elbüken,G.,Gözü,H.I.,Haymana,C.,Kılıçlı,F.,Kıyıcı,S.K.,Meriç,C.,Özkan,Ç.,Özka ya,M.,Sabuncu,T., Sancak,S.,Sönmez,A.,Şahin,İ.,Tütüncüoğlu,P., Ukiñç,K.,Usluoğulları,C.A.,Üçler,R.,Yılmaz,M.,“Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu ”, *TEMED Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu*,s. 80, Ankara,2019.
55. Özpancar, N., “Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları”, *TurkishJournal of CardiovascularNursing*, 7(1), 2-11, 2016.
56. Elitok, A.,Erzengin, F., “Klinik Kardiyoloji Tanı ve Tedavi ”, Adalet, K.(Ed.), *İstanbul tıp kitapevi* , s. 299-317, İstanbul, 2013.
57. Arık, N., Dilek, M., Ejder, T., Ekmekçi, Y., Erdem, E., Ergün, İ., Erkoç, R., Gül, C.B., Gülcan, E.,Güllülü, M.,Keleş, M., Külah, E., Nergizoğlu, G.,Özkan, G., Paydaş, S., San, A.,Selçuk, N.Y.,Sungur, C.,Taşkapan, H.,Tiryaki, Ö.,Ulusoy, F.,Usalan, C.,Ünver, S.,Yavuz, D.,“Hipertansiyon, 1 ”, Arık, N., Dilek, M. (Çeviri Ed.), *İstanbul Medikal Yayıncılık*, s. 169-179, Samsun, 2013.
58. Alhawassi, T.M., Alatawi, W., Alwhaibi , M., “ 2015 Amerikan Geriatri Derneği Beers kriterlerini kullanan yaşlı yetişkinler arasında potansiyel olarak uygunsuz ilaç kullanımının yaygınlığı ve risk faktörleri ”, *BMC Geriatri* , 154, 2019
59. Poulter, N.R., Borghi,C.,Parati,G.,Pathak, A., Tolig,D.,Williams,B.,Schmieder, R.E.,“Medicationadherence in hypertension”, *Journal of Hypertension*, 37, 1-9, 2019.
60. Hacıhasanoğlu, R., “Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler”, *TAF PreventiveMedicineBulletin*, 8(2), 167-172, 2009.
61. The JNC 7 Report, “Sevent Report of theJointNationalCommittee on Prevention, Detection, Evaluation andTreatment of High Blood Pressure”, *TheJournal of theAmericanMedicalAssociation*, 289 (19), 2560-2572, 2003.
62. HacıhasanoğluAşıl, R., “Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi”, *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi – Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(11), 151-159,2015.
63. Burnier,M., “Drugadherence in hypertension”, *AcceptedManuscript*, 2-36,2017.
64. Dikeç, G., Kutlu, Y., “ Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı.”, *Journal of PsychiatricNursing*, 6(1), 40-46, 2015.

65. Akan, D.D., Çaydam, Ö.D.,Pakyüz, S.Ç.,“Hipertansiyon Tanısı Konulmuş Hastaların Hipertansiyon Bilgi Düzeyleri ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi ”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,23(2), 241-249, 2020.
66. Tümer,A., Baybuğa, M.S., Dereli, F., Uysal, D.D.,“ Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri” ,*Journal of CardiovascularNursing*, 7(13), 105-113, 2016.
67. Efe, D., Akça, N., “Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonu Olan Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumları ” ,*Bozok Tıp Derg*, 10(1), 55-62, 2020.
68. Ren, X.S., Kazis, L.E., Lee, A., Zhang, H., “Identifyingpatientandphysiciancharectericsthataffectcompliancewithantihypertensivemedications. ” , *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 47-56, 2002.
69. Gürdoğan, M., Gürdoğan, E.P., “ Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler ” , *MN Kardiyoloji*, 26(3), 147-153, 2019.
70. Tözün, M., Sözmen, M.K., “Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı ” , *Smyrna Tıp Dergisi*, 48-54, 2014.
71. Gün, E.P., “Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne Kayıtlı 18 Yaş Ve Üzeri Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı İle Kan Basıncı Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*, s.1-71, Samsun, 2021.
72. Nutbeam, D., “Healthliteracy as a publichealthgoal: A challengeforcontemporaryhealtheducationandcommunicationstrategies in the 21st century” , *Health Promotion International*, 15(3), 2000.
73. Mancuso, J.M.,“Healthliteracy: A concept/dimensionalanalysis” , *Nursing&HealthSciences*, 10(3), 248-255, 2008.
74. Çopurlar, K.C., Kartal, M., “What is healthliteracy? How tomeasure it? Why is it important? ” , *TurkishJournal of FamilyMedicine&PrimaryCare*, 10(1), 42-7, 2016.
75. Ishikawa, H., Kiuchi, T., “Healthliteracyandhealthcommunication” , *BioPsychoSocialMedicine*,4(1), 2-5, 2010.
76. Kickbusch,I., Pelikan, L.M., Apfel, F., Tsouros, A.D., “HealthLiteracy. ” ,*World HealthOrganization, Regional Office for Europe*,s.1-86, 2013.

