

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



HİPERTANSİF YAŞLILARDA SAĞLIK
OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SULTAN ÖZDEMİR

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK

BOLU, TEMMUZ - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sultan ÖZDEMİR tarafından hazırlanan “**HİPERTANSİF YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olarak oy birliği/ oy çokluğuyla kabul edilmiştir. 10/07/2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Şeyma DEMİR ERBAŞ
Üniversitesi

.....

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ
Düzce Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 31/07/2023 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 25 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/314 sayısı ile 04/01/2022 tarihinde etik izin ve Bolu Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden E-38244951-604.01.01 sayısı ile 18/02/2022 tarihinde izin alınmıştır.

SULTAN ÖZDEMİR

ÖZET

HİPERTANSİF YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SULTAN ÖZDEMİR

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, TEMMUZ - 2023

XI+94

Bu araştırma, hipertansif yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini 20.02-31.12.2022 tarihleri arasında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hipertansif bireyler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise çalışmanın uygulandığı süre içerisinde dahil edilme kriterlerini karşılayan 202 katılımcı oluşturmuştur. Veriler “Tanımlayıcı Özellikler Formu”, “Hastalık ve İlaç Kullanım Bilgisi Formu”, “Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32)” kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Araştırma bulgularına göre katılımcıların yaş ortalaması 72.05 ± 5.23 yıl, %57.9'u kadın, %75.7'si evli, %77.7'si ilkokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip ve %55'i ise ev hanımı olarak belirlenmiştir. Katılımcıların sadece %3'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, algılanan gelir düzeyi ve birlikte yaşanan kişiler ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Katılımcıların %72.8'inin antihipertansif tedaviye uyumlu belirlenmiştir. Cinsiyet ve eğitim düzeyi ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin antihipertansif tedavisine uyum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

ANAHTAR KELİMELEER: Hipertansiyon, Sağlık okuryazarlığı, Tedavi uyumu, Hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON MEDICATION ADHERENCE IN HYPERTENSIVE ELDERLY

PHD THESIS

SULTAN ÖZDEMİR

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF NURSİNG

(SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, JULY 2023

XI+94

This study was conducted to determine the effect of health literacy on medication compliance in hypertensive elderly. The population of this descriptive study consisted of hypertensive individuals who were hospitalized in the internal affairs and surgical clinics of Bolu Abant İzzet Baysal University İzzet Baysal Training and Research Hospital between 20.02/31.12.2022. The sample of the study consisted of 202 participants who met the inclusion criteria during the study. The data were obtained by face-to-face interview technique using the “Descriptive Characteristics Form”, “Disease and Drug Use Information Form”, “Antihypertensive Medication Adherence Scale” and “Turkey Health Literacy Scale - 32 (TSOY-32)”. According to the research findings, the average age of the participants was 72.05 ± 5.23 years, 57.9% were women, 75.7% were married, 77.7% had primary school or higher education, and 55% were housewife. It was determined that only 3% of the participants had sufficient health literacy level. A statistically significant difference was found between gender, marital status, education level, occupation, perceived income level, cohabitants and health literacy scores. ($p < 0.05$). It was determined that 72.8% of the participants were compatible with antihypertensive treatment. A statistically significant difference was found between gender, education level and scores on the scale of compliance with antihypertensive treatment ($p < 0.05$). It was determined that the health literacy level of the participants had a statistically significant and negative effect on compliance with antihypertensive treatment ($p < 0.05$).

KEYWORDS: Hypertension, Health literacy, Medication adherence, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	x
TEŞEKKÜR	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 HİPERTANSİYON	6
2.1.1 Hipertansiyon Tanımı	6
2.1.2 Hipertansiyon Epidemiyolojisi	6
2.1.3 Hipertansiyonun Sınıflandırılması ve Etiyolojisi	8
2.1.4 Hipertansiyon Fizyopatolojisi.....	11
2.1.5 Hipertansiyon Risk Faktörleri	11
2.1.6 Hipertansiyonda Belirtiler, Tanı ve Tedavi	12
2.1.7 Hipertansiyonun Tedavisi.....	14
2.1.8 Yaşlılarda Hipertansiyon	15
2.2 İLAÇ UYUMU	16
2.2.1 Hipertansiyonda İlaç Uyumu.....	17
2.3 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	18
2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	18
2.3.2 Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	18
2.3.3 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	19
2.3.4 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması.....	19
2.3.5 Sağlık Okuryazarlığı ve İlaç Uyumu	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1 Araştırmanın Türü	22
3.2 Araştırmanın Hipotezleri	22
3.3 Araştırmanın değişkenleri.....	22
3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.5.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.5.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	23
3.6 Veri Toplama Yöntemi	23
3.7 Veri Toplama Araçları.....	23
3.7.1 Tanımlayıcı Özellikler Formu	24
3.7.2 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği.....	24

3.7.3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32).....	24
3.8 Verilerin Analizi	25
3.9 Araştırmanın Etik Yönü.....	26
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	27
4.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular	31
4.3 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
4.4 Katılımcıların Hastalığa İlişkin Özelliklerine göre TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
4.5 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.6 Katılımcıların TSOY-32 ve Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanlarına Göre Yüzdelik Dağılımı	49
4.7 Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları ile Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.....	50
4.8 TSOY-32 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi.....	52
4.9 Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Toplam Puanlarının Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi.....	57
5. TARTIŞMA	58
5.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması	58
5.2 Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tartışılması.....	59
5.3 Katılımcıların İlaç Uyumu Düzeyinin Tartışılması	61
5.4 Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve İlaç Uyumu İlişkisinin Tartışılması.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR.....	65
8. EKLER.....	84

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1.	TÜİK, Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2021-2022.	8
Tablo 2.2.	TÜİK, Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2022, dolaşım sisteminden kaynaklı ölümler, 2021-2022.	8
Tablo 2.3.	2018 ESC/ESH Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması.	9
Tablo 2.4.	2017ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması.	9
Tablo 2.5.	Kan basıncı ölçümüne göre HT sınıflaması.	13
Tablo 4.1.	Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=202). ...	27
Tablo 4.2.	Katılımcıların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=202).	28
Tablo 4.3.	Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri (n=202).	31
Tablo 4.4.	Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları (n=202).	32
Tablo 4.5.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre TSOY-32 alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=202).	34
Tablo 4.6.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre TSOY-32 toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=202). ..	36
Tablo 4.7.	Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile TSOY-32 ölçeği alt boyutları puan ortalamasının karşılaştırılması (n=202).	39
Tablo 4.8.	Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamasının karşılaştırılması (n=202).	42
Tablo 4.9.	Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=202).	46
Tablo 4.10.	Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=202).	47
Tablo 4.11.	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (n=202).	49
Tablo 4.12.	Katılımcıların tedaviye uyum düzeylerinin dağılımı (n=202)	50
Tablo 4.13.	Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutları ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği arasındaki ilişki (n=202).	51
Tablo 4.14.	TSOY-32 ölçeğinin alt boyutlarının antihipertansif tedavisine uyum puanı üzerindeki etkisi (n=202).	53
Tablo 4.15.	TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından tedavi ve hizmet boyutu ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunun antihipertansif tedavisine uyum puanı üzerine etkisi (n=202).	55
Tablo 4.16.	Katılımcıların TSOY-32 ölçeği toplam puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları üzerindeki etkisi (n=202).	57

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC	: American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
ACE	: American Council on Education (Amerikan Eğitim Konseyi)
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
eGFR	: Estimated Glomerular Filtration Rate (Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü)
EKG	: Elektrokardiyografi
ESC	: European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
ESH	: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
HLS-EU	: Consortium for the European Health Literacy Survey (Sağlık Okuryazarlığı Araştırması - Avrupa Birliği)
HT	: Hipertansiyon
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokeri
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
NHANES	: National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması)
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde benden ilgisini ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, bu tezin hazırlanıp takdim edilmesinde bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Saadet Can Çiçek'e,

Değerli jüri üyesi hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Demir Erbaş ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem Altınbaş Akkaş'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi birikimlerini bizimle paylaşan ve derslerde bize yol gösteren tüm hocalarıma,

Hayatımın her anında bana destek olan, varlıklarına her an şükrettiğim canım annem Pempe Özdemir'e, babam Adem Özdemir'e, kardeşlerim Fatih ve Murat Özdemir'e,

Bu çalışmaya katılarak destek olan ve zaman ayıran tüm katılımcılara,

Çalışmanın uygulama süresince desteğini her zaman hissettiğim ve motivasyonumu sağlayan tüm ekip arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sultan Özdemir

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (1). Dünyada sık görülen kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyon; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalıkları ve erken ölüm gibi komorbiditeleri beraberinde getirdiğinden önemli bir halk sağlığı sorunudur (2-5).

Dünya genelinde yaşları 30-79 arasında değişen 1.28 milyar yetişkin hipertansiyona sahip olup bunların çoğu (üçte ikisi) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Hipertansiyonu olan yetişkinlerin tahminen %46'sı ise bu duruma sahip olduklarından habersizdir. Hipertansiyonlu yetişkinlerin yarısından daha azı (%42) teşhis ve tedavi edilmektedir. Hipertansiyonu olan yaklaşık beş yetişkinden sadece biri (%21) kontrol altındadır (6). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (NHANES) 2017-2018 verilerine göre ABD'de 60 yaş ve üzeri hipertansiyon tanılı bireylerin prevalansı %73.9 olarak bildirilmiştir (7).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 verilerine göre ülkemizde hipertansiyon sıklığı %16.2 olarak bulunmuştur (8). Hipertansiyon öyküsü kadınlarda %20 iken erkeklerde %12.3'tür. Aynı çalışmaya göre nüfusun %13.6'sının şu ana kadar kan basıncını hiç ölçtürmemiş olduğu belirtilmektedir. Kan basıncını hiç ölçtürmeyenler arasında erkekler (%16.1) kadınlara (%11.1) göre daha fazladır. Önceden tanı konanlar arasında hipertansiyona yönelik ilaç kullanımı %72.7'dir (8). Ayrıca antihipertansif ilaç kullanımında değişen yaş grupları arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. 15-29 yaş grubunda ilaç kullanımı yüzdesi (%29.6) en düşük değerdedir. Yaşla birlikte ilaç kullanımı artmakta, 70 yaş ve üzeri grupta ilaç kullanımı %85.4'e ulaşmaktadır. Hipertansiyonu olan ve hala ilaç kullanan bireylere hipertansiyon kontrolüne yönelik uygulamaları sorulmuştur. Bu gruptakilerin %75.7'si düzenli olarak tedavi alırken, %11.9'unun herhangi bir şey yapmadığı tespit edilmiştir (8). DSÖ'nün ülkemize yönelik ulusal sağlık hedefleri arasında 2025 yılına kadar hipertansiyon prevalansının %20 oranında azalması ve tuz/sodyum tüketiminin ise %30 oranında azaltılması yer almaktadır (9).

Hipertansiyon insidansı özellikle yaşı bireylerde yüksek olmakla birlikte (10, 11) yaşlılarda kardiyovasküler morbidite ve mortalite açısından hipertansiyon önemli bir risk faktörüdür (12). Yaşı hipertansif bireylerde; hipertansiyon prevalansının yüksek ve komplikasyonlarının ciddi olması, fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma, kendi ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilmede güçlük, yaşam kalitesinde düşme, yalnız yaşama veya huzurevinde yaşama gibi nedenler hipertansiyon yönetimini zorunlu kılmaktadır (13, 14).

Hipertansiyon yönetimi ve tedavisine yönelik tıbbi harcamalar, küresel anlamda ekonomik bir yük oluşturması açısından önemlidir (15-17). Ayrıca hipertansiyon farkındalığının düşük olması hastalığın tedavisi ve kontrolünde birtakım zorluklara sebep olmaktadır (18). Hipertansiyonu önleme ve tedavi etme yolları hakkında kapsamlı bilgi olmasına rağmen hastalığın önlenmesindeki yetersizliklere bağlı olarak küresel insidansı ve kardiyovasküler komplikasyonları azaltılamamıştır (19). Hipertansiyon yönetiminde farmakolojik tedavinin (antihipertansif ilaç kullanımı) yanı sıra çeşitli farmakolojik olmayan müdahalelerin kan basıncını düşürmede ve hipertansiyonu önlemede etkili olduğu gösterilmiştir (20). En etkili farmakolojik olmayan müdahaleler beslenme, ideal kilo, tuz tüketiminin azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması ile sigara ve alkol kullanımının azaltılması olarak belirtilmektedir (21). Hastaların tedavisi hakkında karar verirken sadece kan basıncı dikkate alınmamalı, hastanın tıbbi durumu ve diğer bireysel özellikleri ile mevcut diğer risk faktörleri, hedef organ zararları, diyabet, kardiyovasküler ve renal hastalıklar gibi eşlik eden başka bir kronik hastalığın varlığı da dikkate alınmalıdır. Hipertansiyon tanısı alan bir bireyin tedavisinde birincil hedef, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmayı başarmaktır (22).

Hipertansiyonun etkili tıbbi tedavisi olmasına rağmen kontrolü yetersiz kalabilmektedir (23). Kan basıncı kontrolünün yetersiz olmasında hastaya ilişkin birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar; ilaca uyumda yetersizlik, hastanın hipertansiyon ve tedavisi hakkındaki inançları, depresyon ve diğer bilişsel bozukluklar, yetersiz sağlık bilgisi, eşlik eden hastalık, hasta motivasyonu, yetersiz başa çıkma ve sosyal destek, hipertansiyonla ilişkili farkındalık eksikliği ve önerilen yaşam şekli değişikliklerine yetersiz uyum olarak belirtilmektedir (24-26).

Hipertansiyon yönetiminde kan basıncı kontrolünde etkili olan faktörlerden özellikle ilaç uyumu önemli bir yere sahiptir (27). DSÖ tarafından uyum, tedaviyi ve medikal sağlık önerilerini içselleştirme, ilaç alma, diyetle bağlılık ve yaşam tarzındaki değişiklikleri devam ettirme gibi davranışların kesişimi olarak tanımlanmaktadır (28). İlaç uyumu ise hastaların ilaçlarını reçete edildiği şekilde alma süreci olarak ifade edilmektedir (29). Hastaneye yatışları ve komplikasyon riskini azaltmak için hipertansiyon kontrolünde temel adım hastanın ilaçlara uyumunu artırmaktır (30, 31). İlaç uyumunu iyileştirmeyi hedefleyen kan basıncı kontrolü, risk faktörlerinin ve olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (32). Bununla birlikte kültür, yaşam alışkanlıkları, hastalığın yaşam boyu süren doğası, ilaçların yan etkileri, hastanın sağlık sisteminden memnuniyeti, gelir ve sağlık sigortasının olmaması gibi birçok faktör ilaç uyumunu etkilemektedir (33). Hipertansiyon yönetiminde ilaç uyumu konusunda tutum ve davranış boyutlarını hedefleyen tanıtım stratejileri, sağlık profesyonelleri tarafından eğitim ve danışmanlık programlarına dahil edilmelidir (34, 35). Ayrıca hipertansif bireylerin hastalık yönetimine daha fazla dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir (36).

Bireylerin uygun sağlık bakımı kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama becerisine sahip olma derecesi (37) olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı, hipertansif hastaların tedaviye uyumunda önemli bir yere sahiptir (38). Sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasında önemli bir ilişki vardır (39). Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, eğitici yazılı materyalleri okuma ve anlama (fonksiyonel beceriler); sağlık profesyonelleri ile iletişim kurma (etkileşimli beceriler); uygun sağlık kararları verme (kritik beceriler) ve ilaç dozlarını ölçme (sayısal beceriler) becerilerine sahiptir (40). Bununla birlikte yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin, hastalığı anlamada (41), hastalığın etkili tedavisi ve komplikasyonlarından korunmada (42) ilaç uyumunu iyileştirmede ve hastalığın kontrolünü arttırmada etkili olduğu bilinmektedir (43, 44). Yapılan çalışmalar hipertansif hastalarda, okuryazarlık düzeyinin (45, 46) bilişsel yetenek, kültürel ve bireysel özelliklerin sağlık okuryazarlığını etkilediğini göstermiştir (47). Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip hipertansiyon hastalarının ilaç uyumlarının da yüksek olduğu görülmüştür (48). Düşük sağlık okuryazarlığı, kan basıncı kontrolünde önemli bir risk faktörü olarak

kabul edilmekte ve bunun sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır (49). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin ilaç hakkındaki bilgileri yanlış yorumlama olasılıkları daha yüksektir (50). Ayrıca bu bireylerin ilaçla ilgili karar alma sürecine katılma ve ilaç etkilerini hekime iletme konusunda uzak kaldığı görülmektedir (51, 52). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumsuz etkilerini azaltmada hastalar için eğitici materyal ve yöntemler kullanılabilmektedir (53). Kullanılacak bu yöntemlerde hastaların bireysel ve sosyokültürel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır (54). Yararlı stratejiler arasında daha fazla sözlü ve görsel materyal kullanmak, hastaları etkileşimli eğitim programlarına dahil etmek, hasta anlayışını ve klinisyen iletişimini geliştirmek yer almaktadır (55).

Hipertansif yaşlılarda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ilaç tedavisine uyumu azaltmakla birlikte yaşam kalitesi ve hastalık kontrolünü olumsuz etkilemekte, yüksek sağlık bakım maliyetlerine neden olmakta ve mortalite riskini arttırmaktadır (56). Bu yüzden hipertansif yaşlılarda semptomların azaltılması ve yaşam kalitesinin korunması (57, 58), hastaların eğitime teşvik edilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi ve düzenli ilaç kullanımının sağlanması hipertansiyon yönetimine katkı sağlayacaktır (59). Bu konuda düşük sağlık okuryazarlığı, ilaç hataları ve uzlaşma sorunlarını tespit etmek ve ele almak konusunda sağlık profesyonellerinin yüksek düzeyde farkındalığa sahip olması açısından onlara yol gösterici olması gerekmektedir (60). Hastaların ilaç kullanımı konusunda daha yakından gözlemlenmesi, ilaçla ilgili kararlara katılımın teşvik edilmesi, ilaçların terapötik amaçları ve potansiyel zararlarını anlamalarını arttırmaya yönelik bilgi eksikliğinin giderilmesi gerekmektedir (61).

Literatürde sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumuyla ilgili araştırmalar bulunmakla birlikte (62-66), rneklemi sadece hipertansif yaşlıların oluşturduğu sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (67, 68). Sınırlı sayıda olan bu çalışmalardan biri hipertansif yaşlılarda tedaviye uyumu ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemiş (67) olup, diğer çalışma (68) ise sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumunun sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Bununla birlikte hipertansif yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç uyumuna etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yaşlılarda yaşa bağlı bilişsel ve fizyolojik değişiklikler, birden çok kronik hastalığa sahip olma, polifarmasi, okuma ve yazma becerilerinin azalması nedeniyle ilaç tedavisine uyum daha önemli hale

gelmekte olup sağlık okuryazarlığı düzeyi de bu süreci etkilemektedir. Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışma yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 HİPERTANSİYON

2.1.1 Hipertansiyon Tanımı

Kan basıncı, arterlerdeki kanın damar duvarlarına uyguladığı basınçtır (69). Hipertansiyon (yüksek tansiyon) ise kan basıncı değerinin normalden daha yüksek bir değerde olmasıdır (70). Daha detaylı bir tanımla hipertansiyon 18 yaş üstü yetişkin bireylerde (71) hekim tarafından yapılan tekrarlanan klinik ölçümler ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olmasıdır (72-74).

Hipertansiyon yüksek prevalansı nedeniyle (75) küresel bir halk sağlığı sorunudur (76, 77). Kardiyovasküler hastalıklar için özellikle (78) koroner kalp hastalığı ve inme başta olmak üzere, kalp yetmezliği, periferik damar hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği açısından (79-81) önemli bir risk faktörü olan hipertansiyon (82, 83) erken morbidite ve erken mortaliteden sorumlu tutulmaktadır (84). Hipertansiyon yükü, son yıllarda vakaların üçte ikisinin bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde artan risk faktörlerine bağlı olarak orantısız bir şekilde hissedilmektedir. Hipertansiyonla yaşayan bireylerin yaklaşık yarısı bu durumun farkında değildir ve bu da bireyleri önlenabilir tıbbi komplikasyonlar ve ölüm riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır (85).

