



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAMSUN PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI
18 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE KAN BASINCI KONTROLÜ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Elif PALA GÜN

SAMSUN-2021



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAMSUN PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI
18 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE KAN BASINCI KONTROLÜ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif PALA GÜN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

SAMSUN-2021

TEŞEKKÜR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yaptığım süre içinde eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma,

Tez sürecimde desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN'a, Hayatıma dokundukları için kendimi her daim şanslı hissettiğim, birlikte çalıőmaktan keyif aldığım, güzel anılar biriktirdiğim canım dostlarım Elyura DAVRİSHLİ, Őulenur ÇAY, Pınar KÜÇÜKOSMANOğLU, Emine Betül ALAKUŐ ve Ecem DEVECİOğLU'na,

Hayatıma girdikleri günden beri sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen annem İpek GÜN ve babam Aziz GÜN'e,

Hayatım boyunca her konuda beni destekleyen, her zaman yanımda olan annem Halime PALA, babam İdris PALA, ablam Pınar PALA ve biricik kardeőim Hilal PALA'ya

Varlığıyla bana güç veren, sevgisi ve desteğiyle her koşulda yanı başımda olan sevgili eőim Fzt. Ebubekir GÜN'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif PALA GÜN

2021-SAMSUN

BEYAN

“Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne Kayıtlı 18 Yaş ve  zeri Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ile Kan Basıncı Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	1
2.1. Hipertansiyon	1
2.1.1. Hipertansiyon Tanımı ve Epidemiyolojisi	1
2.1.2. Hipertansiyon Sınıflaması	2
2.1.2.1. Kan Basıncına Göre Sınıflama	2
2.1.2.2. Etiyolojiye Göre Sınıflama	2
2.1.2.2.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon	2
2.1.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon	2
2.1.2.3. Beyaz Önlük Hipertansiyonu	4
2.1.2.4. Maskeli Hipertansiyon	4
2.1.3. Hipertansiyonun Tanısal Değerlendirmesi	4
2.1.3.1. Kan Basıncı Ölçümü	4
2.1.3.2. Tıbbi öykü	5
2.1.3.3. Fizik Muayene	5
2.1.3.4. Laboratuvar İncelemeleri	6

2.1.4. Hipertansiyon Tedavisi	6
2.1.4.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	6
2.1.4.2. Farmakolojik Tedavi	8
2.1.5. Aile Hekimliği ve Hipertansiyon	10
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	11
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	11
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	11
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekler	12
2.2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	13
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi ve Kronik Hastalıklarla İlişkisi	14
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.2. Araştırmanın Tipi	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	16
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	16
3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	16
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması	16
3.4.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	17
3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	18
3.5. İstatistiksel Analiz	18
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	19
3.7. Etik İzin	19
4. BULGULAR	19
4.1. Sosyodemografik Özellikler	19

4.2. Hipertansiyona İlişkin Özellikler	22
4.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Değişkenler ile İlişkisi	24
4.4. Kan Basıncı Kontrol Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi	29
4.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Kan Basıncı Kontrol Durumu İlişkisi	32
5. TARTIŞMA	33
5.1. Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Tartışılması	33
5.2. Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Kontrol Durumlarının Tartışılması	36
5.3. Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumlarının Tartışılması	39
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	40
7. KAYNAKLAR	41
8. EKLER	52
EK-1: Tez Anketi	52
EK-2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32	53
EK-3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	55
EK-4: Etik Kurulu Onayı	56
EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzin Protokolü	57
EK-6: Orijinallik Raporu	58

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
	No
Tablo 1. 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu'na Göre Kan Basıncı Sınıflandırması	2
Tablo 2. Sekonder Hipertansiyon Nedenleri	3
Tablo 3. Antihipertansif İlaçların Kesin ve Olası Kontrendikasyonları	8
Tablo 4. Risk Temelli Yaklaşım	10
Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığının Boyut ve Süreçleri ile İlgili Maddeler	17
Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri	20
Tablo 7. Cinsiyete Göre Sigara Kullanımı Karşılaştırılması	22
Tablo 8. Cinsiyete Göre Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması	22
Tablo 9. Hipertansiyona Ek Kronik Hastalıkların Dağılımı	23
Tablo 10. Kan Basıncı Kontrol Durumuna Göre Yaş Ortalamaları	29
Tablo 11. Vücut Kitle İndeksine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu	29
Tablo 12. Medeni Duruma Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu	30
Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu	30
Tablo 14. Hipertansiyon Tanı Süresine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu	31
Tablo 15. Ek Kronik Hastalık Varlığına Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu	32
Tablo 16. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu	32

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
	No
Şekil 1. Sigara Kullanan Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı	21
Şekil 2. Katılımcıların Hipertansiyon Tanı Sürelerinin Dağılımı	23
Şekil 3. TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	24
Şekil 4. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	25
Şekil 5. Vücut Kitle İndeksine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	25
Şekil 6. Medeni Duruma Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	26
Şekil 7. Eğitim Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	26
Şekil 8. Gelir Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	27
Şekil 9. Meslek Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	28
Şekil 10. Hipertansiyon Tanı Süresine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı	28

SİMGELER VE KISALTMALAR

- TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
- SKB: Sistolik kan basıncı
- DKB: Diyastolik kan basıncı
- AHA/ACC: Amerikan Kalp Derneği/ Amerikan Kardiyoloji Koleji
- ACE: Anjiotensin dönüştürücü enzim
- ARB: Anjiyotensin reseptör blokeri
- KAH: Konjenital adrenal hiperplazi
- VKİ: Vücut kitle indeksi
- ALT/AST: Alanin aminotransferaz/Aspartat aminotransferaz
- TSH: Tiroid uyarıcı hormon
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- PATHS: Prevention and Treatment of Hypertension Study
- DASH: Hipertansiyonu durdurmak için diyet yaklaşımları
- KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- LVEF: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu
- K⁺: Potasyum
- KBH: Kronik böbrek hastalığı
- GFR: Glomerüler filtrasyon hızı
- LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein
- SOY: Sağlık okuryazarlığı
- NAAL: Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi
- TOFHLA: Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi

REALM: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi

NVS: En Yeni Yaşamsal Belirteç

HALS: Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği

SILS: Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması

HLS-EU: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması

OMÜ: Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ÖZET

Amaç: Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya 01.12.2020-28.02.2021 tarihleri arasında Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri 289 hipertansiyon hastası dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklere ilişkin soru formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve halen sigara kullanan bireylerde nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılmıştır. Anket sonrasında hastaların boy, kilo ve kan basıncı standartlara uygun şekilde ölçülmüş ve kayıt edilmiştir. Veriler bilgisayar ortamına girilerek değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı toplam indeks puanı ortalaması $29,65\pm 8,27$ olarak hesaplandı. Bireylerin %33,2'si yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine, %71,6'sı yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Çalışmamızda bireylerin yaşı, cinsiyeti, vücut kitle indeksi, medeni durumu, eğitim seviyesi, toplam aylık hane geliri, hipertansiyon tanı süresi ve mesleği ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Katılımcıların tansiyon medyan değeri 140/85 mmHg idi ve %58,1'inin kan basıncı kontrol altındaydı. Dul ya da boşanmış, fazla kilolu-obeze, daha yüksek yaşta, daha düşük eğitim seviyesine, daha uzun hipertansiyon tanı süresine, daha çok sayıda ek kronik hastalığa ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastalarda kan basıncı kontrolü daha kötüydü. Yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanlar bireylerde sırası ile %39,6, %63,1, %74 ve %66,7 kan basıncı kontrol oranı saptandı.

Sonuç: Çalışmaya katılan bireylerin üçte biri yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastalarda kan basıncı kontrolü daha kötüdür. Kronik hastalık yönetiminde sağlık okuryazarlığı kavramı çok daha ayrıntılı olarak ele alınmalı ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlere yönelik geniş kapsamlı çalışmalar yapılarak uygun sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, sağlık okuryazarlığı, kan basıncı kontrolü, TSOY-32

ABSTRACT

Aim: The aim of this study to determine the level of health literacy in hypertensive patients who are 18 years of age or older registered in Samsun Pelitköy Education Health Center and to evaluate the relationship with health literacy levels and blood pressure control.

Material and Method: 289 hypertension patients aged 18 years and older who applied to Samsun Pelitköy Education Family Health Center between 01.12.2020-28.02.2021 were included in this cross-sectional descriptive study. As a data collection tool, questionnaire on sociodemographic characteristics, Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) and Fagerström Nicotine Dependence Test were used to determine nicotine addiction levels in individuals who still smoke. After the questionnaire was applied the height, weight and blood pressure of the patients were measured and recorded in accordance with the standards. The relationship between the variables was examined by entering the data into the computer environment. Statistical significance was considered at $p < 0,05$.

Results: In our study, the mean health literacy total index score was calculated as $29,65 \pm 8,27$. %33,2 of the individuals had inadequate health literacy level, %71,6 had inadequate-limited health literacy level. In our study, statistically significant difference was found between the individuals' age, gender, body mass index, marital status, education level, total monthly household income, hypertension diagnosis time, occupation and health literacy levels. The blood pressure median value of the participants was 140/85 mmHg and the blood pressure of %58,1 was under control. Blood pressure control was worse in patients who were widowed or divorced, overweight-obese, had higher age, lower education level, longer hypertension diagnosis time, more additional chronic diseases and inadequate levels of health literacy. Blood pressure control rate of %39,6, %63,1, %74 and %66,7 was detected in individuals with inadequate, problematic-limited, adequate and excellent health literacy levels, respectively.

Conclusion: A third of the individuals involved in the study have an inadequate level of health literacy and blood pressure control is worse in patients with an inadequate level of health literacy. The concept of health literacy in chronic disease management should be discussed in much more detail and appropriate health policies should be developed by carrying out extensive studies on the factors affecting health literacy.

Keywords: Hypertension, health literacy, blood pressure control, TSOY-32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar ile mücadele beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte tüm dünyada daha da önem kazanmıştır. Hipertansiyon önemli kronik hastalık olup, sık rastlanan bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve her yıl çok sayıda kişinin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (1). Türk toplumunda hipertansiyon sıklığı %30,3 (kadınlarda %32,3, erkeklerde %28,4) olarak bildirilirken, hipertansiyonu olan bireylerin %54,7'si hastalığının farkında, %47,4'ü antihipertansif tedavi almakta ve tedavi alanların sadece %53,9'unun kan basıncı kontrol altındadır (2).

Günümüz sağlık sisteminde hipertansiyonun önlenmesi, tanı, tedavi ve komplikasyonlarının kontrolünde sağlık hizmeti sunucuları ile birlikte bireylere de görev düşmektedir. Bireyin bu görevleri yerine getirebilme yeterliliğine sahip olabilmesi sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve bu bilgiyi sağlığını geliştirici yönde kullanma becerisidir.

Araştırmalarla hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklarda yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin daha fazla olumsuz sağlık sonuçlarına ve maddi yüklerle neden olduğu gösterilmiş olup, sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemi vurgulanmaktadır (3). Çalışmamızda 18 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Hipertansiyon Tanımı ve Epidemiyolojisi

Hipertansiyon birçok kılavuza göre tekrarlanan klinik ölçümlerde sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg olması şeklinde tanımlanmaktadır (4, 5, 6). Bunlardan farklı olarak 2017 AHA/ACC kılavuzunda ise hipertansiyon için sınır değer 130/80 mmHg olarak belirtilmiştir (7).

Hipertansiyon tüm dünyada en önemli önlenebilir mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir. Uzayan yaşam süresi sebebi ile hipertansiyon ve hipertansiyona bağlı komplikasyon sıklığı artmaktadır. Dünyada ki prevalansı %31,1 olup ülkemizde de oldukça yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur (8). Türkiye'de erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %30,3 (Patent 2) ve %31,8 olarak (Patent 1) olarak belirlenmiştir (2).

2.1.2. Hipertansiyon Sınıflaması

2.1.2.1. Kan Basıncına Göre Sınıflama

Hipertansiyon sınıflaması sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre yapılmaktadır (4). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'na göre kan basıncı sınıflandırması tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'na Göre Kan Basıncı Sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	< 120	ve	< 80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	\geq 160	ve/veya	\geq 100

2.1.2.2. Etiyolojiye Göre Sınıflama

Hipertansiyon etiyolojiye göre primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Hipertansiyon hastalarının %80-90'ı primer hipertansiyona sahipken, %10-20'sinde ise sekonder hipertansiyon bulunmaktadır.

2.1.2.2.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon

Herhangi bir ikincil hastalık nedenli oluşmayan, oluşum mekanizmasını net olarak bilmediğimiz, arteriyel kan basıncı yüksekliğidir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, aşırı tuz tüketimi, obezite-insülin direnci, sempatik sinir sisteminin fazla çalışması, renin-anjiyotensin sisteminin rolü, tuz atılımında renal bozukluk ve stresli kişilik yapısı nedenler arasında sayılabilir. Primer hipertansiyonu artıran riskler ise aşırı alkol alımı, sigara tüketimi, sedanter hayat, polisitemi, nonsteroidal antiinflamatuvarlar ve düşük potasyum alımıdır (9).

2.1.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Arteriyel kan basıncı yüksekliği tespit edilebilir bir nedene bağlı ise sekonder hipertansiyon olarak isimlendirilir. Her kan basıncı yüksekliğinde sekonder nedenlerin araştırılması hem zaman hem de maliyet açısından etkin bir yöntem olmadığından 20 yaşından önce veya 50 yaşından sonra başlayan hipertansiyonda, ailesinde sekonder hipertansiyon öyküsü bulunanlarda, ani başlayan hipertansiyonda, biri diüretik olmak şartıyla yeterli dozda üç tane antihipertansif ilaç kullanıp ilaç tedavisine yeterli yanıt alınamayan olgularda, son zamanlarda kontrolü bozulan hipertansiyonda,

ACE inhibitörü veya ARB kullanımı sonrası kreatinin değerlerinde ciddi yükselme olan hastalarda, belirgin hipertansif hedef organ hasarı olanlarda ve öykü, fizik muayene ile laboratuvar incelemelerinin spesifik bir patolojiyi işaret ettiği durumlarda sekonder hipertansiyon nedenleri düşünülmeli ve uygun yöntemlerle araştırılmalıdır. Sekonder hipertansiyon nedenleri tablo 2’de gösterilmiştir (9, 10, 11).

Tablo 2. Sekonder Hipertansiyon Nedenleri

A. Endokrin nedenler	<ul style="list-style-type: none">- Oral kontraseptifler- Adrenokortikal hiperfonksiyon<ul style="list-style-type: none">Cushing sendromuPrimer hiperaldosteronizmKAH (17 α hidroksilaz ve 11 β hidroksilaz eksikliği)- Feokromositoma- Akromegali- Hipotiroidi, hipertiroidi, hiperparatiroidi
B. Renal nedenler	<ul style="list-style-type: none">- Kronik böbrek hastalığı- Kronik piyelonefrit- Akut ve kronik glomerülonefrit- Polikistik böbrek hastalığı- Renal arter darlığı- Arteriolar nefroskleroz- Diyabetik nefropati- Renin salgılayan tümörler
C. Uyku-apne sendromu	
D. Nörolojik nedenler	
E. Aort koarktasyonu	

2.1.2.3. Beyaz Önlük Hipertansiyonu

24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ortalaması (<130/80 mmHg), gündüz ambulatuvar kan basıncı ortalaması (<135/85 mmHg) ve/veya evde ölçülen (birkaç ölçümün ortalaması <135/85 mmHg) kan basıncı değerleri normal aralıktayken, en az üç ofis kan basıncı ölçümünde kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg olduğunda beyaz önlük hipertansiyonu tanısı konulmaktadır. Çalışmalar farklılık göstermiş olsada yüksek kan basıncı değerlerine sahip hastaların %30-40'ını bu grup oluşturmaktadır. Bu hastalar normatansif bireylere göre artmış kardiyovasküler hastalık riski altındadır. Ek risk faktörü olmayanların yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavisi ve yakından takip edilmeleri önerilir. Yüksek kardiyovasküler risk veya organ hasarı varlığında ise ilaç tedavisi düşünülmelidir (4, 5, 7).

