



T.C.
ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI



HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ

ŞEYDA BOSTANCI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2019





T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

ŞEYDA BOSTANCI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

DOÇ. DR. AYSEL ÖZDEMİR

BURSA-2019

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

17.09.2019

Şeyda BOSTANCI



KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şeyda BOSTANCI tarafından hazırlanan "Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi " konulu Yüksek Lisans tezi 20/09/2019 günü, ...10.....-00.... saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

Üye

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Üye

Dr. Öğr.Üyesi Kevser Tarı
SELÇUK

Üye

Üye



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

Tarih: 17.09.2019

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

Adı Soyadı: Şeyda BOSTANCI

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakterleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Aysel Özdemir

İmza:



İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK	
İÇ KAPAK	
ETİK BEYANI.....	i
KABUL ONAY	ii
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÖZET.....	vi
SUMMARY.....	vii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Hipertansiyon.....	3
2.1.1.Hipertansiyon Tanımı	3
2.1.2.Kan Basıncı Ölçümü.....	3
2.1.3.Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	4
2.1.4.Hipertansiyon Sınıflaması	5
2.1.5.Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	7
2.1.6.Klinik Belirti ve Bulgular.....	8
2.1.7.İzole Sistolik Hipertansiyon.....	8
2.1.8.Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon.....	8
2.1.9.Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Risk.....	9
2.1.10.Hipertansiyon ve Sosyodemografik Özellikler	10
2.1.11.Hipertansiyon ve Yaşlılık.....	11
2.1.12.Hipertansiyon Tedavisi	12
2.1.13.Nonfarmakolojik Tedavi	12
2.1.14.Farmakolojik Tedavi.....	13
2.2.Sağlık Okuryazarlığı	15
2.3.Yaşam Kalitesi.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Tipi.....	19

3.2.Araştırmanın Hipotezleri	19
3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	20
3.7.Veri Toplama Araçları.....	20
3.7.1.Veri Toplama Formu.....	21
3.7.2.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (Tsoy-32) Ölçeği.....	21
3.7.3.Short Form-36 (Sf-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	22
3.8.Veri Toplama Yöntemi.....	23
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.10.Etik Açıklamalar.....	23
3.11.Araştırmaya Sağlanan Destek.....	23
4.BULGULAR	24
4.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	24
4.2.Katılımcıların Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	26
4.3.Katılımcıların Beslenme Durumlarına İlişkin Özellikleri.....	28
4.4.Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	29
4.4.Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeyleri.....	33
4.5.Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	37
5.TARTIŞMA	38
5.1. Hipertansiyon ve Sosyo-Demografik Özelliklerin Tartışılması.....	39
5.2. Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Tartışılması.....	47
5.3.Hipertansif Bireylerde Yaşam Kalitesinin Tartışılması.....	50
5.4.Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması.....	53
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	55
7.KAYNAKLAR.....	56
8. KISALTMALAR.....	71
9.EKLER.....	72
10.TEŞEKKÜR.....	84
10.ÖZGEÇMİŞ.....	85

TÜRKÇE ÖZET

Araştırma Bursa ili Mustafakemalpaşa ilçesi 3 nolu Sırmalara Aile Sağlığı Merkezine başvuran hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek için kesitsel tipte yapılmıştır. Bu araştırma $\alpha=0,05$, $p=0,5$ ve $d=0,05$ olmak üzere yapılan hesaplamada $n=341$ kişi üzerinde yapılmıştır. Veriler Veri Toplama Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32(TSOY-32) ölçeği ve Short Form-36(SF-36) ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $61,21 \pm 8,96$ yıl'dır. Çalışmaya katılan bireylerin %68,9'u kadın, %31,1'i erkektir. Araştırmaya katılan bireylerin Sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32 ölçeğine göre 29,17 (Min=4,17-Max=48,96) indeks puanı ile sınırlı-yetersiz düzeyde bulunmuştur. Yapılan araştırmada cinsiyet ayrımı yapılmaksızın SF-36 ölçeğine göre yaşam kalitesi düzeyi düşük seviyede bulunmuştur. Bu çalışmada hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($p<0,05$). Yapılan çalışmanın sonuçları dahilinde toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının bireylerin bakımlarına doğru katılımını sağlayacağı ve yaşam kalitesini arttıracacağı, toplumsal düzeyde de ülkelerin sağlık bakım maliyetlerini düşüreceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi

SUMMARY

The Effect Of Health Literacy On Quality Of Life İn Hypertensive Patients

The research was conducted in the cross-sectional type for the purpose of determining the impact of health literacy levels in the hypertension patients applying to Sirmalara Family Health Center number 3 in the province of Bursa district of Mustafakemalpaşa on life quality. The research was performed on n=341 people in the calculation, which was carried out as follows; $\alpha=0,05$, $p=0,5$ and $d=0,05$. Data were collected via a Data Collection Form, Turkish Health Literacy-32 (TSOY-32) scale and Short Form-36 (SF-36) scale. Age average of the individuals who participated in the research was $61,21 \pm 8,96$ years. Among the individuals who participated in the research; 68,9% were women and 31,1% were men. According to the TSOY-32 scale; health literacy levels of the individuals who participated in the research was found to be limited-insufficient with an index score of 29,17 (Min=4,17-Max=48,96). In the research conducted, life quality level was found to be lower according to the SF-36 scale, without making any sex discrimination. In the research, it was determined that there was a positively significant correlation between health literacy levels and life quality in the hypertension patients ($p<0,05$). Within the scope of the results of the research conducted; it is believed that increasing the health literacy level of society will contribute to the proper participation in individuals' care and increase their life quality and at the social level, it will reduce healthcare expenditures of the countries.

Key Words: Hypertension, Health Literacy, Life Quality

1.GİRİŞ

İnsanların yaşam sürelerinin uzaması kronik hastalıkların görülme sıklığını arttıran faktörlerden biridir (Özpancar,2016). Hipertansiyon önemli kronik hastalık olup, yaşlanan nüfusla beraber görülme sıklığının artmasıyla ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. (Aydın ve Öztürk,2014) Kronik hastalıklar önemli sağlık problemlerine yol açarken, yaşam kalitesini de düşüren hastalıklardır. (Özpancar, 2016)

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) 'ne göre kan basıncı yüksekliği 57 milyon kişide yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı kaybına (DALY) sebep olmaktadır. (Ezzati ve ark., 2002) Dünya erişkin nüfusunda 1,13 milyar hipertansiyon hastası olduğu tespit edilmiştir. (World Health Organization-a, 2019) Bu rakamın 2025 yılında 1,5 milyarı aşması beklenmektedir. (Kearney ve ark., 2005). Hipertansiyon dünyada mortalite ve morbidite açısından en önemli kronik hastalıklardan biri olmasının yanında, yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ve sağlık kurumu desteğine ihtiyacı arttırması sebebiyle önemli bir risk faktörüdür. (Karan, 2010) Ayrıca hipertansiyon, dünyada ölüm nedenlerinin başlıca sebebi olarak kabul edilmektedir ve küresel çapta erişkin ölümlerinin %12,8 inden sorumludur. (Ezzati ve ark., 2002)

Hipertansiyon etiyolojisinde genetik, çevresel ve metabolik bozuklukların bir arada yer aldığı, arter içi kan basıncının artması ile karakterize, multifaktöriyel bir hastalıktır. (Kolcu, 2017) Tedavisinde ve bakımında yeni gelişmelere rağmen, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin için hala önemli sağlık bir sorunu olarak görülmektedir. (Aydın ve ark.,2014) Çünkü hipertansiyona bağlı kalp, kan damarları, gözler, böbrekler ve beyin gibi organlarda hasarlar meydana gelmektedir. (Williams ve ark., 2018) Ayrıca sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetmezliği, iskemik ve hemorajik inme, intraserebral kanama, iskemik kalp hastalıkları ile kardiyak ölümler için önemli bir risk faktörüdür. (Basile ve ark., 2018)

Hipertansiyon ile ilgili eğitim programlarının geliştirilmesi ve tedavi ile kan basıncının normal seviyelere çekilebilmesine rağmen, hipertansiyon hala “sessiz katil” olarak tanımlanmaktadır. (Monassier ve ark., 2006)

Sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlığı ile ilgili konularda doğru kararları almaları için gerekli becerilere sahip olma durumudur. Sağlık okuryazarlığı yeterli seviyede olan bireyler, yazılı materyalleri okuyup anlayabilmekte ve sağlık profesyonelleriyle doğru iletişimde bulunabilmektedir. (Berkman ve ark., 2010)

Hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin olumsuz sağlık sonuçları ve tıbbi tedavinin getirdiği yükler sebebiyle yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmak, tedavi sürecine aktif katılım ve gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ile hipertansif bireylerin yaşam kalitesi arttırılabilmektedir. Bu nedenle hipertansif bireylerde yaşam kalitesinin arttırılması için sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin tespiti ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin optimal seviyeye getirilmesi önem arz etmektedir. (Gonzalez-Chica ve ark., 2016)

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Hipertansiyon

2.1.1.Hipertansiyon Tanımı

Vücutumuzdaki organ ve dokuların oksijenlenmesi ve beslenme ihtiyacı kalbin kanı aort ve atar damarlar aracılığıyla vücuda dağıtması ile gerçekleşir. Sol ventrikülün kasılmasıyla atılan kanın damar duvarına yaptığı basınca büyük tansiyon(sistolik), gevşediği zaman damar duvarına yaptığı basınca ise küçük tansiyon (diyastolik) denmektedir (Bilir ve ark., 2003).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) ve uluslararası hipertansiyon komitesi tarafından yapılan tanıma göre hipertansiyon, antihipertansif ilaç kullanmayan bireyde sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzerinde diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olması durumudur (Mergen, 2010).

Hipertansiyon toplam periferik damar direncinde artış, kardiyak hipertrofi, kalp debisinde artış, ateroskleroz(kalp düz kas hücrelerinde yapısal değişiklikler) ve böbrek işlevlerinde bozulma ile ortaya çıkan bir hastalıktır (Anacak, 2010).

2.1.2.Kan Basıncı Ölçümü

Kan basıncı ölçümü periyodik kalibrasyonları yapılmış oskültatuar veya osilometrik yarı otomatik sfigmomanometre cihazı ile ölçülmektedir. Hipertansiyon tanısı için kan basıncının doğru ölçülmesi gerekmektedir. Kan basıncı ölçümü ölçüm yöntemine, hastaya ve ölçen kişiye bağlı birçok faktörden etkilenmektedir. Hipertansiyon tanısı için ofis tipi ve ofis dışı ölçüm yöntemleri kullanılmaktadır (Birdane ve ark., 2010).

Tanı için standart ofiste yapılan kan basıncı ölçümüdür. Ofis tipi kan ölçümünde hasta oturur pozisyonda, ayakları yere basarken ve sırtı destekli şekilde, en az 3-5 dk

dinlenmiş, tercihen aç ve öncesinde en az 30 dakika önceye kadar sigara, çay ve kahve içmemiş olmalı ve ölçüm yapılacak kolu çıplak olmalıdır. (Tekin,2016) Ölçüm esnasında hasta bacak bacak üstüne atmamalı ve konuşmamalıdır. Manşon kalp hizasında olacak şekilde sarılmalı ve kol desteklenmelidir (Kolcu, 2017).

Ofis tipi kan basıncı ölçümleri standartlara uygun olarak yapılsa da kan basıncının gün içinde değişken olması, ölçümde beyaz önlük etkisi gibi sebeplerle tanıyı etkileyebilmektedir. Bu durumlarda ofis dışı ölçümlere başvurmak gerekebilir. Ofis dışı kan basıncı ölçümlerinde evde kan basıncı ölçümü ve ambulatuvar kan basıncı ölçümü kullanılmaktadır (Birdane ve ark., 2014).

Evde kan basıncı ölçümü hastanın evde kendi kan basıncını ölçmesidir. Tanı konulma aşamasında kan basıncının en az 3-4 gün olmakla, tercihen 7 ardışık gün boyunca sabah ve akşam olacak şekilde ölçülmesi gerekmektedir. Bu ölçümde de ofis tipi kan basıncı ölçümünün standartları geçerlidir. Ucuz ve basit bir yöntem olması, beyaz önlük etkisinin olmaması ve hastanın sürece katılımını sağlaması açısından avantajlıdır. Hastanın eğitimini gerektirmesi ve sık tekrarlı ölçümlerde anksiyeteye sebep olması sebebiyle dezavantajlıdır (Birdane ve ark., 2014).

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü otomatik cihazlar yardımıyla 15-30 dk ara ile ölçüm yapılacak şekilde ayarlanmış genellikle baskın olmayan kola takılı, 24 saat boyunca devam eden, taşınabilen bir kan basıncı ölçüm yöntemidir. Gün boyunca ölçüm yapması, gece-gündüz arasındaki farklılıkları göstermesi ve cihazın otomatik olması sebebiyle ölçen kişi kaynaklı yanlış ölçümlere sebep olmaması avantajları arasındadır (Tekin,2016).

Ofis dışı ölçüm yönteminin seçimi ulaşılabilirliğe, endikasyona ve maliyete göre yapılmaktadır (Birdane ve ark., 2014).

2.1.3.Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyonun dünya prevalansı 2010 yılında 1,39 milyar kişi ile yetişkinlerin %31 ini temsil etmektedir (Bloch, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tüm ülkelerin hipertansiyon prevalansı %30 ile %45 arasında seyretmekte, 2025 yılında ise yaklaşık %60'a varacağı tahmin edilmektedir (Wu ve ark, 2018).

Türkiye’de hipertansiyon prevalansını tespit için yapılan en kapsamlı çalışma Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasının İngilizcesinin harflerinden oluşan (Prevalance Awareness Treatment and Control of Turkey) PatenT çalışmasıdır. İlki 2003 yılında yapılan PatenT çalışmasına göre ülkemizdeki hipertansiyon sıklığı %31,8 olarak tespit edilmiştir ve kadınlarda erkeklere göre oran daha fazladır. Bu çalışmada hipertansiyon farkındalık oranının %40,7 olduğu, bunların yalnızca %31,1 inin tedavi aldığı ve yalnızca %81 inin kan basıncının istenen aralıkta olduğu tespit edilmiştir (Altun ve ark., 2005). Bu çalışmanın ardından takip eden 10 yıllık süreçte değişiklik olup olmadığının tespiti için 2012 yılında Patent2 çalışması yapılmıştır.

Patetn2 çalışmasına göre Türkiye’de hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak tespit edilmiş ve hipertansiyon farkındalığı %54,7, bunlardan tedavi alım oranı %47,4 ve istenen aralıkta kan basıncına sahip birey oranı da %28,7 olarak bulunmuştur (Sengul, 2016).

Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasına göre hipertansiyon; Türkiye’de ölüme sebep olan hastalıklar arasında 3. sırada yer almaktadır (Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması, 2013).

2.1.4.Hipertansiyon Sınıflaması

Hipertansiyon için günümüze kadar birçok sınıflama yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü/Interantional Society of Hypertension (DSÖ/ISH) 2003 sınıflaması en önemlilerinden biridir. The Euroean Society of Hypertension and European Society of Cardiology(ESH/ESC) 2013 sınıflaması da kan basıncı sınıflamasında kabul görmüş bir sınıflamadır (Mancia ve ark, 2013). 2014 yılında yayınlanan Joint National Commite-8 (JNC 8) de sık kullanılan bir diğer rehberdir (James ve ark., 2014). American Heart Association (AHA) ait sınıflama ise 2017 en son hazırlanan rehberdir (Whelton ve ark., 2018).

Tablo 1: ESH/ESC 2013 hipertansiyon sınıflaması

Kategori	SKB		DKB
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve/veya	<85
Yüksek-normal	130-139	ve/veya	85-89
1.derece HT	140-159	ve/veya	90-99
2.derece HT	160-179	ve/veya	100-109
3.derece HT	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik HT	≥140	ve	<90

SKB:Sistolik kan basıncı, DKB:Diyastolik kan basıncı, HT:Hipertansiyon

Kaynak: Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens.* 2013;31(10):1925-1938.

Tablo 2: JNC-8 2014 hipertansiyon sınıflaması

Kategori	SKB		DKB
Optimal	<120	ve	<80
Pre-hipertansiyon	120-139	ve/veya	80-89
Evre-1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre-2 HT	≥160	ve/veya	≥100

SKB:Sistolik kan basıncı, DKB:Diyastolik kan basıncı, HT:Hipertansiyon

Kaynak: James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Smith, S. C. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520.

Tablo 3: AHA 2017 hipertansiyon sınıflaması

Kategori	SKB		DKB
Normal	<120	ve	<80
Yüksek	120-129	ve	<80
Evre-1	130-139	veya	80-89
Evre-2	≥140	veya	≥90

SKB:Sistolik kan basıncı, DKB:Diyastolik kan basıncı

Kaynak: Carey, R. M., & Whelton, P. K. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association hypertension guideline. *Annals of internal medicine*, 168(5), 351-358.

2.1.5.Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Hipertansiyon hastalarının yaklaşık %95 inde hastalığa sebep olacak herhangi bir kaynak bulunmamaktadır. Hipertansiyonun bu tipine primer veya esansiyel hipertansiyon adı verilmektedir (Tekin, 2016). Primer hipertansiyonun etiyojisi açıklanamamış olmasının yanında oluşumunda risk faktörlerinin etkisi büyüktür. Genellikle yaşlı kişilerde görülür (Kolcu, 2017).

Hipertansiyonun belirli bir nedene bağlı olarak gelişen ve %5'lik dilimi oluşturan tipine sekonder hipertansiyon denilmektedir.

Sekonder hipertansiyon nedenleri: (Singh ve ark., 2017)

- Kronik böbrek hastalıkları
- Renovasküler hastalıklar
- Kronik steroid tedavisi, cushing sendromu
- Aort koarktasyonu
- İlaç alımıyla indüklenen hipertansiyon
- Feokromasitoma
- Primer aldostrenizm
- Uyku apnesi
- Tiroid/paratiroid hastalıkları

European Society of Hypertension 2013 kılavuzuna göre hipertansiyonun gelişiminde değiştirilemeyen risk faktörleri olarak; aile öyküsü, yaş, cinsiyet, ırk yer alırken değiştirilebilir risk faktörleri olarak; obezite, stres, madde alımı, diyetle tuz tüketimi gibi beslenme rol oynamaktadır (Mancia ve ark., 2013).

2.1.6.Klinik Belirti ve Bulgular

“Sessiz katil” olarak bilinen hipertansiyonun spesifik belirti ve bulgusu yoktur ve birçok kişi hasta olduğunu bilmemektedir. Kan basıncı çok yüksek değerlerde olsa bile birçok kişide belirti ve bulgu vermemektedir. Çok az kişide sıklıkla burun kanaması, baş ağrısı ve kusma gibi belirtiler görülmektedir. Bu belirtilerde tansiyon değeri hayatı tehdit edecek seviyelere ulaşmadan görülmez. Kişinin hipertansiyonunun olduğunu anlamının tek yolu bir sağlık profesyoneline kan basıncını ölçtürmesidir (Olin ve ark., 2013).

2.1.7.İzole Sistolik Hipertansiyon

Hipertansiyonun 65 yaş grubu vakalarda görülen, sistolik kan basıncının ≥ 140 mmhg, diyastolik kan basıncının ≤ 90 mmhg olduğu tipidir. İzole sistolik hipertansiyonda sistolik kan basıncının yanında nabız basıncında artması kalp ve damarlarla ilgili riskleri arttırmaktadır (Safar ve ark., 2006).

2.1.8.Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon

Beyaz önlük ya da izole klinik hipertansiyon tekrarlanan klinik ölçümlerinde tansiyon yüksek iken klinik dışı ambulatuvar ve evde kan basıncı ölçümlerinde normal olması durumudur. Bunun aksi olarak maskeli hipertansiyon ise klinik kan basıncı ölçümünün normal olmasına karşın tıbbi ortam dışında tansiyonun yüksek olması durumudur (Bloch, 2016).