2.1.2 Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Dünyada hipertansiyon prevalansı konusunda DSÖ'nün hipertansiyon tanısı, tedavisi ve kontrolüne ilişkin ilk kapsamlı küresel analizine göre, yaşları 30-79 arasındaki hipertansiyonlu bireylerin sayısı son otuz yılda (1990'dan 2019'a kadar) 650 milyondan 1.28 milyara yükselmiştir (87, 88). Hipertansiyon görülme sıklığı yüksek gelirli ülkelerde azalmış ancak birçok düşük ve orta gelirli ülkede ise artmıştır. Hipertansiyonu olan yaklaşık 580 milyon bireyin (kadınların %41'i ve erkeklerin %51'i) tanı konulmadığı için hastalığın farkında olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmaya göre hipertansiyonu olan bireylerin yarısından fazlasının (720 milyon) (kadınların %53'ü ve erkeklerin %62'si) ihtiyaç duydukları tedaviyi alamadığı gösterilmiştir (86). Avrupa'da 2019 yılında hipertansiyon prevalansı 15 yaş ve üzeri bireylerde %22 olarak bildirilmiştir. Hipertansiyon görülme sıklığının erkeklere (%21) oranla kadınlarda (%23) daha yüksek olduğu

görülmüştür (87, 88). ABD’de 2017-2018 yılları arasında yapılan araştırmaya göre hipertansiyon prevalansı yetişkinler arasında %45.4 olarak tespit edilmiş ve erkeklerde (%51.0) hipertansiyon sıklığı kadınlardan (%39.7) daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre hipertansiyon görülme sıklığının 18-39 yaş arası %22.4, 40-59 yaş arası %54.5, 60 yaş ve üzeri ise %74.5 olduğu tespit edilmiştir (89). Hipertansiyon oranının yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Genel hipertansiyon prevalansı yıllara göre karşılaştırılmış ve 1999-2000’de %47 iken 2013-2014’te %41.7’ye düşmüş ve ardından 2017-2018’de %45.4’e yükselmiştir (89).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2017 verilerine göre Türkiye’de hipertansiyon sıklığı %16.2 olarak bulunmuştur (90). Hipertansiyon öyküsü, kadınlarda %20 iken erkeklerde %12.3 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışma sonuçlarına göre nüfusun %13.6’sının şu ana kadar kan basıncını hiç ölçtürmemiş olduğu tahmin edilmektedir. Kan basıncını hiç ölçtürmeyenler arasında erkekler (%16.1) kadınlara oranla (%11.1) daha fazladır (90). Önceden tanı konanlar arasında hipertansiyona yönelik ilaç kullanımı %72.7 olarak bulunmuştur. Ayrıca antihipertansif ilaç kullanımında değişen yaş grupları arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. 15-29 yaş grubunda ilaç kullanımı yüzdesi (%29.6) en düşük değerde iken yaşla birlikte artarak 70 yaş ve üzeri grupta ilaç kullanımı %85.4’e ulaşmaktadır (90). Hipertansiyonu olan ve hala ilaç kullanan bireylere hipertansiyon kontrolüne yönelik uyulamaları sorulmuştur. Bu gruptakilerin %75.7’si düzenli olarak tedavi alırken, %11.9’unun herhangi bir şey yapmadığı bildirilmiştir (90).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri verilerine göre dolaşım sisteminden kaynaklı hastalıklara bağlı ölüm oranı 2021 yılında %33.5, 2022 yılında %35.4 olarak ilk sırada yer almıştır. Dolaşım sistemi kaynaklı hastalıklar arasında hipertansif hastalıkların oranı 2021 yılında %10.9 iken bu oran 2022 yılında %9.9 olmuştur (Tablo 2.1, Tablo 2.2) (91).

Tablo 2.1.TÜİK, Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2021-2022.

	2021	2022
	%	%
Dolaşım sistemi hastalıkları	33.5	35.4
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	14.0	15.2
Solunum sistemi hastalıkları	13.4	13.5
Endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar	4.2	4.5
Covid-19	11.5	4.4
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	3.3	3.6
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	3.2	3.3
Diğer	11.8	13.0
Bilinmeyen	5.0	7.1

Tablo 2.2. TÜİK, Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2022, dolaşım sisteminden kaynaklı ölümler, 2021-2022.

	2021	2022
	%	%
İstemik kalp hastalıkları	41.9	42.3
Diğer kalp hastalıkları	23.3	23.5
Serebro-vasküler hastalıklar	18.9	19.2
Hipertansif hastalıklar	10.9	9.9
Diğer	5.0	5.0

2.1.3 Hipertansiyonun Sınıflandırılması ve Etiyolojisi

Hipertansiyon ile ilişkili hastalıkları önlemek, kardiyovasküler risk ve mortaliteyi azaltmak için hipertansiyonun tanı ve tedavisi önemli bir yere sahiptir (92). Bu yüzden son 20 yılda hipertansiyon yönetiminde kolaylık sağlaması amacıyla uluslararası birçok kılavuz yayımlanmaktadır (92, 93). Bu kılavuzlar hipertansiyon tanımı, kan basıncı sınıflandırılması ve ideal kan basıncı hedefleri,

yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakolojik tedavi ile ilgili önerileri (genel prensipler, özel klinik ortamlarda antihipertansif tedavi) içermektedir (92, 93). Kılavuzlar doğrultusunda kan basıncı değerine ve etiyolojiye göre hipertansiyon sınıflaması yapılmaktadır (92, 93).

2.1.3.1 Kan Basıncı Değerine göre Sınıflandırma

Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESH-ESC) ve Amerikan Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) tarafından yayımlanan ve hipertansiyona yönelik yaklaşımları içeren kılavuzlar, kan basıncı değerlerine göre sınıflamada fayda sağlamaktadır (94). Bu kılavuzlara göre kan basıncı sınıflaması verilmiştir (Tablo 2.3) (95) (Tablo 2.4) (96).

Tablo 2.3. 2018 ESC/ESH Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması.

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

Tablo 2.4. 2017ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması.

Sınıflama	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	<80
Yüksek	120-129	<80
Evre 1 HT	130-139	80-89
Evre 2 HT	≥140 veya	≥90

2.1.3.2 Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon, etiyolojiye göre primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon olarak sınıflandırılmaktadır.

- 1. Primer (esansiyel) hipertansiyon:** Hipertansiyonu olan hastaların %95'inde (97) hipertansiyon için herhangi bir etiyoloji belirlenememesi durumunda hastalar primer hipertansiyona sahip olarak sınıflandırılır (98-100). Primer hipertansiyon genetik, çevresel ve davranışsal risk faktörlerinden kaynaklanabilmektedir (101).
- 2. Sekonder hipertansiyon:** Tanımlanabilir bir nedene bağlı olarak görülen arteriyel hipertansiyonu ifade etmektedir (102). Tüm hipertansiyon vakalarının %5-%10'unda görülmektedir (103). Sekonder hipertansiyonun prevalansı ve potansiyel etiyolojileri yaşa göre değişmektedir (104). 65 yaş ve üstü hastalarda (105) renal arter stenozu (106), böbrek yetmezliği ve hipotiroidizm yaygın nedenler olarak görülmektedir (107). Ayrıca dirençli hipertansiyonu olan; obezite, aile öyküsü vb. risk faktörleri bulunan (108,109); akut böbrek hasarı (110), nörolojik belirtiler (111), hipertansif retinopati (112) sol ventrikül hipertrofisi gibi son organ hasarı olan (113); hipokalemi veya metabolik alkaloz gelişen hastalarda sekonder hipertansiyon görülebilmektedir (114).

Sekonder hipertansiyon nedenleri arasında;

- Renal arter stenozu
- Renal parankimal hastalık
- Primer aldostrenizm
- Feokromasitoma
- Cushing sendromu
- Tiroid hastalıkları
- Aort koarktasyonu
- Uyku apnesi
- Uzun süreli steroid ilaç kullanımı yer almaktadır (115, 116).

2.1.4 Hipertansiyon Fizyopatolojisi

Kan basıncı, kardiyak debi ile periferik vasküler direnç arasındaki ilişki sayesinde oluşur. Kalp debisi birim zamanda sol ventrikül tarafından periferik pompalanan kan miktarı, periferik vasküler direnç ise periferik vasküler yatağın kan akımına karşı gösterdiği direnç olarak ifade edilir. Kan basıncının yükselmesine neden olan kardiyak debi ve periferik vasküler direnç artışı üzerinde birçok faktör rol oynamaktadır (117-123). Bunlar;

- Sempatik aktivite artışı
- Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi
- Sodyum ile ilgili değişiklikler
- Vazoaktif peptidler ve endotel disfonksiyonu
- İnsülin direnci ve hiperinsülinemi
- Genetik faktörler olarak ifade edilmektedir (117-123).

2.1.5 Hipertansiyon Risk Faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hipertansiyon risk faktörleri bireysel ve çevresel olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Bireysel faktörler; genel faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, genetik, yaşam tarzı, yetersiz beslenme, sigara ve alkol tüketimi, fiziksel inaktivite) ve biyolojik (aracı) faktörler (obezite ve hiperkolesterolemi) olarak ikiye ayrılır. Diğer faktörler ise sosyo-ekonomik durum, kültürel, çevresel ve kentsel faktörlerden oluşmaktadır (124, 125). Bireysel faktörler, değiştirilebilir risk faktörleri içerisinde yer almaktadır (126). Yaşlılık, diyabet, hareketsiz yaşam tarzı, fazla tuz tüketimi hipertansiyonla ilişkili diğer risk faktörleridir. Ayrıca kadın cinsiyet, ailede hipertansiyon veya erken kardiyovasküler hastalık öyküsü de risk faktörleri arasındadır (127, 128).

Hipertansiyon prevalansının her iki cinsiyette de yaşla birlikte arttığı görülmüştür. Genç yaştaki erkeklerin kan basıncının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak kadınlarda 65 yaşından sonra menopoza birlikte hipertansiyon prevalansının erkeklere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (129, 130). Hem zihinsel (öfke, kaygı, hayal kırıklığı) hem de fiziksel (yoğun fiziksel egzersiz) akut stres, özellikle önceden koroner hastalığı olan kişilerde plak yırtılması, ölümcül aritmiler ve diğer kardiyovasküler olay HT riskini arttırmakta (131) ve kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır (132). Sosyoekonomik

faktörler, hipertansiyon farkındalığının ve kontrol önlemlerine uyumun güçlü bir göstergesi olmaktadır (133). Hipertansiyon prevalansının yüksek olmasında etkili olan bu faktörler arasında düşük sağlık bilinci, artmış psikolojik stresörler, düşük eğitim düzeyi, tıbbi tedaviye erişimde zorluklar ve tedaviye uyumda azalma sayılabilmektedir (134).

2.1.6 Hipertansiyonda Belirtiler, Tanı ve Tedavi

2.1.6.1 Hipertansiyon Belirtileri

Hipertansiyon genellikle asemptomatik olmasına rağmen (135, 136) çoğu hipertansiyon hastası baş ağrısı, sersemlik, vertigo, görme bozukluğu veya bayılma gibi belirtiler olduğunu bildirmektedir (137, 138).

2.1.6.2 Hipertansiyonda Tanı

Hipertansiyon tanınması klinik öykünün alınması, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve kan basıncının ölçümü ile yapılmaktadır (139).

- **Klinik Öykü:** Hipertansiyona tanı koymada ilk ve en önemli birinci basamak değerlendirmesidir. Klinik öyküde hastanın yaşı, başka bir kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaçlar, ailede hipertansiyon öyküsü, yaşam tarzı faktörleri (beslenme, alkol tüketimi vb.) sorgulanmaktadır (139).
- **Fizik Muayene:** Hipertansiyonlu bir bireyde kan basıncının ölçümü ile beraber tam bir fizik muayene yapılarak sekonder hipertansiyon etiyolojisine ve hedef organ hasarının tespitine ilişkin bulgulara dikkat edilmesi gerekmektedir. Hipertansiyon tanısı en yaygın olarak klinik ortamda tekrarlanan kan basıncı ölçümlerine göre konmaktadır (Tablo 2.5) (139, 140).

Tablo 2.5. Kan basıncı ölçümüne göre HT sınıflaması.

Kategori	Sistolik(mmHg)		Diyastolik(mmHg)
Normal kan basıncı	<130	ve	<85
Yüksek – normal kan basıncı	130-139	ve/veya	85-89
Grade-1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Grade-2 Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100

- **Laboratuvar İncelemeleri:** Ayrıntılı anamnez ve fizik muayene sonrasında laboratuvar tetkikleri istenmelidir. Eğer klinisyeni şüpheyne düşürecek belirti ve bulgulara rastlanmış ise başlangıç tetkikleri daha geniş ve ayrıntılı istenebilir. Hipertansiyonlu hastalarda yapılacak laboratuvar incelemeleri kan testleri olarak sodyum, potasyum, serum kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), lipid profili ve açlık kan şekeri bakılmalıdır. Bununla birlikte idrar analizleri, 12 derivasyonlu EKG çekilmesi (atriyal fibrilasyon, sol ventrikül hipertrofisi, iskemik kalp hastalığı tespiti açısından) gerekmektedir (141).
- **Kan Basıncı Ölçümü:** İlk muayenede hastanın her iki kolundan da ölçüm yapılmalıdır. İki koldan yapılan kan basıncı ölçümleri arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalı; tekrarlanan ölçümlerde sistolik kan basıncı farkı >15 mmHg ise nedeni araştırılmalı; her durumda, sonraki ölçümler ise kan basıncının yüksek olduğu koldan yapılmalıdır. İlk değerlendirmede, tekrarlanan ölçümler sonucu sistolik kan basıncı 180 mmHg veya diyastolik kan basıncı 110 mmHg üzerinde olan hastalarda hipertansiyon tanısı hemen konulmaktadır. Ancak kan basıncı 140/90 mmHg ve 179/109 mmHg arasında olan hastalar, hipertansiyon tanısının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır. Tanı aşamasında hastanın kendisinin doğru cihazlarla evde kan basıncını ölçmesi ve not alması istenebilmektedir. Evde kan basıncı ölçümü en az beş gün boyunca yapılmalıdır. Kan basıncı,

sabah ve akşam saatlerinde, her seferinde en az ikişer kez ölçülmelidir (142-145).

2.1.7 Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyonun prevalansı yüksek olmasına rağmen teşhis edilmesi nispeten kolay ve uygun tedavi ile önlenabilir bir hastalık olduğu bilinmektedir (146). Hipertansiyon tedavisinde amaç, kan basıncı seviyesini kontrol altına almak, hastalıkla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (147). Hastanın özellikleri (yaş, eşlik eden hastalık vb.) ve kan basıncı değerleri de göz önünde bulundurularak kişiye özgü tedavi başlanması gerekmektedir (148, 149). Bu amaçla, hastalığın tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakolojik tedavi önerilmektedir (150).

2.1.7.1 Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Yaşam tarzı değişiklikleri kan basıncını düşürmeye yardımcı olmakta, antihipertansif ilaçların etkinliğini artırmakta ve kardiyovasküler riski azaltmaktadır (151). Hipertansiyonun tedavisine yönelik önerilen yaşam tarzı değişiklikleri;

- Tuz tüketiminin azaltılması
- Sağlıklı beslenme
- Meyve ve sebzeden zengin diyet
- Stres yönetimi
- Fiziksel aktivitenin artırılması
- Alkol ve sigara kullanımının bırakılması
- Doymuş yağ oranı yüksek gıdaların alımının sınırlandırılması (152-155)
- Obezite sorunu olan bireyler için kilo kaybı olarak ifade edilmektedir (156).

2.1.7.2 Farmakolojik Tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri yanında kan basıncı kontrolünün sağlanmasına ilaç tedavisi de eşlik etmektedir. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan birinci basamak ilaçlar arasında diüretikler, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri (KKB) bulunur. Bazı hastalar, optimal kan basıncı hedeflerine ulaşmak için iki veya daha fazla antihipertansif ilaca ihtiyaç duymaktadır. Kan basıncı 200/100 mmHg üzerinde olan, yeni tanı almış hastalarda

tedaviye iki antihipertansif veya bir kombinasyon antihipertansif ilaç eklenebilmektedir (157-159).

2.1.8 Yaşlılarda Hipertansiyon

Yaşlanma doğal bir süreçtir; dinamik, biyolojik, fizyolojik, çevresel, psikolojik, davranışsal ve sosyal süreçlerdeki değişikliklerle ilişkilidir (160, 161). Yaşlanmayla birlikte meydana gelen bu değişiklikler yanında (162, 163) kan basıncı değerleri de yaşa bağlı olarak artış göstermektedir (164). Buna bağlı olarak gelişen hipertansiyon, yaşlı bireylerde yaygın görülen kronik hastalık olmakta ve prevalansı yaşla birlikte artmaktadır (165-167). Aynı zamanda yaşlılar için kardiyovasküler morbidite ve mortalite için önemli bir risk faktörü teşkil etmektedir (168-170). Yaşa bağlı kan basıncının yükselmesi, yaşlanmaya eşlik eden arteriyel yapı ve işlevdeki fizyolojik değişikliklerden kaynaklanır. Bu değişikliklere ek olarak yaşlılarda hipertansiyon gelişiminde rol oynayan faktörler;

- Artan damar sertliği
- Damar duvarında azalan elastin içeriği
- Artan endotelial disfonksiyon
- Artan tuz duyarlılığı
- Artan sempatik aktivite
- Komorbid durumlar
- Kronik böbrek hastalığı
- Obezite
- Beyaz önlük etkisi olarak belirtilmektedir (171-179).

Yaşlılarda hipertansiyon tedavisi ve yönetimi genç hastalara göre farklı olarak ele alınmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansif yaşlılarda etkili sonuçlar vermektedir. Bu değişiklikler arasında sigarayı bırakma, kilo verme, stres yönetimi, tuz ve alkol kısıtlaması ve fiziksel aktivitede artış yer almaktadır (180-184). Yaşam tarzı değişiklikleri yanında farmakolojik tedavi de önerilmektedir. Hipertansif yaşlılarda antihipertansif ilaca en düşük dozda başlanmalı ve kan basıncı yanıtına bağlı olarak tolere edilen maksimum doza kadar ilaç dozu kademeli olarak artırılmalıdır (180-184). Tam doza (önerilen maksimum doz değil) ulaşıldıktan sonra başlangıç tedavisine yanıt yetersizse, başka bir sınıftan ikinci bir ilaç eklenmelidir. Polifarmasi, potansiyel ilaç etkileşimleri ve tedavi rejimlerine

uymama gibi durumlar ile karşılaşılan yaşlı bireylerde, hipertansiyon yönetimi açısından kan basıncı takibi ve kontrolü önemli olmaktadır (180-184).

2.2 İLAÇ UYUMU

Uyum, DSÖ tarafından “bir kişinin ilaç alma, diyet izleme ve/veya yaşam tarzı değişiklikleri yapma davranışının bir sağlık hizmeti sağlayıcısının üzerinde anlaşmaya varılan tavsiyelerine ne ölçüde karşılık geldiği” olarak tanımlanmaktadır (185). İlaç uyumu ise hastanın ilaçlarının reçete edilmesi, ilaçlara başlama, devam etme ve ilaç alımını sonlandırma süreçlerine ve bu süreçte aldığı önerileri uygulama kararlarının tümü olarak ifade edilmektedir (186-192). İlaç uyum düzeyinin düşük olması yüksek sağlık bakım maliyetlerine, hastaneye yatış oranlarının artmasına, daha kötü sağlık sonuçlarına ve hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bunun yanı sıra artan hastalık prevalansı, yüksek mortalite ve morbidite oranlarına da yol açmaktadır (193-196). İlaç uyumunu etkileyen hastalığa, ilaca ve tedaviye bağlı, sosyodemografik özelliklerle ve hastayla ilgili olmak üzere birtakım faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler hastalığa bağlı, ilaca ve tedaviye bağlı, sosyodemografik ve hastayla ilgili faktörler olarak ifade edilmektedir (197-201).

1. **Hastalığa bağlı faktörler:** Semptomların azalması, hastalık şiddetinin fazla olması, bilişsel ve ruhsal bozukluklar, kişilik bozuklukları, bireyin görme ve işitme engeli olması.
2. **İlaç ve tedaviye bağlı faktörler:** Tedavinin karmaşık olması, tedavi süresinin uzun olması, ilaç yan etkileri, etkisiz veya aşırı yüksek doz kullanımı, birden fazla ilaç kullanımı.
3. **Sosyodemografik faktörler:** Eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık güvencesi olmaması, kültürel inançlar, yetersiz sosyal destek, çevrenin ilaç tedavisine karşı tutum.
4. **Hastayla ilgili faktörler:** Hastalık ve ilaç bilgisinin yetersiz olması, geçmiş deneyimler, hastalık ve tedaviye olan inanç ve tutumlar olarak belirtilmektedir (197-201).

Ciddi tıbbi komplikasyonları önlemek ve sağlık bakım maliyetlerini en aza indirmek için, hastaların ilaçlara uyumu artırılmalıdır. Bu yüzden hastaların durumları göz önünde bulundurularak, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında etkili iletişim sağlanması, ilaç uyumunu kolaylaştırabilmektedir (202). İlaç

uyumunu arttırmayı amaçlayan müdahaleler hem hastalık risk faktörlerinin hem de olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi açısından önemli bir fayda sağlama potansiyeline sahip olmaktadır (203).

2.2.1 Hipertansiyonda İlaç Uyumu

Farmakolojik tedavinin kan basıncı kontrolüne olumlu etkisi hipertansiyon yönetiminde büyük bir öneme sahiptir. Ancak antihipertansif ilaçların etkinliğine rağmen, hipertansif bireylerin ilaca uyumunun düşük olması mevcut tedavinin etkinliğini sınırlandırmaktadır (204). Hastaneye yatışları ve komplikasyon riskini azaltmak için hipertansiyon kontrolünde temel adım hastanın ilaçlara uyumunu arttırmaktır. İlaç uyumunu iyileştirmeyi hedefleyen kan basıncı kontrolü, risk faktörlerinin ve olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte kültür, yaşam alışkanlıkları, hastalığın yaşam boyu süren doğası, ilaçların yan etkileri, hastanın sağlık sisteminden memnuniyeti, gelir ve sağlık sigortasının olmaması gibi birçok faktör ilaç uyumuyla ilişkilidir (205). Hipertansif bireylerin ilaç uyumuna katkı sağlaması açısından hasta odaklı tedavinin yapılması, tüketici tarafından yönlendirilen sağlık hizmetlerinin sağlanması, hasta portallarının oluşturulması, akıllı uygulamalar ve metin mesajlarının kullanımı, dijital hap kutularının yaygınlaştırılması, sağlık profesyonelleri ve hasta etkileşiminin sağlanması gibi stratejiler geliştirilmelidir (206).