2.1.2.4. Maskeli Hipertansiyon

Ofis ölçümlerinde kan basıncının normal sınırlarda olmasına rağmen ambulatuvar ve/veya evde ölçümlerde kan basıncının $\geq 130/80$ mmHg ölçülmesi ile tanı konmaktadır. %10-15 sıklığında görülmektedir. Oluşum mekanizması net olarak açıklanamazda uç organ hasarı ve kardiyovasküler riskteki artış sürekli hipertansiyonla benzerlik göstermektedir. Tüm hastalarda yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kan basıncı kontrol altına alınamayanlarda medikal tedavi ile müdahale önerilmektedir (5, 2).

2.1.3. Hipertansiyonun Tanısal Değerlendirmesi

Hastanın ilk değerlendirmesinde hipertansiyon tanısı doğrulanmalı; sekonder hipertansiyon düşündüren durumlar mevcutsa nedene yönelik araştırma yapılmalıdır. Hasta değerlendirilirken tıbbi öykü, kan basıncı ölçümü ile birlikte sistemik fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve gerekli ise ileri tanı testleri kullanılmalıdır.

2.1.3.1. Kan Basıncı Ölçümü

Kan basıncı ölçümünde yaş ve kiloya uygun manşon ile onaylı oskülatuar veya osilometrik sfigmomanometre cihazları kullanılmalı ve bu cihazların periyodik kontrol kalibrasyonları yapılmalıdır.

Kan basıncı ölçümü öncesindeki 30 dakika içinde sigara içilmemeli, kafein alınmamalı, tercihen yemek yenmemiş olmalı, egzersiz yapılmamalıdır. Hasta sırtını yaslayarak oturur durumda en az 5 dakika dinlenmeli, avuç açık, kol kalp seviyesinde ve çıplak olmalıdır. Ölçüm yapılırken hasta

konuşmamalı, bacak bacak üstüne atmamalıdır. Manşon kalp hizasında olacak şekilde sarılmalı ve hastanın kolu desteklenmelidir. Tansiyon aletinin manşonu alt ucu dirsek çukurunun 2,5-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalıdır. Ölçüm sırasında stetoskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır (9).

İlk muayenede hastanın her iki kolundan da ölçüm yapılarak bundan sonraki ölçümlere tansiyon değeri yüksek olan koldan devam edilmelidir. Bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (1-2 dakika ara ile) ortalaması kaydedilmelidir. Hastada aritmi varsa otomatik cihazlarla kan basıncı ölçümü hatalı sonuç verebileceği unutulmamalı mutlaka palpasyonla nabız değerlendirilmeli ve düzensizlik varsa stetoskop kullanılarak kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (5).

Ofis dışı kan basıncı ölçümü yöntemlerinde evde veya ambulatuvar kan basıncı ölçümleri kullanılmaktadır. Bu ölçümlerle seçili hastalarda ofis ölçümlerinden daha güvenilir ölçümlere ulaşılabilmektedir.

Ev ölçümleri en az 3 gün, mümkünse 6-7 gün yapılmalıdır. Ölçümler günde iki kez (sabah-akşam) olacak şekilde ölçüm için önerilen standart önerilere dikkat edilerek yapılmalıdır. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü ise özel bir cihazın hasta üzerinde 24 saat taşınarak günlük aktiviteler ve gece uyku sırasında kan basıncı kayıtlarının alınması ile yapılan, hipertansiyonun tanısında ve takibinde kullanılan ideal bir yöntemdir (12).

2.1.3.2. Tıbbi öykü

Hastalarda hipertansiyonun ilk tanı tarihi, önceki kan basıncı değerleri, bıraktığı ve devam ettiği ilaçlar tespit edilmelidir. Geçirilmiş ve/veya eşlik eden hastalıkları, ailesinde hipertansiyon öyküsü, ailesinde veya kendisinde kardiyovasküler hastalık öyküsü, dislipidemi ve diyabet öyküsü de sorgulanmalıdır. Ayrıca sigara, alkol ve diyet alışkanlıkları, tuz tüketimi, fiziksel aktivite miktarı da değerlendirilmelidir. Sekonder hipertansiyon ön tanımız var ise nedenleri ve hipertansiyonun organ hasarına yönelik belirtileri incelenmelidir (4, 9)

2.1.3.3. Fizik Muayene

İlk olarak hipertansiyon tanısını doğrulamak için kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. İki kol arasındaki fark SKB >20 mmHg ve/veya DKB >10 mmHg olduğu durumda vasküler anomaliler açısından ayrıntılı ve ileri inceleme yapılması gerekebilir. Sekonder hipertansiyon düşünülen durumlarda sekonder nedenlere yönelik muayene bulguları aranmalıdır. Kardiyovasküler risk

hesaplanmalıdır. Hastalarda kalp, karotis ve renal arterlerin oskültasyonu yapılmalı, kalp hızı değeri kayıt edilmelidir. Boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), bel ve kalça çevresi ölçümü yapılmalıdır (5, 9).

2.1.3.4. Laboratuvar İncelemeleri

Sekonder hipertansiyonu araştırmak, kardiyovasküler riski ve organ hasarını belirlemek için bazı laboratuvar testlerinin istenmesi gerekmektedir. Bunlardan tam kan ve tam idrar tetkiki, açlık kan glukozu, kanda sodyum, potasyum ve ürik asit, lipit profili, kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı, on iki derivasyonlu elektrokardiyografi her hastada bakılacak tetkiklerdir. Diabetes mellitus tanılı hastalarda yıllık takiplerle idrar albümin atılım oranı bakılmalıdır. Klinik duruma göre ALT/AST, kalsiyum, tiroid uyarıcı hormon (TSH) bakılabilir, oral glukoz tolerans testi, karotis ultrasonu, fundoskopi ve ekokardiyografi yapılabilir (4, 5, 13).

2.1.4. Hipertansiyon Tedavisi

Tedavide amaç hipertansiyona bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi mevcut olup pratikte birbirinin tamamlayıcısı şeklinde kullanılmaktadır.

2.1.4.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Yaşam tarzı değişikliklerini içeren non-farmakolojik tedavi kan basıncı normal sınırlar içinde olmayan her hastaya önerilmelidir. Kan basıncı hipertansif değerlerde ise mutlaka uygulanmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonun oluşumunu önlemede , kan basıncı kontrolünü iyileştirmede, ilaç kullanımını geçiktirmede, tedavide kullanılan ilaç ihtiyacını ve kardiyovasküler riski azaltmada etkilidir. Dezavantajı ise etkilerini görmek için uzun bir zamana ihtiyaç olması ve bu nedenle hasta uyumunun düşük olmasıdır (5, 6, 14, 15).

Yaşam tarzı değişiklikleri tuz ve alkol alımının kısıtlanması, sigaranın bırakılması, kilo verme ve ideal kilonun korunması, sağlıklı ve dengeli beslenme ile düzenli egzersiz yapılmasını içerir (6, 7).

Sodyum alımı ile kan basıncı yüksekliği arasında nedensel bir ilişki olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (16). Sodyum kısıtlaması sayesinde hipertansif bireylerde kan basıncında düşme, ilaç sayısı ve dozunda azalma sağlanırken, kardiyovasküler risk üzerindeki etkisi belirsizliğini korumaktadır (5, 17, 18). Normotansif bireylerde de tuz kısıtlaması ile kan basıncında düşme olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (19, 20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre

yetişkinlerde günlük sodyum alımı 2 g dan, tuz alımı 5 g (1 çay kaşığı) dan daha az olmalıdır (21). Türkiye’de günlük tuz tüketimi miktarı 18 g olarak saptanmıştır (22). Bu veri ile de anlaşılabilirliği gibi tuz tüketiminde kısıtlamanın yapılması pratikte çok kolay bir uygulama değildir. Birçok yiyeceğin tuz tadı olmadan da tuz barındırdığı göz ardı edilmemeli, her hastaya özgü bir plan yapılmalı ve hastaya bu konuda bilgi verilmelidir (23).

Artmış alkol tüketimi ile kan basıncı, hipertansiyon prevalansı ve kardiyovasküler hastalık riski arasında pozitif lineer bir ilişki mevcuttur. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS) çalışmasında alkol kısıtlamasının tansiyon değerleri üzerine etkisi incelenmiş olup, 6 aylık bir izlem sonunda vaka grubunda kontrol grubuna göre 1,2/0,7 mmHg daha düşük kan basıncı değerleri elde edilmiştir (24). Alkol tüketiminin erkeklerde haftada 14 birimden (1 birim=125 ml şarap/ 250 ml bira), kadınlarda ise haftada 8 birimden az olması önerilir (5).

Sigara birçok akciğer hastalığı, kanser ve kardiyovasküler hastalık için temel ve önlenbilir bir risk faktörüdür. Sigarayı bırakmak kardiyovasküler hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı erken ölümlerin önlenmesi için en etkili yaşam tarzı değişikliğidir (5, 25). Her vizitte hastaya pasif sigara dumanı maruziyeti, sigara kullanımı ve bırakılmasına ilişkin öneriler mutlaka tekrarlanmalı ve sigaranın bırakılması için önderlik edilmelidir.

Aşırı kilolu olma ve obezite artmış hipertansiyon, kardiyovasküler ölüm ve tüm nedenlere bağlı ölüm riski ile ilişkilidir. Aşırı kilolu ve obez tüm bireylere kilo kaybı önerilmelidir. Kilo kaybı planı uygun diyet, düzenli fiziksel egzersiz ve motivasyonel görüşmelerin olduğu multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalıdır. Normal sınırlardaki VKİ (20 - 25 kg/m²) ve bel çevresi (erkeklerde <94 cm, kadınlarda <80 cm) hipertansiyonu önlemede, kan basıncını düşürmede, antihipertansif ilaçların etkinliğini artırmada ve kardiyovasküler riski azaltmada etkilidir (5, 26).

Hipertansif hastalara taze sebze-meyve, baklagil, düşük yağlı süt ürünleri, kabuklu yemişler, balık ve doymamış yağ asitlerinden (özellikle zeytinyağı) zengin, kırmızı et ve doymuş yağ asitlerinden fakir bir beslenme önerilir. Hipertansiyonu durdurmak için diyet yaklaşımları (DASH) diyeti ile kan basıncı düşüşünün yanı sıra kan şekeri, trigliseritler ve insülin direncinde de iyileşme görülmektedir (27).

Düzenli fiziksel aktivitenin birçok yararı olmakla birlikte kan basıncında düşüş sağlama nedeni ile tüm hipertansif hastalara haftada 5-7 gün olacak şekilde en az 30 dakika orta yoğunlukta

dinamik aerobik egzersiz (yürüme, koşma, bisiklete binme, dans etme, yüzme vb.) tavsiye edilmelidir (7, 28).

2.1.4.2. Farmakolojik Tedavi

Birçok hipertansiyon hastasında kan basıncı kontrolünü sağlamada yaşam tarzı değişiklikleri tek başına başarılı olmayıp eş zamanlı farmakoterapiye de ihtiyaç duyulmaktadır. Farmakoterapiye başlanacak hastalar belirlenirken kan basıncı, risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar değerlendirilir. Farmakoterapide monoterapi veya kombinasyon tedavisi için kullanılan beş ana ilaç sınıfı önerilmektedir. Bunlar: ACE inhibitörleri, ARB, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretiklerdir (tiazidler ve tiazid benzeri diüretikler). Diğer dört ilaç grubundan farklı olarak beta blokerler sadece atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı veya kalp yetmezliği gibi hastalıklarda hipertansiyon tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir. Bunun gibi durumlar yok ise ilk seçenek tedavi olarak önerilmez.

Kombinasyon tedavisinde ACE inhibitörü/ARB + kalsiyum kanal blokeri, ACE inhibitörü/ARB + diüretik, kalsiyum kanal blokeri + diüretik, beta bloker + kalsiyum kanal blokeri kombine edilebilir. ACE inhibitörü ve ARB birlikte kullanılmamalı, beta bloker ve diüretik kombinasyonunda dikkatli davranılmalıdır. Hastada ilaç uyumunun artırılması ve kullanım kolaylığı sağlamak için tek tabletle kombinasyon tedavisi tercih edilmesi önerilir. İlaç seçiminde hastanın ilaçlara karşı cevabı, ilacın tolere edilebilirliği ve kontrendikasyonları (Tablo 3) göz önüne alınmalıdır (4, 5, 9).

Tablo 3. Antihipertansif İlaçların Kesin ve Olası Kontrendikasyonları

İlaç	Kontrendikasyon	
	Kesin	Olası
Diüretikler (tiazidler)	Gut	Metabolik sendrom Glukoz İntoleransı Gebelik Hiperkalsemi Hipokalemi

Beta Blokerler	Astım Yüksek dereceli sinoatrial veya antrioventriküler blok Bradikardi	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Atletler ve fiziksel aktif hastalar KOAİ
Kalsiyum Kanal Blokörleri (dihidropiridinler)		Taşiaritmi Kalp yetmezliği Ciddi alt ekstremitte ödemi Konstipasyon
Kalsiyum Kanal Blokörleri (verapamil, diltiazem)	Yüksek dereceli sinoatrial veya antrioventriküler blok Ciddi sol ventrikül disfonksiyonu (LVEF<%40) Bradikardi	
ACE İnhibitörleri	Gebelik Anjionörotik ödem öyküsü Hiperkalemi (K>5,5 mmol/l) Bilateral renal arter stenozu	Gebelik planı olan kadınlar
ARB	Gebelik Hiperkalemi (K>5.5 mmol /l) Bilateral renal arter stenozu	Gebelik planı olan kadınlar

18-80 yaş hastalarda eşlik eden hastalıklardan bağımsız olarak tedaviye başlamak için sınır ofis sistolik kan basıncı değeri ≥ 140 mmHg iken 80 yaş ve üzeri hastalarda bu değer ≥ 150 mmHg'dir. Diyastolik kan basıncı sınır değeri ise her iki yaş grubunda ≥ 90 mmHg'dir (9).

2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'na göre kan basıncı 130-139/80-89 mmHg (artmış kan basıncı) aralığında ve 65 yaş altında olan hastalarda risk temelli yaklaşım önerilmektedir (Tablo 4). Yüksek riskli hastalarda 6 aylık yaşam tarzı değişikliği tedavisi sonrası kan basıncı halen 130-139/80-89 mmHg ise ilaç tedavisi başlanabilir. Evre 1 hipertansiyonda diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı olan hastalara ilaç başlanmalıdır. Ek hastalığı ve organ

hasarı olmayan hastalarda ise yaşam tarzı değişiklikleri ile 3 ay takip edilip sonrasında hala tansiyon değerleri evre 1 ile uyumlu ise veya hipertansiyonla ilişkili semptom mevcut ise ilaç tedavisi verilir. Evre 2 ve üzeri kan basıncı değerlerinde tanı anında yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak hemen ilaca başlanmalıdır. Hasta evre 1 hipertansiyon tanısı alıp kan basıncı <150/90 mmHg ise monoterapi, kan basıncı >150 mmHg veya evre 2 hipertansiyon tanısı almışsa direkt kombinasyon tedavisi başlanır (4).

Tablo 4. Risk Temelli Yaklaşım

En az 2 major veya en az 1 major + 2 minor veya major kriter olmadan sadece 3 minor kriter bulunan hastalar ‘yüksek riskli’ olarak kabul edilir.	
Major Risk Faktörleri:	Minor Risk Faktörleri:
KBH-GFR < 60 ml/dk	Sigara kullanımı
Diabetes Mellitus	55-65 yaş aralığında olmak
Koroner Arter Hastalığı	LDL >130 mg/dl

Tedavi ile tüm hastalarda kan basıncının 140/90 mmHg nin altına indirilmesi hedeflenmelidir. Genç ve tolere edebilen hastalarda daha da düşük kan basınçlarına ulaşılması düşünülebilir. Tedavi ile hedeflenen kan basıncı değerleri güncel kılavuzlarda yaşa göre; 18-65 yaş arası 120-130/70-80 mmHg, 65 yaş ve üzeri 130-140/70-80 mmHg olarak belirlenmiştir (4, 5).

