

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**ÇORUM İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM
ÖĞRETMENLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI,
HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE KONTROLÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Hazırlayan
Gülay YILMAZEL**

**Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

Doktora Tezi

**Eylül 2014
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**ÇORUM İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM
ÖĞRETMENLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI,
HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE KONTROLÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Hazırlayan
Gülay YILMAZEL**

**Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

Doktora Tezi

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TDK-2013-4487 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Eylül 2014
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Gülay YILMAZEL

İmza:



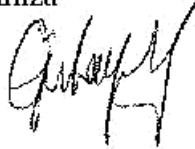
“Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki” adlı Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Adı Soyadı:

Gülay YILMAZEL

İmza

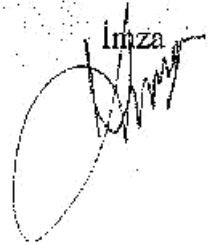


Danışman

Adı Soyadı:

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

İmza



Halk Sağlığı AD Başkanı

Adı Soyadı: Prof. Dr. Osman GÜNAY

İmza



Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya danışmanlığında Gülay Yılmazel tarafından hazırlanan "Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki" adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

05 / 09 / 2014

(Tez Savunma sınav tarihi yazılacaktır)

JÜRİ:

Halk Sağlığı AD Başkanı

Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA (Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Adı Soyadı: Prof. Dr. Osman GUNAY

Üye : Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK (Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye : Doç. Dr. Zeynep BAYKAN (Tıp Eğitimi Anabilim Dalı)

Üye : Doç. Dr. İskender GÜN (Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye : Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇİTİL (GOP Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ... 18.09.2014 tarih ve ... 645 Sayılı kararı ile onaylanmıştır.

18.09.2014

Prof. Dr. Sami ÖZDAMAR



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitim sürecine sağladığı desteğin yanı sıra, doktora tez çalışması sürecinde bana vermiş olduğu yoğun desteği ve emeği, göstermiş olduğu sabrı, hoşgörüsü ve güler yüzü ile tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya,

Doktora eğitimime katkılarından dolayı Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, Prof. Dr. MUALLA AYKUT'a, Prof. Dr. Osman CEYHAN'a, Doç.Dr. İskender GÜN'e, Doç. Dr. Elçin BALCI'ya,

Tezime katkılarından dolayı Doç.Dr. İskender GÜN'e, Doç.Dr. Melis NAÇAR'a, Doç.Dr. Zeynep BAYKAN'a,

Eğitimimin tüm aşamalarında katkı ve destek sağlayan Halk Sağlığı Anabilim dalı personeline,

Tüm eğitim yaşantım boyunca hep yanımda olan, hoşgörü ve fedakârlıklarından güç aldığım aileme,

Projemizi destekleyen Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülay YILMAZEL

Çorum, Eylül 2014

ÇORUM İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM ÖĞRETMENLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE KONTROLÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gülay YILMAZEL
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi, Eylül 2014
Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı bireylerin kronik hastalık ve semptomları hakkındaki bilgi düzeylerini etkilediği kadar hastalığın yönetimi hakkındaki öğrenmelerini de etkiler. Bu araştırmanın amacı, Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Çalışma 2013 yılında Nisan-Mayıs tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini il merkezindeki devlet okullarının ilk ve orta kademesinde görev yapan 580 öğretmen oluşturdu. Evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi ancak ulaşılabilen 500 öğretmen çalışma kapsamına alındı. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde Son Yaşam Bulguları Ölçeği ile hipertansiyon sağlık okuryazarlığının tahmin edilmesinde Kan Basıncı Kavram Testi kullanıldı. Veriler Ki-kare testi, Fisher's Exact Test, bağımsız gruplarda t testi, Pearson Korelasyon analizi ve Binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Araştırma grubunun %66.4'ü erkek ve %33.6'sı kadındı. Katılımcıların %15.6'sı daha önce hipertansiyon tanısı almıştı. Son Yaşam Bulguları Ölçeği'ne göre erkek öğretmenlerin %18.4'ü, kadın öğretmenlerin %41.7'si yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Ölçekten alınan puanların ortalaması tüm grupta 2.12 ± 1.82 , hipertansiyonlu grupta 2.06 ± 1.77 olarak bulundu. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri tüm grubun %26.2'sinde, hipertansiyonluların %25.6'sında yeterli idi. Öğretmenlerde hastalık farkındalığı ve kontrolüne göre yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşüktü. Tüm grubun %81.0'i kan basıncı ile ilgili 10 ve daha az kelimeyi önceden duymuştu. Araştırma grubunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı, hipertansiyona ilişkin bilgi, tutum ve farkındalıklarının düşük olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon, farkındalık, kan basıncı izlemi, okul öğretmenleri

**RELATION BETWEEN HEALTH LITERACY, HYPERTENSION
AWARENESS AND CONTROL IN PRIMARY-SECONDARY SCHOOL
TEACHERS IN PROVINCE OF CORUM**

Gulay YILMAZEL
Erciyes University, Graduate School of Health Sciences
Department of Public Health
PhD. Thesis, September 2014
Supervisor: Prof. Dr. Fevziye CETINKAYA

ABSTRACT

Health literacy affects individuals' levels of knowledge related with chronic diseases and learnings about the management of the disease.

The aim of this study was to determine relation between health literacy levels and hypertension awareness, control in primary-secondary school teachers in Corum-Turkey.

The study was conducted between the April-May in 2013. The population of study was consisted of 580 school teachers from public schools. We reached 500 teachers without selection sample. We used The Newest Vital Sign scale for determining of health literacy levels and The Concept of Blood Pressure Test for estimating hypertension health literacy. Data was evaluated with Chi-Square test, Fisher's Exact Test, Independent t test, Pearson Correlation analyses and Binary logistic regression analyses. In the study group, 66.4% of were men and 33.6% of were women. The 15.6% of participants had previously diagnosed with hypertension. The 18.4% of men and 41.7% of women had adequate health literacy levels. The average scores of the Newest Vital Sign scale was 2.12 ± 1.82 in whole group and 2.06 ± 1.77 in hypertensive group. Health literacy levels were found adequately in 26.2% of the whole group and in 25.6% of hypertensive group. Adequate health literacy levels were low for disease awareness and control. The 81.0% of whole group had heard less and 10 concepts related with blood pressure before. It was found that health literacy levels were limited, hypertension knowledge, attitude and awareness were low in whole group.

Key words: Health literacy, hypertension, awareness, blood pressure monitoring, school teachers

İÇİNDEKİLER

ÇORUM İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM ÖĞRETMENLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE KONTROLÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

	<u>Sayfa</u>
İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. OKURYAZARLIK.....	4
2.1.1. Okuryazarlık Tanımları.....	4
2.1.2. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları.....	4
2.2. OKURYAZARLIK VE SAĞLIK.....	5
2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	6
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri.....	8
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri.....	8
2.4. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	10
2.4.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları.....	11
2.4.2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalıklar.....	12
2.4.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakımı Maliyetleri.....	13
2.4.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Becerilerini Düşündüren Davranışlar.....	13
2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	14

2.5.1. Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA).....	16
2.5.2. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM).....	17
2.5.3. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası (HALS).....	17
2.5.4. Son Yaşam Bulguları Ölçeği (NVS).....	17
2.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HİPERTANSİYON KONTROLÜ.....	18
2.7. HİPERTANSİYON.....	18
2.7.1. Hipertansiyonun Toplum Açısından Önemi.....	18
2.7.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	19
2.7.3. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması.....	20
2.7.3.1. Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması.....	20
2.7.3.2. Etiyolojisine Göre Hipertansiyonun Sınıflaması.....	21
2.7.4. Hipertansiyon İle İlişkili Risk Faktörleri.....	23
2.7.4.1. Genetik Faktörler.....	23
2.7.4.2. Sosyo-ekonomik Faktörler.....	23
2.7.4.3. Davranışsal Risk Faktörleri.....	23
2.7.4.4. Metabolik Risk Faktörleri.....	26
2.7.5. Hipertansiyonda Hedef Organ Hasarının Belirtileri.....	28
2.7.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular.....	30
2.7.7. Hipertansiyonda Tanısal Değerlendirme.....	31
2.7.8. Hipertansiyon Tedavisi.....	33
2.7.8.1. Tedavinin Amaçları.....	33
2.7.8.2. İlaç Dışı Tedavi.....	33
2.7.8.3. Farmakolojik Tedavi.....	34
2.7.9. Hipertansiyonun Önlenmesi.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	76
6. KAYNAKLAR.....	89
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACE	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri)
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AIDS	Acquired Immun Deficiency Syndrome (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu)
AMA	American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)
ARBs	Anjiotensin Reseptör Blokörleri
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmada Diyet Yaklaşımları)
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Topluluğu)
ESH	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Topluluğu)
FAO	Food and Agricultural Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
HALS	Health Activities Literacy Scale (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Skalası)
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HOH	Hedef Organ Hasarı
ISH	Uluslararası Hipertansiyon Topluluğu
JNC	Joint of National Commitee (Birleşik Ulusal Komite Rehberi)
KBKT	Kan Basıncı Kavram Testi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
NVS	The Newest Vital Sign (Son Yaşam Bulguları Ölçeği)
PATENT	Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
PATENT2	Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

SKB	Sistolik Kan Basıncı
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
SYBÖ	Son Yaşam Bulguları Ölçeği
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults (Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations of Education, Science and Culture Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1. Kan basıncı düzeylerinin tanımları ve sınıflandırılması	21
Tablo 2.2. JNC VII raporuna göre hipertansiyon sınıflama hedefleri	21
Tablo 2.3. Etiyolojisine göre sekonder hipertansiyonun nedenleri	22
Tablo 2.4. BKİ'ne göre ağırlığın sınırlandırılması ve komorbidite riski	27
Tablo 2.5. Metabolik sendrom için risk faktörleri	28
Tablo 2.6. Yaşam biçimi değişikliklerinin kan basıncına etkisi	34
Tablo 3.1. Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri	45
Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri	47
Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleki özellikleri	48
Tablo 4.3. Araştırma grubunun kronik hastalık durumu	49
Tablo 4.4. Araştırma grubunda sigara içme ve alkol kullanma durumu	50
Tablo 4.5. Araştırma grubunun sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi kaynaklarını kullanma durumu	50
Tablo 4.6. Araştırma grubunun medyadaki sağlık konuları ile ilgilenme durumları	51
Tablo 4.7. Araştırma grubunun televizyonda yayınlanan sağlık programlarına yönelik düşünceleri	51
Tablo 4.8. Araştırma grubunun SYBÖ'den aldıkları puanların ortalaması	52
Tablo 4.9. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların SOY düzeyleri	52
Tablo 4.10. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı becerilerine yönelik düşünceleri	53
Tablo 4.11. Araştırma grubunun SYBÖ'deki maddelere verdikleri doğru yanıtların dağılımı	54
Tablo 4.12. Araştırma grubunun kan basıncı ile ilişkili kavramları duyma durumu	55

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.13. Araştırma grubunun KBKT’de duydukları kavramların sayısı	56
Tablo 4.14. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli SOY düzeyleri	57
Tablo 4.15. Araştırma grubunun SOY düzeylerine göre çeşitli sağlık davranışları	58
Tablo 4.16. Araştırma grubunun kronik hastalık tanısı alma durumuna göre yeterli SOY düzeyleri	58
Tablo 4.17. Araştırma grubunun SOY düzeylerine göre sigara içme ve alkol kullanma durumları	59
Tablo 4.18. Araştırma grubunun yeterli SOY düzeyleri üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi	60
Tablo 4.19. Araştırma grubunun medyada ilgilendiği sağlık konularına göre yeterli SOY düzeyleri	60
Tablo 4.20. Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü	61
Tablo 4.21. Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı ve kontrolüne göre yeterli SOY düzeyi	62
Tablo 4.22. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin klinik özellikleri	63
Tablo 4.23. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin tuzlu ve yağlı yiyecekleri tüketme durumu	64
Tablo 4.24. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışları	65
Tablo 4.25. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli SOY düzeyleri	66

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.26. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonun belirtilerini bilme durumu	67
Tablo 4.27. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların hipertansiyon hakkındaki bilgi ve tutumları	68
Tablo 4.28. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonun komplikasyonlarını bilme durumu	69
Tablo 4.29. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda ölçülen kan basıncı düzeyleri	69
Tablo 4.30. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonda yaşam biçimi değişikliği farkındalığı	70
Tablo 4.31. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda genel sağlık algısı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu	71
Tablo 4.32. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncı kontrol algısı, algılanan stres düzeyi ve BKİ	72
Tablo 4.33. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncı kontrolüne yönelik aldıkları önlemler	73
Tablo 4.34. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların sigara ve kan basıncı hakkındaki düşünceleri	74
Tablo 4.35. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışlarına göre yeterli SOY düzeyleri	74
Tablo 4.36. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin kendi ifadelerine göre ölçülen kan basıncı düzeyleri	75

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 3.1. Katılımcıların hipertansiyon tanısı alma durumlarına göre dağılımı	44

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Modern sağlık sistemleri, sağlık hizmetinden yararlananların üzerinde birden fazla karmaşık talep oluşturur. Sağlık bakımında artan öz sorumluluk nedeniyle bireylerden kendi sağlık sorumluluklarını almaları, bilgiyi anlamaları, kendileri ve başkaları için sağlık kararları almaları yönünde yeni roller üstlenmeleri istenebilir. Tüm bu taleplerin temelinde kişilerin okuryazarlık becerileri yer alır (1).

Genel olarak okuma ve yazma yeteneği şeklinde tanımlanan okuryazarlık terimi, okuma ve yazma ile ilgili temel akademik yeterlilikler kapsamında entellektüel becerilerin kazanılmasını ifade eder (2,3). Okuryazarlık, örgün eğitim süreçleri yoluyla öğrenilen bilişsel ve sosyal becerileri içeren çok yönlü bir kavramdır (4,5). Topluma katılma hedef ve potansiyeline ulaşmada bir yol olarak; okuma, yazma, konuşma ile diğer iletişim biçimlerini anlama ve kullanma yeteneğidir (6). Yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrole sahip olmak demektir (7).

Karmaşık bir fenomen olan sağlığın sürdürülebilmesi okuryazarlık becerilerini gerektirir. Okuma becerileri, bireyin sağlık bilgilerine erişmesi, sağlık hizmetlerini kullanması, kendi sağlığını yönetmesi ve istedik sağlık sonuçlarının elde edilmesi yönünde önemlidir (8). Sağlık okuryazarlığı bireylerin okuryazarlık becerileri ve yetenekleri ile sağlığı arasında bir köprü görevi görür (1,9). Sağlık okuryazarlığı; yazılı, sözlü ya da dijital ortamdaki sağlık bilgilerinin anlamını anlamak ve yorumlamak için bilişsel bir yetenektir (10).

İnsanların yaşam kalitelerini artırmak, sağlık risklerini azaltmak, bilinçli tercihler yapmak için, sağlık bilgisini arama, anlama, değerlendirme ve kullanma yetkinliklerinin geniş bir beceri yelpazesidir (11).

Sağlık bilgisini anlama ve harekete geçirme olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı, günümüzde sağlık bakım sistemi üzerinde en çok baskı oluşturan bir faktördür (12). Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı sağlık bakımı, hastalık önleme ve sağlığı geliştirme ile ilgili olarak bireyin bilinçli karar ve yetki almasına olanak verir (13). Buna karşılık, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı kişilerin hastalık ve semptomları hakkındaki bilgi düzeylerini etkilediği kadar hastalığın yönetimi hakkındaki öğrenmelerini de etkiler (14). Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan bireylerin sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen bilgileri ve eğitim broşürlerini anlamada, tedavilerine uyum sağlamada, bilişsel bozuklukları belirlemek için kullanılan testleri cevaplamada, tıbbi durumlarına ilişkin bilgileri ve semptomları uygun şekilde ifade etmede sorun yaşadıkları belirtilmektedir (5, 12,14-20).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bazı risk faktörlerinden ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma arasında ilişki vardır (21). Yetersiz sağlık okuryazarlığının diyabetik bireylerde daha zayıf glisemik kontrole ve daha yüksek düzeyde retinopatiye yol açtığı, astımlı hastalarda inhaler kullanımını etkilediği gösterilmiştir (22-27).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın, sağlık okuryazarlık düzeyinin tüm dünyada düşük olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan), 15 yaş ve üzerindeki 8 bin kişide yapılan çalışma sonucunda Hollanda'da katılımcıların %29.0'u, Bulgaristan'da %62.0'si yetersiz ve sorunlu grupta yer almıştır. Yeterli ve çok iyi puan alanlar Bulgaristan (%37.0) ve İspanya'da (%42.0) en düşük bulunmuştur (28).

Ülkemiz için yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatür oldukça sınırlıdır. Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla 2009 yılında başlatılan çalışma tamamlanamamıştır (29). Ayrıca 2005 yılından itibaren yürütülen "Gençlere Sağlık- Sağlık Okuryazarlığı Projesi" halen devam etmektedir (30). Sağlık okuryazarlığı hipertansiyonda farkındalığın ve kontrolün sağlanmasında önem teşkil etmektedir.

2008 yılında küresel düzeyde meydana gelen 57 milyon ölümün %48.0'inin kalp-damar hastalıklarından kaynaklandığı tahmin edilmektedir (31). Kardiyovasküler hastalıklar

için en önemli risk faktörlerinden biri de artmış kan basıncı yani hipertansiyondur. Hipertansiyon önemli yaşam tarzı değişikliklerinin acilen ihtiyaç olduğunu gösteren ciddi bir uyarı işaretidir (32). Ülkemiz için yaygın bir sağlık sorunu olan hipertansiyonun farkında olma (%40.7) ve tedavi alma (%31.1) oranları oldukça düşüktür (33). Hipertansiyonlu kişiler doğru bir şekilde çoklu tıbbi tedaviyi nasıl alacağını, kan basıncı kontrolünü sağlamak için yaşam biçimini (örneğin tuzu azaltılmış diyet, kilo verme, egzersiz) nasıl değiştireceğini anlamak için bilgiye ihtiyaç duymaktadır (34-36). Ancak sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan bireylerin hipertansiyon hakkında daha az bilgiye sahip olduğu belirtilmektedir (37).

İlköğretim düzeyindeki öğrencilere sağlık bilgisinin ve sağlıkla ilgili davranışların kazandırılmasında önemli rol oynaması beklenen öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve kronik hastalık bilgisinin yüksek olması istenen bir durumdur. Ancak öğretmenlerde kronik hastalık bilgisinin ve farkındalığının oldukça düşük olduğu, bu durumun okul ortamındaki kronik hastalıkların yönetiminde bir engel oluşturduğu gösterilmektedir (38,39). Düşük sağlık okuryazarlığı, öğretmenlerin sağlıkla ilgili mesajları öğrenciye aktarmasında sorun yaratabileceği gibi kendi tıbbi sorunlarının çözümünde de engel oluşturabilir.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların sayısı genel popülasyonda sınırlı olmakla birlikte öğretmenlerde hiç bulunmamaktadır.

Araştırmanın temel amacı:

Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. OKURYAZARLIK

2.1.1. Okuryazarlık Tanımları

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) 'nün tanımına göre okuryazarlık; değişik kapsamdaki yazılı ve basılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve işlem yapma yeteneğidir (40).

Okuryazarlık, kişisel ve toplumsal gelişim için kültürün baskın sembollerini anlamayı ve kullanmayı gerektiren karmaşık yetenekler dizisidir (5).

Okuryazarlık “yaşam boyu öğrenme” nin temelidir. İnsanların yeni fırsatlara erişmesini ve yeni yollarla topluma katılmasını olanaklı kılan bir gelişimdir (40).

Okuryazarlık çok boyutludur ve bilişsel olduğu kadar, sosyal açıdan da yeterlilik gerektirir. Yeterlilik, sağlık bakımında etkin bir şekilde işleve sahip olunması anlamına gelmektedir (5).

2.1.2. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Literatürde okuryazarlık için gerekli yeterlilikler altı boyutta ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığının gerekli öncülleri olarak kabul edilen bu yeterlilikler; operasyonel, interaktif, otonomi, bilgi, içeriksel ve kültürel yeterlilik şeklinde tanımlanmaktadır (5).

1. Operasyonel Yeterlilik: Temel sağlık ihtiyaçlarını etkili karşılamak için gerekli olan fonksiyonel becerileri ve stratejileri ima eder (41). Beceriler sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgiye göre davranma, okuma ve anlama yeteneğini içerir (42).
2. İnteraktif Yeterlilik: Öz-yönetim aracılığıyla bireyin geliştirilmesi ve cesaretlendirilmesi için başkaları ile işbirliği yapmasıdır. Birey, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde sorunlarının öz-yönetiminde yer almaktadır (43).
3. Otonomi Yeterliliği: Kişisel bir güçtür. Sağlıkla ilgili kararlarda bireyin etkili bir şekilde sorumluluk almasını amaçlayan öz farkındalıktır (43).
4. Bilgisel Yeterlilik: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir. Otorite ve geçerlilik, sağlıkta en güncel ve kesin bilginin vurgulanmasında hassas bir noktadır (5, 44).
5. İçeriksel Yeterlilik: Çevre konusunda uzmanlıktır. Sağlık bakım ortamında bireylerin rahat olması istenen bir durum iken bazı bireyler rahat değildir. Bireylerin bilinen bir ortam içerisinde birbirleriyle etkileşimde bulunarak bilgiyi yorumladıklarında öğrenmenin daha iyi gerçekleşeceği gösterilmektedir (5).
6. Kültürel Yeterlilik: Sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir. Sağlık bilgisini harekete geçirmek ve yorumlamak için gerekli olan ortak inançların, geleneklerin, dünya görüşünün ve sosyal kimliğin farkına varılmasını ve kullanılmasını içerir (5).

Günümüzde okuryazarlık sadece okuma, yazma ve anlama yeteneğini ifade etmek için değil aynı zamanda örneğin; “besin okuryazarlığı”, “finansal okuryazarlık”, “bilgisayar”, “medya”, “bilim” ve “sağlık okuryazarlığı” gibi bir bireyin özel bir konu ya da alan hakkındaki bilgisini tanımlamak amacıyla da kullanılmaktadır (45-47).

Sağlık okuryazarlığı sağlık ve okuryazarlık alanlarının kesişim noktasını yansıtır.

2.2. OKURYAZARLIK VE SAĞLIK

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan okuryazarlık tüm bileşenleri ile sağlık okuryazarlığının kapsamını oluşturur. Okuma ve yazmanın ötesinde dinleme, konuşma, işlemsel, kültürel ve kavramsal bilgiye dayanan çeşitli becerileri içerir (1,7).

Kültürel ve kavramsal bilgi, sağlık ve hastalığı anlama ile yararların ve risklerin kavramsallaştırılmasını içerir. Dinleme ve konuşma becerileri, sözlü okuryazarlık olarak tanımlanmaktadır. Toplum sağlığında iletişim, ticari sektörün reklam hedefleri, tanıya

yönelik semptomların gösterilmesi ve hasta-bakım veren etkileşimleri için gereklidir. Yazılı okuryazarlık olarak adlandırılan yazma ve okuma becerileri piyasada etiketlerin üzerinde, sağlık eğitimi broşürlerinde, ilaç şişeleri veya bilgilendirilmiş onam belgelerinde bulunan yazılı kelimelerin kullanımı ile ilgili görevlerin yerine getirilmesinde gereklidir. İşlemsel beceriler diyet hesaplamaları, ısı ölçümünü anlama, ilaçların zamanını ve dozunu doğru belirleme ihtiyacından kaynaklanır (1).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında sağlık bakım sistemini, eğitim sistemini ve kitle iletişimi etkileyen sosyal bir sorun olarak bir sağlık eğitimi kongresinde ele alınmıştır. Sağlık eğitiminde ve okul ortamında sağlık okuryazarlığının minimum standartlarının geliştirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur. Bu tarihten 25 yıl sonra sağlık okuryazarlığı tanımları sağlık-bakım literatüründe yer almaya başlamıştır (3, 48, 49).

Sağlık okuryazarlığına ilgi nedeniyle bu kavramın tanımı ve ölçümü artış göstermiştir. Amerikan Tıp Birliği (AMA), sağlık okuryazarlığını “sağlık ortamındaki işleyiş için gerekli olan temel okuma ve işlemsel görevleri yerine getirme yeteneğini içine alan becerilerin bir “takımıydı” olarak tanımlamaktadır (50).

"Sağlık okuryazarlığı", sağlık ve okuma-yazma alanlarında insanları bir araya getiren yeni bir kavramdır. Günlük yaşamın eleştirel kaynakları olan sağlık ve okuryazarlık üzerine görüş inşa eder (7, 41).

Sağlık okuryazarlığı, "bireylerin, sağlıkla ilgili uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir. Giderek artan bir şekilde sağlık ve sağlık sonuçları için önemli olduğu kabul edilmektedir. Bireylerin sağlık sorunları ile etkileşime girmesi ve sorunlarını karşılayabilmesi için çeşitli bağlamları kapsayan bu tanımın yararlı olduğu belirtilmektedir (51, 52).

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesinin yaptığı tanıma göre “sağlık okuryazarlığı, sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir fonksiyonudur”, bireysel ve sağlık kapsamındaki etkileşiminden dolayı etkisi yükselmektedir (1).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artıran, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını, sağlık hizmeti alanlar için karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir öge olarak belirtilmektedir (25). Bireyler ile

sağlık sistemi, eğitim sistemi, sağlık konuları arasında arabuluculuk işlevi gören sağlık okuryazarlığı toplumdaki sosyal ve kültürel faktörlere dayanır (1).

Freedman et al. (53), sağlık okuryazarlığının tanımını “**halk sağlık okuryazarlığı**” kapsamında yapmıştır. “Halk sağlık okuryazarlığı”, bireysel sağlık okuryazarlığının bir bütünleyicisidir. Sonuçları ise toplumun halk sağlığı mesajlarını anlama, sağlık bakımı konularında sivil harekete katılma ve değerlendirme becerilerini içerir (53).

Sağlığı geliştirme aktivitelerinin planlanmasında önemli bir adım olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel tema şu şekilde tanımlanmıştır (49):

1. **Etkilediği insan sayısı:** Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de şaşırtıcı bir şekilde yaygın olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının ülkelere göre %7.0-47.0 arasında değiştiği gösterilmektedir (54). Kadınların bu durumdan daha fazla etkilendiği, dünya genelinde kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirtilmektedir.
2. **Olumsuz sağlık sonuçları:** Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki vardır.
3. **Kronik hastalık oranlarında artış:** Küresel hastalık yükünün %47.0’sini oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır.
4. **Sağlık bakım maliyetleri:** Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına yıllık %3.0-5.0 oranında ek maliyet getirmektedir.
5. **Sağlık bilgisi talepleri:** Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik terimlerin ve mesleki dilin (jargon) kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.
6. **Eşitlikçilik:** Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde yönetememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır.

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı bilişsel, kişilerarası ve sosyal becerilerin farklı düzeyleri aracılığıyla ilerler (41).

Nutbeam'a göre (41), sağlık okuryazarlığı üç düzeyde ele alınmaktadır:

(1) Temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Temel okuma, yazma ve okuryazarlık becerilerinin yanı sıra geleneksel sağlık eğitimi girişimlerinin istenen sonuçları olan sağlık durumu ve sağlık sistemleri hakkındaki bilgiyi içerir.

(2) İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı: Farklı iletişim türlerinden farklı anlamlar türetmek, değişen koşullarda yeni bilgiye başvurmak için kullanılan iletişimsel ve sosyal becerileri içerir. Sağlık eğitiminin son 20 yıl boyunca geliştirdiği yaklaşımların sonuçlarını yansıtır. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulamayı gerektirir.

(3) Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Bilginin eleştirel analizinde daha yüksek düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri gerektirir. Yaşam olayları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bu bilgiyi kullanmayı, sağlığın sosyal belirleyicilerine hitap eden bireysel ve toplu eylemleri içerir.

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

Sağlık okuryazarlığı sağlık bakım sistemindeki işlevleri yerine getirmek için zorunlu olan sosyal, kişisel ve bilişsel beceriler ile birlikte, okuma, kritik düşünmenin bir parçası olan numaralandırma, problem çözme, karar verme, bilgi arama ve iletişime geçme becerilerinin gerekliliğinden ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlık düzeyinin sağlık bilgisini ve hizmetlerini harekete geçirme yeteneği ile sağlık üzerindeki kontrolünü nasıl etkilediğini ortaya koyar (7). Sağlıkla ilgili çeşitli görevlerin yeterine getirilebilmesinde önemli bir faktördür. Bu görevler; bir reçeteyi doğru anlama, ilaçları doğru alma, bir hastalıkları önleme broşüründeki bilgiyi okuma ve harekete geçirebilme yeteneği, tıbbi formları doldurma, sağlık güvencesi hakkında kararlar almadır (55). Sağlık kapsamında spesifik olarak okuma-yazma sorununa odaklanan sağlık okuryazarlığı, aritmetik, sözel okuryazarlık, yazılı okuryazarlık, kültür ve kavramsal bilgiyi içeren birçok bileşene sahip bir kavramdır (8).

Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısını açıklamak üzere araştırmacılar tarafından çeşitli modeller geliştirilmiştir.

Baker (4), sağlık okuryazarlığını bireylerin yeteneklerinin bir ürünü ve sağlık sistemi tarafından verilen sağlık mesajlarına taleplerini ifade eden bir model geliştirmiştir. Bu

modelde, sağlık sektörü bireylerin etkin biçimde sağlık bilgisini kullanabilmesi yönünde garanti vererek sorumluluk paylaşır. Baker modeli, sağlık okuryazarlığının ölçümünde “düşük sağlık okuryazarlığı sorununu ele almada sağlık sisteminin rolü nedir?” sorusunu vurgulamaktadır (4). Sağlık sistemi hastaların bakımı için doğru stratejileri belirleme ve iletişim kurma sorumluluğuna sahiptir. Erişkinlere kendi sağlık bakımları hakkında karar vermesi için gerekli olan özel sağlık bilgisini öğretmelidir. Sistem, yazılı ve sözlü sağlık iletişimini yalın hale getirmeli, sağlık okuryazarlığı taleplerini azaltmak için yeniden yapılandırılmış olmalıdır. Bu şekilde sağlık sistemi bireyleri sağlıklı bir yaşam için sağlık risklerinden nasıl korunabileceğini kolaylaştıracak şekilde yönlendirilebilir (4).

Paasche- Orlow and Wolf (56) tarafından geliştirilen kavramsal modelde, sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra bilişsel ve sosyal yetenekler tarafından etkilenen sağlık okuryazarlığı, sağlık sonuçlarının bir belirleyicisi olarak gösterilmiştir. Bir belirleyici olarak sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık bakımına ulaşmasını, kullanmasını ve bakım sağlayıcılarla etkileşim içinde olma yeteneğini etkiler (56).

Shone et al. (57) tarafından adapte edilen Von Wagner et al. (18) tarafından 2009 yılında geliştirilen sağlık okuryazarlığı ve sağlık eyleminin kavramsal yapısına göre sağlık eyleminin belirleyicileri;

- (1) Sistemlere erişim ve kullanım,
- (2) Sağlık bakım sunucuları ile etkileşim ve
- (3) Hastalık yönetimi olmak üzere üç kategoride ele alınmıştır.