Hipertansiyon yönetiminde ilaç uyumu konusunda tutum ve davranış boyutlarını hedefleyen tanıtım stratejileri, sağlık profesyonelleri tarafından eğitim ve danışmanlık programlarına dahil edilmelidir (207, 208). Ayrıca hipertansif bireylerin hastalık yönetimine daha fazla dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir (209). Bu konuda hemşirelere büyük görevler düşmektedir (210, 211). Bunlar şu şekilde özetlenebilir;

- Hasta-hemşire ilişkisi güvene dayalı olmalı, hemşireler tedavi sürecinde hastaların ihtiyaçlarını, endişelerini dinlemeli ve yorumlamalıdır.
- İlaç alma motivasyonunu artırmak için hastalığın özelliklerini bilmek ve ilaçları tanımak açısından hastalara eğitim verilmeli ve danışmanlık sağlanmalıdır.

- Tedavi seçiminde hastaların tercihleri ve görüşlerini ifade etmeleri için doktorla ortak karar verme sürecine hastaların katılımı teşvik edilmelidir.
- Tedavi süresine aile bireylerin de desteği alınmalıdır.
- Tedaviye uyumsuz hastalar gözlemlenmeli, buna yönelik ilaç alma davranışlarını değiştirilmeli ve gerekirse ilaç alma hatırlatıcıları (örn. yazılı veya telefonla hatırlatmalar ve otomatik hap dağıtıcıları) sağlanarak destek olunmalıdır (210, 211).

2.3 SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1970'lerde ortaya atılan (212), halk sağlığı alanında ve sağlık hizmetlerinde önemi giderek artan bir terimdir (213). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla ilişkili olup “bireylerin sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili konularda günlük yaşamda kararlar almak ve yargıda bulunmak için sağlık ile ilgili bilgilere erişme, bunları anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri” şeklinde tanımlanmaktadır (214).

Sørensen ve arkadaşları 2012 yılında o güne kadar yapılan tüm tanımları analiz ederek sağlık okuryazarlığını “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlamıştır (215, 216).

2.3.2 Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlıkla ilgili bilgileri arama, anlama ve kullanmada, karar vermede kritik bir öneme sahip olan sağlık okuryazarlığının (217) bireylere sağlık hizmetlerine erişim, hastalık yönetimi, hasta/hekim iletişimi ve kişisel bakım konusunda büyük artışı olmaktadır (218-221).

Düşük sağlık okuryazarlığı daha kötü sağlık durumuna, hastaneye yatış oranlarının yükselmesine, mortalite riskinin artmasına ve yüksek sağlık bakım maliyetlerine sebep olmaktadır (223-225). Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireyler yalnızca okuma ve anlamada değil düzenli ilaç kullanımı ve kronik hastalık

yönetimi konusunda da zorluk yaşamaktadır. Ayrıca bu bireyler sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve uygun kararlar almada sağlık personeliyle ilişki kurmak için gerekli iletişim becerilerinden yoksun olabilmektedir (226).

Nüfusa dayalı bir sağlık hizmeti stratejisinde hizmet verilen toplumun sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi, sağlığın teşviki ve kronik hastalıkların yönetimi, tedaviye uyumun sağlanması, hasta güvenliğinin ön planda tutulması ve yüksek sağlık bakım hizmeti maliyetlerinin azaltılmasını sağlamaktadır. Bu amaçla bireylere gerekli eğitim ve bilginin verilmesi sağlık hizmetlerinin temel hedefi olmalıdır (227, 228).

2.3.3 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen faktörler şunlardır;

- Demografik özellikler (yaş, ırk ve etnik köken, gelir ve cinsiyet),
- Hastanın bilgisi (önceki hastalık ve tedavi deneyimleri, sağlık hizmetlerine ilişkin kavramsal bilgisi)
- Çevresel faktörler (meslek, sosyal destek, kültür, dil, okuryazarlık ve eğitim) olarak belirtilmektedir (229-232).

2.3.4 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam tarafından önerilen sağlık okuryazarlığı sınıflaması genel okuryazarlıktan yola çıkılarak yapılmıştır. Buna göre genel okuryazarlık ve beceri seviyelerindeki farklılıkların sağlıkla ilgili kararlar ve eylemler üzerinde sahip olabileceği etki üzerinde durulmuştur (233). Becerilerdeki bu farklılıklara göre sağlık okuryazarlığı işlevsel, etkileşimli ve kritik sağlık okuryazarlığı olarak kategorize edilmiştir (234);

- 1. Fonsiyonel (İşlevsel) sağlık okuryazarlığı**, bireylerin ilgili sağlık bilgilerini (örneğin, sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı hakkında) elde etmesi ve bu bilgiyi öngörülen bir dizi faaliyete uygulaması için yeterli olan temel düzeydeki becerilerini tanımlamaktadır (235-242).
- 2. Etkileşimli (İnteraktif) sağlık okuryazarlığı**, bireylerin sağlık bilgilerini ortaya çıkarmasına, yeni bilgileri değişen koşullara uygulamasına, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmasına ve mevcut bilgileri genişletmek

ve kararlar almak için başkalarıyla etkileşime girmesine olanak tanıyan daha gelişmiş okuryazarlık becerilerini açıklamaktadır (235-242).

3. **Eleştirel (Kritik) sağlık okuryazarlığı**, çok çeşitli kaynaklardan gelen bilgileri eleştirel bir şekilde analiz etmek için uygulanabilecek en gelişmiş okuryazarlık becerilerini ve daha geniş bir yelpazedeki sağlık belirleyicileriyle ilgili bilgileri tanımlamaktadır. Bu en gelişmiş becerilere sahip kişiler, sağlık üzerinde etkisi olan durumlar ve yaşam olayları üzerinde daha çok kontrol sahibi olmak için bilgiyi elde edebilir ve kullanabilir (235-242).

2.3.5 Sağlık Okuryazarlığı ve İlaç Uyumu

Sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma, kronik hastalıkların kontrolü gibi sağlıkla ilgili birçok alanda sağlık okuryazarlığının önemi ön plana çıkmaktadır (243). Tedaviye uyum ve hastalık yönetimi üzerinde olumlu etkiye sahip olan yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi (244) hastaların tedavi ile ilgili kararlarda aktif olmasına ve ilaç uyumunun artmasına katkı sağlamaktadır (245).

Sağlık ile ilgili bilgiler, özellikle düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastalar için genellikle karmaşık ve belirsiz olmaktadır. Bu belirsizlik, hastanın bilinçli seçimler yapma, sağlık hizmetinden yararlanma ve tedavi sürecine etkin bir şekilde katılma becerisini zorlamaktadır (246). Hastalar reçete edilen ilaç tedavisini anlamakta güçlük çekmekte ve ilaca uyum konusunda sorunlar yaşamaktadır. Bu da hastalık semptomlarının yetersiz yönetimine ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (247). Düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz sonuçları özellikle karmaşık sağlık sorunlarını yönetmek zorunda kalan yaşlı bireylerde etkisini göstermektedir (248). Yaşlanma ile gerileyen bilişsel işlev sonucu yaşlı bireylerin hem sağlık okuryazarlığı becerilerinde (249, 250) hem de ilaç uyumunda azalma yaşanmaktadır (251). Artan kronik hastalıklar, çoklu ilaç tedavisi ihtiyacı, artan tedavi maliyeti, yan etkiler, ilaç etkileşimleri, unutkanlık, sosyal destek ve bakım eksikliği nedeniyle yaşlı bireyler tedaviye uyum sağlayamamaktadır (252). Yaşlı hastalarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık durumu arasındaki ilişkiden sorumlu mekanizmalar konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir (253). Ayrıca yaşlı hastalara yönelik ilaç uyumu ve sağlık okuryazarlığıyla ilgili eğitim ve bilgi verme konusunda sağlık profesyonelleri uygun stratejiler geliştirmelidir (254, 255). Bu konuda özellikle

hemşireler sağlık hizmeti sunucularının en büyük gruplarını oluştururlar. Hasta eğitimi ve etkili iletişim, hemşirelik mesleğinin temel unsurları olduğu için; direkt hasta bakımı ve sağlık hizmetleri sunumunda, dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ve sağlık-bakım kalitesinin artmasında hemşirelik mesleği önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların sağlık okuryazarlığına ilişkin farkındalık oluşturulmasında hemşireler hasta bakımı, hasta güvenliği, eğitim ve danışmanlık ile yol gösterici olmaktadır (256-258).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Hipertansif yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumuna etkisi yoktur.

H₁: Hipertansif yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumuna etkisi vardır.

3.3 Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Antihipertansif ilaç tedavisi uyumu ölçek puanı

Bağımsız değişkenler: Sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçek puanı, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.), hipertansiyona yönelik özellikler (hipertansiyon tanı süresi, ilaç kullanma durumu vb.)

3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 20.02.2022-31.12.2022 tarihleri arasında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin, yoğun bakım üniteleri hariç olmak üzere dahili (iç hastalıkları, enfeksiyon, göğüs hastalıkları, dermatoloji, kardiyoloji ve nöroloji servisinde) ve cerrahi kliniklerinde (ortopedi, üroloji ve göz servisi, genel cerrahi, plastik cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi, göğüs cerrahisinde) yatarak tedavi gören hipertansif bireyler ile gerçekleştirilmiştir.

3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hipertansif bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise çalışmanın gerçekleştirildiği süre içerisinde dahil edilme kriterlerini karşılayan hipertansif bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemede güç (power) analizi kullanılmıştır. Bu kapsamda testin gücü G*Power-3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Lee ve arkadaşları (259) tarafından yapılan araştırma baz alınmıştır. Analiz sonucunda standardize etki

büyüklüğü 0.25, $\alpha=0.05$, teorik power 0.95 alınarak %95 güven düzeyinde minimum örneklem hacmi toplamda 202 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.5.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 65 yaş ve üstü olması,
- En az 6 ay önce hipertansiyon tanısı almış olması,
- En az 6 aydır antihipertansif ilaç kullanıyor olması,
- İletişim sorunu olmaması,
- Türkçe soruları anlama ve cevaplama yeterliliğine sahip olması,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olmaması,
- Soruları eksiksiz yanıtlaması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve yazılı onam vermiş olması,

3.5.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 65 yaşından küçük olması,
- 6 aydan daha kısa hipertansiyon tanısı olması,
- 6 aydan kısa süredir antihipertansif ilaç kullanıyor olması,
- İletişim sorunu olması,
- Türkçe soruları anlama ve cevaplama yeterliliğine sahip olmaması,
- Soruları eksik cevaplaması,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olması,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmaması ve onam vermemesi,

3.6 Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hipertansif bireylere araştırmanın amacı, süreci hakkında bilgi verilerek araştırmaya davet edilmiştir.

3.7 Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin elde edilmesinde, Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK 1), Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (EK 2) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32) (EK 3) kullanılmıştır.

3.7.1 Tanımlayıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (260-269). Sosyodemografik ve hipertansiyona yönelik özellikler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, algılanan gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, sigara ve alkol kullanımı olmak üzere toplam 9 sorudan oluşmaktadır (260-263). Hipertansiyona yönelik özellikler formu ise HT tanı süresi, antihipertansif ilaç sayısı ve ilaç kullanma bilgisi, ailede hipertansiyon öyküsü, ek hastalık varlığı, antihipertansif ilaç dışında ilaç kullanma durumu, tansiyon ölçüm durumu ve sıklığı, HT tedavisi dışında başka yöntem kullanımı, HT için doktor kontrolü sıklığı, HT'nin neden olabileceği organ hasarları bilgisi ve tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olabilme olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır (264-269).

3.7.2 Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği

Morisky, Green ve Levine tarafından geliştirilmiştir (270). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Demirezen ve Nahcivan tarafından yapılmıştır (271). Ölçekte ilaç alma davranışını tanılayan toplam 9 madde yer almaktadır. İlk 8 soruda cevaplar evet ya da hayır olarak yanıtlanmakta; evet cevapları 1, hayır cevapları ise 0 olarak kodlanmaktadır. Dokuzuncu soruda ise 1=Hiç/nadiren, 2=Ara sıra, 3=Bazen, 4=Genellikle, 5=Her zaman seçenekleri bulunmakta ve yalnızca bir seçenek işaretlenmektedir. Ölçek toplam puanı 1-13 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanı 1-7 puan arasında olan katılımcılar tedaviye uyumlu, 8 ve üzeri puan alan katılımcılar ise tedaviye uyumsuz olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.82 (271), bu çalışmada ise 0.61 olarak bulunmuştur.

3.7.3 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) Çalışması Kavramsal Çerçevesi temelinde geliştirilmiştir (272). Okuyay ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (273). 32 maddelik 5'li likert tipte bir ölçektir. Her madde için 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor, 5=Fikrim yok seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 32-160 arasında değişmektedir. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir.

$$\text{Formül=İndeks} = (\text{aritmetik ortalama}-1) \times [50/3]$$

Formülde indeks, hesaplanan kişiye özgün indeksi; aritmetik ortalama ise her maddeye verilen tepkilerin ortalaması; 1 sayısı ortalamanın en düşük olası değerini (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur); 3 sayısı ortalamanın aralığını ve 50 sayısı ise yeni ölçüt için seçilen en yüksek değeri belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,

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

(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı.

Orijinal ölçekten farklı olarak ölçek iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere sekiz bileşenden oluşmaktadır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçek toplam puanı Cronbach alfa değeri 0.92 olarak saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri ise; tedavi ve hizmet alt boyutu için 0.88, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu için 0.86'dır (273). Bu çalışmada ise ölçek toplam puanı Cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa katsayıları sırasıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu 0.91, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu 0.81, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu 0.81, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu 0.82, tedavi ve hizmet boyutu 0.94, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu ise 0.95 olarak bulunmuştur.

3.8 Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirmede tanımlayıcı istatistiksel metotlar (birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), medyan, minimum ve maksimum değer) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Q-Q Grafiği (Q-Q Plot) ile belirlenmiştir. (274). Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlı olacak şekilde değerlendirilmiştir.

(275). Normal dağılıma sahip niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni düzeltmesi, birden fazla bağımsız değişkenler için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.9 Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/314 sayısı ile 04/01/2022 tarihinde etik izin (EK 4) ve Bolu Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden E-38244951-604.01.01 sayısı ile 18/02/2022 tarihinde izin alınmıştır. (EK 5). Araştırma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yapılmıştır (276). Araştırmacı tarafından katılımcılara, araştırma hakkında açıklama yapılmış, bilgilerin gizli tutulacağı, sadece bu çalışma için kullanılacağı ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu hakkında bilgi verilmiştir. Gönüllü katılımcıların yazılı onamları alınmış ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (EK 6). Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32)'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçeğin kullanım izni e-posta yoluyla alınmıştır (EK 7, EK 8).

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek bir merkezde yürütülmüştür. Araştırma sonuçları, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları genellenemez.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=202).

Değişkenler		n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, 72.05 $\pm$ 5.23)	65-69	80	39.6
	70-74	62	30.7
	75 ve üzeri	60	29.7
Cinsiyet	Kadın	117	57.9
	Erkek	85	42.1
Medeni durum	Evli	153	75.8
	Bekar	49	24.2
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	45	22.3
	İlkokul ve üstü	157	77.7
Meslek	Emekli	91	45.0
	Ev hanımı	111	55.0
Birlikte yaşanan kişi(ler)	Yalnız	20	9.9
	Eş	146	72.3
	Çocuklar	36	17.8
Algılanan gelir düzeyi	Gelirim giderimden az	59	29.2
	Gelirim giderime eşit/ fazla	143	70.8
Sigara kullanma durumu	Evet	3	1.5
	Hayır	199	98.5
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0.0
	Hayır	202	100.0
Toplam		202	100.0

Araştırmada yer alan katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması 72.05 $\pm$ 5.23 yıl olarak bulunmuş ve yaşlara göre dağılım incelendiğinde, en fazla %39.6’sının 65-69 yaş arası, %30.7’sinin 70-74 yaş arası ve %29.7’sinin 75 yaş ve üzeri olduğu

belirlenmiştir. Katılımcıların %57.9'sunun kadın, %75.8'inin evli, %77.7'sinin ilkokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu ve %55'inin ise ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları incelendiğinde çoğunun (%72.3'ünün) eşiyle yaşadığı, algılanan gelir düzeyine göre dağılımları incelendiğinde %70.8'inin geliri giderine eşit/ fazla olduğu, %98.5'inin sigara kullanmadığı, %100'ünün ise alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=202).

Değişkenler		n	%	
HT tanı süresi ($\bar{X} \pm SS$, 13.39 $\pm$ 8.88)	5 yıl ve altı	46	22.8	
	6-10	56	27.7	
	11-15 yıl	32	15.8	
	16 yıl ve üstü	68	33.7	
HT için ilaç kullanma durumu	Evet	202	100.0	
	Hayır	0	0.00	
Antihipertansif ilaç kullanma süresi ($\bar{X} \pm SS$, 13.39 $\pm$ 8.88)	5 yıl ve altı	46	22.8	
	6-10	56	27.7	
	11-15 yıl	32	15.8	
	16 yıl ve üstü	68	33.7	
Kullanılan antihipertansif ilaç sayısı	Bir	168	83.2	
	İki	34	16.8	
Antihipertansif ilacını hekim önerdiği şekilde kullanma durumu	Evet	129	63.9	
	Hayır	73	36.1	
Antihipertansif ilacını hekimin önerdiği şekilde kullanmama nedeni	Unutuyorum	Evet	62	30.7
		Hayır	140	69.3
	Tansiyonum düşük/normal olunca içmiyorum	Evet	9	4.5
		Hayır	193	95.5
	İhmal ediyorum	Evet	6	3.0
		Hayır	196	97.0
Ailede HT varlığı	Evet	33	16.3	
	Hayır	169	83.7	

HT dışında ek hastalık varlığı		Evet	166	82.2
		Hayır	36	17.8
Eşlik eden hastalıklar	Diabetes Mellitus (Diyabet)	Evet	86	42.6
		Hayır	116	57.4
	Kalp yetmezliği	Evet	62	30.7
		Hayır	140	69.3
	Böbrek yetmezliği	Evet	13	6.4
		Hayır	189	93.6
	Miyokard enfarktüsü	Evet	4	2.0
		Hayır	198	98.0
	Serebrovasküler hastalık (inme, felç)	Evet	4	2.0
		Hayır	198	98.0
	Dislipidemi	Evet	1	0.5
		Hayır	201	99.5
	Göz hastalığı (Retinopati, kanama)	Evet	7	3.5
		Hayır	195	96.5
Diğer	Evet	59	29.2	
	Hayır	143	70.8	
Antihipertansif ilaç dışında farklı ilaç kullanma durumu		Evet	164	81.2
		Hayır	38	18.8
Tansiyon ölçme sıklığı	Günde 1 kez	Evet	11	5.4
		Hayır	191	94.6
	Haftada 1 kez	Evet	1	0.5
		Hayır	201	99.5
	Ayda 1 kez	Evet	0	0.00
		Hayır	202	100.0
	Doktor kontrolüne gittiğimde	Evet	63	31.2
		Hayır	139	68.8
	Sadece kendimi kötü hissettiğimde	Evet	160	79.2
		Hayır	42	20.8

	Hiç ölçtürmem.	Evet	16	7.9
		Hayır	186	92.1

HT için ilaç dışında kullanılan yöntemler	Tuz kısıtlaması	Evet	73	36.1
		Hayır	129	63.9
	Sigara/alkol kısıtlaması	Evet	0	0.00
		Hayır	202	100.0
	Diyet	Evet	7	3.5
		Hayır	195	96.5
	Egzersiz	Evet	6	3.0
		Hayır	196	97.0
	Kilo verme	Evet	5	2.5
		Hayır	197	97.5
Hiçbiri	Evet	123	60.9	
	Hayır	76	39.1	
HT için doktor kontrolüne gitme durumu		İki ayda bir kez	16	7.9
		Üç –Altı ayda bir kez	158	78.2
		Yılda bir kez	28	13.9
HT’nin uzun vadede organlarda oluşturacak hasarı bilme durumu		Evet	36	17.8
		Hayır	166	82.2
Herhangi bir şikâyeti olmasa da tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olma durumu		Evet	138	68.3
		Hayır	64	31.7
Toplam			202	100.0

Katılımcıların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların hipertansiyon tanı sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %15.8’inin 11-15 yıl arası (13.39 ± 8.88) ve %33.7’sinin 16 yıl ve daha fazla süreyle hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tümünün antihipertansif ilaç kullandığı, antihipertansif ilaç kullanma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde en az %15.8’inin 11-15 yıl arası (13.39 ± 8.88) ve en çok %33.7’sinin 16 yıl ve üzeri ilaç kullandığı, %83.2’sinin 1 adet, %16.8’inin 2

adet antihipertansif ilaç kullandığı belirlenmiştir. Katılımcıların %63.9'unun antihipertansif ilacını hekimin önerdiği şekilde kullandığı, %36.1'inin ise kullanmadığı; antihipertansif ilacını hekimin önerdiği şekilde kullanmayan katılımcıların %30.7'sinin ilacını unuttuğu, %4.5'inin tansiyonu düşük/normal olunca ilacı içmediği ve %3'ünün ise ilacı ihmal ettiği belirlenmiştir. Katılımcıların %81.2'sinin antihipertansif ilaç dışında farklı bir ilaç kullandığı, HT tedavisi için ilaç dışında kullandıkları yöntemlere göre dağılımları incelendiğinde çoğunun (%60.9) hiçbir yöntemi kullanmadığı, en çok kullanılan yöntemin ise tuz kısıtlaması (%36.1) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların HT için doktor kontrolüne gitme durumuna göre dağılımları incelendiğinde çoğunun (%78.2) üç-altı ayda bir kez cevabını verdiği görülmüştür.