2.1.5. Aile Hekimliği ve Hipertansiyon

Hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklar ile bunlara bağlı komplikasyonlar aile hekimliği günlük pratiğinde karşılaşılan hasta popülasyonunun büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde kendilerine kayıtlı olan hastalar ile uzun süreli ilişki temeline dayanan aile hekimliği uygulamaları önemli yer tutmaktadır.

Sigara bıraktırma, düzenli egzersiz yapma, diyet alışkanlıklarını değiştirme gibi konuları içeren koruyucu sağlık hizmetleri erken tanı, etkili tedavi ve komplikasyonların önlenmesini sağlayarak maliyet yönünden anlamlı bir azalma ile kronik hastalıklarla baş etmeyi sağlamaktadır.

Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde temel yaklaşım olan yaşam tarzı değişiklikleri hastaya istenen görüşme sürelerinin ayrılabilmesi ve hasta ile birden çok görüşme şansının yakalanabilmesi

sayesinde birinci basamakta çok daha etkili bir şekilde uygulanabilmektedir. Ayrıca tedavinin etkin olup olmadığı, ilaç uyumu ile ilgili sorunlar ve ilaç yan etkileri de daha kısa sürede fark edilebilmektedir.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ilk kez 1970'li yıllarda kullanılmaya başlanmış, 1990'lı yıllarda yeniden ele alınarak kavram genişletilmiş ve yeni tanımlamalar yapılmıştır. Son yıllarda ise pek çok ülkede bu kavram önemle vurgulanmaya başlanmış ve konu ilgili yapılan çalışmalar artış göstermiştir.

DSÖ sağlık okuryazarlığı kavramını "Bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve bu bilgiyi sağlığını geliştirici yönde kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde tanımlamıştır (29). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde ise "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" tanımı yer almaktadır (30).

Teknolojik gelişmelerin hızla yaşandığı ve sağlık sisteminin fazlasıyla karmaşık olduğu günümüz şartlarında sağlık okuryazarlığı, sağlık bakımı için yerine getirilmesi gereken kuralları okuma, doğru anlama ve uygulamanın yanında kişinin sağlık sistemini en etkin ve doğru nasıl kullanabileceğini, kendi sağlık durumunu tanımlayabilmesini, yaşam biçimini değiştirebilecek düzeyde kendi sağlığı ve toplum sağlığı için karar alabilmesini ve bunların doğruluğunu araştırabilmesini gerektiren geniş ve çok boyutlu bir kavramdır (31).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığının tanımlandığı ilk günden günümüze kadar kavramsal modeliyle ilgili birçok öneri sunulmuştur. Nutbeam 3 düzeyli bir model geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını; "fonksiyonel (ilk seviye)", "interaktif (ikinci seviye)" ve "kritik (üçüncü seviye)" okuryazarlık olarak derecelendirmiştir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı geleneksel sağlık eğitiminin bir sonucu olan bireyin sağlıkla ilgili temel okuma-yazma becerilerini içerir. Daha çok bireysel fayda sağlamaktadır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık ile ilgili konularda sosyal ve bilişsel becerilere sahip olması anlamını içermektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı gibi bireysel fayda

sağlar. Kritik sağlık okuryazarlığı ileri düzey sosyal, bilişsel ve eleştirel düşünebilme yeteneğine sahip olmayı içerir. Kişi sağlık ile ilgili sonuçları sosyal, politik ve ekonomik açıdan değerlendirebilmektedir. Bireysel faydadan çok toplumsal fayda sağlamaktadır (32).

Sorenson ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasıyla ilgili birçok model sunulmasına rağmen bu modellerin hiçbirinin yeteri kadar kapsamlı olmadığını, birçok yönden eksikliklerinin bulunduğunu düşünmüş ve tüm bu eksiklikleri gidermek için mevcut kavramsal modellerin temel ölçülerini de yansıtan bütüncül bir model sunmuşlardır. Bu model de sağlık okuryazarlığının dört temel unsuru olan sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili yetkinliklerin sağlık bakımı, hastalıkları önleme, sağlığın geliştirilmesi konularında uygulandığı görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı üzerine sosyal, çevresel, bireysel ve durumsal belirleyicilerin etkisi bulunmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal düzeyinin birbiriyle etkileşim halinde olduğu belirtilmektedir (33).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekler

Sağlık okuryazarlığı değerlendirilmeye ilk başlanıldığında basit ve kısa sorular ile bilgi elde edilmeye çalışılmış fakat zamanla öneminin artmasıyla birlikte ölçek gereksinimi duyulmuş ve çalışmalar yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı seviyesini belirlemek için kullanılan ilk ölçek National Assesment of Adult Literacy (Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi/NAAL) ölçeğidir. Zamanla yeni ölçekler geliştirilmiştir. Geliştirilen her ölçeğin değerlendirme özellikleri, uygulanabilirliği ve genel geçerliliği açısından farklılıkları bulunmaktadır. Günümüzde kullanılan birçok ölçek mevcut olup sık kullanılan birkaç ölçek aşağıda sıralanmıştır.

1. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA): İki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık ile ilgili bilgiler verilip buna yönelik sorular sorulurken, ikinci bölümde tıbbi konularda verilen paragraflarda uygun kelimelerin seçeneklerden seçilmesi istenmektedir. Avantajı sağlıkla ilgili metinlerin ve sayısal değerlerin okunup anlaşılmasının ölçülmesi, kısıtlılıkları ise uygulamasının uzun sürmesi ve soruların okuma yeteneğine dayanmasıdır (34).
2. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/REALM): Artan zorluk derecesine göre sıralanmış 66 tıbbi kelimenin

tanınması ve telaffuzu değerlendirilir. Avantajı kısa sürede yapılabilmesi, kısıtlılıkları ise anlama ve sayısal beceriyi ölçmemesidir (31).

3. En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign/NVS): Birinci basamak sağlık hizmetleri için hızlı bir tarama testi olarak oluşturulmuş olup besin etiketi okuma ve anlama ölçeğidir. 6 sorudan oluşur. Avantajı bireyin hesap, okuma, kavrama yönlerini ölçmesi ve kısa uygulama süresi olmasıdır (35).
4. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale/ HALS): Sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişimi içeren beş bölümden oluşmaktadır. Avantajı sağlık okuryazarlığı düzeyini farklı birçok açıdan ele alması, kısıtlılığı ise uzun sürede uygulanmasıdır (31).
5. Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması (Single Item Literacy Screen/SILS): Tek maddelik ‘Doktorunuzdan veya eczanenizden verilen talimatlar, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okurken ne sıklıkla birinin yardımına ihtiyacınız olur?’ sorusu ile uygulanır. Düzeyden çok ihtiyacı göstermektedir (36).
6. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (European Health Literacy Survey /HLS-EU): Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanlarını içeren üç bölümden oluşan anket sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini değerlendirerek sağlık okuryazarlığını ölçer (37).

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği olarak TSOY-32 kullanılmış olup bu ölçek HLS-EU çalışmasındaki kavramsal çerçeveye dayandırılarak geliştirilmiştir. İlk olarak HLS-EU ölçeği baz alınarak 47 soruluk Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) oluşturulmuştur. Daha sonra 2 boyuta indirgenerek 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği geliştirilmiştir (38). Ayrıntılı olarak bölüm 3 de anlatılmıştır.

2.2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının öneminin anlaşılması ile birlikte toplumun sağlık okuyazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla Dünya genelinde ve Türkiye’de birçok çalışma yapılmıştır.

Kutner ve arkadaşlarının 2003 yılında 16 yaş ve üzerindeki 19000’den fazla kişi ile yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı %14 temel düzeyin altında, %22 temel düzeyde ve %12 yeterli düzeyde bulunmuştur (39). Paasche-Orlow ve arkadaşları çalışmalarında 31129 kişi üzerinde

yapılmış 85 araştırmayı birleşirerek analiz etmişlerdir. Yapılan analiz sonucunda araştırmalara katılanların %26 dűřük, %20 marjinal sağlık okuryazarlığına sahip oldukları ortaya konmuştur (40). Sorensen ve arkadaşlarının sekiz űlkeyi kapsayan çalışmasında sağlık okuryazarlığı dűzeyi űlkeler arasında farklılıklar gűsterip yetersiz ve sınırlı puan alanların oranı sırası ile %2-27 ve %29-62 arasında değişmektedir. Her iki bireyden birinin sınırlı sağlık okuryazarlığı dűzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (41).

Tűrkiye’de ise Tanrıűver ve arkadařlarının 4924 kiřide yaptıęı ‘Tűrkiye Saęlık Okuryazarlıęı Arařtırması’ çalıřmasında yetersiz saęlık okuryazarlıęı sıklıęı %24,5 olarak tespit edilmiřtir. Toplumda her ű kiřiden sadece birinin saęlık okuryazarlıęı durumunun yeterli veya daha iyi dűzeyde olduęu sonucuna ulařılmıřtır (42). Okyay ve arkadařlarının ‘Tűrkiye Saęlık Okuryazarlıęı ölekleri Gűvenirlik ve Geçerlilik alıřması’ ile geliřtirdikleri Tűrkiye Saęlık Okuryazarlıęı öleęi-32 (TSOY-32)’ yi 400 katılımcıya uyguladıkları çalıřmada saęlık okuryazarlık dűzeyi %27,2 yetersiz, %24,8 yeterli, %5,8 műkemmel olarak saptanmıřtır (38). T.C. Saęlık Bakanlıęı Saęlıęın Geliřtirilmesi Genel Műdűrlűęünün 2018 yılında yayınlanan ‘Tűrkiye Saęlık Okuryazarlıęı Dűzeyi ve İliřkili Faktűrleri Arařtırması’ çalıřmasında űlke genelinde saęlık okuryazarlıęı dűzeyi %30,9 yetersiz, %23,4 yeterli olarak tespit edilmiřtir (43).

Literatűr tarandıęında saęlık okuryazarlıęı ile ilgili daha pek çok çalıřmaya ulařılmaktadır. alıřmalar sonucunda saęlık okuryazarlıęı dűzeyinin dűřük olduęu ve bunun sonuçları nedeni ile űnemli bir halk saęlıęı sorunu olduęuna dikkat çekilmekte, geliřtirilmesi için gerekli műdahalelerin ve yeni çalıřmaların yapılmasının űnemi vurgulanmaktadır.

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının nemi ve Kronik Hastalıklarla İlişkisi

evre, ekonomi ve saęlık alanındaki olumlu geliřmeler sonucunda beklenen yařam sűresi giderek uzamakta ve kronik hastalıklar űnem sırasında űst basamaklara gelmektedir. Kronik hastalıklar çevresel ve kiřisel faktűrlerden etkilendikleri için űnlenmesi, tedavisi ve kontrolűnde multidisipliner yaklařımlar geliřtirmemiz gerekmektedir. Bu yaklařımların uzun soluklu olması ve hastanın aktif olarak rol almasının gereklilięi nedeni ile saęlık okuryazarlıęı kavramı kronik hastalıklarla műcadelede daha da űnemli hale gelmektedir.

Yapılan çalışmalarda düşük/yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kronik hastalığı olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, hastalık kontrol ve tedavisinin daha zor olduğu, tedaviye uyumun daha az olduğu, gereksiz acil servis kullanımlarının ve tetkik yaptırma oranlarının arttığı, hastane yatış riski ve sürelerinin arttığı ve tüm bunların sonucunda gereksiz hastane masraflarının arttığı gösterilmiştir. Ayrıca mortalite ve morbidite oranları da daha yüksektir (31, 44, 45, 46, 47, 48).

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı kavramı danışmanlık, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri gibi birinci basamak sağlık uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olan aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi farkındalığının artırılması ve bu konuda yetkinlik kazanmaları sağlanmalıdır.

Aile hekimleri belirli bir popülasyonla gerçekleşen kapsamlı ve tekrarlayan hasta görüşmeleri sayesinde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyip doğru müdahaleler ile bu düzeylerin gelişmesine katkıda bulunabilir. Böylece hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesini sağlarlar. Ayrıca sağlık hizmeti alımı için ilk giriş noktası olmaları bireylerin sağlık sistemini etkin bir şekilde kullanmasında önemlidir (31).

Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality) birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığı konusu üzerine ‘Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi’ni (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit)’ hazırlamıştır. Bu rehberde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyleri saptama, etkili iletişim kurma, materyal hazırlama gibi birçok konu yer almaktadır (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.12.2020-28.02.2021 tarihleri arasında Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %30,9 sıklık, %5 hata payı ve %95 güvenilirlik ile en az 275 olarak hesaplanmıştır. Çalışma kapsamında 289 kişiye ulaşılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak
- 18 yaş veya daha büyük olmak
- Hipertansiyon tanısı almış olmak
- Okur-yazar olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Sağlık çalışanı olmak ya da sağlıkla ilgili bir okulda öğrenci olmak
- Formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğa (zihinsel engellilik, psikotik bozukluk) sahip olmak
- Gebe olmak
- Herhangi bir sebeple doğrudan kan basıncı üzerine etkili farmakolojik ajanları kullanmak

3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Anket formu, araştırmacı tarafından çalışmaya katılan bireylere araştırmanın amacına ilişkin bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik özelliklere ilişkin 13 maddelik soru formu (Ek-1), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Ek-2) ve halen sigara kullanan bireylerde nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Ek-3) kullanılmıştır. Anketteki soruları cevaplayan hastaların boyları metre cinsinden kiloları ise kg

cinsinden kalibrasyonu yapılmış medikal tip boy-kilo ölçer ile ölçülmüştür. Vücut kitle indeksi " vücut ağırlığı (kg) / boy (metre)² " formülü ile hesaplanmış ve DSÖ obesite sınıflamasına göre <18,5 "zayıf", 18,5-24,9 "normal kilolu", 25-29,9 "fazla kilolu", ≥30 "obez" olarak tanımlanmıştır (50). Daha sonra hastaların en az beş dakika dinlenmeleri sağlanarak standartlara uygun şekilde sistolik ve diyastolik kan basınçları her iki koldan ölçülmüş ve değerler kaydedilmiştir. Ardından 5-15 dakika beklenip ilk ölçümde daha yüksek kan basıncı değerlerine sahip olan koldan ikinci ölçüm yapılmış ve iki ölçümün ortalaması alınmıştır. Bireylerin ortalama sistolik kan basıncı <140 mmHg ve diyastolik kan basıncı <90 mmHg olması durumunda kan basıncının kontrolde olduğu kabul edilmiştir (5). Ölçümler için erişkin boy manşon kullanan, skala 48 mm çapında, çift hortum bağlantılı, dış bez 13x47 cm, iç lastik 12x23 cm, ölçülebilir kol çapı 29-40 cm ölçüleri arasında olan manşonlu tansiyon aleti (Erka marka, D-83646 Bad Tölz, PERFECT Aneroid, Germany) kullanılmıştır.

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

Okyay ve arkadaşları tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) Çalışması Kavramsal Çerçevesi temelinde geliştirilen 32 maddelik likert özellikte bir sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeğidir (38). Sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, kullanma/uygulama) olmak üzere toplamda sekiz bileşen içermektedir. Bu bileşenler ile ilgili maddeler tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığının Boyut ve Süreçleri ile İlgili Maddeler

	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama
Tedavi ve Hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Her madde "çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok" şeklinde derecelendirilmiştir.