Bu eylemlere ulaşmada sosyal ve bilişsel faktörlerin hazırlayıcı faktörler olduğu; bireysel faktörlerin ve buna bağlı olarak fonksiyonel becerilerin, sağlık güvencesi, iş ve deneyimlerin okuma okuryazarlığını ve sağlık okuryazarlığını etkilediği belirtilmektedir. Hazırlayıcı faktörlerden sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisi, inançlar ve beklentilerle doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlık bilgisi, inanç ve beklentiler hastalık hakkındaki bilgiyi anlamayı; bilginin ulaşılabilirliği ise tedavi süreçlerini, eylem evresinde planlamayı, organizasyonu ve girişimleri etkileyebilmektedir. Bu modele göre yetersiz sağlık okuryazarlığı bireylerin tıbbi

bakıma erişme, aldığı bakımın ücretini ödeme, sağlık bakımı ile ilgili tavsiyeleri anlama, sağlık kararlarının yararlarını ve risklerini ölçme, tedavi önerilerini izleme, ilaçları güvenli ve doğru kullanma, sağlık bakımında hak ve sorumluluklarını anlama yeteneğini kısıtlar (57).

Rootman and Mitic (58) tarafından 2012 yılında geliştirilen kavramsal modele göre, okuryazarlık sağlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkiler. Doğrudan etkileri oldukça belirgindir. Sağlık bilgisini anlamayı, kullanmayı ve karmaşık bir sağlık sistemi içinde yol bulmayı içerir. Daha az belirgin ama çoğu zaman daha derin olan dolaylı etkileri, sınırlı okuryazarlık ile ilişkili kişisel ve sosyo-ekonomik sorunları içerir. Bu sorunlar; özgüven, istihdam, gelir, barınma, sağlıklı beslenme, kendisi ve ailesi için temel insan gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili endişeden kaynaklanan streştir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesinde sektörler arası bir yaklaşım öngörülmektedir.

Nutbeam'ın (59) 2008 yılında geliştirdiği kavramsal model, bireylerin anlama kapasitelerini etkilemek ve sağlık bilgisini harekete geçirmek için bir “ güçlendirme” yaklaşımını benimsemektedir. Bu modelde gelişmiş sağlık okuryazarlığı elde etmek için bireyin yeteneği ile etkileşim gösterecek dört temel beceri ve süreç tanımlanmıştır. Bu beceri ve süreçler;

- Toplumsal örgütlenme ve savunuculuk becerileri,
- Uzlaşma ve öz-yönetim becerileri,
- Sağlık için sosyal eylemlere ilgi ve
- Değişen sosyal normlara ve uygulamalara katılımıdır (59).

2.4. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Yetersiz sağlık okuryazarlığının boyutu; tıbbi kavramları okuma, dinlediğini anlama, analitik düşünme ve kararlar alma becerilerinin eksikliği ile ortaya konulmaktadır (51, 60, 61). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, sağlık okuryazarlığının boyutu sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde genişletilmelidir (62).

Bireylerin sağlığı üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığının etkisini destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir. Bunlar;

- [1] Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı,
- [2] Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme,

[3] Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,

[4] Tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta yetersizlik,

[5] Öz-bakım yetersizliği,

[6] Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme ve

[7] Mortalitede artış olarak gösterilmektedir (15).

Birçok insanın, sağlık okuryazarlığı yetersizliği nedeniyle bilgi ve hizmetlere erişimde zorluklar yaşadığı belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin giderek daha karmaşık bir hale dönüşen sağlık sisteminde yönlendirilmeleri ve kendi sağlıklarını daha iyi yönetebilmeleri için çok önemlidir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili materyalleri okuma ve anlayabilmelerindeki farklılıkların, sağlık sistemlerindeki mevcut sağlık eşitsizliklerine katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin sağlıklarının daha kötü olma olasılıklarının yüksek olduğu, kendi sağlık sorunlarını ve tedavilerini anlamada yetersizlik yaşadıkları ve hastaneye yatma risklerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Okuryazarlık düzeyi çok düşük olan kişilerin ortalama yıllık sağlık bakım maliyetlerinin genel nüfustan dört kat daha fazla olabileceği ifade edilmektedir. Astım, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalığa sahip olan kişilerin okuma becerilerinin düşük olduğu ve okuma becerisi yüksek olan kişilerden daha az bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (51).

Birleşik Krallıkta 18-90 yaş arasındaki erişkin bireylerin %11.4'ünün daha iyi bir sağlık için basit bilgileri anlamayı gerektiren temel becerilerden yoksun oldukları gösterilmiştir (63). Kanadalı erişkinlerin (6) %60.0'ının, Amerikalı erişkinlerin (64) üçte birinin kendi kendilerine doğru sağlık kararları almak için sağlık bilgisi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığı oranları Avustralya'da %41.0, İrlanda'da %40.0 olarak raporlanmıştır (28,65).

2.4.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Bir kişinin okuryazarlık düzeyi birçok faktör ve koşullardan etkilenir (49). Okuryazarlık düzeyleri yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, kültür ve yaşam koşulları ile ilişkilidir. Buna rağmen hastalık ve tedavi bilgisini anlamadaki yetersizlikten dolayı sınırlı okuryazarlık ile işlemsel beceriler olumsuz sağlık için bağımsız bir risk faktörü olarak rol oynamaktadır (14, 66, 67).

Volandes and Paache-Orlow (68) sınırlı sağlık okuryazarlığından kaynaklanan kötü sağlık sonuçlarının etik bir sorun olduğunu ve sağlık sisteminde temel bir adaletsizlik olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu bir raporunda, okuryazarlığın hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta eşitsizlikler üzerinde merkezi bir role sahip olduğunu ifade ederek sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini önemli bir araç olarak kabul etmiştir (69).

Baker et al. (70), yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki olduğunu göstermiştir. Amerika'da yapılan prospektif bir araştırma yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerde artmış mortalite riskinin %50.0-80.0 olduğunu göstermiştir (71).

2.4.2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Kronik Hastalıklar

Dünya çapında tüm yaşlarda ölümlerin çoğunluğunun kronik hastalıklara bağlı olduğu belirtilmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar (başlıca kalp hastalığı, hipertansiyon ve inme) tüm ölümlerin %30.0'undan sorumlu tutulmaktadır (72).

Kronik ve dejeneratif hastalıkların oluşumunda kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının önemi büyüktür. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara içmemek olarak özetlenebilecek sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranılmaması çeşitli kronik hastalıkların gelişmesi bakımından risk oluşturmaktadır (21).

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların öz yönetiminde kritik bir rol oynar. Öz yönetim; daha iyi bir yaşam için bir veya daha fazla kronik hastalığın kontrol altına alınmasını gerektiren bireysel görevlerin tümünü içerir. Bu görevler tıbbi yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetim ile ilgilidir (1). Bu alanlardaki beceri eksiklikleri birçok hastanın etkin öz-yönetim yapmasını engeller. Genellikle yaşlılar, etnik azınlıklar, düşük gelir ve düşük örgün eğitim seviyesindeki bireyler yetersiz okuryazarlık düzeyi ile hastalıklarının öz yönetiminde daha fazla zorluk yaşayabilir (49).

Düşük düzeyde okuryazarlığı olan bireylerin pap-smear yaptırma, mamografi çekirme veya influenzaya karşı aşılama gibi tarama ve önleme müdahaleleri ile ilgilenmeleri daha az olası iken ileri evre prostat ve meme kanseri ile karşılaşmaları daha fazla muhtemeldir (36,73). Ayrıca bu kişilerde daha fazla sigara içme, daha az emzirme, kontrasepsiyon hakkında daha az bilgiye sahip olma gibi sağlıksız davranışlar yaygın görülür (63,74, 75).

Pek çok sağlık sorununun temelinde zayıf öz yönetim ve düşük sağlık okuryazarlığının var olduğu, hastaların öz yönetimlerinin harekete geçirilmesinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (1).

2.4.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakımı Maliyetleri

Sağlık okuryazarlığı sorunu olan hastaların hastalık  nleme ve sağlığı geliştirme programlarına katılımlarının daha düşük, yeterli sağlık okuryazarlığı olan hastalara göre hastaneye yatma olasılıklarının daha fazla yüksek olduğu ve bu durumun sağlık bakım maliyetlerine ek yük getirdiği belirtilmektedir (24, 76, 77). Ancak düşük sağlık okuryazarlığı ile ilgili ekonomik maliyetlerin değerlendirilmesi düşük sağlık okuryazarlığı prevalansı hakkında yeterli veri olmaması nedeniyle g  tt r (52).

Düşük sağlık okuryazarlığının sağlık bakımına maliyetinin ilk sistematik incelemesi Eichler et al. (78) tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Araştırmacılar Norveç, İtalya, Kanada, Bermuda, Meksika ve Amerika'daki 2000 çalışmanın incelenmesi ile sınırlı sağlık okuryazarlığının bireysel düzeyde kişi başına yıllık 143-7.798 dolar arasında değişen ek harcama getirdiğini saptamıştır (78).

2.4.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Becerilerini Düşündüren Davranışlar

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalar sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetleri kullanmada birçok engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Birçok hasta doktorlarının tıbbi durumlarını ifade eden kelimeleri kendilerinin anlayabileceği şekilde a ıklamadıklarından şik yet etmektedir. Bu durumdaki hastaların ileri düzeydeki formları dolduramadıkları, formları doldurmak için yardım istemekten utandıkları, sorulan soruları cevapsız bıraktıkları ve anlamadıkları bir belgeyi imzaladıkları bildirilmektedir. Bu durumdaki hastaların genellikle utanç duygusuna kapılarak saygınlıklarını azalmış hissettikleri, doktorlarına durumları hakkındaki bilgiyi ya da talimatları tekrar etmelerini isteme konusunda çekindikleri belirtilmektedir (24).

Hastalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyini düşündüren davranışlar şu şekilde listelenmektedir:

- Sağlık personelinden yardım istemek
- Hastaneye gelirken yanında okuyabilen birini getirmek
- Randevuların tutulamaması
- Bahaneler yapma ("Ben gözlüklerimi unuttum.")
- İlaç kullanımında uyumsuzluk

- Önerilen müdahalelere yanlış uyum (örneğin; reflüde asidi azaltmak için değişiklik önerisinde yatağın başını yükseltmek)
- Karar vermeyi erteleme ("Talimatları evde alabilir miyim?" ya da "Ben bunu eve gittiğimde okuyacağım")
- Diğer kişileri izleme (Davranışları taklit etme)

Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların muayene işlemleri bittiğinde bir sonraki kontrole ne zaman geleceklerini ve bu süreci nasıl takip edeceklerini bilmedikleri vurgulanmaktadır. Ayrıca bu hastalarda ilaç kullanım yönergelerinin izlenmesinin önemli bir sorun olduğu, buna bağlı olarak ilaçların uygunsuz zamanlarda ve yanlış miktarlarda kullanılabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle reçete talimatlarında “günde X kez 1 tablet alınız” ifadesi yerine “her X saatte 1 tablet alınız” ifadesinin kullanılması önerilmektedir (24).

Özellikle kronik hastalıkların arttığı ve diğer hastalıkların da eşlik ettiği 60 yaş üstündeki bireylerin sınırlı sağlık okuryazarlığı oranının %80.0 olduğu, hastane formlarının doldurulmasında ve sorulan soruların cevaplanmasında sınırlılıklar yaşadıkları, sağlıkları açısından önemli soruları sormadıkları bildirilmektedir (24,79). Hastalarda bu tür davranışlar sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi yönünden ipuçları verebilmektedir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlıkla ilgili yazılı materyalleri yorumlama yeteneğinin ve sağlık bakımı ile ilgili terimler konusunda farkındalıklarının değerlendirilmesi için birçok değerlendirme aracı kullanılabilmektedir (24).

2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Optimal sağlık bakımı, sağlık bilgisini aramada, elde etmede ve anlamada hastanın bilgili ve aktif olmasını gerektirir (8). Sağlık bilgisi, hastaların sağlık durumlarını anlamada ve yönetmede, iyilik hallerinin sürdürülmesinde ve anksiyetelerini azaltmada önemli bir kaynak olarak vurgulanmaktadır (25).

Son yıllarda hastaların tedavileri ile ilgili karar verme sürecine katılarak sağlık bakımında aktif rol almak istemeleri, hastanede kalış sürelerinin kısalması, sağlık çalışanlarının sayısal azlığı nedeniyle hasta eğitimine daha az zaman ayrılması gibi nedenler hasta eğitiminde yazılı materyallerin daha fazla kullanılmasına ve benimsenmesine yol açmıştır (80).

Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların tıbbi terimleri bilmemesi, yazılı eğitim broşürlerinin yararlı olmasını engellemektedir. Çok sayıdaki çalışmalarda özellikle 90'lı

yıllarda standart eğitim materyallerinin genellikle hastaların sağlık okuryazarlık düzeyini aşacak şekilde yazıldığı belirtilmektedir. Son yıllarda eğitim materyalleri daha basit bir dille yazılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar sağlık eğitim materyallerinin halen sağlık okuryazarlığı yetersiz hastalar için anlaşılması zor kelimelerle yazıldığını göstermektedir (20).

Hastanın sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde bitirdiği okulun veya eğitim düzeyinin sorulması ve buna göre sağlık okuryazarlığı düzeyine karar verilmesi hata olarak görülmektedir. Çoğu yüksekokul mezunu bireyler, ilerleyen yaşla birlikte örgün eğitimden sonraki süreçlerde duyuşal ve bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın sonucu olarak okuma yazma becerilerinde yetersizlik yaşayabilmektedir. Başka bir yaygın hata, okuma becerilerinin değerlendirilmesinde hastanın kendi kendini değerlendirmesine itimat edilmesidir (24).

Klinisyenlerin hastalarının tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlamaları için hastalara açık ve basit bilgiler sağlaması gereklidir. Çoğu doktor ve sağlık çalışanları tarafından hasta ile görüşmede tartışılan bilgilerin daha açıklayıcı olması veya hastanın kendisini güçlendirmesi için eve yazılı materyal verildiği, ancak bu yazılı materyallerin sıklıkla hastanın anlayabileceği düzeyin üstünde olduğu belirtilmektedir. Eğitim materyallerinin kısa, açık, basit ve resimler içermesi önerilmektedir. Pnömonokok aşısı oranlarının artırılmasına yönelik randomize kontrollü bir çalışmada düşük okuryazarlık düzeyine uygun olarak düzenlenen eğitimin etkin olduğu bildirilmiştir (24).

Sağlık bilgisini okuma, çizelgeleri yorumlama, araştırma çalışmalarına katılma yönünde kararlar alma ile bireysel ve ailesel sağlık bakımında tıbbi araçları kullanma (örneğin; termometredeki yükseliş okuyabilme, ilaçların zamanını ve dozunu ayarlayabilme, sağlık ve çevre konularında karar verme) sağlık okuryazarlığı becerilerindendir. Bu becerilerin değerlendirilmesinde bir dizi farklı araçlar mevcuttur (51).

Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavram olarak görülmekle birlikte bu konuda ölçme ve değerlendirme yapılabilmektedir. Ancak, sağlık okuryazarlığını ölçmek için “altın bir standart” yoktur. Sağlık okuryazarlığı seviyelerinin değerlendirilmesi hasta bilgisi üzerine odaklanmaktadır (81). Kompleks ve çok yönlü bir yapıda olan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla araştırmacılar çeşitli araçlar geliştirmiştir.

Tıp Enstitüsü Uzman Paneli sağlık okuryazarlığını dört kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler (1):

-Kültürel ve kavramsal bilgi

-Konuşma ve dinleme becerilerini içeren sözlü okuryazarlık

-Yazma ve okuma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık

-İşlemsel becerilerdir.

Eğer sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin kapasitesi olarak kabul edilirse, bireyin okuma yeteneğinin ve kelime bilgisinin ölçülmesi uygundur. Diğer yandan, sağlık okuryazarlığı bireylerin iletişim kapasiteleri ile sağlık sistemi arasındaki ilişki olarak kabul edilirse, sadece bireysel kapasitelerin ölçülmesi yeterli olmayabilir. Eğer bilgi sağlık okuryazarlığının bir parçası ise her ikisinin de ölçülmesi zorunludur (1).

Tıp Enstitüsünün ayırdığı dört kategoriye göre sağlık okuryazarlığının incelenmesi için geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan değerlendirme araçları aşağıda verilmiştir (1,82):

- Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults =TOFHLA)—yazılı okuryazarlık ve işlem yapma
- Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine=REALM)—yazılı okuryazarlık
- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Skalası (Health Activities Literacy Scale=HALS)—yazılı okuryazarlık ve işlem yapma
- Son Yaşam Bulguları Ölçeği (The Newest Vital Sign=NVS)—yazılı okuryazarlık ve işlem yapma

2.5.1. Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)

İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilen test iki bölümden oluşur. Birinci bölüm katılımcılara bir etiket üzerindeki tıbbi talimatları ve bir tanı işlemi için yönergeleri sunmaktadır. Katılımcılar senaryoları gözden geçirerek sorulara yanıt vermektedir. Testin ikinci bölümünde, katılımcılar tıbbi konular hakkında verilen metin pasajlarını okur, seçilen kelimeler ile boşluklu bölümleri doldurur. Katılımcılar boşluklu alanları çoktan seçmeli listedeki kelimeleri kullanarak doldurmak zorundadır. TOFHLA puanları 0-100 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar daha iyi okuryazarlığını gösterirken 60 puanın altı yetersiz okuryazarlığını göstermektedir. TOFHLA'nın kısa formu da mevcuttur. TOFHLA, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için en sık kullanılan bir araçtır ve psikometrik özellikleri oldukça iyidir. Fakat uygulama süresinin uzun olması (kısa versiyonu için 7-10 dakika, uzun versiyonu için 18-22 dakika) onun yoğun primer bakım ortamlarında kullanımını engellemektedir (83).

2.5.2. Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM)

REALM hızla uygulanabilen (<5 dakika) bir testtir. İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilir (84). Telaffuzdaki zorluk sırasına göre basit tek heceli kelimeler (örneğin; hap, göz) ile başlayan, çok heceli kelimeler ile biten (örneğin; antibiyotik, potasyum), 66 tıbbi terimden oluşan bir kelime tanıma ve telaffuz testidir. Katılımcı listeyi aşağıya doğru okurken araştırmacı doğru telaffuz edilen kelimelerin sayısını puanlandırır. Her doğru kelime için “bir” puan verilir. Puanların toplamı eşdeğer okuma düzeylerine göre dört kategoriye karşılık gelir: 0–18 puan arası 3. dereceye eşit veya daha az; 19–44 puan arası 4.-6. dereceye eşit; 45-60 puan arası 7.-8.dereceye eşit ve 61-66 puan arası 9. dereceye eşittir. Hem klinik hem de toplumsal alanlarda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için yararlı araçlar olmasına rağmen ne REALM ne de TOFHLA sağlık okuryazarlığının yapısal karmaşıklığını yakalamak için uygun değildir. Her ikisi de sağlıkla ilgili terimleri ve metinleri kullanarak temel yazılı okuryazarlığı ölçer. TOFHLA rakamsal işlemleri de içerir. Ancak, sağlık okuryazarlığı kelime tanıma, metin anlama ve matematiksel becerilerden daha fazlasını gerektirir. Sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilen bilgi, beceri ve görev takımı sağlık sistemi ile sınırlı değildir. Tıp Enstitüsü tarafından tanımlanan çeşitli bağlamlarda faaliyetlerin geniş bir yelpazesini oluşturur, temel yazılı okuryazarlık ölçümleri ile değerlendirilemez (1).

2.5.3. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Skalası (HALS)

HALS testi sağlıkla ilgili beş alanda düzyazı, ölçüm ve veri öğelerini içerir. Bu öğeler; sağlığı geliştirme, sağlığı koruma, hastalık önleme, sağlık bakımı ve maliyeti ile sistem yönlendirmesidir. Beşli likert tipindeki skala 0-500 puan arasında puanlandırılır ve tamamlanması bir saat sürmektedir. Daha geniş bir vadede sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için potansiyel değerinin olmasına rağmen, HALS’ın uzun olması pek çok araştırma çalışmalarında onun kullanımını engeller (85).

2.5.4. Son Yaşam Bulguları Ölçeği (The Newest Vital Sign=NVS)

NVS, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bireyleri saptamada güvenilirlik kapasitesine sahip hızlı bir tarama yöntemidir. İngilizce ve İspanyolca sürümleri mevcuttur. Katılımcıların bir dondurma kutusunun besin etiketindeki bilgileri ayıklaması ve daha sonra etiketteki bilgileri yorumlayarak altı soruyu cevaplandırması gerekmektedir. Her doğru yanıt için “bir” puan verilir ve puanların toplamı sağlık

okuryazarlık düzeyini gösterir. Dördün altındaki puanlar sınırlı sağlık okuryazarlığını gösterir. NVS'deki işlemsel sorular hem okuduğunu anlamayı hem de matematiksel yeteneği gerektirir. Tüm bu yetenekler temel sağlık bilgisini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilendirilir (86). NVS'nin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde primer bakım ortamlarında zaman, maliyet ve klinik yararlar açısından fayda sağladığı belirtilmektedir (82, 85).

2.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HİPERTANSİYON KONTROLÜ

Yüksek kan basıncının kontrol altına alınmasında güçlü bir gösterge olan sağlık okuryazarlığı hipertansiyonun sonuçları, tedavisi ve öz yönetimi ile yakından ilişkilidir (87-92). Kardiyovasküler sonuçların önlenmesinde kan basıncının kontrol altına alınması önemlidir (93). Kan basıncı kontrolü üzerine yapılan çalışmalarda, sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeyde olan bireyler için tıbbi tedaviye bağlı kalma, düzenli aralıklarla tıbbi kontrolden geçme, diyet ve yaşam biçimini değiştirme gibi görevleri yerine getirmenin zor olabileceği gösterilmiştir (94). Sınırlı sağlık okuryazarlığı sadece hipertansif bireyleri etkilemekle kalmaz. Aynı zamanda sağlıklı bireylerde artmış hipertansiyon riski, daha düşük düzeyde fiziksel aktivite ve kötü sağlık algısı ile ilişkilidir (95,96). Bu nedenle tüm bireylerin hipertansiyonun tanımını, semptomlarını ve tedavi edilmediği takdirde ortaya çıkabilecek komplikasyonları temel düzeyde anlaması gereklidir. Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında sağlık okuryazarlığının katkısı şu başlıklar altında sıralanabilir (97):

- Genel hipertansiyon bilgisine sahip olma ve kan basıncı ölçümlerinin anlamını bilme,
- Hastalığın belirtilerini, risk faktörlerini ve komplikasyonlarını bilme,
- Yaşam biçimi değişikliklerinin farkında olma,
- Tedavinin amacını anlama ve hastalık sürecini etkili bir şekilde yönetebilmedir.

2.7. HİPERTANSİYON

2.7.1. Hipertansiyonun Toplum Açısından Önemi

Hipertansiyon, ayaktan başvurularda en yaygın primer hastalık tanısıdır. Hastalığın yönetiminde maliyetlerin %30.0'unun ayaktan başvuran 45-64 yaş arasındaki bireylerden, %40.0'ının 60-74 yaş ve üzerindeki bireylerden kaynaklandığı tespit

edilmiştir. Bu durum çalışan yaş grubundaki (45-64 yaş) her 1000 bireyde 1021 ayaktan başvuru olarak düşünülebilir (98). Kan basıncı kontrolünde hedeflere ulaşmadaki başarısızlık aşırı kardiyovasküler ölümlere neden olur. Üç kardiyovasküler olayda (miyokard infarktüsü, inme ve kalp yetmezliği) sadece akut yatış için yıllık maliyetin beş Avrupa ülkesi dikkate alındığında 11 milyar avroya ulaştığı tahmin edilmiştir. İtalya’da kontrol altına alınmamış hipertansiyon nedeniyle üç kardiyovasküler olayın yıllık maliyeti 2003 yılında 16 milyar avro olarak gösterilmiştir. Bu maliyete antihipertansif ilaç tedavisinin maliyeti olan üç milyar avro eklendiğinde toplam maliyetin 19 milyar avroya ulaştığı saptanmıştır (99).

2.7.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Değiştirilebilir, önlenabilir ve kontrol edilebilir risk faktörleri ile hipertansiyon epidemik oranlara ulaşmıştır (100). Küresel olarak kardiyovasküler hastalıklar halen tüm ölümlerin üçte birinden-yıllık 17 milyon ölümden sorumlu tutulmaktadır. Bu ölümlerin dokuz milyonundan hipertansiyonun komplikasyonları sorumludur. Hipertansiyon kalp hastalığı nedeniyle meydana gelen ölümlerin %45.0’inden, inme nedenli ölümlerin %51.0’inden sorumludur (32).

2008 yılında dünya genelindeki 25 yaş ve üzerindeki erişkinlerin %40.0’ı hipertansiyon tanısı almıştır (32, 101). Yaşla birlikte artış gösteren hipertansiyon prevalansının günümüzde %30.0-45.0 arasında olduğu tahmin edilmektedir (32). Nüfusun artması, yaşlanma, sağlıksız diyet, tütün kullanımı, alkolün kötüye kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, aşırı kilo artışı ve inatçı strese maruz kalma gibi davranışsal risk faktörleri hipertansiyon prevalansının artmasına katkıda bulunan faktörlerdir (101). En yüksek prevalanslar Afrika bölgesinde görülmektedir. Bu bölgedeki 25 yaş ve üzerinde her iki cinsiyetteki erişkinlerin %46.0’sı hipertansiyon tanısı almıştır. En düşük prevalansın görüldüğü ülkeler Çin ve Amerika’dır. Çin’de hipertansiyon prevalansı her iki cinsiyette %20.0 iken bu oran Amerikalılarda %35.0’dır. Cinsiyete göre hipertansiyon prevalansı incelendiğinde, DSÖ’nün tüm bölgelerinde erkeklerde artmış kan basıncı kadınlardan önemsiz derecede yüksektir. Bu farklılık sadece Amerikalı ve Avrupalılarda istatistiksel olarak önemlidir. Erkekler 45 yaşına kadar kadınlardan daha yüksek oranlara sahiptir. Bu oranlar 45-54 yaşları ile 55-64 yaşları arasında eşitlenmekte, daha sonra kadınlar erkeklerden daha yüksek oranlara sahip olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere hipertansiyon görülme oranlarının gelişmiş ülkelere göre iki kat daha fazla olduğu

gösterilmiştir. Ülkeler gelir durumlarına göre incelendiğinde yüksek gelirli ülkelerde %35.0'den daha düşük prevalanslar görülürken diğer ülkelerde bu oran %40.0'lara ulaşmaktadır (32, 101-103).

Nüfusun fazla olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yaygın görülmesinin nedenleri zayıf sağlık sistemleri varlığı nedeniyle tanı almayan, tedavi edilmeyen ve hastalığı kontrol altında tutulmayan bireylerin sayısının fazla olmasıdır (32).

Dünyada şu anda hipertansiyonu olan bireylerin ancak %50.0'si hipertansif olduğunun farkındadır. Bunların %50.0'si antihipertansif tedavi almakta olup, antihipertansif tedavi alanların sadece üçte birinde hipertansiyon kontrol altına alınabilmektedir (104). Amerika'da hipertansiyonu olan kişilerde farkındalık oranı %81.5 olarak gösterilmektedir. Tedavi alan hipertansif hastaların oranı %74.9 iken kan basıncı kontrol altında olmayanların oranı %47.5'dir (104). Avrupa'daki hipertansiyon tedavi oranları Amerika'daki oranlardan düşüktür. Avrupa'daki hipertansif hastaların sadece %8.0'inin hipertansiyonu kontrol altındadır (105).

Hastalık, Türk toplumunda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması, ülkemizde hipertansiyonun epidemi boyutlarında yaygın bir sorun olduğunu; bu sorunun yeterince farkında olunmadığını ve tedavi edilmediğini göstermektedir. Buna göre Türk halkında yaklaşık beş milyon erkek ve altı milyon kadın hipertansiyon hastasıdır (106).

2.7.3. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması

Avrupa Hipertansiyon Topluluğu (ESH) ile Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (ESC), hipertansiyonun tanı ve tedavisi üzerine geliştirdikleri kılavuzları DSÖ ve Uluslararası Hipertansiyon Topluluğu (ISH) tarafından geliştirilen kılavuzlarla desteklemişlerdir. Hipertansiyonun güncellenmiş tanımı ve sınıflandırması ESH ve ESC tarafından 2013 yılında yayınlanan kılavuzda sunulmuştur (107).

2.7.3.1. Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması

Kan basıncı hem normotansif hem de hipertansif hastalarda sürekli dalgalanmalar ile karakterize son derece dinamik bir parametredir (99).

Hipertansiyon genellikle belirli bir eşik değerin üzerinde, sistemik arteriyel basınçta kronik bir yüksekliğin var olması durumudur (108). Sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olarak tanımlanır.

SKB ve DKB'nin normal seviyeleri kalp, beyin, böbrekler gibi hayati organların etkili fonksiyonu ile genel sağlık ve iyilik hali için özellikle önemlidir (32).

**Tablo 2. 1. Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımları ve Sınıflandırılması
(ESH/ESC ve WHO/ISH)**

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

Bu kılavuzlara göre hekimin tekrarlayan sfigmomanometrik ölçümlerinde SKB veya DKB değerini $\geq 140/90$ mmHg ölçmesi hipertansif durum olarak değerlendirilmelidir. SKB'nın ≥ 140 mmHg ve DKB'nın < 90 mmHg olması izole sistolik hipertansiyon olarak sınıflandırılmıştır (109-111). 2003 yılında yayınlanan Amerika Birleşik Devletleri Birleşik Ulusal Komite Rehberi (JNC VII) normal ve yüksek normal kan basıncı kategorilerini tek bir başlık altında "prehipertansiyon" olarak birleştirmiştir. Bu bireylerde hipertansiyon gelişme şansının kan basıncı 120/80 mmHg olan bireylerden (normal kan basıncı) daha yüksek olduğu belirtilmiştir (112).

Tablo 2.2. JNC VII Raporuna Göre Hipertansiyon Sınıflama Hedefleri

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

2.7.3.2. Etiyolojisine Göre Hipertansiyonun Sınıflaması

Esansiyel (Primer) Hipertansiyon

Hipertansiyon olgularının %90.0-95.0'inde yüksek kan basıncı sebebinin açıklayabilecek bir nedenin net olarak ortaya konamadığı esansiyel hipertansiyon mevcuttur (113,114). Genetik ve çevresel unsurların bir fenotip oluşturmak üzere etkileşim gösterdikleri,

karmaşık, multifaktöriyel polijenik bir hastalıktır. Esansiyel hipertansiyonun nedenleri arasında genetik düşünceler, çevresel faktörler, tuz, renin'in rolü, sodyum iyonu duyarlılığı, hücre membran bozukluğu ve insülin direnci sıralanabilir. Çevresel etmenler arasında tuz tüketimi, alkol ve obezite önemli yer kaplamaktadır. Her ne kadar kan basıncı üzerinde etkili çevresel unsurlar yeterli düzeyde ortaya konulsa da esansiyel hipertansiyon gelişimine etki eden ve etkileşimleri açıklayan genetik faktörler hakkında sınırlı bir bilgi mevcuttur (114,115).

Sekonder Hipertansiyon

Hipertansif erişkinlerin %5.0-10.0'nunda kan basıncı yükselmesinin özgül bir nedeni saptanabilir. En yaygın sekonder değerlendirme endikasyonu, şiddetli bir kan basıncı yükselmesi, ani başlangıçlı veya kötüleşen hipertansiyon ve ilaç tedavisine yetersiz yanıt veren kan basıncıdır. Sekonder hipertansiyondan şüphelenildiğinde klinik öykü, fizik muayene ve rutin laboratuvar araştırmaları ile basit bir tarama yapılmalıdır (111, 116).

