

## Araştırma Makalesi

# Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler

Emine Öncü <sup>a</sup>, Sümbüle K. Vayisoğlu <sup>a</sup>, Yasemin Güven <sup>b</sup>, Gamze Aktaş <sup>c</sup>, Halil Ceyhan <sup>d</sup>, Esra Karakuş <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Dr. Öğr. Üyesi., Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Mersin, Türkiye

<sup>b</sup> Arş. Gör., Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Mersin, Türkiye

<sup>c</sup> Hemşire, Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mersin, Türkiye

<sup>d</sup> Hemşire, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>e</sup> Hemşire, Mersin Üniversite Hastanesi, Mersin, Türkiye


Geliş tarihi: 18.04.2019, Kabul tarihi: 03.01.2020

## Öz

**Amaç:** Sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetleri kullanımı kronik hastalıklarda sağlık sonuçlarını etkileyen faktörlerdendir. Yapılan çalışmada bir il merkezinde HT hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ile ilişkili özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Mersin’de 23.11.17-23.04.18’de sahada yürütülen kesitsel çalışmaya 300 hipertansiyon hastası katılmıştır. Veriler Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği ve tansiyon ölçümleriyle elde edilmiş; bir bilgisayar programı ile tanıtıcı istatistikler, T-testi, Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal-Wallis, Ki-kare ve korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 48.92±15.01 yıl, %54.5’i kadın, %61.2’sinin tansiyonu yüksektir. Sağlık okuryazarlığı puan ortancası (%25-%75) 29.1’dir (21.8-36.3). En düşük puanlar “sağlığın geliştirilmesi” ve “sağlık hizmeti” alt boyutlarındadır. Erkeklerin, çalışanların ölçek puanları daha yüksektir (p<0.01). Gelir ile sağlık okuryazarlığı ilişkilidir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düştükçe hekime başvuru sayısı artmaktadır. Düşük/ sınırlı sağlık okuryazarlığı, yüksek kan basıncıyla ilişkilidir (p<0.05). Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarına ait madde puan ortalaması 2.84±0.96’dır (min-maks=1-5).

**Sorumlu Yazar:** Emine Öncü, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Mersin, Türkiye. Tel: 0505 2775502, E-posta: [eeoncu@gmail.com](mailto:eeoncu@gmail.com)

Copyright holder Turkish Journal of Public Health

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.  This is an open Access article which can be used if cited properly.

Ölçek toplam puanı yaş, hastalık süresi, hekime başvuru sayısıyla negatif; gelir ve sağlık okuryazarlığı ile pozitif yönde ilişkilidir. Hipertansiyon varlığına göre Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği puanlarında fark yoktur ( $p>0.05$ ). **Sonuç:** Çoğunluğu yetersiz/ sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip hastaların tansiyon kontrolleri güçleşmekte, sağlık hizmetlerini daha sık kullanmalarına karşın tatminleri sınırlı kalmaktadır. Düşük/ sınırlı sağlık okuryazarlığa sahip hipertansif hastaların izlemlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Hipertansiyon, sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri kullanımı, tansiyon kontrolü.

## **Health literacy levels of hypertensive patients, their views on the quality of health care and related factors in a province**

### **Abstract**

**Objective:** Health literacy and the quality of health services are important factors affecting health results in patients with chronic diseases. This study aimed to determine the level of health literacy of a group of chronically-ill patients and evaluate their opinions about the quality of health services and related factors. **Method:** This cross-sectional study was carried out between November 2017 and April 2018 with 300 hypertensive patients in four central districts at Mersin. Data was obtained using the Health Literacy Scale (HLS), Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and blood pressure measurements were taken. Data was analyzed by a computer program using T-test, Mann-Whitney U, ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi-square and correlation analysis. **Results:** The participants' age was  $48.92\pm 15.01$ , 54.5% were woman, 61.2% had high blood pressure. HLS average was 29.1 (21.8-36.3), the lowest scores belonged to "health promotion" and "health service". Males and employees had higher scores than the others. The patients' income was related to their HLS. As the HLS decreased, applications to physicians were increased. Low HL was associated with high blood pressure ( $p<0.05$ ). PACIC subdimensions score mean was  $2.84\pm 0.96$  (min-max=1-5). PACIC total score was negatively correlated with age, duration of illness, number of physician visits and positively associated with income and Health Literacy. According to the presence of hypertension, there were no differences in PACIC scores ( $p>0.05$ ). **Conclusion:** Patients with inadequate/ limited health literacy have become more difficult to blood pressure control. Their satisfaction is limited despite their more frequent use of health services. There is a need to develop monitoring of hypertensive patients with low / limited health literacy.

**Key words:** Hypertension, health literacy, use of health service, blood pressure control

### **Giriş**

Ülke ekonomilerinin ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği yönünden önemli engellerin başında kronik hastalıklar gelmektedir. Bu hastalıklar arasında yer alan ve "sessiz katil" olarak tanımlanan hipertansiyon (HT) farklı gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerin ortak

sorunlarından<sup>1</sup>. HT, küresel düzeyde sağlık harcamalarının yaklaşık %10'unu oluştururken, epidemiyolojik veriler dünyada prevalansın son dekatta %5.2 artarak %31.1'e eriştiğini göstermektedir.<sup>1,2</sup> Türk toplumunda HT prevalansı 2003'de yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans

Çalışması'na göre 18 yaş ve üzerinde %32<sup>3</sup>, 2010 tarihli TURDEP II'ye göre 20 yaş ve üzerinde %31<sup>4</sup>, 2017'de yayınlanan Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı sonuçlarına göre ise 15 yaş üzerinde %16'dır (erkekler için %12 ve kadınlar için %20)<sup>5</sup>. Aynı raporda her dört hastadan birinin kendisine önerilen ilacı kullanmadığı ve sadece %11'inin diyetine uyduğu, %2'sinin fiziksel aktivite yaptığı raporlanmıştır.<sup>5</sup>