77. Güven, A., “Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi ”,*Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2016
78. Taş , T.A., Akış, N., “Sağlık Okuryazarlığı ”, *sted*, 25(3), 119-124, 2016.
79. Bakan , A.B., Yıldız, M., “21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma ”, *Sağlık ve Toplum* , 29(3) ,33-40, 2019.
80. Bilir,N., “ Sağlık okur-yazarlığı ”, *Turk J PublicHealth* , 12(1),61-68, 2014.
81. Yılmaz, M., Tiraki, Z., “Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? ”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147, 2016.
82. Öncü , E., Vayisoğlu, S.K., Güven , Y., Aktaş,G., Ceyhan, H., Karakuş ,E., “ Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler ” , *Turk J PublicHealth*, 18(1), 10-25, 2020.
83. Doyle, G., Cafferkey, K., Fullam, J., “TheEuropeanHealthLiteracySurvey: ResultsFromIreland” ,*HLS.EU*, s.94, 2012.
84. Çınar, M., “Hipertansiyon Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi ” , *T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi*, s.1-80, Ankara, 2020.
85. Ghaffari-fam,S., Sarbazi, E., Ardabili, F.,Babazadeh, T.,Darghahi,G., Jafaralilou,H., “The role of HealthLiteracy in Hypertension Control: a cross-sectionalstudy in Iran ”,*Ann Ig* , 32(3), 263-273, 2020.
86. Zhang, Q., Huang, F., Zhang, L., Li, S., Zhang, J., “ Theeffect of highbloodpressure-healthliteracy,self-managementbehavior, self-efficacyandsocialsupport on thehealth-relatedquality of life of Kazakhhypertensionpatients in a low-incomeruralarea of China: a structuralequation model ” ,*BMC PublicHealth*, 21, 1-10, 2021.
87. İcyeroğlu, G., “ Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Kalitesi ”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*,s.35-37,Elazığ, 2012.