Tablo 2.3'te etiyojisine göre sekonder hipertansiyon nedenleri sıralanmıştır.

Tablo 2.3. Etiyojisine göre sekonder hipertansiyonun nedenleri

Eksojen madde
—Oral kontraseptif tabletler
—Glukokortikoidler
—Gliserizinin asit
—Eritropoietin
—Siklosporin
—Steroid dışı anti-inflamatuar ilaçlar
—Akut alkol alımı
Renal hastalık
—Renovasküler hipertansiyon
—Renal parankimal hastalık
Endokrin hastalık
—Kortikoadrenal hipertansiyon
—Hipertroidizm ve hipotroidizm
—Feokromositoma
—Akromegali
Aort koarktasyonu
Gebelik
—Gebelik ilişkili hipertansiyon

Nörolojik hastalıklar

- Akut serebrovasküler iskemi
- Uyku-apne sendromu
- Guillain-Barre Sendromu
- Kuadripleji
- Ailesel disotonomi

2.7.4. Hipertansiyon İle İlişkili Risk Faktörleri

2.7.4.1. Genetik Faktörler

Hipertansiyonun 40 yaş altındaki kişilerde gelişmesi durumunda genetik faktörlerin rol oynayabileceği gösterilmektedir (32). Hipertansif hastalarda pozitif bir aile hikayesi varlığının sık görüldüğü, hipertansiyonda kalıtımın rolünün %35.0-50.0 arasında değiştiği belirtilmektedir. Kanıtlar öncelikle aileler, ikizler ve evlatlık çocuklardan elde edilmiştir (107).

2.7.4.2. Sosyo-ekonomik Faktörler

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden olan eğitim, gelir ve barınma davranışsal risk faktörleri üzerinde olumsuz etki oluşturarak hipertansiyonun gelişmesine katkıda bulunabilir. Yaşam ve çalışma koşulları zamanında erken tanıya erişimi engelleyebilir. Bu durum tedavi ve komplikasyonların önlenmesinde gecikmelere yol açabilir. Hızlı plansız kentleşme, sağlıksız bir çevrenin sonucu olarak ayaküstü besin tüketimi, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı ve alkolün kötüye kullanımı hipertansiyon gelişimini artırma eğilimindedir. Kan damarlarının yaşlanması, sağlıklı beslenme ve diyetle tuz alımının azaltılması dâhil olmak üzere sağlıklı yaşam aracılığıyla yavaşlatılabilir olmasına rağmen, artan yaşla birlikte kan damarları sertleşir ve hipertansiyon riski artar (32).

2.7.4.3. Davranışsal Risk Faktörleri

Sağlıksız Diyet

Diyetin kronik hastalıklar için bir risk faktörü olarak anahtar rol oynadığı yıllardır bilinmektedir. Ülkelerin gelişmesine paralel olarak, toplumların yaşam biçiminde, beslenme ve sağlık örüntüsünde hızlı değişimler olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaygın olan yağ ve serbest şekerler yönünden zengin, ancak diyet posasının başlıca kaynağı olan kompleks karbonhidratlı besinlerce yetersiz olan, enerji yoğun besinlerle karakterize “bolluk diyeti”nin, sağlık yönünden etkileri son 30-40 yıl içinde belirgin

hale gelmiştir. Fert başına düşen milli gelir yükseldikçe, diyetle hayvansal yağlar artarak kompleks karbonhidratların yerini almaktadır. Refah düzeyi çok yüksek olan toplumlarda serbest şekerlerin diyetteki toplam karbonhidratın %50.0'sini, gelir düzeyi düşük toplumlarda ise %5.0-10.0'unu oluşturduğu belirlenmiştir (117).

Tuz tüketimi ve kan basıncı

DSÖ'nün 2010 yılında yayınladığı raporda aşırı tuz tüketiminin sağlığa etkileri şu şekilde özetlenmiştir (118):

- Tuzla hipertansiyon arasında doza bağlı dolaysız bir ilişki mevcuttur.
- Diyetteki tuzun azaltılması sağlık için faydalıdır.
- Diyetle alınan tuzun 10 gramdan 5 grama düşürülmesi ile inme riski %23.0 ve kardiyovasküler hastalıkların riski %17.0 azaltabilir.
- SKB'nın 10 mmHg düşürülmesi ile koroner kalp hastalıklarında %22.0 ve inmelerde %41.0' lik bir düşüş olur. Bu her yıl yaklaşık üç milyon önlenebilir ölüm anlamına gelmektedir.
- Toplumda tuz tüketiminin azaltılması maliyet etkin sonuçlara sahip halk sağlığı uygulamalarının başında gelmektedir.

Aşırı tuz tüketimi küresel bir problemdir. Dünyadaki yüksek tuz alımının artması sonucunda DSÖ'nün ve Gıda ve Tarım Örgütü (FAO)'nün 2003 yılında yayınladığı raporda kişi başına günde 5 gram ya da daha az (<2000 mg sodyum) tuz tüketilmesi hedefi belirlenmiştir (117).

Pek çok ülkede tuz alımı 9-12 gram/gündür. Tuz alımının 5gram/güne düşürülmesi ile normotansif bireylerin SKB'nda 1-2 mmHg, hipertansif bireylerin SKB'nda ise 4-5 mmHg azalma etkisinin sağlanabildiği gösterilmiştir (119, 120). Türkiye'de günlük tuz alımının diğer ülkelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yetişkinler için önerilen ortalama günlük tuz miktarı yaklaşık 5 gram iken Türkiye'deki günlük tuz alımı ortalaması kişi başı yaklaşık 18 gramdır (121).

Bireysel düzeyde etkili tuz kısıtlamasının başarılması kolay değildir. Tavsiyeler besinlere tuz ilavesinden ve yüksek oranda tuz içeren besinlerin tüketilmesinden kaçınma yönündedir (122).

Yağ-şeker tüketimi ve kan basıncı

Yirminci yüzyılın ilk yarısında, beyaz un ve şeker diyetin başlıca karbonhidrat kaynağı olmuştur. Bu değişiklik sedanter yaşam ile birlikte, yüksek oranda şişmanlık ve diyabetin arkasından hipertansiyon ve kalp hastalıklarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin bitkisel yağların raf ömrünü uzatmak amacıyla uygulanan hidrojenlendirme işlemi sırasında trans yağ asitleri oluşur. Trans yağ asitlerinin, kötü kolesterol olarak bilinen düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyini artırdığı, iyi kolesterol olarak bilinen yüksek dansiteli lipoprotein düzeyini (HDL) azalttığı, böylece daha aterosjenik plazma lipid profili oluşmasına neden olduğu metabolik çalışmalarda gösterilmiştir (117, 123).

Son yıllarda özellikle Akdeniz tipi diyetle ilgi çekilmektedir. Akdeniz diyetinin kardiyovasküler hastalıklar üzerinde koruyucu etkisinin olduğunu raporlamaktadır. Hipertansiyonlu hastalara haftada en azından iki kez balık ve günde 300-400 gram meyve ve sebze tüketmeleri önerilmektedir (124, 125). Bu önerilere Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) yeme planı ile ulaşılabilir. DASH meyve ve sebzeden zengin, yağdan fakir günlük ürünlerle, azalmış sature ve total yağ içeriği olan, başka bir deyişle potasyum, magnezyum, kalsiyum, fiber ve proteinden zengin diyetdir. Bu diyetin, son 10 yılda kan basıncını düşürücü etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. DASH'ın, kontrol diyeti ile karşılaştırıldığında kan basıncında ortalama 5.5/3.0 mmHg düşüş sağladığı saptanmıştır. Hipertansiyonu olan grupta ise DASH ile kan basıncı düşüklüğü daha belirgin olup ortalama 11.4/5.5 mmHg'dır (126).

Tütün ve alkol kullanımı

Sigara ile kardiyovasküler hastalıklar arasında güçlü bir ilişki vardır. Tek bir sigaranın tüketimi kalp hızı ve kan basıncında akut bir yükselmeye neden olur. Buna yol açan mekanizma santral düzeyde ve sinir uçlarında sempatik sinir sisteminin uyarımıdır. Aynı zamanda bu etkinin pasif içicilerde görüldüğü yönünde kanıtlar mevcuttur (127). Sigara içimi bırakıldıktan 30 dakika sonra bu yükselme normale döner. Ağır içicilerde hipertansiyon insidansı artmaktadır. Hipertansif hastalarda sigara içimi sol ventrikül yetmezliğinde artışa ve kardiyovasküler olayların sık görülmesine neden olmaktadır (123). Tütün yasalarının etkili olduğu çoğu Avrupa ülkesinde sigara içme oranlarının azalmasına rağmen bazı ülkelerde ve yaş gruplarında sigara tüketimi hala yaygındır (128). Bu nedenle her hastada tütün kullanma durumu değerlendirilmelidir ve hipertansif içicilere tütün bırakma danışmanlığı yapılmalıdır. Gerekli olduğunda nikotin

replasman tedavisi, bupropion veya vareniclin gibi sigara bıraktırma tedavileri düşünülmelidir (129).

Sigaranın sıklıkla alkol ile birlikte tüketilmesi yüksek kan basıncında çoklu risk faktörlerini oluşturur. Kan basıncı düzeyleri ile alkol tüketimi arasındaki ilişki doğrusaldır. Kan basıncındaki etkileneenin sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna veya elektrolitlerin sellüler transportuna bağlı olabileceği düşünülmektedir (130). Düzenli alkol tüketimi tedavi altındaki hipertansif hastalarda kan basıncını yükseltirken orta düzeyde alkol tüketimi zararlı olmayabilir. Orta düzeyde alkol tüketiminin kardiyovasküler hastalıkların oluşumu üzerine koruyucu bir etkisinin olduğu, bu etkinin özellikle kırmızı şaraptaki polifenollerin varlığı nedeniyle açıklanabileceği gösterilmektedir (131). Bu nedenle alkol tüketiminin hipertansif erkeklerde günde 20-30 gram etanol (2-3 kadeh), kadınlarda 10-20 gram etanol (1-2 kadeh) şeklinde sınırlanması tavsiye edilmektedir. Toplam alkol tüketimi erkekler için haftada 140 gram'ı, kadınlarda 80 gram'ı geçmemelidir (107).

Fiziksel inaktivite

Yetersiz fiziksel aktivite kan basıncından ve diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak kardiyovasküler nedenli ölümlerin güçlü bir göstergesidir (111). Düzenli fiziksel aktivite hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisi ile kardiyovasküler riskin ve mortalitenin azaltılmasında yarar sağlayabilir. Fiziksel aktivite yürüyüş, koşu, bisiklete binme ve yüzmeden oluşan dinamik ve aerobik egzersizleri içerir. Orta şiddetteki fiziksel aktivite kan basıncını düşürür, vücut ağırlığını, vücut yağını ve bel çevresini azaltır, insülin duyarlılığını ve HDL kolesterol seviyelerini artırır (132, 133). Hipertansif hastalara haftanın 5 veya daha fazla günü en azından 30 dakika süre ile toplam 150 dakika orta şiddette dinamik aerobik egzersiz yapmaları önerilir (134). Bu şekildeki egzersizin kan basıncında 3.0/2.4 mmHg düşüş sağladığı belirtilmektedir (107). Egzersizin diğer şekillerinden olan izometrik egzersizler (hareket etmeksizin kasların zorlanması, geliştirilmesi) önerilmez çünkü bu tür egzersizler daha yüksek kan basıncı ile ilişkilidir (135).

2.7.4.4. Metabolik Risk Faktörleri

Obezite

Obezite, vücut dokularında anormal ve aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, beden kitle indeksinin (BKİ) 25 kg/m² veya daha fazla olmasını fazla kiloluluk,

30 kg/m² veya daha fazla olmasını obez olarak sınıflandırmaktadır. Dünya genelinde 1980 yılından itibaren obez bireylerin sayısının katlanarak arttığı, 2008 yılında 20 yaş ve üzerindeki erişkin bireylerin %11.0'inin obez olduğu belirtilmektedir (136).

BKİ: [Vücut ağırlığı (kg)]/ [Boy (m)]²; boya göre ağırlık artışını gösterdiği için yetişkinlerde kullanılması önerilmektedir. Erişkinler için 20-25 kg/m² arasındaki BKİ normal kabul edilmektedir (117).

Tablo 2.4. BKİ'ne göre ağırlığın sınırlandırılması ve komorbidite riski

Sınıflandırma	BKİ(kg/m ²)	Komorbidite riski
Düşük kilo	<18.5	Düşük (ancak diğer klinik sorunlar artar)
Normal kilo	18.5-24.9	Orta derecede
Preobez	25.0-29.9	Artmış risk
I. Derecede Obez	30.0-34.9	Orta derecede artmış
II. Derecede Obez	35.0-39.9	Şiddetli
III. Derecede Obez	≥40	Çok şiddetli

Kan basıncı ve BKİ birbiri ile yakından ilişkilidir. BKİ yükseldikçe hipertansiyon gelişiminde relatif risk artar (106). Hipertansif hastaların çoğunun obez olduğu, obez bireylerin hipertansiyona, hipertansif hastaların da kilo almaya eğilimli olduğu saptanmıştır. Obezitenin böbreklerden sodyumun geri emilimini artırarak hipertansiyona yol açtığı belirtilmektedir (99). Hipertansif olmayan bireylerde hipertansiyonun önlenmesi ve hipertansif bireylerde kan basıncının azaltılması için sağlıklı vücut ağırlığının (BKİ yaklaşık 25 kg/m²) sağlanması önerilmektedir (137). Vücut ağırlığında ortalama beş kg kaybın, SKB'da 4.4 mmHg ve DKB'da 3.6 mmHg azalma sağlayacağı belirtilmektedir. Kilo kaybı aynı zamanda antihipertansif tedavinin etkinliğini geliştirir (138, 139).

Diyabet ve insülin direnci

Tip 1 ve Tip 2 diyabet hastalarında hipertansiyon yaygın bir komorbid durumdur. Tip 2 diyabetli hastaların üçte ikisinin, Tip 1 diyabet hastalarının yarısının aynı zamanda hipertansiyon hastası olduğu bildirilmektedir. Hipertansiyonun diyabetli bireylerde hiperglisemi gelişimi ile makro ve mikrovasküler komplikasyonların hızlanmasına neden olduğu bildirilmektedir (140, 141).

İnsülin direnci; hücre, doku veya organizmanın normal yanıtının ortaya çıkması için gerekli olan insülin miktarının normalden fazla olmasıdır. İnsülin direncinin erken dönemlerinde insülin konsantrasyonlarında kompanzatuvar bir artış olmaktadır. Hiperinsülinemi, insülinin bazı biyolojik etkilerine karşı direnci kompanse edebilmesine rağmen, insülin duyarlılığının normal veya minimal olarak bozukluğu dokularda insülin etkisinin aşırı olmasına yol açabilir. Hipertansif kişilerde çoğunlukla glikoz intoleransı ve hiperinsülinemi tespit edilmektedir. Plazma insülin konsantrasyonunun yükselmesiyle plazma katekolamin konsantrasyonunda artış olmakta, bu da kan basıncının yükselmesine neden olabilmektedir (142).

Dislipidemi

Dislipidemi; LDL-kolesterol, HDL-kolesterol ve trigliserit düzeylerindeki anormallikleri içerir. Hipertansiyon ve dislipideminin bir arada bulunması “lipitansiyon” olarak tanımlanmaktadır. Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar lipitansiyon prevalansının %15.0-31.0 oranında olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon, kollojen ve fibronektinin endotel hücre sentezini artırarak, nitrit oksit bağımlı vasküler gevşemeyi azaltarak, lipoproteinlerin geçirgenliğini artırarak değişen oksidatif stres aracılığıyla endotele hasar verir. Hipertansiyon ayrıca lipid oksidasyon enzimleri ile ilişkilidir. LDL, özellikle okside edilmiş LDL, endotel disfonksiyonunun en önemli nedenlerindendir (143).

Metabolik Sendrom

Hipertansiyon, abdominal obezite, dislipidemi ve insülin direnci ile ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerinin bir arada bulunması “metabolik sendrom olarak” tanımlanmaktadır. Metabolik sendrom için belirlenen risk faktörleri aşağıda verilmiştir (144).

Tablo 2.5. Metabolik sendrom için risk faktörleri

Bel çevresi	: Erkekler için > 102 cm, kadınlar için > 88 cm
Kan basıncı	: Sistolik $\geq$ 130 mmHg ve/veya diyastolik $\geq$ 85 mmHg
Açlık kan şekeri	: $\geq$ 110 mg/dL
Trigliserit	: $\geq$ 150 mg/dL
HDL Kolesterol	: Erkeklerde <40 mg/dL , kadınlarda < 50 mg/dL

Hipertansiyon metabolik sendromun en önemli belirtilerinden biridir ve en azından üç veya beş risk faktörünü içerir (Tablo 2.5). Son analizler çoğu sanayileşmiş ülkelerde erişkin nüfusun %10.0'u ile %30.0'unun metabolik sendroma sahip olduğunu, bu durumun Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde etkili bir öncü olduğu belirtilmektedir (98, 145).

2.7.5. Hipertansiyonda Hedef Organ Hasarının Belirtileri

Hipertansiyon serebrovasküler hastalıkların, iskemik kalp hastalıklarının, kalp ve renal yetmezliklerin gelişiminde önemli bir etiyolojik rol oynar. Hipertansiyonun tedavi edilmesi ile inme riskinde %40.0, miyokard infarktüsü riskinde %15.0 azalma olacağı belirtilmektedir. Küresel düzeydeki veriler, serebrovasküler hastalıkların %62.0'sine, iskemik kalp hastalıklarının %49.0'una suboptimal kan basıncının (SKB > 115 mmHg) katkıda bulunduğunu göstermektedir (110).

Hipertansif Kardiyak Hasar

Hipertansif kalp hastalığında bireyin kalbinde meydana gelen yapısal değişiklikler, temel olarak kardiyak iletimde bozukluklara ve dengesizliklere eşlik eder. Bu değişiklikler, eşlik eden bir kardiyak iskemi ya da öncesinde gelişen bir miyokard infarktüsü ile beraber olabilir. Hipertansiyon, iletim bozukluklarından özellikle atriyal fibrilasyona neden olarak kardiyovasküler morbidite, mortalite ve embolik inme riskinde belirgin olarak artışa neden olur (146).

Hipertansif Vasküler Hasar

Kan damarları uzun süren hipertansiyona sekonder hedef organ olarak yaş, cinsiyet, kalp hızı, kan basıncı ve BKİ gibi birçok fizyolojik durumdan etkilenebilmektedir. Hipertansiyonlu kişilerde periferik arter hastalığı sıklığı %6.0 olup bu oranın sağlıklı kişilere göre üç kat fazla olduğu bilinmektedir (147).

Hipertansiyon ve Göz

Retina değişikliklerinin izlenmesi, mikrovasküler hasarın doğrudan değerlendirilmesinin en önemli yolu olması nedeni ile hipertansiyonlu her hastada tanı ve takip açısından gereklidir. Hipertansiyon retinal damarlarda arteriosklerozis yoluyla optik fundide değişikliklere yol açmaktadır (144). Alev-şekli hemoraji hipertansiyonun karakteristiğidir, görünümü diyabetik retinopatideki noktasal hemorajilerden oldukça farklıdır (148).

Hipertansif Böbrek Hasarı

Hipertansiyon kronik böbrek hastalığının en önemli nedenidir. Kronik böbrek hastalığı geç evreye kadar asemptomatiktir. Bu durum hipertansiyon ve diyabet gibi komorbiditelerin erken tanı ve tedavisinde gecikmelere yol açabilir (98, 149,150). Tüm hipertansif hastaların değerlendirilmesinde kan üre nitrojen, serum kreatinin, serum elektrolitleri ve özellikle proteinüri açısından renal fonksiyonun rutin ölçülmesi önerilmektedir. Bu ölçümler ilerleyici hipertansif nefrosklerozisin göstergeleridir (144).

Hipertansif Beyin Hasarı

a. İnme

İnme serebral fonksiyonlarda hızlı gelişen, fokal veya global bozuklukla seyreden, klinik bulgularla birlikte semptomların 24 saatten uzun sürdüğü veya vasküler nedenler dışında herhangi bir neden olmaksızın ölümle sonlanan bir tablodur. Hipertansiyon iskemik ve hemorajik inme için en sık görülen risk faktörüdür (151).

DKB'daki 5 mmHg artışın inme riskini %34.0, 10 mmHg artışın inme riskini %57.0 artırdığı belirtilmektedir. Evre 2 veya Evre 3 hipertansiyonu olan bireylerde inme riskinin %50.0-100.0 oranında arttığı saptanmıştır (130).

b. Kognitif Bozukluk ve Demans

Hipertansiyon bilişsel bozukluk ve demans için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bilişsel bozukluk öğrenme, bellek, dikkat, psikomotor beceriler, zihinsel esneklik ile görsel-uzamsal yeteneklerde eksiklikler ile ortaya çıkar. Demans gelişme riskini artırır (152,153). Fonksiyonel ve anatomik değişiklikler yüksek kan basıncının etkisi ile beyinde vasküler sistem üzerinde değişikliklere neden olur (153).

Hipertansif Ensefalopati

Hipertansif ensefalopati hipertansif krizin belirtilerinden biridir. Kan basıncındaki ani bir yükselme ensefalopatiye neden olur (154). Malign hipertansiyon ile ilişkili en tehlikeli durumlardan biridir. Baş ağrısı, mental durumda ve görmede bozulma, gözlerde kararma ile karakterize bir tablodur. Gözlerin önünde dama tahtası görülmesi tipiktir (99).

2.7.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyonun daima belirti vereceğini düşünmek yaygın yanlış bir inanıştır. Çoğu hipertansif hastada hiçbir belirti görülmez. Bazen hipertansiyon baş ağrısı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, uykusuzluk ve burun kanamalarına neden olabilir. Ancak bu belirtilerin önemsenmemesi tehlikeli olabilir (32). Asemptomatik bir hastalık olan hipertansiyonda belirtiler hedef organ hasarı nedeniyle görülmektedir. Anjina, miyokard infarktüsü, torasik aort disseksiyonu, akut pulmoner ödem, iskemik veya hemorajik inmeler ve kronik kalp yetmezliği en sık rastlanan morbid sekellerdir (99).

2.7.7. Hipertansiyonda Tanısal Değerlendirme

Hipertansiyonu olan bir hastanın ilk değerlendirmesinde hipertansiyon tanısı teyit edilmeli, sekonder hipertansiyonun nedenleri belirlenmeli, kardiyovasküler risk ile organ hasarı ve eşlik eden klinik durumlar belirlenmelidir. Bu değerlendirmeler kan basıncının ölçülmesini, aile öyküsünü içeren tıbbi öyküyü, fiziksel muayeneyi, laboratuvar incelemelerini ve daha ileri tanısal testleri içerir (107).

Kan basıncının ölçülmesi

Rutin kan basıncı ölçümleri, hasta en az 5 dakika dinlenmiş ve otururken, kol kalp seviyesinde desteklenmiş durumda yapılmalıdır. Manşonun uygun pozisyonda ve sıkılıkta takılabilmesi için üzerinde bulunan işarete dikkat edilmesi gerekir. Seslerin duyulduğu anda SKB, kaybolduğu anda DKB kaydedilmelidir. Her görüşmede bir iki dakika aralıklarla en az iki ölçüm yapılması önerilmektedir. Eğer ilk iki ölçüm birbirinden oldukça farklı ise ek bir ölçüm daha yapılmalıdır. Uygun görüldüğü takdirde ortalama kan basıncı dikkate alınmalıdır. İlk görüşmede olası farklılıkları belirlemek için her iki koldan ölçüm yapılmalıdır (107).

Tıbbi Öykü

Hipertansiyonun tanısal değerlendirmesinde bireyin kişisel ve ailesel tıbbi öyküsünde araştırılması gereken durumlar şu şekildedir (107,111):

- Önceki yüksek kan basıncı düzeyi ve süresi (evdeki ölçümleri de içermelidir)
- Sekonder hipertansiyon

- Ailevi kronik böbrek hastalığı (polikistik böbrek), renal hastalık, üriner sistem enfeksiyonu, hematüri, ağrı kesicilerin kötüye kullanımı öyküsü
- İlaç ve madde kullanımı (örneğin; oral kontraseptifler, vazokonstriktif burun damlaları, kokain, amfetamin, gluko ve mineralokortikoidler, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, siklosporin)
- Tekrarlayan epizodlarla baş ağrısı, terleme, anksiyete, çarpıntı (Feokromasitoma)
- Kas güçsüzlüğü ve tetani epizodları (Hiperaldosteronizm)
- Tiroid hastalığını düşündüren belirtiler
- Risk faktörleri
 - Ailevi ve kişisel hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, dislipidemi ve diyabet öyküsü
 - Sigara içme ve beslenme alışkanlıkları, son zamanlardaki kilo değişiklikleri, obezite ve fiziksel egzersiz miktarı
 - Horlama; uyku apnesi.
 - Düşük doğum ağırlığı.
- Organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık belirtileri ve öyküsü
 - Beyin ve gözler: Baş ağrısı, baş dönmesi, bozulmuş görme, geçici iskemik atak, damarlarda yeniden yapılanma
 - Kalp: Göğüs ağrısı, nefes darlığı, ayak bileklerinde şişme, miyokard enfarktüsü, damarlarda yeniden yapılanma, senkop, çarpıntı öyküsü, aritmiler, özellikle atriyal fibrilasyon
 - Böbrek: Susama, poliüri, noktüri, hematüri
 - Periferik arterler: Ekstremitelerde soğukluk, aralıklı topallama, ağrısız yürüme mesafesi, periferik damarlarda yeniden yapılanma
 - Kronik akciğer hastalığı
 - Bilişsel bozulma

- Hipertansiyonun yönetimi
 - Şuan ki ve geçmişteki antihipertansif tedavi alımı, tedaviye bağımlılık durumu, ilaçların etkinliği ve yan etkileri
- Bireysel, ailesel ve çevresel faktörler

Fiziksel muayene

Fiziksel muayenenin amacı hipertansiyon tanısını doğrulamak, hipertansiyonun sekonder nedenlerini incelemek, kardiyovasküler risk tahminini ayırmaktır. Kan basıncı her iki koldan ölçülmelidir. İki koldaki ölçüm arasındaki farklılıklarda SKB> 20 mmHg ve/veya DKB>10 mmHg bulunursa vasküler anormalliklerin daha fazla araştırılması gerekir (107).

Hipertansiyonda laboratuvar incelemeleri

İncelemeler, en basitten en karmaşığa doğru gerçekleştirilmelidir. Rutin testlerin (hemoglobin, hemotokrit, kolesterol, trigliserit, potasyum, sodyum, ürik asit, kreatinin, 12 saatlik EKG) yanı sıra ilave testler (hemoglobin A1C, kantitatif proteinüri, holter izlemi, karotis ultrasonu, fundoskopi, nabız dalgası hızı ölçümü ve ayak bileği indeksi) ve genişletilmiş değerlendirme (serebral, renal, kardiyak ve vasküler hasara yönelik arteriyografiler, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme) yapılmalıdır (107).

2.7.8. Hipertansiyon Tedavisi

2.7.8.1. Tedavinin Amaçları

- Hipertansif hastaların tedavisinde birincil amaç, kardiyovasküler mortalite ve morbitenin uzun dönemli total riskinde maksimum azalma sağlamaktır. Bu durum artmış kan basıncının tedavi edilmesi kadar sigara içimi, dislipidemi, abdominal obezite ve diyabet gibi değiştirilebilir risk faktörlerinin tümünün tedavi edilmesini, ilişkili klinik durumların uygun yönetimini gerektirir.
- Tüm hipertansif bireylerde kan basıncının 140/90 mmHg'nın altında tutulması önerilmektedir.
- Diyabetli hastalar ile diğer yüksek risk grubundaki hastalarda (inme, miyokard infarktüsü, renal disfonksiyon ve proteinüri) kan basıncı 130/80 mmHg'nın altında tutulmalıdır.

- Hedef kan basıncı değerlerine daha kolay ulaşabilmek için kardiyovasküler hasar gelişmeden önce antihipertansif tedavi stratejilerine başlanmalıdır (111).

2.7.8.2. İlaç Dışı Tedavi

Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Uygun yaşam biçimi değişiklikleri hipertansif olmayan bireylerde hipertansiyonun önlenmesi ve geciktirilmesinde, Evre 1 hipertansif hastalarda ise tıbbi tedavinin önlenmesi - geciktirilmesinde güvenli ve etkilidir. Aynı zamanda hali hazırda tıbbi tedavi alan hipertansif bireylerde antihipertansif ilaçların sayısının ve dozunun azaltılmasına yardım ederek kan basıncının düşürülmesine katkıda bulunur (155).

Kan basıncının düşürülmesine olanak veren ve önerilen yaşam tarzı önlemleri şu şekildedir (156): 1) Tuz kısıtlaması, 2) Sigaranın bırakılması, 3) Alkol tüketiminin azaltılması, 4) Meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile doymuş yağ ve toplam yağ alımının azaltılmasını içeren diyet değişiklikleri, 5) Kilo verilmesi ve uygun vücut ağırlığının sürdürülmesi, 6) Düzenli fiziksel aktivitedir.

Tablo 2.6. Yaşam biçimi değişikliklerinin kan basıncına etkisi

Değişiklikler	Öneriler	SKB'da yaklaşık azalma
Kilo verme	Normal vücut ağırlığının sağlanması ve sürdürülmesi	5-20 mmHg/10 kg
Yeme planının DASH diyetine uyarlanması	Sebze ve meyveden zengin, doymuş ve toplam yağ içeriği azaltılmış bir diyet tüketme	8-14 mmHg
Diyette sodyum kısıtlaması	Diyette sodyum alımının 2.4 gramdan fazla olmaması veya günlük tuz alımının 6 gram ile sınırlandırılması	2-8 mmHg
Fiziksel aktivite	Haftanın çoğu günü günlük en az 30 dakika süre ile düzenli fiziksel aktivite	4-9 mmHg

2.7.8.3. Farmakolojik Tedavi

Tedavi ile kan basıncının düşmesi; tedavinin morbidite ile mortalite oranları üzerine olan etkisi, yaş, cinsiyet, ırk, çevre ve hipertansiyonun organlar üzerindeki hasarı ile direkt olarak ilişkilidir. SKB ve DKB, herhangi bir ilaç grubu kullanılarak kontrol altında tutulmak zorundadır. Bununla beraber, genelde tek bir ilaçtan fazlasına ihtiyaç duyulmaktadır (111).

İlaç tedavisinin prensipleri

1. Tedaviye en düşük dozda başlanmalı, hastanın toleransına göre ilaç dozu yeterli kan basıncı sağlanıncaya kadar arttırılmalıdır.
2. Yan etkileri azaltmak ve hipotansif etkiyi arttırmak için uygun ilaç kombinasyonları kullanılmalıdır. Bu konuda sabit düşük doz ilaç kombinasyonlarından yararlanılabilir.
3. İlk ilaca yeterli yanıt alınamaması veya yan etkiler nedeniyle kullanım zorluğu halinde dozu arttırma yerine başka bir ilaç grubundan seçim yapılmalı veya ikili ilaç kombinasyonu tercih edilmelidir. Kan basıncı kontrolünü sağlamak için üçlü veya dörtlü ilaç kombinasyonu gerektiğinde, bunlardan birisinin mutlaka diüretik olması gerektiği göz önünde tutulmalıdır.
4. Hasta uyumunu arttırmak, kan basıncı değişikliğini azaltmak ve 24 saatlik kan basıncı kontrolünü sağlamak amacıyla uzun etkili, günde bir kez verilebilen ilaçlar tercih edilmelidir. Bilindiği gibi, kan basıncının 24 saat kontrol altında tutulması hedef organ hastalığı oluşumunu azaltan önemli bir etkidir (111).