Normotansif kişilere göre beyaz önlük hipertansiyonu bulunan kişilerde sol ventrikül hipertansiyonu gibi klinik belirti göstermeyen organ hasarı görülebilirken, uzun vadede diyabet başlayabilir ve kalıcı hipertansiyon gelişebilir. Brguljan-Hitij ve ark. (2014) çalışmasında maskeli hipertansiyon görülme sıklığı normotansif bireylerde %7,5, prehipertansif bireylerde ise %29,3 civarındadır. Maskeli hipertansiyon diğer risk faktörlerinin yanı sıra klinik belirti göstermeyen organ hasarı, diyabet ve uzun süreli hipertansiyon riski ile ilişkilendirilebilir (Bobrie ve ark., 2008).

2.1.9.Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Risk

Hipertansiyon başta koroner kalp hastalığı olmak üzere kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, inme ve böbrek yetmezliği gibi diğer birçok kardiyovasküler hastalık için hazırlayıcı faktördür. Hipertansif hastalarda ortaya çıkan kardiyovasküler hastalığa bağlı sekellerin normal tansiyona sahip bireylerle karşılaştırıldığında 2 ila 4 kat arttığı saptanmıştır (Izzo ve Black., 2004). Ayrıca hipertansiyon tedavisi ile koroner arter hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ve inmede azalma görülmektedir (Abacı, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kan basıncının kontrolünün sağlanamaması iskemik kalp hastalıklarının yarısından sorumludur (Çakmak ve ark., 2009). Framingham çalışmasına göre sistolik kan basıncında her 20 mmHg'lık artış kalp yetmezliği riskini %56 oranında arttırabilmektedir (Haider ve ark., 2003).

Artmış kan basıncı kalp kasının yükünü arttırmaktadır. Buna bağlı sol ventrikülde hipertrofi meydana gelmektedir. Hipertansiyon ve hipertrofi varlığında kalbin iş yükü arttığında kalp kasının oksijenlenmesinin azalmasına bağlı miyokardial iskemiler görülmektedir. (Başgöz, 2017) Vasan ve ark. yaptığı çalışmada sol ventrikül hipertrofisi bulunan hastalarda miyokard infarktüsü görülme riski 2 ila 5 kat artmaktadır. Ayrıca hipertrofiye uğrayan kalp kasında mikrovasküler ağ yetersiz kalacağından istirahat ve egzersiz esnasında hipoperfüzyon görülmektedir. Bu süreçte kalp yetmezliği gelişmektedir (Vasan, 2011).

Hipertansiyon inme vakalarında majör risk faktörüdür. DSÖ'ne göre inme vakalarının üçte ikisi hipertansiyon kaynaklıdır. İnme riski açısından, sistolik kan basıncı özellikle 65 yaş üzerindeki vakalarda doğrudan ilişkilidir. İskemik inme en çok uyanırken kan basıncının yüksek seyrettiği hastalar ve izole sistolik hipertansiyon hastalarında görülmektedir (Gazi,2018).

Ayrıca hipertansiyon nefropati ve böbrek yetmezliği riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda hipertansiyonun kontrol altına alınmaması ilerde kalp yetmezliği riskini de arttırmaktadır. Ayrıca hipertansiyona bağlı mikrovasküler değişiklikler mevcut böbrek yetmezliğini de kötüleştirmektedir (Çakmak ve ark.,2009).

2.1.10.Hipertansiyon ve Sosyodemografik Özellikler

Hipertansiyon yaşla birlikte artma eğiliminde olan kronik bir hastalıktır. Patent-2 çalışmasında yaş gruplarına göre hipertansiyon prevalansı; 18-29 yaş grubunda %5 , 30-39 yaş grubunda %11,5, 40-49 yaş grubunda %29,7, 50-59 yaş grubunda %53,6, 60-69 yaş grubunda %67,9, 70-79 yaş grubunda %85,2 ve 80 yaş üzerinde %76,3 olarak bulunmuştur (Sengul, 2016).

Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği 'nin 2012 yılında yayınladığı PatenT2 verilerine göre;18 yaş üstü tüm nüfusta hipertansiyon prevalansı 30,3 'tür. Cinsiyete bağlı hipertansiyon prevalansı; erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 olarak bulunmuştur (Sengul, 2016).

Hipertansiyon genç erkeklerde daha fazla görülmektedir. Fakat 50 li yaşlarda kadın hastalarda hızlı bir artış göstermekte 60 lı yıllarda ise kadın ve erkek hastalarda hipertansiyon prevalansı eşitlenmektedir (Izzo ve Black., 2004).

Hipertansiyon yaş ile her iki cinsiyet için artma eğilimindedir. Beyaz ırk ta özellikle 65 yaşa doğru hipertansif olmaktadır. Siyah ırk ise beyaz ırka göre daha erken hipertansiyon hastası olmaktadır. Siyah ırk kadın ve erkeklerin çoğu 55 yaşında hipertansiyon hastası olmaktadır (Izzo ve Black., 2004).

PatenT2 çalışmasında; yerleşim yerine göre hipertansiyon prevalansı ise, kırsal kesimde %32,5, kentlerde ise %29,6 olarak bulunmuştur (Sengul, 2016).

Hipertansiyon ile sigara içimi arasındaki ilişki tam olarak bilinmese de sigara kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (Khalili ve ark., 2002). Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2012 yılındaki çalışmasına göre ülkemizde yetişkin bireylerde sigara içme oranı %27,1'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Birçok çalışmada sigara içenlerde kan basıncı daha düşük seviyelerde tespit edilmiştir (Sönmez ve ark., 1999; Okubo ve ark, 2002). Ancak bu durum hipertansiyon hastalarının sigarayı azaltmasına bağlanmıştır (Uysal ve ark., 2016). Bunun yanı sıra sigara içenlerin kan basıncının daha yüksek bulunduğu çalışmalarda mevcuttur (Kim ve ark., 2005).

Düzenli olarak alkol tüketimi hipertansiyon görülme sıklığını 1,5-2 kat arttırmaktadır (Durmaz ve Arslan, 2017). Ayrıca alkol hipertansiyon hastalarında medikal tedavinin etkisini azaltmaktadır (Durmaz ve Arslan, 2017).

2.1.11.Hipertansiyon ve Yaşlılık

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ile erken yaş hastalıklarının birçoğunun kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesindeki artışa bağlı olarak yaşlı nüfus gittikçe artmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalıklarda artmaktadır. Yaşlı nüfusta en sık görülen kronik hastalıklardan biri de hipertansiyondur (Kasar ve Karadakovan., 2018).

Yaşlanma ile vücutta çeşitli fizyolojik değişiklikler görülmektedir. Bu fizyolojik değişiklikler yaşlılarda kan basıncının artmasına katkıda bulunmaktadır (Karan, 2010).

Ateroskleroz yaşlı hipertansiyonunda önemli bir özelliktir. Yaşlılarda sistolik kan basıncı yüksek, diyastolik kan basıncı ise düşük seyretmekte ve nabız basıncı artmaktadır. Bu süreçle birlikte izole sistolik hipertansiyon meydana gelmektedir (Karan, 2010).

Yaşlı hipertansiyon hastalarında kardiyak outputta düşme, sistemik vasküler dirençte ise yükselme görülmektedir (Çakan, 2017). Yaşlı hipertansif hastaların plazma renin aktivitesinde azalma, sempatik sinir sistemi aktivitesinde artma meydana gelmektedir. Yaşla birlikte baroreseptör duyarlılığı azalmakta, sodyum duyarlılığı gelişmekte ve insülin direnci ile santral yağlanma meydana gelmektedir (Karan, 2010).

Yaşlılarda hipertansiyon tedavisinin amacı hedef organ hasarını durdurmak, damar sertliğini önlemek, kan basıncını optimum seviyeye çekmek ve yaşam kalitesini korumaktır (Erdine ve ark., 2007).

Yaşlılarda hipertansiyon tedavisi ölüm ve yeti yitimlerini önemli ölçüde azaltmaktadır. Antihipertansif tedavi koroner arter hastalığını %27 oranında azaltmaktadır (Primatesta ve Poulter, 2004; Walsh ve ark., 2006). Erdine ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir çalışmada antihipertansif tedavi yaşlılıkta inme riskini %36 oranında azaltmaktadır (Erdine ve ark., 2007).

2.1.12.Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyonun tedavisinde amaç kardiyovasküler ölüm ve yeti yitiminin azaltılmasıdır. Tedavi; yaşam biçimi değişikliklerini de içine alan farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemlerinin kombine kullanımını kapsar (TEMMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2018).

2.1.13.Non-Farmakolojik Tedavi

Non farmakolojik tedavi kapsamında erişkin bireylerde hipertansiyonun evresine bakılmaksızın uygun yaşam biçimi değişiklikleri önerilmektedir (Arıcı ve ark., 2015). Yaşam biçimi değişiklikleri ile kan basıncında düşme, risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve farmakolojik tedavi ile ilaç sayısının ve dozunun azaltılması hedeflenmektedir (Mancia ve ark., 2013). Özellikle kan basıncı yüksek normal düzeyde olan bireylerde farmakolojik tedaviden önce kullanımı ve farmakolojik tedaviye tamamlayıcı olması önerilmektedir (Polat ve Kahraman, 2013).

Non-farmakolojik tedavilerden olan, kilo kontrolünün sağlanması, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivitenin artırılması, sodyum kısıtlaması ve diyet kontrolünün etkinliği kanıtlanmıştır (Uluçam ve Müderrisoğlu, 2008).

Hipertansif bireylerin çoğunun normalin üstünde kiloya sahip olduğu bilinmektedir. Obezite ile hipertansiyon arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Beden kitle indeksi 25 ve üzerindeki bireylerin fiziksel aktivite ve uygun diyetle birlikte kilo vermesi sağlanmalıdır (Kolcu ve Ergün, 2016).

Sigara kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Tek bir sigara bile kan basıncı ve kalp hızını arttırmaktadır. Ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde sigara içenlerin kan basıncı içmeyenlere oranla daha yüksektir. Hipertansif hastalara sigarayı bırakmanın önemli bir yaşam tarzı değişikliği olduğu her fırsatta vurgulanmalıdır (Uyarel, 2014).

Yapılan çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin hipertansiyonu önleme ve tedavide etkinliği arttırarak kardiyovasküler ölümleri azalttığı kanıtlanmıştır. (Uyarel,2014) Hipertansiyon hastalarının yaşına ve yapısına uygun olarak haftanın 5 günü en az 30 dk orta şiddette egzersiz önerilmektedir (Arıcı ve ark., 2015).

Diyette sodyum alımı kan basıncını arttırmaktadır. Çoğu ülkede günlük sodyum alımı 9-12 gr/gün iken ülkemizde bu rakam 18 gr/gün civarlarındadır. Önerilen günlük sodyum tüketimi 2.3 gr/gündür. Ancak hipertansif hatalarda 1,5 gr/gün olacak şekilde sınırlandırılmalıdır. Ayrıca sodyumun büyük çoğunun işlenmiş hazır gıdalardan alındığı da unutulmamalıdır (Uyarel, 2014).

Hipertansif hastalarda taze sebze-meyve, az yağlı süt ürünleri, lifli gıdalar, kümes hayvanları ve balık ve bitkisel proteinleri içeren azalmış sature yağ içeriğine sahip DASH diyeti önerilmektedir. Diyet diğer yaşam biçimi değişiklikleri ile kombine şekilde uygulanmalıdır (Uyarel, 2014).

Stres ve heyecan anında kan basıncı artma eğilimindedir. Tüm hipertansif hastalara stresle baş etme ve gevşeme teknikleri ile ilgili önerilerde bulunulmalıdır (Arıcı ve ark., 2015).

2.1.14.Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyon için tedaviye başlarken kan basıncı değerinin yanı sıra risk faktörleri ve yandaş hastalık ta dikkate alınmalıdır (Arıcı ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda non-farmakolojik tedavinin tek başına hipertansiyonun kontrolünde yetersiz kalsa bile kan basıncını düşürdüğü ve tedavide kullanılması gereken ilaç sayısını azalttığı gösterilmektedir (Kolcu, 2017). Hipertansif hastalarda organ hasarı eşlik eden kardiyovasküler hastalık gibi başka hastalıklar olmasına bağlı olarak ilaç seçimi kişiye özel olmalıdır. Tolere edilebilirlik, diğer ilaçlar ile etkileşim, maliyet gibi sebepler ilaç seçimini etkilemektedir (Uluçam ve Müderrisoğlu, 2008).

Güncel kılavuzlarda yüksek-normal kan basıncı değerine sahip bireylerde ilaç tedavisi önerilmeyip yaşam tarzı değişiklikleri ön plana çıkarılmaktadır (Barçın, 2014).

Evre I hipertansiflerde kılavuzlar arası farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca tedaviye başlamadan ofis ölçümünde beyaz önlük etkisi, ambulatuvar veya ev tipi ölçümlerle ekarte edilmelidir. ESC 2013 kılavuzunda hedef organ hasarı veya yandaş hastalığı olan bireylerde hemen ilaç tedavisine başlanması, kardiyovasküler risk faktörü olmayan bireylerin bir süre yaşam tarzı değişiklikleri ile takip edilmesi önerilmektedir. Evre I hipertansifler için önerilen kan basıncının 140/90 mmhg altında tutulmasıdır (Barçın, 2014).

JNC-8'e göre 60 yaş altındaki bireylerde kan basıncı 140/90 üstündeki tüm vakalarda antihipertansif tedaviye başlanması önerilmektedir (James ve ark., 2014).

ASH/ISH kılavuzunda ise yaşam biçimi değişikliklerine rağmen kan basıncı >140/90 olan bireylerin tedaviye başlaması gerektiği vurgulanmıştır (Weber ve ark., 2013).

Evre 2 ve 3 hipertansiyon hastalarında kılavuzlarda benzer öneriler bulunmaktadır. Bu düzey kan basıncı değerine sahip bireylere kombinasyon tedavisi ile başlanması ve kan basıncının <140/90 altında tutulması hedeflenmektedir (Barçın, 2015).

Yapılan çalışmalarda antihipertansif ilaç kullanımının yararları gösterilmiştir. Mevcut tüm kılavuzlar 5 grup ilacın birinin veya kombinasyonunun kullanılması konusunda hemfikirdir. Bunlar;

Düretikler (tiyazid grubu,klortalidon,indapamid)

Beta-blokörler

Kalsiyum kanal blokörleri (nifedipin,amlodipin,verapamil,diltiazem vs.)

Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ)

Anjiotensin reseptör blokörleridir. (losartan,valsartan,kandesartan,olmesartan vs.)

Günümüzde ACEİ veya Anjiotensin reseptör blokörleri tüm dünyada en sık kullanılan antihipertansif ilaçlardır (James ve ark., 2014; Weber ve ark., 2013).

2.2.Sağlık Okuryazarlığı

Herkes kendi sağlığından sorumludur ve herkesin sağlık durumunun devamı için yeterli bilgi seviyesi, farkındalığı ile doğru tutum ve davranışlar geliştirmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kavramı önem kazanmaktadır (Tözün ve Sözen, 2014). Halk sağlığı uzmanlarından Sorensen' e göre sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla ilişkili olarak yaşam kalitesini yükseltmek ve sürdürmek için günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak ve yargıda bulunmak amacıyla, sağlık bilgisine erişmek, sağlık bilgisini anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterlidir (Taş ve Akış, 2016).

Sağlıktaki gelişmeler, güncel teknoloji kullanımı, mevzuat ve uygulamalardaki değişiklikler sağlık hizmeti alanlarına ulaşımı zorlaştırmaktadır. Ayrıca tanı koymanın karmaşıklığı, sağlığın sürekli gelişim ve değişim içinde olması, kültürel faktörler, yaş ve bilişsel ve bedensel değişiklikler ile emosyonel durumlar okuryazarlığını etkilemektedir (Tözün ve Akış, 2016).

Çağdaş sağlık anlayışında herkes kendi sağlığı ve toplumun sağlığından sorumludur ve sağlık hizmetlerinde aktif rol almalıdır. Ayrıca herkes yeterli bilgi düzeyi, farkındalık ve davranış geliştirme yetilerine sahip olmalıdır (Çilingiroğlu, 2016).

Günümüzde kronik hastalıklar önem sırasında üst sıralardadır. Kronik hastalıkların kontrolü bulaşıcı hastalıklar kadar kolay değildir. Çünkü kronik hastalıklar çevresel ve kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Bu süreç sağlık okuryazarlığını daha da önemli hale getirmektedir (Çilingiroğlu, 2012).

1986 yılında yapılan Uluslararası sağlığı geliştirme konferansında sağlığı geliştirme çalışmalarının sadece sağlık profesyonelleri ile gerçekleştirilemeyeceği diğer sektör çalışanlarının da katılımının gerekliliği üzerinde durulmuştur (Bilir, 2014).

Hastalıkların eğitim ve yönetiminde sağlık profesyonelleri tarafından zor anlaşılabilir ve teknik bir dil kullanılmaktadır (Nutbeam, 2000). Ancak bilgilerin hasta ve yakınlarına anlaşılabilir bir dille ve ulaşılabilir şekilde iletilmesi gerekmekte ve toplumun bu bilgileri anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve uygun sağlık davranışlarını geliştirebilmesi gereklidir (Bilir, 2014).

Sağlık okuryazarlığı fonksiyonel, interaktif ve eleştirel olarak üç düzeyde incelenmektedir (Nutbeam, 2000). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık ile ilintilidir ve kişinin sağlıkla ilgili materyalleri okuyabilme becerisini içermektedir. İnteraktif okuryazarlık kişinin sağlık profesyonelleriyle olan ilişkilerinde sosyal ve kognitif becerilere sahip olması anlamını içermektedir. Bu düzeyde kişi sağlıkla ilgili bilgileri kullanabilmektedir (Inoue ve ark., 2013). Eleştirel okuryazarlıkta, ileri düzey kognitif, sosyal ve eleştirel düşünebilme kabiliyetine sahiptir. Bu aşamada kişi sağlık ile ilgili bilgileri, sosyal, politik ve ekonomik açıdan değerlendirmekte ve yorumlamaktadır (Sykes, 2013).

Sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal açıdan çeşitli sonuçları mevcuttur. Düşük seviyedeki sağlık okuryazarlığı bireysel açıdan yaşam kalitesini düşürmekte, komplikasyon sayısını arttırmakta, hastalığın kontrolünü zorlaştırmakta ve kişinin tedaviye uyumsuzluğuna ve hizmetten memnuniyetsizliğine sebep olmaktadır (Al Sayah ve Williams, 2012). Ayrıca tekrarlı hastane yatışı ve acil servis kullanımına sebep olmakta, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını azaltmakta, morbidite ve mortalite oranlarında artışa sebep olmaktadır. Toplumsal açıdan ise daha fazla maliyet ve kaynak kullanımına sebep olmaktadır (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013).

2.3.Yaşam Kalitesi

Sağlık DSÖ'nün tanımına göre sadece hastalığın olmayışı değil; bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (World Health Organization-b, 1948). Sağlık kavramı bu tanımda bütüncül olarak ele alınması sebebiyle önemli iken, ölçülebilir ve ulaşılabilir olmaması sebebiyle eleştirilmektedir. Bu yönüyle ulaşılabilir ve ölçülebilir bir kavram olan Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı önem kazanmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesinin iki bileşeni bulunmaktadır. İlki fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali, diğer açıdan ise işlevsellik ve hastalıkları kontrol edebilme becerisiyle birlikte yaşamdan doyum sağlamadır (Bozdemir ve ark., 2006).