Bireylerin TSOY-32 ölçeğinden elde ettikleri genel indeks puanı ve alt boyut puanları

hesaplanırken "çok kolay-4, kolay-3, zor-2 ve çok zor-1 fikrim yok-0" olarak kabul edilir. Genel indeks puanı ve alt boyut puanları aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanır;

"İndeks = (Aritmetik ortalama-1) x [50/3] "

"Aritmetik ortalama = Kişinin cevaplandığı her maddenin ortalaması"

TSOY-32 ölçeğinden minimum sıfır maksimum elli puan alınmaktadır. Sıfır en düşük sağlık okuryazarlığını, elli puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kategorileri oluşturulurken;

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,

>25-33 puan: sorunlu–sınırlı sağlık okuryazarlığı,

>33-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı,

>42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmıştır.

3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1978’de Fagerström tarafından Fagerström Tolerans Testi önerilmiş, 1991 yılında ise Heatherton ve arkadaşları tarafından günümüzde kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkarılmıştır (51). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (52). Ölçekte 6 soru sorulmakta ve bu sorulara alınan yanıtlara göre de bağımlılık düzeyi değerlendirilmektedir. Her sorunun puanı farklıdır. Toplam skor 0 ile 10 arasında değişir, skor arttıkça sigara bağımlılığının da arttığı düşünülmektedir. Sorulardan elde edilen puanların toplamına göre;

0-2 puan: düşük düzeyde bağımlılık

3-7 puan: orta düzeyde bağımlılık

8-10 puan: yüksek düzeyde bağımlılık şeklinde değerlendirilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" aracılığı ile bilgisayar ortamına yüklendi ve istatistiksel analizi yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, medyan, minimum-maksimum değerler, sayı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare testi uygulandı. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve Kolmogorov-Smirnov

testi kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sonuçları ile ilgili veriler, hastalardan alınan bilgilerin gerçeği yansıttığı kabul edilerek elde edilmiştir. Sonuçlar sadece bu örnekleme genellenebilir.

Çalışmanın kesitsel tasarımı nedeni ile sonuçların zamana bağlı olarak değişebileceği ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin sadece TSOY-32 ile değerlendirilmesi de araştırmamızın kısıtlılıkları olarak sayılabilir.

3.7. Etik İzin

Bu çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Klinik Araştırma Etik Kurulu Yönergesine göre 08.10.2020 tarih ve 2020/558 karar numaralı Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek-4). Çalışmaya başlanmadan önce Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde çalışmanın yapılabilmesi için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden 06.11.2020 tarih ve 145 sayılı karar ile izin alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan 289 hipertansiyon hastasının 137'si (%47,4) kadın, 152'si (%52,6) erkektir. Hastaların ortalama yaş $47,9\pm 16,8$ (min:18-max:88) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %36'sı normal kilolu, %62,3'ü fazla kilolu ve obezdir. Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların %52,6'sı üniversite mezunu, %19,4'ü ilkokul mezunu ve %12,5'i okur-yazardır. Hastaların %64,4'ü evli, %56,4'ü 5000 TL ve üstü aylık hane gelirine sahip, %34,9'u memurdur. Katılımcıların sosyodemografik verileri tablo 6'da sunulmuştur.

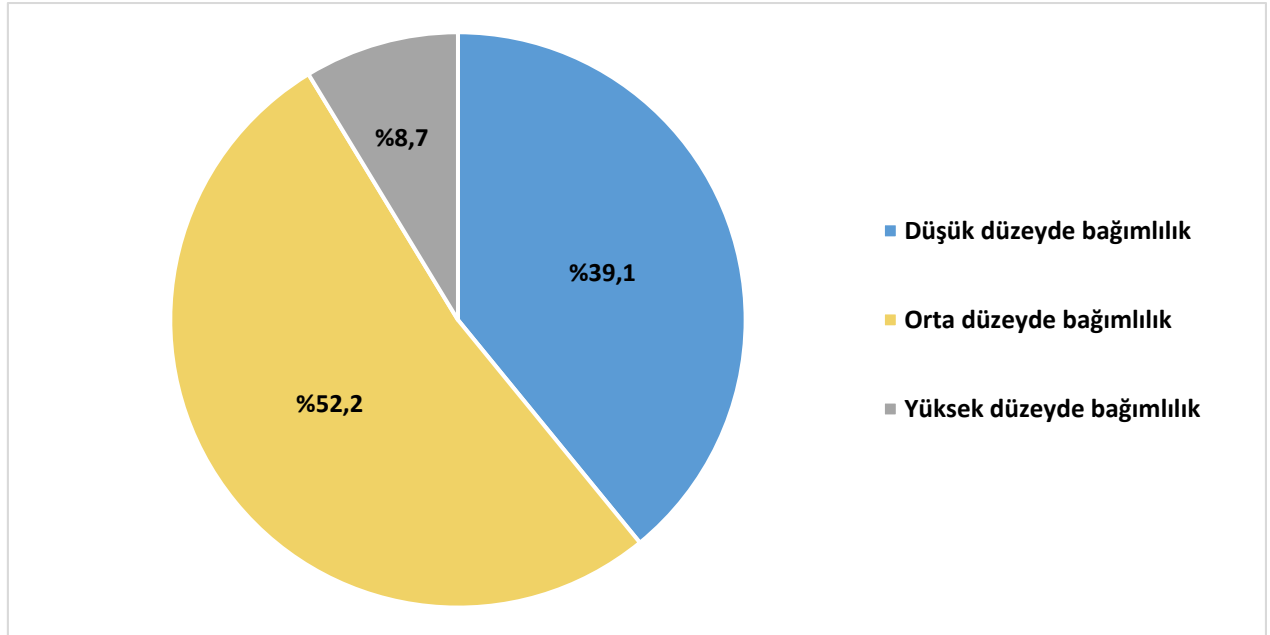
Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Sosyodemografik Veriler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	137	47,4
Erkek	152	52,6
Vücut Kitle İndeksi		
Zayıf	5	1,7
Normal kilolu	104	36
Fazla kilolu	117	40,5
Obez	63	21,8
Medeni Durum		
Evli	186	64,4
Bekar	69	23,9
Dul-Boşanmış	34	11,8
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	36	12,5
İlkokul	56	19,4
Ortaokul	10	3,5
Lise	35	12,1
Üniversite	152	52,6
Haneye Giren Toplam Aylık Gelir Miktarı		
2000 TL ve altı	18	6,2
2001-4999 TL	108	37,4
5000-9999 TL	123	42,6
10000 TL ve üzeri	40	13,8
Meslek		
Çalışmıyor	20	6,9
Ev Hanımı	71	24,6
Emekli	39	13,5
İşçi	20	6,9

Memur	101	34,9
Öğrenci	21	7,3
Diğer	17	5,9
Alkol		
Evet	22	7,6
Hayır	254	87,9
Bırakmış	13	4,5
Sigara		
Evet	69	23,9
Hayır	188	65,1
Bırakmış	32	11,1

n:sayı, %:yüzdeler karşılığı

Hastaların %87,9'unun alkol kullanmadığı ve %4,5'inin alkolü bıraktığı belirlendi. 'Sigara kullanıyor musunuz?' sorusuna 69 (%23,9) kişi evet cevabı verdi ve bu katılımcılara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Sigara kullanan bireylerin %8,7'si yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahipti. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile belirlenen nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sigara Kullanan Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı

Kadın katılımcıların %12,4'ü (n:17), erkeklerin ise %34,2'si (n:52) halen sigara kullanmaktadır. Katılımcıların cinsiyetine göre sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyete Göre Sigara Kullanımı Karşılaştırılması

	Sigara Kullanımı			p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Bırakmış n (%)	
Kadın	17 (%12,4)	112 (%81,8)	8 (%5,8)	0,000
Erkek	52 (%34,2)	76 (%50)	24 (%15,8)	

n:sayı, %:yüzdellik karşılığı

Cinsiyet ile nikotin bağımlılığı düzeyi ilişkisi incelendiğinde kadınların %52,9'u (n:9) ve erkeklerin %63,5'i (n:33) orta-yüksek bağımlılığa sahiptir. Erkekler daha yüksek nikotin bağımlılığı düzeyine sahip olmalarına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Cinsiyete Göre Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması

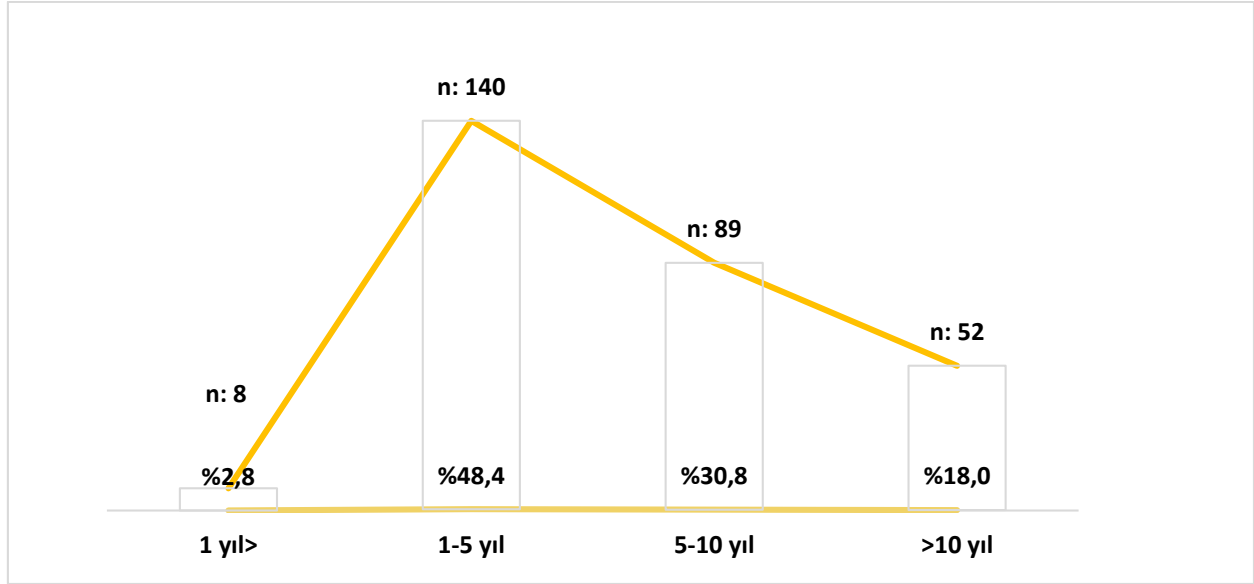
	Nikotin Bağımlılığı Düzeyleri		P
	Düşük n (%)	Orta-Yüksek n (%)	
Kadın	8 (%47,1)	9 (%52,9)	0,44
Erkek	19 (%36,5)	33 (%63,5)	

n:sayı, %:yüzdellik karşılığı

4.2. Hipertansiyona İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılan bireylerin tansiyon medyan değeri (min:100/60-max:170/120) 140/85 mmHg'dır ve 168 (%58,1) kişinin kan basıncı kontrol altındadır. Katılımcıların %51,2'si 5 yıldan daha az süredir hipertansiyon hastasıdır (Şekil 2).

Hipertansiyon tedavi yöntemleri incelendiğinde 289 katılımcıdan 107 (%37)'sinin sadece ilaç kullandığı, 118 (%40,8)'inin ilaç ile birlikte yaşam tarzı değişikliklerinden en az birini uyguladığı, 64 (%22,2)'ünün ise sadece yaşam tarzı değişikliklerini uyguladığı saptanmıştır.



Şekil 2. Katılımcıların Hipertansiyon Tanı Sürelerinin Dağılımı (n:sayı, %:yüzdeler karşılığı)

Bireylerin %49,1 (142)'inde hipertansiyona eşlik eden en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Araştırmamızda en sık görülen ek kronik hastalıklar diabetes mellitus (%37) ve koroner arter hastalığıdır (%10,5) (Tablo 9).

Tablo 9. Hipertansiyona Ek Kronik Hastalıkların Dağılımı

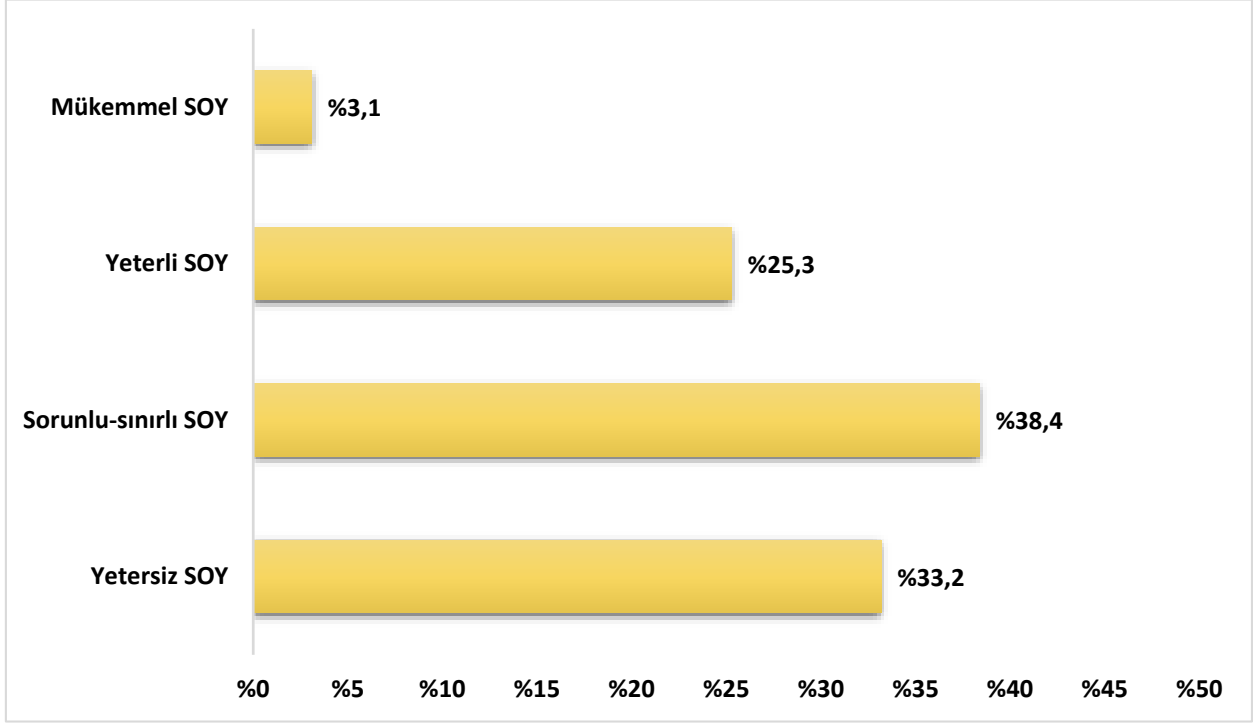
	n	%
Diabetes Mellitus	74	37
Koroner Arter Hastalığı	21	10,5
Dislipidemi	16	8
Kalp Yetmezliği	11	5,5
İnme	6	3
Böbrek Hastalığı	17	8,5
Astım	11	5,5
Hipotiroidi	12	6
Hipertiroidi	10	5
Diğer*	22	11

n:sayı, %:yüzdeler karşılığı

* Dört kişide osteoporoz, dört kişide KOAH, üç kişide benign prostat hastalığı, iki kişide bronşektazi, iki kişide gut, iki kişide aritmi, bir kişide glokom, bir kişide vertigo, bir kişide kanser, bir kişide fibromiyalji, bir kişide hepatit B saptanmıştır.