Sessiz seyretmesi ve ancak önemli komplikasyonlar geliştiğinde belirti vermesi nedeniyle hipertansif bireylerin, başarılı tansiyon kontrolünü sağlamaları için bilgi kaynaklarına ulaşmaları, bilgileri doğru algılayarak uygulamaları gereklidir. "Sağlık okuryazarlığı" (SOY) olarak tanımlanan bu özellikler hastalığın etkin tedavisi ve hipertansiyona bağlı gelişebilecek konjestif kalp yetmezliği, inme, böbrek hastalığı gibi hastalıklardan korunma bakımından önemlidir.<sup>1,6</sup> Mortalite, morbidite ve sağlık hizmetlerine getirdiği ekonomik yüke rağmen, SOY ve HT ilişkisinin ancak son 10 yılda bilimsel araştırmalara konu olduğu ve bu araştırmaların çoğunlukla yüksek ve çok yüksek gelişmişlik seviyesine sahip ülkelerde gerçekleştirildiği görülmektedir.<sup>7-11</sup> Bu ülkelerde okuryazarlık oranı %86.8 ile %96.8 arasında değişirken, yeterli SOY düzeyi Amerika'da %86, Japonya'da %57, Çin'de %51 ile sınırlı kalmaktadır.<sup>7,9,10</sup> Hipertansif hastalarda SOY düzeyi yaş, cinsiyet, ırk ve eğitim düzeyine göre değişirken, yaşlılarda, siyahilerde, ek kronik hastalıklara sahip olanlarda, düşük gelirli ve işsizlerde daha düşük olduğu bildirilmektedir.<sup>7,10,12-15</sup> Yetersiz/ sınırlı SOY düzeyinin tansiyon kontrolünü kötüleştirdiği tartışmasız kabul edilirken, SOY arttıkça artan bilgi ve farkındalığın tansiyon kontrolünde yeterli olamayabildiği görülmektedir.<sup>10,11,16,17</sup>

Hipertansiyonda SOY ile hastalık sonuçları ilişkisini etkileyebilecek bir diğer faktör sağlık hizmetlerinin niteliğidir.<sup>18</sup> Kronik hastalıklarda sağlık hizmetlerinin niteliğini değerlendirme ölçütleri arasında hastaların bakım hizmetlerine ilişkin değerlendirmeleri ön plana çıkmaktadır. Hastaların aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmelerinin, hastalığın öz yönetimi

için desteklenmelerinin, uygun tedavi ve izlemlerinin gerçekleştirilmesinin sağlık bakım hizmetinin niteliğinde iyileşme sağlayacağı ifade edilmektedir.<sup>19</sup> Farklı kronik hastalığa sahip bireylerle yapılan çalışmalarda izlem niteliği iyileştikçe niteliğin de iyileştiği vurgulanırken, eğitim ve gelirle ilişkisine ilişkin sonuçların çelişkili olduğu görülmektedir.<sup>15,20,21</sup> Yaşlıların, sağlık durumunu "iyi" olarak bildirenlerin ve daha az yoksulluk yaşayanların sağlık hizmeti kullanımına ilişkin deneyimlerinin genellikle daha olumlu olduğu belirtilmektedir.<sup>22</sup> HT özelinde değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında yaşanan güçlüklerin hastalık kontrolünü olumsuz etkilediği ifade edilmektedir. Yapılan az sayıda çalışmanın sonuçları, sınırlı sağlık okuryazarlığa sahip bireylerin sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili deneyimlerinin daha olumsuz olduğu yönündedir.<sup>10,11,16-18</sup> Sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık hizmetlerinden uygun şekilde yararlanmayı da etkileyebilmektedir. SOY yetersiz/ sınırlı bireylerin daha pasif iletişim yöntemini benimseyerek, karar sürecine daha az katıldıkları, sorunlarını anlatma becerilerinin düşük olduğu, sağlık çalışanlarından aldıkları bilgileri anlamakta sıkıntı yaşadıkları ve hekimlerin talimatlarını izlerken zorlandıkları ifade edilmektedir.<sup>23,24</sup>

Sağlık hizmetlerinde "eşitlik" ilkesi gereğince ihtiyaca uygun hizmet verilebilmesi için kırılgan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Hastaların okuma yeteneğinin ve anlama becerisinin değiştirilmesi zordur. Bu nedenle, sınırlı SOY'un sağlık sonuçları ve sağlık hizmetleri kullanımıyla ilişkisinin daha iyi anlaşılması, olumsuz etkisinin üstesinden gelmede bir basamak olabilir.<sup>18</sup> Bu hedefle yapılan çalışmada, HT hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin hipertansiyon kontrolü ile ilişkisini belirlemek ve sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışma Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmış (2017/312) ve görüşülen kişilerin onamları alınmıştır. Kesitsel nitelikte planlanan araştırma 23.11.17-23.04.18 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Mersin il merkezine bağlı tüm merkez ilçeler (Mezitli, Yenişehir, Toroslar, Akdeniz) oluşturmuştur. Minimum örneklem sayısı Epi info 7 Stat Calc Programı ile Mersin il merkezi 18 yaş üstü nüfusu 619480, HT hastalarında yeterli SOY düzeyi %25<sup>11</sup> olacak şekilde, %95 güven düzeyinde, %5 hata payıyla 288 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya 300 kişi alınmış, 10 ankette eksikler nedeniyle çalışma 290 kişi ile tamamlanmıştır.

Çalışmada örneklemin belirlenmesinde tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Buna göre, birinci tabakayı Mersin merkeze bağlı dört ilçe (Mezitli, Yenişehir, Toroslar, Akdeniz), ikinci tabakayı ise SOY'da sosyo-ekonomik düzeyin etkili olabileceği düşünülerek "sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve yüksek bölgeler" oluşturmuştur. Her ilçeden örnekleme alınacak kişi sayısı, yerleşim nüfuslarının büyüklüğü ile orantılı olacak şekilde, yaş ve cinsiyete göre tabakalama yapılarak belirlenmiştir. Gelirler İdaresince belirlenen arsa bedelleri üzerinden an alt ve en üst %20'lik değer alan bölgelerde yer alan mahalleler belirlenmiştir. Merkez ilçelerde Mezitli'de 40, Yenişehir'de 32, Toroslar'da 67 ve Akdeniz'de 64 mahalle bulunmuştur. Basit rastgele yöntemle örnekleme alınacak mahalleler ve mahallelere bağlı sokak/ caddeler belirlenmiştir. İlgili sokak/ caddede otobüs durağına/ markete yakın iki farklı noktadan başlanarak rasgele seçilen haneden başlanarak, her haneden bir kişi olmak üzere sözel bildirimle dayalı olarak hekim tarafından kendisine HT tanısı konulduğunu belirten, iletişim kurmaya engel işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmayan, 18 yaş üstü gönüllü kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. İlgili bölgede belirlenen örnekleme ulaşılan kadar bir sonraki haneye geçilerek çalışmaya devam edilmiştir. Hanelerde birden fazla hipertansiyonu olan birey olması halinde

alfabetik olarak adı önce gelen kişi çalışmaya alınmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından hafta içi 15-18 ve cumartesi günleri 10-18 saatleri arasında yüze yüze görüşme yoluyla, Birey Tanılama Formu, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu kullanılarak toplanmıştır. İlgili form ve ölçekler bireylerin kendileri tarafından, gerektiğinde araştırmacıların yardımıyla yaklaşık 15-20 dakikada doldurulmuştur. Hipertansiyon tanımı, hipertansiyonun zarar verdiği organlar, hipertansiyonda tuz tüketimi, beslenme, egzersiz ve düzenli ilaç kullanımı konularını içeren kısa bilgilendirmeyi takiben bireylerin tansiyon ölçümleri gerçekleştirilmiştir.