Katılımcıların %83.7'sinin ailesinde HT varlığı olduğu, %82.2'sinin HT dışında ek bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon dışında ek hastalık öyküsüne göre katılımcıların dağılımları incelendiğinde, en çok %42.6'sının Diabetes Mellitus (Diyabet) olduğu belirlenmiş ve bunu sırasıyla %30.7 Kalp yetmezliği, %6.4 Böbrek yetmezliği, %3.5 Göz hastalığı (Retinopati, kanama) %2 Miyokard enfarktüsü ve Serebrovasküler hastalık (inme, felç), %0.5 Dislipidemi takip etmiştir. Katılımcıların tansiyon ölçme sıklığına göre dağılımları incelendiğinde çoğunun (%79.2) sadece kendini kötü hissettiğinde tansiyonunu ölçtüğü, %82.2'sinin uzun vadede hipertansiyonun uzun vadede organlarda oluşturacak hasarı bilmediği saptanmıştır. Katılımcıların herhangi bir şikâyeti olmasa dahi tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde çoğunun (%68.3) farkında olduğu belirlenmiştir.

4.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri (n=202).

Ölçek ve Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Min	Maks
Sağlıkla ilgili bilgiye erişim boyutu	6.88	10.49	0.00	40.48
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	18.03	9.57	0.00	45.24

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	11.93	9.68	0.00	45.24
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu	17.88	9.72	0.00	41.67
Tedavi ve hizmet boyutu	15.68	10.45	0.00	45.83
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu	11.50	8.30	0.00	36.90
Sağlık okuryazarlığı ölçeği	13.77	8.92	0.00	41.67
Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği	5.51	2.32	2.00	10.00

Araştırmaya katılan hastaların TSOY-32 Ölçeği ve Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması 13.77 ± 8.92 olarak bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiye erişim alt boyutu puan ortalaması 6.88 ± 10.49 , bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalaması 18.03 ± 9.57 , bilgiyi değerlendirme alt boyutu puan ortalaması 11.93 ± 9.68 , bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puan ortalaması 15.68 ± 9.72 olarak belirlenmiştir. Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği toplam puan ortalaması ise 5.51 ± 2.32 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları (n=202).

Ölçek ve Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu	1.521	1.272	Normal
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	0.265	-0.359	Normal
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	0.637	-0.244	Normal
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu	0.230	-0.701	Normal
Tedavi ve hizmet boyutu	0.708	-0.294	Normal
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu	0.735	-0.024	Normal
Sağlık okuryazarlığı ölçeği	0.738	-0.075	Normal
Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği	0.407	-1.161	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

4.3 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da verilmiştir. Bunun sonucunda katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, algılanan gelir düzeyi ve birlikte yaşadığı kişilere göre TSOY-32 ölçeği alt boyutu puanları (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve kullanma/uygulama alt boyutu, tedavi ve hizmet boyutu, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu) ve TSOY-32 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. ($p < 0.05$). Erkek katılımcıların (9.98 ± 12.00) kadın katılımcılara (4.63 ± 8.61) göre, evli katılımcıların (7.91 ± 11.15) bekar katılımcılara (3.67 ± 7.28) göre, eğitim düzeyi ilköğretim ve üstü olan katılımcıların (8.48 ± 11.24) okuryazar olmayan katılımcılara (1.30 ± 3.64) göre, emekli olan katılımcıların (9.68 ± 11.57) ev hanımı olan katılımcılara (4.59 ± 8.96) göre, geliri giderine eşit/fazla olan katılımcıların (7.90 ± 10.99) geliri giderinden az olan katılımcılara (4.41 ± 8.77) göre ve eşi ile yaşayan katılımcıların (7.57 ± 11.04) çocukları ile yaşayan katılımcılara (3.82 ± 8.37) göre TSOY-32 ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre TSOY-32 alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=202).

Değişkenler		Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu				Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu				Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu				Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu			
		Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS
Yaş	65-69	0.00	40.48	8.18	11.58	0.00	45.24	19.32	9.94	0.00	45.24	13.39	10.23	0.00	39.58	19.65	9.78
	70-74	0.00	33.33	6.11	8.62	0.00	38.10	17.34	9.09	0.00	36.11	11.99	9.36	0.00	41.67	17.46	9.98
	75 ve üzeri	0.00	37.50	5.95	10.70	0.00	44.44	17.01	9.51	0.00	29.17	9.92	9.04	0.00	37.50	15.97	9.07
Test değeri		1.018***				1.236***				2.229***				2.581***			
p		0.363				0.293				0.110				0.078			
Cinsiyet	Kadın	0.00	40.48	4.63	8.61	0.00	41.67	15.21	8.75	0.00	33.33	9.05	8.27	0.00	37.50	15.23	9.07
	Erkek	0.00	39.58	9.98	12.00	0.00	45.24	21.90	9.33	0.00	45.24	15.89	10.13	0.00	41.67	21.54	9.44
Test değeri		-3.685**				-5.219**				-5.272**				-4.795**			
p		0.001*				0.001*				0.001*				0.001*			
Medeni durum	Evli	0.00	40.48	7.91	11.15	0.00	45.24	19.19	9.56	0.00	45.24	12.97	10.00	0.00	41.67	18.88	9.91
	Bekar	0.00	29.17	3.67	7.28	0.00	38.10	14.38	8.72	0.00	30.56	8.67	7.86	0.00	33.33	14.78	8.46
Test değeri		2.497**				3.127**				2.753**				2.610**			
p		0.013*				0.002*				0.006*				0.010*			
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0.00	16.67	1.30	3.64	0.00	20.83	9.80	5.72	0.00	21.43	4.69	5.44	0.00	25.00	10.17	6.28
	İlkokul ve üstü	0.00	40.48	8.48	11.24	0.00	45.24	20.39	9.15	0.00	45.24	14.00	9.64	0.00	41.67	20.10	9.40
Test değeri		-4.219**				-7.359**				-6.195**				-6.661**			
p		0.001*				0.001*				0.001*				0.001*			

Meslek	Emekli	0.00	39.58	9.68	11.57	0.00	41.67	21.43	8.86	0.00	36.11	15.37	9.64	0.00	41.67	21.03	9.14
	Ev hanımı	0.00	40.48	4.59	8.96	0.00	45.24	15.24	9.25	0.00	45.24	9.11	8.80	0.00	37.50	15.31	9.45
Test değeri		3.527**				4.824**				4.820**				4.346**			
p		0.001*				0.001*				0.001*				0.001*			
Birlikte yaşanan kişi(ler)	Yalnız	0.00	25.00	7.41	9.06	0.00	31.25	16.88	8.52	0.00	25.00	11.49	7.87	0.00	33.33	17.66	8.91
	Eş	0.00	40.48	7.57	11.04	0.00	45.24	19.13	9.63	0.00	45.24	12.96	9.95	0.00	41.67	18.83	9.92
	Çocuklar	0.00	29.17	3.82	8.37	0.00	38.10	14.18	9.03	0.00	30.56	7.98	8.63	2.08	31.25	14.17	8.59
Test değeri		1.888***				4.152***				3.950***				3.408**			
p		0.154				0.017*				0.021*				0.035*			
Bonferroni		-				2>3				2>3				2>3			
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden az	0.00	35.42	4.41	8.77	0.00	33.33	16.09	8.29	0.00	33.33	8.61	8.42	0.00	37.50	15.36	8.62
	Gelirim giderime eşit/ fazla	0.00	40.48	7.90	10.99	0.00	45.24	18.82	9.97	0.00	45.24	13.30	9.86	0.00	41.67	18.93	9.98
Test değeri		-2.169**				-2.004**				-3.201**				-2.399**			
p		0.031*				0.047*				0.002*				0.017*			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Tablo 4.6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre TSOY-32 toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=202).

Değişkenler		Tedavi ve hizmet boyutu				Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu				Sağlık okuryazarlığı ölçeği			
		Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS
Yaş	65-69	0.00	45.83	17.66	11.29	0.00	36.90	12.60	8.67	0.00	41.67	15.24	9.54
	70-74	0.00	38.54	15.24	9.68	0.00	32.05	11.13	7.75	0.60	32.69	13.28	8.03
	75 ve üzeri	0.00	36.46	13.50	9.68	0.00	31.25	10.40	8.29	0.00	34.52	12.32	8.81
Test değeri		2.853***				1.296***				1.976***			
p		0.060				0.276				0.141			
Cinsiyet	Kadın	0.00	41.67	12.38	8.79	0.00	32.29	9.79	7.61	0.00	36.98	11.14	7.72
	Erkek	0.00	45.83	20.22	10.88	0.00	36.90	13.85	8.67	0.60	41.67	17.39	9.24
Test değeri		-5.656**				-3.531**				-5.225**			
p		0.001*				0.001*				0.001*			
Medeni durum	Evli	0.00	45.83	16.93	10.67	0.00	36.90	12.24	8.59	0.00	41.67	14.82	9.21
	Bekar	0.00	32.29	11.76	8.68	0.00	31.25	9.17	6.89	0.00	30.21	10.50	7.10
Test değeri		3.081**				2.283**				3.006**			
p		0.002*				0.023*				0.003*			
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0.00	18.75	7.13	4.54	0.00	24.24	5.94	5.15	0.00	20.37	6.56	4.38
	İlkokul ve üstü	0.00	45.83	18.13	10.37	0.00	36.90	13.09	8.35	0.00	41.67	15.84	8.82
Test değeri		-6.916**				-5.451**				-6.813**			
p		0.001*				0.001*				0.001*			

Meslek	Emekli	0.00	44.79	19.69	10.75	0.00	32.29	13.96	8.19	0.60	36.98	16.95	8.79
	Ev hanımı	0.00	45.83	12.39	8.97	0.00	36.90	9.48	7.86	0.00	41.67	11.16	8.19
Test değeri		5.260**				3.956**				4.838**			
p		0.001*				0.001*				0.001*			
Birlikte yaşanan kişi(ler)	Yalnız	0.00	32.29	14.82	10.42	0.00	25.00	12.35	6.81	0.00	27.08	13.50	7.61
	Eş	0.00	45.83	16.87	10.70	0.00	36.90	12.06	8.54	0.00	41.67	14.70	9.20
	Çocuklar	0.00	32.14	11.31	8.23	0.00	31.25	8.74	7.67	0.60	30.21	10.14	7.60
Test değeri		4.312***				2.474***				3.897***			
p		0.015*				0.087				0.022*			
Bonferroni		2>3				-				2>3			
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden az	2.08	36.46	12.36	8.56	0.00	32.05	9.93	7.68	1.04	32.69	11.20	7.72
	Gelirim giderime eşit/ fazla	0.00	45.83	17.05	10.86	0.00	36.90	12.15	8.48	0.00	41.67	14.83	9.19
Test değeri		-2.958**				-1.739**				-2.674**			
p		0.003*				0.073				0.008*			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

4.4 Katılımcıların Hastalığa İlişkin Özelliklerine göre TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.7 ve Tablo 4.8’de verilmiştir. Katılımcıların antihipertansif ilaçlarını hekimin önerdiği şekilde kullanma, ailede hipertansiyon öyküsü olması, hipertansiyon için doktor kontrolüne gitme sıklığı hipertansiyonun uzun vadede organlarda oluşturacak hasarı bilme, herhangi bir şikâyet olmasa bile tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olma durumları ile TSOY-32 ölçeği alt boyutu puanları (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve kullanma/uygulama alt boyutu, tedavi ve hizmet boyutu, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu) ve TSOY-32 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$). Buna göre antihipertansif ilaçlarını hekimin önerdiği şekilde kullanan (8.96 ± 11.59) katılımcıların kullanmayan katılımcılara (3.22 ± 6.85) göre, ailesinde hipertansiyon öyküsü olan katılımcıların (12.45 ± 13.88) olmayanlara (5.80 ± 9.36) göre, hipertansiyon için doktor kontrolüne gitme sıklığı yılda bir kez olan katılımcıların (13.76 ± 14.68) kontrol sıklığı üç-altı ayda bir kez olan katılımcılara (5.05 ± 8.42) göre, hipertansiyonun uzun vadede organlarda oluşturacak hasarı bilen katılımcıların (20.38 ± 11.66) bilmeyen katılımcılara (3.96 ± 7.54) göre ve herhangi bir şikâyeti olmasa bile tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olan katılımcıların (8.12 ± 11.15) olmayan katılımcılara (4.22 ± 8.37) göre TSOY-32 ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7. Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile TSOY-32 ölçeği alt boyutları puan ortalamasının karşılaştırılması (n=202).

Değişkenler		Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu				Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu				Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu				Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu			
		Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS
Hipertansiyon tanısı alınan zaman	5 yıl ve altı	0.00	40.48	7.19	11.34	0.00	37.50	18.05	9.05	0.00	33.33	12.93	8.97	2.08	39.58	18.64	9.56
	6-10	0.00	39.58	6.91	10.96	0.00	38.10	15.68	9.94	0.00	36.11	10.81	9.64	0.00	35.42	16.54	10.04
	11-15 yıl	0.00	27.78	6.52	9.41	4.17	44.44	18.72	8.60	0.00	29.17	11.89	8.49	0.00	37.50	17.38	8.97
	16 yıl ve üstü	0.00	39.58	6.82	10.19	0.00	45.24	19.62	9.85	0.00	45.24	12.19	10.76	0.00	41.67	18.72	9.96
Test değeri		0.027***				1.831***				0.423***				0.639***			
p		0.994				0.143				0.737				0.591			
Hipertansiyon ilacı kullanma süresi	5 yıl ve altı	0.00	40.48	7.19	11.34	0.00	37.50	18.05	9.05	0.00	33.33	12.93	8.97	2.08	39.58	18.64	9.56
	6-10	0.00	39.58	6.91	10.96	0.00	38.10	15.68	9.94	0.00	36.11	10.81	9.64	0.00	35.42	16.54	10.04
	11-15 yıl	0.00	27.78	6.52	9.41	4.17	44.44	18.72	8.60	0.00	29.17	11.89	8.49	0.00	37.50	17.38	8.97
	16 yıl ve üstü	0.00	39.58	6.82	10.19	0.00	45.24	19.62	9.85	0.00	45.24	12.19	10.76	0.00	41.67	18.72	9.96

Test değeri		0.027***				1.831***				0.423***				0.639***			
p		0.994				0.143				0.737				0.591			
Hipertansiyon ilacı kullanılan adet	Bir	0.00	40.48	7.08	10.84	0.00	45.24	17.85	9.74	0.00	45.24	12.08	9.74	0.00	41.67	17.67	9.79
	İki	0.00	25.00	5.90	8.62	0.00	38.10	18.88	8.76	0.00	30.56	11.20	9.51	0.00	33.33	18.93	9.39
Test değeri		0.598**				-0.572**				0.483**				-0.690**			
p		0.550				0.568				0.630				0.491			
Hipertansiyon ilaçlarını hekim önerdiği şekilde kullanma durumu	Evet	0.00	40.48	8.96	11.59	0.00	45.24	19.29	9.63	0.00	45.24	12.96	10.15	0.00	39.58	19.79	9.85
	Hayır	0.00	29.17	3.22	6.85	0.00	38.10	15.79	9.11	0.00	36.11	10.10	8.55	0.00	41.67	14.52	8.56
Test değeri		3.862**				2.537**				2.036**				3.829**			
p		0.001*				0.012*				0.043*				0.001*			
Ailede HT varlığı	Evet	0.00	40.48	12.45	13.88	4.17	37.50	21.01	9.65	0.00	33.33	16.32	10.07	4.17	39.58	22.82	9.52
	Hayır	0.00	39.58	5.80	9.36	0.00	45.24	17.44	9.47	0.00	45.24	11.07	9.40	0.00	41.67	16.92	9.48
Test değeri		3.419**				1.974**				2.900**				3.268**			
p		0.001*				0.050*				0.004*				0.001*			
HT dışında hastalık varlığı	Evet	0.00	40.48	7.11	10.86	0.00	45.24	17.92	9.86	0.00	45.24	11.86	10.04	0.00	39.58	17.57	9.68
	Hayır	0.00	29.17	5.84	8.65	7.14	44.44	18.53	8.23	0.00	29.17	12.24	7.93	4.17	41.67	19.33	9.88
Test değeri		0.658**				-0.349**				-0.209**				-0.984**			
p		0.511				0.727				0.835				0.326			

Hipertansiyon ilacı dışında ilaç kullanma durumu	Evet	0.00	40.48	7.20	10.89	0.00	45.24	18.11	9.78	0.00	45.24	11.92	10.10	0.00	39.58	17.71	9.65
	Hayır	0.00	29.17	5.53	8.51	4.76	44.44	17.65	8.72	0.00	29.17	11.95	7.76	4.17	41.67	18.64	10.09
Test değeri		0.881**				0.272**				-0.018**				-0.531**			
p		0.379				0.786				0.986				0.596			
Hipertansiyon için doktor kontrolüne gitme durumu	İki ayda bir kez	0.00	39.58	12.97	13.44	0.00	38.10	21.63	12.21	0.00	36.11	17.92	11.76	2.08	39.58	22.66	11.46
	Üç –Altı ayda bir kez	0.00	37.50	5.05	8.42	0.00	38.10	17.09	8.53	0.00	33.33	10.73	8.53	0.00	41.67	16.86	9.05
	Yılda bir kez	0.00	40.48	13.76	14.68	0.00	45.24	21.27	12.32	0.00	45.24	15.26	12.53	4.17	38.89	20.95	11.13
Test değeri		12.383***				3.601***				6.247***				4.341***			
p		0.001*				0.029*				0.002*				0.014*			
Bonferroni		1>2, 3>2				3>2				1>2				1>2			
HT'nin uzun vadede organlarda oluşacak hasarı bilme durumu	Evet	0.00	39.58	20.38	11.66	4.17	45.24	27.79	9.03	0.00	45.24	22.43	9.74	8.33	39.58	27.25	7.67
	Hayır	0.00	40.48	3.96	7.54	0.00	38.10	15.91	8.31	0.00	36.11	9.65	8.05	0.00	41.67	15.85	8.90
Test değeri		10.631**				7.656**				8.307**				7.125**			
p		0.001*				0.001*				0.001*				0.001*			

Herhangi bir şikâyet olmasa da tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olma durumu	Evet	0.00	40.48	8.12	11.15	0.00	45.24	19.04	9.91	0.00	45.24	13.65	9.83	0.00	41.67	19.70	9.90
	Hayır	0.00	39.58	4.22	8.37	0.00	38.10	15.84	8.47	0.00	36.11	8.22	8.29	0.00	35.42	13.96	8.08
Test değeri	2.493**					2.231**					3.829**					4.051**	
p	0.013*					0.027*					0.001*					0.001*	

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Tablo 4.8. Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamasının karşılaştırılması (n=202).