4.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Değişkenler ile İlişkisi

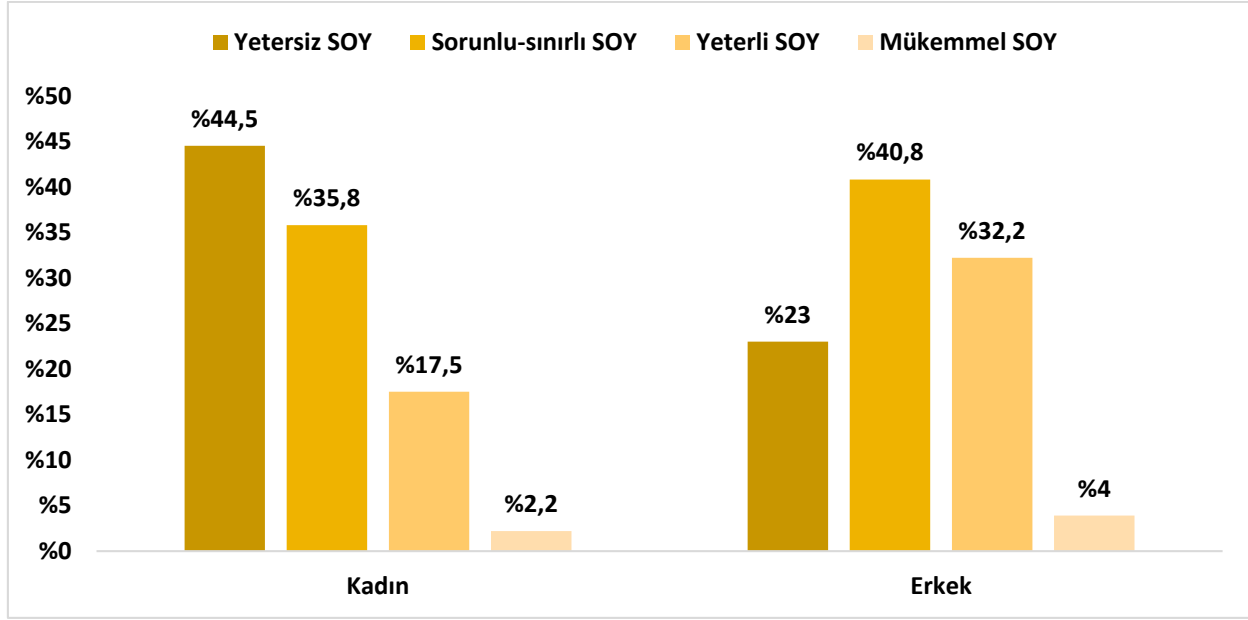
Araştırmamızda TSOY-32 toplam indeks puanı ortalaması $29,65 \pm 8,27$ (min:5,21-max:45,31) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %33,2'si yetersiz ve %71,6'sı yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. TSOY-32 ile elde edilen sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

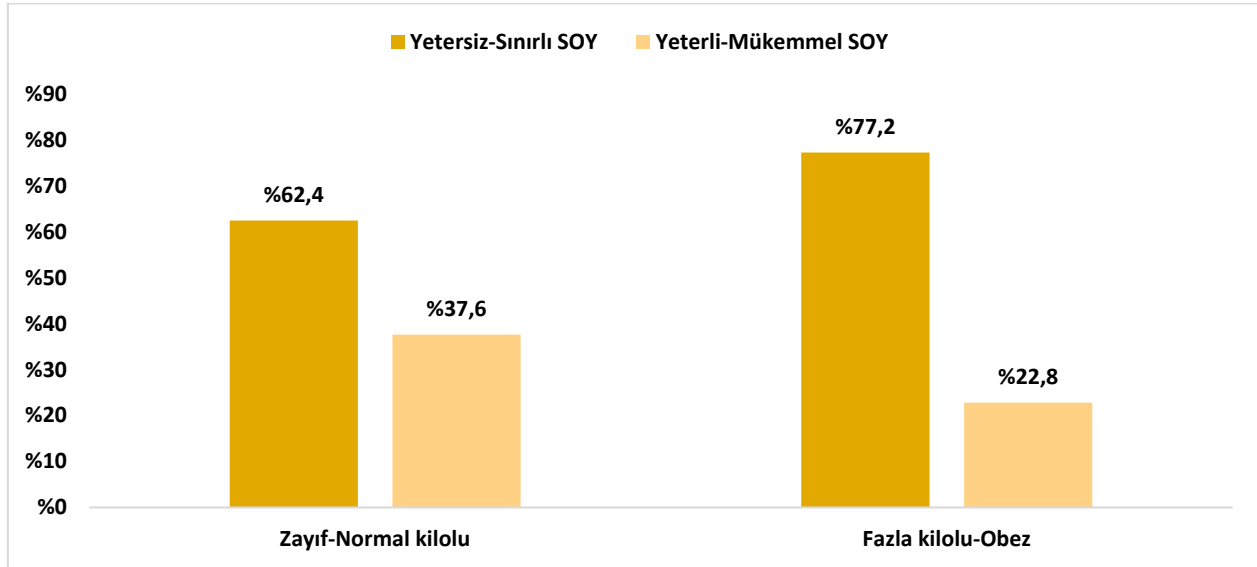
Çalışmamızda yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin yaş ortalaması sırası ile $55,2 \pm 16,75$, $46,75 \pm 15,69$, $41 \pm 15,35$ ve $40 \pm 15,32$ 'dir. En yüksek yaş ortalaması yetersiz sağlık okuryazarlığı grubunda olup sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça yaş ortalaması azalmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,001$).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olanların sıklığı kadınlarda %44,5, erkeklerde %23 olup kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (Şekil 4). Cinsiyetler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,002$).



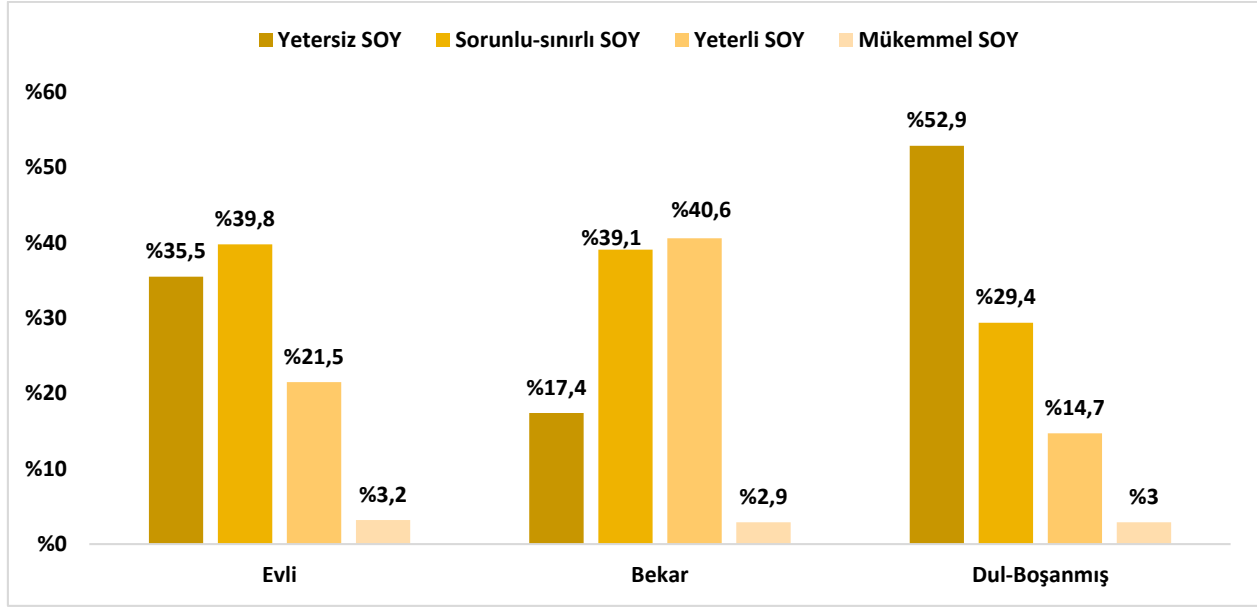
Şekil 4. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Çalışmamızda zayıf ya da normal kilolu olanların yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı %62,4 iken fazla kilolu ya da obez olanlarda bu oran %77,2'dir (Şekil 5). Vücut kitle indeksi grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,007).



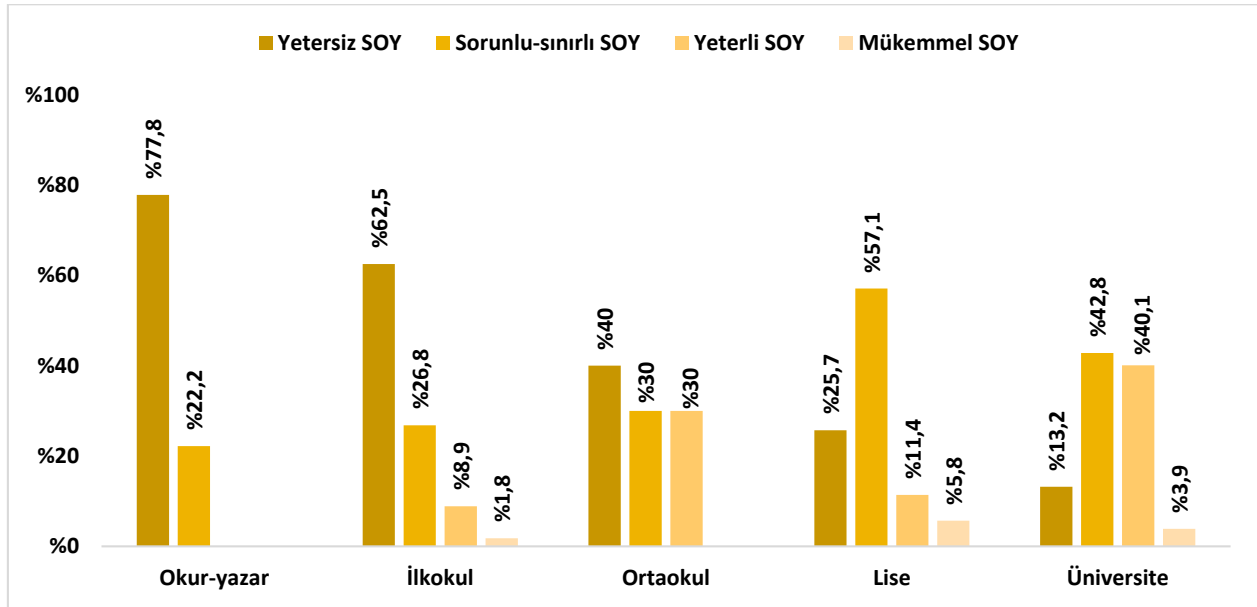
Şekil 5. Vücut Kitle İndeksine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Medeni durum ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ilişkisi incelendiğinde dul-boşanmış olanların %52,9'u, evli olanların %35,5'i ve bekar olanların %17,4'ü yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Şekil 6). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,004).



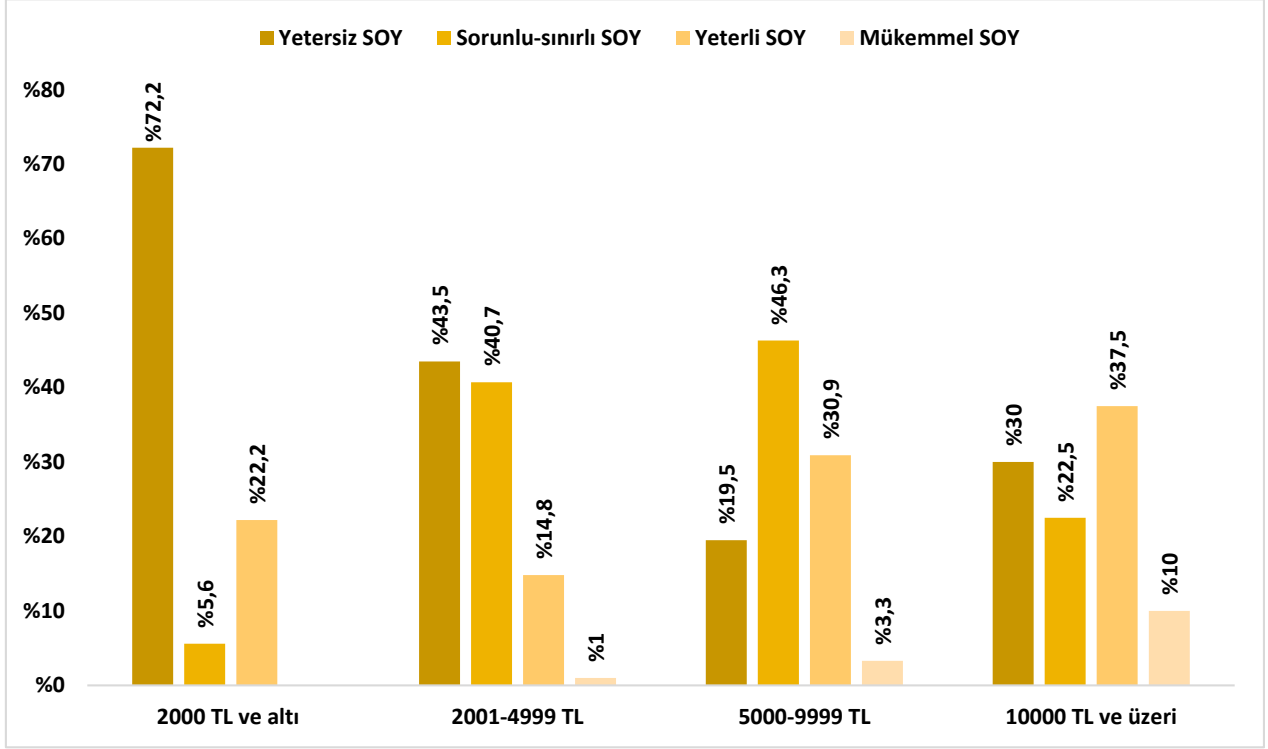
Şekil 6. Medeni Duruma Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Şekil 7’de eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı gösterilmiştir. Çalışmamızda en düşük eğitim seviyesi olarak kabul ettiğimiz okur-yazar grubunda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %77,8 olup eğitim seviyesi artarken yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı giderek azalmaktadır ve en yüksek eğitim seviyesi olarak kabul ettiğimiz üniversite grubunda %13,2’ye düşmektedir. Eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).



Şekil 7. Eğitim Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

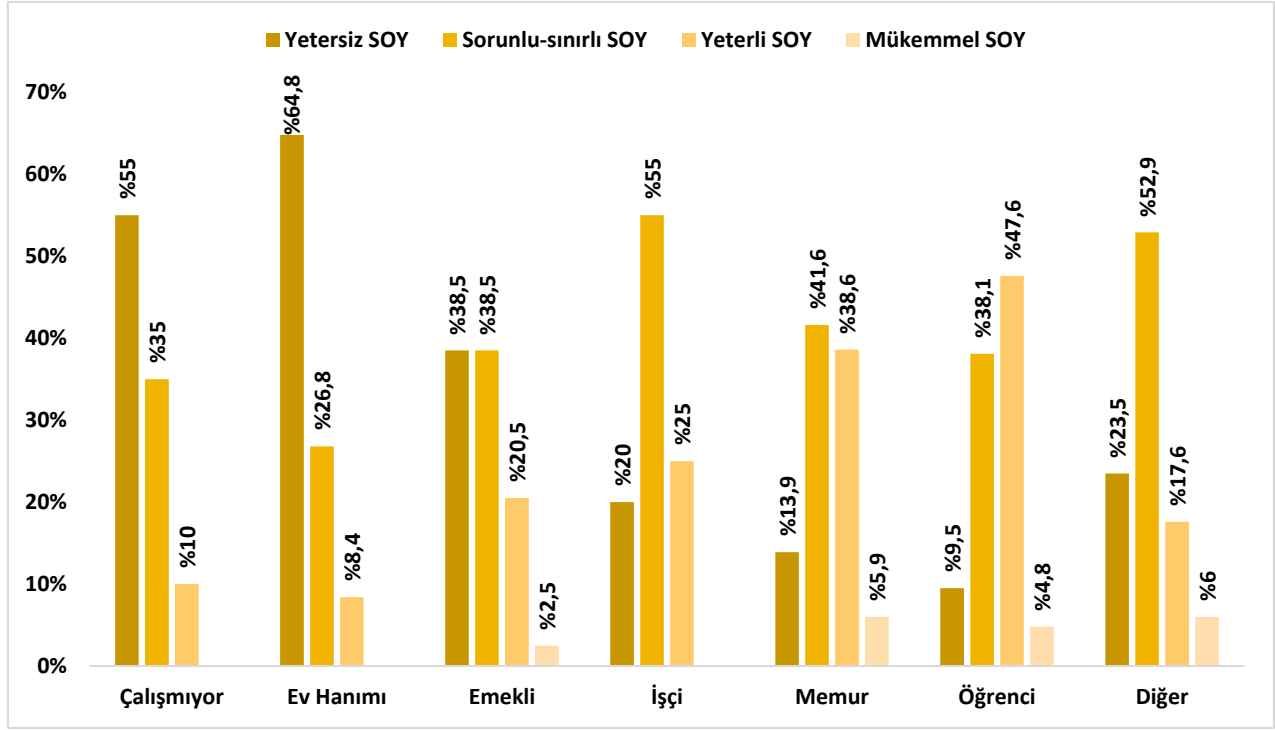
Haneye giren toplam aylık gelir miktarı incelendiğinde 2000 TL ve altında aylık geliri olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %72,2 iken 10000 TL ve üzerinde aylık geliri olanlarda %30'dur (Şekil 8). 5000-9999 TL hane geliri olan grup en az yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (%19,5). Gelir miktarı grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).