Yaşam kalitesi sürekli değişim gösteren ve dinamik bir kavramdır (Akyol, 1993). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde temel ihtiyaçlar sıralanırken yaşam kalitesinin

nitelik ve niceliğine de değinilmiştir. Örnek olarak yaşam ömrünün uzunluğundan çok ne kadar aktif ve kaliteli geçirildiğinin, gelirin iyi olmasından çok bireyi ne kadar tatmin ettiğinin önemli olduğundan bahsedilmektedir. Bu açıdan yaşam kalitesi kavramı tek bir tanımda toplanamamaktadır (Aksungur, 2009).

Tüm tanımların ortak noktası ise yaşam kalitesinin bireyin subjektif değerlendirilmesi dahilinde olduğudur (Bilir ve ark., 2005). Yaşam kalitesi kavramı sürekli kişinin öznel değerlendirmesi etrafında dönse de objektif ve sübjektif olarak incelenmektedir. Sübjektif göstergeler kişinin imkanları ve bu imkanların kişiyi ne kadar tatmin ettiği iken objektif göstergeler; eğitim, meslek, gelir, sağlık durumu, yaşanılan konut vb. değerlerdir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Hipertansiyon ciddi morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyonun yönetimi hasta bireylerde ilerleyen zamanlarda gelişebilecek sakatlıklar ve kronik hastalıkların önlenmesi sebebiyle halk sağlığı çalışanları açısından önem arz etmektedir.

Hipertansiyon fiziksel aktivitenin artırılması, uygun diyet uygulamaları gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile kontrol edilebilen bir hastalıktır. Bu değişikliklerin geliştirilebilmesi için yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesi gerekmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlıkla ilgili materyalleri daha iyi anlayabilmekte ve sağlık profesyonellerinden sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili bilgilere ulaşabilmektedir. (Poulter ve ark., 2015) Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hipertansif bireylerin, hipertansiyon kontrolünün daha iyi olduğu, daha az kardiyovasküler hastalık riski taşıdıkları ve daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. (Shi ve ark.,2017) Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hipertansif bireylerde düzensiz tıbbi tedavi ve uygun olmayan yaşam davranışlarının geliştirilmesine bağlı olarak yaşam ömrü kısaltmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. (Çelik, 2008).

Bu sebeplerle halk sağlığı hemşireleri çağdaş sağlık anlayışı ile hareket ederek sağlıklı bireylerde hipertansiyon gelişmeden önleme ve sağlığın geliştirilmesine yönelik, bilimsel tıbbın ışığında, sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik faaliyetlerinde bulunmalıdır. Hipertansiyon hastalarında ise kan basıncı kontrolünün sağlanması ve yüksek kan basıncının sebep olduğu komplikasyonları önlemek amacıyla hasta bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmalı ve sağlıkla ilgili doğru faaliyetlere (diyette

sodyum alımının sınırlandırılması, fiziksel aktivitenin artırılması, ilaç tedavisinin düzenlenmesi vs.) yönlendirerek kendi bakımına katılımını sağlamalıdır (Tokem ve ark., 2013). Bu süreç içerisinde halk sağlığı hemşiresi, hipertansif bireylerde ilaçların önerilere uygun şekilde kullanımını takip etmeli, yaşam şekli değişikliklerini izlemeli ve bireylerin düzenli sağlık kontrollerine katılımı konusunda hasta birey ve ailesini desteklemelidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma hipertansif hastaların Sağlık okur yazarlığı düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Hipotezleri

H0: Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H1: Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.

3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızın tek bir merkezde yapılması ve sadece çeşitli sebeplerle aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarında yapılmış olması ve araştırma sonuçlarının kendi evrenine genellenebilir olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.4.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ili Mustafakemalpaşa ilçesi 3 nolu Sırmalar Aile Sağlığı Merkezinde 15.12.2017-15.03.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2017 yılında Sırmalar Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı hipertansiyon tanısı almış (N) 3023 kişi oluşturmaktadır.

Evreni bilinen bu çalışmada $\alpha=0,05$, $p=0,05$, $q=0,5$ ve $d=0,05$ olarak alındığında örnekleme alınacak kişi sayısı (n) 341 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örneklemini 15.12.2017-15.03.2018 tarihleri arasında Bursa Mustafakemalpaşa ilçesi 3 nolu Sırmalar Aile Sağlığı Merkezine başvuran hipertansiyon tanısı almış hastalar (n=341) kişi oluşturmuştur.

Araştırmaya Sırmalar Aile Sağlığı merkezine başvuran ve hipertansiyon tanısı almış, okuryazar olan, anket sorularını yanıtlayacak bilişsel yeterliliğe sahip ve onamı alınmış kişiler dahil edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaya ait demografik veriler (Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, sosyal güvence, gelir durumu, aile tipi) ve sağlık okuryazarlığı

Bağımlı değişkenler: Hastaların yaşam kalitesi düzeyleridir.

3.7.Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Veri Toplama Formu (EK I)
- Türkiye Sağlık okuryazarlığı -32 (TSOY-32) ölçeği (EK II)
- Short Form-36 (SF-36) ölçeği (EK III)

3.7.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi toplama formu; bireye yönelik sosyo-demografik özellikler (1-11.sorular) ve sağlık ve hastalık durumuna yönelik soruları (12-34.sorular) içeren iki bölüm ve 34 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayı ve ASOY-TR Çalışmasında edinilen deneyimler ışığında, yeni likert ölçeği için kavramsal çerçevede bir değişikliğe gidilmiş; ülkemiz özelinde kavramsal çerçevenin “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalıştayda önerilen maddelerin kullanılması ile 32 maddelik 5’li likert tipte (çok zor-zor-kolay-çok kolay-fikrim yok) bir ölçek geliştirilmiştir.

TSOY-32 orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4’lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

3.7.3.Short Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 kişinin sağlık durumunu tespit etmek amacıyla kişinin kendisinin cevap vermesiyle doldurulan 36 maddelik bir testtir. Sf-36 Medical Outcome Study çalışmasına dayanan, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan kendini değerlendirme ölçeğidir.

Sf-36 sağlık durumunu 8 alt parametrede değerlendirmektedir. Bu alt parametreler;

Fiziksel fonksiyon

Fiziksel rol güçlüğü

Emosyonel rol güçlüğü

Enerji-canlılık-vitalite

Ruhsal sağlık

Sosyal işlevsellik

Ağrı

Genel sağlık algısı

Tablo 4.Türk toplumu için Sf-36 değerleri

	Kadın (\pm standart sapma)	Erkek (\pm standart sapma)
Fiziksel fonksiyon	80,6 \pm 21,7	87,2 \pm 17,1
Fiziksel rol güçlüğü	82,9 \pm 28,6	89,8 \pm 19,3
Ağrı	81,0 \pm 20,2	85,1 \pm 16,4
Genel sağlık algısı	69,1 \pm 16,9	73,6 \pm 14,9
Enerji/canlılık/vitalite	63,4 \pm 13,7	65,7 \pm 11,9
Sosyal işlevsellik	90,1 \pm 22,5	91,7 \pm 12,8
Emosyonel rol güçlüğü	89,0 \pm 22,5	92,8 \pm 15,1
Ruhsal sağlık	70,1 \pm 11,4	71,0 \pm 10,6

Kaynak: <http://www.ftronline.com/sf-36-nasil-hesaplanir/> (erişim tarihi:04.07.2019)

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verilerinin toplanmasında veriler; veri formu, TSOY-32 ölçeği, SF-36 ölçeği ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenler ortalama \pm standart sapma (ss), uymayan değişkenler ise medyan, min-max, 1.çeyrek-3.çeyrek değerleri ile verilmiştir.

Değişkenlerin 2 grup arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 2'den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır. Bizim örneklemimizde TSOY ölçeği için Cronbach α katsayısı 0,91, SF-36 ölçeği için ise 0,89 olarak hesaplanmıştır.

3.10. Etik açıklamalar

Araştırmaların yürütülmesi için Uludağ Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı Mustafakemalpaşa 3 nolu Aile Sağlığı merkezinde çalışanlardan izin alınmış ve kurum adına Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğünden izin alınmıştır. TSOY-32 ve SF-36 ölçeklerinin kullanımında yazarlarından mail aracılığı ile yazılı izinleri alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışma konusunda gerekli bilgiler araştırmacı tarafından verilerek sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

3.11. Araştırmaya sağlanan destek

Araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek için yapılan çalışmada, veriler 5 grupta toplanarak tablolar şeklinde verilmiştir.

4.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

4.3.Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

4.4.Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeyleri

4.5.Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

4.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan hipertansif bireylerin sosyo-demografik özellikleri tablo 5'te yer almaktadır. Bireylerin yaş ortalaması(ort±Ss) 61,21±8,96 yıl, boy uzunluğu ortalaması (ort±Ss) 165±7,68 cm, kilo ortalaması (ort±Ss) 76±10,86 kg, Beden Kütle İndeksi ortalaması (BKİ) 28,45±3,61 kg/m², nabız ortalaması (ort±Ss) 76±12,58 atım/dk'dır. Araştırmaya katılan bireylerin tansiyon medyan değeri (Min=110/50, Max=190/90) 130/90 mmHg'dır.

Araştırma kapsamına alınan 341 katılımcının %68,9'u kadın, %93,8'i evli, %84,5'i çekirdek aileye sahip olup, %95,6'sının sosyal güvencesi vardır. Katılımcıların %57,5'i ilkokul mezunu, %58,36'sı ilçede yaşamakta, %63,9' u orta seviye gelire sahip olup %71,6'sı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %11,4'ü düzenli olarak egzersiz yapmakta, %12,6'sı sigara kullanmakta ve %5,6'sı alkol almaktadır. Katılımcıların %63'ü menopoza girmiş, %27'si oral kontraseptif kullanmıştır, %5,6'sının uyku apnesi şikâyeti vardır (Tablo 5).

Tablo 5. Hastalara ait bireysel özelliklerin dağılımı (n=341)

	Ort±Ss	Min-Mak
Yaş	61,21±8,96	31-83
Boy uzunluğu	165±7,68	148-188
Kilo ağırlığı	76±10,86	45-115
Nabız	76±12,58	56-120
Beden kitle indeksi	28±3,61	19,72-41,02
Tanıtcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	235	68,9
Erkek	106	31,1
Yaşanan yer		
Şehir	36	10,6
İlçe	199	58,3
Köy	106	31,1
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	36	
Okuryazar	59	10,6
İlkokul	196	17,3
Ortaokul	29	57,4
Lise	15	8,5
Yüksekokul/üniversite	6	4,4
		1,8
Medeni durum		
Evli	320	
Bekar	1	93,9
Boşanmış	10	0,3
Eşi Ölmüş	10	2,9
		2,9
Sosyal güvence		
Var	326	
Yok	15	95,6
		4,4
Aile tipi		
Çekirdek aile	288	
Geniş aile	38	84,5
Boşanmış	10	11,1
Anne-baba ayrı	5	2,9
		1,5
Algılanan gelir düzeyi		
Çok iyi	18	
İyi	82	5,3
Orta	218	24,0
Kötü	23	64,0
		6,7
Mesleği		
Çalışmıyor	244	
İşçi	16	71,6
Memur	10	4,7
Serbest meslek	35	2,9
Emekli	36	10,2
		10,6
Sigara kullanımı		
Evet	43	
Hayır	298	12,6
		87,4
Alkol alımı		
Evet	19	
Hayır	322	5,6
		94,4
Egzersiz yapma		
Evet	39	
Hayır	298	11,4
Bazen	4	87,4
		1,2
Toplam	341	100,0

Tablo 5'in devamı. Hastalara ait bireysel özelliklerin dağılımı (n=341)

	n	%
Menopoza girdiniz mi		
Evet	215	63,0
Hayır	126	37,0
Oral kontraseptif kullanımı		
Evet	43	12,6
Hayır	298	87,4
Uyku apnesi şikâyetiniz var mı		
Evet	19	5,6
Hayır	318	93,2
Bilmiyorum	4	1,2
Günlük su tüketim kaynağınız		
Damacana su	101	29,6
Çeşme suyu	167	49,0
Şişe suyu	3	0,9
Damacana, şişe, çeşme suyu	33	9,7
Diğer	37	10,8
Toplam	341	100,0

4.2.Katılımcıların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin %34,3'ü 1-5 yıldır hipertansiyon hastasıdır ve %63 ünde hipertansiyona eşlik eden kronik birden çok hastalık bulunmaktadır. Araştırmamızda en sık görülen ek kronik hastalıklar Diabetes Mellitus (%19,6) ve koroner kalp hastalığı (%14,7)'dir. En az görülen kronik hastalık ise endokrin hastalık (%0,9) tır (Tablo 6).

Araştırmaya katılan bireylerin soy geçmişine bakıldığında %35,5'inin annesi, %34,3'ünün babası, %23,8'inin kardeşi, %10,6'sının çocukları, %39,3'ünün eşi hipertansiyon hastasıdır (Tablo 6).

Çalışmaya katılan hipertansif bireylerin %65,4'ünün hipertansiyon ile ilgili bilgileri çeşitli kaynaklardan takip ettiği görülmektedir. Katılımcıların %57,8'i hipertansiyon hakkındaki bilgileri televizyon programlarından takip etmekte, %22,3'ü ailesine, %18,8 'i arkadaşlarına danışmakta, %15,5'i ise internetten edinmektedir (Tablo 6).

Tablo 6'da hipertansif bireylerin %59,8'inin ilaç almayı unuttuğu görülmektedir. İlaç almayı unutan bireylerin %33,2'i (n=204) gün içerisinde hatırlayınca ilacını almakta, %5,9'u ise bu durumu önemsememektedir.

Çalışmamıza katılan hipertansif bireylerin %59,5 i çeşitli sebeplerle acil servise başvurmuş, %66,9'sı kalp krizi, beyin kanaması vs. gibi bir şikayetle karşılaşmamıştır. Katılımcıların %28,4 'ü tansiyonunu kendini kötü hissettiği zaman kontrol etmekte ve %75,4'ünün şikayetleri zamanla ilişkili değildir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Hipertansiyona ilişkin bilgileri

	n	%
Hipertansiyon tam süresi		
1 yıldan az	36	10,6
1-5 yıl	117	34,3
5-10 yıl	116	34,0
10 yıl ve üstü	72	21,1
Hastalıklar (n =215)		
Ruhsal hastalık	5	1,5
Diabetes Mellitus	67	19,6
KOAH*	11	3,2
Astım	28	8,2
Tiroid fonksiyon bozukluğu	9	2,6
Kanser	5	1,5
Koroner kalp hastalığı	50	14,7
Osteoporoz	17	5,0
Böbrek hastalığı	8	2,3
Nörolojik hastalık	6	1,8
Endokrin hastalık	3	0,9
Anemi	6	1,8
Ailede hipertansiyon varlığı'		
Annede HT varlığı	121	35,5
Babada HT varlığı	117	34,3
Kardeşte HT varlığı	81	23,8
Çocuklarda HT varlığı	36	10,6
Eşte Ht varlığı	134	39,3
Hipertansiyon hakkında bilgi kaynakları'		
TV	197	57,8
Gazete	31	9,1
Kitap	19	5,6
İnternet	53	15,5
Komşu	49	14,4
Arkadaş	64	18,8
Aile	76	22,3
İlaç kullanımını unutma durumları (n=204)		
Gün içerisinde hatırlayınca alırım	68	33,2
1 gün geçmişse iki günü beraber alırım	31	15,1
1 gün geçmişse sadece o günü alırım	64	31,2
Kötü hissetmezsem önemsemem	30	14,6
Önemli değil	11	5,9
Acile başvuru durumu		
Evet	203	59,5
Hayır	138	40,5

*KOAH=Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı,'Katılımcılar birden çok şık işaretlemiştir.

Tablo 6'nın devamı. Katılımcıların Hipertansiyona ilişkin bilgileri

	n	%
Tansiyon kontrolünüzü nasıl yapıyorsunuz?		
Her gün ayı saatte sabah	21	6,2
Her gün aynı saatte öğle	11	3,2
Her gün aynı saatte akşam	15	4,4
Her gün saatine dikkat etmiyorum	19	5,6
Kendimi kötü hissettiğim zaman	97	28,4
İlaçlarımı almadan önce	25	7,3
İlaçlarımı aldıktan sonra	23	6,8
Diğer	130	38,1
Ht ile ilgili şikayetleriniz zamanla değişiyor mu?		
Zamanla ilgisi yok	257	75,4
Yaz	43	12,6
Kış	5	1,5
Sonbahar	3	0,9
İlkbahar	1	0,3
Sabah	5	1,4
Öğle	4	1,1
Akşam	17	5,0
Gece	6	1,8
Daha önce hangi şikâyetiniz nedeniyle tedavi aldınız?		
Kalp krizi	7	2,1
Kalp ameliyatı	17	5,0
Beyin kanaması	3	0,8
Anjio	58	17,0
Stend	13	3,8
Diğer	15	4,4
Şikâyetim olmadı	228	66,9
Toplam	341	100

4.3.Katılımcıların Beslenme Durumlarına İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan hipertansif bireylerin %43,1'inin 3 öğün beslendiği(n=147), %51,0'ının en çok akşam öğününde (n=174) beslendiği görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların beslenme şekilleri ve diyet yapma durumları(n=341)

	n	%
Kahvaltı	101	29,6
Öğle yemeği	57	16,8
Akşam yemeği	174	51,0
Gece yatmadan önce	9	2,6
Katılımcıların öğün sayısı		
1 öğün	9	2,6
2 öğün	113	33,1
3 öğün	147	43,1
4 öğün	48	14,1
5 öğün	20	5,9
6 öğün	4	1,2
Diyet yapma durumu		
Evet	129	37,8
Hayır	78	22,9
Öneride bulunulmadı	134	39,3
Toplam	341	100

Katılımcıların kendi ifadelerine göre beslenmelerine dikkat etme durumlarına bakıldığında; %88,0'nın fast-food beslenmemeye, %82,1 'inin fazla miktarda yemek tüketmemeye, %80,6 'sının sebze ağırlıklı beslenmeye dikkat ettiği saptanmıştır. Ayrıca tuzsuz (58,9), unlu-hamur işi beslenmeme (%50,4), yağ tüketiminde zeytin yağı, ayçiçek yağı ve katı yağı karıştırarak kullanma (%41,9) ve haftada en az 2 kez balık tüketimi (%41,9) görülmektedir. Katılımcıların %37,8 'i hipertansiyon ile ilgili olarak diyet yapmaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların bazı beslenme alışkanlıkları

	Evet n(%)	Hayır n(%)
Tuzsuz yememeye dikkat ederim	201(58,9)	140(41,1)
Unlu-hamur işi yememeye dikkat ederim	172(50,4)	169(49,4)
Fazla miktarda yememeye dikkat ederim	280(82,1)	61(17,9)
Fast food beslenmemeye dikkat ederim	300(88,0)	41(12,0)
Çok şekerli gıda tüketmemeye dikkat ederim	251(73,6)	90(26,4)
Kırmızı et ağırlıklı beslenmemeye dikkat ederim	222(65,1)	119(34,9)
Beyaz et ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim	244(71,6)	97(28,4)
Sebze ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim	275(80,6)	66(19,4)
Haftada en az 2 kez balık yerim	84(24,6)	257(75,4)
Kızartma türlü beslenmemeye dikkat ederim	238(69,8)	103(30,2)
Yağlı gıdalar yememeye dikkat ederim	253(74,2)	88(25,8)
Yağ tüketiminde zeytinyağı kullanırım	143(41,9)	198(58,1)
Yağ tüketiminde zeytin yağı ve ayçiçek yağı beraber kullanırım	126(37,0)	215(63,0)
Yağ tüketiminde zeytinyağı, ayçiçek yağı ve katı yağı birlikte kullanırım	157(46,0)	184(54,0)

4.4.Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Araştırma kapsamına alınan bireylerin Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine göre toplam puanı Medyan (Min-Max) 29,17 (4,17-48,96) 'dir (Tablo 9).