*Birey Tanılama Formu:* Literatür taranarak oluşturulan form<sup>7,11,15,25</sup> bireylerin tanıtıcı ve hastalık özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hastalık süresi, diğer kronik hastalıkların varlığı, son bir yılda hekime ve acile başvuru sayısı, hastalığa ilişkin eğitim alma durumu, bilgi kaynakları, sağlık hizmeti alınan kurum olmak üzere) 12 sorudan oluşmaktadır. Sağlık hizmeti alınan kurumun belirlenmesinde bireylere hipertansiyon için son iki seferde sağlık hizmeti aldıkları kurum sorulmuş ve son başvuruya göre "aile sağlığı merkezi" veya "hastane" olarak sınıflama yapılmıştır.

*Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KBD-h):* Kronik hastalara sunulan bakımı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda ele alan, bakımın değerlendirilmesinde, hastaların bakış açılarını tanımada sağlık ekibine yardımcı bir araçtır.<sup>25</sup> Glasgow ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır.<sup>15,19</sup> Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre Cronbach Alfa katsayısı  $\alpha=0.91$ 'dir. Hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/ koordinasyon olmak üzere beş alt boyuttan ve 20 maddeden oluşan likert tipi ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı

ile hesaplanır. Puan artışı, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan tatminlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin puanlaması, "1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman ve 5=her zaman" şeklindedir.<sup>15</sup> Ölçeğin bu çalışmada iç güvenilirliği yüksektir ( $\alpha=0.97$ ).

**Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-Ö):** Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından, 15 yaş üzeri kişilerde SOY'u değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Okyay ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır.<sup>26</sup> Tüm ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı  $\alpha=0.95$ 'tir. Kırk yedi maddeden oluşan ölçek, sağlıkla ilgili üç boyutu (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. Her madde "1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay" olacak şekilde 4 derecelidir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasında değişmektedir. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde standardize edilir. Ölçeğin dört alt boyutu (genel sağlık okuryazarlık indeksi, sağlık hizmetleri indeksi, hastalıklardan korunma indeksi, sağlığın geliştirilmesi indeksi) için kesme noktaları "0-25 puan: Yetersiz SOY", ">25-33 puan: Sınırlı SOY", ">33-42 puan: Yeterli SOY", ">42-50 puan: Mükemmel SOY" şeklinde sınıflandırılmaktadır.<sup>16</sup> Ölçeğin bu çalışmada iç güvenilirliği  $\alpha=0.98$ 'dir.

**Tansiyon ölçümü:** Araştırma ile ilgili form ile ölçeklerin doldurulması ve kısa bilgilendirme sonrası tansiyon ölçümleri gerçekleştirilmiştir. Türk Hipertansiyon Derneği Kılavuzu'na uygun olarak gerçekleştirilen tansiyon ölçümlerinde kalibre edilmiş manşona sahip dijital tansiyon aleti kullanılmış (Microlife BP AG1-20) ve her iki koldan ölçüm yapılarak ortalaması alınmıştır. Araştırmacılar arası farklılığı azaltmak için araştırma öncesi ön uygulama yapılmış ve ölçümlerde aynı yönerge izlenmiştir. Bireyler son 30 dakikalık süre içinde sigara, çay, kahve içmemiş ve yemek yememiştir (Ölçüm öncesi son 30 dakikada aç olmayan 22 kişinin

tansiyon ölçümleri gerçekleştirilmemiştir). "Başarısız tansiyon kontrolü", kan basıncının doğrudan ölçülmesi ile saptanmış ve ortalama sistolik kan basıncının  $\geq 140$  mmHg ve/ veya ortalama diyastolik kan basıncının  $\geq 90$  mmHg olması şeklinde tanımlanmıştır.<sup>27</sup>

#### İstatistiksel analiz

Veriler bir bilgisayar programı yardımıyla incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testiyle değerlendirilmiştir. Gruplara ait puan ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılım şartının sağlanması halinde, iki grubun ortalamasının karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında ANOVA (F) testi uygulanmış, farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmede varyansların homojenliğine göre Tamhane ve Bonferroni testleri kullanılmıştır. Normal dağılım şartının sağlanmadığı hallerde ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis (H) testi; kategorik değişkenlerde ise ki kare analizi; ölçüm sonuçları arası karşılıklı ilişkiyi değerlendirmede korelasyon analizleri kullanılarak çözümlenmiştir. Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği normal dağılım gösterdiği için ortalama ve standart sapma ile Sağlık Okuryazarlık Ölçeği normal dağılım göstermediği için ortanca, %25-%75 persentil kullanılarak; kategorik değişkenlerin tanımlanması ise sayı ve yüzde dağılımları ile gösterilmiştir. Gruplar arası farkın etki büyüklüğünü değerlendirmede ki-kare testi için Cramér'in V, varyans analizinde Cohen's f, t test için Cohen's d kullanılmıştır. Cramér'in V ( $\phi^c$ ) için 0.10=hafif, 0.30=orta, 0.50 ve üstü=güçlü etki; Cohen's f için 0.10=küçük, 0.25=orta, 0.40=geniş etki; Cohen's d için 0.2=küçük, 0.5=orta, 0.8=büyük etki olarak değerlendirilmiştir,<sup>28</sup>  $p \leq 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

#### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması  $48.92 \pm 15.01$  (min-maks=19-94) yıl, aylık geliri  $2727.94 \pm 1472.38$  TL, çoğunluğu kadın (%54.5), evli (%77.9), lise ve altı eğitime

sahip (%76.9) ve çalışmamaktadır (%51.8). Hipertansiyona ilişkin hastalık süresi  $6.38 \pm 7.35$  (min-maks=1-40) yıldır. Çalışmaya katılanların %45.9'unun birden fazla kronik hastalığı mevcuttur (diyabet %20, KOAH-astım %10, romatolojik hastalık %5.5, hiperlipidemi %4.5, böbrek hastalığı %3.1, kalp damar hastalığı %2.4, inme %2.1, kanser %1.4). Katılımcıların sistolik tansiyon ortalaması  $134.66 \pm 13.57$  mm/Hg (min 100-maks 190), diyastolik tansiyon ortalaması  $83.98 \pm 10.59$  mm/Hg (min 60-maks 120) olup, %61.2'sinin tansiyon değeri normal sınırların üzerindedir. Hastaların %67.2'si HT hakkında eğitim aldığını, %68.3'ü tansiyonunu haftalık sürede ölçtüğünü/ölçtürdüğünü, %32.8'i HT kontrolüne ilişkin önerilerin tümüne uyduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY-Ö) toplam puan ortancası 29.1'dir (21.8-36.3). SOY-Ö alt boyutlarında en düşük puanlar "sağlığın geliştirilmesi" ve "sağlık hizmeti"ne aittir. Hastaların "sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme", "bilgiye ulaşma" puan ortancaları, "bilgiyi anlama" ve "bilgiyi kullanma" puan ortancalarından düşüktür (Tablo 1). Gelir arttıkça bilgiye ulaşma ( $r=0.36$ ), bilgiyi anlama ( $r=0.31$ ), bilgiyi değerlendirme ( $r=0.28$ ), bilgiyi uygulama ( $r=0.23$ ), sağlık hizmeti indeksi ( $r=0.33$ ), hastalıklardan korunma indeksi ( $r=0.35$ ),

sağlığın geliştirilmesi indeksi ( $r=0.31$ ), genel sağlık okuryazarlık indeksi puanları ( $r=0.35$ ) ( $p<0.01$ ) artmaktadır.

Bireylerin SOY düzeyi 112'sinin (38.6) yetersiz, 92'sinin (31.7) sınırlı iken 40'ının (13.8) mükemmeldir. Yapılan ki kare analizi sonucuna göre yaş, cinsiyet, tansiyonu kontrol altında tutma ve tansiyon kontrolü önerilerine uyumla sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı ilişki varken, bu ilişki zayıf düzeydedir, eğitim ve çalışma durumu ile SOY düzeyleri arasında ise orta düzeyde ilişki vardır. Kontrolsüz tansiyonu olanlarda okuryazarlık düzeyi "yetersiz" olanların sayısı, "yeterli/mükemmel" olanlardan fazladır ( $p=0.03$ ). Yetersiz/ sınırlı SOY'a sahip olanlarda tansiyon kontrolüne ilişkin önerilere tamamiyle uyduklarını ifade edenler daha fazladır ( $p<0.01$ ) (Tablo 2). Sağlık hizmeti alınan kuruma göre SOY puan ortancaları farklılaşmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2).

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalaması  $2.84 \pm 0.96$ 'dır (min-maks=1-5). Alt ölçekler arasında en düşük ortalama "izlem/ koordinasyon" boyutunda, en yüksek ortalama "hasta katılımı" boyutundadır (Tablo 3). KBD-h toplam puan ortalaması  $56.86 \pm 19.27$ 'dir (Tablo 3).

**Tablo 1.** Hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı puan dağılımları ve Türkiye-Avrupa ortalaması karşılaştırması

Alt indeksler	Sağlıkla ilgili				Toplam	Türkiye ortalaması	Avrupa ortalaması
	Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/ uygulama			
	Ortanca (%25-%75)					$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
<b>Sağlık hizmeti</b>	33.3 (25.0-37.5)	33.3 (25.0-37.5)	29.2 (20.8-33.3)	33.3 (33.3-41.7)	32.3 (26.0-37.5)	31.1±0.16	34.7±8.3
<b>Hastalıklardan korunma</b>	29.2 (16.7-33.3)	33.3 (22.2-33.3)	23.3 (16.7-33.3)	27.8 (16.7-33.3)	33.3 (20.0-33.3)	29.8±0.18	34.2±8.8
<b>Sağlığın geliştirilmesi</b>	26.7 (16.7-36.7)	29.2 (20.8-33.3)	33.3 (22.2-38.9)	25.0 (16.7-37.5)	27.1 (17.7-36.0)	29.9±0.17	32.5±9.1
<b>Genel sağlık okuryazarlık düzeyi</b>	29.49 (18.9-35.9)	30.3 (22.7-36.4)	27.8 (20.8-34.7)	30.3 (24.1-37.9)	29.1 (21.8-36.3)	30.4±0.16	33.8±8.0
			29.08 (21.77- 36.28)				

**Tablo 2.** Hipertansiyonu olan bireylerin tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puan dağılımı

Özellikler		Sağlık okuryazarlık puanı		Sağlık okuryazarlık düzeyi					
				Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel		
Yaş	n (%)	Ortanca (%25-%75)	Test istatistiği <i>p</i>	<p>n (%)</p>				Test istatistiği $\chi^2$ <i>p</i> Etki büyüklüğü	
	45 yaş altı	107 (36.9)	30.50 (24.64-36.52)	U=8428.00	30 (28.0)	42 (39.3)	22 (20.6)	13 (12.1)	10.639 =0.01 $\phi$ c:0.19
	45 yaş ve üzeri	183 (63.1)	28.01 (19.32-36.20)	0.05	82 (44.8)	50 (27.3)	24 (13.1)	27 (14.8)	
Cinsiyet									
Kadın	158 (54.5)	26.42 (18.71-33.33)	U=7772.50 <0.01	37 (12.8)	46 (15.9)	24 (8.3)	25 (8.5)	13.255 <0.01 $\phi$ c:0.21	
Erkek	132 (45.5)	31.56 (24.47-38.41)		75 (25.9)	46 (15.9)	22 (7.5)	15 (5.2)		
Eğitim									
İlkokul ve altı*	88 (30.3)	22.95 (13.84-32.13)	H=38.79 <0.01	52 (18.1)	19 (6.6)	7 (2.4)	10 (3.5)	46.328 <0.01 $\phi$ c:0.37	
Ortaöğrenim	135 (46.6)	29.08 (23.54-33.33)		48 (16.7)	55 (19.1)	16 (5.6)	16 (5.6)		
Üniversite*	65 (22.4)	35.11 (29.14-40.78)		11 (3.7)	18 (6.2)	22 (7.6)	14 (4.9)		

\*: Ortaöğrenim düzeyi eğitimi olanlarla aralarında fark vardır.

Tablo 2 (Devam)

Çalışma durumu								
Çalışıyor	129 (44.5)	31.72 (25.97-38.79)	U=7061.50 <0.01	31 (10.7)	50 (17.2)	28 (9.7)	20 (6.9)	21.927
Çalışmıyor	161 (55.5)	25.18 (16.99-33.16)		81 (27.9)	42 (14.5)	18 (6.2)	20 (6.9)	<0.01 $\phi$ c:0.27
Kontrolsüz hipertansiyon								
Tansiyon yüksek	164 (35.9)	29.61 (20.54-39.28)	U=8026.50 0.417	62 (23.1)	47 (17.5)	23 (8.6)	32 (11.9)	8.674
Tansiyon normal	104 (56.6)	28.55 (23.40-33.33)		42 (15.7)	37 (13.8)	18 (6.7)	7 (2.7)	=0.03 $\phi$ c:0.18
Sağlık hizmeti alınan kurum								
Aile sağlığı merkezi	110 (37.9)	27.59 (21.54-32.98)	U=7153.50 0.16	49 (19.2)	37 (14.5)	12 (4.7)	12 (4.7)	5.034
Hastane	145 (50.0)	29.79 (21.60-38.79)		52 (20.4)	44 (17.3)	29 (11.4)	20 (7.8)	=0.17
Tansiyon kontrolü önerilerine uyum								
Önerilere tamamen uyan	95 (32.8)	32.29 (21.97-43.75)	U=6445.00 <0.01	82 (29.1)	61 (21.6)	27 (9.6)	17 (6.0)	12.450
Önerilere kısmen uyan/ hiç uymayan	187 (64.5)	25.00 (17.71-33.33)		28 (9.9)	30 (10.7)	15 (5.3)	22 (7.8)	<0.01 $\phi$ c:0.21

\*: Ortaöğrenim düzeyi eğitimi olanlarla aralarında fark vardır.



Yaş grupları, eğitim ve SOY düzeylerine göre KBD-h toplam puan ortalamalarının farklılaştığı görülmüştür ( $p<0.01$ ). Yaşın KBD-h toplam puan ortalamalarına etkisi küçükken, eğitimin orta, SOY'un etkisi büyüktür. SOY'a göre KBD-h puan ortalamaları karşılaştırıldığında, SOY "yetersiz" düzeyde olanların tüm gruplarla ( $p<0.01$ ), "sınırlı" olanların "mükemmel" olanlarla ( $p<0.01$ ) aralarında fark olduğu görülmüştür. Cinsiyet, çalışma durumu, sağlık hizmeti alınan kurum, kontrolsüz hipertansiyon varlığına göre KBD-h toplam puan ortalamaları farklılaşmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği ile yaş ( $r=-0.15$ ), hastalık süresi ( $r=-0.15$ ), son bir yılda hekime başvuru sayısı ( $r=-0.15$ ) ile negatif yönde ( $p<0.01$ ); gelirle pozitif yönde ( $r=0.16$ ) ilişki vardır ( $p<0.01$ ). Hastaların KBD-h puanları ile SOY-Ö puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki bulunmuştur ( $r=0.46$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 5).

## Tartışma ve sonuç

Yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak sağlık hizmeti verilen kurumlar dışında gerçekleştirilen bu araştırma, HT kontrolünün toplum tabanlı değerlendirilmesine fırsat sağlayarak SOY'un HT kontrolü ile ilişkisi ve HT hastalarının sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin görüşlerini ortaya koymakta; sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında karşılaşılabilecek engellerin anlaşılmasına yardımcı olacak veriler sunmaktadır.

Bireylerin kendi hastalık yönetimlerini üstlenmeleri için SOY'un geliştirilmesi önemli olmasına karşın, XXX'de HT hastalarının SOY düzeyinin literatüre benzer şekilde "sınırlı düzeyde" olduğu, genel SOY puanlarının Türkiye ve Avrupa ortalamasının altında kaldığı görülmektedir.<sup>7,11,12,29</sup> Sağlıkla ilgili karar verme ve bilgi edinme süreçlerine ilişkin uygulamaların "sınırlı" düzeyde olması, hastaların etkin hastalık yönetimini gerçekleştirebilmelerine engel oluşturmasının yansira, sağlık hizmeti

alırken bilgiyi anlama, kararlara ve problem çözüme süreçlerine katılmada da engelle karşılaşılabileceklerine işaret etmektedir.<sup>11,30</sup> Kayseri'de öğretmenlerle yapılan çalışmaya benzer şekilde hastalık süresine göre SOY'da artış beklenmesine karşın, farklılık olmaması hastalığa sahip olmanın SOY'da değişime neden olmadığı şeklinde yorumlanabilir.<sup>11</sup> Yaşla birlikte SOY'da gözlenen düşüş, bilişsel yeteneklerdeki azalmayla açıklanabileceği gibi, eğitimde geçirilen sürenin gençlerde yaşlılara göre daha fazla olmasıyla da ilgili olabilir. Kadınlarla erkekler ve çalışanlar ile çalışmayanlar arasındaki farklılıkta da eğitimin etkili olabileceği düşünülmektedir.<sup>7</sup>

Araştırmalar sınırlı SOY'a sahip bireylerin yetersiz bakım alma, yetersiz hastalık bilgisine sahip olma, hastane yatışlarında artış gibi olumsuz sonuçlarla daha fazla karşılaşma durumunda kaldığını göstermektedir.<sup>27</sup> SOY'u düşük olan bireylerde HT bilgisinin yetersiz olduğu ifade edilirken, SOY ile yüksek kan basıncı ilişkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışmanın sonuçları çelişkilidir.<sup>7</sup> Düşük SOY, bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde çoğunlukla yüksek kan basıncıyla ilişkili iken, Amerika'da yapılan bir çalışmada yüksek SOY düzeyinin yüksek kan basıncı ile ilişkili olduğu; Kuzey Karolina'da yapılan çalışmada sistolik basıncın sınırlı SOY'u olanlarda yeterli SOY'u olanlara göre daha düşük olduğu, Çin'de ise yüksek SOY olanlarda HT kontrolünün daha iyi olduğu bildirilmiştir.<sup>7,9,17,18</sup> Diğer taraftan mükemmel düzeyde SOY'a sahip yaklaşık her on hastadan birinde tansiyon kontrolünün başarısız olması nedeniyle tansiyon kontrolünü sağlamada tek başına SOY değerlendirmesinin yeterli olmadığı, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile hasta özellikleri ve motivasyonel faktörlerin birlikte değerlendirilmesinin gereği ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan bireylerin hekime başvuru sayılarının artışında tansiyon kontrolüne dönük ilaç kullanımı, egzersiz, kilo kontrolü, beslenme gibi önerilere uyumda yaşadıkları sorunlar etkili olmuş olabilir.<sup>18</sup>

**Tablo 3.** Hipertansiyonu olan bireylerin kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puan dağılımı

		<b>Kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda</b>				
$\bar{x} \pm ss$ Cronbach Alfa	<b>Özellikler</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
<b>Ölçek alt boyutları</b>		<b>n (%)</b>				
<b>Hasta katılımı</b> 3.21±1.16 $\alpha = 0.876$	Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	42 (14.5)	56 (19.3)	53 (18.3)	97 (33.4)	42 (14.5)
	Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	56 (19.3)	47 (16.2)	59 (20.3)	96 (33.1)	32 (11.0)
	İlaçlarım ve etkileri ile ilgili sorun olursa söylemem istendi.	34 (11.7)	34 (11.7)	52 (17.9)	99 (34.1)	71 (24.5)
<b>Karar verme</b> 3.11±1.04 $\alpha = 0.814$	Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	56 (19.3)	37 (12.8)	61 (21.0)	102 (35.2)	34 (11.7)
	Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	27 (9.3)	38 (13.1)	89 (30.7)	108 (37.2)	28 (9.7)
	Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	42 (14.5)	60 (20.7)	76 (26.2)	79 (27.2)	33 (11.4)
<b>Amaç belirleme</b> 2.74±1.02 $\alpha = 0.888$	Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	67 (23.1)	62 (21.4)	96 (33.1)	45 (15.5)	20 (6.9)
	Beslenme/ egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	49 (16.9)	78 (26.9)	78 (26.9)	66 (22.8)	19 (6.6)
	Tedavi planımın bir kopyası bana verildi.	73 (25.2)	50 (17.2)	48 (16.6)	95 (32.8)	24 (8.3)
	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	90 (31.0)	91 (31.4)	49 (16.9)	39 (13.4)	21 (7.2)

Tablo 3- (Devam)

<b>Problem çözme</b> 2.87±1.09 $\alpha = 0.892$	Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	35 (12.1)	46 (15.9)	80 (27.6)	94 (32.4)	35 (12.1)
	Doktorum/ hemşirem gerekli tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı, geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	39 (13.4)	54 (18.6)	69 (23.8)	94 (32.4)	34 (11.7)
	Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	46 (15.9)	72 (24.8)	71 (24.5)	75 (25.9)	26 (9.0)
	Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	56 (18.3)	83 (28.6)	64 (22.1)	62 (21.4)	25 (8.6)
	Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	62 (21.4)	63 (21.7)	70 (24.1)	61 (21.0)	34 (11.7)
<b>İzlem ve koordinasyon</b> 2.55±1.05 $\alpha = 0.913$	Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	136 (46.9)	59 (20.3)	38 (13.1)	45 (15.5)	12 (4.1)
	Hastalığım konusunda sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	107 (36.9)	84 (29.0)	40 (13.8)	45 (15.5)	14 (4.8)
	Diyetisyene/ eğitim hemşiresine/ ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	51 (17.6)	56 (19.3)	89 (30.7)	69 (23.8)	25 (8.6)
	Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	52 (17.9)	53 (18.3)	100 (34.5)	63 (21.7)	22 (7.6)
	Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	66 (22.8)	51 (17.6)	95 (32.8)	56 (19.3)	22 (7.6)
<b>Toplam</b>	<b>2.84±0.96</b> $\alpha = 0.97$					

**Tablo 4.** Hipertansiyonu olan bireylerin tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre kronik hastalık yönetimi puan dağılımları

<b>Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği puanı</b>			
<b>Özellikler</b>	<b>n (%)</b>	<b><math>\bar{x} \pm ss</math></b>	<b>Test istatistiği</b> <i>p</i> Etki büyüklüğü
<b>Yaş</b>			
45 yaş altı	107 (36.9)	60.73±18.47	t=2.640 <0.01 <i>d</i> :0.22
45 yaş ve üzeri	183 (63.1)	54.60±19.42	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	158 (54.48)	55.83±19.90	t=-0.837 =0.40
Erkek	132 (45.52)	57.73±18.75	
<b>Eğitim</b>			
İlkokul	88 (30.56)	50.59±19.95	F=12.919 <0.01 Cohen's <i>f</i> :0.30
Ortaöğrenim	135 (46.88)	56.93±18.11	
Üniversite	65 (22.57)	65.95±17.14	
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	129 (44.48)	59.03±19.91	t=-1.721 =0.09
Çalışmıyor	161 (55.52)	55.12±18.62	
<b>Sağlık okuryazarlık düzeyi</b>			
Yetersiz	112 (38.6)	47.14±14.72	F=22.699 <0.01 Cohen's <i>f</i> :0.49
Sınırlı	92 (31.7)	59.43±19.15*	
Yeterli	46 (15.9)	63.57±14.92*	
Mükemmel	40 (13.8)	70.45±22.22**	
<b>Sağlık hizmeti alınan kurum</b>			
Aile sağlığı merkezi	110 (43.13)	56.44±1.887	t=-0.253 =0.80
Hastane	145 (56.86)	57.03±19.56	
<b>Kontrolsüz hipertansiyon</b>			
Tansiyon yüksek	164 (61.19)	56.98±19.54	t=-0.072 =0.94
Tansiyon normal	104 (38.81)	56.81±19.03	

\*: Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olanlarla aralarında fark vardır.

\*\*: Sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlı olanlarla aralarında fark vardır.

**Tablo 5.** Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ile hastalığa ilişkin özellikler ve Kronik Hastalıklar Bakım Ölçeği puanı arasındaki korelasyon dağılımı

Özellikler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	1								
2. Yaş	-0.16**	1							
3. Hastalık süresi/ Yıl	-0.06	0.63**	1						
4. Sistolik tansiyon	-0.07	0.22**	0.22**	1					
5. Diyastolik tansiyon	0.08	0.14*	0.17**	0.25**	1				
6. Acile başvuru (kez/yıl)	-0.04	0.20**	0.25**	0.30**	-0.04	1			
7. Hekime başvuru (kez/yıl)	-0.22**	0.35**	0.35**	0.28**	0.10	0.51**	1		
8. Gelir	0.32**	-0.12*	-0.07	-0.07	-0.04	-0.06	-0.06	1	
9. Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği	0.46**	-0.15**	-0.15*	-0.04	0.08	0.01	-0.15**	0.16**	1

\*: p<0.05    \*\*: p<0.01

Çalışma bulgularında dikkat çeken bir diğer özellik Joyner-Grantham'ın acile başvuran HT hastalarıyla yaptığı çalışmaya benzer şekilde SOY'u düşük/ sınırlı bireylerin daha yüksek oranda tansiyon kontrolünü sağladıklarını düşünmelerine rağmen yarıdan fazlasının tansiyonunun yüksek olmasıdır.<sup>32</sup>

Her bir maddenin en yüksek beş puanla değerlendirildiği KBD-h ölçeği değerlendirmesinde bireylerin 2.84 puan alması, aldıkları sağlık hizmetini "orta düzeyde iyi" olarak değerlendirdikleri anlamına gelebilir.<sup>15</sup> Diyabet, HT, KOAH gibi çeşitli hastalıkları olan bireylerle yapılan az sayıdaki araştırmada, ölçek puan ortalamasının 2.44- 2.60 arasında değiştiği görülmektedir.<sup>15,19</sup> Araştırma sonuçlarının literatüre göre daha yüksek olmasında değişik kronik hastalığı olanlarda sağlık hizmetlerinden beklenti ve tatmin durumlarının değişmesi etkili olabileceği gibi, araştırmanın diğer çalışmalardan farklı olarak sağlık kurumları dışında yapılmış olması etkili olabilir.<sup>15,19</sup>

Amerika Washington ve Idaho'da yedi birinci basamaktan hizmet alan farklı kronik hastalıklara sahip bireylere mail gönderilerek yapılan bir çalışmada HT olan bireylerde KBD-h alt boyutlarına ait puanı ortalaması 2.62 iken, en düşük puan "izlem/ koordinasyon" boyutundadır.<sup>21</sup> Kaya ve ark.<sup>15</sup> tarafından bir tıp fakültesi hastanesinde aile hekimliğine başvuran farklı kronik hastalığa sahip bireylerle yürütülen çalışmada ölçeğin alt boyut puan ortalaması 2.44 iken, en düşük ortalama 1.85 ile "izlem ve koordinasyon" boyutundadır. İncirkuş ve Nahçıvan'ın hastanede yaptıkları çalışmada da çoğunluğunu HT ve diyabet hastalarının oluşturduğu katılımcıların puan ortalaması 2.54 iken, "kararlara katılım" puanı 1.94 ile en düşük ortalama sahiptir.<sup>19</sup> Yapılan araştırmada, alt boyutlar arasında en düşük ortalamanın yapılan çalışmalara benzer şekilde "izlem/ koordinasyon" boyutunda olması, özellikle birinci basamakta kronik hastalıkları nedeniyle daha sık takip edilmesi gereken HT grubunda takip protokollerinin tekrar gözden geçirilmesi gerektirmektedir.<sup>15</sup>

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımına ilişkin deneyimleri bireysel özelliklere göre farklılaşabilmektedir: Glasgow ve ark.<sup>21</sup> yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kronik hastalığın süresine göre KBD-h puanlarında farklılık bulunmadığını bildirirken, kronik hastalık yönetimi puanlarında düşüş izlenmektedir. Kronik hastalıkla geçirilen süre arttıkça yaşlanmayla birlikte sağlık sorunlarının ve yoksulluğun artması, yaşam kalitesinin azalması, ulaşım ve finansal engeller izlem niteliğini etkilemiş olabilir.

Literatüre benzer şekilde düşük eğitim ve gelir durumunun izlem niteliğini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.<sup>15</sup> Kronik hastalıklarda aynı sağlık ekibinden düzenli hizmet almak, sağlık çalışanı ile bireylerin birbirlerinin ihtiyaçlarını anlaması yönüyle önemlidir.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü özellikle geliri düşük, SOY'u sınırlı HT vakalarının birinci basamakta doktor ve hemşireler tarafından etkili bir şekilde yönetilebileceğini belirtmektedir.<sup>1</sup> Ancak çalışma grubundaki hastaların yarısından fazlasının hastanelerden hizmet alması ve büyük kısmının tansiyonunun kontrol altında olmaması, birinci basamakta kronik hastalık izleminin iyileştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Hasta ile ilgili kararların sağlık çalışanları ve hasta arasında iletişime dayalı olarak verilmesi, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi, hizmetlerden hasta tatmininin artması ve böylelikle kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlayabilir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda giderek artan hasta sayısı, sağlık hizmeti veren ile alan arasındaki etkileşimi güçleştiren bir neden olarak hastaların aldıkları bakımı olumsuz değerlendirmelerine neden olabileceği düşünülse de, sağlık hizmeti niteliklerinin, hasta ile sağlık çalışanı iletişimi ve hasta sonuçları- üzerine etkisini değerlendirmeye dönük ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, SOY'un iyileştirilmesi, HT yönetiminin önemli bir parçasıdır. Yapılan çalışmada HT hastalarının önemli bir kısmının yetersiz/ sınırlı düzeyde SOY'a sahip olduğu ve yetersiz/ sınırlı SOY'un tansiyon kontrolünü güçleştirdiği görülmüştür. HT olan bireyler hastalıklarına ilişkin aldıkları sağlık hizmetini "orta düzeyde iyi" olarak nitelendirmelerine karşın, yetersiz/ sınırlı sağlık okuryazarlığa

sahip bireyler sağlık hizmetlerini daha olumsuz değerlendirme eğilimindedir. HT hastalarında SOY'un artırılması, sağlık hizmetinden uygun şekilde yararlanma ve karar verme süreçlerinin katılma açısından yararlı olabilir.

Sağlık hizmetlerinin düşük SOY'u olan kişilerin gereksinimlerine uygun yanıt verecek biçimde geliştirilmesi, bireylerin sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimlerini daha olumlu hale getirmenin yanında, sağlık hizmetlerine başvuruları, acil kullanımlarını azaltarak maliyet etkinliği artırabilir. Sağlık okuryazarlığı sınırlı bireyler için, okuma düzeyine uygun onay formlarının geliştirilmesi, bilgilendirme materyallerinin okuma yaşının düşürülmesi, sözlü, yazılı ya da grafikler kullanılarak bilginin sunulması, anlamayı açık uçlu sorularla kontrol etme, hastadan bilgileri eylem odaklı açıklamasını isteme (örneğin, bu ilacı evde nasıl kullanacağını söyler misin?), hastanın kendi sözlerini kullanarak anlamayı doğrulama etkili çözümler olarak sınırlanabilir.<sup>33</sup>

#### *Çalışmanın kısıtlılıkları*

Araştırmada SOY ve kronik hastalık yönetimine ilişkin sonuçlar hastaların öznel değerlendirmelerine dayalıdır. Araştırma şehir merkezinde yapılmıştır, hizmetlere ulaşımın daha sınırlı olduğu kırsal kapsamamaktadır. Çalışma kesitsel nitelikte olduğu için araştırma sonuçlarından kesin bir neden sonuç ilişkisine ulaşılamaz. Ayrıca örnek seçiminde yerine koyma yöntemiyle örnek büyüklüğüne ulaşmaya kadar devam eden veri toplama işlemi randomizasyonun bozulmasına, bu nedenle sonuçların genellenmesinde sorun yaşanmasına yol açmış olabilir. Tansiyonun her iki koldan bir kez yapılan ölçüm sonuca göre değerlendirilmiş olması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Çalışma sahada gerçekleştirildiğinden hatırlamaya ilişkin bias olmaması için hastalık evresi ve kullanılan ilaçlar değerlendirilmemiştir. Bu özellikler tansiyon kontrolünü etkileyerek sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin görüşleri değiştirebileceğinden gelecek çalışmalarda bu özelliklerin de değerlendirilmesi önerilir.

Yazar katkısı: ÖE, araştırma tasarımı, araştırmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, makale yazımı. VKS, araştırma tasarımı, araştırmanın planlanması, makale yazımı, eleştirel inceleme. GY, AG, CH, KE, araştırmanın planlanması, veri toplama ve işleme, eleştirel inceleme.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedir.

Finansal destek: Araştırmada finansal destek alınmamıştır.

## **Kaynaklar**

1. World Health Organization. A global brief on Hypertension- World Health Day 2013. World Health Organization 2013:1-40. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_en\\_g.pdf;jsessionid=996874D91536A3E3C671495670DEE741?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_en_g.pdf;jsessionid=996874D91536A3E3C671495670DEE741?sequence=1) Accessed May 25, 2018.
2. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global Disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. HHS Public Access. 2017;134(6):441-450.
3. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. J Hypertens. 2005;23(10):1817-1823.
4. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013;169-180. doi:10.1007/s10654-013-9771-5
5. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hane Halkı Araştırması: Bulaşıcı olmaya hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017.; 2018. Available at: [https://www.who.int/ncds/surveillance/st\\_eps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_TR\\_19.06.2018.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/st_eps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf). Accessed May 25, 2018.
6. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing health literacy of hypertensive patients in a primary care setting using a self-administered questionnaire. J Health Care Poor Underserved. 2014;25(4):1833-1843.
7. Shi D, Li J, Wang Y, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. Intern Emerg Med. 2017;12(6):765-776.
8. United Nations Development Programme. Human Development Report 2016. Human Development for Everyone.; 2016. Available at: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf) Accessed April 1, 2018.
9. Willens DE, Kripalani S, Schildcrout JS, et al. Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care. J Health Commun. 2013;18(SUPPL. 1):129-142.
10. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, et al. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. Blood Press Monit. 2011;16(5):224-230.
11. Yilmazel G, Çetinkaya F. Relation between Health Literacy Levels, Hypertension awareness and control among primary-secondary school teachers in Turkey. AIMS Public Health. 2017;4(4):314-325.
12. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing health literacy of hypertensive patients in a primary care setting using a self-administered questionnaire. J Health Care Poor Underserved. 2014;25(4):1833-1843.
13. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. Electron Physician. 2018;10(3):6470-6477.
14. Banerjee S, Mukherjee TK, Basu S. Prevalence, awareness, and control of hypertension in the slums of Kolkata. Indian Heart J. 2016;68(3):286-294. doi:10.1016/j.ihj.2015.09.029

15. Kaya , Akturan S, ŐimŐek M, Uğuz K, İen F, Akman M. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. Turkish Fam Physician. 2013;4(3):1-9.
16. Darvishpour J, Omidi S, Farmanbar R. The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. Casp J Heal Res. 2016;2(1):1-8.
17. Veghari G, Sedaghat M, Maghsodlo S, et al. Impact of literacy on the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults in Golestan Province (northern Iran). Casp J Intern Med. 2013;4(1):580-584.
18. Powers BJ, Olsen MK, Oddone EZ, Thorpe CT, Bosworth HB. Literacy and blood pressure - Do healthcare systems influence this relationship? A cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2008;8:1-9.
19. İncirkuş K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonu'nun geçerlik ve gvenirliği. DEUHYO ED. 2011;4(1):102-109.
20. Dede B, Sarı M, Grsul A, et al. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen deđiŐkenler. TAF Prev Med Bull. 2016;15(3):238-247.
21. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Med Care. 2005;43(5):436-444.
22. Öncü E, Köksoy Vayısoğlu S, Önen E. Bir il örneğinde sağlıkta dönüşm sonrası I. basamak sağlık hizmetleri kullanımı ve ilişkili faktörler. J Hum Sci. 2017;14(4):4546-4559.
23. Akbolat M, Kahraman G, Eriguc G, Sağlam H. Does patient-physician relationship affect health literacy?: A Research in Sakarya Province. TAF Prev Med Bull. 2016;15(4):354.
24. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: The gap between physicians and patients. Am Fam Physician. 2005;72(3):463-468.
25. Raji YR, Abiona T, Gureje O. Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly nigerians: report from the Ibadan study of aging. Pan Afr Med J. 2017;27(190):1-14.
26. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik alıŐması. 1. Basım, Ankara, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Őti, 2016: 3-104.
27. Türkiye Endokrinoloji ve Metbolizma Derneği. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 1. baskı. (TEMD Obezite Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon alıŐma, ed.). Ankara: BAYT BiliMiki Matbaacılık San.ve Tic. Ltd. Őti.; 2018.
28. Özomak MS, ebi K. İstatistiksel güç analizi:Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi zerine bir uygulama. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2017; 31(2):413-431.
29. Tanrıöver M, Yıldırım H, Ready N, akır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. Basım, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2014: 17-54.
30. Levinthal BR, Morrow DG, Tu W, Wu J, Murray MD. Cognition and health literacy in patients with hypertension. J Gen Intern Med. 2008;23(8):1172-1176.
31. Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, Shakeri N, Matbouei M. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016. Electron physician. 2017;9(11):5712-5720.
32. Joyner-Grantham J, Mount D, McCorkle O, Simmons D, Ferrario C, Cline D. Self-reported influences of hopelessness, health literacy, lifestyle action, and patient inertia on blood pressure control in a hypertensive emergency department population. Am J Med Sci. 2009;338(5):368-372.
33. Boland L, Stacey D. Health literacy in practice and research. Can Oncol Nurs J. 2016;26(4):359-361.