88. Akdemir, N., “ Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar ”, Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. *Ankara: Sistem Ofset*, s. 3-61, 2004.
89. Şenol, Y., Türkay, M. , “ Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması ”, *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 5 (5): 382-389, 2006.
90. Kumsar, A.K., Yılmaz, F., “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış ”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (2), 62-70, 2014.
91. Ayyıldız, N.İ., Ergüney, S., “Hipertansiyon Hastalarında Yaşa Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 21-31, 2017.
92. Bostancı , Ş., “Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”, *Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans tezi*, s. 10-94, Bursa, 2019.
93. Yıldırım, C., “Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi ” , *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-120, Nevşehir,2019
94. Kolcu ,M., Ergün , A., “Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü ”, *HSP*, 3(3):234-241, 2016.
95. Yıldırım, N., Durna, Z., “Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. ”, *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 4(3), 305-315, 2021.
96. Himmelfarb,C.R.D., Commodore-Mensah, Y., Hill, M.N., “Expanding the Role of Nursesto ImproveHypertensionCareand Control Globally ”, *Annals of Global Health*, 82(2), 243-53, 2016
97. Burnier, M., “Medicationadherenceandpersistence as thecornerstone of effectiveantihypertensivetherapy”, *AmericanJournal of Hypertension*, 19(11), 1190- 1196, 2006.
98. Düzöz, G., “ Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi ”, *Hemşirelik Forumu Dergisi* , s.22- 26, 2005.
99. Hacıhasanoğlu, R., “ Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları ”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* , 4(12), 153-164, 2009
100. Atan, G., “Akupresurun Hipertansiyonu Olan Bireylerde Kan Basıncı ve Hastalığa Bağlı Semptomlara Etkisi” , Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Doktora tezi, Erzurum, 2019.
101. Shi D, Li J, Wang Y, et al. “Association between health literac yand hypertension management in a Chines ecommunity: a retrospectivecohortstudy” *,InternEmergMed.*, 12(6), 765-776, 2017.
 102. Yilmazel G, Çetinkaya F., “RelationbetweenHealthLiteracyLevels, Hypertensionawarenessandcontrolamongprimary-secondaryschoolteachers in Turkey”, *AIMSPublicHealth*, 4(4), 314-325, 2017.
 103. Kaya Ç, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İcen F, Akman M., “ Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi.”, *TurkishFamPhysician*. 4(3), 1-9, 2013.
 104. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam,J .,“(HLS-EU) ConsortiumHealthLiteracy Project European. HealthliteracyandPublicHealth: A SystematicReviewand Integration of DefinitionsandModels. ”, *BMC PublicHealth* , 25(12), 80, 2012.
 105. Toci E, Burazeri G, Sorenson K., “Health Literacy and Socio economic Characteristics Among Older People in Transitional Kosovo. ”, *British Journal of Medicine&MedicalResearch*, 3(4), 1646-1658, 2013.
 106. Aras, Z., Bayık, A.T., “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi ”,[FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi](#), 25(2), 85-94, 2017.
 107. Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P. ve Charlson, M. E., “Development and Evaluation of A MedicationAdherence Self-EfficacyScale in HypertensiveAfrican-AmericanPatients.”,*Journal of ClinicalEpidemiology*, 56, 520–529. 105, 2003.
 108. Fernandez, S., Chaplin, W. ve Ogedegbe, G., “ Revision and Validation of the Medication Adherence Self-EfficacyScale (MASES) in HypertensiveAfricanAmericans”, *Journal of BehavioralMedicine*, 31(6), 453–462, 2008.
 109. Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S. ve Çapık, C., “Validity of theTurkishVersion of theMedicationAdherence Self-EfficacyScale-Short Form in HypertensivePatients.”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 12, 241-248, 2012.

110. Ware, E. J., Sherbourne, D. ., „The MOS 36-Item Short-Form HealthSurvey (Sf-36): I. Conceptual Framework AndItemSelection”, *MedicalCare*, 30(6), 473-483, 1992.
111. Pınar, R., „Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram; Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalıklarda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi ”, *Hemşirelik Bülteni*, 9(38), 85-95. 1995.
112. Söylemez , G.K., “Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri İle Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumları Arasındaki İlişki ”, *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.29-32, Erzincan ,2018.
113. Kankaya, H., Özer, S., Korkmaz, M., Karabulut, Ö., Kurt, E.A., “Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği ” , *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* , 33(3), 1-10 ,2017.
114. Özdemir, Ö., Akyüz, A., Doruk, H., “Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları ” , *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12 (4) , 195-201, 2016.
115. Aşiret , G. D., Okatan, C., “Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri İle Spirütüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ” , *Turk J Cardiovasc Nurs* , 10(23), 122–128, 2019.
116. Demirbağ , B.C., Timur , M., “Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları ” , *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11 (1) , 1-8, 2012.
117. Tümer, A., Subaşı Baybuğa, M., Dereli, F., Demir Uysal, D., “ Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri ” , *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 105-113, 2016.
118. Teke, N., Arslan, S., “ Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ” , *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* , 11 (2), 120-128, 2018.
119. Karadağ, E., Akkuş , Y., Karatay, G., “Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri ” , *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* , 28 (3) , 85-96, 2012.
120. Vatansever, Ö., Ünsar, S., “ Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