Tablo 9. Türkiye sağlık okuryazarlığı (TSOY) -32 ölçeği toplam puan ortalaması ve dağılımı (n=341)

TSOY-32	Median	Minimum	Maksimum	Standart Sapma
Toplam ölçek puanı	29,17	4,17	48,96	8,18

Tablo 10. Türkiye sağlık okuryazarlığı (TSOY) -32 ölçeği tedavi ve hizmet alt boyutu maddeleri frekans ve dağılımı (n=341)

	Çok kolay n(%)	Kolay n(%)	Zor n(%)	Çok zor n(%)	Fikrim yok n(%)
1.Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulma	7(2,1)	193(56,6)	125(36,6)	10(2,9)	6(1,8)
2.Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	6(1,8)	115(33,7)	161(47,2)	36(10,6)	23(6,7)
3.Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	6(1,8)	184(54,0)	127(37,2)	8(2,3)	16(4,7)
4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	16(4,7)	215(63,0)	89(26,1)	6(1,8)	15(4,4)
5.Bir sağlık kuruluşuna gittiğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	7(2,1)	159(46,6)	60(17,6)	17(5,0)	98(28,7)
6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	13(3,8)	125(35,5)	81(23,8)	24(7,0)	102(29,9)
7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	3(0,9)	143(41,9)	155(45,5)	23(6,7)	17(5,0)
8.Doktorunuzun hastalığınız ile ilgili açıklamalarını anlamak	6(1,8)	242(71,0)	78(22,9)	9(2,6)	6(1,8)
9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	2(0,6)	143(41,9)	171(51,0)	16(4,7)	9(2,6)
10.Sağlıklıların (doktor, eczacı) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	10(2,9)	297(87,1)	33(9,7)	1(0,3)	0(0,0)
11.İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	7(2,1)	154(45,2)	128(37,5)	30(8,8)	22(6,5)
12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	5(1,5)	131(38,4)	173(57,0)	16(4,7)	16(4,7)
13.Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	15(4,4)	282(82,7)	32(9,4)	4(1,2)	8(2,3)
14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi)yerini arayıp bulmak	9(2,6)	204(59,8)	85(24,9)	30(8,8)	13(3,8)
15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu) ne yapabileceğine karar vermek	6(1,8)	109(32,0)	154(45,2)	23(6,7)	49(14,4)
16.gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırarak	11(3,2)	110(32,3)	107(31,4)	24(7,0)	89(26,1)
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	13(3,8)	223(65,4)	82(24,0)	4(1,2)	19(5,6)
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	3(0,9)	128(37,5)	153(44,9)	8(2,3)	49(14,4)
19.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	7(2,1)	197(57,8)	92(27,0)	3(0,9)	42(12,3)
20.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	4(1,2)	116(34,0)	172(50,4)	12(3,5)	37(10,9)
21.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	7(2,1)	197(57,8)	93(27,3)	7(2,1)	37(10,9)
22.Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1(0,3)	79(23,2)	37(10,9)	27(7,9)	197(57,8)
23.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	11(3,2)	244(71,6)	71(20,8)	6(1,8)	9(2,6)
24.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	2(0,6)	208(61,0)	114(33,4)	11(3,2)	6(1,8)
25.Gıda ambalajları üzerinde sağlığımızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	2(0,6)	114(33,4)	136(39,9)	35(10,3)	54(15,8)
26.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	9(2,6)	153(44,9)	81(23,8)	14(4,1)	84(24,6)
27.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	5(1,5)	98(28,7)	127(37,2)	8(2,3)	103(30,2)
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	10(2,9)	213(62,5)	75(22,0)	0(0,0)	43(12,6)

Tablo 10'un devamı. Türkiye sağlık okuryazarlığı (TSOY) -32 ölçeği tedavi ve hizmet alt boyutu maddeleri frekans ve dağılımı (n=341)

	Çok kolay n(%)	Kolay n(%)	Zor n(%)	Çok zor n(%)	Fikrim yok n(%)
29.Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	6(1,8)	131(28,4)	166(48,7)	20(5,9)	18(5,3)
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	6(1,8)	95(27,9)	91(26,7)	22(6,5)	127(37,2)
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	7(2,1)	240(70,4)	52(15,2)	11(3,2)	31(9,1)
32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	35(10,3)	0(0,0)	70(20,5)	21(6,2)	215(63,0)

Tablo 10'da araştırmaya dahil edilen bireylerin ölçek maddelerine verdikleri cevapların frekans ve dağılımları verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY indeksi ile yaş arasında anlamlı ilişki vardır. ($p<0,001$) Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düşmektedir. ($r= -0,330$) Araştırmamızda TSOY-32 indeksi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki vardır. ($p<0,001$; $r = 0,513$) Eğitim düzeyi arttıkça ve sağlık okuryazarlığı düzeyi de artmaktadır. TSOY indeksi bakımından aile tipine göre anlamlı fark yoktur. ($p=0,774$) Gelir durumu ile indeks arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. ($p<0,001$; $r = 0,278$) Araştırmamızda gelir durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı artmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık Okuryazarlığının Yaş, Eğitim Durumu ve Gelir Durumu ile Karşılaştırılması

TSOY-32	p	r
Yaş	<0,001	-0,330
Eğitim düzeyi*	<0,001	0,513
Gelir durumu**	<0,001	0,278

p= anlamlılık düzeyi ,r= spearman korelasyon katsayısı

*Eğitim düzeyi: okuryazar değil, okuryazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, yüksekokul/üniversite mezunu şeklinde; gelir durumu**: kötü, orta, iyi, çok iyi şeklinde karşılaştırılmıştır.

Hipertansif bireylerde TSOY-32 ölçek puanı bakımından cinsiyetler arası anlamlı fark vardır. ($p=0,005$) Kadınlarda okuryazarlık düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın hipertansif bireylerin aldığı TSOY-32 medyan puanı 30,73(min-max=10,42-48,96), erkeklerin TSOY-32 medyan puanı 27,08(min-max=40,17-47,70) olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Araştırmamızda medeni duruma göre TSOY-32 ölçeği bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,745) Hastalarda yaşanan yere göre TSOY-32 indeksi bakımından anlamlı fark vardır.(p<0,001). Şehir ile ilçe (p=0,039), şehir ile köy (p<0,001), ilçe ile köy arasında (p<0,001) yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunmuştur. Köyde yaşayanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ilçede yaşayanlara göre daha yüksek, ilçede yaşayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi ise şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir (Tablo 12).

Aile tipi kategorileri arasında TSOY-32 ölçek puanı bakımından anlamlı fark yoktur. (p=0,774) Sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar arasında indeks puanı bakımından anlamlı fark vardır.(p=0,007) Sosyal güvencesi olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık güvencesi olmayan bireylere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık Okuryazarlığının Kategorik Değişkenler ile Karşılaştırılması

Tsoy-32	n	Median	Min-max	p*
Cinsiyet*	341			0,005**
Kadın	235	30,73	10,42-48,96	
Erkek	106	27,08	4,17-47,40	
Medeni durum	341			0,745***
Evli	320	29,17	4,17-48,96	
Bekar	1	23,96	23,96-23,96	
Ayrılmış	10	28,65	27,08-46,35	
Vefat	10	30,73	28,65-32,29	
Yaşanan yer*	341			<0,001***
Şehir	36	26,04	4,17-46,35	
İlçe	199	28,12	13,02-47,92	
Köy	106	32,55	12,50-48,96	
Aile tipi*	341			0,774***
Çekirdek aile	288	29,17	4,17-48,86	
Geniş aile	38	26,82	16,67-41,67	
Anne-baba ayrı	10	29,69	20,31-43,75	
Boşanmış	5	43,75	19,79-43,75	
Sosyal güvence*	341			0,007**
Var	326	29,68	4,17-48,96	
Yok	15	25,00	16,67-43,75	

*p anlamlılık düzeyi çalışılan alanlar. **Mann-Whitney U testi ***Kruskal Wallis testi

veri sayısı yetersiz olduğu için hesaplanmamıştır.

4.4.Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Araştırmamızda hipertansiyon hastalarının SF-36 ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puanı fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğünden, en düşük puanı ise ruhsal sağlık alanından aldıkları görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 13. Hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları(n=341)

	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji-canlılık-vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
Mean	72,80	75,73	83,48	32,28	29,08	68,02	73,37	58,99
Median	75,00	100,00	100,00	32,00	30,60	75,00	77,50	60,00
Min-Mak	10-100	0-100	0,100	11,50-47,75	1,40-42,80	12,50-100	0,100	25,00-95,00
Standart sapma	19,05	34,56	30,74	7,32	6,24	15,94	20,76	12,29

Tablo 14’ de araştırmaya dahil edilen hastaların yaşam kalitesine ait değişkenlerinin cinsiyete göre alt boyut median puanları, min-max değerleri, 1.ve 3. Çeyrek puanları ile anlamlılık değerleri yer almaktadır. Araştırmada cinsiyete bağlı fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü ($p<0,001$), ruhsal sağlık ($p<0,001$) ve genel sağlık algısı ($p=0,007$) parametrelerinde anlamlı fark vardır. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık ve genel sağlık puan ortalamaları erkeklerde yüksektir.

Tablo 14. Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları

Cinsiyet	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji-canlılık-vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
Kadın								
Median	75,00	100,00	100,00	32,00	30,00	75,00	77,50	60,00
Min-Mak	10-100	0-100	0-100	16,50-47,50	14,00-39,20	25-100	10-100	25-95
1.ç-3.ç*	60-85	50-100	100-100	27,25-37,00	23,00-34,00	62,50-75,00	65,00-77,50	50-65
Erkek								
Median	80,00	100,00	100,00	32,00	31,00	75,00	77,50	60,00
Min-Max	10-100	0-100	0-100	11,50-47,75	1,40-42,80	12,50-100	0-100	35-95
1.ç-3.ç*	65-95	75-100	66,67-100	27,50-41,81	26,55-35,00	62,50-75,00	77,50-80,00	53,75-70,00
p	<0,001	<0,001	0,378	0,347	<0,001	0,752	0,206	0,007

*1.çeyrek-3.çeyrek değerleri

Tablo 15’de medeni durum ile yaşam kalitesi alt ölçek puan karşılaştırmaları verilmiştir. Veri formunda bulunan “bekar” şıkkı yeterli sayıda verinin olmaması (bekar=1 kişi, n= 341) sebebiyle istatistiksel analizlere dahil edilmemiştir. Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut değerlendirmelerinde medeni durum ile fiziksel fonksiyon($p=0,003$) ve sosyal işlevsellik (0,018) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Tablo 15. Medeni duruma göre yaşam kalitesi alt boyut puanları

Medeni durum	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji canlılık vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
Evli								
Median	80,00	100,00	100,00	32,13	30,40	75,00	77,50	60,00
Min-mak	10-100	0-100	0-100	11,50-47,75	1,40-42,80	12,50-100,00	0-100,00	25,00-95,00
1.ç-2.ç* Ayrılmış	65,00-85,00	65,00-85,00	66,67-100,00	27,50-37,00	26,00-34,60	62,50-75,00	67,50-79,38	50,00-65,00
Median	65,00	75,00	100,00	32,00	30,90	62,50	77,50	62,50
Min-mak	50,00-65,00	25,00-100,00	33,33-100,00	31,75-36,75	22,60-34,80	62,50-87,50	45,00-100,00	35,00-70,00
1.ç-3.ç*	50,00-65,00	25,00-100,00	33,33-100,00	32,00-32,00	29,50-34,80	62,50-75,00	45,00-77,50	42,50-70,00
Eşi vefat etmiş								
Median	65,00	50,00	100,00	29,00	3000	50,00	72,50	45,00
Min-mak	30,00-85,00	0-100,00	33,33-100,00	21,25-37,00	22,60-34,80	37,50-87,50	42,50-100,00	35,00-80,00
1.ç-3.ç*	40,00-70,00	37,50-100,00	58,33-100,00	21,25-33,06	25,45-34,35	46,86-59,37	51,88-83,13	40,00-72,50
p	0,003	0,231	0,556	0,069	0,612	0,018	0,416	0,659

*1.çeyrek-3.çeyrek değerleri

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda yapılan ikili karşılaştırmalarda evli ile ayrılmış bireyler ($p=0,007$) ile evli ve eşi vefat etmiş bireyler ($p=0,026$) arasında anlamlı fark vardır. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,917$) (Tablo 15)

Sosyal işlevsellik alt boyutunda yapılan ikili karşılaştırmalarda ise evli ve eşi vefat etmiş bireyler ($p=0,008$), eşinden ayrılmış ve eşi vefat etmiş bireyler ($p=0,019$) arasında anlamlı fark vardır. Sosyal işlevsellik boyutunda evli bireyler ile eşinden ayrılmış bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p= 0,317$) (Tablo 15).

Araştırmada hipertansif hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; yaşadıkları yerin fiziksel fonksiyon ($p=0,007$), ağrı ($p=0,044$), ve genel sağlık ($0,025$) alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ikili karşılaştırılmada fiziksel fonksiyon alt boyutunda şehir ile köy($p=0,019$) ve ilçe ile köy ($p=0,006$) arasında anlamlı fark vardır, şehir ile ilçe arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. ($p=0,295$) İlçede yaşayan bireylerin fiziksel fonksiyon puanları köyde yaşayanlara göre daha yüksektir (Tablo 16).

Ağrı alt boyut karşılaştırmasında şehir ile ilçe arasında anlamlı fark vardır ($p=0,012$), şehir ile köy ($p=0,066$) ve ilçe ile köy ($p=0,503$) arasında anlamlı fark

bulunmamıştır. İlçede yaşayan bireylerin ağırlık alt boyut puanları şehirde yaşayan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 16).

Genel sağlık algısı boyutunda ise ilçe köy arasında anlamlı fark vardır. ($p=0,014$) Şehir ile ilçe ($p=0,091$) ve şehir ile köy ($p=0,834$) arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Genel sağlık algısı boyutunda ilçe puanı köye göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Yaşadığı Yere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanları

Yaşadığı yer	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji-canlılık-vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağırlık	Genel sağlık algısı
Şehir								
Median	80,00	100,00	100,00	32,00	28,50	75,00	72,50	60,00
Min-mak	15-100	25-100	0-100	21,50-47,50	14,40-39,20	37,50-100	10-100	35,00-95,00
1.ç-3.ç*	65,00-92,75	56,25-100	100-100	26,63-36,56	25,20-33,25	53,12-75,00	53,12-77,50	45,00-65,00
İlçe								
Median	80,00	100,00	100,00	32,00	30,60	75,00	77,50	60,00
Min-mak	20-100	0-100	0-100	11,50-47,75	1,40-39,00	25-100	12,50-100	30,00-90,00
1.ç-3.ç*	65,00-85,00	50-100	66,67-100	27,50-37,00	26,00-34,60	62,50-75,00	67,50-90	55,00-70,00
Köy								
Median	75,00	100	100	32,25	30,60	75,00	77,50	60,00
Min-mak	10-100	0-100	0-100	16,50-47,50	17,20-42,80	12,50-100	0-100	25,00-95,00
1.ç-3.ç*	55,00-80,00	50-100	66,67-100	27,50-37,06	26,35-34,85	62,50-75,00	67,50-77,50	50,00-61,25
p	0,007	0,649	0,769	0,699	0,495	0,371	0,044	0,025

*1.çeyrek-3.çeyrek değerleri

Tablo 17’de sosyal güvence ile yaşam kalitesi arasında yapılan karşılaştırmada fiziksel rol güçlüğü boyutunda anlamlı fark vardır. ($p=0,008$) Sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Sosyal Güvenceye Yere Göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanları

Sosyal güvence	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji-canlılık-vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağırlık	Genel sağlık algısı
Var								
Median	75,00	100,00	100,00	32,00	30,40	75,00	77,50	60,00
Min-mak	10-100	0-100	0-100	11,50-47,75	1,40-42,80	12,50-100	0-100	25,00-95,00
1.ç-3.ç*	65-85	50-100	66,67-100	27,50-37,00	25,65-23,45	62,50-75,00	67,50-77,50	50,00-65,00
Yok								
Median	75,00	100,00	100	37,50	34,60	75,00	77,50	55,00
Min-mak	50-95	50-100	0-100	16,50-47,50	30,00-35,60	25,00-100	32,50-100	35,00-75,00
1.ç-3.ç*	60-85	100-100	0-100	16,50-42,00	30,60-35,20	25,00-75,00	32,50-100	45,00-65,00
p	0,844	0,008	0,112	0,403	0,354	0,056	0,772	0,266

1.çeyrek-3.çeyrek değerleri

Tablo 18. Yaş, Eğitim Düzeyi ve Gelir Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji-canlılık-vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
Yaş								
p	<0,001	<0,001	0,239	0,577	0,576	0,001	0,875	0,142
r	-0,267	-0,192	0,064	0,030	-0,030	-0,180	0,009	-0,080
Eğitim düzeyi								
p	<0,001	<0,001	0,256	0,040	0,111	0,196	0,150	0,003
r	0,313	0,234	-0,062	-0,111	0,086	0,070	0,078	0,163
Aile gelir durumu								
p	0,024	0,075	0,238	0,786	0,002	0,606	0,854	0,005
r	0,123	0,096	-0,64	0,015	0,169	-0,028	0,010	0,151

Tablo 18’de yaş, eğitim düzeyi ve aile gelir durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyut ilişki durumu değerlendirilmiştir. Yaş ile fiziksel fonksiyon($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü($p<0,001$) ve sosyal işlevsellik($p=0,001$) alt boyutları anlamlı bulunmuştur. Yaş ile fiziksel fonksiyon ($r = -0,267$), fiziksel rol güçlüğü ($r = -0,192$) ve sosyal işlevsellik ($r = -0,180$) alt boyutları negatif korelasyonludur. Yaş arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Eğitim düzeyi ile fiziksel fonksiyon($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü($p<0,001$) ve enerji-canlılık-vitalite($p=0,040$) ve genel sağlık algısı($p=0,003$) parametreleri anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile fiziksel fonksiyon ($r = 0,313$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,234$) ve genel sağlık algısı ($r = 0,163$) alt boyutları pozitif korelasyonlu, enerji-canlılık-vitalite ($r = -0,111$) alt boyutu negatif korelasyonludur. Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı alt boyut yaşam kalitesi düzeyleri artmakta, enerji-canlılık-vitalite alt boyut yaşam kalitesi azalmaktadır.

Gelir durumu ile fiziksel fonksiyon ($p=0,024$), ruhsal sağlık ($p=0,002$) ve genel sağlık algısı($p=0,005$) parametreleri anlamlıdır ve fiziksel fonksiyon ($r = 0,123$), ruhsal sağlık ($r = 0,169$) ve genel sağlık algısı ($r = 0,151$) alt boyutları pozitif korelasyonludur.

4.5.Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Alt boyutlarının Karşılaştırılması

Tablo 19.Sağlık Okuryazarlığı-32 ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi Alt Boyut Karşılaştırması

	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji-canlilik-vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
p	<0,001	<0,001	0,007	0,710	0,008	0,748	0,024	<0,001
r	0,737	0,230	-0,146	0,020	0,144	-0,017	0,122	0,205

Sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırıldığı Tablo 19’ da sağlık okuryazarlığı ile fiziksel fonksiyon($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü ($p<0,001$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0,007$), ruhsal sağlık ($p=0,008$), ağrı ($p=0,024$) ve genel sağlık algısı ($p<0,001$) alt boyutları anlamlıdır ve sağlık okuryazarlığındaki artış fiziksel fonksiyon ($r =0,373$), fiziksel rol güçlüğü ($r =0,230$), ruhsal sağlık ($r =0,144$), ağrı ($r =0,122$) ve genel sağlık algısı ($r=0,205$) alt boyut yaşam kalitesini arttırırken emosyonel rol güçlüğü ($r = -0,146$) alt boyut yaşam kalitesini azaltmaktadır (Tablo 19).