Özel durumlarda tedavi stratejileri

Genç bireylerde antihipertansif tedavinin yararları diğer risk faktörlerinin varlığında önemli kabul edilir ve kan basınçları $<140/90$ mmHg olmalıdır. Genç hipertansifler bazen DKB'nın izole yüksekliği ile tanı alırlar. DKB normal değerlerde (<90 mmHg) ancak SKB yükselmiş genç bireylerde sadece yaşam biçimi önlemleri alınabilir. SKB ≥ 160 mmHg olan yaşlı bireylerde SKB'nın <150 mmHg düşürülmesi yönünde tavsiyeler güçlü bir şekilde kanıtlanmaktadır. Bununla birlikte 80 yaşın altındaki yaşlı bireylerde SKB >140 mmHg olduğunda antihipertansif tedavi düşünülmelidir. Eğer bireyler sağlıklı ve tedaviyi iyi tolere ediliyorsa hedef <140 mmHg olmalıdır. Kadınlar ilaca bağlı yan etkilere daha fazla maruz kalıyorlar gibi görünse de, erkekler ve kadınlar hipertansiyon tedavisinde kullanılan birçok ilaç grubuna benzer yanıt verirler. Premenopozal kadınlar için ilaç tercihi, kadının hamile kalması ihtimaline karşılık, ilacın fetüs üzerine olan yan etki potansiyeli dikkate alınarak yapılır (107).

Eğer hastalığa eşlik eden kardiyovasküler bir hastalık mevcut ise, ilaç tercihinde kardiyovasküler hastalığın türüne olan etkileri dikkate alınmalıdır. Diyabeti, renal hastalığı ya da metabolik sendromu bulunan hastaların çoğunluğu birden fazla ilaca ihtiyaç duyarlar ve bu ilaç kombinasyonlarına anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinden (ACE) ya da anjiotensin reseptör blokörlerinden (ARBs) biri eklenmelidir (107).

Hipertansiyon tedavisinde başarı; hastanın hastalık algısı, inanışları, hastalık deneyimleri ve tedaviye uyumu ile yakından ilişkilidir (107). ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu hastaların tedaviye uyumu için aşağıdaki önerileri sunmuştur (111):

- Hastaya hipertansiyonun riski ve etkili tedavinin yararı hakkında bilgi verin.
- Tedavi hakkında yazılı ve sözlü açık talimatlar verin.
- Tedavi rejimini, hastanın yaşam tarzına ve gereksinimlerine uygun şekilde belirleyin.
- Mümkünse, günlük alınacak ilaç sayısını azaltarak tedaviyi basitleştirin.
- Hastalığa ilişkin bilgiyi ve tedavi planlarını hastanın eşi veya ailesiyle paylaşın.
- Evde kendi kendine kan basıncı ölçümü ve hatırlatma sistemleri gibi davranışsal stratejilerden yararlanın.

- Yan etkilere (belirli belirsiz dahi olsa) büyük önem verin ve gerekli durumlarda ilaç dozlarını veya tipini değiştirmeye hazırlıklı olun.
- Hastayla tedaviye bağlı kalma konusunda diyalog içinde olun ve sorunları hakkında bilgi edinin.
- Güvenilir destek sistemi ve hastanın ödeyebileceği fiyatlar sunun.

2.7.9. Hipertansiyonun Önlenmesi

Bireysel Yaklaşım

Dünya Hipertansiyon Kontrolü Uzman Komitesi hipertansiyonun primer önlenmesinin önemini vurgulamıştır. Böyle bir müdahalenin amacı yaşlanma ile gözlenen kan basıncını önlemek, toplumda kan basıncı seviyelerini düşürmek, kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltma çabalarında değiştirilebilir risk faktörlerine dikkat çekmektir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar obezitenin, sedanter yaşam biçiminin, tuz alımının ve alkol tüketiminin hipertansiyon gelişimindeki riski artırdığını göstermektedir. Genel toplumda hipertansiyon insidansının azaltılmasında yaşam biçimi değişikliklerinin yapılması gereklidir. Yeme planının DASH diyetine uyarlanması sodyum gibi bireysel mikrobeseinlerin değiştirilmesi kadar önemlidir (144).

Primer korunmada hedef bireyler hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin daha fazla olduğu prehipertansiflerdir. Aile hikâyesinde hipertansiyon olan bireyler ile obezite veya diyabete yatkınlığı olan bireyler vücut ağırlığını, tuz ve alkol kullanımını azaltan ve fiziksel aktiviteyi artıran diyet alışkanlıklarını geliştiren programlar için mükemmel adaylardır. Bu öneriler tüm bireyler özellikle koroner arter hastalığı gibi hipertansiyonla ilişkili durumları olanlar için önemlidir. Hipertansiyonun prevalansı olduğu kadar yüksek kan basıncının farkındalığı, kontrolü ve tedavisi ile ilgili çalışmalar primer önlemlerin etkili bir biçimde uygulanmadığını göstermektedir. Bu yöndeki engeller;

- Kültürel normlar,
- Sağlık bakımı uygulayıcıları tarafından verilen sağlık eğitime yetersiz katılım,
- Sağlık eğitim hizmetlerinde ödenek eksikliği,
- Fiziksel aktivite ile ilgili alanlara erişimde yetersizlik,
- Restoranlarda yiyeceklerin büyük porsiyonlarda sunulması,

- Birçok okul, işyerleri ve restoranlarda sağlıklı gıda seçeneklerinin yetersiz elde edilebilirliği,
- Okullarda egzersiz programlarının yetersizliği,
- Gıda endüstrisi ve restoranlarda gıdalara eklenen fazla miktarda sodyum,
- Sodyumu ve kalorisi düşük gıda ürünlerinin maliyetinin yüksek olmasıdır (144).

Bu engelleri aşmak sadece yüksek riskli nüfusa yönelik değil, aynı zamanda topluluklara, okullara, işyerlerine ve gıda endüstrisine yönelik çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Gıda sektörünün önümüzdeki 10 yıl içinde gıda arzındaki sodyum oranını %50.0 azaltması ve bunun uygulanması halinde toplumda yüksek kan basıncının azalabileceği yönünde yeni öneriler mevcuttur. Diğer önemli bir konu ise bakım sağlayıcı ve hasta arasındaki iletişimin geliştirilmesidir. Çünkü hastanın uzun dönemli alışkanlıklarından vazgeçmesi ve yaşam biçimini değiştirmesi oldukça zordur. İletişim, bakım sağlayıcının hastaya gerekli becerileri öğretebilme yeteneğine güvenmesine ve koruyucu hizmetler için ayrılan süreye bağlıdır. Sağlık kuruluşları hasta eğitimi ve danışmanlığına yönelik eğitim, personel ve destek sağlayarak bu sorunun çözülmesine yardımcı olabilir (144).

Toplumsal Yaklaşım

Entegre toplum temelli müdahale programları, sinerjik etki oluşturmak için farklı türdeki faaliyetlerin kombine edildiği kapsamlı paketlerdir. Hipertansiyonun önlenmesinde toplumsal yaklaşım çok yüksek maliyet etkinlik ve genelleme derecesine sahiptir. Başarılı bir şekilde bilgiyi yayabilme ve toplumun sağlık durumu üzerinde ilgili olan çevresel ve kurumsal politikaları etkileme potansiyeline sahiptir. Ülkeler hipertansiyonun ciddi, yaygın ve maliyetli bir ulusal halk sağlığı problemi olduğunu vurgulayarak ulusal gündemlerinde hipertansiyona öncelik vermelidirler. Hastalığın bir epidemiyolojik ve ekonomik yük olduğu gerçeği her ülkede ortaya çıkarılmalıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve bakımına entegre yaklaşımın bir parçası olarak ülkelerin hipertansiyonla yüzleşerek ulusal stratejiler tasarlaması gerekir. Bu stratejilerde hipertansiyon ile ilişkili diğer önemli ve önlenebilir risk faktörleri ele alınmalıdır. Aynı zamanda sağlık sistemlerinin gelişmesi desteklenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyonun primer önlenmesi ve kontrolü için maliyet etkili hizmetler- hipertansiyon hakkında farkındalığı artırmaya yönelik halk eğitimleri; beslenme, fiziksel aktivite ve sigaranın bırakılması için entegre bir stratejinin

izlenmesi- toplumsal yaklaşımda hipertansiyonun primer önlenmesi ve yönetiminde etkili olacaktır (144).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyonun önlenmesinin rolü

Toplumsal yaklaşımın bir parçası olarak hipertansiyonun primer önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar 40 yaş ve üzerindeki bireylerin kan basınçlarını düzenli olarak ölçmelidir. Normotansif bireylerde bu ölçüm en azından her iki yılda bir yapılmalıdır. Orta düzeydeki hipertansif hastalara fiziksel aktiviteyi artırma, tuz ve doymuş yağ alımını azaltma gibi yaşam biçimi değişiklikleri üzerine tavsiyeler yapılmalıdır. Hipertansiyon, hiperlipidemi, hiperglisemi, obezite ve sigara bozulmuş sağlık durumu ile birbirine bağlı risklerdir. Antihipertansif ilaç tedavisi kardiyovasküler hastaların önlenmesinde önemli başarı hikâyeleri göstermesine rağmen, hastalığın yönetiminde farmakolojik yaklaşım tek başına kullanıldığında sınırlılıklara sahiptir. Randomize kontrollü deneylerde olduğu kadar toplum çalışmaları da çevresel faktörleri hipertansiyonun önemli belirleyicileri olarak göstermektedir. Bu faktörlerin en önemlileri; aşırı vücut yağı ve obezite, sedanter yaşam, alkol tüketimi, tütün kullanımı ve diyetli ilişkili diğer faktörlerdir. Hastalar yaşam biçimlerinde uygun değişiklikler yaparak kan basınçlarında önemli azalmayı başarabilirler. Aile hekimleri gerekli bütünüleyici tedavilere yönelik etkili tavsiyeleri sağlamalıdır (144).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni

Bu araştırma 2013 yılında Çorum İl Merkezinde bulunan devlet okullarının ilk ve orta kademesinde görev yapan öğretmenlerde yapılmıştır.

Çorum, Karadeniz Bölgesinin Orta Karadeniz Bölümü'nde yer alan ve Anadolu'nun kültür merkezlerinden biridir. İlin bir bölümü Karadeniz bölgesinde bir bölümü ise İç Anadolu'dadır. 2012 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ilde merkez ilçeyle beraber 14 ilçe, 24 belde ve 727 köy vardır. İl geneli nüfusu 529 975, merkez nüfusu 265 242'dir. Yüzölçümü 12.796 km²'dir (Türkiye'nin 20. büyük ilidir). Kentsel nüfus oranı %67.6'dır. Bölgenin en gelişmiş sanayi kentlerinden biri olan Çorum dünyanın en iyi leblebi üretimine ve bölgesinin en iyi pirinç üretimine sahiptir. İlde, “yumurta tavukçuluğu” sektörünün yanı sıra toprak ve makine endüstrisi oldukça gelişmiştir.

İl merkezinde sağlık kuruluşu olarak Kamu Hastaneleri Birliği, bir il sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, iki özel hastane, bir göğüs hastalıkları hastanesi, bir semt polikliniği, iki ağız ve diş sağlığı merkezi, bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezi, bir toplum ruh sağlığı merkezi, bir toplum sağlığı merkezi (TSM), 15 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hizmet vermektedir.

İl merkezinde toplam 36 devlet ilk ve ortaokulu bulunmaktadır. Merkez ve merkeze bağlı köyler de dâhil olmak üzere anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lisede görev yapan öğretmenlerin toplam sayısı 3300'dür.

Araştırmanın Türü ve İzinleri

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır. Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Erciyes Üniversitesi etik kurulundan onay alınmıştır. Daha sonra Çorum Valiliği ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Bu izinler doğrultusunda il merkezinde bulunan tüm ilk ve ortaokulların yöneticileri ve öğretmenleri ile görüşülerek yazılı ve sözlü onamlar alınmıştır.

Araştırmanın Örneklemi

İl Milli Eğitim Müdürlüğü aracılığı ile il merkezinde bulunan ilk ve ortaokulların listesi temin edilmiştir. Ülkemizde 2012 yılında 8 yıllık zorunlu eğitim uygulamasının kaldırılmasının ardından 4+4+4 eğitim uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama sonucunda eğitim kurumlarının ilk ve orta kademesi birbirinden ayrılmıştır. Kayıtlara göre il merkezinde 21 ilkokul ve 15 ortaokul bulunmaktadır.. Evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Örneklem seçimine gidilmemiştir. 580 öğretmenin tamamı çalışma kapsamına alınmıştır.

Verilerin toplanması

Çalışmanın verileri 01 Nisan - 31 Mayıs 2013 tarihleri arasında toplandı. Verilerin elde edilebilmesi için konuyla ilgili son literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 50 sorudan oluşan iki aşamalı bir anket formu oluşturuldu. Anket formunun ilk aşaması tüm öğretmenlere yönelik hazırlanmıştır. Bu bölümde öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık-hastalık durumları, daha önce kan basıncı ölçümü yaptırıp yaptırmadıkları, bu ölçüm sonunda hipertansiyon tanısı alıp almadıkları, hipertansiyon hakkındaki genel bilgileri, farkındalıkları sorgulanmıştır. Ayrıca anketin bu bölümünde Son Yaşam Bulguları Ölçeği (SYBÖ=NVS) ile araştırmacı tarafından hazırlanan Kan Basıncı Kavram Testi (KBKT) yer almıştır.

Son Yaşam Bulguları Ölçeği (SYBÖ=NVS)

Weiss et al. (86) tarafından 2005 yılında geliştirilen ve altı maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte bulunan maddeler işlem yapmaya, okuma yeteneğine ve anlama becerilerine yöneliktir. Ölçek bir besin kutusunu okumayı ve anlamayı ölçmektedir.

Ölçeğin uygulanması 3-6 dakika sürmektedir. Katılımcılara bir dondurma etiketi üzerinde yer alan bilgiler verilmektedir. Bu bilgiler ile ilgili altı soru sorulmaktadır:

1) Kutudaki dondurmanın tamamını yerseniz ne kadar kalori almış olursunuz? 2) Günde 60 gram karbonhidrat almanıza izin veriliyorsa kaç kâse dondurma yiyebilirsiniz? 3) Her gün 42 gram doymuş yağ aldığınızı var sayalım, bir öğün dondurma yemeyi bırakırsanız günlük doymuş yağ tüketiminiz ne olur? 4) Günde 2500 kalori alıyorsanız, bir öğün dondurma yerseniz, günlük kalorinizin % kaçını almış olursunuz? 5) Farz edelim ki penisilin, fıstık, plastik eldiven ve arı sokmasına karşı alerjiniz var. Bu durumda, bu dondurmayı yemeniz güvenli midir? 6) Yanıtınız “hayır” ise; neden güvenli değildir?

Her doğru yanıt için “bir” puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “sıfır”, en yüksek puan “altı”dır. Ölçekten alınan dört ve üzerinde puanlar “yeterli” düzeyde sağlık okuryazarlığını (SOY) gösterir.

Puanların değerlendirilmesi

- 0-1 puan: Çok sınırlı sağlık okuryazarlığı
- 2-3 puan: Sınırlı sağlık okuryazarlığı
- 4-6 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

Ülkemizde 2010 yılında Özdemir ve ark. (157) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan ölçeğin iç tutarlılığı (cronbach $\alpha=0.70$) ve madde geçerliliği ($r=0.52$; $p<0.01$) iyi bulunmuştur. Bu çalışmada da ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (cronbach $\alpha=0.71$).

Kan Basıncı Kavram Testi (KBKT)

KBKT, araştırmacı tarafından katılımcılarda hipertansiyon sağlık okuryazarlığının tahmin edilebilmesi amacıyla geliştirilen bir kelime bilgi testidir. Test, kan basıncı ile doğrudan ve dolaylı olarak ilişkili olabilecek 30 kelimedenden oluşmaktadır. Testin geliştirilmesinde 66 kelimedenden oluşan REALM ölçeği göz önüne alınmıştır. Kavram testinde katılımcıların daha önce kan basıncı ile ilişkili bu kavramları duyup duymadıkları sorulmuştur.

Anket formunun ikinci aşaması sadece hekim tarafından hipertansiyon tanısı alan öğretmenlerin sorgulanmasına yönelik hazırlanmıştır. Bu bölümde öğretmenlerin kaç yıldır hipertansiyon hastası oldukları, gördükleri tedavi şekli, kan basınçlarının kontrol

altında olup olmadığı, kan basınçlarını kontrol altında tutmak için hangi önlemleri aldıkları, kan basınçlarının yükselmesi durumunda yaptıkları uygulamalar, beslenme alışkanlıkları, algıladıkları stres düzeyleri, iş dışında düzenli fiziksel aktivite yapip yapmadıkları, hastalıkları hakkında hekimleri tarafından bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri, hekimleri ile iletişimleri, hastalıkları ile ilgili gelişmeleri takip edip etmedikleri, ilaç prospektüsündeki bilgileri okuma ve anlama düzeyleri, hastalıkları ile ilgili eğitim programlarına katılıp katılmadıkları, boy uzunlukları ile vücut ağırlıkları sorgulanmıştır.

Uygulama Öncesi

Hazırlanan anket formlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla 8 eğitimci üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen deneyimlerden yola çıkılarak anket formunda gerekli düzeltmeler yapıldı.

Anket formlarının öğretmenlere ulaştırılarak doldurulması, öğretmenlerin kan basıncı düzeylerinin ölçülmesi ve BKİ'lerinin hesaplanması amacıyla Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri arasından 10 anketör öğrenci seçildi. Seçilen anketör öğrencilere çalışmanın amacı ile anket formunun içeriği ve bölümleri hakkında araştırmacı tarafından eğitim verildi. Verilen eğitimde anketörlere okullara ziyaret sırasında öğretmenlere çalışmanın uygulanma amacı ve süresi hakkında bilgi verilmesinin, öğretmenlerinin sözlü onamlarının alınarak uygun zaman dilimlerinin belirlenmesinin gereği belirtildi. Öğretmenlerin kan basınçlarının anket uygulamasından sonra ölçülmesi üzerinde duruldu. Öğrencilerin ikili gruplar oluşturarak okulları ziyaret etmeleri, yanlarında anket formlarının yanı sıra tansiyon aletlerini ve stetoskoplarını, boy uzunluğunu ve vücut ağırlığını ölçmek için mezura ve baskül bulundurmaları belirtildi.

Uygulama

Araştırma süresince çalışma grubuna alınan öğretmenler anketör öğrenciler tarafından görev yaptıkları okullarında ziyaret edildi. Çalışmanın amacı hakkında öğretmenler bilgilendirilerek anket formlarının doldurulması sağlandı. Doldurulan anket formları öğretmenlerden teslim alınmadan önce öğretmenlerin kan basınçları, boyları ve kiloları ölçüldü. Ölçümlerin kayıtları anket formlarına aktarıldı ve anket formları toplandı. Uygulama sırasında müsait olmayan veya o gün izinli olan öğretmenler için anket formu bırakıldı ve ertesi gün tekrar gidilerek anketler alındı. Ulaşılamayan her öğretmen

en az üç kez ziyaret edildi. 18 öğretmenin askerde olması, 11 öğretmenin doğum iznine ayrılmış olması, 16 öğretmenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve 35 öğretmenin anketi doldurmada isteksiz olması nedeniyle çalışma 500 öğretmenin katılımıyla tamamlandı. Ulaşma oranı %86.2'dir.

Kan Basıncı Ölçümü

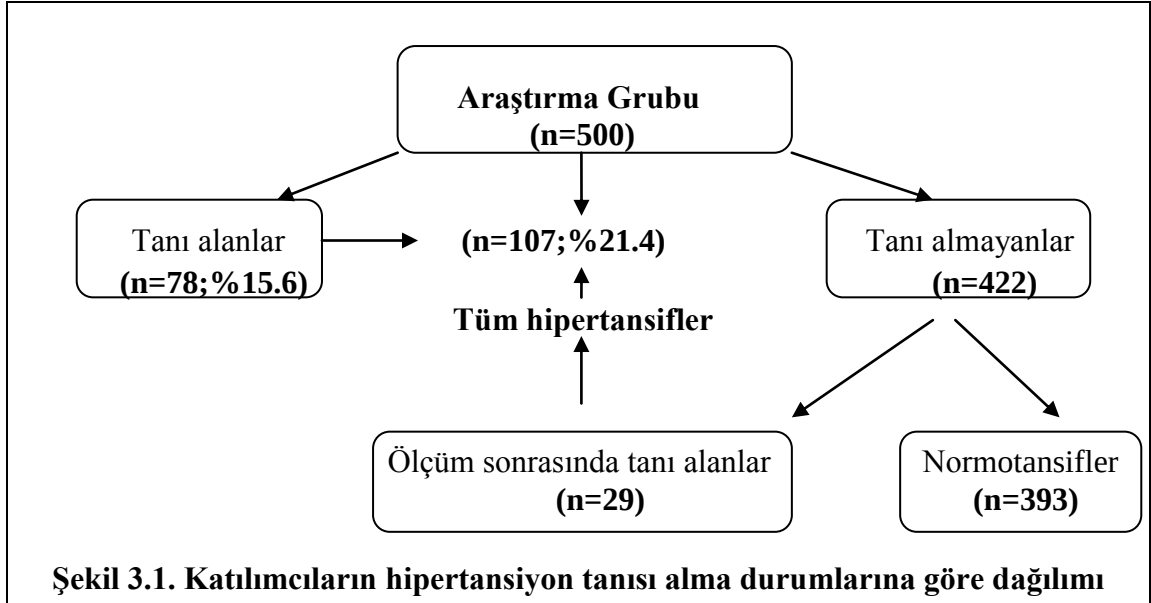
Kan basıncı ölçümü, ölçüm prosedürleri göz önüne alınarak yapıldı (107,112). Bu prosedürlere göre;

1. Öğretmenlerin kan basıncı uygun şekilde kalibre edilmiş doğruluğu onaylanmış Erka marka anoreid tansiyon aletleri ile oskültasyon yöntemi kullanılarak ölçüldü.
2. Doğru ölçüm için standart bir manşon (12-13 cm. genişliğinde, 35 cm. uzunluğunda olan ve kolun en az %80.0'nini saran) kullanıldı.
3. Kan basıncı ölçümüne başlanmadan önce öğretmenlerin en az 5 dakika oturması ve dinlenmesi sağlandı. Kolları kalp seviyesinde desteklendi.
4. İlk ölçümden en az iki dakika aralıklarla ikinci ve üçüncü ölçümler yapıldı. Ölçümler her iki koldan alındı.
5. Sistolik ve diyastolik kan basıncını saptamada Korotkoff seslerinden yararlanıldı. İlk iki veya daha fazla sesin duyulduğu nokta SKB, seslerin kaybolmasından önceki nokta DKB olarak kaydedildi.

Öğretmenlerin kan basınçları aynı aletle üç ölçüm yapılarak kaydedildi ve ortalaması alındı. Kan basıncının değerlendirilmesinde JNC'nin VII. raporundaki sınıflama göz önüne alındı. Bu sınıflamaya dayanarak kan basıncı; 120/80 mmHg altında ise normal, 120-139 mmHg veya 80-89 mmHg ise sınırda, 140/90 mmHg ve üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmiştir.

Bu araştırmada doktor tarafından hipertansiyon tanısı almış olan katılımcılar ile ölçüm sonrasında kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerinde olanlar hipertansif olarak kabul edildi. Belirlenen hipertansif bireylerden daha önce hipertansiyon tanısı almış olanlar "hastalığının farkında"; tanı alanlardan ölçüm sırasında kan basınçları 140/90 mm Hg'dan düşük ölçülenler "kontrol altında" olarak değerlendirildi. Tanı almadığını belirtenlerden ölçüm sırasında da kan basıncı normal ve sınırda bulunanlar "normotansif" olarak ele alındı.

Araştırma grubunun hipertansiyon tanısı alma durumlarına göre dağılımı Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1’de görüldüğü gibi, araştırma grubunda 78 katılımcının daha önce hipertansiyon tanısı aldığı, araştırma grubunun kan basınçlarının ölçülmesiyle tanı almadığını belirten 29 katılımcının da hipertansif olduğu belirlenmiştir. Böylece araştırma grubundaki tüm hipertansiyonluların sayısı 107’ye (%21.4) ulaşmıştır.

Öğretmenlerin BKİ’lerinin hesaplanmasında DSÖ (117) tarafından önerilen BKİ ile fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması yöntemi kullanıldı. BKİ’si 18.5’in altında olanlar zayıf, 18.5-24.9 arasında olanlar normal, 25.0-29.9 arasında olanlar hafif şişman, 30.0 ve üzerinde olanlar şişman olarak değerlendirildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 17.0 programı yardımıyla değerlendirildi. Katılımcıların sigara içme ve alkol kullanma durumları, genel sağlık algısı, iş dışında düzenli fiziksel aktivite yapma durumları, stres düzeyleri, hekimleri ile iletişimleri kendi beyanları doğrultusunda değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde “çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü” olarak sınıflandırılan genel sağlık algısı değişkeni “iyi, orta, kötü” olarak, “hiç”, “az”, “biraz”, “çok”, “aşırı” olarak sınıflandırılan algılanan stres düzeyi “hiç-az”, “biraz” ve “çok-aşırı” şeklinde yeniden sınıflandırıldı. Değerlendirilmelerde Ki-kare testi, Fisher’s Exact Test, bağımsız gruplarda t testi, Pearson Korelasyon analizi ile Binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken olarak ele alındı. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler modele alındı.

Tablo 3.1. Lojistik regresyon analizinde modele alınan bağımsız değişkenler ve özellikleri

Bağımsız değişkenler	Sınıflaması	Özelliği
Sosyo-demografik özellikler		
Yaş grupları	1-25-34, 2-35-49, 3-50-64	Nominal
Cinsiyet	1-Erkek, 2-Kadın	Nominal
Medeni durum	1-Evli, 2-Bekar/eşinden ayrılmış/eşi ölmüş	Nominal
Mesleki Özellikler		
Çalışılan kurum	1-İlkokul, 2-Ortaokul	Nominal
Branş	1-Branş öğretmeni, 2-Sınıf öğretmeni	Nominal
Mezuniyet derecesi	1-Lise ve ön lisans, 2-Lisans ve üzeri	Nominal
Hizmet süresi	1-1-10 yıl, 2-11-20 yıl, 3-21-30 yıl, 4-31 yıl ve üzeri	Nominal
Eşin mesleği	1-Eğitimci, 2-Sağlık personeli, 3-Ev hanımı, 4-Diğer sektör personeli ve kendi adına çalışan	Nominal
Klinik özellikler		
Genel sağlık algısı	1-İyi, 2-Orta/kötü	Nominal
Sağlık sorunu olmaksızın hekime gitme sıklığı	1-Her zaman, 2-Ara sıra, 3-Hiçbir zaman	Nominal
Öncelikle başvuru alan sağlık kuruluşu	1-ASM/aile hekimi, 2-Devlet/Üniversite Hastanesi 3-Özel hastane/poliklinikler	Nominal
Kronik hastalık tanısı	1-Yok, 2-Var	Nominal
Sigara içme durumu	1-İçmiyor 2-İçiyor	Nominal
Alkol kullanma durumu	1-Kullanmıyor, 2-Kullanıyor	Nominal

Binary lojistik regresyon analizinde “Forward Regresyon” modeli kullanıldı. Modelin önemliliği için Omnibus testleri, uyum iyiliği için Hosmer ve Lemeshow testi kullanıldı. Lojistik regresyon modelinin son aşamasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerin tablosu yapıldı. Değişkenlerin karşılaştırılmasında ilk grup referans grup olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırma 500 kişinin katılımıyla tamamlandı. Tüm katılımcıların %66.4 erkek, %33.6sı kadındır. Araştırma grubunda daha önce hipertansiyon tanısı almış olan 78 kişi (%15.6) bulunmaktadır. Analizler daha önce hipertansiyon tanısı alanlar üzerinden yapıldı. Tüm grubun %57.6sı, hipertansiyonu olanların %51.3 35-49 yaş aralığındadır. Araştırma grubunun yaş ortalaması 42.91 ± 8.75 , hipertansiyonlu kişilerin yaş ortalaması 48.35 ± 7.53 dr.

Araştırma grubunun tanımlayıcı zellikleri Tablo 4.1de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri

	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları				
25-34 yaş	93	18.6	4	5.1
35-49 yaş	288	57.6	40	51.3
50-64 yaş	119	23.8	34	43.6
Cinsiyet				
Erkek	332	66.4	59	75.6
Kadın	168	33.6	19	24.4
Medeni durum				
Evli	463	92.6	73	93.6
Bekar/eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	37	7.4	5	6.4
Mezun olduğu okul türü				
Öğretmen lisesi/ön lisans	102	20.4	27	34.6
Lisans/yüksek lisans	398	79.6	51	65.4
Eşinin mesleği (n=463; n=73)				
Çalışıyor	303	65.4	45	64.1
Eğitimci (öğretmen, akademisyen vb.)	188	62.0	27	60.0
Sağlık personeli (doktor, hemşire vb.)	30	9.9	3	6.7
Diğer sektör personeli ve kendi adına çalışan	85	28.1	15	33.3
Ev hanımı	160	34.6	28	35.9

Araştırma grubunun mesleki özellikleri Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma grubunun mesleki özellikleri

	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
Şu an görev yapılan kurum				
İlkokul	269	53.8	50	64.1
Ortaokul	231	46.2	28	35.9
Branşı				
Sınıf öğretmeni	238	47.6	50	64.1
Branş öğretmeni	262	52.4	28	35.9
Branşlara göre dağılım (n=262; n=28)				
Türkçe	36	13.7	5	17.9
Sosyal bilgiler	31	11.8	3	10.7
Fen ve teknoloji	31	11.8	5	17.9
İngilizce	28	10.7	-	-
Teknoloji ve tasarım	22	8.4	2	7.1
Matematik	21	8.0	4	14.3
Beden eğitimi	20	7.6	2	7.1
Din kültürü ve ahlak bilgisi	19	7.3	4	14.3
Rehber öğretmen	14	5.3	-	-
Görsel sanatlar	13	5.0	1	3.6
Müzik	11	4.2	2	7.1
Resim	10	3.8	-	-
Bilişim Teknolojileri	6	2.3	-	-
Hizmet süresi				
1-10 yıl	85	17.0	2	2.6
11-20 yıl	205	41.0	20	25.6
21-30 yıl	130	26.0	30	38.5
31 yıl ve üzeri	80	16.0	26	33.3

Araştırma grubunun %53.8'i ilkokullarda görev yapmakta olup, %47.6'sı sınıf öğretmenidir. Tüm grubun %41.0'i meslekte 11-20 yıl arasında görev yapmaktadırlar. Hipertansiyonu olan kişilerin %64.1'inin ilkokullarda sınıf öğretmeni olarak görev yaptığı ve %38.5'inin hizmet süresinin 21-30 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun hizmet yılı ortalaması 19.64±9.27 yıldır.