Değişkenler		Tedavi ve hizmet boyutu				Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu				Sağlık okuryazarlığı ölçeği			
		Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	$\bar{X}$	SS
HT tanısı alma süresi	5 yıl ve altı	0.00	44.79	16.08	10.74	0.00	32.05	12.33	7.88	0.60	35.12	14.29	8.83
	6-10	0.00	39.58	14.96	11.41	0.00	32.29	10.01	8.14	0.00	35.94	12.57	9.20
	11-15 yıl	2.08	34.52	14.99	9.12	0.00	27.78	11.28	7.68	1.19	34.52	13.75	7.90
	16 yıl ve üstü	0.00	45.83	16.33	10.16	0.00	36.90	12.26	8.96	0.60	41.67	14.43	9.29
Test değeri		0.244***				0.951***				0.509***			
p		0.865				0.417				0.676			

Antihipertansif ilaç kullanma süresi	5 yıl ve altı	0.00	44.79	16.08	10.74	0.00	32.05	12.33	7.88	0.60	35.12	14.29	8.83
	6-10	0.00	39.58	14.96	11.41	0.00	32.29	10.01	8.14	0.00	35.94	12.57	9.20
	11-15 yıl	2.08	34.52	14.99	9.12	0.00	27.78	11.28	7.68	1.19	34.52	13.75	7.90
	16 yıl ve üstü	0.00	45.83	16.33	10.16	0.00	36.90	12.26	8.96	0.60	41.67	14.43	9.29
Test değeri		0.244***				0.951***				0.509***			
p		0.865				0.417				0.676			
Kullanılan ntihipertansif ilaç sayısı	Bir	0.00	45.83	15.73	10.72	0.00	36.90	11.42	8.36	0.00	41.67	13.76	9.07
	İki	0.00	33.33	15.44	9.08	0.00	26.04	11.89	8.10	0.00	28.65	13.83	8.27
Test değeri		0.145**				-0.298**				-0.040**			
p		0.885				0.766				0.968			
Antihipertansif ilacı hekim önerdiği şekilde kullanma durumu	Evet	0.00	45.83	17.43	10.72	0.00	36.90	12.74	8.93	0.00	41.67	15.34	9.38
	Hayır	0.00	38.54	12.59	9.22	0.00	26.04	9.30	6.52	0.00	31.55	11.00	7.34
Test değeri		3.241**				2.890**				3.408**			
p		0.001*				0.004*				0.001*			

Ailede HT varlığı	Evet	4.17	44.79	20.48	11.61	0.00	32.05	16.11	9.65	3.13	35.12	18.27	9.87
	Hayır	0.00	45.83	14.74	9.97	0.00	36.90	10.60	7.72	0.00	41.67	12.89	8.48
Test değeri		2.943**				3.595**				3.237**			
p		0.004*				0.000*				0.001*			
HT dışında ek hastalık varlığı	Evet	0.00	45.83	15.50	10.75	0.00	36.90	11.75	8.54	0.00	41.67	13.70	9.19
	Hayır	4.17	36.46	16.50	9.02	0.00	25.00	10.32	7.05	4.17	34.52	14.09	7.66
Test değeri		-0.517**				0.941**				-0.233**			
p		0.606				0.348				0.816			
Antihipertansif ilaç dışında ilaç kullanma durumu	Evet	0.00	45.83	15.69	10.68	0.00	36.90	11.79	8.58	0.00	41.67	13.82	9.18
	Hayır	0.00	36.46	15.63	9.49	0.00	25.00	10.26	6.89	2.98	34.52	13.54	7.81
Test değeri		0.033**				1.024**				0.174**			
p		0.974				0.307				0.862			
HT için doktor kontrolüne gitme durumu	İki ayda bir kez (1)	0.00	44.79	21.88	14.40	1.39	32.29	15.58	9.78	0.60	35.94	18.91	11.69
	Üç –Altı ayda bir kez (2)	0.00	36.46	14.37	9.08	0.00	30.00	10.49	7.30	0.00	32.29	12.53	7.57
	Yılda bir kez (3)	2.08	45.83	19.53	13.03	0.00	36.90	14.84	11.07	3.13	41.67	17.85	11.93
Test değeri		6.276***				5.616***				7.571***			
p		0.002*				0.004*				0.001*			

Bonferroni		1>2, 3>2				3>2				1>2, 3>2			
HT'nin uzun vadede organlarda oluşacak hasarı bilme durumu	Evet	4.17	45.83	28.13	9.63	0.00	36.90	19.61	9.38	3.13	41.67	24.46	8.53
	Hayır	0.00	38.89	12.98	8.49	0.00	30.77	9.74	6.91	0.00	35.12	11.45	7.16
Test değeri		9.466**				7.252**				9.535**			
p		0.001*				0.001*				0.001*			
Herhangi bir şikâyet olmasa da tansiyonun yüksek olacağının farkında olma durumu	Evet	0.00	45.83	17.48	10.78	0.00	36.90	12.55	8.63	0.00	41.67	15.23	9.23
	Hayır	0.00	39.58	11.79	8.54	0.00	32.29	9.23	7.06	1.04	35.94	10.62	7.36
Test değeri		3.719**				2.686**				3.510**			
p		0.001*				0.008*				0.001*			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

4.5 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.9. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=202).

Değişkenler		Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği			
		Min	Maks	$\bar{X}$	SS
Yaş	65-69	2.00	10.00	5.43	2.28
	70-74	3.00	10.00	5.66	2.30
	75 ve üzeri	3.00	10.00	5.47	2.40
Test değeri		0.195***			
p		0.823			
Cinsiyet	Kadın	2.00	10.00	5.79	2.43
	Erkek	2.00	10.00	5.12	2.10
Test değeri		2.068**			
p		0.040*			
Medeni durum	Evli	2.00	10.00	5.41	2.31
	Bekar	3.00	10.00	5.82	2.32
Test değeri		-1.064**			
p		0.288			
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	3.00	10.00	6.16	2.56
	İlkokul ve üstü	2.00	10.00	5.32	2.22
Test değeri		2.140**			
p		0.034*			
Meslek	Emekli	2.00	10.00	5.20	2.13
	Ev hanımı	2.00	10.00	5.77	2.44
Test değeri		-1.743**			
p		0.083			
Birlikte yaşanan kişi(ler)	Yalnız	3.00	10.00	6.50	2.09
	Eş	2.00	10.00	5.50	2.33
	Çocuklar	2.00	10.00	5.00	2.28
Test değeri		2.748***			
p		0.067			

Algılanan Gelir düzeyi	Gelirim giderimden az	3.00	10.00	5.54	2.47
	Gelirim giderime eşit/fazla	2.00	10.00	5.50	2.26
Test değeri		0.128**			
p		0.899			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması tablo 4.9’da verilmiştir. Buna göre katılımcıların cinsiyeti ve eğitim düzeyi ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Erkek katılımcıların (5.12 ± 2.10) kadın katılımcılara (5.79 ± 2.43) göre, eğitim düzeyi ilköğretim ve üstü olan katılımcıların (5.32 ± 2.22) okuryazar olmayan katılımcılara (6.16 ± 2.56) göre antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş, medeni durum, meslek, algılanan gelir düzeyi ve birlikte yaşanan kişiler ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların hastalığa ilişkin özellikleri ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=202).

Değişkenler		Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği			
		Min	Maks	$\bar{X}$	SS
HT tanı süresi	5 yıl ve altı	3.00	10.00	5.91	2.35
	6-10	2.00	10.00	5.75	2.62
	11-15 yıl	3.00	9.00	5.31	2.04
	16 yıl ve üstü	2.00	10.00	5.13	2.13
Test değeri		1.352***			
p		0.259			
Antihipertansif ilaç kullanma süresi	5 yıl ve altı	3.00	10.00	5.91	2.35
	6-10	2.00	10.00	5.75	2.62
	11-15 yıl	3.00	9.00	5.31	2.04
	16 yıl ve üstü	2.00	10.00	5.13	2.13
Test değeri		1.352***			
p		0.259			

Kullanılan Antihipertansif ilaç sayısı	Bir	2.00	10.00	5.57	2.36
	İki	2.00	10.00	5.24	2.12
Test değeri		0.757**			
p		0.450			
Antihipertansif ilacını hekim önerdiği şekilde kullanma durumu	Evet	2.00	8.00	4.09	1.35
	Hayır	4.00	10.00	8.03	1.29
Test değeri		-20.231**			
p		0.001*			
Ailede HT varlığı	Evet	3.00	10.00	5.64	2.26
	Hayır	2.00	10.00	5.49	2.33
Test değeri		0.342**			
p		0.733			
HT dışında ek hastalık varlığı	Evet	2.00	10.00	5.57	2.30
	Hayır	3.00	10.00	5.22	2.38
Test değeri		0.821**			
p		0.412			
Antihipertansif ilaç dışında ilaç kullanma durumu	Evet	2.00	10.00	5.50	2.28
	Hayır	3.00	10.00	5.55	2.48
Test değeri		-0.126**			
p		0.900			
HT için doktor kontrolüne gitme durumu	İki ayda bir kez	3.00	10.00	5.69	2.21
	Üç –Altı ayda bir kez	2.00	10.00	5.66	2.36
	Yılda bir kez	3.00	10.00	4.57	1.97
Test değeri		2.715***			
p		0.069			
HT'nin uzun vadede organlarda oluşacak hasarı bilme durumu	Evet	2.00	10.00	4.36	1.97
	Hayır	2.00	10.00	5.76	2.32
Test değeri		-3.366**			
p		0.001*			
Herhangi bir şikâyet olmasa da tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olma durumu	Evet	2.00	10.00	5.43	2.30
	Hayır	3.00	10.00	5.67	2.36
Test değeri		-0.676**			
p		0.500			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 4.10’da gösterilmiştir. Antihipertansif ilacını hekimin önerdiği şekilde kullanma durumu ve HTnin uzun vadede organlarda oluşturacak hasarı bilme durumu ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Antihipertansif ilacını hekimin önerdiği şekilde kullanan katılımcıların (4.09 ± 1.35) kullanmayan katılımcılara (8.03 ± 1.23) göre, hipertansiyonun uzun vadede organlarda oluşturacak hasarı bilen katılımcıların (4.36 ± 1.97) bilmeyen katılımcılara (5.76 ± 2.32) göre antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon tanı süresi, ailede hipertansiyon öyküsü olma, herhangi bir şikâyet olmasa da tansiyonun yüksek olacağının farkında olma, hipertansiyon için doktor kontrolüne gitme, antihipertansif ilaç dışında ilaç kullanma, hipertansiyon dışında ek hastalık varlığı, antihipertansif ilaç kullanma süresi ve kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p >0.05$).

4.6 Katılımcıların TSOY-32 ve Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanlarına Göre Yüzdelik Dağılımı

Tablo 4.11. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı (n=202).

	n	%
(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı	175	86.6
(>25-33) puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı	21	10.4
(>33-42) puan: yeterli sağlık okuryazarlığı	6	3.0
(>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı	0	0.0
Toplam	202	100.0

Araştırmaya katılan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Katılımcıların çoğunun (%86.6) yetersiz sağlık okuryazarlığı ve %3’ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların tedaviye uyum düzeylerinin dağılımı (n=202)

	n	%
“1-7” puan arasında olan katılımcılar tedaviye uyumlu	147	72.8
“8 ve üzeri” puan alan katılımcılar ise tedaviye uyumsuz	55	27.2
Toplam	202	100.0

Katılımcıların antihipertansif tedaviye uyum düzeylerinin dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Katılımcıların %72.8’inin tedaviye uyumlu, %27.2’sinin ise tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir.

4.7 Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları ile Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutlarının puanları ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.13’te gösterilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının puanları ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanı ($r=-0.231$, $p<0.05$) ve ilaç tedavisine uyum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları arttıkça antihipertansif tedavisi uyum ölçeği toplam puanı azalacaktır. Aynı şekilde katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları azaldıkça antihipertansif tedavisi uyum ölçeği toplam puanı artacaktır.

Tablo 4.13. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ve alt boyutları ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği arasındaki ilişki (n=202).

Ölçek ve Boyutları		Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	Tedavi ve hizmet boyutu	Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu	Sağlık okuryazarlığı ölçeği	Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği
1. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu	r	1.000	0.675	0.783	0.704	0.854	0.765	0.876	-0.247
	p	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
2. Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	r		1.000	0.801	0.776	0.850	0.784	0.893	-0.179
	p		-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.011
3. Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	r			1.000	0.849	0.904	0.850	0.944	-0.143
	p			-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.043
4. Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu	r				1.000	0.883	0.817	0.916	-0.265
	p				-	0.001	0.001	0.001	0.001
5. Tedavi ve hizmet boyutu	r					1.000	0.756	0.961	-0.223
	p					-	0.001	0.001	0.001
6. Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu	r						1.000	0.887	-0.185
	p						-	0.001	0.008
7. Sağlık okuryazarlığı ölçeği	r							1.000	-0.231
	p							-	0.001
8. Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği	r								1.000
	p								-

*p<0.05

Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu ($r=-0.247$, $p<0.05$), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu ($r=-0.179$, $p<0.05$), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu ($r=-0.143$, $p<0.05$), sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu ($r=-0.265$, $p<0.05$), tedavi ve hizmet boyutu ($r=-0.223$, $p<0.05$) ve hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu ($r=-0.185$, $p<0.05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı arttıkça sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi puanları azalacaktır. Aynı şekilde antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı azaldıkça sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi puanları artacaktır.

4.8 TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 alt boyut puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı üzerindeki etkisi incelendiğinde (Tablo 4.14) F değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=7.295$; $p<0.05$). Bağımsız değişkene ait beta katsayı değeri, t değeri ve anlamlılık düzeyi incelendiğinde; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir ($F=7.295$; $p<0.05$). Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puanlarının %13'ü ilaç uyumu puanları tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4.14. TSOY-32 ölçeğinin alt boyutlarının antihipertansif tedavisine uyum puanı üzerindeki etkisi (n=202).

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken: Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği								
	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p (model)	R ²	Durbin-Watson
Sabit	6.590	0.395	-	16.667	0.001*	7.295	0.001*	0.129	1.969
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu	-0.067	0.024	-0.301	-2.785	0.006*				
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	-0.004	0.028	-0.016	-0.133	0.894				
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	0.120	0.037	0.500	3.255	0.001*				
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu	-0.111	0.032	-0.465	-3.510	0.001*				

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 alt boyut puanlarından tedavi ve hizmet boyutu, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı üzerindeki etkisi incelendiğinde (Tablo 4.15) F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=5.262$; $p<0.05$). Buna göre bağımsız değişkene ait beta katsayı değeri, t değeri ve anlamlılık düzeyi incelendiğinde; tedavi ve hizmet boyutu, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir ($F=5.262$; $p>0.05$). Tedavi ve hizmet boyutu, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu puanlarının %5'i ilaç uyumu puanları tarafından açıklanmaktadır.



Tablo 4.15. TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından tedavi ve hizmet boyutu ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunun antihipertansif tedavisine uyum puanı üzerine etkisi (n=202).

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken: Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği								
	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p (model)	R^2	Durbin-Watson
Sabit	6.307	0.295	-	21.390	0.000	5.262	0.006*	0.050	2.025
Tedavi ve hizmet boyutu	-0.043	0.023	-0.193	-1.824	0.070				
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi boyutu	-0.011	0.029	-0.040	-0.375	0.708				

*p<0.05

Katılımcıların TSOY-32 ölçeği toplam puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları üzerindeki etkisi Tablo 4.16’da gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin antihipertansif tedavisine uyum ölçeği üzerindeki etkisini araştırmak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık düzeyi incelendiğinde kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=11.249$; $p<0.05$). Bağımsız değişkene ait beta katsayı değeri, t değeri ve anlamlılık düzeyi incelendiğinde; sağlık okuryazarlığı ölçeğinin antihipertansif tedavisine uyum ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ayrıca sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanlarının %5’i ilaç uyumu puanları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre “ H_0 : Hipertansif yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumuna etkisi yoktur.” reddedilmiş, “ H_1 : Hipertansif yaşlılarda sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumuna etkisi vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

4.9 Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği Toplam Puanlarının Antihipertansif Tedavisine Uyum Ölçeği Puanları Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi

Tablo 4.16. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği toplam puanlarının antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları üzerindeki etkisi (n=202).

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken: Antihipertansif tedavisine uyum ölçeği								
	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p (model)	R^2	Durbin-Watson
Sabit	6.335	0.293	-	21.632	0.001	11.249	0.001*	0.053	2.030
Sağlık okuryazarlığı ölçeği	-0.060	0.018	-0.231	-3.354	0.001				

*p<0.05

5. TARTIŞMA

Bu bölümde 65 yaş ve üzeri HT tanısı almış ve antihipertansif ilaç kullanan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının ilaç tedavi uyumu üzerine etkisi tartışılacaktır. Sağlık okuryazarlığı puanları ile ilaç tedavisine uyum puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

5.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 72.05 ± 5.23 yıl olarak belirlenmiş (Tablo 4.1), literatürde hipertansif yaşlılar ile yapılan çalışmalarda (263-269) katılımcıların yaş ortalaması bakımından bu çalışmaya yakın sonuçlar bulunmuştur. Hipertansiyon, yaşlılık ile birlikte görülme sıklığı artan kronik bir hastalık olduğu için (6) literatür sonuçları da bunu doğrulamaktadır. Bu çalışmada hipertansif katılımcıların çoğunun kadın (%57.9) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Literatürde hipertansif katılımcılarla yapılan çalışmalar (278, 279, 302) incelendiğinde yine katılımcıların çoğunun kadın olduğu görülmektedir. Kadınlarda menopoza bağlı olarak azalan östrojen hormonunun etkisi (303, 304), beklenen yaşam süresinin uzun olması (305) ve obezite prevalansının yüksek olması (306) hipertansiyon riskini de artırmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun (%75.7) evli olduğu belirlenmiş (Tablo 4.1) ancak medeni durum ile ilaç uyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan çalışmalarda hipertansif katılımcıların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir (280, 281). Bir çalışmada medeni durumun antihipertansif ilaç tedavisi uyumuna etkisi olmadığı belirlenmiştir (280). Diğer bir çalışmada ise evli bireylerin antihipertansif ilaç tedavisi uyumu daha yüksek bulunmuştur (281). Evli bireylerde daha az stres, düzenli uyku süresi ve sağlıklı beslenme gibi faktörler hipertansiyon prevalansının düşük olmasını sağlamaktadır (307). Ayrıca evli bireyler eşlerinin yardımı ve desteği ile ilaç uyumu konusunda bekar bireylere göre daha avantajlı olabilmektedir (306). Bu çalışmada katılımcıların %22.3'ünün okuryazar olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Literatürde hipertansif katılımcılar ile yapılan çalışmalarda okuryazar olmayan bireylerin oranı daha az bulunmuştur (282, 283). Ülkemizde istatistiklere göre okuma yazma bilmeyen yaşlı bireylerin oranının %14.4 olması da bu durumu açıklamaktadır (327). Bu çalışmada katılımcıların %63.9'unun antihipertansif ilacını hekimin önerdiği şekilde kullandığı, %36.1'inin ise önerilen şekilde

kullanmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %68.3'ünün ise herhangi bir şikâyeti olmasa bile tansiyonun yüksek olabileceğinin farkında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada hipertansif katılımcıların %19'unun ilacını düzenli kullanmadığı, %76.6'sının tansiyonu yükseldiğinde hissedebildiği belirlenmiştir (284). Hipertansif bireylerin ilacını düzenli kullanmamasının nedenleri arasında hastaların tedaviye olan inançları, eğitim düzeyi, düşük sağlık okuryazarlığı, sosyal desteğin yetersiz kalması, ilaç rejimlerinin karmaşık olması, sağlık profesyonelleri ile yetersiz iletişim vb. olabilmektedir (309). Bu çalışmada katılımcıların ilaç dışında kullandıkları yöntemlere göre dağılımları incelendiğinde; %36.1'inin tuz kısıtlaması, %3.5'inin diyet, %3'ünün egzersiz, %2.5'inin kilo verme ve %60.9'unun ise hiçbirini cevabını vermiştir (Tablo 4.2). Literatürde yapılan bir çalışmada ilaç dışı yöntemlerden tuz kısıtlamasının en sık tercih edilen yöntem olduğu (%69.7), kilo verme (%31,3), egzersiz (%30.3) ve sigara bırakmanın (%19.2) ise daha az uygulandığı belirlenmiştir (285). Hipertansiyonun klinik yönetiminde ilaç tedavisine ek olarak ilaç dışı yöntemler de kan basıncının kontrol altına alınmasından önemli bir yere sahip olmaktadır (310). Ancak hipertansif bireyler bu ilaç dışı yöntemlere uyum sağlamakta zorlanmakta ve bu yüzden uygulamamaktadır. Ayrıca bireylerin konuyla ilgili bilgi sahibi olmaması da bu yöntemleri uygulamasına engel olmaktadır (311). Bu çalışmada katılımcıların %82.2'sinde HT dışında kronik hastalık tanısı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Hipertansiyonlu bireyler ile yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %76.7'sinde HT dışında kronik hastalık tanısı olduğu tespit edilmiştir (286). Yaşlanma ile birlikte kronik hastalık prevalansı artmakta (328) ve hipertansiyonlu bireylerde sıklıkla hastalığa bağlı komorbiditeler (diyabet, obezite, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği) görülebilmektedir (312).

5.2 Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tartışılması

Bu çalışmada katılımcıların %86.6'sının yetersiz sağlık okuryazarlığı, %10.4'ünün sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı ve sadece %3'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11). Literatür incelendiğinde bu çalışma bulgularına benzer olarak katılımcıların çoğunluğunun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (48, 68, 286). Bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların çoğunluğunun sınırda/yeterli sağlık

okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu başka bir çalışma da literatürde yer almaktadır (287). Bu çalışmada yer alan katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği ve algılanan gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiş ancak yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4.6). Literatürde yapılan çalışmalarda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaş (286, 290-292, 295), cinsiyet (289, 290), eğitim düzeyi (288, 316-318), medeni durum (293) ve meslek (295) arasında ilişki olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yaş arasında anlamlı fark bulunan, katılımcıların yaşının arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını belirten çalışmalar görülmektedir (286, 290-292, 295). Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının nedenleri arasında artan yaşla birlikte bilişsel yeteneklerde gerileme, yeni konuları kavrama ve/veya hatırlama becerilerinde azalma, işitme ve görme kaybı gibi fiziksel bozukluklar, sosyoekonomik durum ve başa çıkma gibi psikososyal faktörlere bağlı olarak sağlık ile ilgili bilgileri anlama yeteneğinde azalma olarak ifade edilmektedir (313). Bu çalışmada erkek katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi kadın katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatür incelendiğinde kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu (292) erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu (314) ve kadınlar ya da erkekler arasında sağlık okuryazarlığı açısından anlamlı bir fark bulunmayan (290) çalışmalar göze çarpmaktadır. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere oranla düşük olmasının nedeni kadın-erkek arasındaki eğitim düzeyinin farklı olmasından kaynaklanabilmektedir (315). Literatür incelendiğinde bu çalışmaya paralel olarak katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığını ortaya konulmuştur (288, 316-318). Daha yüksek eğitim seviyesi yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ilişkilendirilmektedir. Eğitim seviyesi yüksek bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve yorumlama becerileri de aynı oranda artış göstermektedir (319). Bu çalışmada algılanan gelir düzeyi açısından geliri giderine eşit/fazla olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatür incelendiğinde benzer sonucu olan sınırlı çalışma mevcuttur (288). Düşük sosyoekonomik durumun düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı için bilinen bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (320). Medeni durum açısından bu çalışmada evli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde yapılan bir çalışmada bekar

katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin evli katılımcılara göre yüksek olduğu görülmektedir (293). Bu çalışmada emekli olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Literatürde yapılan bir çalışmada buna paralel olarak emekli ve çalışanların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ev hanımı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (294).

5.3 Katılımcıların İlaç Uyumu Düzeyinin Tartışılması

Bu araştırma bulgularına göre katılımcıların %72.8'inin tedaviye uyumlu, %27.2'sinin ise tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Eğitim düzeyi ve cinsiyet ile ilaç uyumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.10). Erkeklerin kadınlara göre, eğitim düzeyi ilköğretim ve üstü olan katılımcıların okuryazar olmayan katılımcılara göre ilaç uyum düzeyleri daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.10). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğu çalışmada ilaç uyumu düşük olan katılımcıların oranı daha yüksek bulunmuştur (296-298, 321, 322). Yapılan bazı çalışmalarda katılımcıların eğitim düzeyi ve cinsiyeti ile ilaç uyumu arasında anlamlı fark bulunmazken (296, 321) başka bir çalışmada cinsiyet ve eğitim düzeyi ile ilaç uyumu arasında anlamlı fark bulunmuş ve kadın katılımcıların, eğitim düzeyi yüksek olanların ilaç tedavisine uyum puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (323). Bu çalışmanın aksine literatürde yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunun ilaç uyumu düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (324). İlaç uyumunu sosyodemografik özellikler (cinsiyet, eğitim düzeyi vb.), hastalığın şiddeti, karmaşık tedavi rejimleri, ilaçların yan etkileri, hastaların unutkanlığı ve anlama eksikliği (36), hastaların HT ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olması ve eğitim almamış olması gibi faktörler etkilemektedir (182).

5.4 Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve İlaç Uyumu İlişkisinin Tartışılması

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ve antihipertansif tedavisine uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.13 ve Tablo 4.16). Sağlık okuryazarlığı toplam puanları arttıkça antihipertansif tedavisi uyum puanları azalmaktadır. Aynı şekilde sağlık okuryazarlığı toplam puanları azaldıkça antihipertansif tedavisi uyum puanları artmaktadır. Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer

olarak sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş (60) ve başka çalışmalarda ise sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (67-68). Literatürde yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde ilaç uyumu ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş (48, 59, 62, 259, 286, 299-301) ve bazı çalışmalarda ise yeterli sağlık okuryazarlığının yüksek ilaç uyum düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. (48, 59, 259). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ve okuryazarlık oranının düşük olması hastaların ilaç uyumunu olumsuz etkilemektedir. İlaç uyumsuzluğunun sonuçları ise tedavi sürecinin başarısız olmasına ve artan sağlık bakım maliyetlerine neden olmaktadır (325, 326). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylerin ilaçlarını günde kaç kez ve günün hangi saatinde alması gerektiği, tok veya a olarak alınıp alınmadığı, su veya başka bir sıvı ile alınıp alınmadığı, saklama koşulları, son kullanma tarihinin ve kullanma talimatının okunması ve anlaşılması gibi konularda sorun yaşadığı belirtilmekte, bu nedenle hastalar tedaviye uyum sağlayamamaktadır (329-331). Tedaviye uyumun az olması ve yetersiz sağlık okuryazarlığı, tedavi yöntemlerinin iyi anlaşılmaması, ilaç kullanım hatalarının artması, sağlık hizmetlerine erişimin olmaması, erken tarama sıklığının azalması, yaşam kalitesinde bozulma ve dolayısıyla yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sebep olmaktadır (332). Ayrıca sağlık çalışanları ile yaşlı bireyler arasında etkili iletişimin olmaması, güven eksikliği, sosyal desteğin yetersiz olması, yaşlı bireye ve ailesine eğitim verilmemesi, düzenli doktor ziyaretlerinin olmaması da yaşlılarda ilaç uyumunun azalmasına neden olmaktadır (333).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri, hipertansiyon tanısı almış katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilaç tedavi uyumuna etkisi belirlenerek ve hastalık bilgisi sorgulanarak katılımcıların hem antihipertansif tedaviye uyumları hem de kan basıncını kontrol altına almadaki uygunluk ve yeterlilik düzeyi belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre;

- Katılımcıların yaş ortalaması 72.05 ± 5.23 yıl, %57.9'u kadın, %75.7'si evli, %77.7'si ilkokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip ve %55'i ise ev hanımı olarak belirlenmiştir.
- Katılımcıların sadece %3'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, algılanan gelir düzeyi ve birlikte yaşanan kişiler ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre, evli katılımcıların bekar katılımcılara göre, eğitim düzeyi ilkokul ve üstü olan katılımcıların okuryazar olmayan katılımcılara göre, emekli olan katılımcıların ev hanımı olan katılımcılara göre, geliri giderine eşit/fazla olan katılımcıların geliri giderinden az olan katılımcılara göre ve eşi ile yaşayan katılımcıların çocukları ile yaşayan katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların %72.8'inin antihipertansif tedaviye uyumlu belirlenmiştir. Cinsiyet ve eğitim düzeyi ile antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre, eğitim düzeyi ilkokul ve üstü olan katılımcıların okuryazar olmayan katılımcılara göre antihipertansif tedavisine uyum ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin antihipertansif tedavisine uyum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

1. Yaşlı hipertansif hastaların ilaç tedavisine başlamadan önce sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve ilaç tedavisine uyumu sağlamaya yönelik eğitim ve izlemin sağlanması, uyumu arttırmaya yönelik müdahalelerin yapılması,
2. İlaç uyumu düşük olan yaşlı bireylerde uyumsuzluğa neden olan faktörlerin sorgulanması ve bunlara yönelik müdahalelerde bulunulması,
3. Yaşlı bireylerin hastalık bilgisine yönelik eğitim ve tedaviye katılım açısından bilgilendirilmesine yeterli zaman ayrılması, yapılan bilgilendirilmenin sadece ilaçlara yönelik olmaması, hastalığa ve yaşam tarzı değişiklikleri yönetimine yönelik tüm bileşenleri kapsaması,
4. Hipertansif yaşlı bireylerin ilaçlarını düzenli kullanması konusunda sosyal desteğin varlığı (eş, çocuklar) önemli olduğundan, bu konuda yakınları ile işbirliği içerisinde olunması,
5. Hipertansiyon tedavisinin ömür boyu sürmesi nedeniyle hastaların uygun aralıklarla izlenmesi, bu izlemler sırasında hastalığın kontrol altında bulunma durumu ve olası komplikasyonların yanı sıra ilaç uyumunun da değerlendirilmesi,
6. Hasta ile sürekli iletişim halinde kalınması ve hastanın rutin kontrollere teşvik edilmesinin sağlanması,
7. Hedeflenen kan basıncına ulaşma, ilacı kullanırken yaşadığı zorluklar hakkında hastadan bilgi alınması, tedavi süresince hasta kontrollerinin devamı ile ilgili hastadan telefonla yeniden onay alınması,
8. İlaç almayı kolaylaştıran basit kutular veya elektronik cihazların kullanımının teşvik edilmesi, ilaç alımlarının günlük alışkanlıklarına göre düzenlenerek hasta uyumunun artırılması,
9. Hipertansif yaşlı bireylerin eğitim düzeylerine göre tedaviye uyum eğitimlerinin sağlanması,
10. Sağlık okuryazarlığı ve ilaç tedavisine uyumu arttırmaya yönelik müdahalelerin randomize kontrollü çalışmalar ile belirlenmesi ve kanıt temelli bilgi düzeyinin artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

(Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.)

1. Song J, Ma Z, Wang J, Chen L, Zhong J. Gender Differences in Hypertension. *Journal of Cardiovascular Translational Research*. 2020;13(1):47-54.
2. Dzau VJ, Balatbat CA. Future of Hypertension. *Hypertension*. 2019;74(3):450-457.
3. Lionakis N, Mendrinos D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertension in the elderly. *World J Cardiol*. 2012;4(5):135-147.
4. Comeau KD, Shokoples BG, Schiffrin EL. Sex Differences in the Immune System in Relation to Hypertension and Vascular Disease. *Canadian Journal of Cardiology*. 2022;38(12):1828-1843.
5. Irazola VE, Gutierrez L, Bloomfield G, Carrillo-Larco RM, Prabhakaran D, Gaziano T, et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Selected LMIC Communities: Results From the NHLBI/UHG Network of Centers of Excellence for Chronic Diseases. *Global Heart Volume*. 2016;11(1):47-59.
6. WHO, Hypertension, 2023. [Internet]. [cited 2023 Mar 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
7. CDC, 2020, National Health and Nutrition Examination Survey. [Internet]. [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/factsheet_nhanes.pdf
8. World Health Organization, 2017, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017. [Internet]. [cited 2022 Dec 18]. Available from: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf
9. WHO, 2020, Turkey Hypertension Fact Sheet, 2017. [Internet]. [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/hypertension/tur_en.pdf?sfvrsn=a5c754a2_9&download=true
10. Buford TW. Hypertension and aging. *Ageing Research Reviews*. 2016;26:96-111.
11. Laurent S, Boutouyrie P. Arterial Stiffness and Hypertension in the Elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2020;7:1-7.
12. Hamilton GA. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(3):219-228.
13. Wu MP, Wu SV, Wang TC, Kao MJ, Yang WL. Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. *Nursing and Health Sciences*. 2012;14(2):173-181.
14. Nguyen QT, Anderson SR, Sanders L, Nguyen LD. Managing hypertension in the elderly: A common chronic disease with increasing age. *Clinical* 2012; 5(3):253-259.
15. Kirkland EB, Heincelman M, Bishu KG, Schuman SO, Schreiner A, Axon RN, et al. Trends in Healthcare Expenditures Among US Adults with Hypertension: National Estimates, 2003-2014. *Journal of the American Association*. 2018;30;7(11):1-13.
16. Zang D, Wang G, Zhang P, Fang J, Ayala C. Medical Expenditures Associated with Hypertension in the U.S., 2000-2013. *American Journal of Preventive Medicine*. 2017;53(6):164-171.
17. Wang G, Grosse SD, Schooley MW. Conducting Research on the Economics of Hypertension to Improve Cardiovascular Health. *American Journal of Preventive Medicine*. 2017;53(6 Suppl 2):115-117.

18. Haileamlak A. Hypertension: High and Rising Burden but Getting Less Attention. *Ethiopian Journal of Health Science*. 2019;29(4):420.
19. Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyie P, Burger D, Chirinos JA. A call to action and a life course strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet*. 2016;388(10060):2665–2712.
20. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cifkova R, Dominiczak AF, Grassi G, Jordan J, Poulter NR, Rodgers A, Whelton PK. Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4(18014):1-48.
21. Dhungana, RR, Pedisic Z, Courten M. Implementation of non-pharmacological interventions for the treatment of hypertension in primary care: a narrative review of effectiveness, cost-effectiveness, barriers, and facilitators. *BMC Primary Care*. 2022;23(1):1-12.
22. Ministry of Health (MOH), 2017, Clinical Practice Guidelines 1/2017 Hypertension Executive Summary. [Internet]. [cited 2021 Nov 17]. Available from: https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider4/guidelines/cpg_hypertension-summary-card---nov-2017.pdf
23. Oliveras A, Schmieder RE. Clinical situations associated with difficult-to-control hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013;31(Suppl 1):3-8.
24. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. *Medical Clinics of North America*. 2017;101(1): 229–245.
25. G/Tsadik D, Berhane Y, Worku A. Adherence to Antihypertensive Treatment and Associated Factors in Central Ethiopia. *International Journal of Hypertension*. 2020;2020:1-10.
26. Yi-Bing W, De-Gui K, Le-Xin Wang. Patient related factors for optimal blood pressure control in patients with hypertension. *African Health Sciences*. 2013;13(3):579–583.
27. Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Pharmacological Research*. 2017;25:142-149.
28. WHO, 2003, Adherence to long-term therapies. [Internet]. [cited 2022 Nov 17]. Available from: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
29. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*. 2013; 4(91):1-16.
30. Roebuck MC, Liberman JN, Gemmill-Toyama M, Brennan TA. Medication Adherence Leads To Lower Health Care Use And Costs Despite Increased Drug Spending. *Health Affairs*. 2011;30(1):91-99.
31. Asgedom SW, Atey TM, Desse TA. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Research Notes*. 2018;15;11(1):1-8.
32. Pallangyo P, Komba M, Mkojera ZS, Kisenge PR, Bhalia S, Mayala H, et al. Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Outpatients Attending a Tertiary Cardiovascular Hospital in Tanzania: A Cross-Sectional Study. *Integrated Blood Press Control*. 2022;15:97-112.
33. Dego TR, Bobasa EM. Adherence to anti-hypertensive medication and contributing factors among non-comorbid hypertensive patients in two hospitals of jimma town, southwest ethiopia. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016;58:60-66.
34. Carvalho AS, Santos P. Medication Adherence in Patients with Arterial Hypertension: The Relationship with Healthcare Systems' Organizational Factors. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1761-1774.
35. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, Zhang Q1 Chen X. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Internal and Emergency Medicine*. 2017;12(6):765-776.

36. Ramli A, Ahmad NS, Paraidathathu T. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:613-622.
37. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*. 2010;15(sup2):9-19.
38. Borges FM, Silva ARV, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2019;72(3):646-653.
39. Zhang NJ, Terry A, McHorney Ca. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(6):741-751.
40. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5(3):301-309.
41. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal of Environmental Health Science*. 2020;6(1):1-4.
42. Meherali S, Punjani NS, Mevawala A. Health Literacy Interventions to Improve Health Outcomes in Low- and Middle-Income Countries. *Health Literacy Research and Practice*. 2020;4(4):251-266.
43. Alves E, Costa A, Moura-Ferreira P, Azevedo A, Lunet N. Health-related knowledge on hypertension among the Portuguese population: results from a population-based survey. *Blood Press*. 2018;27(4):194-199.
44. Raji YR, Abiona T, Gureje O. Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly nigerians: report from the Ibadan study of aging. *The Pan African Medical Journal*. 2017;27(190):1-14.
45. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, Zhang Q1 Chen X. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Internal and Emergency Medicine*. 2017;12(6):765-776.
46. Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. Health Literacy, Medication Adherence, and Blood Pressure Level Among Hypertensive Older Adults Treated at Primary Health Care Centers. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine Public Health*. 2016;47(1):109-120.
47. Gaffari-fam S, Babazadeh T, Oliaei S, Behboodi L, Daemi A. Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient Preference and Adherence*. 2020;14: 499-506.
48. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Navarra AMD. Association between health literacy and medication adherence among hispanics with hypertension. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2019;6(3):517-524.
49. Mcnaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Education Counseling*. 2014;96(2):165-170.
50. Kim M, Suh D, Barone JA, Jung S, Wu W, Suh D. Health Literacy Level and Comprehension of Prescription and Nonprescription Drug Information. *Intertantional Journal of Environmental Research Public Health*. 2022;19(11):1-14
51. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension. *Journal of General Internal Medicine*. 2013;28(11):1469-1476.
52. AbuAlreesh A, Alburikan KA. Health literacy among patients with poor understanding of prescription drug label instructions in Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2019;27(6):900-905.

53. Mbanda N, Dada S, Bastable K, Ingalill G, Schlosser R. A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(5):998-1017.
54. Walters RR, Leslie SJ, Polso R, Cusack T, Gorely T. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1040-1057.
55. Krist AH, Tong ST, Aycok RA, Longo DR. Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2017;240:284–302.
56. Costa VRS, Costa PDR, Nakano EY, Apolinario D, Santana ANC. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(suppl 2):266-273.
57. Benetos A, Petrovic M, Strandberg. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circulation Research*. 2019;124(7):1045-1060.
58. Lee S, Jeong K, Lee S, Park H. A Study on Types of Medication Adherence in Hypertension among Older Patients and Influencing Factors. *Healthcare*. 2022;10(11):1-9.
59. Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan, Ahmed A, Kamran S, Ali H. Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina*. 2019;55(5):1-16.
60. Persell SD, Karmali KN, Lee JY, Lazar D, Brown T, Friesema EM, Wolf MS. Associations Between Health Literacy and Medication Self-Management Among Community Health Center Patients with Uncontrolled Hypertension. *Patient Preference and Adherence*. 2020;14:887-895.
61. Parekh N, Ali K, Davies K, Rajkumar C. Can supporting health literacy reduce medication-related harm in older adults? *Therapeutic Advances in Drug Safety*. 2018;9(3):167-170.
62. Heizomi H, Iraj Z, Vaezi R, et al. Gender Differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: a population-based survey in heris county. *Iran Vasc Health Risk Manag*. 2020;16:157-166.
63. Silva IC, Nogueira MRN, Cavalcante TF, Felipe GF, Morais HCC, Moreira, et al. Health literacy and adherence to the pharmacological treatment by people with arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(6):1-7.
64. Kılıç HF, Dağ S. The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence in a Hypertensive Patient Population. *International Journal of Caring Sciences*. 2020;13(1):101-107.
65. Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. Intentional and Unintentional Medication Non-Adherence in Hypertension: The Role of Health Literacy, Empowerment and Medication Beliefs. *Journal of Public Health Research*. 2016;5(3):1-5.
66. Ocakoğlu G, Demirci H, Guclu OA, Guclu Y. Association between health literacy and medication adherence in the elderly population with chronic disease. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2020;34(2):90-96.
67. Bakan G, İnci FH: Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2021;12(28):81-87.
68. Park NH, Song MS, Shin SY, Jeong J, Lee HY. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *International Journal Older People Nursing*. 2018;13(3):121-196.
69. CDC, Facts about hypertension. [Internet]. [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>

70. Hipertansiyon: Nedir, Belirtileri ve Tedavisi. [Internet]. [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.anadolusaglik.org/blog/hipertansiyon-neden-olur-hipertansiyon-belirtileri-ve-tedavisi>
71. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. *Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi*. 2019;47(6):535-546.
72. Kitt J, Fox R, Tucker KL, McManus RJ. New Approaches in Hypertension Management: a Review of Current and Developing Technologies and Their Potential Impact on Hypertension Care. *Current Hypertension Reports*. 2019;21(6):44-51.
73. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021-3104.
74. Türk Kardiyoloji Derneği, Hipertansiyon Görülme Sıklığı. [Internet]. [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://tkd.org.tr/menu/92/hipertansiyon-gorulme-sikligi>
75. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries. *Circulation*. 2016; 134(6): 441–450.
76. Schwingshackl L, Chaimani A, Hoffmann G, Schwedhelm C, Boeing H. Impact of different dietary approaches on blood pressure in hypertensive and prehypertensive patients: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(4):1-6.
77. Hu B, Liu X, Yin S, Fan H, Feng F, Yuan J. Effects of Psychological Stress on Hypertension in Middle-Aged Chinese: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2015;10(6):1-13.
78. Cappuccio FP, Miller MA. Cardiovascular disease and hypertension in sub-Saharan Africa: burden, risk and interventions. *Internal and Emergency Medicine*. 2016;11(3):299–305.
79. Kjeldsen SE. Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. *Pharmacol Research*. 2018;129:95-99.
80. Banegas JR, Graciani A, de la Cruz-Troca JJ, M León Muñoz L, Guallar Castillon P, Coca A, et al. Achievement of cardiometabolic goals in aware hypertensive patients in Spain: a nationwide population-based study. *Hypertension* 2012;60(4):898–905.
81. Yang Q, Cogswell ME, Flanders WD, Hong Y, Zhang Z, Loustalot F, et al. Trends in cardiovascular health metrics and associations with all-cause and CVD mortality among US adults. *JAMA*. 2012;307:1273-1283.
82. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):1269-1324.
83. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010;121(4):586–613.
84. Ehret GB, Caulfield MJ. Genes for blood pressure: an opportunity to understand hypertension. *European Heart Journal*. 2013;34(13):951–61.
85. World Hypertension Day 2020. [Internet]. [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://www.paho.org/en/campaigns/world-hypertension-day-2020>

86. WHO 2021, World Health Organization and Imperial College London joint press release. [Internet]. [cited 2022 Nov 21]. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
87. Eurostat 2021, 22% of people in the EU have high blood pressure. [Internet]. [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20210929-1>
88. Eurostat 2021, Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and income quintile, 2021. [Internet]. [cited 2022 Nov 15]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_egis_cd1i/default/bar?lang=en
89. CDC, Hypertension Prevalence Among Adults Aged 18 and Over: United States, 2017–2018. [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db364-h.pdf>
90. WHO, National Household Health Survey in Turkey Prevalence of Noncommunicable Disease Risk Factors 2017. [cited 2022 Nov 10]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/383984/turkey-risk-factors-eng.pdf
91. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. [cited 2023 Jun 23]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=%C3%96%C3%BCm%20say%C4%B1s%C4%B1%202021%20y%C4%B1%C4%B1nda%20566,azalarak%20504%20bin%20839%20oldu.>
92. Gabb G. What is hypertension? *Avusturya Prescriber*. 2020; 43(4):108–109.
93. Cuspidi C, Tadic M, Grassi G, Mancina G. Treatment of hypertension: The ESH/ESC guidelines recommendations. *Pharmacological Research*. 2018;128:315–21.
94. Verdecchia P, Reboldi G, Angeli F. The 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines - key messages and clinical considerations. *European Journal of Internal Medicine*. 2020;82:1–6.
95. Volpe M, Gallo G, Battistoni A, Tocci G. Highlights of ESC/ESH 2018 Guidelines on the Management of Hypertension: What Every Doctor Should Know. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2019;26(1):1–8.
96. ACC, 2017, New ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension. [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2017/11/08/11/47/mon-5pm-bp-guideline-aha-2017>
97. Gupta-Malhotra M, Banker A, Shete S, Hashmi SS, Tyson JE, Barratt MS, et al. Essential hypertension vs. secondary hypertension among children. *American Journal of Hypertension*. 2015;28(1):73–80.
98. Singh M, Singh AK, Pandey P, Chandra S, Singh KA, Gambhir IS. Molecular genetics of essential hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*. 2015;38(3):268–277.
99. Tsounis D, Bouras G, Giannopoulos G, Papadimitriou C, Alexopoulos D, Devereux S. Inflammation markers in essential hypertension. *Medicinal Chemistry*. 2014;10(7):672–681.
100. Latrino R, Manunta P, Zagato L. Salt Sensitivity: Challenging and Controversial Phenotype of Primary Hypertension. *Current Hypertension Reports*. 2016;18(9):1–15.
101. Bolivar JJ. Essential Hypertension: An Approach to Its Etiology and Neurogenic Pathophysiology. *International Journal of hypertension*. 2013;2013:1–11.
102. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *European Heart Journal*. 2014;35(19): 1245–1254.
103. Charles L, Triscott J, Dobbs B. Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. *American Family Physician*. 2017;96(7):453–461.
104. Bayar N. Kimde Sekonder Hipertansiyon Aramalıyım? *Klinik Tıp Dergisi*. 2017;5(5):43–47.