5.TARTIŞMA

Hipertansiyon dünyada her yıl 7,5 milyon kişinin ölümüne sebep olan, iş gücü kaybı ve kardiyovasküler sekeller nedeniyle bakım ve tedavi harcamalarını arttırarak ülke ekonomisine yük getiren önemli bir hastalıktır (Token, 2013).

İnsanların yaşam sürelerinin artmasıyla beraber kronik hastalıklardaki artış, sağlık sistemleri gelişse bile hastalara ayrılan süre ve hizmetin kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Modern sağlık sistemlerinin hasta merkezli bakımı benimsemesi, hastaların kendi tedavi ve bakımlarına katılımını arttırmıştır. Bu durum hastaların kendi hastalığı konusunda bilgi sahibi olmasını ve karar süreçlerinde sorumluluk almasını zorunlu hale getirmiştir. Bu yüzden hasta bireylerin kendi bakımlarına doğru katılımlarını artırmak ve kendilerine ait karar almalarını sağlamak için sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesine ihtiyaçları vardır. Çünkü sağlık okuryazarlık düzeyine paralel olarak bireylerin otonomi kazandığı, sağlıkla ilgili doğru kararları aldığı, riskli sağlık davranışlarını azalttıkları ve sağlık sisteminin işlerliğinin arttırdığı görülmektedir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı kavramı oldukça önemlidir (Tanrıöver ve ark., 2014).

Kronik hastalıklar kontrol altına alınmadığı zaman ilerleyen ve kişilerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan hastalıklardır. Bu yüzde uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren hipertansiyonlu hastalara bakım veren sağlık çalışanlarının, hastaların yaşam kalitesini arttırmada önemli sorumlulukları vardır. Hipertansif bireylerin sağlıkla ilgili okuryazarlık düzeylerinin artırılması yaşam tarzı değişikliklerine paralel olarak hipertansiyonun ilerlemesini durdurulabilmekte, kardiyovasküler sekelleri azaltabilmekte ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktadır (Çelik, 2008).

Bu bölümde hipertansif hastaların sağlık okuryazarlık ve yaşam kalitesi düzeyleri ve bunların ilişkisi tartışılmıştır.

5.1.Hipertansiyon ve Sosyo-Demografik Özelliklerin Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan hipertansif bireylerin yaş ve cinsiyet standardizasyonundan sonra tansiyon medyan değeri 130/90 mmHg (Min=110/50, Max=190/90)'dır. Hipertansiyon hastalığı için ulusal çapta yapılan PatenT2 çalışmasında tansiyon değeri ortalaması 140/90'ının altında bulunmuştur. Marin ve ark. (2019) yaptığı çalışmada hipertansif hastaların kan basıncı ortalaması 134,8/82,4 mmHg olarak tespit edilmiştir. Familoni ve Ariba (2003) yapmış olduğu çalışmada, bireylerin tansiyon seviyesindeki değişimleri doğru algılamalarına bakılmıştır. Tansiyon seviyesinin yükseldiğini ifade edenlerin %44,5'inin doğru tahmin ettiği ve doğru tahmin eden bireylerin daha genç bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir.

Robles ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada, sistolik ve diyastolik kan basıncına bağlı kardiyovasküler mortalite durumu araştırılmıştır. Bu çalışmada birçok çalışma sonuçları incelenmiştir. Sonuç olarak da diyastolik ve sistolik kan basıncı ile kardiyovasküler mortalite ve strok arasında ilişki olduğunu destekleyen verilere ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda da tansiyon hastalarının kan basıncı ortalamaları bakıldığında riskli bireylerin olduğu görülmektedir. Bu durum hipertansif hastalarda tansiyon değerine bağlı strok ve kardiyovasküler mortalite riskini azaltmak açısından üzerinde durulması gereken bir konudur. Hipertansif hastaların tedaviye rağmen tansiyon değerinin hala yüksek olmasının nedenlerinin (hastaya ait/tedaviye bağlı) tespiti, sorunu çözmek açısından oldukça önemlidir. Çünkü kan basıncının normal değerler içinde tutulması, kan basıncı değerlerine bağlı istenmeyen durumların oluşmasını önlemek için zorunludur.

Bu araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 61,21±8,96 yıl, boy ortalaması 165±7,68 cm, kilo ortalaması 76±10,86 kg, nabız ortalaması ise 76±12,58 atım/dk 'dır. Çalışmadaki bireylerin %68,9 u kadın, %31,1 i erkek tir. Çalışmaya katılan bireylerin %57,5'i ilkokul mezunu, %93,8'i evli, %84,5'i çekirdek aile yapısına sahip ve %95,6'sı sosyal güvenceye sahiptir. Çalışmamızdaki bireylerin %63,9 u orta gelir seviyesine sahip, %71,6'sı çalışmamaktadır. Araştırmada kent yerleşimi %68, kırsal yerleşim ise %25,7 dir.

Hipertansiyon ileri yaş gruplarında sık görülen bir sağlık problemidir. Yaşla beraber kan basıncı değerlerinde artış olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Taşçı ve ark.,2005; Ferreira ve ark.,2009; Doğan ve ark., 2012; Filho ve ark.,2018). Çalışmamızda yaş ortalaması 61,21±8,96 yıl olarak saptanmış olup yaş grubu açısından riskli grup olarak düşünülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle aktivite kaybı ve iş gücü kapasitesinin azalması, hipertansiyona bağlı oluşabilecek sağlık risklerinin prevalansını arttırmaktadır. Bu yüzden hipertansiyona bağlı oluşabilecek riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini etkileyebilecek durumların oluşmasını önlemek için ileri yaş gruplarına dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda beden kitle indeksi ortalaması 28,45±3,61 olarak tespit edilmiştir. PatenT-2 çalışmasında Türk toplumunun beden kitle indeksi ortalaması 27,4 kg/m² olarak tespit edilmiştir. Filho ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada beden kitle indeksi (26.65) ve hipertansiyon arasındaki pozitif ilişki saptanmıştır. Yerleşik hayata geçiş ile toplumlarda obezite ve hipertansiyon hızla artmaktadır (Filho ve ark., 2018). Obezite hipertansiyon görülme sıklığını 3 kat arttırmaktadır. NHANES II çalışmasına göre 45-75 yaş arasındaki BKİ>27 kg/m² olan Amerikalı bireylerde hipertansiyon 3 kat ,20-45 yaş grubunda ise 6 kat daha yüksek bulunmuştur (Van Italie, 1985). Günümüzde bilimsel olarak kanıtlanmış, sağlığı destekleyen ve hipertansiyonu önleyen diyet yaklaşımları bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar, kardiyovasküler hastalığın, kanserin, tip 2 Diabetes Mellitusun ve obezitenin önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Makro besinler yerine gıdalara odaklanmak, hastalara sağlıklı bir diyeti anlamalarına yardım ederken, bilişsel düzeylerini de yükseltmektedir (Locke ve ark., 2018). Bu yüzden, sağlıklı bir diyeti izlemenin önündeki engelleri belirlemek ve tüm sağlık bakım ekibini kullanmak, hastalara bu yönergeleri kullanma ve günlük yaşantılarında uygulayabilmelerine yardımcı olabileceği şeklinde düşünülmektedir.

Menopoz öncesi dönemde kadın bireylerde hipertansiyon prevalansı aynı yaş grubundaki erkek bireylere göre daha düşüktür. Ancak kadınlar; vücut yapıları gereği ve özellikle menopoz döneminde östrojen seviyesindeki azalmanın kardiyovasküler sistem üzerine olan etkileri sebebiyle, ileri yaşlarda hipertansiyona daha çok yakalanmaktadır (Safar ve Sumulyan,2004; Wenger ve ark., 2018). PatenT2 çalışmasında hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %28,4' tür. Yapılan birçok çalışmada da

hipertansiyon prevalansı kadınlarda daha yüksek saptanmıştır (Doğan ve ark.,2012; Ünal ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda da yapılan diğer çalışmalarla benzer şekilde hipertansiyon kadınlarda daha sık görülmektedir. (%68,9 kadın, %31,1 erkek) Bu sonuçlar dahilinde kadın bireylerin fizyolojik olarak dezavantajlı olması sebebiyle, menopoz öncesi dönemden itibaren, hipertansiyon yönünden erken dönemde izlenmesinin ve etkili tedavi sağlanmasının yaşamın ileriki yıllarında kadınları kardiyovasküler hastalıklardan koruyacağı ve morbidite ve mortaliteye önemli katkı sağlayacağını söyleyebiliriz.

Endüstrileşmiş toplumlarda işlenmiş gıda ve tuz tüketimindeki artış ile çalışma şartları ve geçim sıkıntısı gibi sebeplerle hipertansiyon kent popülasyonunda daha yüksek seviyelerde görülmektedir (Filho ve ark., 2018; Ülger ve Cankurtaran, 2008). Gupta (1997) tarafından Hindistan'da yapılan bir çalışmada son 50 yıl içinde hipertansiyon prevalansının kentlerde 30 kat, kırsalda ise 10 kat arttığı tespit edilmiştir. PatenT2 çalışmasında hipertansiyon hastalarının %74,3'ü kentsel kesimde, %25,7'si kırsal kesimde yaşamaktadır (Sengul ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon hastalarının %68'i kentsel kesimde yaşamaktadır ve PatenT2 çalışması verileri ile benzerlik göstermektedir. Kentsel bölgelerde kentleşme sürecinin hızlanması, yaşam tarzının değişmesi, beslenme alışkanlıklarında işlenmiş gıda tüketimi oranının artması ve yaşamdan beklentilerin farklılaşmasının hipertansiyonun gelişimine katkıda bulunduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hipertansiyonda yeterli ve düzenli beslenme önemlidir. Özellikle yaşlı bireylerde metabolizma hızının yavaşlamasına bağlı besinlerin sindirimi yavaşlamaktadır. Bu amaçla hipertansif bireylerde öğün atlanmadan, 4-5 saat aralıklı olacak şekilde ve en az 3 öğün beslenme önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002). Bu çalışmada da öğün atlama oranı %35,7 olarak bulunmuştur ve özellikle öğle yemeği atlanmaktadır. Ersoy ve Akbulut (2006) 'un çalışmasında da en az 1 öğün atlama oranı %57,3'tür ve en çok öğle öğününün atlandığı tespit edilmiştir (Ersoy ve Akbulut, 2006). Ayrıca çalışmamıza katılan bireylerin %37,8 'i diyetine dikkat etmektedir. Hipertansiyonun tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanında diyetinde etkinliği büyüktür (Çakmak ve ark., 2009). Yetersiz ve dengesiz beslenme bilgi eksikliğinin göstergesidir (Çekal, 2008).

Çalışmaya katılan bireylerin %41,1 i tuzsuz beslenmeye dikkat etmemektedir. Hipertansiyonun gelişmesinde birçok faktör rol oynamakla birlikte; temel olarak böbrekler ve sodyum mekanizması kan basıncını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda tuz tüketiminin yüksek olduğu toplumlarda hipertansiyon prevalansı yüksek bulunmaktadır. (Brown ve ark., 2013; Erdem, 2016). Hipertansiyon ve tuz arasındaki ilişkinin araştırıldığı SALTürk (Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması) çalışmasında Türk toplumunda tuz tüketimi 18 gr/gün olarak bulunmuştur (Erdem ve ark., 2010). Ülkemizdeki tuz kaynaklarını ekmek, salamura, konserve gibi ürünler ve yemeğe sonradan ilave edilen tuz oluşturmaktadır (Ayaz, 2008). Yapılan klinik çalışmalar ile sodyum alımının azaltılması ile hipertansiyonun azaldığı ortaya çıkmıştır (Erdem, 2016). Çelik (2008)'in çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer olarak hipertansiyon hastalarının %56'sı tuz kullanımına dikkat etmediği saptanmış ve kan basıncı ile yüksek sodyum alımı ilişkili olarak bulunmuştur (Çelik, 2008). Bu sonuçlar dahilinde hipertansiyonun kontrolünde özellikle diyetle tuz miktarı sınırlandırılmalıdır.

Çalışmamıza katılan bireylerin %49,4 ünün hamur işi tüketimine dikkat etmediği, %26,4 ünün ise çok şekerli beslendiği tespit edilmiştir. Hipertansif bireylerde hamur işi gibi besinlerden alınan basit karbonhidratlar vücutta trigliserid düzeyini ve glisemik yükü arttırmakta, HDL düzeyini düşürmekte, tip 2 diyabet, obezite ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini arttırmaktadır (Karaosman, 2016). Diyetle glisemik değeri yüksek besinler ile beslenmenin ve hipertansiyon durumunu arttırdığı düşünülmektedir (Appel ve ark., 2005; Ludwig, 2002). Appel ve ark. (2005) tarafından yapılan OMNIHEART çalışmasında karbonhidrat yönünden zengin diyet yerine, protein yönünden zengin diyet (sistolik:1,4/diyastolik:3,5 mmHg) ve doymamış yağ yönünden zengin diyetin sistolik ve diyastolik kan basıncını (sistolik:1,3/diyastolik:2,9 mmHg) düşürdüğü tespit edilmiştir. Bu sebeplerle hipertansiyon hastalarında yüksek kan basıncının kontrolünde karbonhidrat ağırlıklı beslenmenin yerine protein ve doymamış yağ yönünden zengin diyetin tercih edilmesinin yarar sağlayacağını söyleyebiliriz.

Diyette doymuş yağ ağırlıklı beslenme hiperlipidemi ile hipertansif hastalarda serebrovasküler hastalık ve miyokard enfarktüsü riskini arttırmaktadır. Hipertansif bireylerin bu açıdan tekli doymamış yağlar içeren besinleri tüketmesi önerilmektedir. Ayrıca hipertansif bireylerin besinleri ayçiçeği gibi bitkisel yağlarda kızartarak tüketmesi son derece zararlı olup kalp damar hastalıkları riskini arttırmaktadır. Diyetle kızartma

türü besinlerin kullanımını en sağlıksız olanıdır ancak kullanılıyor ise de zeytin yağı kullanımını tercih edilmelidir (Ekim, 2018). Taşçı ve ark. (2005) çalışmasında tereyağı, kuyruk yağı gibi hayvansal kaynaklı yağ tüketen bireylerde hipertansiyon görülme oranı yüksek olarak tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan bireylerin %69,8 'i kızartma türü beslenmeye dikkat etmektedir. Katılımcıların %46'sının zeytin yağı-ayçiçek yağı ve katı yağları birlikte kullandığı tespit edilmiştir. Hipertansiyonun tüm evrelerinde bireylere beslenme alışkanlıklarında değişiklik yapması önerilmektedir. Toplumumuzda diyetle hayvansal kaynaklı yağların yerine bitkisel kaynaklı yağ ürünlerinin kullanılması konusunda farkındalığın artırılması ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıklar yönünden önemlidir.

Hipertansiyon sadece kan basıncı yüksekliği ile seyreden bir hastalık olmayıp basta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok sistemik hastalık ile ilişkilidir. Bu süreçte hipertansiyona sebep olan risk faktörlerinin başka birçok hastalığında etiolojisinde olmasının etkisi vardır (Korkmaz ve Öter, 1998). Bu açıdan hipertansif bireylerin üçte ikisi başka bir sistemik hastalığa sahiptir (Flack ve ark., 1995). Yapılan çalışmaya katılan bireylerin %63'ünün hipertansiyonun yanında başka bir sistemik hastalığa sahip olması bu durumu desteklemektedir. Ayrıca çalışmamıza katılan bireylerin %33,14'ü hipertansiyona bağlı miyokard enfarktüsü, beyin kanaması gibi kardiyovasküler komplikasyonla karşılaşmıştır. Konjestif kalp yetmezliği, beyin kanaması ve böbrek yetmezliği tedavi edilmeyen bireylerde hipertansiyona bağlı komplikasyon olarak görülmektedir (Doyle, 1991). Yüksek kan basıncına sahip bireylerin tedavi edilmesi ve tedavi takiplerinin sağlık profesyonelleri tarafından yapılması morbidite ve mortaliteyi azaltabileceğini söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan hipertansif bireylerin %59,8'inin ilacını almayı unuttuğu görülmektedir. İlaç kullanımını aksatma düşük sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkilidir (Tanrıöver ve ark., 2014). Hipertansif bireylerin tedaviyi aksatması önemli sağlık sorunlarına sebep olmakta, hastalık süresini uzatmakta, yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Tümer ve ark., 2016). Tokem ve ark. (2013) çalışmasında da katılımcıların %50 sinin ilaçlarını kullanmayı unuttukları tespit edilmiştir. Hipertansiyon yaklaşık 50 yıldır tedavisi olmasına rağmen hedeflenen kontrol oranı %50 nin altındadır (Token, 2013). Hipertansif bireylerin ilaçları konusunda

unutmayı önleyici girişimler kadar neden unuttuklarının da tespit edilerek çözüm aranmalıdır.

Hipertansiyonun kontrolünde düzeltilebilen önemli risk faktörlerinden biri fiziksel hareketsizliktir (Token, 2013). Yapılan çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapma oranı çok düşük bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite, kullanılan ilaç tipinden bağımsız olarak, yüksek kan basıncını düşürücü etki yapmaktadır (Baster ve Brooks, 2005). Hipertansiyon hastalarında fiziksel aktivite tek başına bile kan basıncının kontrolünde önemli fayda sağlamaktadır (Malagoni ve ark., 2009; Sharman ve ark., 2015). Ayrıca fiziksel aktivitenin Çelik (2008)' in çalışmasında hem kan basıncı kontrolü sağladığı hem de yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Günümüzde fiziksel aktivite oranları hala istenen seviyelerde değildir. Fiziksel egzersizlerin hipertansiyonun tedavisine yardımcı olması sebebiyle günlük yaşam döngüsünde düzenli egzersizin önemli olduğu düşünülmektedir.

Sigara akut olarak kan basıncını artırır (Erkoç, 2013). Normotansif bireylerde yapılan çeşitli çalışmalarda tek bir sigaranın sistolik kan basıncını 20 mmhg arttırdığı tespit edilmiştir (Primatesta ve ark., 2001). Thankappan ve ark. (2010) çalışmasında sigara içenler, içmeyenlere göre 1,3 kat daha fazla hipertansiyona yakalanmaktadır. İNTERHEART çalışmasında sigara tek başına Miyokard Enfarktüsü riskini 2-2,5 kat arttırdığı, hipertansiyon ve diyabet ile birleşince 13 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Dphil ve ark., 2004). Wu ve ark. (2017) sigara içmeyen bireyler üzerinde yaptığı çalışmada 2 saatin üzerinde sigara dumanına maruz kalmanın bile sistolik (4,24 mmHg) ve diyastolik (2,09 mmHg) kan basınçlarını arttırdığı tespit edilmiştir. Ve bu bireylerde hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğu görülmüştür. 2012 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye' de 15 yaş üstü tütün kullanım oranı %27,1 olarak bulunmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2012). Yılmazel (2014) 'in çalışmasında da sigara kullanımı oranı %25,2'dir. (Yılmazel, 2014) Çalışmamızda sigara kullanım oranı %11,4 bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip olma sigara içimini önemli oranda azaltan bir durumdur (Fidan ve ark., 2005). Çalışmamızda sigara kullanım oranının düşük olmasında hipertansif bireylere kronik hastalık süreci süresinde sağlık çalışanları tarafından bu konuda bilgi verilmiş olduğu ve sigara alışkanlıkları varsa bile bırakmış olabilecekleri şeklinde düşünülebilir. Sigaranın birçok kronik hastalık için risk faktörü olması, uzun süreli ve çok miktarlarda

sigara içen kişilerde hipertansiyon ve diğer kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortaliteyi arttırabileceği için önemlidir.