Araştırma grubunun kronik hastalık durumu Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3.Araştırma grubunun kronik hastalık durumu

	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
Doktor tarafından tanı konulmuş kronik hastalık				
Var	182	36.4	28	35.9
Yok	318	63.6	50	64.1
Kronik hastalıklar				
Hipertansiyon	78	15.6	-	-
Kalp-damar hastalıkları	23	4.6	8	28.5
Tiroid bozuklukları	23	4.6	3	10.7
Diyabet	18	3.6	9	32.1
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	17	3.4	4	14.3
Servikal ve lomber herniler	16	3.2	-	-
Diğer (Vertigo, depresyon ve üriner bozukluklar)	7	1.4	4	14.3

Araştırma grubunun %36.4'ünde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır, %15.6'sının daha önce hipertansiyon tanısı aldığı belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan kişilerin %35.9'u hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığının olduğunu ifade etmiştir. Bu kişilerde hipertansiyona komorbid hastalıklar ise sırasıyla %32.1 ile diyabet, %28.5 ile kalp-damar hastalıkları ve %14.3 ile KOAH'dır.

Araştırma grubunda sigara içme ve alkol kullanma durumu Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırma grubunda sigara içme ve alkol kullanma durumu

Sigara içme durumu	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
Hiç içmemiş	266	53.2	38	48.7
Bırakmış	108	21.6	25	32.1
Ara sıra içiyor	51	10.2	6	7.7
Her gün içiyor	75	15.0	9	11.5
Her gün sigara içenler (n=75; n=9)				
* Günde 1-5 adet	16	21.3	2	22.2
* Günde 6-10 adet	28	37.4	1	11.1
* Günde 11-15 adet	13	17.3	2	22.2
* Günde 16 adet ve üzeri	18	24.0	4	44.5
Alkol kullanma durumu				
Hiç içmemiş	381	76.2	57	73.1
Ara sıra içiyor	103	20.6	17	23.8
Haftada en az bir bardak içiyor	16	3.2	4	5.1

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, sigara içenlerin (ara sıra ve her gün içenler) oranı tüm grupta %25.2’dir. Hipertansiyonu olan grupta bu oran %19.2’dir. Tüm grupta sürekli sigara içenlerin %24.0’ü, hipertansiyonu olanların %44.5’i günde 16 adet ve daha fazla sigara içmektedir. Alkol kullanma oranı (ara sıra ve haftada en az bir bardak) tüm grupta %23.8 ve hipertansiyonu olanlarda %28.9’dur.

Araştırma grubunun sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgiye erişimde kullandıkları kaynakların dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi kaynaklarını kullanma durumu

Bilgi kaynakları	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
İnternet	490	98.0	77	98.7
TV/radyo	481	96.2	76	97.4
İlaç prospektüsü	480	96.0	74	94.9
Afiş/poster	476	95.2	74	94.9
Gazete/dergi	470	94.0	74	94.9
Tıbbi form	407	81.4	67	85.9
Broşür/kitapçık	368	73.6	73	93.6

Araştırma grubundaki tüm kişilerin sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgilere erişimde en sık kullandığı kaynaklar; internet, TV/radyo ve ilaç prospektüsüdür.

Araştırma grubunun medyadaki sağlık konuları ile ilgilenme durumları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun medyadaki sağlık konuları ile ilgilenme durumları

Sağlık konuları	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastalıklar ve tedavi metotları	364	72.8	65	83.3
Sağlıklı yaşam (beslenme, fiziksel aktivite, sigara vb.)	363	72.6	62	79.5
Bilimsel buluşlar	296	59.2	42	53.8
Alternatif tıp	170	34.0	22	28.2
Sağlık Bakanlığı’nın politika ve programları	162	32.4	19	24.4
İlaç ve medikal ürünler	117	23.4	21	26.9

Araştırma grubunun %72.8’i medyada yer alan hastalıklar ve tedavi metotları, %72.6’sı sağlıklı yaşam konuları, %59.2’si bilimsel buluşlar ile ilgilendiğini ifade etmiştir. Hipertansiyonu olan kişilerin %83.3’ü hastalıklar ve tedavi metotları, %79.5’i sağlıklı yaşam konuları ve %53.8’i bilimsel buluşlar ile ilgilendiğini belirtmiştir.

Araştırma grubunun televizyonda yayınlanan sağlık programlarına yönelik düşünceleri Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma grubunun televizyonda yayınlanan sağlık programlarına yönelik düşünceleri

Düşünceler	Tüm grup (n=500)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)	
	Sayı	%	Sayı	%
Faydalı	374	74.8	51	65.4
Güvenilir	201	40.2	30	38.5
Sıkıcı	126	25.2	25	32.1
Çelişkili	23	4.6	3	3.8
Yetersiz	17	3.4	4	5.1
Ticari amaçlı	8	1.6	3	3.8

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının faydalı olduğunu düşünenlerin oranı tüm kişilerde %74.8’dir. Bu oran hipertansiyonlu kişilerde %65.4 ile daha düşüktür. Hipertansiyonu olanların %38.5’i televizyon programlarının güvenilir olduğu görüşüne sahiptir.

Araştırma grubunun SYBÖ’den aldıkları puanların ortalaması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma grubunun SYBÖ’den aldıkları puanların ortalaması

SOY Puanları	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)	Hipertansiyonu olanlar (n=78)	Toplam (n=500)
Min-Max	0-6	0-6	0-6
$\bar{X} \pm SS$	2.13 $\pm$ 1.83	2.06 $\pm$ 1.77	2.12 $\pm$ 1.82
	t= 0.245 p=0.768		

Araştırma grubunun ölçekten aldıkları puanların ortalaması 2.12 $\pm$ 1.82’dir. Ölçekten alınan puanların ortalaması hipertansiyonu olmayan kişilerde 2.13 $\pm$ 1.83’dür. Hipertansiyonu olan kişilerin ölçekten aldıkları puanların ortalaması 2.06 $\pm$ 1.77 olup daha düşüktür. Ancak hipertansiyonu olan ve olmayan kişilerin ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p>0.05).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların SOY düzeyleri Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların SOY düzeyleri

SOY Düzeyleri	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok sınırlı	186	44.1	34	43.6	220	44.0
Sınırlı	125	29.6	24	30.8	149	29.8
Yeterli	111	26.3	20	25.6	131	26.2
	$\chi^2 = 0.044$ p= 0.978					

Araştırma grubunun %44.0’ü çok sınırlı, %29.8’i sınırlı ve %26.2’si yeterli SOY düzeyindedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanların oranı hipertansiyonu

olmayan grupta %26.3'dür. Bu oran hipertansiyonu olan kişilerde %25.6 olup daha düşüktür. Ancak grupların SOY düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$). Araştırma grubunda 136 kişi ölçeğin hiçbir sorusuna doğru yanıt vermemiştir. Ölçeğin birinci sorusuna grubun %16.8'i (84 kişi), ikinci sorusuna %15.0'i (75 kişi), üçüncü sorusuna %14.8'i (74 kişi), dördüncü sorusuna %13.4 (67 kişi), beşinci sorusuna %9.6'sı (48 kişi) doğru cevap vermiştir. 16 katılımcı tüm sorulara doğru yanıt vermiştir. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı becerilerine yönelik düşünceleri Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı becerilerine yönelik düşünceleri

Beceriler	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık kuruluşlarında form doldurabilme							
Formu daima kendi başına okuyabilme ve doldurabilme	393	93.1	73	93.6	466	93.2	0.022/0.882
Formu okuma ve doldurmada yanında eşlik eden kişiden/ sağlık personelinin yardım alma	29	6.9	5	6.4	34	6.8	
Sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen tıbbi kitapçık/ broşürleri anlamada zorluk çekme							
Her zaman/ara sıra	251	59.5	45	57.7	296	59.2	0.087/0.768
Hiçbir zaman	171	40.5	33	42.3	204	40.8	
Sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen tıbbi kitapçık/ broşürleri okuma							
Her zaman okuyor	394	93.4	74	94.9	468	93.6	0.803*
Okumadan imha ediyor	28	6.6	4	5.1	32	6.4	

*Fisher's Exact Test

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlık becerileri "sağlık kuruluşlarında form doldurabilme becerisi", "sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen tıbbi kitapçık/broşürleri anlama becerisi" ve "sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen tıbbi kitapçık/broşürleri okuma ilgisi" olmak üzere üç grupta toplandı.

Tüm grubun %93.2'si sağlık kuruluşlarında verilen formları kendi başına okuyup doldurabildiğini, %59.2'si verilen tıbbi kitapçık/broşürleri anlamada zorluk çektiğini, %93.6'sı kitapçık ve broşürleri her zaman okuduğunu belirtmiştir. “Sağlık kuruluşlarında form doldurabilme becerisi”, “sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen tıbbi kitapçık/broşürleri anlama becerisi” ve “sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen tıbbi kitapçık /broşürleri okuma ilgisi” açısından hipertansiyonu olan ve olmayan kişiler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kendi başına form doldurabilme becerisi hipertansiyonu olan kişilerde %93.6 olup daha yüksektir. Kendilerine verilen tıbbi kitapçık ve broşürleri anlamada zorluk çektiğini ifade edenlerin oranı hipertansiyonu olmayan kişilerde %59.5 iken hipertansiyonu olan kişilerde bu oran %57.7'dir. Tıbbi kitapçık ve broşürleri okumaya ilgili olanların oranı hipertansiyonu olan kişilerde %94.9'dur.

Araştırma grubunun SYBÖ'ndeki maddelere vermiş oldukları doğru yanıtların cinsiyete göre oransal dağılımı Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Araştırma grubunun SYBÖ'deki maddelere verdikleri doğru yanıtların oranları

Madde No	Kısaltılmış Sorular	Doğru Yanıtların Oranı (%)			χ^2/p
		Kadın (n=168)	Erkek (n=332)	Toplam (n=500)	
1	Dondurma kutusunun tamamındaki kalori miktarı ne kadardır?	47.0	31.6	36.8	11.371/0.001
2	Günde alınan 60 gram karbonhidrat kaç kâse dondurma eder?	29.2	20.8	23.6	4.348/0.037
3	Bir öğün dondurmadaki doymuş yağ miktarı ne kadardır?	39.9	33.7	35.8	1.833/0.176
4	Bir öğünlük dondurmanın günlük alınan 2500 kalorigedeki oranı nedir?	57.7	40.4	46.2	13.551/0.000
5	Penisiline, fıstığa, plastik eldivene alerjiniz varsa, dondurma yemeniz güvenli midir?	57.7	33.1	41.4	27.839/0.000
6	Hayırsa, neden güvenli değildir?	42.9	20.8	28.2	26.845/0.000

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi, tüm grubun %46.2'si ölçeğin dördüncü, %41.4'ü beşinci, %36.8'i birinci maddelerine doğru yanıt vermiştir. Kadınlar erkeklere göre ölçeğin tüm maddelerine daha fazla doğru yanıt vermekle birlikte doğru yanıtların verilme oranı

ölçeğin üçüncü maddesi hariç diğer tüm maddelerde anlamlı ölçüde yüksektir ($p < 0.001$, $p < 0.05$).

Araştırma grubunun kan basıncı ile ilişkili kavramları duyma durumları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma grubunun kan basıncı ile ilişkili kavramları duyma durumları

Kavramlar	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Doz	367	87.0	66	84.6	433	86.6	0.314 / 0.575
Komplikasyon	310	73.5	62	79.5	372	74.4	1.256 / 0.262
Endikasyon	232	55.0	37	47.4	269	53.8	1.506 / 0.220
Taşikardi	162	38.4	29	37.2	191	38.2	0.041 / 0.840
İdame	154	36.5	29	37.2	183	36.6	0.013 / 0.908
Semptomatik	156	37.0	26	33.3	182	36.4	0.375 / 0.540
Medikasyon	144	34.1	25	32.1	169	33.8	0.126 / 0.722
Sistemik	148	35.1	17	21.8	165	33.0	5.248/ 0.022
Vasküler	136	32.2	27	34.6	163	32.6	0.171/ 0.679
Vertigo	118	28.0	25	32.1	143	28.6	0.539/ 0.463
Antihipertansif	102	24.2	29	37.2	131	26.2	5.762 / 0.016
Hipotansif	96	22.7	24	30.8	120	24.0	2.322 / 0.128
Diüretik	90	21.3	21	26.9	111	22.2	1.194 / 0.275
Aritmi	76	18.0	17	21.8	93	18.6	0.623 / 0.430
Kardiyomegali	70	16.6	18	23.1	88	17.6	1.912 / 0.167
Sistolik	58	13.7	20	25.6	78	15.6	7.077 / 0.008
Kontrendikasyon	61	14.5	9	11.5	70	14.0	0.465 / 0.495
Hemoraji	57	13.5	11	14.1	68	13.6	0.020 / 0.888
Diyastolik	42	10.0	16	20.5	58	11.6	7.159 / 0.007
Papilla	40	9.5	2	2.6	42	8.4	0.045*
Defekt	33	7.8	5	6.4	38	7.6	0.186 / 0.666
Postural	30	7.1	1	1.3	31	6.2	0.031*
İskemi	22	5.2	8	10.3	30	6.0	2.969 / 0.085
Adverse	27	6.4	2	2.6	29	5.8	0.289*
Diagnoz	21	5.0	1	1.3	22	4.4	0.227*
Senkop	18	4.3	3	3.8	21	4.2	0.865*
Vazodilatör	14	3.3	5	6.4	19	3.8	1.723 / 0.189
Retinopati	16	3.8	2	2.6	18	3.6	0.593*
Sedanter	12	2.8	2	2.6	14	2.8	0.891*
Vazokonstriktif	9	2.1	1	1.3	10	2.0	0.622*

*Fisher’s Exact Test

Araştırma grubunda kan basıncı ile ilişkili en yaygın olarak duyulan kavramlar; “doz”, “komplikasyon” ve “endikasyon” dur. Hipertansiyonu olan ve olmayan kişilerin kan

basıncı ile doğrudan ilişkili olan “sistemik, antihipertansif, sistolik, diyastolik, papilla, postural” kavramlarını duyma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılık “sistemik”, “papilla” ve “postural” kavramlarının duyulması açısından hipertansiyonu olmayan grupta daha yüksektir.

Araştırma grubunun KBKT’de duydukları kavramların sayısı Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Araştırma grubunun KBKT’de duydukları kavramların sayısı

Kavram testinde duyulan kavramların sayısı	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
0- 10 kavram	342	81.1	63	80.8	405	81.0	0.866*
11-20 kavram	71	16.8	14	17.9	85	17.0	
21-30 kavram	9	2.1	1	1.3	10	2.0	

Fisher’s Exact Test

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi, tüm grubun %81.0’i KBKT’den 10 ve altında kavram duymuştur. Hipertansiyonu olmayanların %81.1’i, hipertansiyonu olanların %80.8’i KBKT’ten 10 ve daha az kelimeyi bilmekte olup, gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli SOY düzeyleri Tablo 4.14’de gösterilmiştir.

Tablo 4.14.Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli SOY düzeyleri

Tanımlayıcı özellikler	Yeterli SOY Düzeyleri			χ^2/ p
	n	Sayı	%	
Yaş Grupları				
25-34 yaş	93	41	44.1	21.352/ 0.000
35-49 yaş	288	70	24.3	
50-64 yaş	119	20	16.8	
Cinsiyet				
Erkek	332	61	18.4	31.302/ 0.000
Kadın	168	70	41.7	
Medeni durum				
Evli	463	121	26.1	0.014/0.905
Bekar/eşinden ayrı	37	10	27.0	
Eşin mesleği (n=463)				
Eğitimci	188	60	31.9	16.990/ 0.001
Sağlık personeli	30	12	40.0	
Ev hanımı	160	24	14.9	
Diğer sektör personeli ve kendi adına çalışan	85	25	29.4	
Mezuniyet derecesi				
Öğretmen lisesi/ön lisans	102	18	17.6	4.848/ 0.028
Lisans/yüksek lisans	398	113	28.4	
Branşı				
Sınıf öğretmeni	238	55	23.1	2.244/0.134
Branş öğretmeni	262	76	29.0	
Görev yaptığı kurum				
İlkokul	269	66	24.5	0.834/0.361
Ortaokul	231	65	28.1	
Hizmet süresi				
10 yıl ve daha az	85	34	40.0	15.296/ 0.002
11-20 yıl	205	57	27.8	
21-30 yıl	130	28	21.5	
31 yıl ve üzeri	80	12	15.0	
Toplam	500	131	26.2	

Kişilerin yaş grupları, cinsiyeti, eşlerinin mesleği, mezuniyet dereceleri ve hizmet sürelerine göre yeterli SOY düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$; $p < 0.05$). Yeterli SOY düzeyleri 25-34 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer meslek gruplarına göre eşinin sağlık personeli olduğunu belirtenlerde yeterli SOY düzeyleri daha yüksektir. Mezuniyeti lisans/yüksek lisans derecesinde olanlar ile hizmet süresi 10 yıl ve daha az olanların yeterli SOY düzeyleri daha yüksektir.

Araştırma grubunun SOY düzeylerine göre çeşitli sağlık davranışları Tablo 4.15’de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Araştırma grubunun SOY düzeylerine göre çeşitli sağlık davranışları

Sağlık davranışları	SOY Düzeyleri						χ^2/p
	Yeterli (n=131)		Sınırlı (n=369)		Toplam (n=500)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genel sağlık algısı							
İyi	102	77.9	294	79.7	396	79.2	0.193/0.661
Orta-kötü	29	22.1	75	20.3	104	20.8	
Herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan hekime başvurma							
Her zaman/ara sıra	80	61.1	237	64.2	317	63.4	2.074 0.355
Hiçbir zaman	51	38.9	132	35.8	183	36.6	
Öncelikle başvuru alan sağlık kuruluşu							
ASM/Aile hekimi	58	44.3	218	59.1	276	55.2	8.568/ 0.014
Devlet/üniversite hastanesi	42	32.1	87	23.6	129	25.8	
Özel hastane/poliklinikler	31	23.7	64	17.3	95	19.0	

Araştırma grubunun %79.2’si olumlu sağlık algısına sahiptir. Kişilerin %63.4’ü herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan hekime başvurduğunu, %55.2’si öncelikle aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Ancak sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan kişilerde olumlu sağlık algısı, sağlık sorunu yaşamadan hekime başvurma sıklığı ve öncelikle aile hekimine başvurma oranları daha düşüktür. Kişilerin SOY düzeylerine göre öncelikle başvurdıkları sağlık kuruluşları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma grubunun kronik hastalık tanısı alma durumuna göre yeterli SOY düzeyleri Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Araştırma grubunun kronik hastalık tanısı alma durumuna göre yeterli SOY düzeyleri

Kronik hastalık tanısı	Yeterli SOY Düzeyleri			χ^2/p
	n	Sayı	%	
Var	182	46	25.3	0.127/0.722
Yok	318	85	26.7	
Toplam	500	131	26.2	

Kronik hastalığı olanların %25.3'ünde, kronik hastalığı olmayanların %26.7'sinde sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydedir. Kişilerin kronik hastalık tanısı alma durumlarına göre yeterli SOY düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Araştırma grubunun SOY düzeylerine göre sigara içme ve alkol kullanma durumları Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17. Araştırma grubunun SOY düzeylerine göre sigara içme ve alkol kullanma durumları

Sigara içme	SOY Düzeyleri				Toplam (n=500)		χ^2 /p
	Yeterli (n=131)		Sınırlı (n=369)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İçen	32	24.5	94	25.5	126	25.2	0.056 /0.813
İçmeyen	99	75.5	275	74.5	374	74.8	
Alkol kullanma							
Kullanan	33	25.2	86	23.3	119	23.8	0.189 /0.663
Kullanmayan	98	74.8	283	76.7	381	76.1	

Yeterli SOY düzeyine sahip olanların %75.5'inin sigara içmediği ve %74.8'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Kişilerin SOY düzeylerine göre sigara içme ve alkol kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma grubunun yeterli SOY düzeyleri üzerinde etkili olabilecek özellikler Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Araştırma grubunun yeterli SOY düzeyleri üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon ile analizi

Bağımsız değişkenler*	β	p	OR	% 95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet					
Erkek	Ref		1		
Kadın	0.981	0.000	2.666	1.541	4.613
Eşin mesleği		0.208			
Sağlık personeli	Ref		1		
Eğitimci	-0.710	0.100	0.492	0.211	1.145
Ev hanımı	-1.023	0.026	0.360	0.146	0.882
Diğer sektör personeli ve kendi adına çalışan	-1.059	0.030	0.347	0.133	0.904
Sabit	-0.214	0.744	0.807		

*Test edilen değişkenler: Yaş grupları, cinsiyet, eşin mesleği, mezuniyet derecesi, hizmet yılı

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yeterli SOY düzeyleri üzerine etkileri Binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Yeterli SOY düzeyi erkeklere göre kadınlarda 2.66 kat daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Eşi sağlık personeli olanlara göre yeterli SOY düzeyi eşi eğitimci olanlarda 2.03 kat, ev hanımı olanlarda 2.77 kat, diğer sektör personeli ve kendi adına çalışanlarda 2.88 kat daha düşüktü ($p<0.05$). Test edilen yaş grupları, mezuniyet derecesi, hizmet yılı gibi bağımsız değişkenlerin etkisi anlamlı bulunmadı.

Araştırma grubunun medyada ilgilendiği sağlık konularına göre yeterli SOY düzeyleri Tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19. Araştırma grubunun medyada ilgilendiği sağlık konularına göre yeterli SOY düzeyleri

Medyada ilgi duyulan sağlık konuları	Yeterli SOY Düzeyi			χ^2/p
	n	Sayı	%	
Sağlıklı yaşam (beslenme, fiziksel aktivite, sigarayı bırakma vb.)				
İlgileniyor	363	107	29.4	7.356/ 0.007
İlgilenmiyor	137	24	17.5	
Alternatif tıp				
İlgileniyor	170	52	30.6	2.565/0.109
İlgilenmiyor	330	79	23.9	
Toplam	500	131	26.2	

Kişilerin sağlıklı yaşam konularına ilgi duymasına göre yeterli SOY düzeyleri anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$). Medyada sağlıklı yaşam ile ilgili konularla ilgilendiğini söyleyenlerde yeterli SOY düzeyine sahip olma oranı daha yüksektir.

Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20. Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü

Hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü (n=500)	Sayı	%
Daha önce kan basıncı ölçtürenler	477	95.4
Hipertansiyon tanısı alanlar	78	15.6
Ölçüm sırasında hipertansiyon saptananlar (n=422)	29	6.9
Hipertansiyon prevalansı	107	21.4
Hastalık farkındalığı		
Tüm hipertansifler arasında (n=107)	78	72.8
Hastalık kontrolü		
Daha önce tanı alanlar arasında (n=78)	67	85.9

Araştırma grubunun %95.4’ü daha önce kan basıncını ölçtürdüğünü beyan etmiştir. Kişilerin %15.6’sı daha önce hekim tarafından hipertansiyon tanısı almıştır. Tanı almadığını belirten kişilerin %6.9’unun hipertansiyonlu olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunda hastalık farkındalığı %72.8, hastalık kontrolü %85.9’dur.

Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı ve kontrolüne göre yeterli SOY düzeyleri Tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı ve kontrolüne göre yeterli SOY düzeyleri

	Yeterli SOY Düzeyi			χ^2/p
	n	Sayı	%	
Hastalık farkındalığı (n=107)				
Farkında	78	20	25.6	2.931/0.086
Farkında değil	29	3	10.3	
Kan basıncı kontrolü (n=78)				
Kontrol altında	67	19	28.3	1.740/0.271
Kontrol altında değil	11	1	9.1	
Kan basıncı (n=422)				
Normal	393	108	27.5	6.679/ 0.035
Yüksek	29	3	10.3	

Hipertansiyonlu kişiler arasında yeterli SOY düzeyi, hastalığının farkında olanlarda olmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Daha önce hipertansiyon tanısı almış olduğunu belirten kişilerden şu anda tansiyonu kontrol altında olanlarda yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi %28.3 iken, tansiyonu kontrol altında olmayanlarda bu oran %9.1'dir. Ancak istatistiksel açıdan arada anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin klinik özellikleri Tablo 4.22'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin klinik özellikleri

Klinik Özellikler (n=78)	Sayı	%
Hipertansiyon hastası olarak geçirilen süre		
1 yıldan az	14	18.0
1-5 yıl	43	55.1
6 yıl ve daha fazla	21	26.9
Tedavi rejimi		
Sadece ilaç tedavisi	36	46.2
İlaç tedavisi ve diyet	25	32.1
İlaç dışı tedavi /tedavi almayan	17	21.7
Algılanan kan basıncı kontrolü		
Her zaman kontrol altında	34	43.6
Ara sıra yükselir/çoğunlukla yüksek	46	56.4
İş dışında düzenli fiziksel egzersiz yapıyor		
- Her gün 30 dk.	59	75.6
- Haftada 2-5 gün 40-45 dk.	24	30.8
- Ayda 1-4 gün 30-45 dk.	29	37.2
- Hiç yapmıyor	6	7.6
Algılanan stres düzeyi		
Hiç/az	19	24.4
Biraz	11	14.1
Çok /aşırı	32	41.0
BKİ		
Normal	35	44.9
Hafif şişman	22	28.2
Şişman	39	50.0
	17	21.8

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin %55.1'i 1-5 yıl süredir hipertansiyon hastası olduğunu, %78.3'ü tedavi aldığını (sadece ilaç ve ilaç tedavisi + diyet) ifade etmiştir. Bu kişilerin %56.4'ü kan basıncının kontrol altında olmadığını (ara sıra/çoğunlukla yüksek) belirtmiştir. İş dışında düzenli fiziksel egzersiz yapanların oranı %75.6, her gün 30 dk. süre ile düzenli egzersiz yapanların oranı %30.8'dir. Stres düzeyini çok/aşırı olarak değerlendiren kişilerin oranı %44.9'dur. Hipertansiyonlu kişilerde şişmanlık oranı (hafif şişman ve şişman) %71.8 olarak saptanmıştır.

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin tuzlu ve yağlı yiyecekleri tüketme durumu Tablo 4.23'de verilmiştir.

Tablo 4.23. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin tuzlu ve yağlı yiyecekleri tüketme durumu

Yemeklerin özellikleri (n=78)	Sayı	%
Genellikle tuzlu olma durumu		
Tuzlu	20	25.6
Normal	38	48.8
Az tuzlu/tuzsuz	20	25.6
Genellikle yağlı olma durumu		
Yağlı	31	39.7
Normal	36	46.2
Az yağlı-yağsız	11	14.1
Yemeklerde genellikle kullanılan yağ türü		
Doymuş yağlar		
Margarin yağı	7	9.0
Tereyağı	48	61.5
Bitkisel katı yağ	10	12.8
Doymamış yağlar		
Mısırözü yağı-soya yağı	12	15.3
Zeytinyağı	60	76.9
Ayçiçek yağı	49	62.8
Yağda kızartılmış yiyecekleri tüketme sıklığı		
Gün aşırı/daha seyrek	64	82.1
Hiç	14	17.9
Tuzlu yiyecekleri tüketme sıklığı		
Her gün	5	6.4
Gün aşırı/daha seyrek	61	78.2
Hiç	12	15.4

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin sadece %25.6'sı yemeklerinin az tuzlu/tuzsuz ve %14.1'i az yağlı/yağsız özellikte olduğunu ifade etmiştir. Bu katılımcıların %61.5'i yemeklerinde genellikle doymuş yağlardan tereyağını, %76.9'u doymamış yağlardan zeytinyağını kullandığını belirtmiştir. Hipertansiyonlu kişilerin %17.9'u yağda kızartılmış yiyecekleri ve %15.4'ü tuzlu yiyecekleri hiç tüketmediğini belirtmiştir.

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışları Tablo 4.24'de verilmiştir.

Tablo 4.24. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışları

Beceri ve Davranışları (n=78)	Sayı	%
Hekimleri ile iletişimleri		
İyi	46	59.0
Orta	24	30.8
Kötü	8	10.2
Hastalığı hakkında hekim tarafından bilgilendirilme		
Bilgilendirilmiş	58	74.4
Bilgilendirilmemiş	20	25.6
Hipertansiyon ile ilgili eğitim programlarına, konferans ve seminerlere katılma		
Her zaman/ara sıra	30	38.5
Hiçbir zaman	48	61.5
İlaç prospektüsündeki bilgileri okuma		
Her zaman/ara sıra	74	94.9
Hiçbir zaman	4	5.1
İlaç prospektüsündeki bilgileri anlama (n=74)		
Anlayabiliyor	44	56.4
Anlayamıyor	30	43.6

Hipertansiyonu olan kişiler arasında hekimleri ile iletişimlerini “iyi” düzeyde olarak nitelendirenlerin oranı %59.0, hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında hekim tarafından bilgilendirildiklerini belirtenlerin oranı %74.4’dür. Hastalığı ile ilgili eğitim programlarına, konferans ve seminerlere katılanların oranı düşüktür. Hipertansiyonlu kişilerden ilaç prospektüslerini okuduğunu belirtenlerde prospektüsleri anlayabildiklerini belirtenlerin oranı düşüktür.

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli SOY düzeyleri Tablo 4.25’de verilmiştir.

Tablo 4.25. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin tanımlayıcı özelliklerine göre yeterli SOY düzeyleri

Tanımlayıcı özellikler	Yeterli SOY Düzeyi			χ^2/ p
	n	Sayı	%	
Yaş Grupları				
25-34 yaş	4	0	0.0	2.822/0.244
35-49 yaş	40	13	32.5	
50-64 yaş	34	7	20.6	
Cinsiyet				
Erkek	59	11	18.6	6.219/ 0.013
Kadın	19	9	47.4	
Medeni durum				
Evli	73	19	26.0	1.000*
Bekar/eşinden ayrı	5	1	20.0	
Eşin mesleği (n=73)				
Eğitimci	27	7	25.9	2.884/0.410
Sağlık personeli	3	2	66.7	
Ev hanımı	28	6	21.4	
Diğer sektör personeli ve kendi adına çalışan	15	4	26.7	
Mezuniyet derecesi				
Öğretmen lisesi/ön lisans	27	4	14.8	0.172*
Lisans/yüksek lisans	51	16	31.4	
Branşı				
Sınıf öğretmeni	50	11	22.0	0.968/0.325
Branş öğretmeni	28	9	32.1	
Görev yaptığı kurum				
İlkokul	50	11	22.0	0.968/0.325
Ortaokul	28	9	32.1	
Hizmet süresi				
20 yıl ve daha az	22	7	31.8	0.613/0.434
21 yıl ve üzeri	56	13	23.2	
Toplam	78	20	25.6	

*Fisher's Exact Test

Tablo 4.25’de görüldüğü gibi, 25-34 yaş grubundaki hipertansiyonlu kişilerin tamamının sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde değildir. 50-64 yaş grubundaki hipertansiyonluların yeterli SOY düzeyi 35-49 yaş grubundakilere göre daha düşüktür. Yeterli SOY düzeyleri kadın öğretmenlerde erkeklere göre anlamlı ölçüde yüksektir. Eşi sağlık personeli olanlarda, mezuniyet derecesi lisans düzeyi ve üzerinde olanlarda, branş öğretmenlerinde, ortaokullarda görev yapanlarda ve hizmet süresi 20 yıl ve daha az olan öğretmenlerde yeterli SOY düzeyleri daha yüksek olmakla birlikte aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur.

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonun belirtilerini bilme durumu Tablo 4.26’da gösterilmiştir.