105. Puar THK, Mok Y, Debajyoti R, Khoo J, How JH, Heong Ng AK. Secondary hypertension in adults. *Singapore Medical Journal*. 2016; 57(5): 228–232.
106. Sukor N. Secondary hypertension: a condition not to be missed. *Postgraduate Medical Journal*. 2011;87(1032):706-713.
107. Grossman A, Messerli FH, Grossman E. Drug induced hypertension - An unappreciated cause of secondary hypertension. *European Journal of Pharmacology*. 2015;763:15-22.
108. Chia YC, Ching SM. Prevalence and predictors of resistant hypertension in a primary care setting: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2014;15:131-138.
109. Nansseu JRN, Noubiap JJN, Mengnjo MK, Aminde LN, Essouma M, Jingi AM, et al. The highly neglected burden of resistant hypertension in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(9):1-9.
110. Masuda T, Nagata D. Recent advances in the management of secondary hypertension: chronic kidney disease. *Hypertension Research*. 2020;43:869–875.
111. Irvin MR, Booth JN, Shimbo D, Lackland DT, Oparil S, Howard G, et al. Apparent treatment-resistant hypertension and risk for stroke, coronary heart disease, and all-cause mortality. 2014;8(6):405-413.
112. Kolman SAM, van Sijl AM, van der Sluijs FA, van de Ree MA. Consideration of hypertensive retinopathy as an important end-organ damage in patients with hypertension. *Journal of Human Hypertension*. 2017; 31:121–125.
113. Witham MD, Ireland S, Houston JG, Gandy SJ, Waugh S, MacDonald TM, et al. Vitamin D therapy to reduce blood pressure and left ventricular hypertrophy in resistant hypertension: randomized, controlled trial. *Hypertension*. 2014;63(4):706-712.
114. Kline GA, Prebtani APH, Leung AA, Schiffrin EL. Primary aldosteronism: a common cause of resistant hypertension. *Canadian Medical Association Journal*. 2017;189 (22):773-778.
115. Chernova I, Krishnan N. Resistant Hypertension Updated Guidelines. *Current Cardiology Reports*. 2019;21(10):117-127.
116. Rossi GP, Bisogni V, Rossito G, Maiolino G, Cesari M, Zhu R, et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2020;27:547-560.
117. Ohishi M. Hypertension with diabetes mellitus: physiology and pathology. *Hypertension Research*. 2018;41:389–393.
118. Alexandrea Y, Bernard L, Michel S, Gerarda S, Jacquesa B. Pathophysiology of hypertension. *Journal of Hypertension*. 2014;32(2):216-224.
119. Majumder K, Wu J. Molecular Targets of Antihypertensive Peptides: Understanding the Mechanisms of Action Based on the Pathophysiology of Hypertension. *International Journal of Molecular Sciences*. 2015;16(1):256-283.
120. Saxena T, Ali AO, Saxena M. Pathophysiology of essential hypertension: an update. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*. 2018;16(12):879-887.
121. Renna NF, de las Heras N, Miatello RM. Pathophysiology of Vascular Remodeling in Hypertension. *International Journal of Hypertension*. 2013;2013:1-7.
122. Calvillo L, Gironacci MM, Crotti L, Meroni PL, Parati G. Neuroimmune crosstalk in the pathophysiology of hypertension. *Nature Reviews Cardiology*. 2019;16:476–490.
123. Yannoutsos A, Levy B, Safar ME, Slama G, Blachr J. Pathophysiology of hypertension interactions between macro and microvascular alterations through endothelial dysfunction. *Journal of Hypertension*. 2014;32(2):216-224.

124. WHO 2015, Noncommunicable diseases: Hypertension. [Internet]. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-hypertension>
125. Grujicic SS, Supic ZT, Nikolic Z, Gredic D, Bjekic M, Bjugovic V, et al. Risk factors for the development of arterial hypertension. *Medicinski Glasnik*. 2014;11(1):19-25.
126. Pinto IC, Martins D. Prevalence and risk factors of arterial hypertension: A literature review. *Journal of Cardiovascular Medicine and Therapy*. 2017;1(2):1-7.
127. Chowdhury MZI, Rahman M, Akter T, Akhter T, Ahmed A, Shovon MA, et al. Hypertension prevalence and its trend in Bangladesh: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Clinical Hypertension*. 2020;26:1-19.
128. Türk Nöroloji Derneği 2015, Dünya Hipertansiyon Günü [Internet]. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.noroloji.org.tr/haber/1017/dunya-hipertansiyon-gunu>
129. Di Pilla M, Bruno RM, Taddei S, Virdis A. Gender differences in the relationships between psychosocial factors and hypertension. *Maturitas*. 2016;93: 58-64.
130. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*. 2020;16(4):223–237.
131. Schwartz BG, French WJ, Mayeda GS, Burstein S, Economides C, Bhandari AK, et al. Emotional stressors trigger cardiovascular events. *International Journal of Clinical Practice*. 2012;66(7):631-639.
132. Hamer M, Steptoe A. Cortisol responses to mental stress and incident hypertension in healthy men and women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012;97(1):29-34.
133. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, Alhabib KF, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet, Global Health*. 2019;7(6):748-760.
134. Bhattarai S, Tandstad B, Shrestha A, Karmacharya B, Sen A. Socioeconomic Status and Its Relation to Hypertension in Rural Nepal. *International journal of Hypertension*. 2021;2021:1-9.
135. Soni RK, Porter AC, Lash JP, Unruh ML. Health-Related Quality of Life in Hypertension, Chronic Kidney Disease, and Coexistent Chronic Health Conditions. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2010;17(4):17-26.
136. Yaxley JP, Thambar SV. Resistant hypertension: an approach to management in primary care. *J Family Med Prim Care*. 2015; 4(2):193–199.
137. Singh S, Shankar R, Singh GP. Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension: A Cross-Sectional Study in Urban Varanasi. *International Journal of Hypertension*. 2017;2017:1-10.
138. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka-Żeleznikowicz M, Ładny JR. Quality of Life of Patients with Arterial Hypertension. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(9):459-470.
139. Işık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, et al. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 3. Ankara: Miki Matbaacılık; 2019.
140. TKD, Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması. [Internet]. [cited 2022 Sep 11]. Available from: https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_2d304.htm?wbnum=1104
141. Unger T, Borghi C, Charcar F, Khan NA, Roulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-1357.

142. NICE 2019, Hypertension in adults: diagnosis and management. [Internet]. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-66141722710213>
143. NICE 2019, Hypertension in adults: diagnosis and management. [Internet]. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/recommendations>
144. Mehta AR. Hypertension in elderly. *Clinical Queries: Nephrology*. 2013;2(3):96-102.
145. Oliveros E, Patel H, Kyung S, Fugar S, Goldberg A, Madan N, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Geriatric Cardiology Special Issue: Caring for Aging Hearts*. 2020;43(2):99-107.
146. WHO 2021, Guideline for the pharmacological treatment of hypertension: Let's implement it now! [Internet]. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.paho.org/en/events/2021-who-guideline-pharmacological-treatment-hypertension-lets-implement-it-now>
147. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) 2022 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2022;39(4):174-194.
148. Flack Jm, Adekola B. Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends in Cardiovascular Medicine*. 2020;30(3):160-164.
149. Lauder L, Mahfoud F, Azizi M, Bhatt DL, Ewen S, Kario K. Hypertension management in patients with cardiovascular comorbidities. *European Heart Journal*.
150. National Health Service, High blood pressure (hypertension). [Internet]. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/high-blood-pressure-hypertension/>
151. Kim Y, Kong KA. Do Hypertensive Individuals Who Are Aware of Their Disease Follow Lifestyle Recommendations Better than Those Who Are Not Aware? *PLoS One*. 2015;10(8):1-13.
152. WHO, Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults, WHO 2021. [Internet]. [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf>
153. Gupta R, Guptha S. Strategies for initial management of hypertension. *The Indian Journal of Medical Research*. 2010;132(5):531-542.
154. Nguyen Q, Dominguez J, Nguyen L, Gullapalli N. Hypertension Management: An Update. *American Health Drug Benefits*. 2010; 3(1): 47–56.
155. Alefan Q, Huwari D, Alshogra OY, Jarrah MI. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:577-585.
156. Seravalle G, Grassi G. Obesity and hypertension. *Pharmacological Research*. 2017;122:1-7.
157. Kario K, Hoshida S, Yamamoto K, Okura A, Rakugi H. Clinical studies on pharmacological treatment of hypertension in Japan. *Journal of Human Hypertension*. 2021:1-14.
158. Paulis L, Rajkovicova R, Simko F. New Developments in the Pharmacological Treatment of Hypertension: Dead-End or a Glimmer at the Horizon? *Current Hypertension Reports*. 2015;17(6):1-13.
159. Bomfim GF, Cau SBA, Bruno AS, Fedoce AG, Carneiro FS. Hypertension: a new treatment for an old disease? Targeting the immune system. *British Journal of Pharmacology*. 2019;176(12): 2028–2048.

160. National Institute on Aging (NIA), Understanding the Dynamics of the Aging Process. [Internet]. [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/about/aging-strategic-directions-research/understanding-dynamics-aging>
161. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2015;6(3):78-84.
162. Sgarbieri VC, Pacheco MTB. Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Brazilian Journal of Food Technology*. 2017;20:1-23.
163. Rattan SIS. Aging Is Not a Disease: Implications for Intervention. *Aging and Disease*. 2014;5(3):196–202.
164. Malaguarnera M, Vacante M, Frazzetto PM, Motta M. The role of diabetes and aging in the determinism of hypertension and the related cerebrovascular complications. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;55(2):221-225.
165. Wu C, Hu H, Chou Y, Huang N, Chou Y, Li C. High Blood Pressure and All-Cause and Cardiovascular Disease Mortalities in Community-Dwelling Older Adults. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94(47):1-10.
166. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*. 2020;75(2):285-292.
167. Buford TW. Hypertension and aging. *Ageing Research Reviews*. 2016;26:96-111.
168. Seals DR, Justice JN, LaRocca TJ. Physiological geroscience: targeting function to increase healthspan and achieve optimal longevity. *The Journal of Physiology*. 2016;594(8):2001–2024.
169. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The Hallmarks of Aging. *Cell*. 2013;153(6): 1194–1217.
170. Ahmad Alsarah, Osama Alsara, Ghassan Bachauwa. Hypertension Management in the Elderly: What is the Optimal Target Blood Pressure? *Heart Views*. 2019;20(1):11-16.
171. Denker MG, Cohen DL. What is an appropriate blood pressure goal for the elderly: review of recent studies and practical recommendations. *Clinical Interventions Aging*. 2013;8:1505-1517.
172. Eshkoor SA, Hamid TA, Shahar S, Kyun Ng C, Mun CY. Factors Affecting Hypertension among the Malaysian Elderly. *J. Cardiovasc. Dev. Dis*. 2016;3(1):1-10.
173. Laurent S, Boutouyrie P. Arterial Stiffness and Hypertension in the Elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2020;7:1-13.
174. Sun Z. Aging, Arterial Stiffness and Hypertension. *Hypertension*. 2015; 65(2): 252-256.
175. Yang L, Xu X, Yan J, Yu W, Tang, Wu H, et al. Analysis on associated factors of uncontrolled hypertension among elderly hypertensive patients in Southern China: a community-based, cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2014;14(903):1-8.
176. Stanley S, Franklin MD. Elderly Hypertensives: How Are They Different? *Journal of Clinical Hypertension*. 2012;14(11):779-786.
177. Schiffrin EL. How Structure, Mechanics, and Function of the Vasculature Contribute to Blood Pressure Elevation in Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*. 2020;36(5):648-658.
178. Seravallea G, Grassib G. Sympathetic nervous system and hypertension: New evidences. *Autonomic Neuroscience*. 2022;238:1029-1054.
179. Lee J, Kim K, Cho M. Current status and therapeutic considerations of hypertension in the elderly. *Korean Journal of Internal Medicine*. 2019;34(4): 687–695.

180. Robles NR, Macias JF. Hypertension in the Elderly. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry*. 2014;12(3):136-145.
181. Ferri C, Ferri L, Desideri G. Management of Hypertension in the Elderly and Frail Elderly. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2017;24:1-11.
182. Jankowska-Polańska B, Dudek K, Szymanska-Chabowska A, Uchmanowicz I. The influence of frailty syndrome on medication adherence among elderly patients with hypertension. *Clinical Interventions Aging*. 2016;11:1781-1790.
183. Oliva RV, Bakris GL. Management of Hypertension in the Elderly Population. *The Journals of Gerontology*. 2012;67(12):1343–1351.
184. Nguyen QT, Anderson SR, Sanders L, Nguyen LD. Managing Hypertension in the Elderly: A Common Chronic Disease with Increasing Age. *American Health & Drug Benefits*. 2012;5(3):146–153.
185. WHO, Adherence to long-term therapies, 2003. [Internet]. [cited 2022 Dec 17]. Available from: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
186. Giugliano D, Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Glycemic control in type 2 diabetes: from medication nonadherence to residual vascular risk. *Endocrine*. 2018;61:23–27.
187. Raebel MA, Schmittiel J, Karter AJ, Konieczny JL, Steiner JF. Standardizing Terminology and Definitions of Medication Adherence and Persistence in Research employing Electronic Databases. *Med Care*. 2015;53(8):e11-21.
188. Morrison A, Stauffer ME, Kaufman AS. Defining medication adherence in individual patients. *Patient Preference & Adherence*. 2015;9:893-897.
189. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009;119(23):3028-3035.
190. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*. 2011;26(3):155–159.
191. Tegegn HG, Wark S, d’Espaignet ET, Sparkcorresponding MJ. *Clinical Drug Investigation*. 2022;42(11):879–908.
192. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*. 2013; 4(91):1-16.
193. Kardas P, Bago M, Barnestein-Fonseca P, Garuolienė K, Granas AG, Gregório J, et al. Reimbursed medication adherence enhancing interventions in 12 european countries: Current state of the art and future challenges. *Frontiers in Pharmacology*. 2022;13:1-17.
194. Menditto E, Cahir C, Malo S, Aguilar-Palacio I, Almada M, Costa E. Persistence as a Robust Indicator of Medication Adherence-Related Quality and Performance. *Int Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(9):1-9.
195. Huang J, Ding S, Xiong S, Liu Z. Medication Adherence and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes: A Structural Equation Model. *Front Public Health*. 2021;9:1-11.
196. Asche C, LaFleur J, Conner C. A Review of Diabetes Treatment Adherence and the Association with Clinical and Economic Outcomes. *Clinical Therapeutics*. 2011;33(1):74-109.
197. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2014;36:55-69.
198. Adherence to Long-Term Therapies, Evidence for Action, WHO 2003. [Internet]. [cited 2022 Nov 5]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=34F67321D2809415A2A4BA91659FF906?sequence=1>

199. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Thinking differently the patient medication compliance: from an injunctive posture to a working alliance between the patient and the healthcare provider: concepts and determinants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2011;70(1):15-25.
200. Allenet B, Baudrant M, Lehmann A, Gauchet A, Roustit M, Bedouch P, et al. How can we evaluate medication adherence? What are the methods? *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2013;71(2):135-141.
201. Lee S, Raamkumar AS, Li J, Cao Y, Witedwittayanusat K, Chen L, et al. Reasons for Primary Medication Nonadherence: A Systematic Review and Metric Analysis. *Journal of Managed Care Specialty Pharmacy*. 2018;24(8):778-794.
202. Zairina E, Nugraheni G, Sulistyarini A, Mufarrihah, Setiawan CD, Kripalani S, et al. Factors related to barriers and medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2022;29;21(1):219-228.
203. Baglione AN, Gong J, Bukhechba M, Wells KJ, Barnes LE. Leveraging Mobile Sensing to Understand and Develop Intervention Strategies to Improve Medication Adherence. *IEEE Pervasive Computing*. 2020;19(3):24–36.
204. Morrissey EC, Casey M, Glynn LG, Walsh JC, Molloy GJ. Smartphone apps for improving medication adherence in hypertension: patients' perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:813–822.
205. Dego TR, Bobasa EM. Adherence to anti-hypertensive medication and contributing factors among non-comorbid hypertensive patients in two hospitals of jimma town, south west ethiopia. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016;58:60-66.
206. Ferdinand KC, Yadav K, Nasser SA, Clayton-Jeter HD, Lewin L, Cryer DR, et al. Disparities in hypertension and cardiovascular disease in blacks: The critical role of medication adherence. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*. 2017;19(10):1015-1024.
207. Shi S, Shen Z, Duan Y, Ding S, Zhong Z. Association Between Medication Literacy and Medication Adherence Among Patients with Hypertension. *Frontiers in Pharmacology*. 2019;10:1-12.
208. Carvalho AS, Santos P. Medication Adherence in Patients with Arterial Hypertension: The Relationship With Healthcare Systems' Organizational Factors. 2019;13:1761-1774.
209. Woodham NS, Taneepanichskul S, Somrongsong R, Kitsanapun A, Sompakdee R. Effectiveness of a Multidisciplinary Approach Intervention to Improve Blood Pressure Control Among Elderly Hypertensive Patients in Rural Thailand: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2020;13:571-580.
210. Lin Y, Yen W, Hou W, Liao W, Lin M. Mental Health Nurses' Tacit Knowledge of Strategies for Improving Medication Adherence for Schizophrenia: A Qualitative Study. *Healthcare*. 2022;10(3):1-15.
211. Dijkstra NE, Vervloet M, Sino CGM, Heerdink ER, Nelissen-Vranken M, Bleijenberg N et al. Home Care Patients' Experiences with Home Care Nurses' Support in Medication Adherence. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1929-1940.
212. Marciano L, Camerini A, Schulz PJ. The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: a Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2019;34(6):1007-1017.
213. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). 2015;256):1053–1058.
214. WHO 2013, Health literacy. [Internet]. [cited 2022 Nov 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

215. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, Aldalaykeh M. Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-11.
216. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:1-13.
217. Smith B, Magnani JW. New technologies, new disparities: the intersection of electronic health and digital health literacy. *International Journal of Cardiology*. 2019;292:280-282.
218. Conard S. Best practices in digital health literacy. *International Journal of Cardiology*. 2019;292:277-279
219. Hickey KT, Masterson Creber RM, Reading M, Sciacca RR, Riga TC, Frulla AP, et al. Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse Practitioner*. 2018;43(8):49-55.
220. Hasannejadasl H, Roumen C, Smit Y, Dekker A, Fijten R. Health Literacy and eHealth: Challenges and Strategies. *JCO Clinical Cancer Informatics*. 2022;6:1-9.
221. Muhanga MI, Malungo JRS. The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. *International Journal of Health*. 2017;5(2):107-114.
222. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cene CW, Dicson VV, Havrane E, et al. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;138(2):48-74.
223. The impact of health literacy and lifestyle risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:1-13.
224. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl International*. 2017;114(4):53-60.
225. Rezaei S, Vaezi F, Afzal G, Naderi N, Mehralian G. Medication Adherence and Health Literacy in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Survey in Iran. *Health Literacy Research and Practice*. 2022;6(3):191-199.
226. Gutierrez N, Kindratt TB, Pagels P, Foster B, Gimpel NE. Health literacy, health information seeking behaviors and internet use among patients attending a private and public clinic in the same geographic area. *Journal of Community Health*. 2014;39(1):83-89.
227. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A Model for Hospital Discharge Preparation: From Case Management to Care Transition. *The Journal of Nursing Administration*. 2015;45(12):606-614.
228. Parnell TA, Stichler JF, Barton AJ, Loan LA, Boyle DK, Allen PE. A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum*. 2019;54(3):315-327.
229. Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCormack L. The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*. 2012;17(Sup3):30-54.
230. Geboers B, Reijneveld SA, Jansen CJM, de Winter AF. Health Literacy Is Associated with Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *Journal of Health Communication*. 2016;21(sup2):45-53.
231. Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*. 2017;32(1):130-138.
232. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*. 2014;72(1):1-6.

233. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-267.
234. Caruso R, Magon A, Baroni I, Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, et al. Health literacy in type 2 diabetes patients: a systematic review of systematic reviews. *Acta Diabetologica*. 2018;55(1):1-12.
235. Nutbeam D, McGill B, Premumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*. 2018;33(5):901-911.
236. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*. 2013;13:1-10.
237. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis Author links open overlay panel. *Social Science & Medicine*. 2011;73(1):60-67.
238. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on health literacy and diabetes. *Diabetes Education*. 2014;40(5):581-604.
239. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevvick MA, Arnold RM, Palevsky PM, et al. Associations of Health Literacy with Dialysis Adherence and Health Resource Utilization in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 2013;62(1):73-80.
240. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns*. 2014;96(2):165-170.
241. Matsuoka S, Tsuchihashi-Makaya M, Kayane T, Yamada M, Wakabayashi R, Kato NP. Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. *Patient Education Counseling*. 2016;99(6):1026-1032.
242. Hahn EA, Burns JL, Jacobs EA, Ganschow PS, Garcia SF, Rutsohn JP. Health Literacy and Patient-Reported Outcomes: A Cross-Sectional Study of Underserved English- and Spanish-Speaking Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Health Communication*. 2015;20(Sup 2):4-15.
243. Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care. *Journal of Health Communication*. 2016;21(Sup 1):43-50.
244. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(7):1079-1086.
245. Jia Q, Wang H, Wang L, Wang Y. Association of Health Literacy with Medication Adherence Mediated by Cognitive Function Among the Community-Based Elders With Chronic Disease in Beijing of China. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:1-10.
246. Palumbo R. Discussing the Effects of Poor Health Literacy on Patients Facing HIV: A Narrative songLiterature Review. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(7):417-430.
247. Song S, Lee SM, Jang S, Lee YJ, Kim N, Sohn H, et al. Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):1-11.
248. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. *Journal of General Internal Medicine*. 2015;30(7):958-964.
249. Wolf MS, Curtis LM, Wilson EA, Revelle W, Waite KR, Smith SG, et al. Literacy, cognitive function, and health: results of the LitCog study. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1300-1307.

250. Serper M, Patzer RE, Curtis LM, Smith SG, O'Connor R, Baker DW, et al. Health literacy, cognitive ability, and functional health status among older adults. *Health Services Research*. 2014;49(4):1249-1267.
251. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2011; 9(1):11-23.
252. Shruthi R, Jyothi R, Pundarikaksha HP, Nagesh GN, Tushar TJ. A Study of Medication Compliance in Geriatric Patients with Chronic Illnesses at a Tertiary Care Hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016;10(12):FC40-FC43.
253. Liu Y, Xue L, Xue H, Hou P. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. *Health Education Journal*. 2018;77(3):303-311.
254. Cheng YL, Shu JH, Hsu HC, Liang Y, Chou R, Hsu P, et al. High health literacy is associated with less obesity and lower Framingham risk score: Sub-study of the VGH-HEALTHCARE trial. *PLoS One*. 2018;13(3):1-12.
255. Kim MY, Oh S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(18):1-11.
256. Speros CI. Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nursing Clinics of North America*. 2011;46(3):321-333.
257. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR. Nurse Overestimation of Patients' Health Literacy. *Journal of Health Communication*. 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):62-69.
258. Yang Y. Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Services Research*. 2022;19;22(1):1-9.
259. Lee Y, Yu H, You M, Son Y. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*. 2017;24(1):11-18.
260. Arslan DE, Akça NK. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumları. *Bozok Tıp Dergisi* 2020;10(1):55-62.
261. Arslantaş EE, Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M. Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. *Ege Tıp Dergisi*. 2019;58(4):319-329.
262. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014;7(2):98-108.
263. Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut ÖG, Kurt EA. Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;3(1):1-10.
264. Erden MÇ. Hipertansif hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi: aile hekimliği. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi*; 2020.
265. Gün EP. Samsun Pelitköy eğitim aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı ile kan basıncı kontrolü arasındaki ilişkinin incelenmesi: tıp fakültesi, aile hekimliği. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi*; 2021.
266. Korkmaz E. Hipertansiyon hastalarında yaşam tarzı değişikliği ve ilaç uyumunun değerlendirilmesi: tıp fakültesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*; 2019.
267. Pehlivan İ. Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ve kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesi: hemşirelik, halk sağlığı hemşireliği. *Sanko Üniversitesi*; 2019.

268. Şeker S. Hipertansiyon hastalarında hatırlatıcı kısa mesaj göndermenin ilaç uyumu üzerine etkisi: tıp fakültesi, aile hekimliği. Atatürk Üniversitesi; 2018.
269. Tekinemre IG. Hipertansif hastalarda tedavi uyumu, tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi: tıp fakültesi, aile hekimliği. İnönü Üniversitesi; 2018.
270. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
271. Demirezen E. Türkiye ve Almanya’da yaşayan antihipertansif ilaç kullanan Türklerde ilaç tedavisine uyum: hemşirelik. İstanbul Üniversitesi; 2006.
272. HLS-EU Consortium. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012. [Internet]. [cited 2022 Nov 17]. Available from: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
273. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.
274. Chan, D. W. (2003), “Hardiness and its role in the stress-burnout relationship among prospective Chinese teachers in Hong Kong”, *Teaching and Teacher Education*, Volume:19, pp.280-285.
275. Shao AT. *Marketing Research: An Aid to Decision Making*. 2. Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning; 2002.
276. WMA Declaration Of Helsinki, 2022. [Internet]. [cited 2023 May 17]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
277. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2016;12(4):195-201.
278. Akça D, Yıldız SE. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumlarında Eğitimin Etkisi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2019; 9(2):117-124.
279. Darvishpour A, Mansour-ghanaei R, Mansouri F. The Relationship Between Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors in Older Adults with Hypertension in the North of Iran. *Health Literacy Research and Practice*. 2022;6(4):262-269.
280. Arslan DE, Akça NK. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumları. *Bozok Tıp Dergisi* 2020;10(1):55-62.
281. Akıncı GE. Samsun ili Atakum ilçesinde hipertansif yaşlı bireylerde ilaç tedavisine uyum ve etkileyen faktörler: tıp fakültesi, halk sağlığı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2018.
282. Mete U. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ile değerlendirilmesi: tıp fakültesi, aile hekimliği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
283. Koruk E. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi: hemşirelik, iç hastalıkları hemşireliği. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi; 2019.
284. Genç F, Yiğitbaş Ç. Hipertansif yaşlıların hipertansiyon algıları ve kontrollerine ilişkin davranışları. *Genel Tıp Dergisi*. 2021;31(1):1-11.

285. Kocaş S. Hipertansiyon hastalarında sosyo-demografik özellikler, yaşam kalitesi indeksi (SF36) ile Morisky ilaç uyum indeksi arasındaki ilişki: tıp fakültesi, aile hekimliği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
286. Öncü E, Vayisoğlu SK, Güven Y, Aktaş G, Ceyhan H, Karakuş E. Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*. 2020;18(1):10-25.
287. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016. *Electronic Physician*. 2017;9(11):5712-5720.
288. Kale MS, Federman AD, Krauskopf K, Wolf M, O'conor R, Martynenko M et al. The Association of Health Literacy with Illness and Medication Beliefs among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *PLoS One*. 2015;27;10(4):1-10.
289. Kırac R, Öztürk YE. Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Sağlık Kaygı Arasındaki İlişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 2020;23(2):214-243.
290. Eker Y. Tıp 2 diabetes mellituslu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisi: halk sağlığı. *Kırklareli Üniversitesi*; 2021.
291. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):33-40.
292. Kırac R, Öztürk YE. Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 2020;23(2):214-243.
293. Aktan GV, Özdemir F. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Cukurova Medical Journal*. 2020;45(1):352-361.
294. Büyükkata Y. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi: tıp fakültesi, aile hekimliği. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*;2022.
295. Bostancı Ş. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi: hemşirelik. *Uludağ Üniversitesi*; 2019.
296. Tör V, Tosun N. Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020;2(3):114-123.
297. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016;69(1):122-129
298. Affandy HY, Himawan AB, Wardani ND, Utami A. Relationship Between Anxiety Level in Pandemic and Medical Adherence in Hypertensive Elderly. *Diponegoro International Medical Journal*. 2022;3(2):42-48.
299. Guo A, Jin H, Mao J, Zhu W, Zhou Y, Ge X, Yu D. Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 19;23(1):1-10.
300. Mayo-Gamble TL, Mouton C. Examining the Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Older Adults. *Health Communication*. 2018;33(9):1124-1130.
301. Tad Sİ. Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisi: hemşirelik. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi*; 2021.

302. Holt EW, Muntner P, Joyce C, Webber L, Kroussel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age and Ageing*. 2010;39(4):481–487.
303. Vitale C, Fini M, Speziale G, Chierchia S. Gender differences in the cardiovascular effects of sex hormones. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2010;24(6):675-685.
304. Zilberman JM, Cerezo GH, Sueldo MD, Fernandez-Pérez C, Martell-Claros N, Vicario A. Association Between Hypertension, Menopause, and Cognition in Women. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2015;17(12):970-976.
305. Belon AP, Lima MG, Barros MBA. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12:1-10
306. Song HJ, Lee E, Kwon J. Gender Differences in the Impact of Obesity on Health-Related Quality of Life. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2016;28(2):146-156.
307. Mc Causland FR, Sacks FM, Forman JP. Marital status, dipping and nocturnal blood pressure: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial. *Journal of Hypertension*. 2014;32(4):756–761.
308. Alhaddad IA, Hamoui O, Hammoudeh A, Mallat S. Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: adherence. *Vascular Health and Risk Management*. 2016;12:407-413.
309. Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: a systematic review. *Journal of Human Hypertension*. 2017;31(11):687-694.
310. Özemek C, Tiwari S, Sabbahi A, Carbone S, Lavie CJ. Impact of therapeutic lifestyle changes in resistant hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2020;63(1):4-9.
311. Petty CM, McSweeney JC, Stewart KE, Cleves MA, Price ET, Heo S, Souder E. African Americans' Perceptions of Adherence to Medications and Lifestyle Changes Prescribed to Treat Hypertension. *Sage Open*. 2016;6(1):1-21.
312. Shrestha PL, Shrestha PA, Vivo RP. Epidemiology of comorbidities in patients with hypertension. *Current Opinion in Cardiology*. 2016;31(4):376-380.
313. Chesser AY, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2016;2:1-13.
314. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic Physician*. 2018;10(3):6470-6477.
315. Clouston SAP, Manganello JA, Richards M. A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age and Ageing*. 2017;46(3):493-499.
316. Shahzad F, Saleem F, Iqbal Q, Haque N, Haider S, Salman M, et al. A Cross-Sectional Assessment of Health Literacy among Hypertensive Community of Quetta City, Pakistan. *Biomedical Journal Scientific and Technical Research*. 2018;11(4):1-9.
317. Mollakhalili H, Papi A, Zare-Farashbandi F, Sharifirad G, HasanZadeh A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014;3:86-92.

318. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*. 2014;13(5):589-599.
319. Möttus R, Johnson W, Murray C, Wolf MS, Starr J, Deary I. Towards Understanding the Links Between Health Literacy and Physical Health'. *Health Psychology*. 2014;33(2):164-173.
320. Quaglio G, Sørensen K, Rübig P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T, et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promotion International*. 2017;32(6):1074–1080.
321. Aşiret GD, Okatan C. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri ile Spirüüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2019;10(23):122-128.
322. Karakurt P, Kaşıkçı M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of Vascular Nursing*. 2012;30(4):118-126.
323. Akan DD, Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(2):241-249.
324. Kretchy IA, Owusu-Daaku FT, Danquah SA. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014;8:1-6.
325. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJM, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Preference and Adherence*. 2013;7:675-682.
326. Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. 2007;7:1-13.
327. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. [Internet]. [cited 2023 May 18]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2022-49667&dil=1#:~:text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20i%C3%A7inde%20okuma%20yazma,3%20kat%20fazla%20oldu%C4%9Fu%20g%C3%B6r%C3%BCld%C3%BC>.
328. Huang F. Explore Home Care Needs and Satisfaction for Elderly People with Chronic Disease and their Family Members. *Procedia Manufacturing*. 2015;3:173-179.
329. Jones JH, Treiber LA, Jones MC. Intervening at the Intersection of Medication Adherence and Health Literacy. 2014;10(8):527-534.
330. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;14(1):67-88.
331. Zullig LL, McCant F, Melnyk SD, Danus S, Bosworth HB. A health literacy pilot intervention to improve medication adherence using Meducation® technology. *Patient Education and Counseling*. 2014;95(2):288-291.
332. Coşkun S, Bağçivan G. Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. *Applied Nursing Research*. 2021;57:1-6.
333. Frances A, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2016;7(2):64-67.

8. EKLER

EK 1

1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

A. Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız?.....
2. Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekar
4. Eğitim durumunuz? ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Üniversite
5. Mesleğiniz? ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Serbest meslek ☐ Emekli ☐ İşsiz ☐ Diğer.....
6. Birlikte yaşadığınız kişiler? ☐ Yalnız ☐ Eş ☐ Çocuklar ☐ Anne-Baba ☐ Huzurevi
☐ Diğer
7. Gelir düzeyiniz nedir? ☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime eşit ☐ Gelirim
giderimden fazla
8. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

B. Hastalığa İlişkin Özellikler

1. Hipertansiyon tanı süresi:.....yıl
2. Antihipertansif ilaç kullanma süresi:.....yıl
3. Antihipertansif ilaç sayısı:....
4. Hipertansiyon ilaçlarını hekimin önerdiği sıklık ve dozda kullanma durumu?
☐ Evet ☐ Hayır
5. Ailenizde hipertansiyon öyküsü var mı?
☐ Evet (Varsa kim olduğunu yazınız:.....) ☐ Hayır
6. Hipertansiyon dışında başka bir hastalığınız var mı?
☐ Hayır
☐ Evet (Seçeneklerden işaretleyiniz):
 - 1) Diabetes Mellitus
 - 2) Kalp yetmezliği
 - 3) Böbrek yetmezliği
 - 4) Miyokard enfarktüsü
 - 5) Serebrovasküler hastalık (inme, felç)
 - 6) Dislipidemi
 - 7) Göz hastalığı (Retinopati, kanama)
 - 8) Diğer:.....

7. Hipertansiyon ilacı dışında başka ilaç kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır
8. Tansiyonunuzu ne sıklıkla ölçer veya ölçtürürsünüz?
1) Günde kez
2) Haftada.....kez
3) Ayda kez
4) Doktor kontrolüne gittiğimde
5) Sadece kendimi kötü hissettiğimde
6) Hiç ölçtürmem.
9. Hipertansiyon tedavisinde ilaç kullanımı dışında hangi yöntemleri uyguluyorsunuz? (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)
1) Tuz kısıtlaması
2) Sigara/alkol kısıtlaması
3) Diyet
4) Egzersiz
5) Kilo verme
6) Hiçbiri
10. Hipertansiyon için hangi sıklıkla doktor kontrolüne gidiyorsunuz?
1) İki ayda bir kez
2) Üç –Altı ayda bir kez
3) Yılda bir kez
4) Diğer.....
11. Hipertansiyonun uzun vadede organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?
() Evet () Hayır
12. Herhangi bir şikâyetiniz olmasa bile tansiyonunuzun yüksek olabileceğinin bilincinde misiniz?
() Evet () Hayır

EK 2

EK-2 ANTİHİPERTANSİYF TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen bir seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

1.Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi bazen unuttuğunuz oluyor mu?	() Evet	() Hayır
2.Son iki hafta içinde, unutmadığınız halde tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz oldu mu?	() Evet	() Hayır
3.Kullandığınız tansiyon ilaçlarının size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız oldu mu?	() Evet	() Hayır
4.Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda tansiyon ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz oluyor mu?	() Evet	() Hayır
5.Dün tansiyon ilacınızı içtiniz mi?	() Evet	() Hayır
6.Tansiyon ilaçlarınızı hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	() Evet	() Hayır
7.Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız?	() Evet	() Hayır
8.Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır. Siz, tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	() Evet	() Hayır
9.Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkla unutuyorsunuz? 1. () Hiç/Nadiren 2. () Ara sıra 3. () Bazen 4. () Genellikle 5. () Her zaman		

EK 3

EK-3 TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ - 32 (TSOY-32)

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen bir seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz

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

18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabilceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değerştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değerikliklerini yorumlamak					

EK 4



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 16

18.1/2022

Konu: Kararlar

BAŞVURİ BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Hipertansif Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	The Effect of Health Literacy on Medication Adherence in Patients with Hypertensive.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Hemşire Sultan ÖZDEMİR
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2021/314	Tarih (Date) 04.01.2022
	Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmza
Prof.Dr.Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr. Erkan KILINÇ (Başkan Yardımcısı)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof.Dr.Mehmet Hamid BOZTAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Tuba TAŞLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Bildirimden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Sağlık Bilim Fakültesi	
Dr. Öğr.Üyesi Abdulkani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Kübra DEĞİRMENCI (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Tuğba KOCAAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakolog/Eczacı	Özel Eczane (BOLU)	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	

EK 5



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-38244951-604.01.01
Konu : Doç.Dr.Saadet CAN ÇİÇEK'in
Araştırma İzni

A.İ.B.Ü. İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde görevli Doç.Dr. Saadet CAN ÇİÇEK sorumluluğunda yardımcı araştırmacı Hemşire Sultan ÖZDEMİR tarafından yürütülmekte olan "Hipertansif Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi" başlıklı çalışmanın Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde dahili kliniklerde yapılması uygun bulunan çalışmanın örneklem yetersizliği nedeniyle cerrahi kliniklerde de yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Bilimsel Araştırma Komisyon Kararı yazımız ekinde sunulmuş olup, araştırmacının çalışmasını başlatmak üzere sağlık tesisinizin eğitim birimine başvurusu hususunda;

Gereğini rica ederim.

Salih AYAN
İl Sağlık Müdürü a.
Destek Hizmetleri Başkanı

Ek: Doç.Dr. Saadet CAN ÇİÇEK'in Araştırma Komisyon Kararı

Es: Borazanlar Emin Barın Caa... Bilgi için: Yasemin KONUK
Fon: Fe' EBE
Özlük İş (im Bili...
Yasemin
Be...
Bu belge, e...
eğe Do rulama Adresi: htt

EK 6

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Hipertansif Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi”dir. Bu araştırmanın amacı “Hipertansif Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının İlaç Tedavi Uyumuna Etkisinin” incelenmesidir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi yapılmayacaktır. Çalışmada size hastalığınız ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri elde etmek için anket uygulaması gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 52 hafta olup çalışmadaki anketi doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı ortalama 202’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak size yöneltilen sorulara açık ve dürüst bir şekilde cevap vermeniz sizin sorumluluklarıdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir zarar ve risk söz konusu değildir. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05445267064 numaralı telefondan Hemşire Sultan ÖZDEMİR’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, size ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK 7

Gelen Kutusu - Gmail

— □ ×

↩ Yanıtla ↩ Tümünü yanıtla → İlet 📁 Arşivle 🗑 Sil 🚩 Bayrak ekle ... 🌑 Yeni Outlook'u deneyin



PINAR OKYAY

13.10.2021 08:20



Kime: Sultan Özdemir



TÜRKİYE SAĞLIK...
32,34 KB

Sayın Sultan Özdemir
Ölçeği kullanmanız bizi mutlu eder.
Amacına hizmet etmiş olur.
Ekte ilgili belgeleri de gönderiyorum.
Herhangi bir sorunuz olduğunda lütfen yazın.
Kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

Dr. Pinar Okyay

Sultan Özdemir <...> 3 Eyl 2021 Cum, 20:08 tarihinde şunu yazdı:

İyi günler Hocam, öncelikle size kendimi takdim edeyim. Sultan Özdemir, AİBÜ Dahiliye Hemşireliği tezli yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim.

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32 (TSOY-32) yi, tezimde kullanmak üzere sizden izin istiyorum.. Şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

- 1.Tez konusu: HIPERTANSİYF YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ
- 2.Ölçeğin hangi gruba uygulanacağı: Hipertansiyon tanılı 65 yaş ve üzeri bireyler
- 3.Üniversite ve Program bilgileri: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi/Hemşirelik/ Dahiliye Hemşireliği/Tezli Yüksek Lisans
- 4.Tez danışmanı hocanın akademik ünvanı ve tam adı, soyadı: Doç Dr. Saadet Can Çiçek

EK 8

Gelen Kutusu - Gmail

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet Arşivle Sil Bayrak ekle ... Yeni Outlook'u deneyin

ESMA DEMİREZEN 9 Eki 2021 Cmt, 15:53 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Sultan Özdemir

Geç cevap için özür dilerim. Doktora tezi kapsamında kullandığım ölçeği kullanmanız beni mutlu eder. Çalışmalarınızda başarılar diliyorum

Dr. Öğr. Üy. Esma DEMİREZEN

Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Tel

e-m:

Assist.Prof.Dr.Esma DEMİREZEN

Istanbul University-Cerrahpaşa

Faculty of Health Science

Department of Midwifery

Tel : 0

e-m:

Sultan Özder. 3 Eyl 2021 Cum, 20:01 tarihinde şunu yazdı:

İyi günler Hocam, öncelikle size kendimi takdim edeyim. Sultan Özdemir, AlBÜ Dahiliye Hemşireliği tezli yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim.

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğini, tezimde kullanmak üzere sizden izin istiyorum.. Şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

- 1.Tez konusu: HIPERTANSİF YAŞLILARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ İLAÇ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ
- 2.Ölçeğin hangi gruba uygulanacağı: Hipertansiyon tanılı 65 yaş ve üzeri bireyler
- 3.Üniversite ve Program bilgileri: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi/Hemşirelik/ Dahiliye Hemşireliği/Tezli Yüksek Lisans
- 4.Tez danışmanı hocanın akademik ünvanı ve tam adı, soyadı: Doç Dr. Saadet Can Çiçek