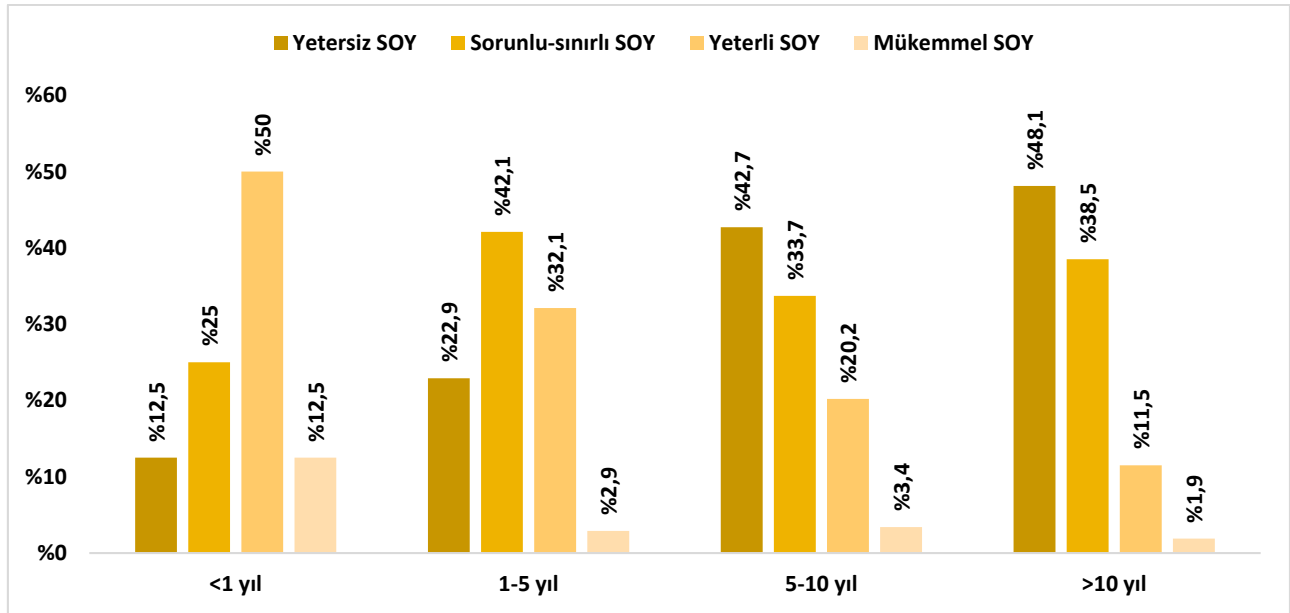
Şekil 8. Gelir Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Meslek grupları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmayanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %55'dir. Çalışan grupta ev hanımları %64,8 yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipken öğrenciler %9,5 ile en az yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahiptir (Şekil 9). Meslek grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Çalışmamızda hipertansiyon tanı süresi >10 yıl olan grupta yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı ve yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığı sırası ile %48,1 ve %86,6'dır. Azalan hipertansiyon tanı süresi ile birlikte yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı azalmaktadır. <1 yıl hipertansiyon tanısı olan grupta yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %12,5 ile en azdır (Şekil 10). Hipertansiyon tanı süresine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,003$).



Şekil 9. Meslek Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı



Şekil 10. Hipertansiyon Tanı Süresine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ek kronik hastalık varlığı ilişkisi değerlendirildiğinde hipertansiyona eşlik eden kronik hastalığı olmayanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %26,5,

1 adet ek kronik hastalığı olanlarda %37,4, 2 ve daha fazla ek kronik hastalığı olanlarda %48,6'dır. 2 ve daha fazla kronik hastalığı olanlar en yüksek yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahipken gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,055).

Alkol kullananların %22,7'si, kullanmayanların %35'i, bırakmış olanların ise %15,4'ü yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahiptir. Alkol kullanım durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p:0,091).

Sigara kullananların %20,3'ü, kullanmayanların %39,4'ü ve sigarayı bırakmış olanların %25'i yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahiptir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p:0,117).

4.4. Kan Basıncı Kontrol Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Kan basıncı kontrol altında olan hastaların yaş ortalaması $44,8 \pm 16,54$ (min:18-max:85) saptanırken kan basıncı kontrol altında olmayanların yaş ortalaması $52,21 \pm 16,41$ (min:20-max:88)'dir. Kontrollü kan basıncına sahip olmayan hastaların yaş ortalaması daha yüksek olup yaş ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 10).

Tablo 10. Kan Basıncı Kontrol Durumuna Göre Yaş Ortalamaları

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		p *
	Kontrollü (n:168) Ortalama±SD	Kontrollü Değil (n:121) Ortalama±SD	
Yaş	$44,8 \pm 16,54$	$52,21 \pm 16,41$	0,001

*Mann-Whitney U Test

Kadınların %54'ünün kan basıncı kontrollü iken erkeklerde bu oran %61,8 olup kadınlara göre daha yüksektir. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p:0,178).

Vücut kitle indeksi grupları incelendiğinde zayıf-normal kilolu olanlarda kan basıncı kontrol oranı %67,9'dur ve bu oran fazla kilolu-obez olanlara göre daha fazladır (%52,2). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 11).

Tablo 11. Vücut Kitle İndeksine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		p
	Kontrollü	Kontrollü Değil	

	n (%)	n (%)	
Zayıf-Normal kilolu	74 (%67,9)	35 (%32,1)	0,009
Fazla kilolu-Obez	94 (%52,2)	86 (%47,8)	

n:sayı, %:yüzdellik karşılığı

Çalışmamızda bekar olanların %71'inde, evli olanların %57'sinde ve dul-boşanmış olanların %38,2'sinde kan basıncı kontrol altındadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 12).

Tablo 12. Medeni Duruma Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		p
	Kontrollü	Kontrollü Değil	
	n (%)	n (%)	
Evli	106 (%57)	80 (%43)	
Bekar	49 (%71)	20 (%29)	0,006
Dul-Boşanmış	13 (%38,2)	21 (%61,8)	

n:sayı, %:yüzdellik karşılığı

Çalışmamızda en düşük eğitim seviyesi olarak kabul ettiğimiz okur-yazar grubunda kan basıncı kontrol oranı %41,7 olup en yüksek eğitim seviyesi olarak kabul ettiğimiz üniversite grubunda %67,1'e yükselmektedir. Eğitim durumları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 13).

Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		p
	Kontrollü	Kontrollü Değil	
	n (%)	n (%)	
Okur-yazar	15 (%41,7)	21 (%58,3)	
İlkokul	28 (%50)	28 (%50)	
Ortaokul	6 (%60)	4 (%40)	
Lise	17 (%48,6)	18 (%51,4)	0,018
Üniversite	102 (%67,1)	50 (%32,9)	

n:sayı, %:yüzdellik karşılığı

Haneye giren toplam aylık gelir miktarı incelendiğinde 2000 TL ve altında aylık geliri olanlarda kan basıncı kontrol oranı %33,3, 2001-4999 TL aylık geliri olanlarda %56,5 ve 10000 TL ve üzerinde aylık geliri olanlarda %52,5'dir. 5000-9999 TL hane geliri olan grup en yüksek kan basıncı kontrol oranına sahiptir (%65). Gelir miktarı grupları arasında kan basıncı kontrol durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,055).

Tablo 14'de hipertansiyon tanı süresine göre kan basıncı kontrol durumu gösterilmiştir. Hipertansiyon tanı süresi 5 yıl > olan grupta kan basıncı kontrol oranı %66,9'dur. Bu oran diğer gruplarda azalmakta ve >10 yıl tanı süresi olan grupta en düşük değer olan %32,7'ye ulaşmaktadır. Hipertansiyon tanı süresine göre kan basıncı kontrol durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 14. Hipertansiyon Tanı Süresine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		P
	Kontrollü n (%)	Kontrollü Değil n (%)	
5 yıl>	99 (%66,9)	49 (%33,1)	
5-10 yıl	52 (%58,4)	37 (%41,6)	0,000
>10 yıl	17 (%32,7)	35 (%67,3)	

n:sayı, %:yüzdeler karşılığı

Kan basıncı kontrol durumu ile tedavi yöntemleri ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,819). Her iki grupta da en çok uygulanan tedavi yöntemi ilaç + yaşam tarzı değişikliği olup bunu tek başına ilaç uygulaması takip etmektedir.

Hipertansiyona eşlik eden kronik hastalığı olmayanlarda kan basıncı kontrol oranı %67,3 , 1 adet ek kronik hastalığı olanlarda %54,2, 2 ve daha fazla ek kronik hastalığı olanlarda %31,4'tür. Hipertansiyona ek kronik hastalık sayısı 2 ve daha fazla olan grup en düşük kontrollü kan basıncı oranına sahiptir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 15).

Tablo 15. Ek Kronik Hastalık Varlığına Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		P
	Kontrollü n (%)	Kontrollü Değil n (%)	
Ek kronik hastalık yok	99 (%67,3)	48 (%32,7)	
1 ek kronik hastalık var	58 (%54,2)	49 (%45,8)	0,000
2 veya daha fazla ek kronik hastalık var	11 (%31,4)	24 (%68,6)	

n:sayı, %:yüzdeler karşılığı

Alkol kullananların %59,1'si, kullanmayanların %58,7'si, bırakmış olanların ise %46,2'si kontrollü kan basıncı değerlerine sahiptir. Alkol kullanım durumu ile kan basıncı kontrol durumu ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p:0,669).

Sigara kullananların %60,9'u, kullanmayanların %57,4'ü ve sigarayı bırakmış olanların %56,3'ü kontrollü kan basıncı değerlerine sahiptir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p:0,863)

4.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle Kan Basıncı Kontrol Durumu İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre kan basıncı kontrol durumu incelendiğinde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan grup %39,6 ile en düşük kan basıncı kontrol oranına sahiptir. Sorunlu-sınırlı ve yeterli sağlık okuryazarlığı gruplarında kan basıncı kontrol oranı sırası ile %63,1 ve %74'tür. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 16).

Tablo 16. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumu

	Kan Basıncı Kontrol Durumu		p
	Kontrollü n (%)	Kontrollü Değil n (%)	
Yetersiz SOY	38 (%39,6)	58 (%60,4)	
Sorunlu-sınırlı SOY	70 (%63,1)	41 (%36,9)	
Yeterli SOY	54 (%74)	19 (%26)	0,000
Mükemmel SOY	6 (%66,7)	3 (%33,3)	

n:sayı, %:yüzdeler karşılığı

5. TARTIŞMA

18 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile üç bölümde tartışılmıştır.

5.1. Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmamızda TSOY-32 ile elde edilen sonuçlara göre katılımcıların üçte birinin (%33,2) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi birlikte değerlendirildiğinde bu oranın %71,6'ya yükseldiği görülmüştür. Yılmazel ve Çetinkaya tarafından öğretmenler arasında yapılan bir çalışmada hipertansif bireylerin %43,6'sının çok sınırlı, %74,4'ünün ise çok sınırlı-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (53). Persell ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı %31,1 olarak saptanmıştır (54). Chajae ve arkadaşlarının sağlık okuryazarlığı ile hipertansiyon hastalık bilgisi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının %49 olduğu belirtilmiştir (55). Bu çalışmalardan ve çalışmamızdan elde edilen veriler hipertansif bireylerde sağlık okuryazarlığının sorunlu ve geliştirilmesi gereken bir konu olduğuna dikkat çekmektedir. Çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesi seçilen popülasyona ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılan ölçeklerin farklı olmasına bağlıdır.

Darvishpour ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş arttıkça yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sıklığının arttığı ve ileri yaş gruplarında belirgin olarak yüksek olduğu saptanmıştır (56). Bireylerde artan yaş ile düşük sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi gösteren daha pek çok çalışma bulunmaktadır (57, 58, 59). Çalışmamızda yaş ortalamalarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ölçüde farklılık gösterdiği ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça yaş ortalamasının azaldığı gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe bilişsel fonksiyonlarda azalmanın olması artan yaşla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyinin almasının sebebi olarak düşünülmektedir.

Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkide farklı sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır. Shi ve arkadaşları ve Saqlain ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda çalışmamızın bulgularına benzer olarak erkeklerin kadınlardan daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (60, 61). Kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlığı

düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (58, 62). Bazı çalışmalarda ise sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (56, 63). Araştırmalarda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkide farklı sonuçların ortaya konmasının sebebi çalışmaların yapıldığı popülasyonların farklı sosyodemografik, kültürel özelliklere sahip olması ve kadınların toplumsal alandaki konumları olabilir.

Macabasco-O'Connell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve yetersiz olan katılımcıların vücut kitle indeksi ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (64). Michou ve arkadaşlarının 22 çalışmayı dahil ederek yaptığı bir sistematik derlemede ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile vücut kitle indeksi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (65). Çalışmamızda fazla kilolu ya da obez olan bireylerin daha yüksek yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı sıklığına sahip olduğu saptanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerinin olumsuz sağlık davranışları ve sonuçları ile ilişkili olması fazla kilolu ya da obez olan bireylerin daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmasının nedeni olabilir.

Javadzade ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada medeni durum göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında evli olan bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu saptanmıştır (66). Naser Ghasemi ve arkadaşlarının sağlık okuryazarlığı ve hipertansiyon öz-yeterliliği ilişkisini araştırdığı çalışmada medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (67). Çalışmamızda ise bekar olan bireyler en düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırmamızda bekar olan bireylerin daha düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahip olmasının sebebi yaş ortalamalarının daha düşük olması olabilir.

Yaptığımız analize göre okur-yazar olanlar en yüksek yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahipken bu oran eğitim düzeyi arttıkça azalmakta ve üniversite mezunlarında en düşük seviyeye ulaşmaktadır. Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan pek çok çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar ortaya konmuştur (60, 64, 66, 68, 69). Eğitim düzeyi arttıkça bireyin bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve uygulama becerilerinin artması, sağlık okuryazarlığı düzeyindeki yükselmenin nedeni olarak düşünülmektedir. Buna rağmen eğitim seviyesi yüksek olan her bireyde yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleri beklemek doğru değildir.

Araştırmamızda gelir grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Haneye giren toplam aylık gelir miktarı 2000 TL ve altında olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı, 10000 TL ve üzerinde olanlarda ise yeterli sağlık okuryazarlığı sıklığı en yüksektir. Darvishpour ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir miktarı arttıkça yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının azaldığı saptanmıştır (56). Gelir miktarı arttıkça hem eğitim hem de sağlık olanaklarına ulaşma imkanının artması nedeniyle gelir miktarı yüksek olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olabileceği düşünülmektedir. Borges ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise gelir miktarı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (70).

