



**HİPERTANSİYON HASTALARINA VERİLEN WEB
TABANLI VE YÜZ YÜZE EĞİTİMİN ÖZ-ETKİLİLİK
VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Nihan TÜRKOĞLU

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Doktora Tezi – 2017

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYON HASTALARINA VERİLEN *WEB*
TABANLI VE YÜZ YÜZE EĞİTİMİN ÖZ-ETKİLİLİK VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞINA ETKİSİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Nihan TÜRKOĞLU

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON HASTALARINA VERİLEN WEB TABANLI VE
YÜZ YÜZE EĞİTİMİN ÖZ-ETKİLİLİK VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞINA ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Nihan TÜRKOĞLU

Tez Savunma Tarihi	: 07.03.2017
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Dilek KILIÇ 
Jüri Üyesi	: Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI 
Jüri Üyesi	: Prof. Dr. Nadiye ÖZER 
Jüri Üyesi	: Yard. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU 
Jüri Üyesi	: Yard. Doç. Dr. Dilek CİNGİL 

Onay

Bu araştırma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM – 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hipertansiyon.....	5
2.1.1. Giriş	5
2.1.2. Hipertansiyonun Tanımı	5
2.1.3. Kan Basıncının Sınıflandırılması.....	6
2.1.4. Hipertansiyon Tanısı.....	7
2.1.5. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	8
2.1.5.1. Dünyada Durum.....	8
2.1.5.2. Türkiye’de Durum	10
2.1.6. Hipertansiyonda Tedavi.....	11
2.1.6.1. Tedavinin Hedefleri	11
2.1.6.2. Nonfarmakolojik Tedavi.....	11
2.1.6.3. Beslenme Yönetimi.....	11
2.1.6.4. Yaşam Şekli Değişikliklerinin Yönetimi	12
2.1.6.5. İlaç Tedavisi.....	12
2.1.6.6. Bakım.....	13
2.2. Öz-Etkililik Algısı.....	14

2.3. Sağlık Okuryazarlığı	16
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları	18
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesini Ölçmek için Kullanılan Ölçüm Araçları.....	20
2.3.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı.....	21
2.4. Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitim	23
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Çalışmanın Şekli	26
3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.6. Hemşirelik Girişimleri	29
3.6.1. Eğitim Programı.....	30
3.6.2. Girişim Materyali.....	31
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	37
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	75
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	75
EK-2. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU	76
EK-3. HİPERTANSİYON BİLGİ TESTİ	79

EK-4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (HLS-14).....	80
EK-5. HİPERTANSİYON ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	81
EK-6. ETİK KURUL ONAY FORMU	82
EK-7. İZİN YAZISI	83



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince bana rehberlik eden, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım ve sevgili hocam Sayın Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a en içten saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmam süresince bilgi ve görüşlerinden yararlandığım değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nadiye ÖZER ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU'na, değerli vakitlerini benim için ayırarak tezimin şekillenmesinde emeği geçen hocalarım Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL'e, bu araştırmayı yaparken benden desteklerini esirgemeyen Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve verilerimi toplarken çalışmaya katılmayı kabul eden hipertansiyon hastalarına, iyi kötü her anımda beni yalnız bırakmayan DOSTLARIMA, bana kazandırdığı özelliklerle her zaman gurur duyduğum ve şu an yanımda olmasa da varlığını hep yanımda hissettiğim CANIM BABAM'a, beni her konuda destekleyen çok değerli ANNEM ve KARDEŞLERİM'e, tüm çalışmalarım boyunca maddi ve manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim Sinan TÜRKOĞLU'na ve bu süreç içinde vakit ayıramadığım için en büyük sıkıntıyı yaşayan çocuklarım PUSAT ve ELİF ASEL'e en içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araş. Gör. Nihan TÜRKOĞLU

ÖZET

Hipertansiyon Hastalarına Verilen Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitimin Öz-Etkililik ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Karşılaştırılması

Amaç: Bu çalışma; hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı ve yüz yüze eğitimin öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığına etkisinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test-son test yarı deneme modeli kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ocak 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 1226 hipertansiyonlu hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 140 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Tanımlayıcı Özellik Formu”, “Hipertansiyon Bilgi Testi”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve “Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği” kullanılmıştır. Girişimler, web eğitim grubuna 2 hafta ara ile 6 defa web sayfasına eğitimler ve videolar yüklenerek, yüz yüze eğitim grubuna ise 2 haftada bir ev ziyaretleri yapılarak altı defa eğitim verilerek tamamlanmıştır. Eğitimler bittikten yaklaşık üç ay sonra her iki eğitim grubuna da veri toplama araçları tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; ki-kare testi, yüzdelik dağılım, bağımsız gruplarda *t* testi ve eşleştirilmiş gruplarda *t* testi kullanılmıştır.

Bulgular: Web eğitim grubundaki kişilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalamalarının son testlerde ön teste göre yükseldiği saptanmıştır ($p<0.001$). Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalamalarının son testlerde ön teste göre yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.001$). Web ve yüz yüze eğitim grupları eğitim türlerine göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hipertansiyon hastalarının eğitim türü fark etmeksizin verilen eğitimlerle sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyleri yükselmiştir.

Sonuç: Hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı ve yüz yüze eğitimin sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyleri üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu belirlenmiş; ancak iki eğitim yöntemi arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, sağlık okuryazarlığı, öz-etkililik, web eğitim, yüz yüze eğitim

ABSTRACT

Comparison of the Effects of the Web-Based and Face-to-Face Training on Self-efficacy and Health Literacy of Patients with Hypertension

Aim: This study aims to compare the effects of the web-based and face-to-face training on self-efficacy and health literacy of patients with hypertension.

Materials and Methods: The research was made on pre-test and post-tests semi-experimental model. The study population consisted of 1226 patients with hypertension registered in the relevant Family Health Centers between January 2015 and June 2016. And, the sample of the study consisted of 140 patients who were selected by non-probability random sampling method, met the research criteria and agreed to participate in the research. The "Descriptive Characteristics Form", "Hypertension Knowledge Test", "Health Literacy Scale" and "Self-efficacy in Hypertension Scale" were used for data collection. In the web training group, training videos were uploaded every 2 weeks into the website; and, in the face-to-face training group biweekly home visits were carried out to provide training for six times. Approximately three months after the training were over, data collection tools were reapplied in both groups and the final test data were collected. In the evaluation of the data, chi-square test, percentile distribution, independent samples t-tests and paired t-test were used.

Results: The mean Health Literacy and Hypertension Self-Efficacy Scale scores of the subjects in the web training group were found to be increased in the post-tests compared to the pre-tests ($p < 0.001$). Also, the mean Health Literacy and Hypertension Self-Efficacy Scale scores of the subjects in the face-to-face training group were found to be increased in the post-tests compared to the pre-tests ($p < 0.001$). There was no statistically significant difference between the web and face-to-face training groups according to the types of training ($p > 0.05$). The health literacy and self-efficacy levels of patients with hypertension were increased with the training provided regardless of the type of training.

Conclusion: It was determined that web-based and face-to-face training for patients with hypertension have a positive effect on health literacy and self-efficacy levels, without any difference between the two training methods.

Keywords: Hypertension, health literacy, self-efficacy, web training, face-to-face training

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACE	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
AKB	: Arteriyel Kan Basıncı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DASH	: Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımları
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
EKG	: Elektrokardiyografi
JNC-7	: Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisi İçin Yedinci Ortak Ulusal Komitesi Raporu
Patent	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SOYÖ	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TURDEP	: Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumunun
WTE	: Web Tabanlı Eğitim

ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Şekil 2.1. DSÖ 2014 yılı erkeklerde yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması ²⁷	9
Şekil 2.2. DSÖ 2014 yılı kadınlarda yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması ²⁷	9
Şekil 2.3. Sağlık okuryazarlığı basamakları	18
Şekil 2.4. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler	19
Şekil 3.1. Site ana sayfa.....	31
Şekil 3.2. Site eğitim menüsü	32
Şekil 3.3. Site videolar menüsü	33
Şekil 3.4. Beden kitle indeksi hesaplama	33
Şekil 3.5. Tansiyon takip formu	34
Şekil 3.6. Tez anket formu.....	34
Şekil 3.7. İletişim menüsü	35
Şekil 3.8. Site duyurular menüsü.....	35
Şekil 3.9. Araştırma planı	39

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Amerika Ulusal Komitesinin Kan Basıncı Düzeyleri Sınıflandırması	7
Tablo 3.2. Çalışmada Kullanılan Testler.....	37
Tablo 3.1. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 4.1. Hipertansiyon Hastalarının Bilgisayar ve İnternet Kullanma Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	41
Tablo 4.2. Hipertansiyon Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	42
Tablo 4.3. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubunun Ön Test SOYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.4. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubunun Ön Test Ölçümlerinde Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.5. Web Eğitim Grubunun SOYÖ Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.6. Web Eğitim Grubunun Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Ön Test-Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.7. Yüz Yüze Eğitim Grubunun SOYÖ Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.8. Yüz Yüze Eğitim Grubunun Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.9. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubundaki Kişilerin SOYÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47

Tablo 4.10. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubundaki Kişilerin Hipertansiyon

Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri

Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 48



1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde sürekli devam eden, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan, uzun süreli bakım, yönetim ve rehabilitasyonda özel eğitim gerektiren, hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönemli sağlık sorunlarıdır.¹ Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerinde olumlu yönde gelişmelerin olması, tedavi hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artması, sanayileşme ve hızlı kentleşme ile birlikte çeşitli stresörleri beraberinde getirmiştir. Bu durum kronik hastalıkların insidans ve prevalansının artmasına neden olmuştur. Amerika’da yetişkin nüfusun %50’sinde bir ya da daha fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Türkiye’de yaklaşık 22 milyon kişide en az bir kronik hastalık varlığı saptanmıştır.^{2,3}

Hipertansiyon, dünyada önüne geçilebilecek ölüm nedenleri arasında en ön sırada yer almaktadır. 2008 yılında yapılan araştırmalara göre dünyada yetişkin nüfusun yaklaşık %40’ının hipertansiyonu olduğu bildirilmektedir.⁴ Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT, 2012) verileri Türkiye’de hipertansiyonun çok fazla görülen, ancak tam olarak tedavi edilmeyen bir sağlık problemi olduğunu bildirmektedir. PatenT verilerine göre 18 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %30.3’dür.⁵ Hipertansiyon tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yüksek oranlarda görülme sıklığına sahip, yaşla birlikte doğru orantılı olarak artan ve bu kadar sık görülmesine rağmen hala farkındalık düzeyi düşük bir hastalıktır. Hipertansiyonda farkındalığın gelecek yıllarda artırılması için günümüzde yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi, hastaların hem sağlık sorumluluğu hem de öz-etkililiklerini geliştirmede büyük rol oynamaktadır.

Sağlıklı kişilerde olumlu sağlık davranışları kazandırmak, kronik hastalığı olan kişilerde ise sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde öz etkililik algısı

önemli bir etkidir. Öz-etkililik algısı, kişilerin aktivitelerini belirlerken neleri yapacağı, neleri yapmayacağına karar verirken çok önemli bir rol alır. Kişilerin herhangi bir konudaki öz etkililik düzeyi yükseldikçe o konuda sarf edeceği emeklerde daha ısrarlı ve güçlü olacaktır.^{6, 7}

Öz-etkililik algısı, istendik sağlık girişimlerini başlatma ve sürdürme aşamasında önemli bir basamaktır. Bireyin öz-etkililik düzeyinin yükselmesi onun olumlu sağlık davranışları sergilemesine neden olur.⁸ Kilo kontrolü, egzersiz, sigara ve alkolü bırakma gibi pek çok sağlık davranışı konusunda yararlı olan öz-etkililik algısı kronik hastalıkların yönetiminde de son derece önemlidir.^{8, 9} Bireyler kendi sağlık sorumluluklarını üstlenebilmeleri için sağlık okuryazarlığı düzeyinin belli bir seviyede olması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, doğru hizmet ve bilgiye ulaşmayı, kaynakları doğru kullanmayı, bu hizmeti kullanabilmeyi, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde güçlü olmasını sağlar. Okuma becerileri, bireyin sağlık hizmetlerini kullanması, sağlık bilgilerine erişmesi, istendik sağlık sonuçlarının elde edilmesi ve kendi sağlığını yönetmesi için önemlidir. Ancak bu kapasitenin yükselmesi sonucu kişilerin olumlu sağlık davranış değişikliği göstermesi söz konusu olmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yükselmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini daha öne çekmekte ve tedavi süreçlerini azaltarak kişilerin yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu durum ülke ekonomisinde sağlık hizmet masraflarında azalmaya yol açarak ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.^{10, 11}

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük ve kronik hastalık görülme oranlarının yüksek olması, sağlık okuryazarlığı ile hasta eğitiminin kronik hastalık tedavisinde önemli bir konu olduğunu göstermektedir.¹²

Sağlık okuryazarlığının önemli ve geliştirilmesi gereken bir konu olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.¹³⁻¹⁶ Sağlık okuryazarlığının yükseltilebilmesi ve hipertansiyon hastalarının farkındalıklarının artırılması için farklı eğitim yöntemleriyle hastaların eğitim programlarına alınması ve bu konuda geliştirilmesi gerekmektedir. Bilişim çağının artan hızı ve sürekli değişen ve gelişen eğitim teknolojisi, öğretim yollarını ve öğretim sırasında oluşan bilgi seviyesini değiştirmiştir. Öncelikle uzaktan eğitim ile başlayan bu gelişme, sonra bilgisayar tabanlı öğretim ve daha sonra web tabanlı öğretim olarak devam etmiştir. Bilgi teknolojilerindeki gelişmeler dikkate alındığında; ilk olarak uzaktan eğitim, ardından bilgisayar destekli eğitim, daha sonra web tabanlı öğretim anlayışı oluşmuştur.¹⁷ Uzaktan eğitimin bir parçası olan ve internetin kullanılmasıyla ortaya çıkan e-öğrenme, eğitimdeki yerini almaya başlamaktadır. E-öğrenme, bilinen eğitim öğretim düzenini etkileyecek ve bu süreçte önemli değişiklikler yapabilecek bir adım olarak görülmektedir.¹⁷

Griffiths ve arkadaşları (2006), sağlık hizmetlerinde internet kullanımının artma nedenlerini belirlemek için Avrupa, Amerika ve Avusturalya'da yayınlanmış, altı tanesi diyabet ve yönetimiyle ilgili 37 çalışmayı incelemiş; inceleme sonucunda eğitim ve danışmanlık için internet kullanımının artma nedenlerini beş grupta özetlemiştir. Bunlar; gereksinim duyulan bilgiye istediği zamanda ulaşabilme, bilgiyi kendi gereksinimine göre seçme, hazır bulunduğu zamanda hizmet alma, maliyet azlığı, sınırlılıklar nedeniyle evden ya da işyerinden ayrılmak zorunda kalmamadır.¹⁸

Kronik hastalıklara karşı sağlık okuryazarlığı konusunda web tabanlı ve yüz yüze eğitim yöntemleri kullanılarak geliştirilecek ve uygulanacak eğitim programlarının başlatılması ve devam ettirilmesi, hem sağlık okuryazarlığının benimsenmesine, hem de farklı eğitim yöntemlerinin karşılaştırılmasına olanak sağlayacaktır. Bu amaç

doğrultusunda ilk olarak toplumda sağlık okur-yazarlığı seviyesinin ve kronik hastalıklara yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı; hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı ve yüz yüze eğitimin öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığına etkisinin karşılaştırılmasıdır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Web eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı eğitim ile sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltir.

H₂: Yüz yüze eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen yüz yüze eğitim ile sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltir.

H₃: Web eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı eğitim hipertansiyonda öz etkililik düzeyini yükseltir.

H₄: Yüz Yüze eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen yüz yüze eğitim hipertansiyonda öz etkililik düzeyini yükseltir.