Tablo 4.26. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonun belirtilerini bilme durumu

Belirtiler	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2 / p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Baş ağrısı	348	82.5	60	76.9	408	81.6	1.346 / 0.246
Çarpıntı	240	56.9	40	51.3	280	56.0	0.835 / 0.361
Yorgunluk	192	45.5	45	57.7	237	47.4	3.927 / 0.048
Sersemlik hissi	173	41.0	39	50.0	212	42.4	2.186 / 0.139
Güç kaybı	135	32.0	28	35.9	163	32.6	0.457 / 0.499
Bulantı	106	25.1	23	29.5	129	25.8	0.656 / 0.418
Kol-bacak uyuşması	104	24.6	25	32.1	129	25.8	1.887 / 0.170
Uyku güçlüğü	76	18.0	23	29.5	99	19.8	5.461 / 0.019
Gözlerde yanma	48	11.4	20	25.6	68	13.6	11.403 / 0.001

Araştırma grubunun %81.6’sı hipertansiyonun baş ağrısı şeklinde belirti verdiğini ifade etmesine rağmen diğer belirtilerin bilinme oranı düşüktür. Hipertansiyonun yorgunluk, uyku güçlüğü ve gözlerde yanma şeklinde belirti verdiğini bilenlerin oranı hipertansiyonu olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilere göre hipertansiyonu olmayan kişilerin en fazla bildiği iki hastalık belirtisinin baş ağrısı ve çarpıntı olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların hipertansiyon hakkındaki bilgi ve tutumları Tablo 4.27’de verilmiştir.

Tablo 4.27. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların hipertansiyon hakkındaki bilgi ve tutumları

Bilgi ve tutumlar	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hipertansiyon önemli bir sağlık sorunudur	408	96.7	77	98.7	485	97.0	0.486*
Hipertansiyon arteriyel kan basıncının sürekli yüksek olmasıdır	332	78.7	66	84.6	398	79.6	1.432/0.232
Aile öyküsü, şişmanlık, ileri yaş, şeker hastalığı, kentsel kesimde yaşam hipertansiyon için risk faktörleridir	233	55.2	45	57.7	278	55.6	0.164/0.686
160/100 mmHg değerindeki kan basıncı yüksektir	242	57.3	54	69.2	296	59.2	3.850/0.050

*Fisher's Exact Test

Araştırma grubundaki kişilerin %97.0'si hipertansiyonun önemli bir sağlık sorunu olduğunu bildiği halde hastalığın tanımının, risk faktörlerinin ve yüksek kan basıncı değerinin bilinme oranı düşük bulunmuştur. Hipertansiyonu olmayan kişilerin hastalık hakkındaki bilgi ve tutumları hipertansiyonu olanlara göre daha düşüktür. Ancak grupların hipertansiyon hakkındaki bilgi ve tutumları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonun komplikasyonlarını bilme durumu Tablo 4.28'de verilmiştir.

Tablo 4.28. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonun komplikasyonlarını bilme durumu

Komplikasyonlar	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/ p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Baş dönmesi	248	58.8	51	65.4	299	59.8	1.199 / 0.274
Kalp krizi	222	52.6	45	57.7	267	53.4	0.684 / 0.408
İnme	198	46.9	46	59.0	244	48.8	3.829 / 0.050
Kulak çınlaması	150	35.5	31	39.7	181	36.2	0.502 / 0.478
Kalp yetmezliği	113	26.8	31	39.7	144	28.8	5.398 / 0.020
Çift görme	95	22.5	20	25.6	115	23.0	0.364 / 0.546
Böbrek yetmezliği	70	16.6	26	33.3	96	19.2	11.900 / 0.001
Yüksek kolesterol	63	14.9	18	23.1	81	16.2	3.219 / 0.073
Diyabet	40	9.5	13	16.7	53	10.6	3.589 / 0.058
Beyin kanaması	15	3.6	4	5.1	19	3.8	0.517*

*Fisher's Exact Test

Araştırma grubunda hipertansiyonu olmayanlara göre hipertansiyonu olan kişiler hastalığın kontrol altına alınmaması durumunda ortaya çıkabilecek komplikasyonları daha yüksek oranda bilmektedir. Özellikle hipertansiyonun kalp ve böbrek yetmezliğine yol açabileceğini bilenlerin oranı hipertansiyonu olan kişilerde anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0.05$).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda ölçülen kan basıncı düzeyleri Tablo 4.29'da verilmiştir.

Tablo 4.29. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda ölçülen kan basıncı düzeyleri

Kan basıncı düzeyleri	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Normal	237	56.1	30	38.5	267	53.4	10.034/ 0.007
Sınırdaki	156	37.0	37	47.4	193	38.6	
Hipertansiyon	29	6.9	11	14.1	40	8.0	

Tablo 4.29'da görüldüğü gibi, tüm kişilerin %53.4'ünde kan basıncı normal düzeyde iken %38.6'sında sınırdaki belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan kişilerde sınırdaki ve

yüksek kan basıncı düzeyi anlamlı ölçüde daha yüksektir. Kişilerin ölçülen kan basıncı düzeyleri arasındaki anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$).

Araştırma grubunun SKB ortalaması 117.61 ± 14.19 olup DKB ortalaması 75.23 ± 10.28 bulunmuştur.

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonda yaşam biçimi değişikliği farkındalığı Tablo 4.30’da verilmiştir.

Tablo 4.30. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda hipertansiyonda yaşam biçimi değişikliği farkındalığı

Yaşam biçimi değişiklikleri	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşamdaki üzüntü ve stresi kontrol altına almak	368	87.2	74	94.9	442	88.4	0.050*
Yiyeceklerdeki tuzu azaltmak	364	86.3	70	89.7	434	86.8	0.699/0.403
Kilo kontrolü	341	80.8	74	94.9	415	83.0	0.002*
Düzenli egzersiz yapmak	325	77.0	71	91.0	396	79.2	7.845/ 0.005
Az yağlı yiyecekleri tüketmek	307	72.7	60	76.9	367	73.4	0.588/0.443
Tansiyonu ölçtürmek	291	69.0	55	70.5	346	69.2	0.075/0.785
Sigara içmemek	275	65.2	65	83.3	340	68.0	9.985/ 0.002
Alkol tüketimini azaltmak	247	58.5	55	70.5	302	60.4	3.952/ 0.047
Düzenli doktora gitmek	228	54.0	44	56.4	272	54.4	0.151/0.698
Çay ve kahve tüketimini azaltmak	222	52.6	50	53.8	272	54.4	3.507/0.061
Yiyeceklerdeki şekeri azaltmak	189	44.8	42	53.8	231	46.2	2.174/0.140

*Fisher’s Exact Test

Araştırma grubunda hipertansiyonu olmayanlara göre hipertansiyonu olanlar hastalıkta yapılması gerekli yaşam biçimi değişikliklerinin daha fazla farkındadır. Özellikle kilo kontrolü, düzenli egzersiz yapmak, sigara içmemek, alkol tüketimini azaltmak gibi yaşam biçimi değişikliklerini yapmaları gerektiğini bilme oranları anlamlı ölçüde yüksektir. ($p<0.05$).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda genel sağlık algısı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu Tablo 4.31’de verilmiştir.

Tablo 4.31. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanlarda genel sağlık algısı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu

	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2/p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genel sağlık algısı							
İyi	348	82.5	48	61.5	396	79.2	17.499/0.000
Orta-kötü	74	17.5	30	38.5	104	20.8	
Herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan hekime gitme sıklığı							
Her zaman	19	4.5	8	10.3	27	5.4	5.395/0.067
Ara sıra	243	57.6	47	60.3	290	58.0	
Hiçbir zaman	160	37.9	23	29.4	183	36.6	
Sağlık hizmetinden yararlanmada öncelikle başvurulacak kurum							
Aile Sağlığı Merkezi	224	53.1	52	66.7	276	55.2	5.045/0.080
Devlet/üniversite hastanesi	115	27.3	14	17.9	129	25.8	
Özel hastaneler / poliklinikler	83	19.6	12	15.4	95	19.0	

Hipertansiyonu olmayan kişilerin %82.5'i genel sağlık algısı "iyi" şekilde nitelendirmiştir. Bu oran hipertansiyonu olanlarda %61.5 olup anlamlı ölçüde düşüktür. Sağlık sorunu yaşamadan hekime gitme sıklığı ve öncelikle aile sağlığı merkezine başvurma sıklığı hipertansiyonu olan kişilerde daha yüksek olmakla birlikte bu yükseklik anlamlı değildir.

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncında kontrol algısı, algılanan stres düzeyi ve BKİ Tablo 4.32'de verilmiştir.

Tablo 4.32. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncı kontrol algısı, algılanan stres düzeyi ve BKİ

	SOY Düzeyleri				Toplam (n=78)		χ^2/ p
	Yeterli (n=20)		Sınırlı (n=58)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kan basıncında kontrol algısı							0.450/0.502
Her zaman kontrol altında	10	50.0	24	41.4	34	43.6	
Ara sıra/çoğunlukla yüksek	10	50.0	34	58.6	44	56.4	
Algılanan stres düzeyi							0.290/0.592
Hiç/az	10	50.0	33	56.9	43	55.1	
Çok/aşırı	10	50.0	25	43.1	35	44.9	
BKİ							1.848/0.174
Normal	8	40.0	14	24.1	22	28.2	
Hafif şişman/şişman	12	60.0	44	75.9	56	71.8	

Hipertansiyonu olan kişilerin %43.6'sı kan basıncının her zaman kontrol altında olduğunu ifade etmiştir. Bu oran sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli oranlarda %50.0 olup daha yüksektir. Hipertansiyonu olan kişilerin %44.9'u stres düzeyinin çok/aşırı olduğunu ifade ettiği halde sağlık okuryazarlığı yeterli olan kişilerde algılanan stres düzeyi daha yüksektir. Hipertansiyonu olan kişilerin %28.2'si normal kilolu olup sağlık okuryazarlığı yeterli olanlarda bu oran %40.0'dır. Hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncında kontrol algısı, algılanan stres düzeyi ve BKİ arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncı kontrolüne yönelik aldıkları önlemler Tablo 4.33'de verilmiştir.

Tablo 4.33. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncı kontrolüne yönelik aldıkları önlemler

Önlemler	SOY Düzeyleri				Toplam (n=78)		χ^2/p
	Yeterli (n=20)		Sınırlı (n=58)				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tuz kısıtlaması yapma	18	90.0	49	84.5	67	85.9	0.719*
Sigara içmeme	16	80.0	47	81.0	63	80.8	1.000*
Alkol kullanmama	14	70.0	43	74.1	57	73.1	0.129/0.719
Kilo kontrolüne özen gösterme	16	80.0	35	60.3	51	65.4	2.538/0.172
Dinlenmeye zaman ayırma	11	55.0	37	63.8	48	61.5	0.486/0.486
Tansiyon düşürücü etkisi olan maddeleri kullanma	7	35.0	24	42.1	31	40.3	0.311/0.577
Düzenli doktor kontrolü	7	35.0	21	36.2	28	35.9	0.009/0.923
Günlük tansiyon takibi	7	35.0	21	36.2	28	35.9	0.009/0.923
İş dışında düzenli fiziksel egzersiz yapma	5	25.0	14	24.1	19	24.4	0.006/0.938

*Fisher's Exact Test

Hipertansiyonu olan kişiler arasında sağlık okuryazarlığı yeterli olanların sınırlı olanlara göre daha fazla tuz kısıtlaması yaptığı, kilo kontrolüne daha fazla özen gösterdiği ve iş dışında daha fazla düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Ancak, kişilerin SOY düzeylerine göre kan basıncı kontrolünü sağlamaya yönelik aldıkları önlemler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların sigara ve kan basıncı hakkındaki düşünceleri Tablo 4.34'de verilmiştir.

Tablo 4.34. Araştırma grubunda hipertansiyonlu olan ve olmayanların sigara ve kan basıncı hakkındaki düşünceleri

Sigara hakkındaki düşünceler	Hipertansiyonu olmayanlar (n=422)		Hipertansiyonu olanlar (n=78)		Toplam (n=500)		χ^2 / p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hipertansiyonlu kişilerde kalp hastalığı ve inme riskini artırır	277	65.6	54	69.2	331	66.2	0.379/0.538
Kan basıncını geçici olarak yükseltir	115	27.3	21	26.9	136	27.2	0.010/0.952
Kan basıncını kalıcı olarak yükseltir	85	20.1	23	29.5	108	21.6	3.395/0.065
Kan basıncını etkilemez	25	5.9	0	0.0	25	5.0	0.021*

*Fisher's Exact Test

Araştırma grubunun %66.2'si sigaranın hipertansiyonlu kişilerde kalp hastalığı ve inme riskini artırdığını düşünmektedir. Hipertansiyonu olanlarda bu oran %69.2 olup hipertansiyonu olmayanlara göre daha yüksektir. Hipertansiyonu olmayanların %27.3'ü sigaranın kan basıncını geçici yükselttiğini düşünmekte iken hipertansiyonu olanlarda bu oran daha düşüktür.

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışlarına göre yeterli SOY düzeyleri Tablo 4.35'de verilmiştir.

Tablo 4.35. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışlarına göre yeterli SOY düzeyleri

	Yeterli SOY Düzeyi			χ^2 / p
	n	Sayı	%	
Hekim ile iletişim				
İyi	46	12	26.1	0.012/0.914
Orta/kötü	32	8	25.0	
Hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirilme				
Bilgilendirilmiş	58	15	25.8	0.006/0.939
Bilgilendirilmemiş	20	5	25.0	
Hastalığı ile ilgili gelişmeleri takip etme, eğitim, seminer ve konferanslara katılma				
Her zaman/ara sıra	30	8	26.6	0.027/0.870
Hiçbir zaman	48	12	25.0	
Toplam	78	20	25.6	

Hipertansiyonu olan kişiler arasında hekimleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu ifade edenlerin %26.1'i yeterli SOY düzeyine sahipken bu oran ilişkilerinin orta/kötü olduğunu ifade edenlerde %25.0'dır. Hekimleri tarafından hastalığı hakkında bilgilendirildiğini belirtenlerin %25.8'i yeterli SOY düzeyine sahipken bu oran hastalığı hakkında bilgilendirilmediğini belirtenlerde %25.0'dır. Hastalığı ile ilgili gelişmeleri takip ettiğini, eğitim, seminer ve konferanslara katıldığını belirtenlerin %26.6'sında sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde iken bu oran hiç katılmayanlarda daha düşüktür. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin kendi ifadelerine göre ölçülen kan basıncı düzeyleri Tablo 4.36'da verilmiştir.

Tablo 4.36. Araştırma grubunda hipertansiyonu olan kişilerin kendi ifadelerine göre ölçülen kan basıncı düzeyleri

K an basıncında k ontrol algısı	Ölçülen kan basıncı düzeyleri				T oplam		χ^2 /p
	N ormal		S ınırd a/ H ipertansiyon				
	(n=30)		(n=48)		(n=78)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Her zaman kontrol altında	19	63.3	15	31.3	34	43.6	7.730/ 0.005
Ara sıra/ çoğunlukla yüksek	11	27.7	33	68.7	44	56.4	

Bireylerin kan basıncında kontrol algısına göre ile ölçülen kan basıncı düzeylerinin anlamlı ölçüde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.01$). Hipertansiyonu olan bireyler arasında kan basıncının her zaman kontrol altında olduğunu ifade eden kişilerin %63.3'ünde ölçülen kan basıncı normaldir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çorum İl Merkezinde bulunan devlet okullarının ilk ve orta kademesinde görev yapan öğretmenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ile hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada katılımcıların %57.6'sı 35-49 yaş grubunda, %66.4'ü erkek ve %47.6'sı sınıf öğretmenidir.

Araştırma grubunun üçte birinden fazlasında en az bir kronik hastalık olduğu, %15.6'sının hipertansiyon tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Ülkemiz genelinde 15 yaş ve üzerindeki bireylerde hipertansiyon tanısı alma oranı %12.8'dir (158). Ülkemizde Edirne'de yapılan bir çalışmada öğretmenlerin %21.0'inde en az bir kronik hastalık olduğu, %2.5'inin hipertansiyon tanısı aldığı belirlenmiştir (159). Kayseri'de yapılan başka bir çalışmada ise öğretmenlerin yaklaşık üçte birinde bir kronik hastalık olduğu, %9.0'unun hipertansiyon tanısı aldığı belirtilmiştir (160).

Bu çalışmada öğretmenlerin hipertansiyon tanısı alma oranlarının diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Hipertansiyon tanısının yüksek bulunma sebebi kişilerin beslenme alışkanlıklarının özellikle tuz tüketiminin farklılık göstermesinden kaynaklanabilir. Nitekim ülkemizde günlük sodyum tüketimi ve tadına bakmadan yemeğe tuz atma oranı oldukça yüksektir (121, 161).

Araştırma grubunda sigara içme sıklığı %25.2'dir (Tablo 4.4). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (162) 2012 yılı sonuçlarına göre, ülkemizde 15 yaş ve üzerindeki bireylerde tütün kullanma oranı %27.1'dir. Aynı çalışmanın 2010 yılındaki sonuçları lisans ve üzerinde eğitim düzeyine sahip bireylerde bu oranın %39.2 olduğunu göstermiştir (163). Ülkemizde çeşitli illerde yapılan çalışmalarda öğretmenlerde sigara içme oranlarının

%35.0-45.0 arasında değiştiği belirtilmiştir (159, 164,165). Bu çalışmada öğretmenlerde sigara içme oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunda alkol kullanma sıklığı %23.8'dir (Tablo 4.4). Nitekim lkemizde yapılan çalışmalarda da öğretmenlerde alkol kullanım sıklığının %24.0-28.0 arasında olduğu belirlenmiştir (166,167).

Bireylerin sağlık bilgisine erişimde tercih ettiği kaynakların sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilendiği belirtilmektedir (168). Bu çalışmada tüm bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişimde interneti ve TV/radyoyu daha fazla oranda kullandıkları, bu oranların hipertansiyonlu kişilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yapılan alışmalar internetin sağlık bilgisi arama amaçlı kullanımının yeni bir sağlık bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir (169-173). TÜİK "Bilgi Toplumu İstatistikleri" verilerine göre (174), ülkemizde internet kullanıcılarının %47.3', çeşitli illerde yapılan çalışmalara göre kişilerin tamamına yakını sağlıkla ilgili bilgiye erişimde interneti kullanmaktadır (174-176). Bu çalışmada internetin sağlık bilgisine erişimde en fazla kullanılan bilgi kaynağı olması yapılan tüm çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Öğretmenler mesleki ve eğitim özellikleri nedeniyle kendi sağlıklarının yanı sıra ailelerinin ve çevresindekilerin (ğrencilerin ve velilerin) sağlık sorumluluğunu üstlenme rolüne sahiptir. Bu durum internetin sağlık bilgisi arama amaı ile daha fazla tercih edilmesine katkıda bulunmuş olabilir.

Ülkemizde ilaç kullanımında demografik özelliklerin belirlenmesine yönelik yapılan bir araştırmada, ilaç prospektslerindeki bilgiyi kullananların oranının %78.0 olduğu belirtilmektedir (177). Araştırma grubunda ilaç prospektüslerini okuma oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu çalışmada araştırma grubunun eğitimcilerden oluşması ilaç prospektüslerini kullanma oranını artırmış olabilir. İlaç prospektslerinin kullanım oranının yüksek olması bireylerde kronik hastalık bilgisinin gelişmesine katkı sağlayabilir.

İnsanları yaşamları boyunca etkileyen tıp alanındaki gelişmeler medyada sağlık ile ilgili haberlerde yer almaktadır. Bu gelişmelerin takip edilmesi, bireylerin kendisinde veya çevresinde var olan bir hastalık- sorun ile baş etme, tedavi seçenekleri hakkında karar alma, tedavilerinin yan etkilerini araştırma ve koruyucu sağlık uygulamalarını bilme ihtiyaını giderebilir. Araştırma grubundaki tüm bireylerin %72.8'i medyada yer alan hastalıklar ve tedavi metotları, %72.6'sı sağlıklı yaşam konuları ile ilgilendiklerini

belirtmiştir. Hastalıklar, tedavi metodları ve sağlıklı yaşam konuları ile ilgilendiklerini belirtenlerin oranı hipertansiyonu olan grupta daha yüksektir (Tablo 4.6). Gümüşhane’de akademisyenlerin %85.0’inin medyada yer alan hastalıklarla ilgili konulara ilgi duyduğu saptanmıştır (178).

Araştırma grubundaki her dört bireyden üçü televizyonda yayınlanan sağlık programlarının faydalı olduğunu düşünmektedir. Bunun yanı sıra televizyon programlarının güvenilir olduğunu düşünenlerin oranı yarıdan azdır (Tablo 4.7). Ülkemizde televizyonda yayınlanan sağlık programları üzerine yapılan araştırmalar toplumun sağlık programları hakkındaki düşüncesinin bireysel ve toplumsal sağlık için faydalı olduğu yönündedir (176,179). Genel toplumun tersine bu çalışmadaki öğretmenlerin televizyonda yayınlanan sağlık programlarını daha az faydalı ve güvenilir bulması medya kullanımında bilinçli davranıldığına bir sonucu olabilir.

Araştırma grubundaki tüm bireylerin %44.0’ü çok sınırlı, %29.8’i sınırlı, %26.2’si yeterli SOY düzeyindedir. Tüm bireylerin puan ortalaması altı üzerinden 2.12 ± 1.82 olup bu ortalama “sınırlı” düzeyde sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Tablo 4.8-4.9). Nitekim, ülkemizde yapılan çalışmalarda da bireylerde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük, puan ortalamalarının sınırlı düzeyde olduğu raporlanmıştır. Bursa’da 17 yaş ve üzerindeki bireylerin SYBÖ’den aldıkları puanların ortalaması 2.60 ± 0.08 olup %28.1’inin SOY düzeyinin yeterli olduğu belirlenmiştir (157). Ankara’da ön lisans öğrencilerinin %29.6’sının yeterli SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (175).

Yurtdışında gerçekleştirilen çalışmalarda ölçekten alınan puanların ve yeterli SOY oranlarının ülkemizdeki oranlara göre nispeten daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sırbistan’da (9) erişkin bireylerin %55.9’unun, Amerika’da (180,181) %50.0’sinin, Avustralya’da (182) %79.0’unun, Japonya’da (15) %75.5’inin, İngiltere’de (183) %61.0’inin, İrlanda’da (184) %43.0’ünün, Missisipi’de (185) %26.0’sının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının herhangi bir kronik hastalık tanısı almış olan kişilerde daha yüksek olması gerekirken, araştırma grubumuzdaki hipertansiyonlularda yeterli SOY düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.9). Kronik hastalık tablosuna sahip bireyler arasında sınırlı sağlık okuryazarlığının yaygın olduğu belirtilmektedir (87,94). SYBÖ'den alınan puanların ortalamasının Amerika'da hipertansif hastalarda 3.00 ± 1.90 olduğu belirlenmiştir (186). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada diyabetli hastaların puan ortalamasının 2.87 ± 1.80 olduğu tespit edilmiştir (180). İngiltere'de kolonoskopi hastalarında 3.80 ± 1.90 olarak bulunmuştur (187). Singapur'da (188) hipertansiflerin %45.1'inin, Amerika'da (189) %69.0'unun yeterli SOY düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hollanda'da (190) diyabetli bireylerin %28.0'inin, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini olumlu yönde değerlendirdiği halde bu durumun gerçeği yansıtmadığı, bu nedenle bireylerin kendi kendini değerlendirmesine güvenilmemesi gerektiği belirtilmektedir (8,24, 157,191). Bu çalışmada tüm bireylerin %93.2'si sağlık kuruluşlarında verilen formları okuyabildiklerini ve doldurabildiklerini ifade etmiştir. Buna karşın sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi kitapçık ve broşürleri anlayamadıklarını belirtenlerin oranı yüksektir. Hipertansiyonlu kişilerin sağlık okuryazarlığı becerileri konusundaki düşüncelerini hipertansiyonlu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Araştırma grubunda yeterli SOY düzeyi düşük bulunduğu halde bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri hakkındaki düşüncelerinin olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Araştırma grubunun yarısından azı ölçeğin tüm maddelerine doğru yanıt verebilmiştir. Ölçekteki işlemsel ve kavramsal sorulara verilen doğru yanıtların oranı kadınlar öğretmenlerde daha yüksek bulunmuştur. Ancak her iki cinsiyette sağlık okuryazarlığı becerilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu durum öğretmenlerin yüksek orandaki sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeylerini desteklemektedir (Tablo 4.9).

Sağlık okuryazarlığı sınırlı bireylerin tıbbi kavramları yeterince bilmedikleri, bu nedenle medikasyon hataları ve istenmeyen ilaç olayları ile karşılaşma bakımından daha fazla risk taşıdıkları belirtilmektedir (191). Bu çalışmada bireylerin önemli bir bölümünün ilaç prospektüslerini okuduğunu belirtmesine ve sağlık okuryazarlığı becerilerinin yüksek olduğunu düşünmesine rağmen kan basıncı ile ilgili kavramları duyma oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5- 4.10- 4.12).

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda bireylerin tıbbi kavramları bilme durumlarına göre yeterli SOY düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (157,192). Bununla birlikte bu çalışmada da bireylerin sadece %2.0'sinin kan basıncı ile ilgili 21 ve daha fazla kelimeyi duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Hipertansif bireylerde bu oran %1.3 olup daha düşük bulunmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığının hastalık bilgisi açısından toplumdaki tüm bireyleri özellikle kronik hastalığı olan bireyleri daha fazla etkilediği sonucuna varılabilir.

Yapılan çalışmalarda bireylerin yaşlarının sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (9, 15, 157, 182, 186, 191). İlerleyen yaşla birlikte sınırlı sağlık okuryazarlığının bilişsel fonksiyonlarda ve duysal yeteneklerde azalmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (84, 193, 194). Bu çalışmada da yeterli SOY düzeyinin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği, 50-64 yaş grubunda anlamlı ölçüde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Bireylerin SOY düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirtilen bir diğer faktör de cinsiyettir. Yapılan pek çok araştırmada yüksek eğitim düzeyinin kadın sağlığı üzerinde pozitif ve sinerjik etki oluşturarak yeterli SOY düzeylerini artırdığı saptanmıştır (9,15, 182,186,191). Nitekim bu çalışmada da kadınlarda yeterli SOY düzeyinin erkeklere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Bu çalışmada eşinin sağlık personeli olduğunu belirten bireylerin %40.0'ında sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olup anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ailesinde sağlık personeli olduğunu belirten bireylerde yeterli SOY düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (175). Hane halkındaki bireyler arasında sağlık personeli olması sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi ve farkındalığı artırabilir.

Bu çalışmada bireylerin mezuniyet derecelerine göre yeterli SOY düzeylerinin farklılık gösterdiği, mezuniyeti lisans ve üzerinde olanlarda anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Nitekim ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmaların sonuçları bireylerin eğitim düzeylerinin yükselmesiyle daha yeterli SOY düzeyine sahip olduklarını göstermiştir (9, 15, 157, 182, 191, 195). Elde edilen sonuç ile yapılan tüm çalışmaların uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda formal eğitimden mezun olma süresindeki artışın sınırlı sağlık okuryazarlığına yol açtığı belirtilmektedir (84, 193, 194). Hizmet süresinin fazla olması mezun olma süresindeki artışı ifade etmektedir. Nitekim bu çalışmada bireylerin hizmet sürelerine göre yeterli SOY düzeylerinin farklılık gösterdiği, hizmet süresi 30 yıl ve üzerinde olanlarda anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).

Yapılan araştırmalara göre zayıf fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile sınırlı sağlık okuryazarlığı arasında sıkı bir ilişki var olduğu, sağlık okuryazarlığı sınırlı olan kişilerin sağlıklarını daha fazla orta/ kötü olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (15, 51, 66). Ayrıca kronik sağlık sorunu olan kişilerde yeterli SOY düzeylerinin daha düşük olduğu raporlanmıştır (51, 67, 181). Benzer sonuç bu çalışmada da elde edilmiştir. Genel sağlığını orta/kötü olarak değerlendirenlerde ve kronik hastalığı olanlarda yeterli SOY düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15-4.16).

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada öncelikle aile hekimine başvuru oranları sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeydekilere daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.15). Buna karşın yapılan diğer çalışmalarda öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan bireylerde yeterli SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur (77, 182, 196).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında sigara içme ve alkol kullanımı SOY düzeyleri ile ilişkili risk faktörleri olarak gösterilmiştir (28). Ayrıca yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda yeterli SOY düzeyine sahip kişilerde sigara içmeme ve alkol kullanmama oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (15, 70, 175, 197). Bu çalışmada da yeterli SOY düzeyine sahip bireylerde sigara içmeme ve alkol kullanmama oranları yüksek bulunmuştur (Tablo 4.17). Elde edilen sonuç diğer çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Araştırma grubundaki bireylerin cinsiyetleri ve eşlerinin mesleği yeterli SOY düzeyleri üzerinde anlamlı etkisi olan değişkenler olarak belirlenmiştir (Tablo 4.18). Nitekim cinsiyetin yeterli SOY düzeyleri üzerindeki etkisi yapılan birçok çalışmada da gösterilmiştir (9, 15, 182, 183, 185, 186, 191).

Geniş kitlelere ulaşabilen medyanın bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğu, medyada sağlıklı yaşam konularını takip edenlerde yeterli SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (41,198-202). Benzer sonuç bu çalışmada da elde edilmiştir. Medyada sağlık yaşam konularına ilgi duyan bireylerde yeterli SOY düzeyinin anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.19).

Araştırma grubundaki bireylerin %95.4'ünün daha önce kan basıncını ölçtirdiği, %15.6'sının hipertansiyon tanısı aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.20). Yozgat'ta 18 yaş ve üzerindeki bireylerin %87.8'inin daha önce kan basıncını ölçtirdiği ve %22.6'sının hipertansiyon tanısı aldığı saptanmıştır (203). Hipertansiyon tanısı alma oranları İzmir'de (204) 18 yaş ve üzerindeki bireylerde %43.0, Kayseri'de (205) 30 yaş ve üzerindeki bireylerde %34.6 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada bireylerin kan basıncını ölçtürme oranlarının yapılan çalışmaların sonuçlarından daha yüksek, hipertansiyon tanısı alma oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu olumlu sonuç araştırma grubunun eğitimcilerden oluşmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada hipertansiyon tanısı almayan katılımcıların %6.9'unun hipertansif olduğu ancak hipertansif olduklarının farkında olmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.20). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışmasına göre, tansiyon ölçümü ile ilk kez hipertansiyon teşhisi konan, daha önce hipertansif olduğunu bilmeyenlerin oranı %8.8'dir (161). Bu çalışmada elde edilen sonucun ülkemiz geneline yakın olduğu görülmektedir.

Araştırma grubunda hipertansiyon prevalansı %21.4 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.20). Türkiye, hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu ülkelerden biridir. PatenT2 (206) sonuçlarına göre ülkemizde hipertansiyon prevalansı %30.3'dür. Çeşitli illerimizde yapılan çalışmaların sonuçları da hipertansiyon prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon prevalansı Afyon'da (207) 18 yaş ve üzerindeki bireylerde %24.2, Trabzon'da (208) 20 yaş ve üzerindeki bireylerde %44.0, Kayseri'de (208) 30 yaş ve üzerindeki bireylerde %34.9 olarak saptanmıştır. Erişkin bireylerde hipertansiyon prevalansı Brezilya'da (209) %29.5, Kenya'da (210) %43.0 olarak raporlanmıştır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansı ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalardan daha düşük olup sevindirici bir durumdur.