Düzenli ve fazla miktarda (2 bardaktan çok) alkol tüketimi kan basıncını arttırmaktadır (Yılmazel, 2014). Ayrıca alkol antihipertansif tedavinin etkisini azaltmakta ve inme riskini arttırmaktadır (Erkoç, 2013). Alkol tüketimi iki kadehten fazla olan bireylerde hipertansiyon 1,5-2 kat daha fazla görülmektedir. Alkol alımı 6 kadeh ve daha fazla olan bireylerde alkol alımını azaltmak sistodiyastolik kan basıncını %50 oranında azaltmaktadır (Roerecke ve ark., 2017). Sigara ve alkol kullanım oranlarının düşük bulunmasında çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalamasının yüksek olması etkili olabilir (Durmaz ve Arslan, 2017). Bu sonuçlara göre; hastalık yükünü azaltmak için alkol alımı fazla olan bireylerde alkol alımını azaltmaya yönelik müdahaleler için öncelik verilmesi gerektiği sonucuna varabiliriz.

Hipertansiyonun etiyolojisinde birden çok risk faktörünün rol oynamasının yanında, hipertansif bireylerde aile öyküsü sıklıkla rastlanan bir durumdur. (Yalçın ve Yalçın, 2004) Ailesinde hipertansiyon bulunan bireylerde %35-%50 oranında hipertansiyon görülme riski bulunmaktadır (The International Consortium for Blood Pressure Genome-Wide Association Studies, 2011). Yapılan çalışmada ailede hipertansiyon görülme sıklığı annede %35,5, babada %34,3, kardeşte %23,3 olarak tespit edilmiştir. Sonuçlarımızın literatür ile benzer olması hipertansiyonun erken tanı ve tedavisinde önem arz etmektedir.

Oral kontraseptifler ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü olan ve sigara içen bireylerde hipertansiyona yatkınlığı arttırmakta, strok ve kardiyovasküler hastalıklara sebep olmaktadır. 35 yaşından büyük, 15 ‘ten fazla sigara kullanımı olan kadın bireylerin olası komplikasyonlardan korunmak için alternatif doğum kontrol yöntemlerini kullanması önerilmektedir (Ulutürk, 2006; Şahin, 2017). Çalışmamızda oral kontraseptif kullanımı %12,6’dır. Her 5 yıllık oral kontraseptif kullanımı hipertansiyon riskini %13 arttırmaktadır (Liu ve ark., 2017). Oral kontraseptiflerin tıbbi denetim olmadan yaygın olarak kullanıldığı göz önüne alınarak, oral kontraseptif kullanan kadınlar hipertansiyon ve tromboemboli ve strok riskleri yönünden risk altında olduğunu düşündürmektedir.

Günümüzde uyku bölünmesi ve uyku sürelerinin kısalması birçok kardiyovasküler hastalık ile ilişkilendirilmiştir. Uyku apnesinin hipertansiyonla ilişkisi uzun süredir bilinmektedir (Yıldız ve ark., 2011). Bizim çalışmamıza katılan bireylerin %5,6'sı uyku apnesi tanısı almıştır. Lavie ve ark. (2000) çalışmasında 1426 uyku apnesi hastasının %45,3'ünün, Nieto ve ark. (2000) çalışmasında 2943 uyku apnesi hastasının %62,6'sında hipertansif olduğu tespit edilmiştir. Ren ve ark. (2018) Çin'de 7107 uyku apnesi hastasında yaptığı çalışmada normal uyku süresine (6 saat ve üzeri) sahip bireylerde uyku apnesinin hipertansiyon görülme olasılığını %45, yetersiz uyku süresine (5 saat ve altı) sahip bireylerde ise %80 arttırdığı tespit edilmiştir. Serrano-Guzman ve ark. (2017) tarafından yapılmış deneysel bir çalışmada dans etmenin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve hipertansiyona pozitif yönde etki ettiği saptanmıştır. Hipertansiyondan korunmak için uyku kalitesinin artırılması önem arz etmektedir. Bu amaçla gerekli düzenleme yapıp, girişimler uygulanmalıdır. Bu sürecin sonunda uyku kalitesi artırılıp hipertansiyonun önlenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere çok çeşitli kaynaklardan ulaştığı görülmektedir. Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı, sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Pignone ve ark.,2005). Yapılan çalışmada bireylerin bilgi kaynağı olarak sıklıkla televizyonu ve aile bireylerini kullandıkları görülmektedir. Yılmazel (2014)' in öğretmenler üstünde yaptığı çalışmada hipertansif bireylerin sağlık bilgi kaynağı olarak TV/radyo ve interneti kullandığı görülmektedir. Yılmazel (2014)'in çalışmasındaki bireylerin %75 i TV programlarını sağlığa yararlı olarak değerlendirmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda televizyondaki sağlık programlarının toplumsal sağlık açısından faydalı olduğu görülmektedir (Budak, 2012; Yılmazel ve ark., 2014). Literatürde internetin sağlıkta yeni bir bilgi kaynağı olduğu ifade edilmektedir. TÜİK verilerine göre ülkemizde internet kullanıcılarının %47,3'ünün interneti sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kullandığı görülmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, 2011). Ancak yapılan çalışmada internet sağlık bilgisine erişimde düşük düzeyde kullanılmaktadır. Katılımcılarımız internet yerine daha kolay ulaşabildikleri aile ve arkadaşlarından bilgi almaktadır. Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olmasına bağlı teknolojik gelişmelere uzak olması bu sonuca ulaşmamızda etkili olmuş olabilir.

2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırmasına göre Türkiye’de acil servise başvuru oranı %52,7 olarak tespit edilmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014). Yapılan çalışmada hipertansiyon hastalarının yarısından fazlası en az 1 kez acil servise başvurmuştur. Öztaş (2016) tarafından yapılan çalışmada acil servise en sık tekrarlı başvuran hastaların hipertansiyon hastaları olduğu tespit edilmiştir. Acil servisler akut problemlerde anlık destek sağlayan birimlerdir. Çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlası hayatlarında en az 1 kez hipertansif acil bir durumla karşılaşmıştır. Acil servise tekrarlı başvurular hastalık yönetiminin düşük olduğunun dolayısı ile sağlık okuryazarlığının düşük olduğunun göstergesidir.

Sağlık okuryazarlığı; yaşam kalitesini ve sağlıklı geçirilen yaşam yılını arttıran, sağlık çalışanları için iletişim ve klinik becerilerini etkileyen, hizmet alanlar için ise karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir öge olarak belirtilmektedir (Nielson-Bohlman ve ark., 2004).

5.2.Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmamızda hipertansif bireylerde sağlık okuryazarlığı indeks puanının sınırlı - yetersiz düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan bölgesel çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük, puan ortalamaları sınırlı-yetersiz düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çorum ilinde ilköğretim öğretmenleri arasında yapılan çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı %26,2 olarak bulunmuştur (Yılmazel, 2014). Bursa’da yapılan çalışmada ise katılımcıların %28,1 i yeterli sağlık okuryazarlığına sahiptir (Özdemir ve ark., 2010). 2014 yılında ulusal çapta yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada ülkemiz bireylerinin %64,4 sının yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Tanrıöver ve ark., 2014). Yurt dışında özellikle gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Avustralya’daki bireylerin yaklaşık %79’unun, Japonya’daki bireylerin %75,5’inin, İngiltere’deki bireylerin ise %61,0’inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (Adams ve ark., 2009; Tokuda ve ark., 2009; Boxell ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin hastalıkları hakkında alınan kararlara katılımını ve tedavi sürecini etkileyen önemli bir faktördür. Çünkü tıbbi bilgiyi anlama kapasitesi, sağlık durumunun korunmasında son derece önemlidir. Sağlık okuryazarlık

düzeıı, hipertansif bireylerin, ilaç kullanım durumunu, kan basıncının kontrolünü, fiziksel aktivitesini, diyetlerindeki kalori ayarlamalarını ve kalp yetmezliği olan hastalarda mortaliteyi etkileyen özelliktedir (Borges ve ark, 2019).Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin sağlığı ile ilgili kararları yanlış aldıkları, daha riskli sağlık davranışları geliştirdikleri, sağlığı ile ilgili değerlerinin olumsuz etkilendiği ve sağlık sistemlerini daha çok kullandığı görülmektedir. (Tanrıöver ve ark., 2014) Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığı ülke ekonomisine olumsuz yansımakta ve sağlık hizmeti sunanlara ek maliyetler getirmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının ülke ekonomisine yıllık 106 ila 236 milyar dolar ek maliyete sebep olduğu tespit edilmiştir (Vernon ve ark., 2007).

Çalışmamıza katılan bireylerin yarısının ilaç kutularının üzerindeki talimatları okuyup anlamadıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde Yılmazel (2014) 'in çalışmasında da hipertansif bireylerin ilaç prospektüsünü okuyup anlama oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin birden fazla ilaç kullanmasına bağlı ilaç-ilacı etkileşimi oranı ve ilaç almayı atlama/unutma oranı yüksek bulunmuştur (Grace ve Christensen, 1998). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin kullanması gereken ilaçlar hakkında endişe duydukları ve ilaç kullanımına bağlılık göstermedikleri tespit edilmiştir (Soones ve ark., 2017). Bizim alışmamızda da ilaç atlama oranının yüksekliği bu durumu desteklemektedir. Sağlık bilgi yetersizliğine sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasının farmakolojik tedavinin aksatılmasının önüne geçeceği düşünölmektedir. Hastalara taburculuk eğitimlerinde ve rutin kontrollerinde, sağlık çalışanları tarafından, sağlık okuryazarlık düzeyleri belirlendikten sonra yapılacak bilgilendirmelerin, sağlık okuryazarlık düzeyini olumlu yönde etkileyeceği ve hastaların farkındalıklarını arttıracadı şeklinde düşünölmektedir.

Yapılan çalışmada yaş arttıka sağlık okuryazarlığı düzeyi düşmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi negatif yönlü ilişkilidir (Jovic-Vranes ve Bjegovic-Mikanovic, 2012; Özdemir ve ark., 2010; Tokuda ve ark., 2009). Yılmazel'in çalışmasında da sağlık okuryazarlığı düzeyi, yaşa göre değişmektedir. Özellikle 50-64 yaş grubunda anlamlı seviyede düştüğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlarda yaşın ilerlemesiyle kognitif fonksiyonların ve duıusal yeteneklerin azalmasının etkili olduğu ifade edilmektedir (Lindsay ve ark., 2014; Yılmazel, 2014). Yaşlı bireylerin

kognitif fonksiyonları arttıracak faaliyetlere katılımının sağlanması, bu durumun düzeltilmesine katkı sağlayacağı şeklinde düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı doğrudan okuma yazma kavramı ile ilişkilidir. Eğitim düzeyi arttıkça kişinin okuduğunu anlama, değerlendirme ve bilgiye ulaşma kapasitesi artmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan bireyler tarama faaliyetleri ve sağlığın geliştirilmesi konusundaki etkinliklere daha az katılmaktadır. Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığı açısından düzeltilebilen bir faktördür. Yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığının pozitif ilişkilidir. Uğurlu (2011)'nin yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı gibi birçok faktörü olumsuz etkilediği görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada da bu durum tespit edilmiştir (Heide ve ark., 2013; Özdemir ve ark., 2010; Yılmazel, 2014). Borges ve ark. (2019) yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının %70'inin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu ve öz bakımlarını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Ancak hasta bireylerde eğitim seviyesinin düşük olması, sağlık okuryazarlığının düşük olması için tek başına yeterli değildir. Cicarelli-Shah (2010) 'ın ABD'de yaptığı çalışmada üniversite eğitim almış bireylerin %38'inin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde ilerleyen yaşta kognitif ve duygusal fonksiyonlardaki değişimin etkili olduğunu düşündürmektedir. (Yılmazel, 2014).

Yapılan çalışmada sosyo-ekonomik düzey ile sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında yapılan diğer çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (Özdemir ve ark., 2010; Tanrıöver ve ark., 2014). Gelir düzeyi sağlık okuryazarlığı ile iki şekilde ilişkilidir. Düşük sosyo-ekonomik durum, düşük sağlık okuryazarlığına sebep olmaktadır. Diğer taraftan düşük sağlık okuryazarlığı sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bu durum düşük olan sosyo-ekonomik durumu daha da etkilemektedir (Tanrıöver ve ark., 2014). Düşük sosyo ekonomik düzeye sahip bireylerin hastalıklara yakalanmaması ve hastalıklardan daha çok etkilenmemesi için koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmesi gerektiği sonucuna varabiliriz.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı cinsiyet, yaşanan yer ve sosyal güvence ile ilişkilidir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda her iki cinsiyet içinde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olmasının yanında kadınlarda sağlık okuryazarlığı erkeklere oranla yüksek bulunmuştur (Jovic-Vranes ve Bjegovic-Mikanovic, 2012; Pelikan ve ark.,

2012; Tokuda ve ark., 2009; Yılmazel, 2014) Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınları daha çok etkilemektedir. Bu durumda kadınların emosyonel olarak hastalıklardan daha çok etkilenmesinin etkisi olabilir. Sosyal güvenceye sahip olmak herhangi bir sağlık hizmeti alımında kolaylık sağlamaktadır. Sosyal güvencesi olmayan kişiler maliyet kaygısından herhangi bir belirti ile karşılaştığında bu durumu önemsememekte ve sağlık kurumuna başvurmamaktadır (Ölmez ve Barkan, 2015). Bu durum hem bireysel hem de toplumsal düzeyde olumsuz durumlara yol açmaktadır.

Hipertansif hastaların yaşlı olması nedeniyle bilişsel ve davranışsal becerilerinin kısıtlanması, eğitim seviyeleri nedeniyle sağlık çalışanlarının kullandıkları kelimeleri anlamada zorluklar yaşamaları, koruyucu önlemler ve ilaçlara uyumu zorlaştırdığı şeklinde düşünülmektedir. Xu ve ark. (2014) yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının hipertansiyon hakkında eğitilmelerinin sonucunda sistolik kan basıncında 19,03 mmHg, diyastolik kan basıncında 10,33 mmHg civarında azalma olduğu saptanmıştır. Bu yüzden hastalara yazılı veya sözlü bilgilendirme yapılırken kullanılan ifadelerle dikkat edilme, puntoları okunabilir büyüklükte olmalı, çok fazla yazı içermemeli ve resimlerle anlatımların tercih edilmesinin olumlu olacağı şeklinde düşünülmektedir.

5.3.Hipertansif Bireylerde Yaşam Kalitesinin Tartışılması

Hipertansiyonun günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi ve günümüzde beklenen yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmektedir (Fesci ve Özpancar, 2008). Hipertansiyona bağlı fiziksel engeller; kişinin bağımsızlığını sınırlamakta, uzun süreli bakıma sebep olmakta ve hasta bireyin psikolojisini etkilemektedir. Bu değişiklikler sebebiyle hasta ve ailesinin yaşam kalitesi etkilenmektedir (Biol ve Akdemir, 2005).

Yapılan çalışmada cinsiyet ayrımı yapılmaksızın Türk toplumuna özel yaşam kalitesi alt boyut skorlarına bakıldığında hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesi düzeyi düşük seviyede bulunmuştur. Özellikle enerji-canlılık- vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik en çok etkilenen yaşam kalitesi alanlarıdır. Bu sonuçta hipertansiyonun yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında yaş ile fiziksel fonksiyon ($p<0,001$, $r= -0,267$), fiziksel rol güçlüğü($p<0,001$, $r= -0,192$) ve sosyal

işlevsellik($p=0,001, r= -0,180$) alt boyut parametreleri negatif yönde anlamlıdır. Bardage ve ark. (2001) 'nın toplumsal düzeyde 5404 hipertansif birey üzerinde yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Li ve ark. (2005)'nin 9703 kişi üzerinde yaptığı çalışmada ise Short Form-36 ölçeğinin bütün alt boyutlarında ileri yaş bireylerde yaşam kalitesi düşmektedir. Burström ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada ise en düşük puanı yaşlı kadın bireyler alırken en yüksek puanı genç erkek bireyler almaktadır. Aydemir ve ark. (2004) ile Göçgeldi ve ark. (2008) 'nın çalışmalarında da yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna varabiliriz. Sağlık alanında teknolojik gelişmeler ile doğumdan beklenen yaşam yılları artmıştır, ancak daha uzun yaşam süren bireyler kronik hastalıklarla baş etmek zorunda kalmıştır. Bu durum yaşlı bireylerde yaşam kalitesi kavramını öne çıkarmaktadır (Pinkas ve ark., 2016). Amerikan Geriatri Derneği bu durumu “Yaşama yıllar değil, yıllara yaşam kat” sloganı ile ifade etmektedir (Rowe ve Kahn, 1997). Bu sonuçlar yaşlı bireylerde genel sağlık durumunun artırılmasının, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir.

Cinsiyete bağlı yaşam kalitesi alt boyutlarının incelendiği çalışmamızda; fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü ($p<0,001$), ruhsal sağlık ($p<0,001$), ve genel sağlık algısı ($p=0,007$) alt boyutları ile cinsiyet faktörü istatistiksel olarak anlamlıdır. Bütün bu alt boyutlarda erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre yüksektir. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da hipertansif erkeklerin yaşam kalitesi puanları benzer şekilde yüksek bulunmuştur (Aydemir ve ark., 2004; Bardage ve Issacson, 2001; Göçgeldi ve ark., 2008; Li ve ark., 2005; Pinkas ve ark., 2016; Ose ve ark., 2014). Yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve çevresel acı ve ağrı durumlarından etkilenmektedir (Pinkas ve ark., 2016). Koziak ve Sang 'e göre kadınlar erkeklere göre daha çok ağrıdan şikâyet etmekte ve bu durumdan daha olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu sonuçta kadınların erkeklere göre duygusal olarak daha duyarlı olması ve yaşam şartlarından kadın bireylerin daha çok etkilenmesi sebep olabilir (Aydemir ve ark., 2004).

Medeni duruma göre yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon ($p=0,003$) ve sosyal işlevsellik ($p=0,018$) alt boyutlarının medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyutları anlamlıdır. Bu alt boyutlarda evli bireylerin yaşam kalitesi boşanmış, eşi vefat etmiş bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bekar birey sayısı yeterli çoğunluğu sağlamadığı için değerlendirilmeye alınmamıştır. (Bekar birey

sayısı=1, n=341) Literatürdeki çalışmalarda dul/boşanmış ve bekar bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri evlilere göre düşük bulunmuştur (Bardage ve Isacson, 2001; Göçgeldi ve ark.,2008; Korkmaz ve ark., 2014). Evlilerin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasında aile kurumunun hem sosyal yönden hem de ekonomik yönden daha fazla destek sağlamanın ve stresin azalmasına katkıda bulunmasının etkisi olabilir (Gün ve Korkmaz, 2014).

Yaşanan yer ile yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırıldığı çalışmada yaşanan yer ile fiziksel fonksiyon($p=0,007$), ağrı ($p=0,044$) ve genel sağlık algısı($p=0,025$) alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında ilçede yaşayan bireyler daha yüksek puana sahipken, genel sağlık algısı alt boyutunda ilçede yaşayan bireyler köyde yaşayan bireylere göre daha yüksek yaşam kalitesine sahiptir. Bu sonuçta şehrin ilçeye, ilçenin de köye göre sosyal ve fiziksel olarak daha çok imkana sahip olması etkili olabilir.