H₅: Web ve yüz yüze eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen eğitim yöntemleri arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Giriş

Hipertansiyon, dünyada önüne geçilebilir ölüm nedenleri arasında bir numaralı risk faktörüdür. Hipertansiyon, iyi kontrol edilmediği takdirde vücutta birçok organda ciddi etkiler oluşturabilecek kompleks bir hastalıktır. Hipertansiyon rutin sağlık muayenesinde yapılan kan basıncı ölçümlerinde, tarama testlerinde veya başka bir hastalığın değerlendirilmesi yapılırken fark edilir ve tek somut bulgu kan basıncının yüksek olmasıdır. Belirtilerin sessiz ilerlediği dönemde hastaya tedaviyi kabul ettirmek zor olur. Bu nedenle hipertansiyon tedavisinde hasta ile iş birliği çok önemlidir. Hipertansiyon tanısı alan hastaların ancak yarısı tedavi almıştır ve bu hastaların büyük bir kısmı tedaviyi düzenli uygulamamaktadır. Buna bağlı olarak da tedavi alan hastaların yarısından azının kan basınçları kontrol altındadır. Bu durumda, hipertansiyon hastalarının büyük bölümü yüksek kan basıncı değerlerinin getireceği olumsuzluklarla karşı karşıyadır.¹⁹

2.1.2. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon regülatör mekanizmalarda meydana gelen anormallikler nedeniyle görülen sürekli kan basıncı yüksekliğidir. Genellikle çoklu ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mm Hg üzerinde olması şeklinde tanımlanır. Gelecekte morbidite ve mortalite riskini yükselten ve tedaviden yarar gören KB düzeyi şeklinde de tanımlanabilir.^{20, 21}

Arteriyel Kan Basıncı (AKB): Kan akımının arter duvarına yaptığı basınçtır. AKB'nın iki önemli bileşenini kardiyak output ve sistemik vasküler direnç oluşturur.²¹⁻

23

(AKB: kardiyak output x sistemik vasküler direnç)

Sistolik Kan Basıncı (SKB): Kalp siklusunun sistol periyodunda kaydedilen kan basıncıdır. Arteriyel sistemdeki kan basıncının en üst düzeyde olduğu seviyedir. Buna “maksimal kan basıncı” denir.^{22, 23}

Diyastolik Kan Basıncı (DKB): Kalp siklusunun diyastol periyodunda yani sol ventrikülün dolması esnasında kaydedilen kan basıncıdır. Lokal kan akımı ile arteriyoller ve arterlerin konstriksiyon ya da dilatasyon dereceleri ile belirlenir. Arteriyel sistemdeki basıncın en düşük olduğu seviyedir. Buna minimal kan basıncı da denir.²¹⁻²³

Sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzerinde, diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nın altında olması **izole sistolik hipertansiyon** şeklinde tanımlanır ve yaşlılarda sık görülür. Arteriyel kan basıncı sınırlarının normal değerlerin üstünde olmasına, sistemik arteriyel hipertansiyon, sistolik diyastolik hipertansiyon veya hipertansiyon denir. Hipertansif hastalarda, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı veya ikisi beraber yükselmiş olabilir. Sık görülen SKB ve DKB'nın beraber yükselmesidir. Her iki sınıflamadaki hipertansiyon özellikle kalp krizi ve inme olmak üzere kardiovasküler hastalıklarda morbidite ve mortaliteyi artırır ve tedavi edilmelidir. Heyecanlanma, korku veya egzersizin neden olduğu AKB'ndaki geçici yükselmeler hipertansif hastalık (sistemik arteriyel hipertansif hastalık) olarak kabul edilmez.²¹⁻²³

2.1.3. Kan Basıncının Sınıflandırılması

Kan basıncının belli sınırların üzerinde seyretmesinin morbidite ve mortalite yönünden önemli sorunlar doğurduğu gösterilmiştir. Hipertansiyonun tanımı ve sınıflandırılmasını konu alan çeşitli kılavuzlar bulunmaktadır. Bu kılavuzlar arasında en çok bilinen sınıflamalardan Amerika Ulusal Komitesinin (JNC- 7) “Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Belirlenmesi, Değerlendirilmesi ve Tedavisi 7. Raporu”na göre yapılan sınıflamadır.²⁰ (Tablo 2.1)

Tablo 2.1. Amerika Ulusal Komitesinin Kan Basıncı Düzeyleri Sınıflandırması²⁰

Kan Basıncı Derecesi	Kan Basıncı (mmHg)	
	Sistolik	Diastolik
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Yüksek-Normal	130-139	85-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	160-179	100-109
Evre 3 Hipertansiyon	≥180	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140	<90
İzole sistolik hipertansiyon (sınırdan)	140-149	<90

2.1.4. Hipertansiyon Tanısı

Hipertansiyon tanısı erişkin yaş grubunda farklı zamanlarda yapılan iki veya daha fazla kan basıncı ölçümünde 140/90 mm/Hg'nin üzerinde bir değer saptanmasıyla konulur. Ancak hekim tarafından ölçülen kan basıncının yüksek, diğer farklı ortamlarda ölçülen kan basıncının normal olması “beyaz önlük hipertansiyonu” olarak isimlendirilmektedir.²⁴

Hipertansiyon tanısında kan basıncının doğru olarak ölçülmesi son derece önemlidir. Kan basıncı gün içinde, günler arasında hatta aylık değişkenliklerle seyreder. Bu nedenle hipertansiyon tanısı koymak için belli bir süre içinde farklı zamanlarda kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.²⁵

Yapılacak incelemeler, ek risk faktörlerini ortaya çıkarmaya, sekonder hipertansiyon sebeplerini araştırmaya ve hedef organ hasarını göstermeye dönük olmalıdır. En basitten en karmaşık olana doğru genişletilmelidir. Ayırıcı tanı ve risk faktörleri yönünden yapılması gerekenler aşağıdaki listede yer almaktadır.

- Kan basıncının ölçülmesi
- Anamnez
- Fizik muayene

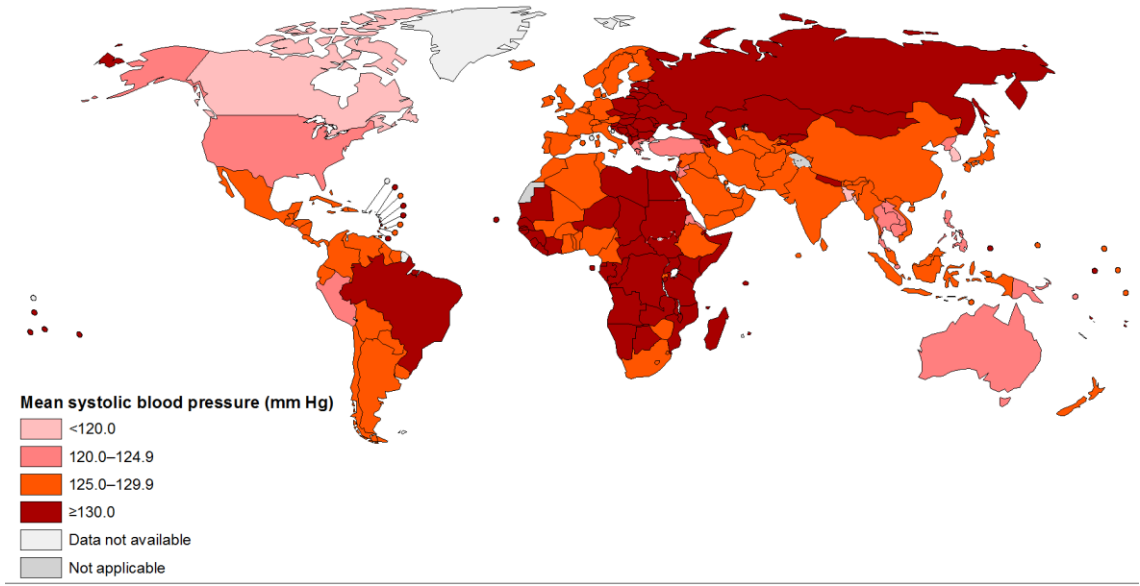
- Labaratuvar testleri: Açlık kan glukoz düzeyi, total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, trigliseridler, ürik asit, kreatinin, potasyum, hemoglobin ve hematokrit, mikroalbüminüri, idrarın mikroskopik incelenmesi
- Elektrokardiyografi(EKG)'dir.

Hipertansif hastalarda rutin dışı ancak genellikle önerilen diğer testler ise şunlardır: Ekokardiyografi, karotis ultrasonografisi, kantitatif proteinüri, ayak bileği brakial kan basıncı indeksi, funduskopi, glukoz tolerans testi, evde ve 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümleri, nabız dalga hızı ölçümüdür.²⁵

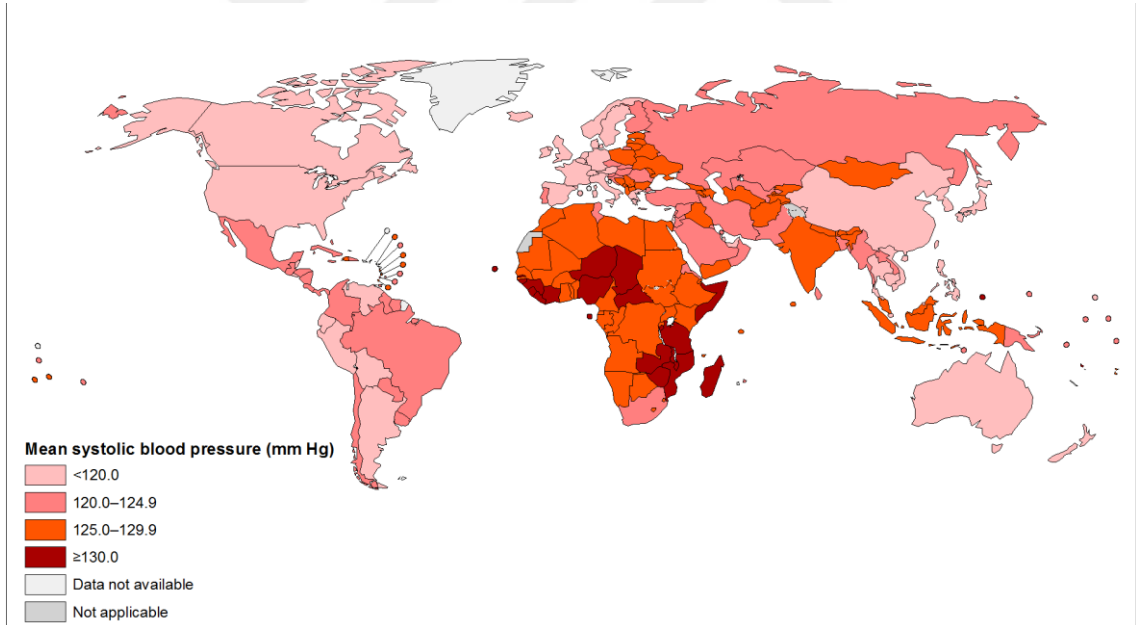
2.1.5. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

2.1.5.1. Dünyada Durum

Dünyada 2008 yılında 25 yaş ve üzeri topluluğun yaklaşık % 40'ında hipertansiyon teşhis edilmiştir. Afrika %46'lık bir değer ile en yüksek oranı oluştururken, Amerikalılar %35'lik bir değer ile en düşük oranı oluşturmaktadır. Rusya Federasyonu, Almanya ve Türkiye'de yaş standartlı (35-84) oran %40 dolaylarında seyrederken, Bangladeş ülkesinde %20 dolaylarında kalmaktadır. Küresel olarak hipertansiyon tedavisi düşük orandadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de hipertansiyonlu kişilerin (35-49 yaş arası) tespiti, tedavisi ve kontrolü konusunda yüksek yüzdelerle sahiptir. İran, Türkiye, Arnavutluk ve Ermenistan'da bu yüzdeler düşüktür.²⁶



Şekil 2.1. DSÖ 2014 yılı erkeklerde yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması²⁷



Şekil 2.2. DSÖ 2014 yılı kadınlarda yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması²⁷

ABD’de yaklaşık 77.9 milyon (her 3 kişiden biri) bireyde yüksek kan basıncı vardır. Yüksek kan basıncı 1999 yılından 2009 yılına kadar %17.1 artmıştır. Mevcut verilerden 2030 yılına kadar hipertansiyon prevalansının %7.2 artacağı tahmin

edilmektedir. Kişilerin %81.5'i yüksek kan basıncı olduğunun farkında ve %52.5'i kontrol altındadır. Hipertansiyonun birincil neden olduğu ölüm 2009 yılında 61.762 kadardır. Aynı yıl 2.4 milyon ölümden 348.102 kadarı yüksek kan basıncı sebepli olmaktadır. Kadınlarda mortalite %55.2 (34.094 kişide) daha fazladır.²⁸

2.1.5.2. Türkiye’de Durum

Ülkemiz nüfusun yaşlanması ve değişen yaşam şekli sebebiyle kronik hastalıklarla savaşılmaya hazırlıklı olmalıdır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ölüm istatistikleri toplamda kalp hastalıkları oranının giderek arttığını bildirmektedir. Kalp hastalıkları yıllara göre 1989’da yüzde 40, 1993’de yüzde 45, 2009’da ise yüzde 40 ile tüm ölüm nedenleri arasında en önde bulunmaktadır.^{29, 30} Hipertansiyon ülkemizde de çok yaygınlaşan bir problemdir. 2007’de yapılmış olan HinT çalışmasında erkeklerde yüzde 49.0, bayanlarda yüzde 59.0 olduğu bulunmuştur.³¹ “Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması’nda (2011) (TURDEP II)” hipertansiyon sıklığı kadınlarda %32.3, erkeklerde %30.9 bulunmuştur.²⁹ Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Ülkemizde beklenen yaşam süresinin artmasından dolayı yaşlılardaki hipertansiyon sıklığı ise %75.1’dir.³²

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT) verileri Türkiye’de hipertansiyonun en fazla görülen hastalıklar arasında ancak tam olarak tedavi edilmeyen bir sağlık problemi olduğunu ortaya çıkarmıştır. PatenT 2012 verilerine göre nüfusun toplamında (18 yaş üzeri) hipertansiyon prevalansı %30.3’dür. Yaş gruplarına göre incelenecek olursa; hipertansiyon prevalansı 18-29 yaş grubu arasında %5.0, 30-39 yaş grubu arasında %11.5, 40-49 yaş grubu arasında %29.7, 50-59 yaş grubu arasında %53.6, 60-69 yaş grubu arasında %85.2 ve 80 yaş ve üzerinde %76.3 olduğu bulunmuştur. Kan basıncı yüksek olarak seyreden bireylerin %54.7’si hastalığının farkında iken, bu kişiler arasında kadınlar %66.9 ve erkekler %40.6’dır.³³

2.1.6. Hipertansiyonda Tedavi

2.1.6.1. Tedavinin Hedefleri

Hipertansiyon tanısı konulduktan sonra, bir tedavi rejimi planlanmalı ve uygulanmalıdır. Tedavinin amacı; hastaların çoğunda kan basıncını 140/90 mmHg altında tutmayı başarmak ve sürdürmektir. Birçok durumda geniş dalgalanmaları önlemek için kan basıncını kademeli olarak düşürmek daha iyi bir seçenek olacaktır.²¹

2.1.6.2. Nonfarmakolojik Tedavi

“Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisi İçin Yedinci Ortak Ulusal Komitesi Raporu” (JNC 7) normal kan basıncını sürdürmek için yapılması gereken öncelikli yaşam şekli değişikliklerini (kilonun ve sodyum tüketiminin azaltılması, düzenli fiziksel hareket, hafif alkol tüketimi ve sigaranın bırakılması vb) içeren hipertansiyon yönetim rehberi önermiştir. Eğer yapılan bu yaşam şekli değişiklikleri hedef kan basıncı değerini veya hedef kan basıncına doğru önemli bir ilerlemeyi sağlamıyorsa antihipertansif ilaç tedavisine başlamak ve yaşam şekli değişikliklerine devam etmek önemlidir.^{21, 34}

2.1.6.3. Beslenme Yönetimi

Kan basıncındaki davranışsal belirleyiciler diyetteki kalori ve tuz tüketimi ile ilişkilidir; hipertansiyon prevalansı ortalama vücut kitle indeksiyle doğru orantılı olarak artar. “Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımları” (DASH) araştırma sonuçları prehipertansiyon veya evre 1 hipertansiyonlu bireylerin sodyum ve kalori alımını kısıtlamaksızın bile diyetlerinde bol taze meyve sebze ve az yağlı süt ürünlerine bağlı kalarak kan basınçlarını düşürebildiklerini göstermiştir. DASH diyeti, diyetteki sodyum sınırlamasını içine alabilen ve monoterapiden fayda görme derecesine paralel olarak kan basıncını düşürücü etki gösterir.²¹

Sodyum alımına ciddi sınırlamalar getirilmesi genellikle kabul edilmez; buna karşın hafif kısıtlamalar (günlük 4-6 gram) yararlıdır ve daha kolay uygulanır. Çok tuzlu yiyeceklerden uzak durarak ve ilave tuz tüketiminden kaçınarak başarı elde edilebilir. Araştırmalar ve klinik gözlemler aşağıdaki sonuçları göstermektedir:²¹

- Sadece sodyum kısıtlaması, kan basıncını düşürür.
- Sodyum kısıtlaması diüretiklerin ve diğer antihipertansif ilaçların antihipertansif etkilerini artırır. Tam tersi aşırı sodyum alımı, tüm antihipertansif ilaçların etkilerini azaltır.
- Sodyum kısıtlaması antihipertansif ilaçların doz miktarlarını azaltabilir ve böylelikle ilaçların yan etkilerinin şiddeti ve insidansı azalır.

2.1.6.4. Yaşam Şekli Değişikliklerinin Yönetimi

Birçok kaynak düzenli aerobik egzersiz yapmanın tek başına kan basıncını düşürmede etkili olduğunu gösterir. Bununla birlikte kan basıncını kontrol altına almada egzersizin direkt faydalarını sigara ve alkol tüketimini azaltmak, kilo vermek ve düzenli diyetle uymak gibi yaşam şekli değişikliklerinden ayırt etmek sıklıkla güçtür. JNC 7 raporu haftada en az 4 gün, günde en az 30 dk. Egzersiz yapılmasını, en az 4.5 kilo kaybını, erkekler için günde iki kadeh veya daha az, kadınlar için günde bir kadeh veya daha az alkol tüketimini ve sigaranın bırakılmasını önermiştir.²¹

2.1.6.5. İlaç Tedavisi

Primer hipertansiyon yönetiminde kullanılan ilaçlar; anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, anjiotensin II blokerleri, antiadrenarjikler, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler ve direkt etkili vazodilatörlerdir. Genellikle bu ilaçlar, kardiyak outputu ve periferik vasküler direnci düşürerek kan basıncını azaltır.²¹

Hipertansiyon yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslar arası Hipertansiyon Birliği'nin raporuna gör antihipertansif ilacı seçerken; en düşük mevcut dozda tek ilaçla

tedaviye başlarken; kullanılan ilaç yetersiz kaldığında ya da iyi tolere edilmediğinde ilaç dozunun artırılması ya da ikinci bir ilacın eklenmesi yerine o ilacı başka bir gruptaki ilaçla değiştirirken ve uzun etkili ilaçlar kullanılırken yaş, etnik köken ve eşlik eden kardiovasküler hastalıkların varlığı dikkate alınmalıdır. Bu rapor birçok kişinin kan basıncını düzenlemek için, iki veya daha fazla ilaca gereksinim duyduğuna dikkat çekmektedir.²¹

Bireye özgü ilaç seçimi ve yaşam kalitesi kavramlarının giderek önem kazanması ile günümüzde çeşitli antihipertansif ilaçlar değişik hasta gruplarında ilk seçenek olmaktadır. Doğru ilaç seçiminde, hastanın arter kan basıncı değeri, hedef organ hasarının olup olmaması, hastada var olan kardiovasküler riskler dikkat edilmesi gereken durumlardandır. İlaçların tamamen bırakılması söz konusu değildir. İlaç tedavisindeki başarısızlıkta hastanın tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlamamasının çok önemli rolü vardır. Öncelikle hastanın uyumu değerlendirilmeli sonra ilaç değişikliği düşünülmelidir.³⁴

2.1.6.6. Bakım

Arter kan basıncı değerlerinin izlenmesi hem tedaviye başlamaya karar verme hem de tedavinin etkilerini izleme yönünden her zaman önceliklidir ve doğru yöntem kullanılarak uygun sıklıkta yapılmalıdır. Hipertansiyon tanısı konulan hastanın öyküsünde; hipertansiyonun süresi, kullanılan ilaçlar, dozları ve yan etkilerinin olup olmadığı, hipertansiyon nedeni olabilecek ilaç kullanımı, aile öyküsü, hedef organ hasarı ile ilgili belirti bulgular, hipertansiyon ile ilişkili kardiovasküler risk faktörlerinin varlığı, hastanın hastalığa uyumunu etkileyecek psikososyal faktörler vurgulanmalıdır.³⁴