- ” , *Türk KardiyolDernKardiyovasküler Hemşirelik Dergisi – TurkSocCardiolTurkishJournal of CardiovascularNursing* , 5(8) , 66-74, 2014.
121. Mollaoğlu, M., Solmaz, G., Mollaoğlu, M., “ Adherencetotherapyandquality of life in hypertensive patients ” , *ActaClinCroat* , 54, 438-444, 2015.
122. Gün, Y., Korkmaz, M., “ Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi ” , *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* , 7 (2) , 98-108, 2014.
123. Xiao , M., Zhang, F., Xiao, N., Bu, X., Tang, X., Long, Q., “ Health-RelatedQuality of Life of HypertensionPatients: A Population-Based Cross-SectionalStudy in Chongqing, China ” , *Int. J. Environ. Res. PublicHealth* , 16, 2-12, 2019.
124. Öncü, E., “ Sağlık Okuryazarlığının Hipertansiyon Kontrolünde Önemi ” , *Dünya İnsan Bilim Derg* , 1, 45-70, 2018.
125. Doğrucan, N., “Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi ” , *Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi*, Yozgat, 2019.
126. Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., Tanasugarn, C., “HealthLiteracy, MedicationAdherence, And Blood Pressure Level AmongHypertensiveOlderAdultsTreated At PrimaryHealthCareCenters ” , *SoutheastAsian J Trop MedPublicHealth* , 47(1), 109-120, 2016.
127. Tanrıöver , M., Yıldırım, H.H., Demiray, F.N., Çakır, B., Akalın, E., “ Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ” , *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları*, Ankara, 2014.
128. Zheng, M., Jin , H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., Li, X., “There lation ship between health litera cyandquality of life: a systematicreviewand meta-analysis ” , *Zheng et al. HealthandQuality of Life Outcomes*, 16, 1-10, 2018.

EKLER

EK 1 HASTA TANITIM FORMU

1-Kaç Yaşındasınız?

2- Boy: Kilo: BKI:

3- Kan Basıncı Değerleri (Sistolik / Diastolik):

4- Cinsiyetiniz

1 Kadın 2 Erkek

5- Eğitim Durumunuz Nedir?

1. Okur-yazar değil 2.Okur-Yazar 3.İlköğretim 4. Lise 5. Yüksekokul / üniversite

6- Medeni Durumunuz Nedir?

1 Evli 2 Bekar

7- Çocuğunuz Var mı?

1. Evet (ise sayısı.....) 2.Hayır

8- Aile tipiniz Nedir?

1.Çekirdek aile 2. Geniş aile 3.Parçalanmış aile 4. Yalnız 5.Diğer

9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Yalnız yaşıyorum 2.Eşimle birlikte 3.Eşim ve çocuklarımla birlikte

4. Diğer(ise belirtiniz.....)

10- Mesleğiniz

1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Emekli

5. Serbest meslek 6. Çiftçi 7.Diğer.....

11- Halen biri işte çalışıyor musunuz?

1 Çalışmıyorum 2 Çalışıyorum

12- Gelir Durumunuz Nedir?

1 Gelirim giderlerimden az 2 Gelirim giderlerime eşit 3 Gelirim giderimden fazla

13- Sosyal Güvenceniz var mı?

1 Var 2 Yok

14-Yaşadığınız Yer

1.Şehir/Merkez 2.İlçe 3.Kasaba 4.Köy

15-Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hiç içmedim

2.İçtim,..... yıl kullandım.....süre önce bıraktım

3. Halen içiyorum.....yıldır, günde.....tane/paket

16. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır hiç kullanmadım
2. Daha önce kullandım şimdi kullanmıyorum(miktarı/zamanı.....)
3. Evet, halen kullanıyorum. (miktarı/zamanı.....)

17. Ne kadar süredir hipertansiyon hastalığınız var?.....

18.Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet (ise belirtiniz
2. Hayır

19. Hipertansiyon hastalığınız için hangi ilaçları kullanıyorsunuz? (Belirtiniz)

20.Kullandığınız ilacı nasıl tanıyorsunuz?

- 1() İsminden 2() Kutusundan 3() Şeklinden

21.Tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı?

- 1()Evet 2()Hayır

22.Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni nedir?

- 1()Yan etki yaptı 2() Tansiyonumu düşürmedi 3() Pahalıydı
4() Doktorumun önerisiydi ilaç yazdırmaya gittiğimde değiştirildi

23.Tansiyon ilaçlarınızı doktorunuzun önerdiği sıklıkta düzenli kullanıyor musunuz?

1. Evet, ilacımı düzenli kullanıyorum.
2. İlacımı hiç kullanmıyorum
3. Hayır, ilacımı düzenli kullanmıyorum

24.İlaçlarınızı düzensiz kullanıyorsanız veya hiç kullanmıyorsanız nedeni nedir?(belirtiniz)

25.Kan basıncınızı hangi sıklıkla ölçüyorsunuz?(belirtiniz).....

26.Hipertansiyon hastalığınız için ne sıklıkla kontrole gidersiniz?

- 1.) Ayda bir 2() Üç ayda bir 3() Altı ayda bir 4() Yılda bir 5() Hiç gitmem

27.Düzenli kontrole gitmiyor iseniz nedeni nedir?(belirtiniz)

28. Daha önce hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?

1. Evet 2.Hayır

29. Son 1 yıl içerisinde hipertansiyon hastalığınız nedeniyle hastaneye yattınız mı?

1. Evet (ise kaç kez.....) 2.Hayır

30. Hipertansiyon hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?

1. Evet (ise Kimden.....)

2. Hayır

31.Kan basıncınızı kontrol altına almak için kullandığınız herhangi bir bitkisel/alternatif tedavi yöntemi var mı?

1() Evet (ise ne olduğunu belirtiniz).....

2() Hayır

32.Uyguladığınız yöntemin kan basıncınızı kontrol altına aldığına inanıyor musunuz?

1() Evet

2() Hayır



EK 2 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

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

1.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
2.AÇI yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
3.Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
4.Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
5.Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					



EK 3: İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖSKF)

İnsanların doktorları tarafından yazılan ilaçları almasını zorlaştıran bazı durumlar ortaya çıkar. Böyle durumların bir listesi aşağıdadır. Biz sizin bu durumların her biri ile ilgili olarak tansiyon ilaçlarınızı almanız hakkındaki düşüncenizi bilmek isteriz. Lütfen kutuları kontrol ederek görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. Doğru ve yanlış cevap yoktur. Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında tansiyon ilaçlarınızı HER ZAMAN alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu lütfen işaretleyiniz.

TANSİYON İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
1. Evde meşgul olduğunuzda ()	()	()	()
2. Size hatırlatacak birisi olmadığında ()	()	()	()
3. Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde ()	()	()	()
4. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde ()	()	()	()
5. Ailenizle beraber olduğunuzda ()	()	()	()
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda ()	()	()	()
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde ()	()	()	()
8. Seyahatlerde ()	()	()	()
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde ()	()	()	()
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde ()	()	()	()
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde ()	()	()	()
12. Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda ()	()	()	()

AŞAĞIDAKİ İŞLEMİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ

Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
13. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan ()	()	()	()

EK 4 SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel.....	1
Çok iyi.....	2
İyi.....	3
Fena değil	4
Kötü.....	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

2. Geçen seneye karşılaştığımızda, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....	1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....	2
Hemen hemen aynı.....	3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınıza aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			

Eğilme veya diz çökme			
1-2kmyürüme			
Bir kaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4). Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5).Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor		

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3

Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9).Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10).Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

a)Her zaman b)Çoğu zaman c)Bazen d)Nadiren e)Hiçbir Zaman

11).Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının İlaç Tedavisine Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu çalışma hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bilgiler tanıtıcı anket formu, sağlık okuryazarlığı, ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak toplanacaktır.

Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecektir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Katılımcı Onam Formu:

Araştırmaya ilişkin gerekli açıklamalar yapılmış olup hiçbir baskı olmaksızın kendi isteğimle katıldığımı beyan ederim.

Hastanın Adı Soyadı: **İmzası:**

Sorumlu Araştırmacı: Sebiha İlknur TAD