Araştırma grubunda hipertansiyon farkındalığı %72.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.20). PatenT2 (206) sonuçlarına göre ülkemizde hipertansiyon farkındalığı %54.7'dir.

Hipertansiyon farkındalığı Kayseri’de yapılan bir çalışmada (205) %70.6, Yozgat’ta (203) %60.1, Trabzon’da (208) %41.0 olarak gösterilmiştir. Hastalık farkındalığının Kenya’da (210) %46.5 olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hipertansiyonlu kişilerde hipertansiyon kontrolü %85.9 olarak saptanmıştır (Tablo 4.20). PatenT2 (206) sonuçlarına göre ülkemizdeki hipertansiyonlularda kan basıncı kontrolü %28.7’dir. Kan basıncı kontrolü Ankara’daki hipertansiflerde (211) %17.8, Kanadalı hipertansiflerde (212) %62.5, Amerikalı hipertansiflerde (213) %50.0 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada hipertansiyon farkındalığının ve kontrolünün ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalardan oldukça yüksek olması elde edilen olumlu sonuçlardan biridir.

Kan basıncının kontrol altına alınmasında tedaviye bağlılık, diyet, egzersiz ve kilo kontrolünü içeren hasta davranışları etkilidir (93). Bununla birlikte hipertansiyonlu bireylerde yetersiz kan basıncı kontrolünün ve hastalık farkındalığının sınırlı sağlık okuryazarlığının bir sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (214). Bu çalışmada hastalık farkındalığı ve kan basıncında kontrolün sağlanmasına göre hipertansiyonlu bireylerin yeterli SOY düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.21). Benzer sonuçlar yurtdışında yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir. Hipertansiyonlu bireylerde hastalık farkındalığı ve kan basıncında kontrolün sağlanmasına göre yeterli SOY düzeyinin düşük vurgulanmıştır (15, 37, 67, 94, 182, 188).

Araştırma grubunda hipertansiyonu olan bireylerin yaklaşık %44.0’ü kan basıncında kontrolü sağladığını düşünmektedir (Tablo 4.22). Buna karşın Tablo 4.20’de elde edilen yüksek hipertansiyon kontrolü göz önünde bulundurulursa, kan basıncının ara sıra/çoğunlukla yüksek olduğunu belirtenlerde bile hastalık kontrolünün sağlandığı söylenebilir. Bu çalışmadan farklı olarak Amerika’da yapılan bir çalışmada ise hipertansiyonlu bireylerde kan basıncında yüksek kontrol algısına rağmen sağlanan kontrolün düşük olduğu saptanmıştır (93).

Bu çalışmada hipertansiyonu olan bireylerin iş dışında fiziksel aktivite yapma oranları yüksek bulunmuştur. Ancak hastalığın gidişatını etkileyebilecek davranışsal risk faktörlerinden komorbid obezitenin varlığı oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 4.22). Nitekim ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda da hipertansiyonlu bireylerin yarısından fazlasında obezitenin varlığı ortaya çıkarılmıştır (211, 215). Beslenme ile

ilişkili bir kronik hastalık olan hipertansiyonun kontrol altına alınmasında bireylerin davranış ve beslenme örüntülerinin düzenlenmesi yararlı olacaktır.

Hipertansiyonda sınırlı sağlık okuryazarlığının bireylerin beslenme alışkanlıklarını ve diyetin niteliğini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (185, 216). Bu çalışmada yemeklerinde tuz ve yağ kısıtlamasını yapmayan hipertansiyonlu bireylerin oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.23). Bu sonuç hipertansiyonlu bireylerde sınırlı sağlık okuryazarlığının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir (Tablo 4.9).

Sağlık okuryazarlığının hasta-hekim arasındaki bilgi asimetrisini hasta otonomisi lehinde değiştirerek kronik hastalıklarda öz yönetim davranış ve becerilerini güçlendirdiği buna karşın sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde kronik hastalık yönetiminin yetersiz olduğu belirtilmektedir (23, 25). Bu çalışmada hipertansiyonlu kişilerin hastalık yönetimi ile ilgili beceri ve davranışları yetersiz bulunmakla birlikte hekimleri ile olumlu iletişim kurabilen, hekimleri tarafından bilgilendirilen, hastalığı ile ilgili gelişmeleri takip ederek çeşitli etkinliklere katılan hipertansiyonlularda yeterli SOY düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.24-4.35). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda da hipertansiyonlu bireylerde hastalık yönetimi ile ilgili davranış ve becerilerinin oldukça yetersiz olduğu tespit edilmiştir (215, 217, 218).

Hipertansiyonlu bireyler arasında yeterli SOY düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte kadınlarda anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.25). Nitekim yapılan bazı çalışmalarda da hipertansiyonlu kadınlarda yeterli SOY düzeylerinin anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır (87, 189).

Araştırma grubundaki bireylerin hipertansiyonun belirtilerini ve komplikasyonlarının yeterince bilmedikleri, hipertansiyona ilişkin bilgi ve tutumlarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26-4.27-4.28). Bu durum hipertansiyonlu kişilerin bile hastalık sürecini yeterince bilmediklerini, hastalığın önemini kavrayamadıklarını düşündürmektedir. Böyle bir sonuç araştırma grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınırlı olmasından kaynaklanan zayıf hastalık bilgisi ile ilişkilendirilebilir (Tablo 4.12). Yapılan çalışmalar genel toplumda ve hipertansiyonlu bireylerde hipertansiyona ilişkin bilgi ve tutumların düşük olduğunu, sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeyde olan bireylerin hipertansiyon hakkında daha az bilgiye sahip olduğunu göstermiştir (87, 92, 188, 219).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu olmayan kişilerin yarısından fazlasında kan basıncı normal düzeyde olup %37.0'sinde kan basıncı sınır düzeydedir. Hipertansiyonlu kişilerin ise yaklaşık %80.0'i tedavi aldığını belirttiği halde yarıdan azında kan basıncı normal düzeydedir (Tablo 4.29). Amerika ve Uganda'da hipertansiyonlu olmayan bireylerin %36.0'sında kan basıncı sınırdan bulunmuştur (220, 221). Bu çalışmada sınırdan kan basıncı oranları her iki grupta yüksek bulunmuştur. Toplumumuzda hipertansiyon görülme sıklığının azaltılmasında hedef grup prehipertansif bireyler olmalıdır. Bu bireyler arasında özellikle daha önce tanı almayanların rutin taramalarının yapılması, tanı alanların ise tedavi uyum ve bağlılıklarının kontrol edilmesi gereklidir.

Araştırma grubundaki bireylerin kan basıncı ortalamalarının 140/90 mmHg'nın altında olduğu belirlenmiştir. Nitekim PatenT2 (206) sonuçları da Türk toplumunda kan basıncı ortalamalarının 140/90 mmHg'nın altında olduğunu göstermiştir. Amerikan ve Kore toplumunda kan basıncı ortalamaları 140/90 mmHg'nın üzerinde bulunmuştur (189, 219).

Araştırma grubundaki bireylerin hipertansiyonda yapılması gereken yaşam biçimi değişiklikleri hakkındaki farkındalık düzeyleri bilgi düzeylerine göre daha yüksek olmakla birlikte yeterli bulunmamıştır. Farkındalık düzeyleri hipertansiyonlu kişilerde hipertansiyonlu olmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.30). Özellikle sigara içmeme konusundaki farkındalık düzeyi hipertansiyonu olmayan kişilerde daha düşüktür. Bu durum araştırma grubunun sigaranın kan basıncı üzerindeki etkisini yeterince bilmemesinden kaynaklanabilir (Tablo 4.34). Yapılan çalışmalarda bireylerin hipertansiyonda yaşam biçimi değişikliklerinin farkında oldukları, farkındalık oranlarının hipertansiyonlu bireylerde daha yüksek olduğu, bireylerin sigaranın kan basıncı üzerindeki etkisini bildikleri gösterilmiştir (87, 92, 188, 204, 222, 223). Araştırma grubunun medyada sağlık yaşam konularına ilgi daha fazla ilgi duyması yaşam biçimi değişiklikleri hakkındaki farkındalığı artırmış olabilir (Tablo 4.6).

Araştırma grubunda hipertansiyonlu kişilerde olumlu sağlık algısının hipertansiyon olmayan bireylere göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.31). Nitekim yapılan çalışmalarda da hipertansiyonlu hastalar arasında olumlu sağlık algısının yaygın olmadığı, düşük sağlık algısının zayıf hastalık bilgisi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (33, 67).

Araştırma grubunda herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan her zaman hekime gitme oranı düşüktür. Hipertansiyonu olan bireylerde bu oran %10.3 olup hipertansiyonu olmayan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 4.31). Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları da herhangi bir sağlık sorunu yaşamadan hekime gitme sıklığının toplumumuzda yaygın olmadığını (yaklaşık %20.0) göstermektedir (177, 224). Bu çalışmada herhangi bir sağlık sorunu yaşamaksızın hekime başvurma eğiliminde bile yer edinmemiş bir alışkanlık olmadığı söylenebilir.

Araştırma grubunun yarısından fazlasının sağlık hizmetinden yararlanmada öncelikle aile hekimine başvurdukları belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan bireylerde bu oran %66.7 olup hipertansiyonu olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.31). 2011 yılında Kayseri’de öğretmenlerin sağlık hizmetinde ilk başvuru yeri olarak devlet ve üniversite hastanelerini tercih ettikleri belirlenmiştir (160). 2012 yılında Manisa’da yapılan başka bir çalışmada ise 20 yaş ve üzerindeki bireylerin yarısından fazlasının öncelikle aile hekimine başvurdukları saptanmıştır (224). Aile hekimliğine başvuru oranlarının yıllara göre artış gösterdiği Sağlık Bakanlığının 2012 yılı verilerinde de gösterilmiştir (158).

Hipertansiyonda hastaya ait faktörlerin (kan basıncında kontrol sağlama düşüncesinin, stres düzeylerinin ve vücut yapısının) sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilendiği belirtilmektedir (23, 87, 93, 96, 197). Bu çalışmada hipertansiyonlu kişiler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olanlarda sınırlı olanlara göre kan basıncında her zaman kontrol algısına ve normal vücut yapısına sahip olanların oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.32).

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hipertansiyonlu kişilerin kan basıncını düşürücü aktiviteleri (tuz kısıtlaması yapma, kan basıncı kontrolü, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü) daha fazla uyguladıkları belirtilmektedir (23, 87, 93, 96, 197). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olanlarda tuz kısıtlaması yapma, kilo kontrolüne özen gösterme, iş dışında düzenli fiziksel egzersiz yapma oranları daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın sigara içmeme, alkol kullanmama, düzenli doktor kontrolü ve günlük tansiyon takibi gibi önlemlerin alınma oranı düşüktür (Tablo 4.33). Bu sonuç hipertansiyonlu bireylerin hastalıkta kontrolünün ne denli önemli olduğunu yeterince bilmediklerini ortaya koymaktadır. Hipertansiyonlu bireylerin kan basıncını düşürücü

önlemleri benimsemeleri ve uygulamaları için öz sorumluluk duygusunu geliştiren yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmaları gereklidir.

Kan basıncında kontrolün sağlanabilirliğinin hipertansiyonlu bireylerin izledikleri bireysel tutum, davranış ve düşünce yapısı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (93). Bu çalışmada hipertansiyonu olan bireylerin kan basıncında kontrol sağlama algılarına göre ölçülen kan basıncı düzeylerinin anlamlı ölçüde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Kan basıncının her zaman kontrol altında olduğunu ifade eden yaklaşık her on hipertansiyonlu bireyin üçünde kan basıncının normalin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.36). Bu durum hipertansiyonlu kişilerin gerçek kan basıncı düzeylerinin farkında olmadıklarını göstermektedir. Amerika’da yapılan bir çalışmada da kan basıncının kontrol altında olduğunu ifade edenlerde ölçülen kan basıncı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (93).

Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

- İlköğretim öğretmenlerinde hipertansiyon bilgisi ve farkındalığı düşük, kan basıncı kontrolü yüksektir.
- İlköğretim öğretmenlerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sınırlıdır.
- İlköğretim öğretmenlerinde hastalık farkındalığı ve kontrolüne göre yeterli SOY düzeyleri düşüktür.
- İlköğretim öğretmenlerinin kan basınçlarının artması ile SOY puanları azalmaktadır.
- İlköğretim öğretmenlerinin sağlık okuryazarlığı becerileri konusundaki kendi değerlendirmeleri ile ölçülen SOY düzeyleri örtüşmemektedir.
- Kronik hastalığı olmayan öğretmenlerde yeterli SOY düzeyleri daha yüksektir.
- Yeterli SOY düzeyindeki ilköğretim öğretmenlerinde sigara içmeme ve alkol kullanmama oranları yüksektir.
- Medyada sağlıklı yaşam ve alternatif tıp konularına ilgi duyan öğretmenlerde yeterli SOY düzeyleri daha yüksektir.

- Yeterli SOY düzeyindeki hipertansiyonlu öğretmenler daha fazla tuz kısıtlaması yapmakta, kilo kontrolüne daha fazla özen göstermektedir.
- Eğitimcilerde sınırlı SOY düzeyi eğitim sistemimizin sağlık eğitimi programları açısından zayıf olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Eğitim sistemimizin tüm seviyelerinde (okul öncesi, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite) sağlık okuryazarlığını geliştirmeye, riskli sağlık davranışlarını azaltmaya, kronik hastalıkları önlemeye, sağlığı geliştirme aktivitelerine yönelik alt yapılar oluşturulmalıdır.
- Özellikle öğretmen adaylarına sağlığı geliştirici aktivitelerle yönelik mezuniyet sonrası eğitimler düzenlenmelidir.
- Eğitimcilerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olması genel toplumda sınırlı SOY riskinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesine ve sağlık okuryazarlığı bilincinin oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Sağlık sektörü, eğitim sektörü, üniversiteler, sivil toplum örgütleri ve medyanın içinde yer aldığı multisektöriyel çabalar oluşturulmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Nielsen-Bohlman L, Panzer MA, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington, 2004: 20-65.
2. Kirsch I. The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured. Research Report, Research Publications Office, Princeton, 2001: p 4-7.
3. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? Health Promot Int 2009; 24 (3): 285-296.
4. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med 2006; 21: 878–883.
5. Mancuso JM. Health literacy: A concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci 2008; 10: 248–255.
6. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy. Canadian Public Health Association, Carling Avenue Ottawa, 2008: p 10-11.
7. Gillis D, Quigley A. Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project 2004. St. Francis Xavier University, Antigonish, 2004: p 3-11.

8. 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; 7 (21): 1-7.
9. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns* 2012; 89(1): 209-212.
10. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL. Health literacy: A new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009; 38(3): 144-147.
11. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promot Int* 2005; 20(2): 195-203.
12. Mccray AT. Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc* 2005; 12: 152–163.
13. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12(80): 1-13.
14. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1228–1239.
15. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns* 2009; 75: 411-417.
16. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 215–220.
17. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med* 2005; 118: 371–377.
18. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a frame- work from health psychology. *Health Educ Behav* 2009; 36: 860–877.

19. Frisch AL, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promot Int* 2011; 27 (1): 117-126.
20. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med* 2002; 34(5): 383–389.
21. Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2014; 12(1): 61-68.
22. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *Cancer J Clin* 2002; 52: 134-149.
23. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288(4): 475-482.
24. Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005; 72(3): 463–468.
25. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* 2008; 11: 113–122.
26. Shaw SJ, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigr Min Health* 2009; 11: 460–467.
27. Rosas-Salazar C, Apter AJ, Canino G, Celed JC. Health literacy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 935-42.
28. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States, The European Health Literacy Project, 2009- 2012, Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012: p 31-33.
29. Akalın E. Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı oranlarının belirlenmesi-Protokol sinopsisi 2009. http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf (10.03.2013).
30. Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı, 2005: Gençlere Sağlık Projesi. <http://www.pfizer.com.tr/sites/tr/articlefr/Pages/Genclere.aspx> (05.03.2013).

31. The Sixty-sixth World Health Assembly. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. WHA66.10, 2013. <http://apps.who.int/gb/ewha66.html> (05.03.2013).
32. World Health Organization. A global brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis. WHO Report, Geneva, 2013: p 7-19.
33. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23(10): 1817-1823.
34. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med* 1998; 158: 166-172.
35. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003; 51: 267-275.
36. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002; 40(5): 395-404.
37. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, et al. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. *Blood Press Monit* 2011; 16: 224–230.
38. Brook U, Galili A. Knowledge and attitudes of high school teachers towards pupil suffering from chronic disease. *Patient Educ Couns* 2001; 43: 37-42.
39. Attia ZT. Self-reported knowledge and pattern of physical activity among male school students and their teachers in Al Khobar, Saudi Arabia. *J Family Community Med* 2005; 12(1): 19–25.
40. Richmond M, Robinson C, Sachs-Israel M. The Global Literacy Challenge: A profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Literacy Decade 2003–2012. UNESCO Report, Paris, 2008: p 10-28.

41. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-267.
42. Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int* 2001; 16 (3): 289–297.
43. Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patients in Israel. *Health Promot Int* 2001; 16: 87– 94.
44. Burnham E, Peterson EB. Health information literacy: a library case study. *Libr Trends* 2005; 53: 422–433.
45. Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutr J* 2007; 6 (5): 1-4.
46. Taylor S, Wagland S. Financial Literacy: A review of government policy and initiatives. *Australasian Accounting Business and Finance Journal* 2011; 5(2): 101-125.
47. Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. *Aust J Prim Health* 2007; 13: 24–30.
48. Mancuso MJ. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nurs Health Sci* 2009; 11: 77– 89.
49. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. World Health Organization, 2009. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf. (12.07.2013).
50. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, et al. Health literacy: Report of the council of scientific affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281: 552-557.
51. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. <http://www.healthypeople.gov/2010> (12.07.2013).
52. Berkman ND, Dewalt DA, Pignone MP, et al. Literacy and health outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2004; (87): 1-8.

53. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, et al. Public health literacy defined. *Am J Prev Med* 2009; 36(5): 446–451.
54. Watkins K. United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008, New York, 2007: p 269.
55. Jacobson KL, Gazmararian JA, Kripalani S, et al. Is Our Pharmacy Meeting Patients' Needs? A Pharmacy Health Literacy Assessment Tool: User's Guide. Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ Publication, Rockville, 2007: p 1-2.
56. Paasche-Orlow MK, Wolf MS: The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007; 31(Suppl 1): 19-26.
57. Shone L, Conn MK, Sanders L, Halterman JS. The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Educ Couns* 2009; 75: 368–375.
58. Rootman I, Mitic W. An Inter-sectoral Approach to Improve Health Literacy for Canadians: A Discussion Report, Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada, 2012: p 24-49.
59. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67: 2072–2078.
60. Talbot L, Verrinder G. Promoting Health: The primary health care approach (4th ed), Churchill Livingstone, Reed International Books Australia Pty Ltd, 2010:198-199.
61. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Soc Sci Med* 2011; 73: 60-67.
62. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report, WHO Press, Geneva, 2008: p 1-5.
63. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 1086-1090.

64. U.S. Department of Health and Human Services. Assessing the Nation's Health Literacy: Key concepts and findings of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL) 2008. http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/hl_report_2008.pdf (13.04.2013).
65. Health Literacy, Australia, 2006. Australian Bureau of Statistics. <http://www.abs.gov.au>. (13.04.2013).
66. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1946-1952.
67. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 806-812.
68. Volandes A, Paasche-Orlow M. Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *American Journal of Bioethics* 2007; 7(11): 5-10.
69. World Health Organization. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Commission on Social Determinants of Health's Interim Statement. WHO, Geneva, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf?ua=1 (17.04.2014).
70. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007; 167(14): 1503-1509.
71. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun* 2010; 15: 9-19.
72. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO Press, Geneva, 2011: p 5-9.
73. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, et al. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 938-943.
74. DeWalt DA, Pignone MP. Reading is fundamental. The relationship between literacy and health. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1943-1944.

75. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? *Can J Public Health* 2005; 96(2): 62-77.
76. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002; 92(8): 1278–1283.
77. Cho YI, Lee SYD, Arozullah MA, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health care utilization amongst elderly. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1809-1816.
78. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 2009; 54: 313–324.
79. U.S. Department of Health and Human Services (2007). Quick guide to health literacy and older adults. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, <http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/default.htm>.(17.04.2013).
80. Hoffmann T, Worrall L. Designing effective written health education materials: Considerations for health professionals. *Disabil Rehabil* 2004; 26: 1166–1173.
81. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int* 2000; 15(4):277-283.
82. Bosworth HB. Challenges and strategies to improve patient health literacy and competencies. *Patient Intell* 2010; 2: 19–25.
83. Parker, RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 537-541.
84. Davis TC, Long S, Jackson R, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993; 25: 391–395.
85. Welch VL, VanGeest JB, Caskey R. Time, costs, and clinical utilization of screening for health literacy: A case study using the Newest Vital Sign (NVS) Instrument. *J Am Board Fam Med* 2011; 24: 281–289.
86. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med* 2005; 3: 514-522.

87. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, et al. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns* 2009; 75: 381–385.
88. Jones CA, Mawani S, King KM, et al. Tackling health literacy: adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. *BMC Public Health* 2011, 11(24): 1-11.
89. Kim MT, Song HJ, Han HR, et al. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Educ Couns* 2012; 87: 165-170.
90. Wright-Nunes JA, Luther JM, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Patient knowledge of blood pressure target is associated with improved blood pressure control in chronic kidney disease. *Patient Educ Couns* 2012; 88: 184–188.
91. Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *Am J Hypertens* 2012, 25(3): 348-353.
92. Li X, Ning N, Hao Y, et al. Health literacy in rural areas of China: Hypertension knowledge survey. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 1125-1138.
93. Joyner-Grantham JN, Mount DL, McCorkle OD, et al. Self-reported influences of hopelessness, health literacy, lifestyle action, and patient inertia on blood pressure control in a hypertensive emergency department population. *Am J Med Sci* 2009; 338(5): 368–372.
94. 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; 8 (219): 1-9.
95. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs* 2009; 18(16): 2337–2343.
96. Osborn CY, Paasche-Orlow MK, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav* 2011; 35(1): 118–128.

97. Schapira MM, Fletcher KE, Hayes A, et al. The development and validation of the hypertension evaluation of lifestyle and management knowledge scale. *J Clin Hypertens* 2012; 14 (7): 461–466.
98. Cohen JD. Hypertension epidemiology and economic burden: Refining risk assessment to lower costs. *Manag Care* 2009; 18(10): 51-58.
99. Mansia G, Grassi G, Kjeldsen SE. Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension. Informa UK Ltd, London, 2008: 24-281.
100. Chockalingam A, Campbell NR, Fodor JG. Worldwide epidemic of hypertension. *Can J Cardiol* 2006; 22(7): 553-555.
101. Cheung BMY, Cheung TT. Nice new hypertension guidelines. *World J Hypertens* 2012; 23; 2(5): 45-49.
102. World Health Organization. Raised Blood Pressure. Global Health Observatory. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/. (15.05.2013).
103. American Heart Association. High Blood Pressure, 2013 [http:// heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_ 319587.pdf](http://heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319587.pdf) (15.05.2013).
104. Wallace LS, Keenum AJ. Using a home blood pressure monitor: do accompanying instructional materials meet low literacy guidelines? *Blood Press Monit* 2008; 13: 219–223.
105. Müller DN, Luft FC. Direct renin inhibition with aliskiren in hypertension and target organ damage. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 221-228.
106. Onat A, Hergenç G, Can G, et al. TEKHARF 2009: Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. Figür Grafik ve Matbaacılık Tic. Ltd. Şti, İstanbul 2009: 73-88.
107. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension 2013. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013; 5-72.

108. Giles TD, Materson BJ, Cohn JN, Kostis JB. Definition and classification of hypertension: An update. *J Clin Hypertens* 2009; 11: 611–614.
109. Guidelines Committee 2003. European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011–1053.
110. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1983-1992.
111. Guidelines Committee 2007. European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007; 25: 1751–1762.
112. U.S. Department of Health and Human Services 2003. JNC-7 Express: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication, 2003: p 2-3.
113. Çağlı EK, Aras D. Secondary hypertension diagnosis and treatment. *Türkiye Klinikleri J Cardiol- Special Topics* 2009; 2(4): 31–40.
114. Karakoç EV, Ömer Z, Can H. Birinci basamakta hipertansiyona yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012; 1: 62-67.
115. Newhouse SJ, Huq SM, Arunachalam G, Caulfield MJ, Munroe PB. Genetics of Hypertension, Kozan Ö (Edt), *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, İstanbul, 2009: 47-65.
116. Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13(3): 99-104.
117. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series; 916. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, WHO, Geneva, 2003: p 13-81.
118. World Health Organization. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, 2010. WHO Press, Geneva, 2010: p 6-7.

119. Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension* 2009; 54: 475–481.
120. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens* 2012; 25: 1–15.
121. Erdem Y, Arici M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* 2010; 19(5): 313–318.
122. Cobiac LJ, Vos T, Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake. *Heart* 2010; 96: 1920–1925.
123. World Health Organization. High blood pressure – country experiences and effective interventions utilized across the European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013: p 1-18.
124. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010; 92: 1189–1196.
125. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al the PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet. *N Eng J Med* 2013; 368: 1279–1290.
126. U.S. Department of Health and Human Services. DASH Eating Plan: Lowering Your Blood Pressure. National Institutes of Health, 2006: p 7-55.
127. Yarlioglues M, Kaya MG, Ardic I, et al. Acute effects of passive smoking on blood pressure and heart rate in healthy females. *Blood Press Monit* 2010; 15: 251–256.
128. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 2005; 40: 756–764.

129. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000; 160: 939–944.
130. Mancia G, Grassi G. Definition and Classification of Blood Pressure, Kozan Ö (Edt), *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, İstanbul, 2009; 15-22.
131. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635–1701.
132. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33: 484–492.
133. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2005; 46: 667–675.
134. U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>. (15.05.2013).
135. Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, Vanhees L. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertension* 2011; 58: 950–958.
136. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheet 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (15.05.2013).
137. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373: 1083-1096.
138. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003; 42: 878–884.

139. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18(4): 1-9.
140. Schutta MH. Diabetes and hypertension: epidemiology of the relationship and pathophysiology of factors associated with these comorbid conditions. *J Cardiometab Syndr* 2007; 2(2): 124-130.
141. Ferrannini E, Cushman WC. Diabetes and hypertension: the bad companions. *The Lancet* 2012; 380 (9841): 601 – 610.
142. Altunoğlu E. İnsülin direnci. *İstanbul Tıp Dergisi* 2012; 13(3): 137-140.
143. Dalal JJ, Padmanabhan TNC, Jain P, et al. Lipitension: Interplay between dyslipidemia and hypertension. *Indian J Endocrinol Metab* 2012; 16(2): 240-245.
144. Khatib OMN, El-Guindy MS. Clinical guidelines for the management of hypertension. EMRO Technical Publications Series; 29. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2005: p 13-83.
145. Israili ZH, Lyoussi B, Hernandez-Hernandez R, Velasco M. Metabolic syndrome: treatment of hypertensive patients. *Am J Ther* 2007; 14(4): 386–402.
146. Hankey GJ. Preventable stroke and stroke prevention. *J Thromb Haemost* 2005; 3: 1638–1645.
147. De Buyzere M, Clement DL. Hypertension and Peripheral Circulation, Kozan Ö. (Edt), *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, İstanbul, 2009: 285-301.
148. Peck-Lin LIP. Hypertension and Eyes, Kozan Ö. (Edt), *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, İstanbul, 2009: 303-311.
149. Laliberte F, Bookhart BK, Vekeman F, et al. Direct all-cause health care costs associated with chronic kidney disease in patients with diabetes and hypertension: a managed care perspective. *J Manag Care Pharm* 2009; 15(4): 312–322.
150. Bakris GL, Ritz E. Hypertension: the message of World Kidney Day 2009. *Nat Rev Nephrol* 2009; 5(4): 188–190.

151. World Health Organization. The World Health Report 2000. WHO, Geneva, 2000: p 1-4.
152. Manolio TA, Olson J, Longstreth WT. Hypertension and cognitive function: Pathophysiologic effects of hypertension on the brain. *Curr Hypertens Rep* 2003; 5 (3): 255-261.
153. Vicario A, Martinez CD, Baretto D, Casale AD, Nicolosi L. Hypertension and cognitive decline: Impact on executive function. *J Clin Hypertens* 2005; 7: 598–604.
154. Gardner CJ, Lee K. Hyperperfusion syndromes: insight into the pathophysiology and treatment of hypertensive encephalopathy. *CNS Spectr* 2007; 12(1): 35-42.
155. Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J* 2011; 32: 3081–3087.
156. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24: 215–233.
157. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 2010; 25(3): 464-477.
158. Başara B, Güler C, Yentür GK, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf> (06.08.2013).
159. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6: 421- 426.
160. Balcı E, Gün İ. Kayseri il merkezinde görev yapan öğretmenlerin aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011; 33: 129-140.
161. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı

- Kurumu, Ankara 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. (20.02.2014).
162. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara. <http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/KYTA/turkce/ozet-tablolar/index.html>. (08.04.2014).
163. The Ministry of Health of Turkey Primary Health Care General Directorate. Global Adult Tobacco Survey, Turkey Report 2010. Anıl Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2010: 15-19.
164. Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S. Konya’da ilköğretim okullarındaki öğretmenler arasında sigara içme durumu. *Toraks Dergisi* 2007; 8: 37-40.
165. Balcı E, Apaydın M, Yılmazel G, Öksüzokaya A. Kayseri’de görev yapan rehber öğretmenlerin tütüne ve yasağına bakışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2012; 21(3): 86-93.
166. Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y et al. Ankara merkez ilçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006; 5: 83-93.
167. Çelebi E, Oğuzöncül AF. Özel Eğitim öğretmenlerinin bazı sağlık davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2013; 27(2): 87 – 92.
168. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 185–192.
169. Rasmussen J, Rohde I, Ravn BL, Sørensen T, Wynn R. Developments in the population’s use of the internet for health- related purposes. *Ugeskr Laeger* 2009; 171(12): 1007-1011.
170. Marazienė D, Klumbienė J, Tomkevičiūtė J, Misevičienė I. Sources and reasons for seeking health information by Lithuanian adults. *Medicina* 2012; 48(7): 371-378.
171. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, et al. Trust and sources of health information. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2618-2624.

172. Oh KM, Kreps GL, Jun J, Chong E, Ramsey L. Examining the health Information-seeking behaviors of Korean Americans. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2012; 17(7): 779-801.
173. Ishikawa Y, Nishiuchi H, Hayashi H, Viswanath K. Socioeconomic status and health communication inequalities in Japan: A nationwide cross-sectional survey. *PLoS One* 2012; 7(7): 1-9.
174. Bilgi Toplumu İstatistikleri, 2011. T.C. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Bilgi Toplumu Dairesi Başkanlığı DPT Yayın No: 2826, Haziran 2011. http://akgul.bilkent.edu.tr/BTistatistik/Bilgi_Toplumu_Istatistikleri_2011.pdf. (08.04.2014).
175. İkinci S, Eser S, Piyal B, et al. Sağlık ön lisans programı öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumu (Ankara Üniversitesi Örneği), 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s 674-676, 2-6 Ekim 2012, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
176. Yılmazel G, Akbulut B, Duman N. Media sources for seeking health information in women. *Journal of Communication and Computer* 2013; 10: 877-881.
177. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) 2009. İlaç kullanım davranışları. <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/news/790/ulkemizin-ilac-kullanim-davranislari>. (03.04.2014).
178. Özer Ö, Şantaş F, Budak F. Sağlık web sitelerinin kullanım düzeylerinin incelenmesi: Örnek bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 2012; 1(4): 128-140.
179. Bulduklu Y. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010; 24: 75-85.
180. Kirk JK, Grzywacz JG, Arcury TA, et al. Performance of health literacy tests among older adults with diabetes. *J Gen Intern Med* 2011; 27(5): 534-540.
181. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: The “Newest Vital Sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med* 2010; 23: 195–203.
182. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, et al. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *Med J Aust* 2009; 191: 530-534.

- 183.Boxell EM, Smith SG, Morris M, et al. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: Does health literacy play a role? *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2012; 17(3): 265-279.
- 184.Sahm LJ, Wolf MS, Curtis LM, McCarthy S. Prevalence of limited health literacy among Irish adults. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2012; 17(3): 100-108.
- 185.Zoellner J, You W, Connell C, et al. Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: Findings from the rural lower Mississippi Delta. *J Am Diet Assoc* 2011; 111(7): 1012–1020.
- 186.Patel PJ, Steinberg J, Goveas R, et al. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African –American patients. *Patient Educ Couns* 2011; 85: 505-507.
- 187.Pendlimari R, Holubar SD, Hassinger JP, Cima RR. Assessment of colon cancer literacy in screening colonoscopy patients: A validation study. *J Surg Res* 2012; 175: 221-226.
- 188.Ko Y, Balasubramanian TD, Wong L, et al. Health literacy and its association with disease knowledge and control in patients with hypertension in Singapore. *Int J Cardiol* 2013; 108: 116-117.
- 189.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; 22(11): 1523-1526.
- 190.Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. Applicability of internationally available health literacy measures in the netherlands. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2011; 16(3): 134-149.
- 191.Marks JR, Schectman JM, Groninger H, Plews-Ogan MN. The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. *Patient Educ Couns* 2010; 78: 372–376.

192. Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: Screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 874–877.
193. Benson JG, Forman WB. Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: use of the test of functional health literacy. *Gerontology* 2002; 48: 93–97.
194. Downey LV, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1204–1208.
195. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, 2010: p 3-13.
196. Hudon C, Fortin M, Poitras ME, Almirall J. The relationship between literacy and multimorbidity in primary care setting. *BMC Fam Pract* 2012; 13(33): 1-6.
197. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and health risk behaviors among older adults. *Am J Prev Med* 2007; 32(1): 19-24.
198. Jensen JD, King AJ, Davis LA, Guntzviller LM. Utilization of internet technology by low-income adults: The role of health literacy, health numeracy, and computer assistance. *J Aging Health* 2010; 22: 804-825.
199. Birru MS, Monaco VM, Charles L, et al. Internet usage by low-literacy adults seeking health information: an observational analysis. *J Med Internet Res* 2004; 6: 25-25.
200. Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, et al. The literacy divide: Health literacy and the use of an internet-based patient portal in an integrated health system—results from the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2010; 15(2): 183-196.
201. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 2010; 376: 1261–71.
202. Noar SM. A 10-year retrospective of research in health mass media compaigns: Where do we go from here? *J Health Commun* 2006; 11: 21-42.

203. Kılıç M. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hipertansiyon prevalansı, farkındalığı, kontrolü ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2013; 12(1):79-86.
204. Oskay EM, Önsüz MF, Topuzoğlu A. İzmir’de bir sağlık ocağı’nda başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 11(1): 3-9.
205. Öztürk A, Aykut M, Günay O, et al. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2011; 33(3): 219-228.
206. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması -2 (Patent2). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2012. <http://www.turkhipertansiyon.org/ppt/PatenT2.ppt> (13.03.2013).
207. Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde erişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2012; 12: 47-52.
208. Erem C, Hacıhasanoğlu A, Kocak M, Deger O, Topbas M. Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. Journal of Public Health 2008; 31(1): 47–58.
209. Oliveira GF, Oliveira TRR, Ikejiri AT, et al. Prevalance of hypertension and associated factors in an indigeneous community of central Brazil: A population-based study. PLoS One 2014; 28; 9(1): 1-6.
210. Jenson A, Omar AL, Omar MA, Rishadd AS, Khoshnoode K. Assessment of hypertension control in a district of Mombasa, Kenya. Glob Public Health 2011; 6 (3): 293-306.
211. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59: 144-150.
212. Gee ME, Bienek A, McAlister FA, et al. Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressure among Canadian adults with hypertension. Can J Cardiol 2012; 28 (3): 75–382.

213. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA* 2010; 303: 2043-2050.
214. Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, et al. Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1215–1221.
215. Sanne S, Muntner P, Kawasaki L, Hyre A, DeSalvo KB. Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. *Ethn Dis* 2008; 18: 42-47.
216. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice. *J Acad Nutr Diet* 2012; 112: 254-265.
217. Gordon HS, Street RL, Sharf BF, Soucek J. Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer* 2006; 107(6): 1313-1320.
218. Aslantekin F, Yumrutaş M, Uysal M. Tip 2 diyabetli hastaların sağlık okuryazarlık durumlarının değerlendirilmesi, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s 696-700, 2-6 Ekim 2012, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
219. Han HR, Chan K, Song H, et al. Development and evaluation of a hypertension knowledge test for Korean hypertensive patients. *J Clin Hypertens* 2011; 13(10): 750–757.
220. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, U.S. Government Printing Office, Washington, 2010: p 1-5.
221. Nuwaha F, Musinguzi G. Pre-hypertension in Uganda: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord* 2013; 13(101): 1-7.
222. Han HR, Kim KB, Kang J, et al. Knowledge, beliefs, and behaviors about hypertension control among middle-aged Korean Americans with hypertension. *J Community Health* 2007; 5: 324-342.
223. Egan BM, Lackland DT, Cutler NE. Awareness, knowledge and attitudes of older Americans about high blood pressure. *Arch Intern Med* 2003; 163: 681-687.
224. Dündar PE, Dede B. Manisa'da seçilen kentsel ve gecekondü bölgelerinde yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve etkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s 296-299, 2-6 Ekim 2012, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

EKLER

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çorum İl merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okur yazarlığı, hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü arasındaki ilişki						
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Fevziye Çetinkaya						
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı						
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Fevziye Çetinkaya						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri						
	DESTEKLEYİCİ							
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ							
	ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1	☐					
		FAZ 2	☐					
FAZ 3		☐						
FAZ 4		☐						
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐						
	Yüksek Doz Araştırması	☐						
	Diğer İse Belirtiniz	☒	Doktora Tezi					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	ULUSAL	☒	ULUSLARARASI	☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐
	SIGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	☐
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐
	ILAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
SONUÇ RAPORU	☐	

ASLI GİRİDİR

T.C.

1923

Bahri YANCAR

Fakülte Şefi



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 13583543/605/361412

Konu: Anket Çalışması Talebi

28/03/2013

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi : a) Milli Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07.03.2012 tarih B.08.0.YET.00.20.00.0/3616 sayılı ve 2012/13 nolu Genelgesi.
b) Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 21.03.2013 tarih ve 14065294-044/0468-0282 sayılı yazısı.

Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının ilgi (b) yazısında; Üniversitelerinin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencilerinden Gülay YILMAZEL'in Müdürlüğümüze bağlı ekli listede isimleri belirtilen okullarda görev yapan öğretmenlere yönelik "Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki" konulu tez çalışması ile ilgili araştırma ve anket çalışması yapma talebinde bulunmaktadır.

Söz konusu başvuru Müdürlüğümüzce ilgi (a) Genelge çerçevesinde incelenmiş olup, bu çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı ekli listede isimleri belirtilen okullarda görev yapan öğretmenlere gönüllülük esasına dayalı olarak yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Arslan ARSLAN
Müdür a.
Şube Müdürü

OLUR
28/03/2013

Aytekin GİRGIN
Vali a.
İl Milli Eğitim Müdürü

EKLER:

- İlgi (b) yazı örneği (1 Sayfa)
- Okul listesi (1 Sayfa)
- Anket formu örneği (8 Sayfa)

"Güvenli Elektronik İmzalı Aslı ile Aynıdır. .../.../2013

28/03/2013

Tuncay Karaman
[Signature]

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak teyidi <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 1987-4871-31b3-9e4e-f61a kodu ile yapılabilir.

Üçdutlar Mah. Eşrefhoca Cad. Milli Eğitim Müdürlüğü Binası Kat: 1 ÇORUM Ayrıntılı bilgi için: T.NİZAM Memur
Tel: (0364)224 02 01 -154 Faks: (0364) 213 83 53 E-Posta: kultur19@meb.gov.tr İnternet Adresi: corum.meb.gov.tr

Adres:

**ÇORUM İL MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM ÖĞRETMENLERİNDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI, HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE KONTROLÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Değerli öğretmenler, bu çalışma sağlık okuryazarlığı düzeyiniz ve hipertansiyon farkındalığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bilgileriniz başka bir amaçla kullanılmayacak olup çalışmaya vereceğiniz destek için teşekkür ederiz.

ANKET FORMU

...../...../2013

1. Şu an görev yaptığınız kurumun türü: 1.İlkokul 2.Ortaokul
2. Branşınız: 1.Sınıf öğretmeni 2. Branş öğretmeni (.....)
3. Mezun olduğunuz okul türü:
1.Öğretmen okulu/lisesi 2. Ön lisans 3.Lisans 4.Yüksek lisans/doktora
4. Mesleki kıdeminiz (yıl):.....
5. Yaşınız:
6. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
7. Medeni durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış
8. Eşinizin mesleği:
1.Eğitimci (öğretmen, akademisyen vb.) 2.Sağlık personeli (doktor, hemşire vb.)
3.Ev hanımı 4.Diğer (.....)
9. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü
10. **Herhangi bir sağlık sorununuz olmasa bile** kontrol amacı ile hekime ne sıklıkla başvurursunuz?
1. Her zaman 2.Ara sıra 3.Hiçbir zaman
11. Sağlık hizmetinden yararlanmada öncelikle hangi kuruma başvurursunuz?
1.Aile Sağlığı Merkezi/Aile hekimi 2.Devlet/Üniversite Hastanesi
3.Özel hastaneler/poliklinikler 4.Diğer (Belirtiniz.....)
12. Doktor tarafından tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1.Evet (Belirtiniz.....) 2.Hayır
13. Sigara içme durumunuz: 1. Hiç içmem 2. Ara sıra içiyorum
3. Günde en azadet 4.Bıraktım
14. Alkol kullanma durumunuz: 1. Hiç içmem 2. Ara sıra içiyorum 3. Haftada en az bir bardak içirim

15. Sağlık ve hastalıklarla ilgili dokümanları okumada ne kadar ilgilisiniz?

Dokümanlar	Her zaman	Ara sıra	Hiçbir zaman
İlaç prospektüsü			
Tıbbi formlar			
Broşür/kitapçık			
Afişler/posterler			
Gazete/dergi			
Diğer			

16. Sağlıkla ilgili bilgiyi edinmede aşağıda verilen medya kaynaklarını ne sıklıkta kullanırsınız?

Medya kaynakları	Her zaman	Ara sıra	Hiçbir zaman
TV/Radyo programları			
İnternet			
Gazete/dergi			
Broşür/kitapçık			

17. Medyada yer alan sağlıkla ilgili hangi konulardan hangileriyle daha fazla ilgilenirsiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Sağlık Bakanlığı'nın politika ve programları ()
2. Hastalıklar ve tedavi metodları ()
3. Sağlıkla ilgili bilimsel buluşlar ()
4. İlaç ve medikal ürünler ()
5. Sağlıklı yaşam (beslenme-fiziksel aktivite, sigara vb.) ()
6. Alternatif tıp ()
7. Diğer (Belirtiniz.....)

18. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- | | | |
|--|---------|----------|
| 1. Sıkıcı | 1. Evet | 2. Hayır |
| 2. Güvenilir | 1. Evet | 2. Hayır |
| 3. Toplumsal ve bireysel sağlık için faydalı | 1. Evet | 2. Hayır |
| 4. Diğer (.....) | 1. Evet | 2. Hayır |

19. Sağlık kuruluşlarında doldurmanız için size bir form verildiğinde bu formu doldurma becerinizi nasıl tanımlarsınız?

1. Formu daima kendi başıma okuyabilir ve doldurabilirim.
2. Formu okuma ve doldurmada yanımda eşlik eden kişiden yardım alırım.
3. Formu okuma ve doldurmada sağlık personelinden yardım isterim.

20. Sağlık kuruluşlarında size verilen tıbbi kitapçık/broşürleri anlamak sizin için ne kadar zordur?

- | | | |
|--------------|-------------|-----------------|
| 1. Her zaman | 2. Ara sıra | 3. Hiçbir zaman |
|--------------|-------------|-----------------|

21. Sağlık kuruluşlarında size verilen tıbbi kitapçık/broşürlere ilginizi nasıl tanımlarsınız?

1. Her zaman okurum.

2. Okumadan imha ederim.

3. Diğer (Belirtiniz.....)

22. Daha önce hiç tansiyonunuzu ölçtürdünüz mü?

1. Evet

2. Hayır

23. (Yanıtınız evet ise) Doktor tarafından hipertansiyon hastalığı tanısı konuldu mu?

1. Evet (..... yıl önce)

2. Hayır

24. Size göre hipertansiyon kişilerde ne tür belirtiler gösterir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Baş ağrısı

6. Kol ve bacaklarda uyuşma

2. Yorgunluk

7. Gözlerde yanma

3. Bulantı

8. Uyku güçlüğü

4. Çarpıntı

9. Güç kaybı

5. Sersemlik hissi

10. Diğer (Belirtiniz.....)

25. Hipertansiyonun kontrol edilememesi durumunda hangi sorunlar ortaya çıkabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Baş dönmesi

6. İnme

2. Kulak çınlaması

7. Böbrek yetmezliği

3. Çift görme

8. Yüksek kolesterol

4. Kalp krizi

9. Şeker hastalığı

5. Kalp yetmezliği

10. Diğer (Belirtiniz.....)

26. Sizce hipertansiyonun kontrol altında tutabilmesi için kişilerin yaşam biçiminde yapılması gerekenler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Yaşamdaki üzüntü ve stresi kontrol altına almak ()

2. Kilo kontrolü ()

3. Az yağlı yiyecekleri tüketmek ()

4. Yiyeceklerdeki tuzu azaltmak ()

5. Tüketilen yiyeceklerdeki şekeri azaltmak ()

6. Çay ve kahve tüketimini azaltmak ()

7. Düzenli egzersiz yapmak ()

8. Düzenli doktora gitmek ()

9. Tansiyonu ölçtürmek ()

10. Sigara içmemek ()

11. Alkol tüketimini azaltmak ()

12. Diğer (.....) ()

27. Size göre, sigara kan basıncını nasıl etkiler?

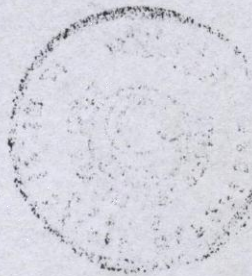
1. Kan basıncını etkilemez.

2. Kan basıncını geçici olarak yükseltir.

3. Kan basıncında kalıcı yüksekliğe neden olur.

4. Sigara hipertansiyonlu kişilerde kalp hastalığı ve felç riskini artırır.

5. Diğer (belirtiniz.....)



28. Aşağıda hipertansiyona yönelik bilgi ve farkındalık düzeyinizi belirlemeye yönelik ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri okuyarak sizin için en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz.

No	Hipertansiyon Farkındalığı	Doğru	Yanlış	Emin değilim
1	Hipertansiyon, kan basıncının sürekli yüksek olmasıdır.	☐	☐	☐
2	Hipertansiyon önemli bir sağlık sorunudur.	☐	☐	☐
3	130/80 mmHG değerindeki kan basıncı normaldir.	☐	☐	☐
4	160/100 mmHG değerindeki kan basıncı yüksektir.	☐	☐	☐
5	Hipertansiyon her gün düzenli ilaç kullanmayı gerektirir.	☐	☐	☐
6	İlaç reçetesi veya kutusu üzerinde yazılı olan 1x2 ifadesine göre ilaç günde iki kez alınmalıdır.	☐	☐	☐
7	Kişiler sadece kendilerini hasta hissettiklerinde tansiyon ilacını almalıdır.	☐	☐	☐
8	Aile öyküsü, şişmanlık, ileri yaş, şeker hastalığı, kentsel kesimde yaşam, hareketsiz yaşam ve sosyal gerilimler hipertansiyon için risk faktörleridir.	☐	☐	☐
9	Bir kişide kan basıncı yükseldiğinde daima belirti verir.	☐	☐	☐
10	Kontrol altına alınmamış yüksek kan basıncı, kolesterolü artırır.	☐	☐	☐
11	Kontrol altına alınmamış yüksek kan basıncı, şeker hastalığına yol açabilir.	☐	☐	☐
12	Hipertansiyon uzun süreli tedavi gerektirir.	☐	☐	☐
13	Uzun süreli anti hipertansif tedavi vücuda zarar verebilir.	☐	☐	☐
14	Birden fazla tansiyon ilacı bir arada alınabilir.	☐	☐	☐
15	Hipertansiyonu olan bir kişi düzenli egzersiz yaparsa ilaç almasına gerek yoktur.	☐	☐	☐
16	Meyve, sebze, tam tahıl ve az yağlı süt ürünleri kan basıncını düşürür.	☐	☐	☐
17	Kan basıncını kontrol altında tutabilmek için yiyeceklerdeki tuz miktarı azaltılmalıdır.	☐	☐	☐
18	Sağlık yararları açısından haftada en azından 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş vb.) yapılmalıdır.	☐	☐	☐
19	Yüksek kan basıncı kilo verme ile kontrol altına alınabilir.	☐	☐	☐
20	Yüksek kan basıncı düzenli izlem ve doktor kontrolünü gerektirir.	☐	☐	☐

Kan Basıncı Kelime Listesi (Blood Pressure Word List)

29. Aşağıda Liste 1’de 1 numaralı tıbbi kelimedenden başlayarak okuyunuz ve bildiğiniz kelimeleri karşısındaki ilgili kutucuğu X işareti ile işaretleyiniz.

Liste 1	
1.Endikasyon	☐
2.Komplikasyon	☐
3.Kontrendikasyon	☐
4.Sistolik	☐
5.Diastolik	☐
6.Diüretik	☐
7.Vazodilatör	☐
8.Diagnoz	☐
9.Adverse	☐
10. İdame	☐
DOĞRU SAYISI:	

Liste 2	
11.Hemoraji	☐
12.Doç	☐
13.Medikasyon	☐
14.Kardiyomegali	☐
15.Retinopati	☐
16.Vasküler	☐
17.Sistemik	☐
18.Aritmi	☐
19.Vertigo	☐
20.Semptomatik	☐
DOĞRU SAYISI:	

Liste 3	
21.Senkop	☐
22.Papilla	☐
23.Defekt	☐
24.Sedanter	☐
25.İskemi	☐
26.Postural	☐
27.Taşikardi	☐
28.Vazokonstiktif	☐
29.Hipotansif	☐
30.Antihipertansif	☐
DOĞRU SAYISI:	



30. SON YAŞAM BULGULARI (THE NEWEST VITAL SIGN=NVS) ÖLÇEĞİ

Yan tarafta bulunan bilgiler yarım kiloluk bir dondurma kutusunun arkasında yer almaktadır. Bu bilgilere göre aşağıdaki soruları yanıtlayınız. 1. Kutudaki dondurmanın tamamını yerseniz ne kadar kalori almış olursunuz? CEVAP: 2. Günde 60 gr karbonhidrat almanıza izin veriliyorsa kaç kase dondurma yiyebilirsiniz? CEVAP: 3. Her gün 42 gr. doymuş yağ aldığınızı var sayalım, bir öğün dondurma yemeyi bırakırsanız günlük doymuş yağ tüketiminiz ne olur? CEVAP: 4. Günde 2500 kalori alıyorsanız, bir öğün dondurma yerseniz, günlük kalorinizin % kaçını almış olursunuz? CEVAP: Farz edelim ki penisilin, fıstık, plastik eldiven ve arı sokmasına karşı alerjiniz var. 5. Bu durumda, bu dondurmayı yemeniz güvenli midir? CEVAP: 6. Yanıtınız "Hayır" ise; Neden güvenli değildir? CEVAP:	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Besleyici Özellikleri</td> </tr> <tr> <td>Bir öğün miktarı</td> <td colspan="2">: Yarım kase</td> </tr> <tr> <td>Bu kutudaki öğün miktarı</td> <td colspan="2">: 4 öğün</td> </tr> <tr> <td>Bir öğündeki</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Kalori</td> <td>:</td> <td>250</td> </tr> <tr> <td>Yağ Kalorisi</td> <td>:</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">% olarak alınması gereken günlük miktar</td> </tr> <tr> <td>Toplam yağ</td> <td>:13 gr</td> <td>%2</td> </tr> <tr> <td>Doymuş yağ</td> <td>:9 gr</td> <td>%40</td> </tr> <tr> <td>Kolesterol</td> <td>:28 mgr</td> <td>%12</td> </tr> <tr> <td>Sodyum</td> <td>:55 mgr</td> <td>%2</td> </tr> <tr> <td>Toplam Karbonhidrat</td> <td>:30 gr</td> <td>% 12</td> </tr> <tr> <td>Lif</td> <td>:2 gr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Şeker</td> <td>:23 gr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protein</td> <td>:4 gr</td> <td>% 8</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">İçindekiler</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> - Krema, yağsız süt, şeker, su, yumurta sarısı, süt yağı, fıstık yağı, tereyağı, tuz, vanilya özü. </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> - % olarak alınması gereken günlük miktar 2000 kalorilik bir diyetle göre hesaplanmıştır. Kalori ihtiyacına göre bu miktarlar çoğalıp azalabilir. </td> </tr> </table>	Besleyici Özellikleri			Bir öğün miktarı	: Yarım kase		Bu kutudaki öğün miktarı	: 4 öğün		Bir öğündeki			Kalori	:	250	Yağ Kalorisi	:	120				% olarak alınması gereken günlük miktar			Toplam yağ	:13 gr	%2	Doymuş yağ	:9 gr	%40	Kolesterol	:28 mgr	%12	Sodyum	:55 mgr	%2	Toplam Karbonhidrat	:30 gr	% 12	Lif	:2 gr		Şeker	:23 gr		Protein	:4 gr	% 8				İçindekiler			- Krema, yağsız süt, şeker, su, yumurta sarısı, süt yağı, fıstık yağı, tereyağı, tuz, vanilya özü.			- % olarak alınması gereken günlük miktar 2000 kalorilik bir diyetle göre hesaplanmıştır. Kalori ihtiyacına göre bu miktarlar çoğalıp azalabilir.		
Besleyici Özellikleri																																																													
Bir öğün miktarı	: Yarım kase																																																												
Bu kutudaki öğün miktarı	: 4 öğün																																																												
Bir öğündeki																																																													
Kalori	:	250																																																											
Yağ Kalorisi	:	120																																																											
% olarak alınması gereken günlük miktar																																																													
Toplam yağ	:13 gr	%2																																																											
Doymuş yağ	:9 gr	%40																																																											
Kolesterol	:28 mgr	%12																																																											
Sodyum	:55 mgr	%2																																																											
Toplam Karbonhidrat	:30 gr	% 12																																																											
Lif	:2 gr																																																												
Şeker	:23 gr																																																												
Protein	:4 gr	% 8																																																											
İçindekiler																																																													
- Krema, yağsız süt, şeker, su, yumurta sarısı, süt yağı, fıstık yağı, tereyağı, tuz, vanilya özü.																																																													
- % olarak alınması gereken günlük miktar 2000 kalorilik bir diyetle göre hesaplanmıştır. Kalori ihtiyacına göre bu miktarlar çoğalıp azalabilir.																																																													

DOĞRU CEVAP SAYISI:

31. Kan basıncı: Ölçüm 1:.....
 Ölçüm 2:.....
 Ölçüm 3:.....

HİPERTANSİYON HASTALIĞI OLMAYANLAR İÇİN ANKETİMİZ BİTMİŞTİR.



**HEKİM TARAFINDAN HİPERTANSİYON TANISI ALANLAR İÇİN
ANKET FORMU**

Adı Soyadı:

Anket no:

32. Kaç yıldır hipertansiyon hastasıınız?..... yıl

33. Hipertansiyonunuz için şu an gördüğünüz tedavi şekli hangisidir?
- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1.Sadece ilaç tedavisi | 2.İlaç dışı tedavi (diyet, egzersiz) |
| 3.İlaç tedavisi ve diyet | 4.Tedavi almıyorum. |

34. Tansiyonunuz genellikle kontrol altında mı?
- | | | |
|--------------|---------------------|----------------------|
| 1. Her zaman | 2. Arasına yükselir | 3. Çoğunlukla yüksek |
|--------------|---------------------|----------------------|

35. Kan basıncınızı kontrol altında tutabilmek için ne tür önlemler alıyorsunuz?
- | | | |
|--|---------|----------|
| 1. Düzenli doktor kontrolüne gidiyorum | 1. Evet | 2. Hayır |
| 2. Tansiyonumu günlük ölçüp/ölçtürüp kayıt ediyorum | 1. Evet | 2. Hayır |
| 3. Tuz kısıtlaması yapıyorum | 1. Evet | 2. Hayır |
| 4. Kilo kontrolüne özen gösteriyorum. | 1. Evet | 2. Hayır |
| 5. Dinlenmeye daha fazla zaman ayırıyorum | 1. Evet | 2. Hayır |
| 6. Sigara içmem | 1. Evet | 2. Hayır |
| 7. Bitki çayları/sarımsak vb. tansiyon düşürücü etkisi olan maddeleri kullanıyorum | 1. Evet | 2. Hayır |
| 8.Diğer (Belirtiniz.....) | | |

36. Kan basıncınız yükseldiğinde kontrol altında tutabilmek için ne yaparsınız?
- | | | |
|--------------------------------------|---------|----------|
| 1. Hemen hekime başvururum | 1. Evet | 2. Hayır |
| 2. İlaç alırım | 1. Evet | 2. Hayır |
| 3. Kendi kendine düşmesini beklerim. | 1. Evet | 2. Hayır |
| 4. Diğer (.....) | 1. Evet | 2. Hayır |

37. Genellikle yemeklerinizin tuzlu olma durumu nasıldır?

- | | | | | | |
|-------------|---------|----------|------------|----------|----------------|
| 1.Çok tuzlu | 2.Tuzlu | 3.Normal | 4.Az tuzlu | 5.Tuzsuz | 6.Diğer(.....) |
|-------------|---------|----------|------------|----------|----------------|

38. Genellikle yemeklerinizin yağlılık durumu nasıldır?

- | | | | | | |
|-------------|---------|----------|------------|----------|----------------|
| 1.Çok yağlı | 2.Yağlı | 3.Normal | 4.Az yağlı | 5.Yağsız | 6.Diğer(.....) |
|-------------|---------|----------|------------|----------|----------------|



39. Genellikle yemeklerinizde hangi tür yağ kullanırsınız?

- | | | |
|-------------------|-------------------|-----|
| 1.Doymuş yağlar | Margarin yağı | () |
| | Tereyağı | () |
| | İç yağı | () |
| | Bitkisel katı yağ | () |
| 2.Doymamış yağlar | Mısırözü yağı | () |
| | Soya yağı | () |
| | Zeytinyağı | () |
| | Ayçiçek yağı | () |
| | Diğer(.....) | |

40. Yağda kızartılmış yiyecekleri ne sıklıkta tüketirsiniz?

- | | | | | |
|------------|-----------|------------|---------------|-------|
| 1.Her öğün | 2.Her gün | 3.Günaşırı | 4.Daha seyrek | 5.Hiç |
|------------|-----------|------------|---------------|-------|

41. Tuzlu yiyecekleri (salamura, turşu, salça) ne sıklıkta tüketirsiniz?

- | | | | | |
|------------|-----------|------------|---------------|-------|
| 1.Her öğün | 2.Her gün | 3.Günaşırı | 4.Daha seyrek | 5.Hiç |
|------------|-----------|------------|---------------|-------|

42. Stres düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

- | | | | | |
|-------|------|---------|-------|---------|
| 1.Hiç | 2.Az | 3.Biraz | 4.Çok | 5.Aşırı |
|-------|------|---------|-------|---------|

43. İşiniz İşiniz dışında tempolu yürüme, koşma, herhangi bir spor gibi düzenli bir fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1.Hayır, hiç yapmam. | 2.Evet, her gün.....dk |
| 3.Evet,haftada.....gün/.....dk | 4.Evet, ayda.....gün/.....dk |
| 5.Diğer(Belirtiniz.....) | |

44. Hastalığınız ve tedaviniz hakkında size yazılı ya da sözlü bilgilendirilme yapıldı mı?

- | | |
|-------------------------------|---------|
| 1.Evet (Kim tarafından?.....) | 2.Hayır |
|-------------------------------|---------|

45. Hastalığınız ile ilgili bilgiyi edinmede hekiminizle iletişiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- | | | |
|-------|--------|---------|
| 1.İyi | 2.Orta | 3. Kötü |
|-------|--------|---------|

46. Hastalığınızla ilgili bilgi kaynaklarını ve gelişmeleri ne sıklıkla takip eder siniz?

- | | | |
|-------------|------------|----------------|
| 1.Her zaman | 2.Ara sıra | 3.Hiçbir zaman |
|-------------|------------|----------------|

47. İlacınızın prospektüsündeki bilgileri ne sıklıkla okuyorsunuz?

- | | | |
|--------------|-------------|-----------------|
| 1. Her zaman | 2. Ara sıra | 3. Hiçbir zaman |
|--------------|-------------|-----------------|

48. Yanıtınız evet ise bu bilgileri anlama düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

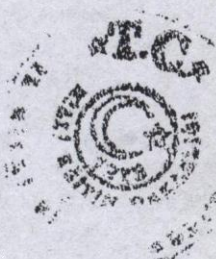
- | | |
|--------|------------------------|
| 1.Evet | 2.Hayır (Nedeni:.....) |
|--------|------------------------|

49. Hipertansiyon ile ilgili eğitim programlarına, konferans ve seminerlere katılır mısınız?

- | | | |
|--------------|------------|----------------|
| 1. Her zaman | 2.Ara sıra | 3.Hiçbir zaman |
|--------------|------------|----------------|

50. Ölçülen boy(cm):.....

Ölçülen ağırlık(kg):.....



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Gülay YILMAZEL

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 18 Kasım 1982, KARABÜK

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: +90 364 223 07 30 (3509)

Fax: +90 364 223 07 31

E-mail: gulayyilmazel@hitit.edu.tr

Yazışma Adresi: Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 19000 Merkez/ÇORUM

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	ERÜ Halk Sağlığı AD, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014
Yüksek Lisans	ERÜ Halk Sağlığı AD, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2010
Lisans	SAÜ Sağlık Yüksekokulu, Sakarya	2003
Lise	Demirçelik Yabancı Dil Ağırlıklı Lise, Karabük	1999

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2011-2014	Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi
2004-2010	Çorum Kargı Devlet Hastanesi	Eğitim Hemşiresi

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

1. **Yilmazel G**, Çetinkaya F, Naçar M. Hemşirelik öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. TAF Prev Med Bull 2013; 12(3):261-270.
2. Balcı E, Apaydın M, **Yilmazel G**, Öksüzokaya A. Kayseri’de görev yapan rehber öğretmenlerin tütüne ve yasağına bakışları. STED 2012; 21(3):86-93.