Hastanın baştan aşağı fizik muayenesi sırasında özellikle, nabızlar ritm, dolgunluk, düzen yönünden çift taraflı olarak incelenmeli, karotis arterde, abdominal aortada üfürüm olup olmadığı, ilave kalp seslerinin varlığı, böbreklerde büyüme olup

olmadığı ya da kitle varlığı ve dikkatli göz dibi muayenesinin yapılması hedef organ hasarları ve sekonder hipertansiyon nedenlerini saptama açısından yararlıdır.³⁴

2.2. Öz-Etkililik Algısı

Sağlıklı kişilerin istendik sağlık davranışları oluşturmada, kronik hastalığa sahip kişilerin ise sağlığının sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesinde öz-etkililik algısı önemsenmesi gereken bir konudur. Öz-etkililik/yeterlilik terimi ilk kez 1977 yılında psikolog Albert Bandura tarafından “Bilişsel Davranış Değişimi” fikriyle ortaya atılmıştır. Kuvvetli bir kişisel yeterlilik fikrinin daha sağlıklı olmak, daha yüksek başarı kazanmak ve sosyal bütünleşme kavramlarıyla ilgili olduğu öne sürülmüştür.³⁵ Orijinali “Self Efficacy” olan kavramın Türkçeye dönüştürülmesinde bir çalışma “öz-yetki” terimi kullanılmış;³⁶ bir başka çalışmada “öz-etkililik” kavramını kullanmıştır.³⁷ Son olarak Aksayan ve Gözüm bu karmaşanın ortadan kalkması için dil bilimcilerin önerileri doğrultusunda “öz-etkililik/yeterlilik” kavramını ileri sürmüşlerdir.^{6, 36, 37}

Bandura’ya göre öz-etkililik, bireyin, belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendisi hakkındaki yargısıdır. Diğer bir deyişle, bireyin gelecekte karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır.³⁸⁻⁴⁰

Kronik hastalık varlığında sağlığı geliştirme uygulamalarının önemli basamaklarından biri olan öz-etkililik algısı, istendik sağlık davranışlarına başlayıp, sürdürmede çok önemli bir adımdır. Kişinin öz-etkililik algısındaki artış, istendik sağlık davranışları sergilemesine sebep olmaktadır.⁴¹ Kilo kontrolü, egzersiz, sigara ve alkolü bırakma gibi pek çok sağlık davranışı konusunda yararlı olan öz-etkililik algısı kronik hastalıkların yönetiminde de son derece önemlidir.^{8,9}

Öz-etkililik seviyesi yüksek olan kişiler çok daha riskli ve karmaşık görevleri yapabilirken, kendisini daha nesnel bir şekilde ele alırken; düşük olan kişiler çaresizlik, anksiyete ve depresyon yaşamaktadır. Davranış değişikliği daha çok kişisel denetim ile kolaylaşır. Davranış değişikliğini devam ettirmek ise kişinin baş edebilme yeteneği ile alakalıdır. Bireyler bir sorunu çözebileceklerini düşünürlerse, sorunu çözmek için karar alırlar ve hızlı bir şekilde harekete geçerler.³⁵ Birçok kişi davranışlarını değiştirmek için karar vermeye zorlanır ve karar verseler bile en küçük bir olumsuzlukla karşılaştıklarında geri adım atma olasılıkları yüksektir.³⁵ Öz-etkililik kişilerin hem sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmek istediklerinde, hem de hareketlerini denetleme aşamasında çok önemlidir. Bu düzeyin yüksek olması, toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeden sorumlu sağlık profesyonelleri için oldukça önemli ve gereklidir. Bu vesileyle sağlık alanında hizmet verenlerin, hem kendilerini hem de hizmet sunduğu toplumu daha iyi tanıyıp anlaması sağlanabilir.⁴²

İnsanların düşünce ve davranışları öz-etkililik seviyelerine göre farklılık gösterir. Kişilerin öz-etkililik seviyeleri, eyleme geçme isteğini azaltabilir ya da artırabilir. Ülkemizde hipertansiyon kontrolünün %25 üzerine çıkarılamamasındaki en büyük rol bireylerin öz-etkililik düzeylerini geliştirmeden hastaların tedaviye uyum göstermelerini beklemektir.⁴³ Uyumsuzluk ya da yetersiz uyum hipertansiyonun kontrol altına alınamamasında büyük bir etken olup, ilaç tedavisine uyum sağlamamak, reçetelerini zamanında yazdıramamak veya günlük rutinine koymamakla uyumsuzluk oluşabilir.⁴⁴

⁴⁵ Uyumsuzluk ifade eden hastalar iyi açıklama yapılmadığından veya çok iyi takip edilmediğinden doğru bir biçimde tedaviyi uygulamazlar, ilaçları yeterli dozda almayı unuturlar, ilaç almanın yararına inanmazlar, ya da bilinçli bir şekilde almazlar. Ayrıca, sigara ve alkol kullanmak, yağ ve sodyumdan zengin bir diyet, fazla kilo alımı, fiziksel

aktivite yetersizliği, kontrollere düzenli gitmemek gibi sağlıksız davranışları devam ettirmek uyumsuzluğun yaygın nedenleridir.⁴⁴⁻⁴⁶

Kronik hastalığı olan bireylerin öz etkililik düzeylerini artırabilmek, ilaca ve tedaviye uyumu istendik düzeye çıkarabilmek için yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de artırılması gerekmektedir.

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı (Health Literacy), sağlığın geliştirilmesi kavramı çerçevesinde 1980’li yılların sonlarına doğru tanımlanmış bir kavramdır.²⁸⁻³⁰ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığı tanımını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi şeklinde yapmıştır.^{47, 48} Sağlık okuryazarlığı, reçete edilen ilaçların nasıl kullanılacağını, randevu takip sistemini, izin formlarını, doktor açıklamalarını ve tıbbi eğitim broşürlerini anlama ve algılama ve bu sistemlerle baş edebilme yeteneğini içerir.⁴⁹

Sağlık Okuryazarlığı Avrupa Birliği Konsorsiyumunun oluşturduğu tanımlamaya göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlıkla ilişkilidir ve tüm hayat boyunca yaşıam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesiyle ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama da insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir.^{50, 51}

Sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir.^{52, 53}

Sağlığı geliştirme için önemli adımlardan biri olan sağlık okuryazarlığı halk sağlığı açısından önemini ifade eden altı tema belirlenmiştir:⁵⁴

1. Etkilediđi insan sayısı: Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ÷lkelerde olduğu kadar gelişmiş ÷lkelerde de şaşırtıcı bir şekilde yaygın olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının ÷lkelere g÷re %7.0-47.0 arasında değiştiği g÷sterilmektedir.⁵⁵ Kadınların bu durumdan daha fazla etkilendiği, dñnya genelinde kadınların ÷çte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirtilmektedir.

2. Olumsuz sağlık sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki vardır.

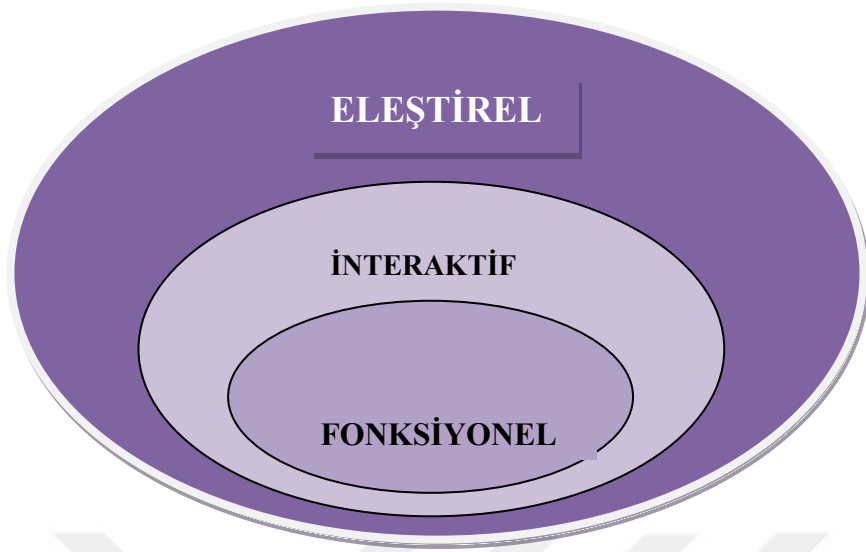
3. Kronik hastalık oranında artış: K÷resel hastalık y÷k÷n÷n %47'sini oluşturan kronik hastalıkların öz y÷netiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır.

4. Sağlık bakım maliyetleri: Sınırlı sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakımına yıllık %3-5 oranında ek maliyet getirmektedir.

5. Sağlık bilgisi talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma d÷zeyi arasında bir uyumsuzluk vardır. Teknik terimlerin ve mesleki dilin (jargon) kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.

6. Eşitlikilik: D÷ř÷k sağlık okuryazarlığı d÷zeyi, bireyin kendi sağlığını etkili bir biçimde y÷netememesi, sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasını ifade eder. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır.

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları



Şekil 2.3. Sağlık okuryazarlığı basamakları

- 1- Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı
- 2- İnteraktif sağlık okuryazarlığı
- 3- Eleştirel sağlık okuryazarlığı⁴⁸

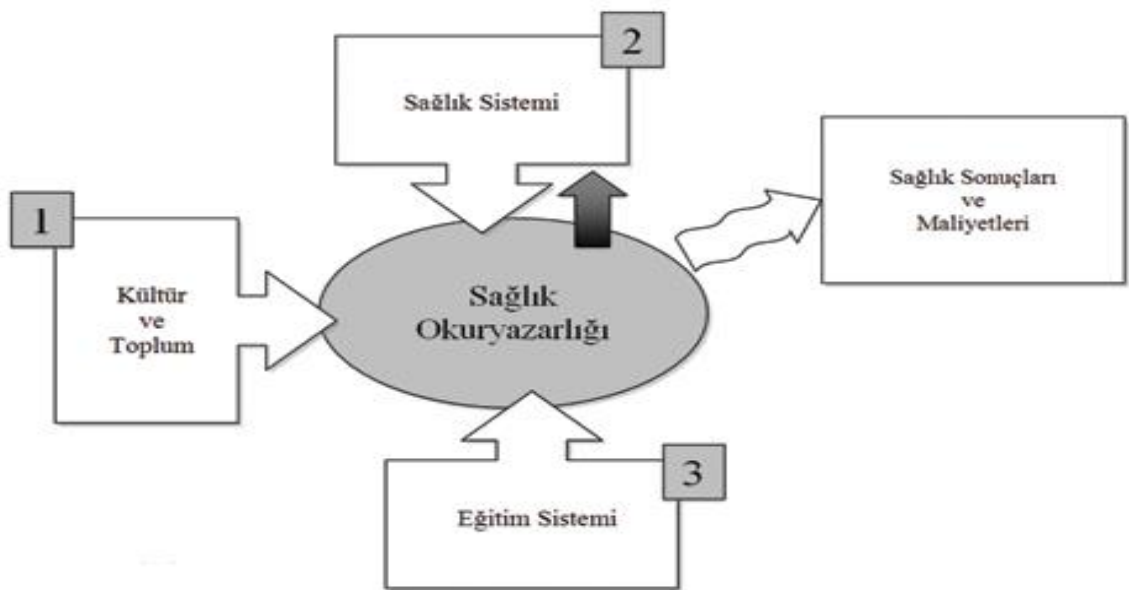
1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlık alanında ki temel okuma yazma düzeyini göstermektedir. Kişilerin bu basamakta pasif olduğu bilinmektedir.^{47, 48, 56}

Sağlık riskleri ile ilgili fiili bilgilerin iletişimine ve sağlık birimlerinin nasıl kullanılması gerektiği ile alakalı geleneksel sağlık eğitiminin bir neticesini gösterir.^{47, 56} Bu seviyede kişilerin karşı karşıya kalacağı güçlük, kendisiyle ilgili esas bilgi kaynaklarına nasıl ulaşacağı ve kullanacağıdır.

2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Gelişmiş bilişsel okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içermektedir. Kişi bu basamakta aktiftir.^{47, 56} Eğitimsel yaklaşımın bu türünde bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde hareket etmek ve alınan tavsiyeler doğrultusunda harekete geçmek için motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir.^{47, 56}

3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Üst düzey gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Kişi bu basamakta proaktiftir. Bu düzeyde bireyler daha çok etkin sosyal ve politik yapının geliştirilmesine yönelik eylemlerde harekete geçerler. Bu aşamada sağlık eğitimi; sağlığın çevresel, ekonomik ve sosyal belirleyicilerini incelemek için çeşitli hareket biçimlerinin siyasi geçerliliği ve örgütsel olanaklarını soruşturan becerilerin geliştirilmesini ve bilgilerin iletişimini içine alabilir. Bu durumda eğitim programları sağlığın söz konusu sosyal ve ekonomik belirleyicilerini etkilemek amacıyla bireysel ve toplumsal kapasiteyi artırmaya yönelik olacaktır.^{47, 56}

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin mümkün olabilecek sağlık sonuçları, müdahale alanları ve maliyetleri ile alakalı noktalar Şekil 2.4'te verilmiştir. Buna göre sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültür ve toplum olmak üzere üç uygulama alanı bulunmaktadır. Bu üç kriter çerçevesinde yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığının daha iyiye gitmesine sebep olacaktır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi halkın sağlık çıktılarını ve sonuç olarak oluşan maliyetleri direkt olarak tesiri altına almaktadır.⁴⁹ Bu bakımdan değerlendirilen sağlık politikaları içinde sağlık okuryazarlığı çok önemli bir yere sahiptir.



Şekil 2.4. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmada geç kaldıkları, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları, dolayısı ile hastaneye yatış oranlarının arttığı saptanmıştır. Benzer biçimde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları, sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşadıkları gösterilmiştir.⁵⁷ Amerika’da yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığı sonuçlarının incelenmesi, bu durumun hastalar ve doktorlar üzerindeki etkisinin tespit edilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için izlenmesi gereken yöntem ve araştırma konularının tanımlanması için Amerikan Tıp Birliği tarafından çalışma yürütülmüştür. Yapılan bu araştırmaya göre, sağlık okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan hastaların, hastalığını olumsuz etkileyecek iletişim sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Söz konusu hastaların, sağlık durumlarını ifade etmekte başarısız olmalarının yanı sıra, tıbbi durumlarını ve tedavilerini de yeterince anlamadıkları belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı, hastaneye yatış riskini de artırmaktadır.⁵⁸ Yapılan bir başka çalışmada da düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin sağlık durumlarının daha kötü olduğu ve hastane yatış oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.^{49,59, 60} Ayrıca, sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan kişilerin, ölüm istatistiklerine bakıldığında oranların daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır.^{57, 59, 60}

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesini Ölçmek için Kullanılan Ölçüm Araçları

Bireylerin sağlık alanında kendi hastalıkları ve yapılacak uygulamalara ilişkin kullanılan yazılı dokümanları anlama kapasitesini ve bu alanda kullanılabilecek terimler konusunda kişilerin farkındalık düzeylerini belirlemek için birçok ölçüm aracı

geliştirilmiştir.⁶¹ Sağlık okuryazarlığı çok kapsamlı bir kavram olduğu için günümüzde uzmanlar bunun doğru ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi için farklı ölçüm yöntemleri üzerinde tartışmaktadır. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan ölçekler 4 grupta toplanmaktadır.⁴⁹

- 1- Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA)
- 2- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)
- 3- Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale-HALS)
- 4- NVS (Newest Vital Sign)

2.3.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Yetersiz sağlık okuryazarlığı; tıp ile ilgili terimleri okuma, dinlediğini anlama, analitik düşünme ve kararlar alma becerilerinin eksikliği ile ortaya konulmaktadır.^{62, 63}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, sağlık okuryazarlığının boyutu sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde genişletilmelidir.⁶⁴

Kişilerin sağlıkları üzerinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersizliği birçok noktada etkisini göstermektedir.

Bunlar:

1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı
2. Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme
3. Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik
4. Tıbbi öneri ya da talimatlara bağlılıkta yetersizlik
5. Öz-bakım yetersizliği
6. Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme

7. Mortalitede artış olarak gösterilmektedir⁶⁵

Hastalar, sıklıkla riskleri ve kazançları analiz etme, ilaç dozlarını hesaplama, bilgiyi değerlendirme, test sonuçlarını anlamlandırma ya da sağlık ile ilgili bilgileri nereden ve nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bir süreç içerisindeyler. Nitelikli bir sağlık hizmeti almak için hastaların, nerelerinde rahatsızlıklarının olduğunu doğru anlatmaları ve hastalık belirtilerini olduğu gibi tarif etmeleri gerekmektedir. Gerekli soru sormaları, önerilen tıbbi tedaviyi olduğu gibi anlayıp uygulamaları hastalardan beklenen özelliklerdir.⁶⁶ Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının, sağlık ile ilgili konuları anlamada zayıflığa, tıbbi işlem ve yönergeleri yerine getirmede güçlüklerle ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlara sebep olduğu gösterilmiştir.⁴⁹

Mark Williams ve arkadaşlarının, hastaların temel okumaları ne kadar yapabildiklerini inceleyen kesitsel çalışmasında; hastaların büyük bölümünün en temel tıbbi ifadeleri okuma ve anlamada yetersiz oldukları saptanmıştır.¹⁵ Araştırmaya alınan hastaların %59.5'i ise standart bilgilendirilmiş onam formlarının içeriğini, %41.6'sı aç karnına ilaç alınması gerektiğini, %26'sı bir sonraki randevu tarihini anlayamamıştır. Yapılan çalışma ile yetersiz sağlık okuryazarlığının, hastaların kendi hastalıklarının teşhis ve tedavisini anlamalarında ve kaliteli bir şekilde tedavi görmelerine engel oluşturabileceği bulunmuştur.