Yaşam kalitesi ile sosyal güvence durumu karşılaştırıldığında ise fiziksel rol güçlüğü ($p=0,008$) alt boyutunda sosyal güvencesi olmayan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Diğer boyutlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçta sosyal güvencesi olmayan birey sayısının az olması ve ülkemizde sosyal güvencesi olmayan bireylerinde 1.basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmesinin etkisi olabilir.

Yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile fiziksel fonksiyon ($p<0,001$, $r=0,313$), fiziksel rol güçlüğü ($p<0,001$, $r=0,234$) ve genel sağlık algısı ($p=0,003$, $r=0,163$), alt boyutu pozitif yönde korelasyonlu, sosyal işlevsellik ($p0,040$, $r= -0,111$) alt boyutu ise negatif korelasyonludur. Li ve ark. (2005)'nin çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin çoğu skoru artmaktadır. Bardage ve ark. (2001)'nin çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel fonksiyon ve vitalite skorları artarken, Göçgeldi ve ark. (2008)'nin çalışmasında da yaşam kalitesi artmaktadır. Ose ve ark. (2014) Avrupa'da kardiyovasküler hastalığa sahip bireyler üzerinde yaptığı çalışmada 9 yıldan fazla eğitim alanların 9 yıla kadar eğitim alanlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçta eğitim düzeyinin artması ile gelir seviyesinin de artmasının etkisi olduğu düşünülmektedir (Gün ve Korkmaz ,2014).

Gelir durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında ise fiziksel fonksiyon ($p=0,024$, $r=0,123$) ve ruhsal sağlık ($p=0,002$, $r=0,169$) alt boyutları pozitif korelasyonludur. Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda bu çalışma ile paralellik göstermektedir (Aydemir ve Bayar,2016; Bardage ve Isacson,2001; Göçgeldi ve ark.,2008). Halk sağlığı bakış açısı ile gelir seviyesine bağlı eşitsizlikleri engellemek ve yaşam kalitesini arttırmak için gelir seviyesi düşük olan bireylere kaliteli sağlık hizmetinin sağlanması ve daha iyi sağlık sigorta paketlerinin sunulması gerekmektedir.

5.4.Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Hipertansiyon önemli bir halk sağlığı problemidir. Birçok yapılan çalışmada hipertansiyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Wang ve ark., 2009; Wang ve ark., 2017; Zyoung ve ark., 2013). Hastalığın tedavisinde, hastalık ve tedaviye yönelmenin yeterli olmadığı, bireyin sağlık okuryazarlığının da etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Chenli ve ark., 2017). Berkman ve ark. (2011) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin sağlığına dikkat etmedikleri ve yaşam kalitesinin düşürebilecek sağlıksız davranışlar geliştirdikleri ifade edilmektedir. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı indeks puanı ile enerji-canlılık-vitalite ($p=0,710$) ve sosyal işlevsellik ($p=0,748$) alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının, yaşam kalitesi alt boyutlarından emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,146$) dışında, fiziksel fonksiyon ($r=0,373$), fiziksel rol güçlüğü ($r=0,230$), ruhsal sağlık ($r=0,144$), ağrı ($r=0,122$) ve genel sağlık algısı ($r=0,205$) alt boyutlarını anlamlı derecede arttırdığı saptanmıştır. Hipertansif bireyler üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Chenli ve ark., 2017; Naimi ve ark., 2017; Park ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda, diğer kronik hastalıklarda da sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Hu ve ark. (2019) Çin'de 434 diyabetli hasta üzerinde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi alt boyutlarında genel sağlık ($p<0,05$), canlılık-vitalite ($p<0,05$), sosyal işlevsellik ($p<0,05$) ve ruhsal sağlık ($p<0,05$) ile pozitif yönde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Stellefson ve ark. (2019) ABD'de KOAH hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sorensen ve ark. (2012) sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin

hastalıkları önleme ve sağlığın geliştirilmesi gibi konularda bilgiye ulaşma ,anlama ,değerlendirme ve uygulama alanlarında daha yetkin olduklarını, Divianni ve ark. (2015) sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin bilgiyi değerlendirmede sorun yaşadıklarını, Kugbeg ve ark. (2019) hasta bireylerde, sağlık bilgilerine erişim ve yüksek sağlık okuryazarlığının, depresyon ve kaygı durumunu azaltarak, yaşam kalitesinin arttırdığını tespit etmişlerdir. Literatür ve bizim çalışmamız da sağlık okuryazarlığının artırılmasının, yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu durum, değiştirilebilir risk faktörü içinde bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin de ele alınması gerektiği şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuç ışığında hasta bireylere sağlık bilgisini artırıcı girişimlerde bulunmasının hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli olduğu ve Aile Sağlığı merkezine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespit edilip sağlık çalışanları tarafından bu eksikliklere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ile yaşam kalitesinin artırılabilereği şeklinde düşünölmektedir.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen bulgular ışığında;

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı-yetersiz seviyede olarak tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının kronik hastalıkların kontrolündeki önemi göz önüne alındığında; hipertansiyonun olası komplikasyonlarından korunmak için yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin tespit edilip, bilinçlendirme çalışmaları ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş, cinsiyet, yaşanan yer, sosyal güvence, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Hipertansif bireylerin sosyal hayattaki bu değişkenlerden etkilenmemeleri için bu bireylere halk sağlığı çalışanları tarafından sağlık okuryazarlığını artırıcı faaliyetlerde bulunulmalıdır.

Çalışmamamızda aile sağlığı merkezine başvuran hipertansif bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesinin etkilediği tespit edilmiştir ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe kişilerin yaşam kalitesi artmaktadır. Hipertansif bireylerin yüksek hipertansiyondan daha fazla etkilenmemeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değiştirilebilir bir risk faktörü olarak görülmeli ve eksikliklere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ile yaşam kalitesinin artırılabilmesi düşünülmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Abacı A.(2012) The current status of cardiovascular risk factors in Turkey. Turk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol. ;39(Suppl 4):1-5.
- Adams, R. J., Appleton, S. L., Hill, C. L. Et al. (2009). Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Medical Journal of Australia, 191(10), 530-534.
- Aksungur, A. (2009). Kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi.
- Akyol A.D. (1993) Yaşam Kalitesi Ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.;9(2):75-80.
- Al Sayah F., Williams B.(2012) An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. Can J Diabetes. 36(1):27-31.
- Altun B., Arıcı M., Nergizoğlu G., et al.(2005) Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens.;23(10):1817-1823.
- Anacak G.Y, Sevin G.(2010) Deneysel Hipertansiyon Modelleri. Turkiye Klinikleri Journal of Nephrol-Special Topics.;3(3):50-62.
- Appel LJ, Sacks FM, Carey VJ, et al. (2005) OmniHeart Collaborative Research Group. Effects of protein, monounsaturated fat, and carbohydrate intake on blood pressure and serum lipids: results of the OmniHeart randomized trial. JAMA,294:2455-64.
- Arıcı M., Birdane A., Güler K, et al.(2015)Türk Hipertansiyon Uzlaşi Raporu. Turk Kardiyol Dern Ars;43(4):402-409.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2013). Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality.
- Ayaz, A. (2008). Tuz tüketimi ve sağlık. Sağlık bakanlığı yayını, Klasmat Matbaacılık, Ankara.

- Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E.(2005) The impact of co-morbid conditions on the SF-36: A primary-care-based study among hypertensives. Arch Med Res.
- Aydın Z., Öztürk S.(2014) Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Haseki Tıp Bülteni;52(4):251-255.
- Barçın C.(2014) İlaç tedavisi başlanması ve hedef değerler. HT Bülteni, Türk Kardiyol Derneği Hipertans Çalışma Grubu;1(1):8-11.
- Bardage C, Isacson DGL.(2001) Hypertension and Health-Related Quality of Life. J Clin Epidemiol.54:172-181.
- Basile, J., & Bloch, M. J. (2015). Overview of hypertension in adults. UpToDate, Waltham, MA.
- Baster-Brooks, C., & Baster, T. (2005). Exercise and hypertension. Australian family physician, 34(6), 419.
- Başgöz, B. B., Sağlam, K. (2017). Hipertansiyon ve Kalp. Turkiye Klinikleri Cardiology-Special Topics, 10(3), 187-191.
- Belen E.(2018) Güncel Hipertansiyon Kılavuzları Arasındaki Farklı Noktalar. HT Bülteni, Türk Kardiyol Derneği Hipertans Çalışma Grubu;6:8-9.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of health communication*, 15(S2), 9-19.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Bilir N., Çöl M., Kumbasar D.(2003) hipertansiyon. Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı.:21-36.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N., & Telatar, T. G. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 25(5), 663-668.
- Bilir N.(2014) Sağlık Okuryazarlığı. Turk J Public Heal. 12(1):61-68.

- Birdane A., Uyarel H., Barçın C., Erdoğan D., Ertuş F.S.(2014) Güncel kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi. HT bülteni,hipertansiyon çalışma grubu;1(1):123-165.
- Birol L, Nuran Akdemir.(2005) Kronik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı. In: İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. 193-199.
- Bloch M.J.(2016) Worldwide prevalence of hypertension exceeds 1.3 billion. J Am Soc Hypertens. ;10(10):753-754.
- Brguljan-Hitij J, Thijs L, Li Y, et al. (2014) International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcome Investigators. Risk stratification by ambulatory blood pressure monitoring across JNC classes of conventional blood pressure.Am J Hypertens. 27:956–965.
- Brown IJ, Dyer RA, Chan Q, Cogswell ME, Ueshima H, Stamler J, et al.(2013) Estimating 24-Hour Urinary Sodium Excretion From Casual Urinary Sodium Concentrations in Western Populations The INTERSALT Study. Am J Epidemiol ;177(11):1180-1192.
- Bobrie G., Clerson P., Menard, J., Postel-Vinay N., Chatellier G., & Plouin P.F.(2008) Masked hypertension:a systematic review. J Hypertens;26(9):1715-1725.
- Borges, F. M., Silva, A. R. V. D., Lima, L. H. D. O., Almeida, P. C. D., Vieira, N. F. C., & Machado, A. L. G. (2019). Health literacy of adults with and without arterial hypertension. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(3), 646-653.
- Boxell, E. M., Smith, S. G., Morris, M. et al. (2012). Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: does health literacy play a role? Journal of health communication, 17(sup3), 265-279.
- Bozdemir, H. (2006). Karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Burström, K., Johannesson, M., & Diderichsen, F. (2001). Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. Health policy, 55(1), 51-69.

- Çakan F.Ö.(2017) Hypertension in the elderly. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45(5):29-31.
- Çakmak H.A., Arslan E., Erdine S.(2009) Hipertansiyonda karşılanmamış gereksinimler. Türk Kardiyol Dern Arş;37(7):1-4.
- Çekal, N. (2008). Orta yaşlı ve yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1(1), 14-28.
- Çelik B.(2008) Hipertansiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çilingiroğlu N.(2012) Sağlık Ekonomisi. In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler.1676-1753.
- Devlet Planlama Teskilatı Müstesarlığı (2011) Bilgi Toplumu İstatistikleri. Türk Kütüphaneciliği, Yayın no:2826, 2011;4(13).
- Diviani N, Putte B, Giani S et al. (2015) Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. J Med Internet Res. 17:112.
- Doğan N, Toprak D, Demir S. (2012) Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. Anadolu Kardiyol Derg12: 47- 52.
- Durmaz, C., & Arslan, P. (2017). Toplumda Hipertansiyon ve Kan Basıncını Etkileyen Etmenler. Beslenme ve Diyet Dergisi, 45(3), 278-286.
- Ehret, G. B., Munroe, P. B., Rice et al. (2011). Genetic variants in novel pathways influence blood pressure and cardiovascular disease risk. Nature, 478(7367), 103.
- Ekim M. (2008) Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. Bozok Tıp Derg. 80-85.
- Erdem Y. (2016) Tuz Tüketimi, Vücuttaki Dağılımı ve Hipertansiyon Patogenezindeki Yeri. Hipertans Haber Bülteni. 3(5):1-23.
- Erdem, Y., Arici, M., Altun, B., et al. (2010). The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. Blood pressure, 19(5), 313-318.
- Erdine S., Ecdet T., Ayla Ş., Solakoğlu D.(2007) Arteriyel Hipertansiyon Tedavi

Kılavuzu, Tedavi Stratejileri: Yaşam Tarzı Değişlikleri. Avrupa Hipertans Derneği-Avrupa Kardiyol Derneği Çalışma Grubu, İtalya. 2007:40-42.

Erkoç, S. B. (2013). Eskişehir Mahmudiye’de Erişkinlerde Hipertansiyon İnsidansı ve Risk Faktörleri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi

Ersoy G, Akbulut G.(2006) Farklı SosyoEkonomik Düzeylerde Yaşayan 65 Yaş ÜstBireylerin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumların Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Derg. 34(1):41-51.

Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. et al. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360(9343), 1347-1360.

Familoni, O. B., & Ariba, A. J. (2003). Ability of Nigerian hypertensive patients to perceive changes in their blood pressure: cardiovascular topics. *Cardiovascular Journal of South Africa*, 14(4), 195-198.

Fidan, F., Pala, E., Ünlü, M., Sezer, M., & Kara, Z. (2005). Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(3), 27-34.

Filho, Z. A., Ferreira, A. A., Santos, J. et al. (2018). Cardiovascular risk factors with an emphasis on hypertension in the Mura Indians from Amazonia. *BMC public health*, 18(1), 1251.

Flack, J. M., Neaton, J., Grimm Jr, et al. (1995). Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. *Circulation*, 92(9), 2437-2445.

Fesci H, Özpancar N.(2008) Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Üniversite ve Toplum Derg.* 8(4):4-7.

Gazi E.,(2018) Serebrovasküler Hastalıklar ve Hipertansiyon. *HT Bülteni*,(6)

Gonzalez-Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J. et al. (2016). Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PloS one*, 11(3), e0151079.

Göçgeldi, E., Babayiğit, M. A., Hassoy, H., et al. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin

değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3), 172-179.

Gupta R. (1997) Meta-analysis of prevalence of hypertension in India. *Indian Heart J.* 49(1):43-48.

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

Haider A.W., Larson M.G., Franklin S.S., Levy D.(2003) Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med.* 2003;138(1):10-16.

Inoue M., Takahashi M., Kai I.(2013) Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract*;14(1):1

Izzo L., Black H.R.(2004) Yüksek kan basıncına ilişkin temel bilgiler. *Primer Hipertansiyon.*:231-257.

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. et al. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520.

Jovic-Vranes, A., & Bjegovic-Mikanovic, V. (2012). Which women patients have better health literacy in Serbia?. *Patient education and counseling*, 89(1), 209-212.

Karan M.A.(2010) Geriatrik Hasta Grubunda Hipertansiyon. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı.* 2010;20-25.

Karaosman, B. (2016). KKTC Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Güzelyurt Sağlık Merkezi'ne Kayıtlı 60 Yaş ve Üzeri Hipertansiyon Hastası Bireylerin Beslenme Durumlarının Saptanarak, DASH Diyetine Uyumlarının Kan Basıncı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi)

Kasar K.S., Karadakovan A.(2018) Elderly Individuals Investigation of Antihypertensive Drugs Use Error. *J Cardiovasc Nurs.*;8(15):20-27.

Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005).

Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*, 365(9455), 217-223.

Khalili P, Nilsson PM, Nilsson JA, Berglund G.(2002) Smoking as a modifier of the systolic blood pressure - induced risk of cardiovascular events and mortality: a population-based prospective study of middle-aged men. *J Hypertens*. 20(9):1759-64.

Kim, J. W., Park, C. G., Hong, S. J et al. (2005). Acute and chronic effects of cigarette smoking on arterial stiffness. *Blood pressure*, 14(2), 80-85.

Kocyigit, H., Aydemir, O., Fisek, G., Olmez, N., & Memis, A.(1999) Kısa Form 36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi*. 12: 102, 6.

Kolcu M. (2017) Yaşlılarda Hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Derg*.1(1):17-23.

Kolcu M, Ergün A.(2016) Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*;3(3):234.

Korkmaz A, Öter Ş.(1998) Hipertansiyon Tedavisinde Egzersiz ve Diyetin Rolü. *Türkiye Klinik Tıp Bilimleri*. 18(2):213-219.

Koziak B, Sangl J, Correa-de-Araujo R. (2006) Quality of health care for older women: what do we know? *Womens Health Issues*;16(2):89-99

Lavie P, Herer P, Hoffstein V. (2000) Obstructive sleep apnea syndrome as a risk factor for hypertension: population study. *BMJ*; 320:479-482.

Li, W., Liu, L., Puente, J. G. et al. (2005). Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of hypertension*, 23(9), 1667-1676.

Liu, H., Yao, J., Wang, W., & Zhang, D. (2017). Association between duration of oral contraceptive use and risk of hypertension: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Hypertension*, 19(10), 1032-1041.

Locke, A., Schneiderhan, J., & Zick, S. M. (2018). Diets for Health: Goals and Guidelines. *American family physician*, 97(11).

- Ludwig D. S. (2002) The glycemic index: physiological mechanisms relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *JAMA*; 287:2414-23.
- Mancia G., Bombelli M., Facchetti R., et al.(2009) Long-term risk of sustained hypertension in white-coat or masked hypertension. *Hypertension.*;54(2):226-232.
- Manfredini, F., Malagoni, A. M., Mandini, S. et al. (2009). Sport therapy for hypertension: why, how, and how much?. *Angiology*, 60(2), 207-216.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., et al. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood pressure*, 22(4), 193-278.
- 84.Marin, M. J., Garcia Vasquez, F., Martinez Marissi, et al. (2019) May Measurement Month 2017: analysis of the blood pressure screening results in Argentina-Americas. [Eur Heart J Suppl](#). 2019 Apr;21(Suppl D): D8-D10
- Mergen, B. E., Mergen, H., Öngel, K., et al. (2011). Yaşlılarda hipertansiyona yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(4), 167-172.
- Monassier L., Combe R., Fertak L El.(2006) Cardiovascular diseases Mouse models of hypertension;3(3):273-281.
- Naimi, A. J., Naderiravesh, N., Bayat, Z. S., et al. (2017). Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016. *Electronic physician*, 9(11), 5712.
- Nielson-bohlman L, Panzer AM, Kindig DA.(2004) Health literacy: a prescription to end confusion. In: Institute of Medicine. ;1-60.
- Nieto FJ, Young TB, Lind BK et al. (2000) Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea and hypertension in large community based study. *JAMA* 283:1829-1836.
- Nutbeam D.(2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.*;15(3):259-267.

Okubo, Y., Miyamoto, T., Suwazono, Y. et al. (2002). An association between smoking habits and blood pressure in normotensive Japanese men. *Journal of human hypertension*, 16(2), 91.

Olin B.R., Twigg J., Bell K.(2015) Hypertension: The silent killer: Updated JNC-8 guideline recommendations. Alabama Pharm Assoc.

Ölmez, E. H., & Barkan, O. B. (2015). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127

Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*, 25(3), 464-477.

Özer, A. G. Ö., Şantaş, A. G. F., Budak, A. G. F. (2012). Sağlık Web Sitelerinin Kullanım Düzeylerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(4).

Özpancar N.(2016) Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *J Cardiovasc Nurs*;7(50):2-11.

Öztaş D.(2016)Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden, Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 16(2).

Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K.(2012) Comparative Report On Health Literacy in Eight EU Member States.

Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN.(2005) Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: A systematic review. *J Gen Intern Med*. 20(2):185-192.

Pinkas, J., Gujski, M., Humeniuk, E. et al. (2016). State of health and quality of life of women at advanced age. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 22, 3095.

Polat Ü., Kahraman B.B. (2013)Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Derg*;18(4):213-218.

Poulter N.R., Parabhakaran D., Caulfield M. (2015) Hypertension ,*Lancet* ,386, 801-12

- Primatesta P., Poulter N.R.(2004) Hypertension management and control among English adults aged 65 years and older in 2000 and 2001. *J Hypertens*;22(6):1093-1098.
- Primatesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR.(2001) Evidence From the Health Survey for England. *Hypertension*. 37:187-193.
- Ren, R., Covassin, N., Yang, L.et al. (2018). Objective but not subjective short sleep duration is associated with hypertension in obstructive sleep apnea. *Hypertension*, 72(3), 610-617.
- Robles, N. R., Fici, F., & Grassi, G. (2019). J-shaped curve for cardiovascular mortality: systolic or diastolic blood pressure?. *Journal of nephrology*, 32(3), 347-353.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-44.
- Safar H, Chahwakilian A, Boudali Y,et al. (2006) Arterial stiffness, isolated systolic hypertension, and cardiovascular risk in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol* 15: 178-82
- Safar, M. E., & Smulyan, H. (2004). Hypertension in women. *American journal of hypertension*, 17(1), 82-87.
- Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, et al.(2016) Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens.*;34(6):1208-1217.
- Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT.(2010) Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. *J Am Board Fam Med*.23(2):195-203
- Sharman, J. E., La Gerche, A., & Coombes, J. S. (2015). Exercise and cardiovascular risk in patients with hypertension. *American journal of hypertension*, 28(2), 147-158.
- Shi, D., Li, J., Wang, Y., Wang, S. et al. (2017). Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Internal and emergency medicine*, 12(6), 765-776.
- Singh S., Shankar R., Singh G.P.(2017) Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension: A Cross-Sectional Study in Urban Varanasi. *Int J Hypertens*.
- Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. (2015) Health

literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) Eur J Pub Health. ;25(6):1053–1058.

Soones, T. N., Lin, J. L., Wolf, M. S et al. (2017). Pathways linking health literacy, health beliefs, and cognition to medication adherence in older adults with asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 139(3), 804-809.

Sönmez, H. M., Başak, O., Camcı, C., et al. (1999). The epidemiology of elevated blood pressure as an estimate for hypertension in Aydın, Turkey. Journal of human hypertension, 13(6), 399.

Stellefson, M., Paige, S. R., Alber, J. M. et al. (2019). Association Between Health Literacy, Electronic Health Literacy, Disease-Specific Knowledge, and Health-Related Quality of Life Among Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Cross-Sectional Study. Journal of medical Internet research, 21(6), e12165.

Sykes S., Wills J., Rowlands G., Popple K.(2013) Understanding critical health literacy: A concept analysis. BMC Public Health. 13(1).

Şahin, E. (2017). Oral Kontraseptiflerin İlaç, Bitki Ve Besinlerle Etkileşimi. lectio scientific, 1(1), 40-52.

T.C. Sağlık bakanlığı (2002) Yaşlı Sağlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Pelin Ofset, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012.

TEMD,Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği(2018) Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu.

Tanrıöver M.D., Yıldırım H.H., Ready N.D., et al.(2014) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması.; 2014.

123.Taş T.A, Akış N. ,(2016)Sağlık Okuryazarlığı. sürekli tıp eğitimi Dergisi;25(3):119-124.

Taşçı, S., Öztürk, A., Öztürk, Y. (2005). Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı Bölgesinde 30 Yaş Üstü Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 59-65.

Tekin G.(2016) Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. Arşiv Kaynak Tarama Derg;25(2):163-180.

Thankappan KR, Shah B, Mathur P, et al. (2010) Risk factor profile for chronic noncommunicable diseases: Results of a community-based study in Kerala, India.Indian J Med Res.131: 53- 63.

Tokem, Y., Taşçı, E., & Yılmaz, M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi.

Token Y.(2013) Investigation of Disease Management of Individuals with Hypertension at Home. J Cardiovasc Nurs. 4(1):30-40.

Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK.(2009) Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient Educ Couns. 75(3):411-417.

Torlak S.E., Yavuzçehre P.S.(2008) Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler;17(2):23-44.

Tözün M., Sözmen M.K.,(2014) Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı.Smyrna Tıp Dergisi,(2), 48-54.

Tümer A, Baybuğa MS, Dereli F, Uysal DD.(2016) Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. J Cardiovasc Nurs. 7:105-113.

Türkiye İstatistik Kurumu (2012). Küresel Yetiskin Tütün Arştırması 2012. <http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/KYTA/turkce/ozet-tablolar/index.html>. 2012.

Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 96-106.

Uluçam M.Z., Müderrisoğlu H.(2008) Yaşlılardaki tedavi yaklaşımlarında güncel tedavi yaklaşımları. Turkish J Geriatr;11(4):208-216.

Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (2013)Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

Ulutürk E. (2006) Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfke ve Öfke Duygusunu İfade Düzeylerinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir

Uyarel H.(2014) Tedavide Yaş am Tarzı Değişiklikleri. HT Bülteni, Türk Kardiyol Derneği Hipertans Çalışma Grubu;1(1):6-7.

Uysal, H. B., Sönmez, H. M., & Yaş ar, M. B. (2016). Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değ işimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 20(2), 54-63.

Ülger Z, Cankurtaran M. (2008) Yaş lı Hastalarda Hipertansiyona Yaklaşım. Dirim Tıp Gazetesi 2008;83:139-151.

Ünal B, Sö zmen K, Uç ku R, et al. (2013) High prevalence of cardiovascular risk factors in a Western urban Turkish population: a community-based study. Anadolu Kardiyol Derg. 13(1):

Van Italie T.B.(1985) Health implications of overweight and obesity in the United States. Ann Intern Med 103: 983-988,

Vasan R.S.(2011) The Role of Hypertension in the Pathogenesis of Heart Failure. Arch Intern Med.;156(16):1789.

Vernon John, A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono B.(2007) Report on The Low Health Literacy: Implications for National Health Policy.

Walsh J.M.E, McDonald K.M., Shojania K.G., et al.(2006) Quality improvement strategies for hypertension management: A systematic review. Med Care.

Wang R, Zhao Y, He X, et al. (2009) Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. Public Health. 123(8):534–9.

Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B. et al. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. The journal of clinical hypertension, 16(1), 14-26.

Wenger, N. K., Arnold, A., Merz, C. N. B.et al. (2018). Hypertension across a woman's life cycle. Journal of the American College of Cardiology, 71(16), 1797-1813.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S. et al. (2018). 2017ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W. et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European heart journal, 39(33), 3021-3104

Wu M-P., Wu S-F.V., Wang T-C., Kao M-J., Yang W-L.(2012) Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. Nurs Heal Sci:173-181.

Wu, L., Yang, S., He, Y., et al. (2017). Association between passive smoking and hypertension in Chinese non-smoking elderly women. Hypertension Research, 40(4), 399.

World Health Organization-a (2019) Hypertension, <https://www.who.int/health-topics/hypertension/> Erişim Tarihi:10.08.2019

World Health Organization-b (1948) <http://www.who.int/about/en/>

Xu, L. J., Meng, Q., He, S. W., et al.(2014). The effects of health education on patients with hypertension in China: A meta-analysis. Health Education Journal, 73(2), 137-149.

Yalçın, M., & Yalçın, E. (2004). Esansiyel hipertansiyonda genetik etmenler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 13, 9-11.

Yıldız, A., Vitrinel, A., Kaspar, E. Ç et al. (2011). Ergenlerde prehipertansiyon ve hipertansiyon sıklığı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 14(3), 115-123.

Yılmazel, G. (2014). Çorum İli Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Kayseri.

Yılmazel, G., Başçı, A. B., Büyükkayacı Duman, N. (2013). Media sources for seeking health information in women.. J Commun Comput.10(10):877-882.

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The lancet*, 364(9438), 937-952.

Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, et al. (2013) Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: a cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 168(3):2981–3.

8.KISALTMALAR

LDH: Laktat Dehidrogenaz

DALY: Disability-Adjusted Life Year, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

WHO/DSÖ: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

Patent: Prevalence, Awareness, Treatment And Control Of Hypertension In Turkey, Türkiye Hipertansiyon Çalışması

ISH: International Society of Hypertension

ESH: European Society of Hypertension

ESC: European Society of Cardiology

AHA: American Heart Association

TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32

SF-36: Short Form-36

9.EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

ANKET

- 1.Yaşınız:
- 2.Cinsiyetiniz: 1. Kız 2. Erkek
- 3.Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekâr 3. Ayrılmış 4. Diğer...
- 4.Yaşamakta olduğunuz yer: 1.Şehir 2.İlçe 3.Köy
- 5.Ailenizin geldiği bölge hangisidir? (memleketiniz)
- 1.Marmara 2.Ege 3.İç Anadolu 4. Karadeniz 5.Akdeniz 6. Doğu Anadolu
- 7.Güney Doğu Anadolu
6. Eğitimi düzeyiniz : 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu
7. Eşinizin Eğitimi düzeyi : 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu
- 8.Aile tipiniz: 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Anne baba ayrı yaşıyor
9. Ailenizin gelir durumu size göre nasıl: 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü
10. Mesleğiniz?
- 1.Çalışmıyor 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek 5.Diğer(Yazınız).....
11. Sosyal güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 12.Günde kaç kez bir şeyler yiyorsunuz?(ana ve ara öğünler dahil).....
- 13.Hangi öğünde en fazla besin tüketirsiniz?
- 1.Kahvaltı 2.Öğle yemeği 3.Akşam yemeği 4.Gece uyumadan önce
- 14.Yemek yerken hangilerini yaparsınız?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
- 1.Tuzsuz yememeye dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
- 2.Unlu, hamur işi vb. yememeye dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
- 3.Fazla miktarda yememeye dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
- 4.Fast food beslenmeme dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
- 5.Çok şekerli gıdalar tüketmemeye dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
- 6.Kırmızı et ağırlıklı beslenmemeye dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
- 7.Kızartma türlü beslenmemeye dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
- 8.Beyaz et ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
9. Sebze ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
- 10.Haftada en az 2 kez balık yemeye dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
- 11.Kızartma türlü beslenmemeye dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
- 12.Yağlı gıdalar yememeye dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
- 15.Hipertansiyon dışında bir kronik rahatsızlığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 16.Cevabınız evet ise(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
1. Ruhsal Rahatsızlık 2.Diyabet 3.KOAH 4.Astım 5.Tiroid Fonksiyon Bozukluğu
6. Kanser 7.Koroner kalp hastalığı 8.Osteoporoz 9. Böbrek rahatsızlığı
- 10.Nörolojik (açıklayınız) 11.Endoktrin sistem rahatsızlığı(açıklayınız)
- 12.Anemi 13.Diğer
- 17.Hipertansiyon şikâyetiniz kaç yıldır var? 1. 1 yıldan az 2.1-5 yıl 3.5 -10 yıl 4.10 yıl ve üstü
- 18.Sürekli kullandığınız ilaçları almayı unuttuğunuz olur mu? 1.Evet 2.Hayır
- 19.Cevabınız evetse, unuttuğunuz ne yaparsınız?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14

1. Gün içinde ise hatırladığım saatte hemen içerim 2.1 gün geçmişse önceki ve o günün ilacını beraber içerim.
 3.1 gün geçmişse sadece o günün ilacını içerim. 4.Kendimi kötü hissetmezsem önemsemem
 5.O kadar önemli olduğunu düşünmüyorum. 6. Korkarım ve doktorumu ararım 7.Diğer
(açıklayınız.....)

20.Düzenli Egzersiz yapıyor musunuz?

- 1.Evet Miktarı (.....saat/gün.....saat/hafta.....saat/ay) 2.Hayır 3.Bazen

21.Sigara içme alışkanlığınız var mı?

- 1.Evet Miktarı (.....adet) (.....yıl) 2.Hayır

22.Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

- 1.Evet Miktarı (.....kadeh/ nadiren..... kadeh/günde.....kadeh/haftada..... kadeh/ay
kadeh/yıl) 2.Hayır 3.Çok nadir

23.Ailenizde hipertansiyon hastası var mı belirtiniz.

- 1.Anne 2.Baba 3.Kardeşler 4.Çocuklar 5.Eş

24. Tansiyon kontrolünüzü nasıl yapıyorsunuz?

1. Her gün aynı saat sabahları 1.Evet 2.Hayır
 2. Her gün aynı saat öğle vakti 1.Evet 2.Hayır
 3. Her gün aynı saat akşam 1.Evet 2.Hayır
 4.Her gün saatine dikkat etmiyorum 1.Evet 2.Hayır
 5.Kendimi kötü hissettiğim zaman 1.Evet 2.Hayır
 6. İlaçlarımı almadan önce 1.Evet 2.Hayır
 7.İlaçlarımı aldıktan sonra 1.Evet 2.Hayır
 8.Diğer(açıklayınız.....) 1.Evet 2.Hayır

25.Hipertansiyonla ilgili şikâyetleriniz de değişim en çok ne zamanlarda ortaya çıkıyor?(Birden çok işaretleyebilirsiniz)

1. Şikâyetlerimin zamanla ilgisi yok 1.Evet 2.Hayır
 2. Yaz mevsiminde 1.Evet 2.Hayır
 3. Kış mevsiminde 1.Evet 2.Hayır
 4.Sonbahar mevsiminde 1.Evet 2.Hayır
 5.İlkbahar mevsiminde 1.Evet 2.Hayır
 6. Sabah 1.Evet 2.Hayır
 7 Öğle vakti. 1.Evet 2.Hayır
 8. Akşam vakti 1.Evet 2.Hayır
 6. Gece vakti 1.Evet 2.Hayır
 7.Diğer.....

26.Hipertansiyon nedeniyle hastaneye acil başvurduunuz mu? 1.Evet (.....kez) 2.Hayır

27. Menopozu girdiniz mi? 1.Evet (.....yıl) 2.Hayır

28. Oral kontraseptifler kullandınız mı? 1.Evet (.....yıl) 2.Hayır

29.Uyku apnesi şikâyetiniz var mı? 1.Evet (.....yıl) 2.Hayır 3.Bilmiyorum

30.Günlük su tüketimi kaynağınız hangisidir işaretleyiniz?(Birden çok işaretleyiniz)

1. Damacana su 1.Evet 2.Hayır
 2.Çeşme suyu 1.Evet 2.Hayır
 3.Şişe suyu 1.Evet 2.Hayır
 4.Çeşme, damacana ve şişe suyu 1.Evet 2.Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14



5. Diğer(açıklayınız.....) 1.Evet 2.Hayır
31. Günlük yağ tüketiminde hangi yağı kullanmaya dikkat ediyorsunuz?
1. Zeytinyağı kullanmaya dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
2. Zeytinyağı ve ay çiçek yağını beraber kullanmaya dikkat ederim 1.Evet 2.Hayır
3. Zeytinyağı, ay çiçek yağını ve katı yağı beraber kullanmaya dikkat ederim. 1.Evet 2.Hayır
4. Diğer(açıklayınız.....) 1.Evet 2.Hayır
32. Daha önce hangi şikâyetleriniz nedeniyle hastanede tedavi aldınız.
1. Kalp krizi 1.Evet 2.Hayır
2. Kalp ameliyatı 1.Evet 2.Hayır
3. Beyin kanaması 1.Evet 2.Hayır
4. Anjio 1.Evet 2.Hayır
5. Stend uygulaması 1.Evet 2.Hayır
6. Diğer(açıklayınız.....) 1.Evet 2.Hayır
- 7 Şikâyetim olmadı. 1.Evet 2.Hayır
33. Hipertansyon nedeniyle size önerilen diyeti yapıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3. Diet önerisi yapılmadı
34. Boyunuz.....cm, Kilonuz.....kg, Bel çevreniz.....cm, Kalça çevreniz.....cm, Boy(cm), Kan basıncı.....mmHg, Nabız.....atım/dk
LDL..... HDL..... Total Kolesterol.....

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14

TSOY-32 TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

1.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

2.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşur, kitapçık, afiş gibi)okuyup anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

3.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

5.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

8.Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

10.Sağlıkcıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

11.İlac kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14

12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyac duyup duymadığınıza karar vermek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

13.Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

16.Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

17.Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

18.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

19.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

20.Sigara icme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

21.Sigara icme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

22.Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-13/14

23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

26. Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

27. Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak

1)Çok kolay 2)Kolay 3)Zor 4)Çok zor 5)Fikrim yok

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14

SHORT FORM-36

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınızı bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | EVET | HAYIR |
|--|------|-------|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1 | 2 |
| b. İstedığınızden daha az kısım tamamlanması | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|---------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta derecede | 3 |
| Biraz | 4 |
| Oldukça | 5 |

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|----------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Çok | 4 |
| İleri derecede | 5 |
| Çok şiddetli | 6 |

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|----------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Çok | 4 |
| İleri derecede | 5 |

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.11.2017
Karar No : 2017-17/14

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

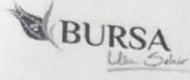
11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/14

EK 2.İZİNLER



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
09/02/2018 10:15 - 60429939 - 604.02 - E.2321



Sayı : 60429939-604.02
Konu : Araştırma İzin (Şeyda
BOSTANCI)

HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın Mülga THSK'nin "*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler*"e uygunluğunu değerlendirmek üzere 07.02.2018 tarihinde saat 14.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Alanında yüksek lisans öğrencisi Şeyda BOSTANCI'nın Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölümünden Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR gözetiminde "*Hipertansif Hastaların Sağlık Okur Yazarlığı Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" konulu tez çalışmasında, İlimiz Mustafakemalpaşa 03 No.lu Sırmalar Aile Sağlığı Merkezinde, aile hekimliğine kayıtlı çalışmaya gönüllü olarak katılacak hastalara anket uygulanacağı anlaşılmıştır.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine
2. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne iletilmek üzere Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr. Yasemin BAŞ
Halk Sağ.Hizm. Başk. Yrd.
(Komisyon Başkanı)

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
A★ tılı bilgi için: Z. KUŞAT

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 886d066c-453f-4023-9483-21613e402874/1kddu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesine üzerine etkisi
------------------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Aysel Özdemir			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Şeyda Bostancı			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bandırma Devlet Hastanesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	15.12.2017 / 3 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	341			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	09.11.2017	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09.11.2017	Türkçe
	ANKET FORMU, ÖLÇEK	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 09.11.2017
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 09.11.2017
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 09.11.2017
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (09.11.2017), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon hastalarında sağk okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesine üzerine etkisi
------------------------------	---

Karar No: 2017-17/ 14	Tarih: 21 Kasım 2017
------------------------------	-----------------------------

KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.
	1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, ancak ilgili kurumuzdan alınacak izin yazısının kurulumuza iletilmesinden sonra çalışmaya başlanılmasına,
	2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,
	3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,
	4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
----------------------	---

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
-----------------------------------	---------------------------------

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı- Başkan Vek.	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklar AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklar AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

10.TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında büyük emeği geçen, Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini ve bilgisini hiçbir süreçte esirgemeyen, hakkını ödeyemeyeceğim sayın tez danışmanım Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR' e minnetlerimi ve şükranlarımı sunuyorum. Bugünlere gelmemde emeği geçen tüm değerli hocalarıma , tez çalışmamda araştırma istatistikleri konusunda yardımcı olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Deniz SİĞİRLİ hocama, çalışmamda benden her türlü desteğini esirgemeyen Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Arş. Gör. Tuğba SINMAZ arkadaşşıma , veri toplama aşamasında bana yardımcı olan tüm Bursa Mustafakemalpaşa 3 Nolu Sırmalar Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, her zaman ve her durumda bana çok değerli emeği ve desteği olan aileme ve tüm çalışma arkadaşlarıma sosuz teşekkürlerimi sunarım.

11.ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Bursa/Mustafakemalpaşa'da doğmuştur. Lise eğitimini Sedat Karan Anadolu Lisesinde 2009 yılında tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2013 yılında Bursa Uludağ Üniversitesinde tamamlamıştır.2013 yılından itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli kurumlarda çalışmıştır.2018 yılından beri Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde çalışmaya devam etmektedir.