Chajae ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların mesleği ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (55). Öncü ve arkadaşlarının çalışmasında herhangi bir işte çalışmayan hastaların yarısının yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır (71). Araştırmamızın sonuçlarına göre herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların yarısından fazlası yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir ve meslek grupları incelendiğinde ev hanımlarında en yüksek öğrencilerde ise en düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı saptanmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamalarının daha düşük olması ve eğitim durumlarının daha yüksek olması daha düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahip olmalarının sebebi olarak düşünülmektedir.

Shi ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyon tanı süresi ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gösterilmiştir (60). Park ve arkadaşlarının sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada kişilerin tanı sürelerine göre sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarının dağılımı analiz edilmiş ve anlamlı farklılık saptanmamıştır (72). Heijmans ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin kronik hastalık tanı süreleri ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (73). Çalışmamızda < 1 yıl tanı süresi olan bireyler en düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığına sahipken bu sıklık giderek artmakta ve 10 yıl ve üzerinde hipertansiyon tanı süresi olanlarda en yüksek değere ulaşmaktadır.

Heijmans ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin sahip olduğu kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının azaldığı gösterilmiştir (73). Çalışmamızda ise

hipertansiyona ek 2 ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sıklığı en yüksektir fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin kronik hastalık risk faktörlerini tanıma ve bunlardan korunmada yetersiz kalmaları ve hastalık ile ilgili bulguların farkına erken varamamaları bu bireylerde birçok kronik hastalığın bir arada bulunmasının nedeni olabilir. Çalışmamızda hipertansiyona ek 2 ve daha fazla kronik hastalığı olan bireylerin sayısının görece düşük olması ve bu sebeple önemli bir etkiye sahip olmaması kronik hastalık sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamasının nedeni olabilir.

Çalışmamızda Shi ve arkadaşları ve Park ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalara benzer şekilde sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (60, 72).

5.2. Hipertansif Bireylerin Kan Basıncı Kontrol Durumlarının Tartışılması

Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının %58,1'inin kontrollü kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Yaş ile kan basıncı kontrol durumu incelendiğinde ise yaş ortalaması kontrollü kan basıncına sahip olmayan hastalarda kontrollü kan basıncına sahip olan hastalara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Patent 2 çalışmasında hipertansif bireylerin %28,7'sinin kontrollü kan basıncı değerlerine sahip olduğu ve iyi bir kan basıncı kontrolünün daha genç yaş ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (2). Selçuk ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptığı çalışmada kontrolsüz kan basıncına sahip olanların oranı %69,8 olarak belirtilmiştir. Yaş arttıkça kontrolsüz kan basıncına sahip olma oranının arttığı ve 65 yaş ve üzerindeki hipertansiyon hastalarında bu oranın %78,3 olduğu saptanmıştır (74). Shafi ve arkadaşlarının 13722 kişide yaptığı çalışmada her 3 kişiden birinde hipertansiyon olduğu ve hipertansif bireylerin sadece %22,3'ünün kontrollü kan basıncı değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan analiz ile yaş ve kan basıncı kontrol durumunun ters orantılı olduğu gösterilmiştir (75). Hipertansiyonun mortalite ve morbidite üzerine etkileri düşünüldüğünde, bu çalışmalardan ve çalışmamızdan elde edilen veriler kan basıncı kontrolünün incelenmesi ve iyileştirilmesi gereken önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda kontrollü kan basıncı oranının diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasının sebebi popülasyonumuzun kentsel yerleşim göstermesi ve sağlık hizmetlerine görece kolay ulaşılıyor olması olabilir. Yaş arttıkça önerilen yaşam tarzı değişikliklerine, ilaç tedavisine ve takiplere

uyumun olumsuz etkilenmesi ve hipertansiyon tedavisinin agresif bir şekilde yapılamaması yaşlı hastalarda kan basıncı kontrol oranlarının daha düşük olmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Cinsiyet ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişki inceleyen pek çok çalışmada kadınlarda kan basıncı kontrolünün erkeklere göre daha iyi olduğu sonucu saptanırken çalışmamızda cinsiyete göre kan basıncı kontrol durumunda anlamlı farklılık saptanmamıştır (2, 76, 77). Shafi ve arkadaşları ve Sözman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (75, 78).

Araştırmamızda vücut kitle indeksi ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişki incelendiği birçok çalışmaya benzer şekilde yüksek vücut kitle indeksinin daha kötü kan basıncı kontrolü ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (74, 75, 79, 80). 5437 yetişkin ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise vücut kitle indeksine göre kan basıncı kontrol durumu arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (2). Fazla kilolu-obez hipertansif bireylerde komorbid hastalıkların daha sık görülmesi ve obezitenin KV sistem üzerine olumsuz etkileri nedeni ile yüksek vücut kitle indeksine sahip olanlarda kan basıncı kontrolünün daha kötü olduğu düşünülmektedir.

Pakistan’da yapılan bir çalışmada medeni duruma göre kan basıncı kontrolü değerlendirildiğinde evli olmanın daha iyi kan basıncı kontrolü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (75). Amerika’da birinci basamak hastaları ile yapılan bir çalışmada medeni durum ile kan basıncı kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (81). Çalışmamızda ise bekar olanlar en yüksek kan basıncı kontrol oranına sahiptir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yaptığımız analize göre eğitim düzeyleri arasında kan basıncı kontrolü açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Okur-yazar olanlar en düşük kan basıncı kontrol oranına sahipken bu oran üniversite mezunlarında en yüksektir. Selçuk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesinin kontrolsüz kan basıncı için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (74). He ve arkadaşlarının çalışmasında ve Hollanda’da farklı etnik grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada eğitim seviyesi ile kan basıncı kontrolü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (77, 82). Chen ve arkadaşlarının çalışmasında ise yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda kan basıncı kontrol oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (83).

Lu ve arkadaşları tarafından 1.7 milyon yetişkin ile gerçekleştirilen bir çalışmada düşük yıllık hane gelirine sahip olmanın daha düşük kan basıncı kontrol oranı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (84).

Li ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kan basıncı kontrol oranının daha yüksek yıllık hane geliri ile iyileşme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (85). Yang ve arkadaşlarının hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolündeki sosyoekonomik eşitsizlikleri araştırdığı çalışmada artan hane halkı geliri ile kan basıncı kontrol oranının azaldığı saptanmıştır (86). Çalışmamızda ve Gillespie ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hane gelir miktarına göre kan basıncı kontrol durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (87).

Çöl ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada artan hipertansiyon tanı süresi ile birlikte kan basıncı kontrol oranının azaldığı fakat hipertansiyon tanı süresi ile kan basıncı kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (88). Sarfo ve arkadaşları tarafından 2870 hipertansiyon hastası ile yapılan çok merkezli bir çalışmada hipertansiyon tanı süresi ortalaması kontrollü kan basıncı değerlerine sahip olmayan bireylerde ($8,5 \pm 7,7$ yıl) kontrollü kan basıncı değerlerine sahip olan bireylerden ($7,4 \pm 6,9$ yıl) daha yüksek bulunmuştur ve daha uzun hipertansiyon tanı süresi ile zayıf kan basıncı kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır (89). Çalışmamızda hipertansiyon tanı süresi < 5 yıl olan grupta kan basıncı kontrol oranı en yüksek olup bu oran artan hipertansiyon süresi ile azalmakta ve >10 yıl tanı süresi olan grupta en düşük değere ulaşmaktadır. Hipertansiyon tanı süresi arttıkça hastalarda kan basıncı kontrolü için önerilen ilaç tedavisini ve/veya yaşam tarzı değişikliklerini uygulamadaki motivasyonun azalması ve hastalık algısının değişmesi, artan hipertansiyon tanı süresi ile zayıf kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkinin nedeni olarak düşünülmektedir.

Li ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaptığı bir çalışmada hipertansiyona ek kronik hastalık sayısı arttıkça kontrollü sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine sahip olma oranının azaldığı ve kronik hastalık varlığının zayıf kan basıncı kontrolü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (90). Kang ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyona ek komorbid durumların sayısı arttıkça kan basıncı kontrol oranının azaldığı gösterilmiştir (91). Çalışmamızda hipertansiyona eşlik eden 2 ve daha fazla ek kronik hastalığı olanların en düşük kan basıncı kontrol oranına sahip olduğu saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ek kronik hastalıkların varlığında kan basıncı kontrol sürecinin daha karmaşık bir hal almasıyla hastalarda tedaviye etkin bir şekilde katılımın azalması ve çoklu ilaç kullanımı nedeniyle ilaç uyumsuzluğunun yaşanması hipertansif hastalarda ek kronik hastalık sayısı arttıkça kan basıncı kontrolünün azalmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Kimani ve arkadaşlarının ve Modey ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda kan basıncı kontrol oranının sigara veya alkol kullanmayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (92, 93). Çalışmamızda ise Wang ve arkadaşları ve Xu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalara benzer şekilde sigara veya alkol kullanımı ile kan basıncı kontrolü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (79, 94). Çalışmamıza katılan bireyler tarafından bildirilen sigara ve alkol kullanımının düşük olması ve bu nedenle önemli bir etkiye sahip olmaması çalışmamızda sigara veya alkol kullanımı ile kan basıncı kontrolü arasında anlamlı ilişki saptanmamasının nedeni olabilir.

5.3. Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Kan Basıncı Kontrol Durumlarının Tartışılması

Williams ve arkadaşlarının fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini araştırdığı bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hipertansiyon hastalarında yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanlara göre sistolik kan basıncının 6 mmHg daha yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile diyastolik kan basıncı arasında da anlamlı ilişki bulunmamıştır (95). Öğretmenler ile yapılan bir çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hipertansiyon hastaları kan basıncı kontrollü olanların %28,3'ünü, kan basıncı kontrollü olmayanların ise %9'unu oluşturmaktadır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (53). Willens ve arkadaşlarının üç farklı klinikteki birinci basamak hastalarına yaptığı çalışmada beklenenin aksine yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin daha yüksek sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine sahip olduğu gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı daha yüksek olan hastaların kontrollü kan basıncına sahip olma oranları daha düşüktür (96).

Aboumatar ve arkadaşlarının birinci basamağa başvuran 275 hipertansiyon hastası ile yaptıkları çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan hipertansiyon hastalarının kan basıncı kontrol oranının daha düşük olduğu saptanmıştır (97). Shi ve arkadaşlarının çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastalar ile karşılaştırıldığında yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hipertansiyon hastalarının daha iyi hipertansiyon kontrolüne ve daha düşük total kolesterol, trigliserit değerlerine sahip olduğu gösterilmiştir (60). McNaughton ve arkadaşlarının birinci basamak hastalarında yaptığı çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların ortalama kan basıncı değerinin 138/75 mmHg olduğu ve kan basıncı kontrol oranının marjinal-yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (62). Pandit ve

arkadaşlarının 330 hastada yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kan basıncı kontrol oranları karşılaştırıldığında düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların kan basıncı kontrol oranlarının önemli ölçüde daha düşük olduğu gösterilmiştir (98). Çalışmamızda ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hipertansiyon hastaları %39,6 ile en düşük kan basıncı kontrol oranına sahipken bu oran sorunlu-sınırlı ve yeterli sağlık okuryazarlığı gruplarında sırası ile %63,1 ve %74'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması ile birlikte bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgilere ulaşma, bilgileri anlama, değerlendirme ve bu bilgileri sağlığını geliştirecek yönde kullanma becerilerinin artmasına rağmen kan basıncı kontrolünün birçok faktörden etkileniyor olması çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmasının nedeni olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri 289 hipertansiyon hastası ile yaptığımız çalışmada katılımcıların %33,2'si yetersiz, %38,4'ü sorunlu-sınırlı, %25,3'ü yeterli, %3,1'i mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, vücut kitle indeksi, medeni durumu, eğitim seviyesi, haneye giren toplam aylık gelir miktarı, hipertansiyon tanı süresi ve mesleği ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken hipertansiyona ek kronik hastalık sayısı, sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin %58,1'i kontrollü kan basıncı değerlerine sahiptir. Yaptığımız analizde kan basıncı kontrolü ile cinsiyet, haneye giren toplam aylık gelir miktarı, kullanılan tedavi yöntemi, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Dul ya da boşanmış, daha yüksek yaşa, daha uzun hipertansiyon tanı süresine ve daha çok sayıda kronik hastalığa sahip olan hastalarda kan basıncı kontrolünün daha kötü olduğu görülmüştür. Ayrıca fazla kilo-obeziye, düşük eğitim seviyesi ve düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi kontrolsüz kan basıncı ile ilişkili olan değiştirilebilir faktörlerdir. Bu özellikleri taşıyan hastalar optimum kan basıncı kontrolü için daha yakından takip edilmeli ve sağlık sunucuları tarafından hastalara yapılan müdahaleler değiştirilebilir faktörleri azaltmayı hedeflemelidir.

Günümüz sağlık sisteminde gittikçe artan kronik hastalık yükü ile mücadelede sağlık sunucuları ile birlikte hastalara da görevler düşmektedir. Bireylerin hastalık ve semptomlarının farkında olması, hastalığı önleme ve tedavide uygulanacak olan yöntemlerle ilgili bilgiye ulaşması,

kendisine bu konuda sunulan bilgileri anlaması ve bu bilgileri uygulaması sağlık okuryazarlığı kavramı ile yakından ilişkilidir. Özellikle belirli bir popülasyonla uzun süreli ilişki temeline dayanan aile hekimliği günlük poliklinik pratiğinde düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların saptanması ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinde iyileşmenin sağlanması için gerekli uygulamaların yapılması hipertansif hasta yönetiminin ayrılmaz bir parçası haline gelmelidir.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler çok daha ayrıntılı olarak, geniş kitlelerle araştırılmalı ve sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik sağlık politikaları geliştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO). Prevalence of raised blood pressure
2. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*. 2016;34(6):1208-1217.
3. Öncü, Ö. N. C. Ü. Sağlık Okuryazarlığının Hipertansiyon Kontrolünde Önemi. *İNSAN Dünya İnsan Bilimleri Dergisi*, 2018(1), 45-70.
4. Turk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535-546 doi: 10.5543/tkda.2019.6256
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104.
6. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E. 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*. 2014 Feb 5;311(5):507-20.
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/ NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the

- American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 1097(17): 41519-1.
8. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation.* 2016 Aug 9;134(6):441-50.
 9. Hipertansiyon tanı ve tedavi klavuzu, TEMD 3.baskı, Miki Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, Nisan 2019, Ankara
 10. Öztop, Nida, Namık Yiğit, and Özge Özden Tok. "Sekonder Hipertansiyon Secondary Hypertension."
 11. ÖZTÜRK, Onur. "Birinci Basamakta Sekonder Hipertansiyon Tanısal Süreci ve Tedavi Prensipleri." *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics* 8.6 (2017): 449-452.
 12. Madin K, Iqbal P. Twenty four hour ambulatory blood pressure monitoring: a new tool for determining cardiovascular prognosis. *Postgrad Med J.* 2006 Sep;82(971):548-51.
 13. Öksüz, Ergün. "Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi." *Sted* 13.3 (2004): 99-104.
 14. Valenzuela, Pedro L., et al. "Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension." *Nature Reviews Cardiology* (2020): 1-25.
 15. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. NICE Guideline 136.2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>. Accessed March 1, 2021.
 16. Elliott P, Stamler J, Nichols R, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, Marmot M. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. Intersalt Cooperative Research Group. *BMJ.* 1996 May 18;312(7041):1249-53.
 17. He FJ, Burnier M, Macgregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *Eur Heart J* 2011;32:3073–3080.
 18. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review). *Am J Hypertens* 2011;24:843–853.

19. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2013 Apr 3;346:f1325.
20. Aburto, N. J., Ziolkovska, A., Hooper, L., Elliott, P., Cappuccio, F. P., & Meerpohl, J. J. (2013). Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *Bmj*, 346, f1326.
21. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children. World Health Organization, 2012
22. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Derici U, Karatan O, Hasanoglu E, Caglar S. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press*. 2010 Oct;19(5):313-8.
23. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, Altun B, Arıcı M. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients*. 2017 Aug 24;9(9):933.
24. Cushman WC, Cutler JA, Bingham SF, Harford T, Hanna E, Dubbert P, Collins JF, Dufour M, Follman D, Allender PS. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS). Rationale and design. *Am J Hypertens*. 1994 Sep;7(9 Pt 1):814-23.
25. Asi E, Gözüm S. Tütün ürünlerine yönelik oluşturulan politikalara verilen tepkiler ve Türkiye'deki karşılığı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020;23(2):319-330.
26. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013 Jan 2;309(1):71-82.
27. Challa, Hima J., Prasanna Tadi ve Kalyan R. Uppaluri. "DASH diyeti (hipertansiyonu Durdurmak için diyet Yaklaşımları)." *StatPearls [İnternet]* . StatPearls Yayınları, 2020.
28. Lopes, S., Mesquita-Bastos, J., Alves, AJ ve Ribeiro, F. (2018). Hipertansiyon ve dirençli hipertansiyon yönetimi için bir araç olarak egzersiz: güncel bilgiler. *Entegre kan basıncı kontrolü* , 11 , 65–71.
29. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot. Int.* (1998) 13 (4): 349-364.
30. Zaralı F, Dede Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık; 2011.

31. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? TJFM&PC, 2016;10(1):42-47.
32. 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.
33. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80
34. Smith, S., & McCaffery, K. (2010). Health literacy: A brief literature review. NSW Clinical Excellence Commission: Sydney, Australia
35. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. Ann Fam Med. 2005 Nov-Dec;3(6):514-22.
36. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. BMC Fam Pract. 2006 Mar 24;7:21.
37. Sorensen, K., Broucke, S.V., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G.,Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H., Brand, H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating The Design And Development Process of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). Biomed Central Public Health, 13(948):1-10
38. Okyay, P., &Abacıgil, F.(2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bak. yayın no:1025, Ankara, 2016, 51-61.
39. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results Form the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education
40. Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian., Nielsen-Bohlman, L.T., Rudd, R.R. (2005). Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 20 (2): 175-184.
41. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H;

- HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.
42. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
 43. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması
 44. Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA. Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of a Controlled Trial. *Can J Diabetes*. 2015(8);39(4):259-65
 45. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD*. 2013;10(1):72-8.
 46. Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998 Dec; 13(12): 791–798
 47. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, Ferreira RE. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. *Cien Saude Colet*. 2019 Mar;24(3):1121-1132. Portuguese, English.
 48. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011 Mar;(199):1-941.
 49. Brega AG, Freedman MA, LeBlanc WG, Barnard J, Mabachi NM, Cifuentes M, Albright K, Weiss BD, Brach C, West DR. Using the Health Literacy Universal Precautions Toolkit to Improve the Quality of Patient Materials. *J Health Commun*. 2015;20 Suppl 2(Suppl 2):69-76.
 50. WHO (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser, Geneva, 894, 1-253.
 51. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991 Sep;86(9):1119-27.

52. Uysal, M. A., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, N. G., Uysal, O., & Yılmaz, V. (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*, 52(2), 115-21.
53. Yilmazel, G., & Çetinkaya, F. (2017). Relation between Health Literacy Levels, Hypertension Awareness and Control among Primary-secondary School Teachers in Turkey. *AIMS Public Health*, 4(4), 314–325.
54. Persell SD, Osborn CY, Richard R, Skripkauskas S, Wolf MS. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *J Gen Intern Med*. 2007 Nov;22(11):1523-6.
55. Chajae, F., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2018). Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic physician*, 10(3), 6470.
56. Darvishpour, J., Omid, S., & Farmanbar, R. (2016). The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian Journal of Health Research*, 2(1), 1-8.
57. McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care*. 2014 Apr;52(4):346-53.
58. Levinthal BR, Morrow DG, Tu W, Wu J, Murray MD. Cognition and health literacy in patients with hypertension. *J Gen Intern Med*. 2008 Aug;23(8):1172-6.
59. Halladay JR, Donahue KE, Cené CW, Li Q, Cummings DM, Hinderliter AL, Miller CL, Garcia BA, Little E, Rachide M, Tillman J, Ammerman AS, DeWalt D. The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. *Patient Educ Couns*. 2017 Mar;100(3):542-549.
60. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, Zhang Q, Chen X. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Intern Emerg Med*. 2017 Sep;12(6):765-776.
61. Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, Ali H. Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May 18;55(5):163.

62. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns*. 2014 Aug;96(2):165-70.
63. Lima JP, Abreu DPG, Bandeira EO, Brum AN, Garlet BB, Martins NFF. Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 Suppl 3:e20190848.
64. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, Ruo B, Bibbins-Domingo K, Holmes GM, Erman B, Weinberger M, Pignone M. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2011 Sep;26(9):979-86.
65. Michou M, Panagiotakos DB, Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: a systematic review. *Cent Eur J Public Health*. 2018;26(3):234-241.
66. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot*. 2012;1:31.
67. Naser Ghasemi A, Peyman N, Tehrani H, Tavakoly Sany S B, Tajfard M, et al. The Relationship of Health Literacy with Hypertension Self-Efficacy and General Self-Efficacy Among Schoolteachers, *Mod Care J*. 2018 ; 15(4):e82983.
68. Piamsiri, O., Kaweevithchai, C., & Neelapaichit, N. (2018). Relationships of Selected Factors, Health Literacy and Clinical Outcomes in Community Dwellers with Hypertension. *The Bangkok Medical Journal*, 14(2), 40.
69. Gaffari-Fam S, Babazadeh T, Oliaei S, Behboodi L, Daemi A. Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient Prefer Adherence*. 2020 Mar 4;14:499-506.
70. Borges FM, Silva ARVD, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jun 27;72(3):646-653.
71. Öncü, E , Köksoy Vayısoğlu, S , Güven, Y , Aktaş, G , Ceyhan, H , Karakuş, E . (2020). Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler . *Turkish Journal of Public Health* , 18 (1) , 10-25 .

72. Park NH, Song MS, Shin SY, Jeong JH, Lee HY. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *Int J Older People Nurs.* 2018 Sep;13(3):e12196.
73. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns.* 2015 Jan;98(1):41-8.
74. Selçuk, K. T., Mercan, Y., & Aydın, T. (2018). Uncontrolled Blood Pressure in Patients with Hypertension and Associated Factors: The Role of Low Health Literacy. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 40(4).
75. Shafi ST, Shafi T. A survey of hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in health screening camps of rural central Punjab, Pakistan. *J Epidemiol Glob Health.* 2017 Jun;7(2):135-140.
76. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, Chifamba J, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanan F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L, Ismail NH, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S; PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.* 2013 Sep 4;310(9):959-68.
77. He J, Muntner P, Chen J, Roccella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med.* 2002 May 13;162(9):1051-8.
78. Sözmen K , Ergör G , Ünal B . Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontr olünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi.* 2015; 42(2): 199-207.
79. Wang H, Zhang X, Zhang J, He Q, Hu R, Wang L, et al. (2013) Factors Associated with Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension among Adults in Southern China: A Community-Based, Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE* 8(5): e62469.
80. Banegas JR, Segura J, Ruilope LM, Luque M, García-Robles R, Campo C, Rodríguez-Artalejo F, Tamargo J; CLUE Study Group Investigators. Blood pressure control and physician management of hypertension in hospital hypertension units in Spain. *Hypertension.* 2004 Jun;43(6):1338-44.

81. Powers BJ, Olsen MK, Oddone EZ, Thorpe CT, Bosworth HB. Literacy and blood pressure—do healthcare systems influence this relationship? A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2008 Oct 23;8:219.
82. Agyemang C, van Valkengoed I, Koopmans R, Stronks K. Factors associated with hypertension awareness, treatment and control among ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: the SUNSET study. *J Hum Hypertens*. 2006 Nov;20(11):874-81.
83. Chen R, Tunstall-Pedoe H, Morrison C, Connaghan J, A'Brook R. Trends and social factors in blood pressure control in Scottish MONICA surveys 1986-1995: the rule of halves revisited. *J Hum Hypertens*. 2003 Nov;17(11):751-9.
84. Lu J, Lu Y, Wang X, Li X, Linderman GC, Wu C, Cheng X, Mu L, Zhang H, Liu J, Su M, Zhao H, Spatz ES, Spertus JA, Masoudi FA, Krumholz HM, Jiang L. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1.7 million adults in a population-based screening study (China PEACE Million Persons Project). *Lancet*. 2017 Dec 9;390(10112):2549-2558.
85. Li Y, Yang L, Wang L, Zhang M, Huang Z, Deng Q, Zhou M, Chen Z, Wang L. Burden of hypertension in China: A nationally representative survey of 174,621 adults. *Int J Cardiol*. 2017 Jan 15;227:516-523.
86. Yang F, Qian D, Liu X; Healthy Aging and Development Study Group in Nanjing Medical University; Data Mining Group of Biomedical Big Data in Nanjing Medical University. Socioeconomic disparities in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension over the life course in China. *Int J Equity Health*. 2017 Jun 13;16(1):100.
87. Gillespie, C. D., Hurvitz, K. A., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). Prevalence of hypertension and controlled hypertension—United States, 2007–2010. *MMWR Surveill Summ*, 62(Suppl 3), 144-8.
88. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. (2006). Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 59(4), 144-150.
89. Sarfo FS, Mobula LM, Burnham G, Ansong D, Plange-Rhule J, Sarfo-Kantanka O, Ofori-Adjei D. Factors associated with uncontrolled blood pressure among Ghanaians: Evidence from a multicenter hospital-based study. *PLoS One*. 2018 Mar 19;13(3):e0193494.

90. Li YT, Wang HHX, Liu KQL, Lee GKY, Chan WM, Griffiths SM, Chen RL. Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings: A Cross-Sectional Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016 May;95(20):e3572.
91. Kang CD, Tsang PP, Li WT, Wang HH, Liu KQ, Griffiths SM, Wong MC. Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 2015 Mar 1;182:250-7.
92. Kimani S, Mirie W, Chege M, Okube OT, Muniu S. Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 Jan 17;9(1):e023995.
93. Modey Amoah E, Esinam Okai D, Manu A, Laar A, Akamah J, Torpey K. The Role of Lifestyle Factors in Controlling Blood Pressure among Hypertensive Patients in Two Health Facilities in Urban Ghana: A Cross-Sectional Study. *Int J Hypertens*. 2020 Sep 7;2020:9379128.
94. Xu D, Chen W, Li X, Zhang Y, Li X, Lei H, Wei Y, Li W, Hu D, Wedick NM, Wang J, Xu Y, Li J, Ma Y. Factors associated with blood pressure control in hypertensive patients with coronary heart disease: evidence from the Chinese Cholesterol Education Program. *PLoS One*. 2013 May 15;8(5):e63135.
95. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998 Jan 26;158(2):166-72.
96. Willens DE, Kripalani S, Schildcrout JS, Cawthon C, Wallston K, Mion LC, Davis C, Danciu I, Rothman RL, Roumie CL. Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care. *J Health Commun*. 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):129-42.
97. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med*. 2013 Nov;28(11):1469-76.

98. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, Davis TC, Bocchini MV, Persell SD, Federman AD, Wolf MS. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns*. 2009 Jun;75(3):381-5.

8. EKLER

EK-1: Tez Anketi

SAMSUN PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI 18 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYON HASTALARINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE KAN BASINCI KONTROLÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılmıştır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Dr. Elif Pala Gün OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: ()1. Kadın ()2. Erkek

3. Boyunuz:..... Kilonuz:.....

4. Medeni durumunuz: ()1. Evli ()2. Bekar ()3. Dul-Boşanmış

5. Eğitim durumunuz: ()1. Okur-yazar ()2. İlkokul ()3. Ortaokul

()4. Lise ()5. Üniversite

6. Haneye giren toplam aylık gelir miktarınız:.....

7. Mesleğiniz: ()1. Çalışmıyor ()2. Ev Hanımı ()3. Emekli ()4. İşçi

()5. Memur ()6. Öğrenci ()7. Diğer (belirtiniz).....

8. Alkol kullanıyor musunuz? ()1. Evet ()2. Hayır ()3. Bırakmış

9. Ne kadar süredir hipertansiyonunuz var? (belirtiniz)

10. Hipertansiyon tedavisinde hangisi/hangilerini uyguluyorsunuz?

()1. İlaç ()2. Tuz kısıtlaması ()3. DASH (Hipertansiyonu Durdurmak Üzere Diyet Yaklaşımları) diyeti ()4. Egzersiz ()5. Kilo verme

11. Hipertansiyon dışında başka bir hastalığınız var mı?

()1. Diabetes Mellitus ()2. Koroner Arter Hastalığı ()3. Dislipidemi

()4. Kalp yetmezliği ()5. İnme ()6. Böbrek hastalığı ()7. Diğer:.....

12. Kan basıncınız: Sistolik:.....mm Hg / Diyastolik:.....mm Hg

13. Sigara kullanıyor musunuz? ()1. Evet ()2. Hayır ()3. Bırakmış

13.soruya cevabınız Evet ise FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ' ni doldurunuz.

EK-2: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

NO	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırma					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa ıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa ıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
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					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi dşddğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değer değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değer işikliklerini yorumlamak					

EK-3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

- ()1. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde ()2. 6- 30 dakika içinde
()3. 31- 60 dakika ()4. 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- ()1. Evet ()2. Hayır

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- ()1. Sabah içtiğim ilk sigara ()2. Diğer herhangi biri

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- ()1. 10 adet veya daha az ()2. 11- 20 adet
()3. 21- 30 adet ()4. 31 veya daha fazlası

5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz ?

- ()1. Evet ()2. Hayır

6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?

- ()1. Evet ()2. Hayır

EK-4: Etik Kurulu Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/599-902

02.02.2021

Sayın Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 18 Yaş ve Üzeri Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ile Kan Basıncı Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi başlıklı OMÜ KAİK 2020/558 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 08.10.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramiz ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzin Protokolü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protoköl Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. EBF PALA GÜN'ün arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar):

Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

Çalışmanın Adı:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18 Yaş ve Üzeri Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okur Yazırlığı ile Kan Hüsusu Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:

Prof.Dr. Bektaş MORİT YALÇIN, Araştırma Görevlisi EBF Pala GÜN

Protokolün Hükümleri

- Bu protoköl ilimiz sınırları içinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma bayıramı kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaların kurula bağlanmak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışmaları veri toplama aşamasında iken hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından takip edilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsama dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü Personelinin veri çalışmalarına katılımı tamamen günlük esasına dayanmaktadır.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edilirden sonra bir nüshası dosya halinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesinin yerine getirmede kurumumuzun ait veriler yayını/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Saha çalışmasına katılan ve protoköle uygun olmayan kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

a) **Başlangıç Tarihi** 01/11/2020

Bitiş Tarihi 31/03/2021

b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzattılması ancak yeni bir protoköle bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Ayrılıklar:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protoköle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkesine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle idari merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protoköl hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

06/11/2020

Araş. Gör. EBF PALA GÜN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

06/11/2020

Üzm. Dr. Mehmet KILINÇ
Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

OLUP

06/11/2020

Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Ali ORUÇ
Samsun İl Sağlık Müdürlüğü

EK-6: Orijinallik Raporu

Elif Pala Tez

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 15	% 5	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	b-ok.org İnternet Kaynağı	% 1
3	acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.nefroloji.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
6	docs.wixstatic.com İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	% 1
9	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1