UNESCO'nun 2012 yılında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; Türkiye'de genel okuma yazma oranı 15 yaş ve üstü kadınlarda %91.6, erkeklerde %98.3 olmak üzere toplamda %94.9'dur (gelişmiş ülke ortalaması %99.7). Benzer şekilde 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de 25 yaş ve üstü nüfusta ortalama okullaşma süresi kadınlarda 6.7 yıl, erkeklerde 8.5 yıl ve toplamda ise 7.6 yıldır (ABD'de 12 yıl).⁶⁷ Bu verilere dayanarak Türkiye; okullaşma süresi ve genel okuryazarlık oranı bakımından gelişmiş ülkelere göre daha gerilerde bulunmaktadır. Türkiye'de kişi başına düşen ortalama

eğitim süresinin 6.5 yıl olduğu varsayıldığında sağlık okuryazarlığı seviyesinin oldukça düşük olması beklenebilir.⁶⁸

2.4. Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitim

Günümüzde bilim ve teknoloji alanındaki gelişen hızlı ilerlemeler ekonomik sistemde olduğu kadar sosyal ve eğitimsel sistemlerde de etkisini göstermektedir. Eğitim yaşamımızın her alanında, ticaret, ordu, psikoloji, sanayi ve diğer tüm bilim dallarının tümünde yer almaktadır. Eğitim hem bilgi aktarılan hem de beceri kazandıran bir süreçtir ve bu süreçte bilginin dağıtımı esas noktadır. Bu sebeple bilgiyi etkileyebilecek her teknolojiye eğitim kapısını açmak durumundadır. Eğitim ve bilgiye duyulan ihtiyaç, farklı eğitim öğretim yöntemlerinde teknolojik değişimleri sağlamış ve sonuç olarak eğitim, öğretim ve teknolojinin birlikte gelişmesiyle eğitimi aşamalı olarak değişime sürüklemiştir. Eğitim ve öğretimdeki bu köklü farklılaşmanın en önemli nedenleri; kadınların eğitime katılımı, öğrenci mevcudunda yükselme, yaşam boyu öğrenme dürtüsüyle birlikte kişilerdeki eğitim isteklerinin artması sayılabilir.⁶⁹

Uzaktan eğitim terimi ilk olarak Wisconsin Üniversitesinin 1892 kataloğunda sözü geçmiş ve Wisconsin Üniversitesinin direktörü William Lightly tarafından 1906'da bir yazıda kullanılmıştır.⁷⁰ Başlangıçta mektupla ardından radyo, televizyon ve CD'lerle devam eden uzaktan eğitim yaklaşımı, günümüzde oldukça belirgin bir değişime uğrayarak devam etmektedir. E-posta, e-dergi, e-kitap kavramlarının ardından, bilgisayar ve internet teknolojisinin geldiği bugünkü noktada birçok eğitim kurumu internete dayalı uzaktan eğitime geçiş yapmıştır.⁶⁹

Uzaktan eğitimde web teknolojilerinin kullanılmasıyla oluşturulan eğitim yöntemi ise “web tabanlı eğitim” (WTE) olarak adlandırılmaktadır. Web teknolojileri ile yaratılan öğrenme ortamlarında öğrenci, öğretmen, internet ortamında metin, grafik, veri ve formül gibi öğeleri paylaşabilir. Büyük ya da küçük gruplar ile oluşturulan

tartışma ortamları, bireysel aktiviteler ya da grup aktiviteleri, öğrenci ve öğretmen arasında farklı düzeylerde iletişim imkânının sağlanması da uzaktan eğitimin çerçevesini oluşturmaktadır.^{71, 72}

Geçmişte sadece yüz yüze eğitimle sınırlı olan sağlık eğitimi, bilişim teknolojilerindeki gelişmelerle web ortamına da taşınmıştır.⁷³ İnternet hastalara, ailelerine ve sağlık profesyonellerine birbirleriyle iletişim kurmalarında, öğrenmelerinde ve bilgiye ulaşmalarında eşsiz fırsatlar sağlamakta ve kullanıcı memnuniyeti genellikle pozitif yönde olmaktadır.⁷⁴

Sağlıkla ilgili alanlarda eğitim ve bilgi vermek amacıyla internet sıkça kullanılmaktadır. İnternetin kullanımı kolaydır ve kullanım sıklığı nedeniyle birçok kişiye ulaşım imkânı sağlar.^{75, 76} Bu özelliği nedeniyle de internete dayalı eğitimin avantajları ve dezavantajları vardır. Bu eğitimin avantajları bireyin istenilen yer ve zamanda eğitimi alması, öğrenme kapasitesine göre konuyu istediği derinlikte öğrenebilmesi, iş süreçlerini ve üretimi aksatmadan kısa zamanda eğitim alabilmesi, ne kadar çalışmak istediğine karar verebilmesi, dinlenme aralarını belirleyebilmesi, önceden öğrendiklerini gözden geçirebilmesidir.⁷⁶ İnternet eğitiminin dezavantajı ise, internet ortamında grup değerlendirilmesinin zor olmasıdır.^{77, 78}

Colvin, Chenoweth, Bold ve Harding (2004) internete dayalı olarak yapılan sosyal desteğin avantaj ve dezavantajlarını belirlemeye yönelik kalitatif bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın örneklemini ailesinden birine bakım vermek zorunda olan bireyler oluşturmuştur. Bu çalışmada katılımcılar internete dayalı olarak yapılan sosyal desteğin avantajlarının, gerçek ismini saklayabilmesinin getirdiği rahatlık, bakım verenin rahat olması ve hemen cevap verme zorunluluğunun olmaması, bireye özgü olması, çok sayıda kişiyle etkileşim ve problemlerine çözüm bulunması olarak

belirtmişlerdir. Dezavantajlarını ise; fiziksel ve sosyal etkileşimin olmaması olarak belirtmişlerdir.⁷⁹

Kronik hastalıkların özbakım yönetiminde internet ve internete dayalı girişimlerin etkilerini 1996 ve 2003 yılları arasında inceleyen 22 makale (n:11.754), meta analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan meta analiz sonucunda internete dayalı girişimlerin bilgi ve davranışı değiştirmede etkin oldukları belirlenmiştir.⁸⁰

Grant, Cagliero, Chueh, Meigs (2005), Tip 2 diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada hastalıkları hakkında bilgi edinmek için interneti kullananların, interneti kullanmayanlara göre A1c, LDL, kan basıncı sonuçlarının ve öz bakımlarını yerine getirebilme davranışlarının daha iyi olduğunu bulmuşlardır.⁸¹

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Çalışmanın Şekli

Bu araştırma; hipertansiyon hastası olan kişilere verilen web tabanlı ve yüz yüze eğitiminin öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığına etkisini karşılaştırmak amacıyla ön test-son test yarı deneme modeli kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzurum il merkezinde bulunan, Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne bağlı bölgede, Ocak 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında ilgili ASM'ye kayıtlı 1226 hipertansiyonlu hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü; %95 test gücü ve 0.05 hata düzeyi ile yapılan güç analizi sonucu toplam 128 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini ise evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 140 hasta oluşturmuştur. Yüz yüze ve web eğitim gruplarının seçilmesinde bire bir olacak şekilde sıralı olarak 70 yüz yüze eğitim grubuna, 70 web eğitim grubuna olmak üzere toplam 140 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerden dördü farklı bir bölgeye taşındıkları için araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri

- Yetişkin yaş grubunda olmak (30-65 yaş)
- En az ilköğretim mezunu olmak
- En az bir yıldır hipertansiyon tanısı almış olmak
- İletişime açık ve katılımda istekli olmak
- Bilgisayar kullanabiliyor olmak

- Araştırmaya katılmayı engelleyecek düzeyde fiziksel ve ruhsal bir hastalığı olmamak

3.4. Veri Toplama Araçları

-Tanımlayıcı Özellik Formu: Hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen 9, okuma alışkanlıklarını belirleyen 7, hastalığa ve hastalıkla ilgili bilgi alma durumlarına ilişkin özelliklerini belirleyen 10 sorudan oluşan bir formdur **(EK-2)**.

-Hipertansiyon Bilgi Testi: Kişilerin hipertansiyon ile ilgili bilgi durumunu ölçen, toplam on sorudan oluşan bir formdur. Her doğru cevaba on puan verilerek toplamda yüz üzerinden değerlendirilir. Toplam puanın yükselmesi bilgi durumunun iyi olduğunu ifade eder **(EK-3)**.⁸²

-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Scale HLS-14): Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Suka et al. (2013) tarafından yetişkin kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek amacıyla 2010 yılında Japonya’da geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği 14 maddeden oluşmakta, fonksiyonel, interaktif sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. **(EK-4)**.⁸³ Ölçeğin Cronbach alfa değerinin 0.81 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Türkoğlu ve Kılıç (2015)⁸⁴ tarafından yapılmış ve ölçeğin yüksek geçerlilik ve güvenilirlik göstergeleri olan bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach alfa değeri 0.85, bu çalışmada 0.82 olarak saptanmıştır.

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutu: Bireylerin temel okuma yazma becerilerini gösterir. Sağlıkla ilgili olarak da sağlık riskleri ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneğini (reçeteleri okuma, prospektüsleri okuma ve bakım için gerekli bilgileri okuma ve anlama gibi) ifade eden bu alt boyut 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 3, 4, 5. maddelerdir. Bu alt

boyutun Cronbach alfa değeri 0.83 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa değerinin 0.96 olduğu saptanmıştır.

İnteraktif sağlık okuryazarlığı alt boyutu: İleri düzeyde bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulamayı gerektirir. Hastanın bağımsız davranış sergilemesi, kendi sağlık durumu ile ilgili karar verebilmesi ve sağlık profesyonelleri ile etkin iletişim kurabilmesi olarak tanımlanan bu alt boyut 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 6, 7, 8, 9, 10. maddelerdir. Bu alt boyutun Cronbach alfa değerinin 0.85 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.95 olarak saptanmıştır.

Eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutu: Sağlıkla ilgili bilginin eleştirel olarak analiz edilmesinde sağlık kararlarının verilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içeren bu alt boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 11, 12, 13 ve 14. maddelerdir. Bu alt boyutun Cronbach alfa değerinin 0.76 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa değerinin 0.92 olduğu saptanmıştır.

Orijinal ölçeğin her bir maddesi “*kesinlikle katılmıyorum*” (1 puan) ile “*kesinlikle katılıyorum*” (5 puan) arasında değişen 5’li likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek maddeleri 1-5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 14 ile 70 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

-Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği (Hypertension Self-Care Scale)

Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği Han et al. (2013) tarafından hipertansiyonlu hastaların öz-etkililik düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinali her bir madde “hiç uygun değil” (1 puan) ile “çok uygun” (4 puan) şeklinde değişen 4’lü likert tipindedir. Ölçek maddeleri 1-4 puan

arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 20 ile 80 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi hipertansiyonda öz-etkililik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir **(EK-5)**.⁸⁵ Ölçeğin Cronbach alfa değerlerinin 0. 91 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Türkoğlu ve Kılıç (2015)⁸⁶ tarafından yapılmış ve ölçeğin yüksek geçerlilik ve güvenilirlik göstergeleri olan bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach alfa değeri 0.88, bu çalışmada 0.95 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

-Ön Test Verilerinin Toplanması

Araştırmanın ön test verileri Haziran 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ilgili ASM'ne başvuran kişilerden iletişim bilgileri alınarak aranmış ve araştırma hakkında kısa bir bilgi verildikten sonra ön test uygulaması için ev ziyaretleri planlanmıştır. Ön test verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanması ortalama 25 dakika sürmüştür. Verilerin toplanmasında web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilere “Tanımlayıcı Özellik Formu”, “Hipertansiyon Bilgi Testi”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve “Hipertansiyon’da Öz-etkililik Ölçeği” uygulanmıştır.

-Son Test Verilerinin Toplanması

Yüz yüze eğitim grubundaki kişilere 2 hafta ara ile 6 defa eğitim yapılmıştır. Web eğitim grubundaki kişilerin web sitesine 2 hafta ara ile 6 defa eğitim yüklenmiştir. Eğitimler bittikten üç ay sonra her iki gruptaki kişilere “Tanımlayıcı Özellik Formu”, “Hipertansiyon Bilgi Testi”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve “Hipertansiyon’da Öz-etkililik Ölçeği” tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır.

3.6. Hemşirelik Girişimleri

Hipertansiyon hastalarına hemşirelik girişimi olarak web eğitimi ve yüz yüze

eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programı; kullanılan materyaller aynı olup, üç aylık bir dönemde web eğitim grubundaki bireylere hazırlanan web sitesi aracılığıyla, yüz yüze eğitim grubundaki kişilere de bire bir eğitim şeklinde uygulanmıştır. Literatür taranarak “Hipertansiyonla Yaşam” eğitim kitapçığı hazırlanmıştır **(EK-8)**.

3.6.1. Eğitim Programı

Web eğitim grubunda ki bireylere ilk görüşme sırasında web tasarımı tanıtılmış, siteye üyelikleri sağlanmış, eğitimleri nasıl takip edecekleri konusunda bilgi verilmiş, örnek uygulamalar yapılmıştır.

Yüz yüze eğitim grubundaki bireylere sağlık eğitim yöntemleri içinde en etkili yöntem olan bireysel eğitim kullanılmıştır. Bireysel eğitimin; literatürde belirtilen anlatma, soru-cevap, gösterme ve yaptırma gibi öğretim yöntemleri uygulanmıştır.⁸⁷ Yapılan ev ziyaretleri; eğitici ve hasta bireyler arasında olumlu iletişim sağlanmasını, sorunların yerinde görülmesini ve uygulamalardaki gelişmelerin kolayca izlenmesini sağlamaktadır.

Eğitim programı içinde altı ana konu başlığı ele alınmış ve iki haftada bir olmak üzere üç ayda tamamlanmıştır. Her bir oturum yaklaşık bir saat sürmüştür. Eğitimler hastaların evinde ve yalnız bir görüşme ortamında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde bazı ailelerde ev halkının kalabalık olması ve uygun ortam bulunamaması engel oluşturmıştır. Görüşmeler için hastanın ve ailenin uygun olduğu tarihler belirlenip, o tarihte randevu alınarak yapılmıştır. Eğitimler her hafta aşağıdaki planlamaya göre düzenlenmiştir:

1. Eğitimde: Hipertansiyonun tanımı, önemi, belirtileri ve nedenleri
2. Eğitimde: Hipertansiyonun risk faktörleri ve hipertansiyonun organlara zarar verme durumu
3. Eğitimde: Evde kan basıncı ölçümü

4. Eğitimde: Hipertansiyon tedavisi ve hipertansiyonda beslenme
5. Eğitimde: Hipertansiyonda egzersiz ve diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları anlatılmıştır.
6. Eğitimde: daha önce anlatılan konular özetlenerek ve soru-cevap yöntemi ile anlaşılmayan, merak edilen noktalar tekrar gözden geçirilmiştir.

3.6.2. Girişim Materyali

Web eğitim grubu için araştırmacı tarafından “**hipertansiyonlayasam.com**” isimli bir web sitesi hazırlanmıştır.

Sitede, hipertansiyon hastaları ve yönetici için ayrılan iki ayrı giriş menüsü bulunmaktadır.



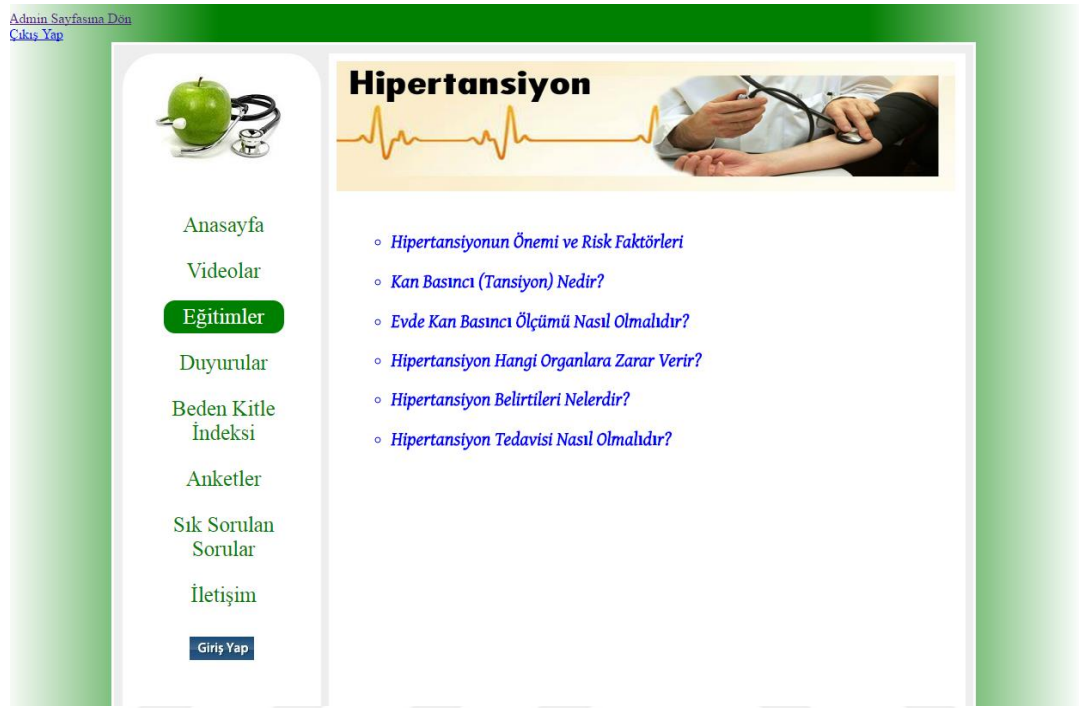
Şekil 3.1. Site ana sayfa

Hipertansiyonlu Birey Girişi

Şifre ve kullanıcı adı kullanarak sisteme giriş yapan hipertansiyon hastası Şekil 3.1’de ki görüntü ile karşılaşmaktadır. Ekranda ana sayfada yer alan linkler menüsü, hipertansiyon ile ilgili genel bir giriş yazısı ve ekranın alt kısmında sürekli değişen duyurular yer almaktadır. Site içeriğinde eğitim içerikleri, videolar, duyurular, anketler, beden kitle indeksinin hesaplanması, sık sorulan sorular ve iletişim linkleri

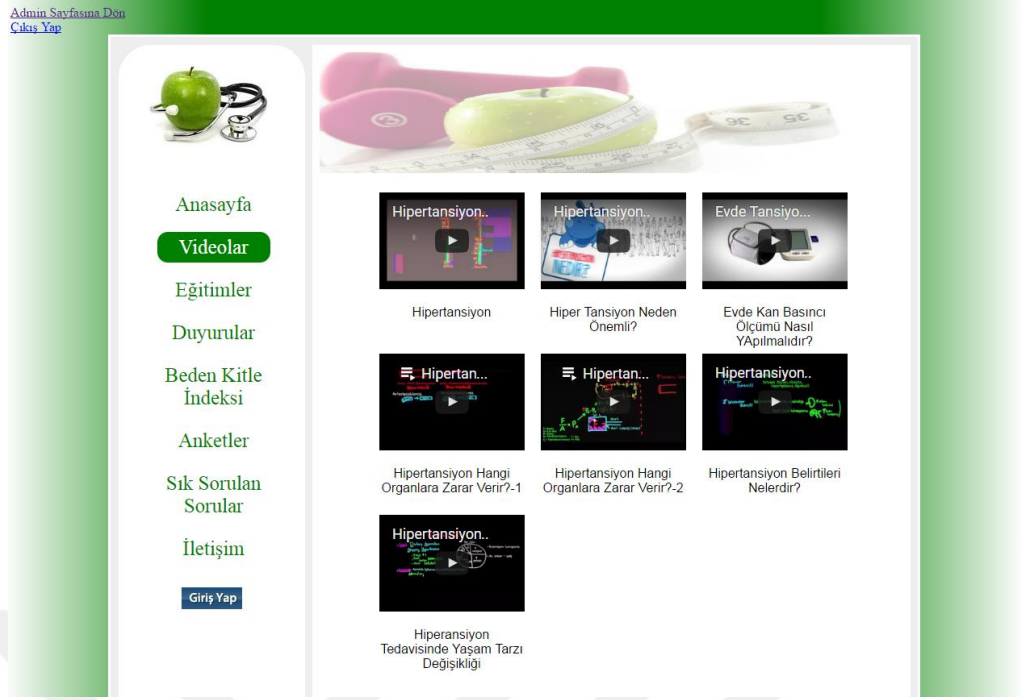
bulunmaktadır.

Eğitimler linkinde hastalar için hazırlanmış görsel eğitim materyalleri iki haftada bir yüklenmiştir (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Site eğitim menüsü

Videolar linkinde eğitimlerle paralel konuları kapsayan videolar bulunmaktadır (Şekil 3.3). Videolar da eğitimlerle paralel olacak şekilde iki haftada bir siteye eklenmiştir.



Şekil 3.3. Site videolar menüsü

Hastalar beden kitle indekslerini ilgili linke gerekli bilgileri girerek hesaplayabilmektedir (Şekil 3.4).

Şekil 3.4. Beden kitle indeksi hesaplama

Hastalar anketler linkinde tansiyon takip formu ve tez anket olarak iki başlıkla karşılaşmaktadır. Tansiyon takip formuna isim soy isim, tarih ve tansiyon değerlerini girerek oluşturdukları formu belli aralıklarla araştırmacıya göndermişlerdir (Şekil 3.5).

Tez anket bölümünde ise son test verilerinin toplanma aşamasında kişiler sisteme yüklenen bütün veri toplama araçlarını doldurup, araştırmacıya iletmışlerdir (Şekil 3.6).

Tansiyon Formu

* Gerekli

ismail palitoğlu *

Tarih

gg.aa.yyyy

Tansiyonunuz *

Örn : 170/90

Gönder

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Şekil 3.5. Tansiyon takip formu

TEZ ANKET

* Gerekli

1-Yaşınız *

2-Cinsiyetiniz *

● Kadın

● Erkek

3-Eğitim Durumunuz *

● İlköğretim

● Lise

● Üniversite ve üzeri

4-Medeni Durumunuz *

● Evli

● Bekar

5-Hanenizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz *

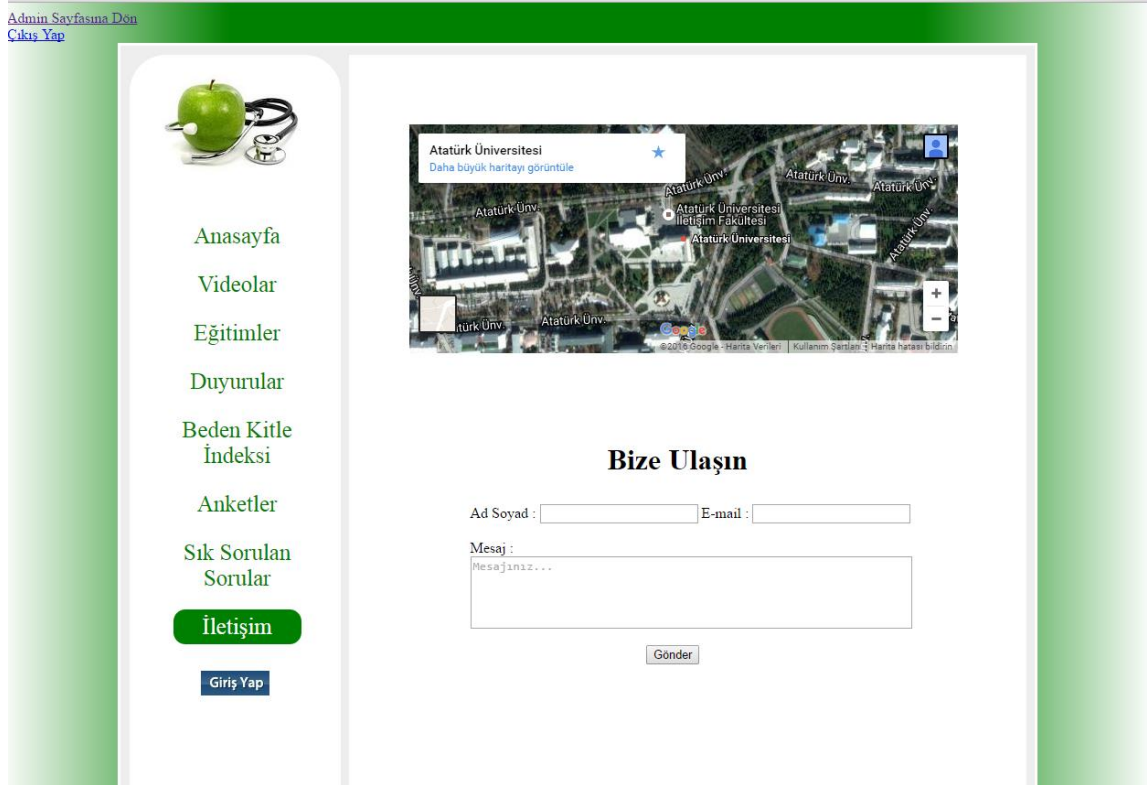
6-Aile tipi *

● Çekirdek Aile

● Geniş Aile

Şekil 3.6. Tez anket formu

İletişim linkini kullanarak ihtiyaç duydukları takdirde araştırmacı ile iletişime geçerek soru sorulabilmektedir (Şekil 3.7).



Şekil 3.7. İletişim menüsü

Sitede yapılan duyurular ilgili linkte, ayrıca sitenin ana sayfasında sürekli olarak görülebilmektedir (Şekil 3.8).



Şekil 3.8. Site duyurular menüsü

Siteye girebilmek için araştırmacının web eğitim grubundaki kişileri siteye üye yapması gerekmektedir. Web eğitim grubundaki kişiler kendi e-mail adresleri ve kendi belirledikleri şifreleri kullanarak siteye giriş yapmışlardır.

Yüz yüze eğitim grubundaki kişiler için iki haftada bir ev ziyareti yaparak toplam altı seferde eğitimler tamamlanmıştır. Eğitim sonunda hastalara araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan **“Hipertansiyonla Yaşam”** isimli eğitim kitapçığı verilmiştir. Verilen eğitim bu kitapçıkla desteklenmiş ve ihtiyaç duydukça bakıp bilgilerini tazelemeleri ve pekiştirmeleri sağlanmıştır. Eğitim kitapçığında hipertansiyonun tanımı, önemi, risk faktörleri, belirtileri, evde kan basıncı ölçümü ve tedavisinde uygulanabilecek adımlara ilişkin bir takım önerilere yer verilmiştir. İlgili kitapçık hipertansiyon hastalarının anlayacağı bir dille ve okuyabilecekleri yazı boyutunda hazırlanmıştır (EK-8).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada hipertansiyon hastalarının öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri bağımlı, hastalara verilecek farklı eğitim türleri ise bağımsız değişkeni oluşturmuştur. Hipertansiyon hastası bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, aile tipi, aylık geliri, kitap okuma durumu, kitap okuma düzeyi ve kan basıncı değerleri kontrol değişkenlerini oluşturmuştur. Kontrol değişkenleri için web ve yüz yüze eğitim grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 3.1.).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Çalışmada Kullanılan Testler

Çalışmada Değerlendirmeye Alınan Özellikler	Kullanılan Testler
• İki çalışma grubundaki kişilerin kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	• Ki-kare testi
• İki çalışma grubundaki kişilerin tanıtıcı özelliklerin dağılımı	• Yüzdelik dağılım
• İki çalışma grubundaki kişilerin SOY ölçeği ve Hipertansiyonda Öz-etkilik Ölçeği ön test-son test toplam puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi
• İki çalışma grubundaki kişilerin SOY ölçeği ve Hipertansiyonda Öz-etkilik Ölçeği ön test-son test toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması	• Eşleştirilmiş gruplarda <i>t</i> testi

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (**EK-6**). Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (**EK-7**). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden sözlü onay alınmıştır.

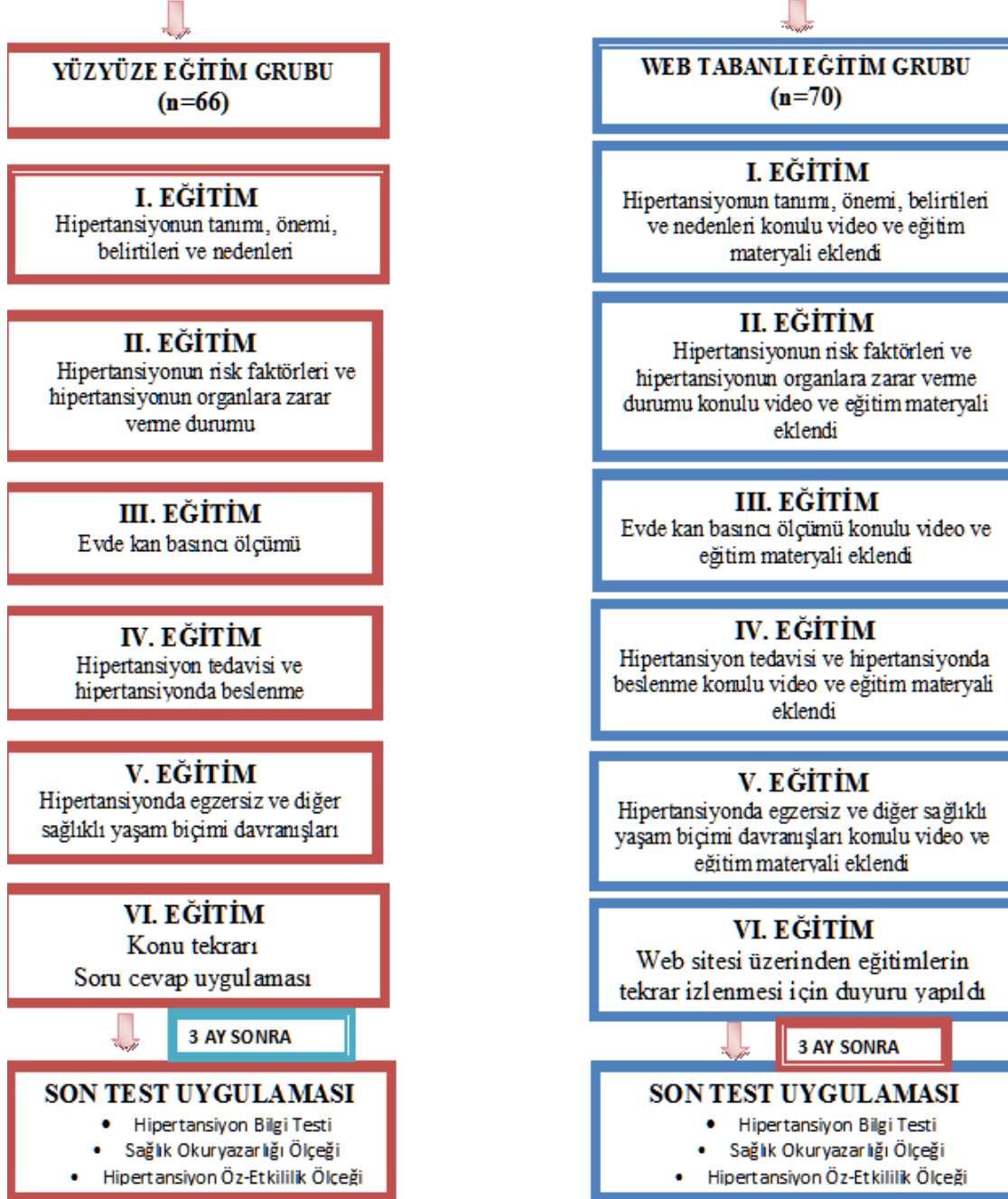
Tablo 3.1. Araştırmanın Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	Web Eğitim Grubu (n=70)		Yüz Yüze Eğitim Grubu (n=66)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Cinsiyet					
Kadın	18	25.7	16	24.2	$X^2=0.039$ $p=0.843$
Erkek	52	74.3	50	75.8	
Eğitim Durumu					
İlköğretim	18	25.7	25	37.9	$X^2=2.325$ $p=0.313$
Lise	38	54.3	30	45.4	
Üniversite ve üzeri	14	20.0	11	16.7	
Medeni Durum					
Evli	64	91.4	61	92.4	$X^2=0.045$ $p=0.831$
Bekar	6	8.6	5	7.6	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	45	64.3	35	53.0	$X^2=1.777$ $p=0.183$
Çalışmıyor	25	35.7	31	47.0	
Gelir Durumu					
Giderim gelirimden fazla	8	11.4	16	24.2	$X^2=5.030$ $p=0.081$
Giderim gelirime eşit	44	62.9	40	60.6	
Giderim gelirimden az	18	25.7	10	15.2	
Kitap Okuma Durumu					
Okuyor	47	67.1	36	54.5	$X^2=2.267$ $p=0.132$
Okumuyor	23	32.9	30	45.5	
Okuma Düzeyi					
Mükemmel	8	11.4	5	7.6	$X^2=6.952$ $p=0.138$
Çok iyi	2	2.9	6	9.1	
İyi	33	47.1	25	37.9	
Kötü	18	25.7	13	19.7	
Çok Kötü	9	12.9	17	25.8	
Ortalama Değerler	X	Ss	X	Ss	
Yaş	45.28	8.86	51.50	10.31	$X^2=5.034$ $p=0.169$

ARAŞTIRMA PLANI

ÖN TEST UYGULAMASI

- Tanımlayıcı Özellik Formu
- Hipertansiyon Bilgi Testi
- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
- Hipertansiyon Öz-Etkililik Ölçeği



Şekil 3.9. Araştırma planı

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; web eğitim grubundaki kişilerin %74.3’ünün erkek, yaş ortalaması 45.28 olduğu, %54.3’ünün orta öğretim mezunu olduğu, %91.4’ünün evli olduğu, %64.3’ünün çalıştığı, %62.9’unun gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin %75.8’inin erkek, yaş ortalaması 51.50 olduğu, %45.5’inin orta öğretim mezunu olduğu, %92.4’ünün evli olduğu, %53’ünün çalıştığı, %60.6’sının gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin bilgisayar internet kullanmaya ilişkin özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde; web eğitim grubundaki kişilerin %42.9’u bilgisayarı internette araştırma yapmak amacıyla kullanırken, %56.8’i sağlıkla ilgili bilgilerde bazen interneti kullanmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgilerde %88.6 ile televizyon en fazla kullanılan araç olarak belirlenmiştir. Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin %59.1’i bilgisayarı internette araştırma yapmak amacıyla kullanırken, %40.9’u sağlıkla ilgili bilgilerde bazen interneti kullanmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgilerde %93.9 ile televizyon en fazla kullanılan araç olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hipertansiyon Hastalarının Bilgisayar ve İnternet Kullanma Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Web Eğitim Grubu		Yüz Yüze Eğitim Grubu	
	S	%	S	%
Bilgisayarı Kullanma Amacı				
İşim gereği	20	28.6	8	12.1
E-mailleri kontrol etmek	6	8.6	6	9.1
İnternette araştırma yapmak	30	42.9	39	59.1
Diğer (Oyun, sosyal medya)	14	20.0	13	19.7
Sağlıkla İlgili Bilgilerde İnternet Kullanma Durumu				
Her zaman	20	28.6	2	3.0
Bazen	40	56.8	27	40.9
Hiçbir zaman	10	14.6	37	56.1
Sağlıkla İlgili Bilgilerde İletişim Araçlarını Kullanma Durumu*				
Gazete	32	45.7	24	36.4
İnternet	34	48.6	12	18.2
Tv	62	88.6	62	93.9
Radyo	14	20.0	22	33.3
Kitap	22	31.4	20	30.3
Broşür	24	34.3	14	21.2
Toplam	70	100.0	66	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde; web eğitim grubundaki kişilerin hipertansiyon hastalığına sahip olma yıl ortalaması 5.05 ± 4.86 , sağlığını iyi olarak nitelendirme oranı %73.5, başka bir hastalığı bulunmama oranı %82.9, ilaçlarını düzenli kullanma oranı %54.3 olduğu görülmüştür. Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerde hipertansiyon hastalığına sahip olma yıl ortalaması 6.98 ± 4.69 , sağlığını iyi olarak nitelendirme oranı %62.7, başka bir hastalığı bulunmama oranı %60.6, ilaçlarını düzenli kullanma oranı %56 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hipertansiyon Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri

Özellikler	Web Eğitim Grubu (n=70)		Yüz Yüze Eğitim Grubu (n=66)	
	S	%	S	%
Sağlığı Değerlendirme Düzeyi				
Çok iyi	12	17.6	9	15.7
İyi	50	73.5	34	62.7
Kötü	4	3.3	19	17.2
Çok kötü	4	3.3	4	4.5
Başka Hastalık Olma Durumu				
Evet	12	17.1	26	39.4
Hayır	58	82.9	40	60.6
İlaçlarını Kullanma Durumu				
Düzenli	38	54.3	37	56.0
Düzensiz	32	45.7	29	44.0
Ortalama Değerler				
Sistolik	153.14	23.71	147.5	22.45
Diastolik	86.64	11.47	85.00	10.11
Hipertansiyona Sahip Olma Yıl Ortalaması	5.05±4.86		6.98±4.69	

Web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin ön test ölçümlerinde SOYÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubunun Ön Test SOYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Web Eğitim Grubu X ±SS	Yüz Yüze Eğitim Grubu X ±SS	Test ve önemlilik
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	14.17±9.05	12.84±8.59	t=0.873 p=0.384
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	17.17±7.91	18.24±7.82	t=-0.793 p=0.429
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	13.22±6.29	15.16±5.61	t=-1.891 p=0.061
SOYÖ Toplam Puan	44.57±11.60	44.60±10.63	t=-1.011 p=0.314

Tablo incelendiğinde; web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin SOYÖ puan ortalamalarının benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin ön test ölçümlerinde Hipertansiyonda Öz-etkilik Ölçeği ve Hipertansiyon Bilgi Testin'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubunun Ön Test Ölçümlerinde Hipertansiyon Öz-etkililik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Toplam Puanı	Web Eğitim Grubu	Yüz Yüze Eğitim grubu	Test ve önemlilik
	X ±SS	X ±SS	
Hipertansiyon Öz-etkililik Ölçeği	42.61±18.10	37.30±17.15	t=1.754 p=0.082
Hipertansiyon Bilgi Testi	61.42±12.31	61.06±14.37	t=0.161 p=0.873
Sistolik Kan Basıncı	153.14±23.71	147.50±22.45	t=0.873 p=0.157
Diastolik Kan Basıncı	86.64±11.47	85.00±10.11	t=0.513 p=0.378

Tablo incelendiğinde; web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin Hipertansiyonda Öz-etkililik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi puan ortalamaları ve kan basıncı değeri ortalamalarının benzer olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$)

Tablo 4.5. Web Eğitim Grubunun SOYÖ Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği		Web Eğitim Grubu		Test ve p Değeri
		Ön Test	Son Test	
		X ±SS	X ±SS	
Alt Boyutlar	Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	14.17±9.05	18.02±5.33	t=-3.070 p<0.001
	İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	17.17±7.91	22.74±3.31	t=-6.387 p<0.001
	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	13.22±6.29	16.74±3.01	t=-4.218 p<0.001
ÖLÇEK TOPLAM		44.57±11.60	57.54±5.48	t=-9.835 p<0.001

Tablo 4.5’de web eğitim grubundaki kişilerin “fonksiyonel sağlık okuryazarlığı” alt boyutu ön test puan ortalaması 14.17±9.05, son test puan ortalaması 18.02±5.33 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Web eğitim grubundaki kişilerin “interaktif sağlık okuryazarlığı” alt boyutu ön test puan ortalaması 17.17 ± 7.91 , son test puan ortalaması 22.74 ± 3.31 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Web eğitim grubundaki kişilerin “eleştirel sağlık okuryazarlığı” alt boyutu ön test puan ortalaması 13.22 ± 6.29 , son test puan ortalaması 16.74 ± 3.01 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Web eğitim grubundaki kişilerin SOYÖ ön test toplam puan ortalamasının 44.57 ± 11.60 , son test puan ortalamasının 57.54 ± 5.48 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Tablo 4.6. Web Eğitim Grubunun Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Ön Test-Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Web Eğitim Grubu		Test ve P Değeri
	Ön Test	Son Test	
	X $\pm$ SS	X $\pm$ SS	
Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği	42.61 ± 18.10	57.90 ± 14.74	$t = -5.784$ $p < 0.001$
Hipertansiyon Bilgi Testi	61.42 ± 12.31	77.00 ± 10.54	$t = -8.575$ $p < 0.001$
Sistolik Kan Basıncı	153.14 ± 23.71	141.85 ± 21.18	$t = 3.027$ $p < 0.001$
Diastolik Kan Basıncı	86.64 ± 11.47	82.14 ± 9.61	$t = 2.686$ $p < 0.001$

Tablo 4.6’da web eğitim grubundaki kişilerin “Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği” ön test toplam puan ortalamasının 42.61 ± 18.10 , son test puan ortalamasının 57.90 ± 14.74 olduğu, Hipertansiyon Bilgi Testi ön test toplam puan ortalamasının 61.42 ± 12.31 , son test puan ortalamasının 77.00 ± 10.54 olduğu ve puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Ayrıca kan basıncı değerleri ortalamasına bakıldığında; sistolik kan basıncı ön test ortalaması 153.14 ± 23.71 , son test ortalaması 141.85 ± 21.18 , diyastolik kan basıncı ön test ortalaması 86.64 ± 11.47 , son test ortalaması 82.14 ± 9.61 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.7. Yüz Yüze Eğitim Grubunun SOYÖ Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği		Yüz Yüze Eğitim Grubu		Test ve p Değeri
		Ön Test	Son Test	
		X $\pm$ SS	X $\pm$ SS	
Alt Boyutlar	Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	12.84 $\pm$ 8.59	19.63 $\pm$ 4.69	t=-5.949 p<0.001
	İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	18.24 $\pm$ 7.82	22.01 $\pm$ 3.76	t=-3.835 p<0.001
	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	15.16 $\pm$ 5.61	17.61 $\pm$ 3.13	t=-3.093 p<0.001
ÖLÇEK TOPLAM		46.25$\pm$7.20	59.25$\pm$5.17	t=-17.998 p<0.001

Tablo 4.7’de yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin “fonksiyonel sağlık okuryazarlığı” alt boyutu ön test puan ortalaması 12.84 $\pm$ 8.59, son test puan ortalaması 19.63 $\pm$ 4.69 olduğu bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin “interaktif sağlık okuryazarlığı” alt boyutu ön test puan ortalaması 18.24 $\pm$ 7.82, son test puan ortalaması 22.01 $\pm$ 3.76 olduğu bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin “eleştirel sağlık okuryazarlığı” alt boyutu ön test puan ortalaması 15.16 $\pm$ 5.61, son test puan ortalaması 17.61 $\pm$ 3.13 olarak

bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin SOYÖ ön test toplam puan ortalaması 46.25 ± 7.20 , son test puan ortalaması 59.25 ± 5.17 olduğu bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.8. Yüz Yüze Eğitim Grubunun Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Yüz yüze Eğitim Grubu		Test ve p Değeri
	Ön Test	Son Test	
	X $\pm$ SS	X $\pm$ SS	
Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği	37.30 $\pm$ 17.15	59.36 $\pm$ 12.29	t=-9.511 p<0.001
Hipertansiyon Bilgi Testi	61.06 $\pm$ 14.37	78.79 $\pm$ 8.68	t=-8.388 p<0.001
Sistolik Kan Basıncı	147.50 $\pm$ 22.45	140.15 $\pm$ 19.53	t=2.058 p<0.001
Diyastolik Kan Basıncı	85.00 $\pm$ 10.11	81.21 $\pm$ 9.20	t=2.279 p<0.001

Tablo 4.8’de yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin “Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği” ön test toplam puan ortalaması 37.30 ± 17.15 , son test puan ortalaması 59.36 ± 12.29 olduğu, “Hipertansiyon Bilgi Testi” ön test toplam puan ortalaması 61.06 ± 14.37 , son test puan ortalaması 78.79 ± 8.68 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Ayrıca kan basıncı değerleri ortalamasına bakıldığında; sistolik kan basıncı ön test ortalaması 147.50 ± 22.45 , son test ortalaması 140.15 ± 19.53 , diyastolik kan basıncı ön test ortalaması 85.00 ± 10.11 , son test ortalaması 81.21 ± 9.20 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.9. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubundaki Kişilerin SOYÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği		Web Eğitim Grubu	Yüz Yüze Eğitim Grubu	Test ve p Değeri
		X ±SS	X ±SS	
Alt Boyutlar	Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	18.02±5.33	19.63±4.69	t=-1.860 p=0.065
	İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	22.74±3.31	22.01±3.76	t=1.198 p=0.233
	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	16.74±3.00	17.61±3.13	t=-1.639 p=0.104
ÖLÇEK TOPLAM		57.54±5.48	59.25±5.17	t=-0.159 p=0.874

Tablo 4.9’da kişilerin “fonksiyonel sağlık okuryazarlığı” alt boyutu son test puan ortalamasının web eğitim grubunda 18.02±5.33, yüz yüze eğitim grubunda 19.63±4.69, “interaktif sağlık okuryazarlığı” alt boyutu son test puan ortalamasının web eğitim grubunda 22.74±3.31, yüz yüze eğitim grubunda 22.01±3.76, “eleştirel sağlık okuryazarlığı” alt boyutu son test puan ortalamasının web eğitim grubunda 16.74±3.00, yüz yüze eğitim grubunda 17.61±3.13 olduğu belirlenmiştir.

SOYÖ son test puan ortalamasının web eğitim grubunda 57.54±5.48, yüz yüze eğitim grubunda 59.25±5.17 olduğu saptanmıştır. Tüm alt boyutlar ve ölçek toplamına ait son test puan ortalamaları bakımından iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.10. Web ve Yüz Yüze Eğitim Grubundaki Kişilerin Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği, Hipertansiyon Bilgi Testi ve Kan Basıncı Değerleri Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Web Eğitim Grubu	Yüz Yüze Eğitim Grubu	Test ve p Değeri
	X ±SS	X ±SS	
Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği	57.90±14.74	59.36±12.29	t=-0.627 p=0.532
Hipertansiyon Bilgi Testi	77.00±10.54	78.79±8.68	t=0.049 p=0.284
Sistolik Kan Basıncı	141.85±21.18	140.15±19.53	t=0.487 p=0.627
Diastolik Kan Basıncı	82.12±9.61	81.21±9.20	t=0.576 p=0.566

Tablo 4.10’de Hipertansiyon Öz-etkilik Ölçeği son test puan ortalamasının web eğitim grubunda 57.90±14.74, yüz yüze eğitim grubunda 59.36±12.29 olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon Bilgi Testi son test puan ortalamasının web eğitim grubunda 77.00±10.54, yüz yüze eğitim grubunda 78.79±8.68 olduğu saptanmıştır. Ölçek toplamalarına ait son test puan ortalaması bakımından iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca kan basıncı değerleri ortalamaları incelendiğinde; sistolik kan basıncı son test ortalaması web eğitim grubunda 141.85±21.18, yüz yüze eğitim grubunda 140.15±19.53, diastolik kan basıncı son test ortalaması web eğitim grubunda 82.14±9.61, yüz yüze eğitim grubunda 81.21±9.20 olduğu saptanmıştır. Kan basıncı değerleri son test ortalamaları bakımından iki grup arasındaki ortalamalar farkının istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılanlardan web eğitim grubundaki kişilere hazırlanan web sitesi aracılığıyla, yüz yüze eğitim grubundaki kişilere bireysel eğitim metoduyla eğitim kitapçığı kullanılarak hipertansiyon eğitimi verilmiştir. Her iki eğitim grubundaki kişilerin sağlık okuryazarlığı ve hipertansiyon öz-etkililik düzeyleri ile ilgili bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan web ve yüz yüze eğitim grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında yarısından fazlasının ortaöğretim ve üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Yapılan bir çalışmada hastaların %64.7'sinin ortaöğretim ve üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir.⁸⁸ Bu bulgu çalışma kapsamındaki hastaların okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının önemli bir bileşeni olan eğitim durumunun yüksek olması sağlık okuryazarlığına ilişkin bulgulara da olumlu yansımalar neden olmuştur.

Araştırma kapsamına alınan web eğitim grubundaki kişilerin %67.1'inin, yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin de %54.5'inin kitap okuduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1). Uğurlu'nun yaptığı çalışmada hastaların kitap okuma oranları incelenmiş ve hastaların %62.2'sinin kitap okuduğu ve okuryazarlık durumunun yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸⁸ Kitap okuma durumu genel okuma düzeyi ile paralellik gösterirken çalışmadaki hastaların okuryazarlık durumunun yüksek olması bu bulguyu desteklemektedir. Genel olarak Türkiye'deki okuma yazma oranları ile karşılaştırıldığında çalışma kapsamındaki hastaların kitap okuma oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan web eğitim grubundaki kişilerin bilgisayarı hangi amaçla kullandıkları incelendiğinde %42.9'u internetten araştırma yapmak, %56.8'i

sağlıkla ilgili bilgileri internetten araştırmak için bilgisayarı kullandıkları belirlenmiştir. Yüz yüze eğitim grubunda ise kişilerin bilgisayarı hangi amaçla kullandıkları incelendiğinde; %59.1'i internetten araştırma yapmak, %40.9'u sağlıkla ilgili bilgileri internetten araştırmak için bazen bilgisayarı kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.1). Çalışma bulguları ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının genel ortalamanın üzerinde olması kişilerin bilgisayar kullanma durumlarının iyi düzeyde olduğu, sağlık alanında internetten araştırma yapıyor olmaları ve kitap okumaktan hoşlanıyor olmalarıyla ilgili olduğu düşünülebilir. Araştırmalar, internetin önemli bir bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için internetin %60-80 oranında kullanıldığı bildirilmektedir.⁸⁹ Hastaların yaklaşık yarısının interneti sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için kullanıyor olması, sağlıkla ilgili araştırmalar yapmak için internetin önemli bir bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı okuma alışkanlıklarıyla gelişebilecek, farklılaşabilecek bir kavramdır. Bu çalışmada da okuma düzeylerinin oldukça iyi olduğu görülmektedir. Hastaların genel olarak sağlıklarını değerlendirme durumları incelendiğinde; hastaların büyük çoğunluğu sağlığını iyi (%73.5) ve çok iyi (%17.6) şeklinde değerlendirmiş olup, sadece %56.6'sının sağlıklarını kötü ve çok kötü olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. (Tablo 4.2). Tokuda ve arkadaşları tarafından sağlık okuryazarlığı ile fiziksel ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada; fiziksel ve psikolojik sağlığın kötü olması ile düşük okuryazarlık düzeyi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.⁶⁵ Bu bulgu hastaların hastalıkları ile baş etme kapasitelerinin yüksek olmasına bağlı genel iyilik hallerinin yüksek olması ile açıklanabilir. Genel olarak sağlığını kötü ve çok kötü olarak değerlendiren hastaların, birden fazla kronik

hastalığa sahip olan ve baş etmede zorlanan hastalardan oluştuğu veya yeni tanı konmuş kişiler olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin SOYÖ ön test puan ortalamaları karşılaştırılmış, her iki gruptaki kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin benzer ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.3). Suka ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasının 50.7 ± 6.9 , diğer bir çalışmada da 50.3 ± 6.8 olarak bulunmuş ve bu çalışmayla benzer sonuçlara sahip olduğu saptanmıştır.^{83, 90} Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014 verilerine göre; farklı bir ölçüm aracıyla ölçülen genel sağlık okuryazarlığı seviyesi toplam 50 puan alınabilecek bir ölçek aracılığıyla incelendiğinde, puan ortalaması 30.4 olarak saptanmıştır.¹² Yine farklı bir ölçüm aracı kullanılarak sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakılan bir çalışmada kardiyoloji bölümüne başvuran 351 kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmiş; grubun %72.9'unun yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu bildirilmiştir.⁹¹

Bu çalışmada ve yapılan diğer çalışmalardaki bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı seviyelerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı öntest puan ortalamalarına göre kişilerin eğitim öncesi sağlık okuryazarlığı seviyelerinin orta düzeyde olmasının nedenleri arasında çalışmaya katılan kişilerin eğitim düzeylerinin yarısından fazlasının ortaöğretim ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olması, bilgisayar kullanma becerilerinin olması, sağlık alanında internetten araştırma yapabiliyor olmaları sayılabilir.

Hipertansiyon hastalarının tanı aldıktan sonra hastalık yönetimini geliştirmeleri açısından, kendi güçlerini algılama biçimlerini değerlendirmek amacıyla uygulanan hipertansiyon hastalık yönetimine ilişkin öz-etkililik puan ortalamaları incelenmiştir. Eğitimler öncesi ön test ölçümlerinde web ve yüz yüze eğitim grubundaki bireylerin öz-

etkililik puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanırken, her iki gruptaki kişilerin de öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. ($p>0.05$), (Tablo 4.4). Literatürde Hipertansiyon Öz-etkililik Ölçeği'nin kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmadığı için öz-etkililik düzeyinin farklı ölçeklerle ölçüldüğü çalışmaların bulguları ile tartışılmıştır. Yapılan bir çalışmada, yüksek öz-etkililik algısına sahip olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarını yapabildiği ve sürdürebildiği vurgulanmıştır.⁹ Hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeylerinin ölçüldüğü bir çalışmada katılımcıların öz etkililik puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu bildirilmiştir.⁹² Yapılan bir diğer çalışmada da diyabetli bireyler üzerinde çalışılmış, hastaların öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiş ve diyabet hastalarının öz-etkililik puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.⁹³

Araştırma kapsamına alınan web eğitim ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin Hipertansiyon Bilgi Testi ön test puan ortalamasına göre eğitim öncesi hipertansiyon bilgi düzeylerinin benzer ve en az altı soruyu doğru yanıtlamış olduğu saptanmıştır. ($p>0.05$), (Tablo 4.4). Sanne ve arkadaşlarının Hipertansiyon Bilgi Testi'ni kullanarak, hipertansif yetişkinler ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %50'sinin en az yedi soruyu doğru yanıtladığı ve doğru yanıt oranının %41.9 ile %98.0 arasında değiştiği bildirilmiştir.⁹⁴ Bir başka çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 1177 hipertansiyon hastasının Hipertansiyon bilgi düzeylerini ölçmek için altı soruluk bir form kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin en az altı soruyu doğru yanıtlama oranları %43.9 ile %93.1 arasında değiştiği belirtilmiştir.⁹⁵ Çalışma sonuçları belirtilen çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin belli bir okuryazarlık düzeyine sahip olmalarının ve bilgisayardan kendi kendilerine araştırma

yapabiliyor durumda olmalarının bilgi düzeylerinin artmasına olumlu yönde katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan web eğitim ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırılmış, her iki gruptaki kişilerin kendi grupları içinde sağlık okuryazarlığı son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$), (Tablo 4.5), (Tablo 4.7) Yeung ve ark.'nın (2003) yaptığı çalışmada eğitim öncesi düşük olan sağlık okuryazarlığı düzeyinde eğitim sonrası artış olduğu vurgulanmıştır.⁹⁶ Yapılan diğer bir çalışmada pnömokok aşısının yapılma oranlarının artırılması amaçlanmış, okuryazarlık düzeyi düşük olan kişilere yönelik uygun eğitimler düzenlenmiş ve girişimler doğrultusunda eğitimin etkili olduğu bildirilmiştir.⁶¹ Sağlık okuryazarlığı bireylerin mevcut sağlık durumlarını anlama ve tedavi süreçlerine katılıma, kronik hastalıkları yönetme, koruyucu hizmetlerden yararlanma kabiliyetlerini artırır. Böylece bireyler kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almada daha güçlü hale gelir.⁴⁹ Konu ile ilgili yapılmış çalışmalar da bu bilgiyi desteklemektedir. Altsitsiadis ve ark. (2012) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı arttıkça cilt kanserine karşı güneşten koruyucu önlem alma davranışlarının arttığını, Cho ve ark. (2008) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı arttıkça koruyucu hizmet kullanımının arttığını, Pagan ve ark. (2012) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan kadınların son iki yılda mamografi yaptıрма oranlarının daha fazla olduğunu tespit etmiştir.⁹⁷⁻⁹⁹ Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermekle birlikte, yapılan eğitimler sonrası hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin her iki eğitim yöntemi ile artmış olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, araştırmanın **“Web eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı eğitim sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltir”** ve **“Yüz yüze eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen yüz**

yüze eğitim sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltir” şeklindeki H₁ ve H₂ hipotezleri doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan web eğitim ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin Hipertansiyon Öz-etkililik Ölçeği ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırılmış, her iki gruptaki kişilerin kendi grupları içinde hipertansiyon öz-etkililik son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001), (Tablo 4.6), (Tablo 4.8).

Yapılan çalışmalarda olumlu sağlık davranışlarına başlamak ve sürdürmek için öz etkililik algısının gerekliliği ve önemi vurgulanmaktadır¹⁰⁰ Kim ve Song’un yaptığı çalışmada eğitim sonrasında hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır.¹⁴ Yine diyabet hastalarına verilen eğitimin öz-etkililik düzeylerine etkisinin incelendiği yarı deneysel çalışmada; eğitim sonucunda öz-etkililik düzeylerinin arttığı belirtilmiştir.¹⁰¹ Benzer şekilde Kaşıkçı’nın kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastada öz-etkililik/yeterliliği değerlendirdiği çalışmasında da, planlı eğitim programı ile yapılan girişim ve bir yıllık izlem sonrası, hastanın öz-etkililik/yeterlilik düzeyinde artma olduğu bulunmuştur.⁸ Son test ölçümlerinde öz-etkililik algısının daha yüksek olması, eğitim yöntemi fark etmeksizin eğitim alan hastaların, hipertansiyon yönetimine ilişkin sorumluluklarını zamanla daha iyi yapabildiğini düşündürmüştür. Öz-etkililikle ilgili yapılan çalışmalarda eğitimin hastaların öz-etkililik algılarında olumlu değişim yarattığı bildirilmiştir.^{102, 103} Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermekle birlikte, yapılan eğitimler sonrası hipertansiyon hastalarının öz-etkililik algısı her iki eğitim yöntemi ile artmış olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç araştırmanın **“Web eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen web tabanlı eğitim hipertansiyonda öz etkililik düzeyini yükseltir”** ve **“Yüz Yüze eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen yüz**

yüze eğitim hipertansiyonda öz etkililik düzeyini yükseltir” şeklindeki H₃ ve H₄ hipotezlerini doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan web eğitim ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin Hipertansiyon Bilgi Testi ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırılmış, her iki gruptaki kişilerin kendi grupları içinde hipertansiyon bilgi testi son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$), (Tablo 4.6), (Tablo 4.8).

Hipertansiyon hastalarının ilaç kullanımları bilgi durumlarının incelendiği bir çalışmada; hastalıkları ve ilaç kullanımları konusunda eğitim alan hastaların hastalık yönetimi ve ilaç kullanımlarına yönelik bilgi düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir.¹⁰⁴

Postmenopozal kadınlarda koroner kalp hastalıklarından korunma programının kardiyovasküler hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, eğitim sonrası deney grubundaki bireylerin bilgi düzeylerinin önemli derecede yükseldiği tespit edilmiştir.¹⁰⁵

Araştırmaya alınan web eğitim ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin eğitim sonrası sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon öz-etkililik algısı ve hipertansiyon bilgi düzeyleri istatistiksel olarak artarken, eğitim türlerine göre ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9), (Tablo 4.10).

Khatony ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelere AIDS hakkında web eğitim ve yüz yüze eğitim tekniği kullanılarak eğitim verilmiş ve sonuç olarak eğitim grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.¹⁰⁶ Yine Chan ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada web tabanlı ve yüz yüze eğitim yöntemleri kullanılmış, ancak her iki grup arasında eğitim sonrasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.¹⁰⁷

Kore’de hemşireler tarafından yapılan bir çalışmada inme geçiren hastalarda ikincil bir inmenin oluşmaması için hasta ve ailelerinin sağlık davranışlarına yönelik hazırlanan bir web sitesinin etkinliği değerlendirilmiştir. Herhangi bir eğitim yapılmayan kontrol grubu, web eğitimi verilen grup ve web eğitimi verilmeyen sadece kitapçıkla eğitim verilen grup karşılaştırılmıştır. 12 hafta sonra yapılan değerlendirmede, hem hastaların hem de ailelerinin sağlık davranışlarına uyumu web tabanlı ve kitapçıkla eğitim yapılan gruplarda kontrol grubuna oranla yüksek bulunmuştur.¹⁰⁸

Aydın Avcı ve Gözüm’ün yaptıkları çalışmada meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisini incelemişlerdir. Çalışmada; ilk gruba video izletme yöntemi kullanılarak eğitim verilmiş, ikinci gruba maket üzerinden anlatarak, gösterip yaptırma eğitim modeli kullanılmıştır. Üç aylık eğitimin ardından yapılan değerlendirmede, her iki grubun meme kanseri taramalarına yönelik bilgi, inanç ve davranışlarında benzer oranda artış görülmüştür.¹⁰⁹

Antik çağda sadece yüz yüze eğitimle sınırlandırılmış olan sağlık eğitimi, bilişim teknolojilerindeki ilerlemeler sayesinde web ortamına da taşınmıştır. İnternet hastaların, ailelerin ve sağlık profesyonellerinin birbirleriyle iletişim kurmalarında, bilgiye ulaşmalarında ve öğrenmelerinde geniş imkânlar sunmakta ve kullanıcı memnuniyeti genelde olumlu olmaktadır.⁷⁴

Web tabanlı yapılan eğitimlerde sadece bilgi düzeyindeki artışlar değil, inme¹⁴ diyabet^{110, 111} sigara bağımlılığı,¹¹² obezite ve hipertansiyon,¹¹³ beslenme, yeme bozuklukları, kilo kontrolü¹¹⁴ panik bozukluk¹¹⁵, egzersiz,¹¹⁶ baş ağrısı¹¹⁷, kardiyovasküler hastalıklar¹¹⁸, meme kanseri¹¹⁹ gibi birçok sağlık sorunu ile ilgili yapılan eğitim ve danışmanlığın sağlık sonuçlarına etkisini değerlendiren çalışmalar

yapılmıştır. Web eğitiminin en bilindik yararı, kullanıcıyla iletişim sağlaması ve interaktif olmasıdır.¹¹⁹ Web tabanlı sistemler son zamanlarda özellikle maliyetin düşük olması sebebiyle sağlık eğitiminin önemli bileşenleri arasında yer almıştır.

Yüz yüze öğretim ise öğrencilerdeki sosyal olma ihtiyaç ve isteklerini giderdiği gibi aynı zamanda eğitim sırasında soru sorma fırsatını yakalayıp cevap bulabilecekleri bir platform olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüz yüze eğitim öğrencilerde yalnızlık, geri bildirimin gecikmesi, güvensizlik ve gerekli çalışma becerilerinin edinilememesi gibi birçok problemin çözülmesine katkı sağlamaktadır.^{35, 120, 121,122}

Her iki eğitim yönteminin de farklı yönlerden birçok yarar sağladığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu çalışmada da iki eğitim yönteminin etkinliği kanıtlanmış, her iki eğitim grubunda da ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmada iki eğitimden herhangi birinin diğerine karşı üstünlüğünden söz edilememektedir. Yapılan karşılaştırmalarda iki eğitim türüne göre ölçek son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu **“Web ve yüz yüze eğitim grubundaki hipertansiyon hastalarına verilen eğitim yöntemleri arasında fark vardır”** şeklindeki H₅ hipotezi doğrulanmamıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Erzurum il merkezinde yaşayan hipertansiyon tanısı almış kişilere verilen web tabanlı ve yüz yüze eğitimin sağlık okuryazarlığı ve hipertansiyonda öz-etkililik düzeylerine etkisinin karşılaştırmak amacıyla yarı deneme modeliyle yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin eğitim sonrası sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseldiği ($p<0.001$),
- Web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin eğitim sonrası Hipertansiyonda Öz-etkililik düzeylerinin arttığı ($p<0.001$),
- Web ve yüz yüze eğitim grubundaki kişilerin eğitim sonrası hipertansiyon bilgi düzeylerinin arttığı ($p<0.001$),
- Eğitim türleri karşılaştırıldığında; web ve yüz yüze eğitim gruplarında farklılık olmadığı bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon hastalarının farkındalık düzeylerinin artırılması amacıyla kişilerin kendi sağlık sorumluluklarını alabilmeleri için (ilaca uyum, randevularını takip etme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum sağlama gibi) sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim programları düzenlenmesi,
- Kitle iletişim araçları vasıtasıyla hipertansiyondan korunma ve öz-etkililik düzeylerinin artırılmasına yönelik toplumun bilinçlendirilmesi,
- Web eğitim yöntemi kullanılarak daha geniş kitlelere hipertansiyon ve sağlık okuryazarlığı ilgili bilinçlendirme programlarının yapılması,
- Hipertansiyon hastalığına sahip kişilerin diyet ve egzersiz uygulama durumlarını artırmak için Halk Sağlığı Müdürlüğü ile ortak çalışma alanları düzenleyerek, teşvik edici programlar hazırlanması,

- Bireylerin hem sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmek hem de hipertansiyon gibi toplumda çok sık görölen hastalıklarla mücadele etmek için toplumsal projeler yapılması,
- Her iki eğitim programının eğitimlerde benzer şekilde etkili olması nedeniyle hemşirelerin planlayacakları eğitim programların kendi imkânlarını göz önüne alarak planlamaları ve ona göre eğitim yöntemlerini belirlemeleri,
- Halk sağlığı hemşiresinin hipertansiyonlu hastaların sağlık okuryazarlığı, öz-etkililiği ve bilgilerini araştırabileceği geniş popölasyon içeren çalışmalar yapması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2003.
2. Ünal B, Ergör G. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Temel Bulgular*. Ankara, Anıl Matbaa, 2013; 13
3. World health organizations. Quality of care: patient safety. 2002. Erişim Tarihi: 22.07.2016
4. World health organizations Cardiovascular diseases http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/Health Erişim Tarihi: 25.06.2016
5. Türk Kardiyoloji Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT). <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=406> Erişim Tarihi: 16.06.2016
6. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 1999, 2(1):21-34
7. Erden M, Akman Y. Eğitim Psikolojisi (*Gelişim-Öğrenme-Öğretme*). 21. Baskı. Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2014.
8. Kara M, Türkinaz A. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient education and counseling*, 2004, 55: 114-120
9. Kara M, Van Der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM, Astı T, Ergüney S. Cross-cultural adaptation of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus: Scale development. *International journal of nursing studies*, 2006, 43: 611-621.

10. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*. 2009;54(5):313-24.
11. Mancuso J.M. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 2008; 10(3), 248-255.
12. Tanrıöver M.D, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara, Altan Özyurt Matbaacılık, 2014
13. Parker R.M, Wolf M.S, Kirsch I. Preparing for an epidemic of limited health literacy: Weathering the perfect storm. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23(8): 1273-1276.
14. Kim M.T, Song H.J, Han H.R, Song Y, Nam S, Nguyen T.H, Kim KB. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient education and counseling*, 2012, 87(2):165-170.
15. Williams M.V, Parker R.M, Baker D.W, Parikh N.S, Pitkin K, Coates W.C, Nurs J.R. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama*, 1995, 274(21): 1677-1682.
16. Gazmararian Julie A. BDW, Williams Mark V., Parker Ruth M., Scott Tracy L., Green Diane C., Fehrenbach S. Nicole, Ren Junling, Koplan Jeffrey P. . Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *JAMA*, 1999, 281: 545-551.
17. Aytaç V. İnternet destekli uzaktan eğitim ve öğretim teknolojisi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir; Ege Üniversitesi, 2002
18. Griffiths F LA, Powell J, Lowe P. Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *J Med Internet Res*, 2006, 8: 10-13.

19. Kalan MK, Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaç değişimleri, bu değişimlerin nedenleri ve ilaç değişimleri ile hedef tedavi değerlerine ulaşma oranlarının incelenmesi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007
20. Chobanian A., Bakris G.L, Black H.R, Cushman W.C, Green L.A, Izzo Jr, Roccella, E.J. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*, 2003, 289(19): 2560-2571.
21. Gürçayır D. Hipertansiyonda İlaç Tedavisi. İçinde:Emine İyigün ST (editör). *Abrams'ın Klinik İlaç Tedavisi Hemşireler İçin Akılcı İlaç Kullanımı*, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 511-514.
22. Uzbay İ.T, Özcan N. Antihipertansif ilaçların farmakolojisi ve kullanım emniyeti. İçinde: Hipertansiyon, Özcan, N. (ed.), 2. Baskı, Özkan Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2001, 165-201.
23. Semple PF. Resimlerle anlatımlı hipertansiyon el kitabı, Medikal Yayıncılık, İstanbul 2004;7-39.
24. Çağatay G, Soydan İ. Klinik Kardiyoloji. 2.baskı. Ege Üniversitesi. Tıp Fak. Yayın No:157,Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir. 2004.
25. Yazıcı H. Yıldız A. Kardiyo-Renal Anemi Sendromu. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology Special Topics*, 2008, 1(3); 15-19.
26. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, Lozano R, Murray CJ, Lim SS. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2014, 92: 10-19C.

27. WHO, Global Health Observatory Map Gallery.
<http://gamapserver.who.int/mapLibrary/> Erişim Tarihi: Ekim 2015. .
28. American Heart Association. High Blood Pressure - Statistical Fact Sheet
https://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319587.pdf Erişim Tarihi:2013.
29. Satman İ. Alagöl F, Ömer B, Kalaca S. Tütüncü Y, Çolak N. Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması-II.(TURDEP II). http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf 2011
30. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE and British Hypertension Society), Hypertension: Management of Hypertension in Adults in Primary Care: pharmacological update, Royal College of Physicians, London, www.nice.org.uk/CG034, 2006
31. Arici M, Turgan C, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici U, Karatan O, Erdem Y, Hasanoglu E, Caglar S. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *Journal of hypertension*, 2010, 28: 240-244.
32. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel S, Erbay B, Hasanoglu E, Çağlar S. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of hypertension*, 2005, 23: 1817-1823.
33. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2., 2015
34. Badır A. Hipertansiyon. İçinde:Karadakovan A Eti Aslan F (editör). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Tıp Kitapevi, 2010: 609-619.

35. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, 1996: 163-196.
36. Yesilay A, Schwarzer R, Jerusalem M. Turkish adaptation of the General Self-efficacy Scale: Genelleştirilmiş özyeti beklentisi. 2009.
37. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1999, 12: 87-95.
38. Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 1986, 4: 359-373.
39. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006.
40. Jhonson J, Ratner P, Bottorff J, Hayduk L. An exploration of Pender's health promotion model using lirscl. *Nursing Research*, 1993, 42: 132-137.
41. Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing research*, 2000, 49: 122-129.
42. Maurer FA SC. *Community/Public Health Nursing Practice*. 3rd. Edition Baskı. USA, Elsevier's Health Sciences Rights, 2005: 816.
43. Vatansever Ö. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2011.
44. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8: 167-172.
45. Hacıhasanoğlu R. Birinci Basamakta Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim ve Evde izlemin İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2007.

46. Hill M, Miller NH. *Antihipertansif Tedaviye Uyum, Primer Hipertansiyon*. Çeviri: Kazancı G. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2004;142-144
47. 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: 259-267.
48. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 2008, 67: 2072-2078.
49. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Baskı. National Academies Press, 2004. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agraftotis D, Ueters E. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 2015
50. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 2012, 12: 1.
51. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 2012, 12: 1.
52. Kindig D AD, Chudler EH, Gaston MH, Meade CD. *Health Literacy A Prescription to End Confusion Committee on Health Literacy*. Baskı. Washington, D.C., The National Academies Press, 2004.
53. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 2009, 24: 285-296.
54. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. *World Health Organization*, 2009.

55. Watkins K. Human Development Report 2007/8. Fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World. *Fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World (November 27, 2007). UNDP-HDRO Human Development Report, 2007.*
56. Smith S, McCaffery K. Health Literacy: a brief literature review. *Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia, 2010*
57. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education & Behavior*, 1998, 25: 613-624.
58. Kickbusch I. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 2008, 108: 101-104.
59. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13: 791-798.
60. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 2002, 92: 1278-1283.
61. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*, 2005, 72: 463-468.
62. Healthy People, US Department of Health and Human Services. (2010). Healthy people Services USDoAaUSDoHaH, editor. Washington, DC. 2010. https://scholar.google.com.tr/scholar?q=Services.+USDoHaH.+Healthy+People+2010.+With+Understanding+and+Improving+Health+and+Objectives+for+Improving+Health.+Bask%C4%B1.+Washington%2C+D.C.%3A%2C+U.S.&btnG=&hl=tr&as_sdt=0%2C5

63. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 2011, 73: 60-67.
64. World Health Organization. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, WHO Press, 2008: 1-5.
65. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 2009, 75: 411-417.
66. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. Literacy and Health in America. Policy Information Report. *Educational Testing Service*, 2004.
67. Schulz PJ. Social influences of health literacy and patient empowerment. *Patient Educ Couns*, 2014, 94: 2-3.
68. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 2015 Türkiye İstatistikleri. <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home.html> Erişim Tarihi: 12.04.2016.
69. Tosun N. Uzaktan Eğitim Ve Trakya Üniversitesi Uzaktan Eğitim Projesi, VII. International Educational Technology Conference, 2007, Kuzey Kıbrıs.
70. Verduin J, Thomas A Clark Uzaktan Eğitim: *Etkin Uygulama Esasları*. Çeviri: Maviş İ. İstanbul, Kibele Sanat Merkezi Yayını, 1994.
71. Montgomery KS, Fitzpatrick JJ. *Essentials of Internet Use in Nursing*. New York, Springer Publishing Company, 2002: 119-140
72. O'Neil CA, Fisher CA, Newbold SK. *Developing Online Learning Environments in Nursing Education*. 2. Baskı. New York Springer Publishing Company, 2009: 1-15, 83-97
73. Demir Y, Gözüm S. Sağlık Eğitiminde Yeni Yönelimler; Web Destekli Sağlık Eğitimi. 2011.

74. Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Internet-based patient education and support interventions: a review of evaluation studies and directions for future research. *Computers in biology and medicine*, 2004, 34: 95-112.
75. Lewis D. Computers in patient education. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 2003, 21: 88-96.
76. Graves J. Electronic Communication, In: Riley J. B. (editor) *Communication in Nursing*, 5. ed., Mosby Comp, Philadelphia, 2005, 79-89.
77. Kanzaki H, Makimoto K, Takemura T, Ashida N. Development of web-based qualitative and quantitative data collection systems: Study on daily symptoms and coping strategies among Japanese rheumatoid arthritis patients. *Nursing & health sciences*, 2004, 6: 229-236.
78. Hart A, Henwood F, Wyatt S. The role of the Internet in patient-practitioner relationships: findings from a qualitative research study. *Journal of medical Internet research*, 2004, 6.
79. Colvin J CL, Bold M, Harding C. Caregivers of older adults: advantages and disadvantages of internet based social support. *Family Relation*, 2004, 53: 149-157.
80. Wantland JD PJ, Holzemer LW Slaughter R. . The effectiveness of web-basedvs. Non-web-based interventions: A meta-analyses of behavioral change outcomes. [http:// www. jmir.org/](http://www.jmir.org/) 2004. 03.03.
81. Grant WR CC, Chueh CH, Meigs BJ. Internet use among primary care patients with Type 2 diabetes. *J Gen Intern Med*, 2005, 20: 470-473.

82. Li X NN, Hao Y, Sun H, Gao L, Jiao M, Wu Q, Quan H. Health Literacy in Rural Areas of China: Hypertension Knowledge Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2013, 10: 1125-1138.
83. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Sugimori H. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental health and preventive medicine*, 2013, 18(5), 407-415.
84. Türkoğlu N, Kılıç D. In *Reliability and Validity Study of the Turkish Form of Health Literacy Scale*, 18. ISPOG Congress-XX International Society Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology and 20th Congress of The Psychosomatic Sego Section Malaga, Spain, 12 Mayıs - 14 Mayıs; 2016.
85. Han HR LH, Commodore-Mensah Y, Kim M. Development and Validation of the Hypertension Self-care Profile: A Practical Tool to Measure Hypertension Self-care. *J Cardiovasc Nurs*, 2014, 29: 11-20.
86. Türkoğlu N, Kılıç D. *Validty and Reliability Study of the Turkish Form of Hypertension Self-Efficacy Scale*, 18. ISPOG Congress-XX International Society Of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology and 20th Congress of The Psychosomatic Sego Section Malaga, Spain, 12 Mayıs - 14 Mayıs; 2016
87. Hacıaloğlu N, *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*.2. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitepevi, 2011.
88. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2011.
89. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions: a review of the evidence. London, Health Foundation., 2006.

90. Suka M, Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Sugimori, H. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient education and counseling*, 2015, 98: 660-668.
91. Üçpunar E, Piyal B. *Kardiyoloji Polikliniğine Başvuranların Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi*, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2013.
92. An N., & Park I. S. The Effect of Health Literacy and Self-efficacy on Treatment Adherence of Hypertensive Elders. *Indian Journal of Science and Technology*, 2016, 9(25).
93. McCleary-Jones V. Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *ABNF Journal*, 2011, 22(2).
94. Sanne SM.P, Kawasaki L, Hyre A, DeSalvo K.B. Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. *Ethn. Dis.* 2008, 18: 42-47.
95. Ayotte BJT, R, Bosworth H.B. Racial differences in hypertension knowledge: Effects of differential item functioning. *Ethn. Dis.*, 2009, 19: 23-27.
96. Yeung DL, Alvarez KS, Quinones ME, Clark CA, Oliver GH, Alvarez CA, Jaiyeola AO. Low-health literacy flashcards & mobile video reinforcement to improve medication adherence in patients on oral diabetes, heart failure, and hypertension medications. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2017, 57(1), 30-37
97. Altsitsiadis E UT, De Vries E, Hinrichs B, Stockfleth E, Trakatelli M. Health literacy, sunscreen and sunbed use: an uneasy association. *Br J Dermatol*, 2012, 167(suppl 2): 14-21.

98. Cho YLK LS, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. . *Soc Sci Med*, 2008, 66: 1809-1816.
99. Pagan JA BC, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *J Cancer Educ*, 2012, 27(1): 132-137.
100. Gözüml S, Aksayan S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 1998, 2: 35 -42.
101. Olgun N, Altun Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012: 46-57.
102. Gleeson –Kreig JM. Effects on Self Efficacy and Behavior in People With Type 2 Diabetes: Self Monitoring of Physical Activity. *The Diabetes Educator*, 2006, 32: 66-77.
103. Hjelm K BK, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and Cultural Distance in Beliefs About Health and Illness in Women With Diabetes Mellitus of Different Origin Living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 2003, 40,: 627-643.
104. Cingil D, Delen S. Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi*, 2009, 37: 551-556.
105. Toptaner EN, Yıldız A. Postmenopozal kadınlarda koroner kalp hastalıklarından korunma programının kalp hastalığı riskini algılama ve bilgi düzeyine etkisi, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2013, Antalya.

106. Khatony A NN, Ahmadi F, Haghani H, Vehvilainen-Julkunen K. The effectiveness of web-based and face-to-face continuing education methods on nurses' knowledge about AIDS: a comparative study. *BMC Medical Education* 2009, 9: 1-7.
107. Chan AW CS, Wing-Hung Sit J, Wong EM, Lee DT, Fung OW. Case-Based Web Learning Versus Face-to-Face Learning: A Mixed-Method Study on University Nursing Students. *The Journal of Nursing Research*, 2016, 24: 31-40.
108. Kim CG, Park, H. A. Development and evaluation of a web-based education program to prevent secondary stroke. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2011, 41: 47-60.
109. Avci I.A Gözüml S. Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 2009, 13: 94-101.
110. Avdal EU, Kizilci S, Demirel N. The effects of web-based diabetes education on diabetes care results: a randomized control study. *Computers Informatics Nursing*, 2011, 29: 101-106.
111. Ramadas A, Quek KF, Chan C, Oldenburg B. Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of recent evidence. *International Journal of Medical Informatics*, 2011, 80: 389-405.
112. Swartz L, Noell J, Schroeder S, Ary D. A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco control*, 2006, 15: 7-12.
113. Bennett GG, Herring SJ, Puleo E, Stein EK, Emmons KM, Gillman MW. Web-based Weight Loss in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Obesity*, 2010, 18: 308-313.

114. Heetebry I, Hatcher M, Tabriziani H. Web based health education, e-learning, for weight management. *Journal of medical systems*, 2005, 29: 611-617.
115. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L, Andersson G. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163: 2119-2125.
116. Ferney SL, Marshall AL. Website physical activity interventions: preferences of potential users. *Health Education Research*, 2006, 21: 560-566.
117. Devineni T, Blanchard EB. A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour research and therapy*, 2005, 43: 277-292.
118. Scherrer-Bannerman A, Fofonoff D, Minshall D, Downie S, Brown M, Leslie F, McGowan P. Web-based education and support for patients on the cardiac surgery waiting list. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6: 72-74.
119. Owen JE, Klapow JC, Roth DL, Shuster JL, Bellis J, Meredith R, Tucker DC. Randomized pilot of a self-guided internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 30: 54-64.
120. Davis J, Crabb S, Rogers E, Zamora J, Khan K. Computer-based teaching is a good as face to face lecture-based teaching of evidence based medicine: a randomized controlled trial. *Medical Teaching*, 2008, 30: 302-307.
121. Margolis L, Grediagin A, Koenig C, Sanders L. Effectiveness and acceptance of Web-based learning compared to traditional face-to-face learning for performance nutrition education. *Military Medicine*, 2009, 174: 1095-1099.

122. Merino DA, K. Evaluating the effectiveness of computer tutorials versus traditional lecturing in accounting topics. *Journal of Engineering Education*, 2003, 189-194.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Nihan TÜRKOĞLU Doğum tarihi: 08.06.1986 Doğum Yeri: Karabük Medeni Hali: Evli Uyruğu: TC Adres: Osman Bektaş Mah. Özcansever Sitesi A Blok Kat:5/23 ERZURUM Tel: 442 231 12 33/2689 Faks: 0442 2360984 E-mail: nihan-25-kilic@hotmail.com
Eğitim
Lise: Atatürk Lisesi/Erzurum Lisans: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-2007 Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.D-2008-2011 Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.-2011-2017
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: İngilizce Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler
Halk sağlığı, Sağlık Okuryazarlığı

EK-2. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Eğitim Durumunuz

☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri

4. Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekâr

5. Hanenizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz:.....

6. Aile tipi

☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile

7. Mesleğiniz.....

8. Çalışma durumunuz

☐ Çalışıyor

☐ Çalışmıyor

9. Gelir durumunuz

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

10. Kitap okuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Kendi okuma düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Kötü ☐ Çok Kötü

12. Genel olarak yazılı materyalleri okumaktan hoşlanma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Hiç hoşlanmam ☐ Hoşlanırım ☐ Çok hoşlanırım

13. Bilgisayarı hangi amaç/amaçlarla kullanıyorsunuz?

☐İşim gereği ☐E-maillerimi kontrol etmek ☐İnternette araştırma yapmak

☐ Diğer

14. Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için İnternet kullanıyor musunuz?

☐ Her zaman ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

15. Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinize yönelik diğer kişi/kişilerden yardım

alıyor musunuz?

☐ Her zaman ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

16. Sağlıkla ilgili bilgilere aşağıda verilen araçları kullanarak ne sıklıkta

ulaşırsınız?

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Çok az	Hiçbir zaman
Gazete					
İnternet					
Radyo					
TV					
Kitap					
Broşür					
Aile üyeleri, arkadaşlar vb.					
Doktor ya da sağlık personeli tarafından verilen form, kitapçık vb. yazılı materyaller					

17. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

☐Çok iyi ☐İyi ☐Kötü ☐Çok Kötü

18. Kaç yıldır hipertansiyon hastasıdır?

.....

19. Hipertansiyon dışında tanı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

☐Evet, ☐Hayır

20. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

☐ Her zaman ☐ Bazen ☐ Nadiren

21. İlaç Prospektüslerini okuyup anlayabiliyor musunuz?

☐ Her zaman ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

22. Hastalık ve ilaçlarla ilgili sağlık personeli tarafından bilgi verildi mi?

☐Evet ☐Hayır

Bilgi verildi ise;

23. Hangi konularda verildi?

.....

24. Verilen bilgileri yeterli buldunuz mu?

☐ Her zaman ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

25. Bilgilendirme nasıl yapıldı?

☐ Sözel ☐ Yazılı ☐Sözel ve yazılı

26. Verilen eğitim materyalindeki bilgileri anlayabildiniz mi?

☐Evet ☐Hayır

EK-3. HİPERTANSİYON BİLGİ TESTİ

Aşağıdaki soruların size göre en doğru olan cevabını işaretleyiniz.

Birinin kan basıncı 120/80 ise; ▪ Yüksek ▪ Düşük ▪ Normal ▪ Bilmiyorum	Bir kişinin kan basıncı 160/100 ise; ▪ Yüksek ▪ Düşük ▪ Normal ▪ Bilmiyorum
Yüksek kan basıncı felç geçirilmesine sebep olur. ▪ Evet ▪ Hayır ▪ Bilmiyorum	Yüksek kan basıncı kalp krizi geçirilmesine sebep olur. ▪ Evet ▪ Hayır ▪ Bilmiyorum
Yüksek kan basıncı böbrek hastalıklarına sebep olur. ▪ Evet ▪ Hayır ▪ Bilmiyorum	Yüksek kan basıncı göz problemlerine sebep olur. ▪ Evet ▪ Hayır ▪ Bilmiyorum
Bir kişide hipertansiyon varsa bu hastalık ne kadar sürer? ▪ Birkaç yıl ▪ 5-10 yıl ▪ Hayatının geri kalanında ▪ Bilmiyorum	Kilo vermek kan basıncı üzerinde nasıl bir etki yapar? ▪ Kan basıncını yükseltir. ▪ Kan basıncını düşürür. ▪ Kan basıncı değişmez, aynı kalır.
Az tuzlu yemek kan basıncı üzerinde nasıl bir etki yapar? ▪ Kan basıncını yükseltir. ▪ Kan basıncını düşürür. ▪ Kan basıncı değişmez, aynı kalır.	Kişiler hipertansiyon ilacını nasıl almalıdır? ▪ Günlük ▪ En azından haftada birkaç kez ▪ Hasta hissettikleri zaman

EK-4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (HLS-14)

Aşağıda, sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama ve edinmeye yönelik sağlık kurumları ve eczanelerde çeşitli kaynaklarla karşılaşıldığında, bu kaynakların anlaşılabilirlik düzeylerini değerlendiren bazı ifadeler verilmiştir. Bu ifadelerin doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Her bir ifadeyi okuduktan sonra katılma durumunuzu tanımlayan ifadenin karşısında yer alan kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz. Lütfen her ifadeyi yanıtlayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A. Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, aşağıdaki yaşanan durumlarla ilgili görüşlere katılma dereceniz nedir?					
1. Okuyamadığım materyaller var					
2. Yazılar okuyamayacağım kadar küçük yazılmış					
3. İçerikleri anlamam oldukça zor					
4. Talimatları ve broşürleri okumak çok uzun zaman alıyor					
5. Talimatları ve broşürleri okumak için birinin yardımına ihtiyaç duyuyorum					
B. Bir hastalık teşhisi konulursa ve sizin bu hastalık ve ya tedavisi ile ilgili fazla bilginiz yoksa, aşağıdaki seçeneklere göre nasıl davranırsınız?					
6. Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım					
7. İstedğim bilgileri elde ederim					
8. Edindiğim bilgileri anlamaya çalışırım					
9. Hastalığımla ilgili fikrimi çevremdeki insanlarla paylaşırım					
10. Edindiğim bilgileri günlük yaşantımda uygulardım					
C. Bir hastalık tanısı konulursa ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, aşağıdaki seçeneklere göre nasıl davranırsınız?					
11. Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm					
12. Bilgilerin inandırıcı olup olmadığını düşünürüm					
13. Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim					
14. Sağlığım ile ilgili kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım					

EK-5. HİPERTANSİYON ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Hipertansiyonlu kişiler için ortak öneriler aşağıda listelenmiştir. Bu önerilerin sizin için ne kadar uygun olduğunu işaretleyiniz.

	HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	UYGUN	ÇOK UYGUN
1. Düzenli fiziksel aktivite yaparım				
2. Az işlenmiş gıdalar yerim.				
3. Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum				
4. Geleneksel çok tuzlu besinleri (Konserve çorba gibi) az tuzlu besinler ile değiştiririm (Ev yapımı çorba, Taze sebze gibi)				
5. Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım (Ketçap gibi)				
6. Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim (6 gram)				
7. Doymuş yağ miktarı yüksek (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) içeren besinleri az tüketirim.				
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım				
9. Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığının etiketlerini okuyarak kontrol ederim				
10. Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm (Yağda kızartılmış tavuk yerine fırınlanmış tavuk gibi)				
11. Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım (65 gr.dan az)				
12. Günde beş yada daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim.				
13. Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim (Erkekler için 2 bardaktan bayanlar için 1 bardaktan az olacak şekilde)				
14. Sigara içmemeye çalışırım				
15. Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim				
16. Tansiyon ilaçlarımı alırım				
17. İlaçlarımı bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım				
18. Kilomu kontrol altında tutarım				
19. Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmamaya çalışırım				
20. Düzenli doktor kontrolüne giderim.				

EK-6. ETİK KURUL ONAY FORMU



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Hipertansiyon Hastalarına Verilen Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitimin Öz-Etkililik ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Karşılaştırılması ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.10.2013 tarihinde yapılan toplantısında “Hipertansiyon Hastalarına Verilen Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitimin Öz-Etkililik ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Karşılaştırılması” konulu Doç.Dr.Dilek KILIÇ Arş.Gör.Nihan TÜRKOĞLU’nun çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN

Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER

Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör

EK-7. İZİN YAZISI



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 57366419 22964
Konu : Tez Çalışması

03 Aralık 2013

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 25.11.2013 tarih ve 023900 sayılı yazısı.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Nihan TÜRKOĞLU'nun "Hipertansiyon Hastalarına Verilen Web Tabanlı ve Yüz Yüze Eğitimin Öz Etkinlik ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin Araştırılması" konulu tez çalışmasına esas teşkil edecek anket uygulamasını Yakutiye Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Ceylanoğlu, Filiz Dolunay ve Şerif Efendi Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr. Sümeyra Hakkı ÇANKAYA
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü