



**T.C.  
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERDE  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ  
Yüksek Lisans Tezi**

**Kübra GÜNAY  
232501014**

**Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Merve KIYMAÇ SARI**

**İstanbul, 2025**



**T.C.  
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYONU OLAN BİREYLERDE  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Kübra GÜNAY  
232501014**

**Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Merve KIYMAÇ SARI**

**Jüri Üyeleri  
Dr. Öğr. Üyesi Merve KIYMAÇ SARI  
Doç. Dr. Gül DİKEÇ  
Dr. Öğr. Üyesi Serpil TOPÇU**

**İstanbul, 2025**



## FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ KABUL VE ONAY

Kübra GÜNAY tarafından hazırlanan “65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, 27.06.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

---

Dr. Öğr. Üyesi Merve KIYMAÇ SARI

---

Doç. Dr. Gül DİKEÇ

---

Dr. Öğr. Üyesi Serpil TOPÇU

## AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, çalışmanın kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğretim Üyesi Merve KIYMAÇ SARI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Lisansüstü Eser Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Kübra GÜNAY

## ÖNSÖZ

Lisans eğitimimden bugüne kadarki süreçte her ihtiyaç duyduğumda bana yol gösterici, ilgili, tüm yüreğiyle samimi yaklaşan, hoşgörülü, anlayışlı, destekleyici olan, tez çalışmamın tamamlanmasında akademik, bilgi, beceri, deneyim ve tecrübeleriyle kıymetli katkıları bulunan, lisansüstü eğitimime başladığım ilk günkü heyecanımı, coşkumu her geçen gün biraz daha arttırarak beni daha da cesaretli yapan, danışman hocam Sayın Dr. Merve KIYMAÇ SARI' ya,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında bana destek olan kıymetli hastalarım,

Benim için her türlü fedakarlığı yapan, her imkânı sunan, istersem her şeyin üstesinden gelebileceğime beni inandıran, içimdeki gücün varlığına daima inanan, her zaman daimî destekçilerim olan Değerli yol arkadaşım Seyfullah ÖZCAN' a,

Değerli vakitlerini ayırıp tezime katkıda bulunan jüri üyelerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Tezin Başlığı: 65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin Adı Soyadı: Kübra GÜNAY**

**Danışmanın Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Merve KIYMAÇ SARI**

**Program: İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı**

Bu tez çalışması 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desenedir. İstanbul ili Kadıköy ilçesinde bulunan özel bir hastanede Eylül 2024-Kasım 2024 tarihleri arasında 126 hipertansiyon hastası ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, Hasta Tanılama Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği 2 ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği aracılığı ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken bağımsız gruplar için ki kare testi, varyans analizi, ortalama standart sapma incelenmiş  $p<0,05$  istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre 65 yaş ve üzeri hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve bu bilgileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dönüştürmediğini ifade eder. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırabilir ve kronik hastalıkların yönetimini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık okuryazarlığının artırılmasını sağlamak amacıyla hemşirelerin danışmanlık rolünün kullanılması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam tarzı, yaşlanma

## **ABSTRACT**

**Title of Thesis: Evaluation of the Relationship Between Healthy Lifestyle Behaviours and Health Literacy in Individuals Aged 65 and Over With Hypertension**

**Student Name, Surname: Kübra GÜNAY**

**Supervisor Title, Name, Surname: Assist. Prof. Merve KIYMAÇ SARI**

**Program: Internal Medicine Nursing Master's Program with Thesis**

This thesis study was conducted to evaluate the relationship between healthy lifestyle behaviors and health literacy in individuals aged 65 and over with hypertension. The research is designed as a descriptive and correlational study. It was carried out with 126 patients with hypertension between September-November 2024 in a private hospital located in Kadıköy, Istanbul. The data were collected through face-to-face interviews using the Personal Information Form, Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLB-II), and Health Literacy Scale. While evaluating the study data, chi-square test for independent groups, analysis of variance (ANOVA), and mean and standard deviation values were analyzed. A p-value of  $<0.05$  was considered statistically significant.

According to the results obtained from the study, a statistically significant negative relationship was found between healthy lifestyle behaviors and health literacy in individuals aged 65 and over with hypertension. Health literacy refers to the ability of individuals to understand, interpret, and transform health-related information into healthy lifestyle behaviors. Inadequate health literacy may hinder individuals' access to health services and negatively affect the management of chronic diseases. Therefore, it is recommended that nurses utilize their counseling role to improve both healthy lifestyle behaviors and health literacy levels.

**Keywords: Hypertension, health literacy, healthy lifestyle, aging**

## **İÇİNDEKİLER**

<b>ÖNSÖZ.....</b>	<b>1</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>7</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>9</b>
<b>KISALTMALAR VE SEMBOLLER.....</b>	<b>10</b>
<b>GİRİŞ.....</b>	<b>11</b>
<b>1. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. YAŞLILIK.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. KAN BASINCI VE HİPERTANSİYON .....</b>	<b>15</b>
1.2.1. Hipertansiyonun Patofizyolojisi.....	16
1.2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi .....	17
1.2.3. Kan Basıncı ve Hipertansiyon Sınıflandırması.....	18
<b>1.3. HİPERTANSİYONDA BELİRTİ VE BULGULAR .....</b>	<b>20</b>
<b>1.4. HİPERTANSİYONDA RİSK FAKTÖRLERİ .....</b>	<b>21</b>
<b>1.5. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ.....</b>	<b>22</b>
1.5.1. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemi .....	22
1.5.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemi .....	25
<b>1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....</b>	<b>26</b>
<b>1.7. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI .....</b>	<b>26</b>
<b>1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINDA HEMŞİRELİK SÜRECİ .....</b>	<b>28</b>
<b>2. YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. ARAŞTIRMANIN YER VE ZAMANI .....</b>	<b>32</b>
<b>2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....</b>	<b>33</b>
<b>2.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....</b>	<b>34</b>
2.5.1. Hasta Tanılama Formu .....	35
2.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği .....	35
2.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II .....	35

2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	36
2.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	36
2.8. VERİLERİN ANALİZİ .....	36
3.BULGULAR.....	38
3.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN TANIMLAYICI BULGULARI .....	38
3.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II (SYBDÖ-2) BULGULARI .....	42
3.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (SOÖ) BULGULARI.....	55
3.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SYBDÖ-2) PUANLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (SOÖ) PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ BULGULARI.....	66
3.5. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SYBDÖ-2) PUANLARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (SOÖ) PUANLARI ÜZERİNE ETKİSİ.....	72
4.TARTIŞMA.....	75
4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	75
4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	77
4.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	80
4.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİYLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	83
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
KAYNAKÇA.....	87
EKLER.....	98
EK 1: TURNİTİN RAPORU .....	98
EK 2: ETİK KURUL İZİNİ.....	99
EK 3: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ .....	100
EK 4: KURUM İZİNİ .....	102

<b>EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....</b>	<b>103</b>
<b>EK 6: HASTA TANILAMA FORMU .....</b>	<b>104</b>
<b>EK 7: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>105</b>
<b>EK 8: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>107</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>109</b>



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Demografik Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	38
Tablo 3.2: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık ve Hipertansiyon Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri .....	39
Tablo 3.3: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Alışkanlık ve BKİ Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	41
Tablo 3.4: Bireylerin SYBDÖ-2 Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Özet İstatistikleri .....	42
Tablo 3.5: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	43
Tablo 3.6: Bireylerin Gelir Durumları ile SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	43
Tablo 3.7: Bireylerin Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması .....	44
Tablo 3.8: Bireylerin Hipertansiyon Tanısı Alma Sürelerine Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	46
Tablo 3.9: Bireylerin Kan Basıncı Değeri Bilme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	47
Tablo 3.10: Bireylerin Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması ....	49
Tablo 3.11: Bireylerin Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	50
Tablo 3.12: Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	51
Tablo 3.13: Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması .....	53
Tablo 3.14: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Yaş ve BKİ değerleri ile SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	53
Tablo 3.15: Bireylerin SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Özet İstatistikleri.....	55
Tablo 3.16: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	55
Tablo 3.17: Bireylerin Gelir Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	56
Tablo 3.18: Bireylerin Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	57

Tablo 3.19: Bireylerin Hipertansiyon Tanısı Alma Sürelerine Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması .....	58
Tablo 3.20: Bireylerin Kan Basıncı Değeri Bilme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	59
Tablo 3.21: Bireylerin Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması .....	60
Tablo 3.22: Bireylerin Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	61
Tablo 3.23: Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması .....	62
Tablo 3.24: Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması .....	64
Tablo 3.25: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Yaş ve BKİ Değerleri ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	65
Tablo 3.26: Erkeklerin SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	66
Tablo 3.27: Kadınların SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	68
Tablo 3.28: Bireylerin SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	70
Tablo 3.29: Erkeklerin SYBDÖ-2 Alt Faktör Puanlarının SOÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisi .....	72
Tablo 3.30: Kadınların SYBDÖ-2 Alt Faktör Puanlarının SOÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisi .....	73
Tablo 3.31: Bireylerin SYBDÖ-2 Alt Faktör Puanlarının SOÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisi .....	74

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Power Analizi Sonuçlarının İdeal Örneklem Boyutları ve Kullanılması Gereken Optimal Örneklem Genişliği Diyagramı .....34



## KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ACC	: Amerikan Kardiyoloji Koleji- American College of Cardiology
ACE	: Anjiyotensin dönüştürücü enzim
AHA	: Amerikan Kalp Birliği- American Heart Association
ANOVA	: Analysis of Variance – Varyans Analizi
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DASH	: Dietary Approachesto Stop Hypertension- Hipertansiyon Düşürücü Diyet
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: European Society of Cardiology- Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: European Society of Hypertension- Avrupa Hipertansiyon Derneği
JNC	: Joint National Committee- Ortak Ulusal Komite
KB	: Kan Basıncı
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences- Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SYBDÖ 2	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2
TEKHARF	: Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
SOÖ	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bireyin çevresine adaptasyon sağlama yeteneğinin azalması olarak tanımladığı yaşlılık, son yüzyılda değerli bir gündem maddesi durumuna gelmiştir (Tooper ve Özpolat, 2023).

Yaşlılık; organizmanın verimliliğinde meydana gelen azalma, yaşamsal fonksiyonların sürekli gerilemesi ve çevresel etkenlere uyum yeteneğinin zayıflaması şeklinde tanımlanmakta olup, genel kabul gören anlayışa göre bu süreç, "65 yaş ve üzeri bireyler tarafından deneyimlenmektedir" (Mert, 2024).

DSÖ, yaşlılık sınırını 65 yaş olarak belirlemiştir; bu dönemi, artan engellilikler ve bireyin diğer kişilere olan bağımlılığının yükselmesiyle tanımlamıştır. Genellikle emeklilik sonrası dönemi kapsayan 65-74 yaş aralığı, genç (erken) yaşlılık olarak adlandırılmakta; bu evrede birey, çoğunlukla bağımsız yaşamını sürdürmektedir. Fonksiyonel kayıpların belirginleştiği ve bireyin yaşamını tek başına devam ettirebildiği 75-84 yaşları arası, orta yaş yaşlılık dönemi olarak ifade edilirken; 85 yaşında ve üzerinde ise, özel bakım hizmetlerine ya da aile desteğine ihtiyaç duyulan ileri yaşlılık evresi olarak tanımlanmaktadır (Tuğut ve diğ., 2021). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde ileri yaştaki bireyler olarak tanımlanan 65 ve üzeri yaşlardaki nüfus, son 5 yılda %20,7 büyüyerek 2024 yılında 9.112.298 kişi olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının 2024 yılında %10,6'ya yükseldiği görülmüştür (TÜİK, 2025)

2018 Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology- ACC)/ Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association- AHA), Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology- ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension- ESH) kılavuzları kan basıncı (KB) hedefleri için farklı tanımlara sahiptir: ACC ve AHA için <130/80 mmHg ve ESC ve ESH için <140/90 mmHg olan kişilerde KB'nın yüksek olduğu ifade edilmektedir (Kalyoncu ve Kartın, 2021).

Hipertansiyon, dünya genelinde kalp damar hastalıklarının ve erken dönemde ölümün ilk gelen nedenleri arasında yer alır. Sodyumun yüksek alımı, potasyumun yetersiz alımı, immobilize, alkol tüketmek, obezite ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi

hipertansiyon risk faktörleri hipertansiyon prevalansındaki bölgesel farklılıklar ile ilişkilendirilebilmektedir (Oliveros ve diğ., 2020).

Hipertansiyonun ilk aşama tedavisi, kilo kaybı, düşük sodyum alımı ve bol potasyum içeren dengeli beslenme düzeni, bedensel aktivitenin artırılması ve alkol alımının azaltılması veya tamamen kaldırılmasını içeren yaşam tarzı değişiklikleri olarak kabul edilmektedir (Mills ve diğ., 2020).

Hipertansiyon yönetimine uyum, bir bireyin reçeteli ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili önerilere karşılık gelen davranışı olarak tanımlanmıştır (Carey ve diğ., 2022). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sağlık alanlarında ölçü göstergesidir ve herhangi bir hastalık yönetim planının belirlenmesinde ve sağlık durumunun değerlendirmesinde kullanılır (Tam ve diğ., 2020).

Sağlık okuryazarlığı, bireyler için, bilgilerin ya da uygulamaların kavranmasında ve bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara dahil olabilmesi açısından önemli bir kavramdır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık bilgisinin azalması ile ilişkili olarak bireyin hastalanma riskinin artmasına, tedavi süreçlerini anlamasının ve tedavisi ile ilgili yorum yapabilmesinin zorlaşmasına, hastane yatış sürelerinde artışa, gereksiz tetkik ve muayenelere, iş gücünde artışa ve mali yüke sebep olmaktadır (Zhang ve diğ., 2021).

DSÖ verilerinde bulaşıcı olarak tanımlanmayan hastalık nedenli mortalitenin büyük bir kısmını hipertansiyon oluşturmuştur. Genel olarak bireyler sağlıksız yaşam tarzlarına daha yatkındır ve bu durum küresel metabolik sendromun artmasına neden olmaktadır. Bu ölümlerin azaltılmasının bireysel farkındalığın ve sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi ile mümkün olabileceği düşünülmektedir (Baydaş ve Yalman, 2021).

Bireyler doğru ve bilimsel sağlık bilgisine ulaştıklarında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla katılım gösterebilirler. Yaşam boyu refahı artıran tutumlara katkı sağlayan iyi ve dengeli bir yaşam, sadece hastalıklardan korunmak için değil, ayrıca genel iyilik halinin sürdürülmesini de desteklemektedir. Sağlık sorumluluğu, kendini geliştirme, sağlık durumunun kontrolü, stresle baş etme, beslenme tarzı ve egzersiz gibi davranışları içeren sağlıklı yaşam tarzı ve davranışlarının, bireyin mevcut

sağlık düzeyini korumasına, geliştirmesine ve sürdürmesine yardımcı olduğu görülmektedir (Soykan, 2020).

Birey, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek sağlıklı bir yaşam sürdürebildiği ve sağlığını çok daha iyi konuma çıkarabileceği bilinmektedir. Bireyin tüm alışkanlıklarının sağlığı üstünde önemli bir etkisi vardır. Bu yüzden, günümüzde iyi bir yaşam tarzının geliştirilmesinde yaşam tarzına yönelik uygulamaların önemi ortaya çıkmakta ve popülerliği devamlılığını sürdürmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve iyilik halinin sürdürülmesi ekseninde önemli bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır (Gökkaya ve Alpaslan, 2023).

Bu çalışma; 65 yaş ve üzeri hipertansiyonlu bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık okuryazarlığı durumlarını ve ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

## 1. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde yaşlılık, KB ve hipertansiyon tanımları, hipertansiyon belirti ve bulguları, hipertansiyon risk faktörleri, hipertansiyon tedavisi, sağlık okuryazarlık durumları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki tutumlarını ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklı yaşam davranışlarında hemşirelik süreçlerinden bahsedilmiştir.

### 1.1. YAŞLILIK

Yaşlılık, doğumla başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden ve organizmaların farklı evrelerden geçerek ilerlediği bir süreçtir. Bu süreç, bireyin çevresi, yaşam tarzı, genetik faktörler gibi pek çok etkenden etkilenecek şekilde şekillenir. Yaşlanmaya bağlı sağlık sorunlarının çoğu, sağlıksız beslenme, tütün bağımlılığı, yetersiz aktivite ve uyarıcı madde bağımlılığı gibi müdahale edilebilir veya engellenebilir faktörlerle ilişkilidir. Bu unsurlar üzerinde yapılacak iyileştirmeler veya düzenlemeler, yaşlılık döneminde artan fonksiyonel kısıtlamaların azaltılmasına yardımcı olabilir ve daha sağlıklı ve aktif bir yaşlanma süreci sağlanabilir (Kalyoncu ve Kartın, 2021).

Yaşlılık, karmaşık bir fenomen olup, oldukça göreceli bir kavramdır ve çeşitli etkenlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Ayrıca bir bireyin yaşlılık dönemi, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, ekonomik durum ve biyolojik ve psikolojik duruma göre farklılıklar arz eder. Bireylerin dünyaya geldikleri andan itibaren geçen süre, kronolojik yaşlanma olarak bilinirken, fizyolojik ve morfolojik değişikliklerin başladığı dönem biyolojik yaşlanma olarak tanımlanır. Hastalıklarla bağlantılı olarak gelişen ve doğal biyolojik sürecin bir sonucu olarak meydana gelen değişiklikler ise patolojik yaşlanma olarak adlandırılır. Ayrıca, bireylerin davranışlarındaki, uyumlarındaki ve zihinsel fonksiyonlarındaki farklılıklar psikolojik yaşlanmayı, sosyal ilişkilerindeki, rollerindeki ve sorumluluklarındaki değişiklikler ise sosyal yaşlanmayı ifade eder. Emeklilik gibi durumlar sonucu düşen gelir seviyeleri de ekonomik yaşlanmaya yol açar ve bu bireylerin yaşam standartlarını etkileyebilir (Kalyoncu ve Kartın, 2021).

DSÖ'nün 2022 verilerine göre, Türkiye'nin nüfus yaş dağılımının; yenidoğan ve 14 yaş arasındaki grubun %15,7, 15-64 yaş grubu %76,2 ve 65 yaş ve üzeri grubu ise %8,09 olduğu belirlenmiştir (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2023).

2030 yılı itibarıyla dünya nüfusunun her 100 kişisinden 16,6'sının 60 yaş ve üstünde olması beklenmektedir. 2050'ye gelindiğinde ise, 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısının 2,1 milyarlara ulaşacağı öngörülmektedir. Ayrıca, 80 yaş ve üzerindeki kişilerin sayılarının 2020 ile yaklaşık 2050 yılları arasında artarak 426 milyon civarına çıkacağı belirtilmektedir. Yaşlı nüfusun artışı, başlangıçta yüksek gelirli ülkelerde daha belirginken, günümüzde en büyük değişim düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı belirtilmiştir. 2050 yılı itibarıyla, 60 yaş ve üstü nüfusun yaklaşık yarısından fazlasının düşük veya orta maddi gelirli ülkelerde olacağı düşünülmektedir (DSÖ, 2023).

Toplumun genel sağlık ve mutluluk seviyesinin artırılmasında, özellikle yaşlı bireylerin yaşam kalitesine odaklanan politikaların geliştirilmesinin büyük bir önem taşıdığı belirtilmektedir. Yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan daha iyi koşullarda yaşayabilmelerini sağlamak, yalnızca bu grubun sağlığını iyileştirmekle kalmamakta, aynı zamanda toplumun genel refah seviyesini de yükseltmektedir. Bu nedenle, yaşlılık dönemine yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, fiziksel ve zihinsel sağlıklarını destekleyecek programların hayata geçirilmesi, sosyal katılımın artırılması ve ekonomik desteklerin sağlanması, aktif ve sağlıklı yaşlanmanın yaşlanma için temel unsurlarını oluşturmaktadır (Kalyoncu ve Kartın, 2021).

## **1.2. KAN BASINCI VE HİPERTANSİYON**

Tansiyon, kısaca KB olarak tanımlanmakta ve vücudun kan dolaşımı sırasında damarlarda oluşan basıncı ifade etmektedir. Kan, kalpten atılarak vücutta dolaşırken damar duvarlarına baskı yapmaktadır. Bu baskı yani basınç, vücudun günlük aktiviteleri, tüketilen gıdalar, yapılan fiziksel işler ve harcanan enerji gibi faktörlerle doğrudan bağlantılıdır ve bu nedenle gün içinde KB seviyesinde küçük dalgalanmalar olabilmektedir (Güçlü ve diğ., 2008). KB'nin düzenlenmesi, vücudun karmaşık bir denge mekanizmasıyla sağlanmaktadır. Kardiyak debi ve periferik vasküler direnç arasındaki ilişki, KB'nin seviyesini belirlerken, bu dengeyi etkileyen faktörler hipertansiyon gelişiminde kritik rol oynamaktadır. Özellikle damar içi sıvı hacminin artışı, sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılması ve vazokonstriksiyon KB'nin yükselmesine neden olabilmektedir. Vücut, baroreseptörler aracılığıyla bu değişimleri algılayarak, refleks mekanizmalarla KB'nı normal seviyelerde tutmaya çalışmaktadır.

Ancak uzun süreli dengesizlikler, hipertansiyon gelişmesine ve kalp-damar hastalıkları riskinin artmasına yol açabilmektedir (Zungur ve Yıldız, 2004).

KB, genellikle iki farklı ölçümle belirlenir ve her biri farklı bir fazı ifade etmektedir. Birincisi sistolik basınçtır. Bu, kalp kasının kanı damarlar aracılığıyla vücuda pompaladığı esnada damar duvarlarına uyguladığı en yüksek basıncı temsil etmektedir. Diğer ölçüm ise diyastolik basınçtır, bu da kalp kasının gevşediği ve kanın kalpten çıkmadığı, damarların daha düşük basınca sahip olduğu anı yansıtmaktadır. Her iki basınç ölçümü de sağlıklı bir kan dolaşımı ve organların düzgün çalışabilmesi için büyük önem taşımaktadır (Güçlü ve diğ., 2008).

Hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesi için yaşam tarzı değişiklikleri büyük önem taşır; dengeli ve düşük tuz içeren bir diyet, düzenli bedensel aktiviteler, sigara kullanımının azaltılması veya bırakılması ve alkol alımının azaltılması gibi önlemler bu konuda etkili olabilmektedir. Bununla birlikte, bazı bireylerde bu önlemler yeterli olmayabilir ve ilaç tedavisine ihtiyaç duyulabilmektedir. Hipertansiyonun erken teşhis edilmesi ve düzenli takiplerle kontrol altında tutulması, uzun vadede ciddi komplikasyonların önlenmesi açısından önemli bir rol oynadığı görülmektedir (DSÖ, 2023).

### **1.2.1. Hipertansiyonun Patofizyolojisi**

Hipertansiyon, metabolik bir bozukluk olarak tanımlanmakta ve patofizyolojisinde bağışıklık sisteminin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu durum, özellikle T hücreleri ve makrofajların anjiyotensin II aracılığıyla aktive olmasıyla ilişkilendirilir. Anjiyotensin II, bağışıklık hücrelerini aktive ederek inflamatuvar bir yanıtı tetikler ve bu hücrelerin damar sistemi ile kalp gibi hedef organlara sızmasına neden olur. Söz konusu hücrelerin bu organlarda birikmesi ve aktif hale gelmesi, doku inflamasyonu ve fibrozis gibi süreçler aracılığıyla organ hasarına yol açabilmektedir. Bu durumun, hipertansiyona bağlı komplikasyonların gelişiminde önemli bir mekanizma olduğu görülmektedir (Döğüş ve diğ., 2023).

Damar yatağında meydana gelen patolojik değişiklikler, günlük aktiviteler veya egzersiz sırasında ihtiyaç duyulan kalp debisinin yeterince sağlanamamasına yol açabilmektedir. Bu durum, pulmoner damar basıncının yükselmesine sebep olur.

Zamanla, sağ ventrikülde büyüme ve genişleme oluşur. Bu da kalbin yeterli kan pompalama kapasitesini korumasını zorlaştırır (Sezgin ve Mert, 2018). Kronik inflamasyon ve bağışıklık yanıtındaki bu düzensizlikler, yalnızca KB'nı yükseltmekle kalmaz, aynı zamanda uzun vadede kardiyovasküler hastalıklar, böbrek yetmezliği ve diğer ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına da zemin hazırlar. Dolayısıyla, hipertansiyonun tedavisinde sadece KB'nin düşürülmesi değil, aynı zamanda bu inflamatuvar süreçlerin kontrol altına alınmasının önemli olduğu görülmektedir (Döğüş ve diğ., 2023).

### **1.2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi**

Hipertansiyon, dünya genelinde en yaygın ölüm nedenlerinden biridir. Ölüm nedenleri sıralamasında 3. sırada yer almakta ve yetişkin mortalitesinin %12,8 olduğu görülmektedir. Yıllık tahmini olarak 10 milyona yakın insanın hipertansiyonla veya hipertansiyonla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiği ön görülmektedir (Deniz Akan ve diğ., 2020).

DSÖ verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerde koroner hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklar nedeni ölümün hipertansiyon kaynaklıdır. Ayrıca, 2025'ten itibaren DSÖ'nün öngördüğü 1,56 milyar vaka sayısına ek olarak, 2040'a kadar nüfus artışı ve yaşlanma nedeniyle vaka sayısının yaklaşık 310 milyon daha artarak 1,87 milyar seviyesine ulaşması beklenmektedir (Boateng ve Ampofo, 2023).

Günümüzde kronik hastalıkların, küresel hastalık yükünün ana sebeplerinden biri olarak öne çıktığı ve dünya genelindeki ölümlerin büyük bir bölümünden sorumlu olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise yetişkin yaş grubundaki ölümlerin %87'sinin kronik hastalıklardan kaynaklandığı ve her 5 kişiden birinin kronik hastalıklar nedeniyle erken dönemde hayatını kaybettiği görülmektedir (Zehirlioğlu ve Mert, 2019).

Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin büyük bir kısmı, önlenbilir risk faktörleriyle ilişkili olup sağlıksız yaşam tarzı ile açıklanabilmektedir. Yetersiz fiziksel aktivite, dengesiz beslenme, sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve obezite gibi yaşam tarzına bağlı risk faktörleri, bu hastalıkların oluşumunda ve ilerlemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra, bu hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde erken

teşhis, düzenli takip ve bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesinin büyük önem taşıdığı görülmektedir (Zehirlioğlu ve Mert, 2019).

### **1.2.3. Kan Basıncı ve Hipertansiyon Sınıflandırması**

Hipertansiyon, arter içindeki KB'nin artmasıyla karakterize edilen, genetik faktörler, çevresel etkiler ve metabolik bozuklukların bir arada rol oynadığı karmaşık bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Hipertansiyon, sıklıkla belirti vermeden ilerleyen ciddi bir sağlık sorunudur. Bu durum, kan damarlarında oluşan fazla basınç nedeniyle kalp, beyin, böbrekler ve diğer organlar üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Yıldırım, 2021).

Joint National Committee (JNC-VI) raporunda, 18 yaş ve üzerindeki erişkinlerin KB değerleri dört ana kategoriye ayrılmıştır; hipertansiyon, yüksek normal, normal, optimal. Türk Kardiyoloji Derneği'nin Ulusal Hipertansiyon Tedavileri ve Takip Kılavuzu'na göre, optimal KB 120/80 mmHg'nin altında, normal KB ise 135/85 mmHg'nin altında olarak tanımlanmıştır (European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension [ESC/ESH], 2019).

KB'nin sistolik olarak 140 mmHg'nin üstünde ve diyastolik olarak 90 mmHg'nin üstünde olduğu durum hipertansiyon diye tanımlanır. Bu eşik değerlerin altında kalan KB düzeyleri ise farklı kategorilere ayrılmaktadır. Sistolik kan basıncının (SKB) 120 mmHg'nin, diyastolik kan basıncının (DKB) 80 mmHg'nin ise altındaysa olduğu değerleri normal olarak benimsemektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2022). AHA, hipertansiyonu KB düzeylerine göre sınıflandırmıştır. Buna göre, normal KB sistolik 120 mmHg'nin ve diyastolik 80 mmHg'nin altında olmalıdır. Yüksek normal tansiyon ise SKB değerinin 120-129 mmHg arasında, DKB değerinin ise 80 mmHg'nin altında olmasıyla tanımlanmıştır (Whelton ve diğ., 2018). KB değerleri, kardiyovasküler riskleri belirlemek ve uygun tedavi yaklaşımlarını belirlemek için farklı kategorilere ayrılır. "Normal KB", SKB değerinin 130 mmHg'nin ve DKB değerinin 85 mmHg'nin altında olduğu durumu ifade eder. "Yüksek-normal KB" ise 130-139 mmHg sistolik veya 85-89 mmHg DKB değerler arasında olup, hipertansiyon gelişme riski taşıyan bireylerde dikkatli takip gerektirmektedir. "Grade 1 hipertansiyon", SKB değerinin 140-159 mmHg veya DKB'nin 90-99 mmHg olduğu

evredir ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi planlanabilmektedir. "Grade 2 hipertansiyon" ise 160 mmHg ve üzeri SKB veya 100 mmHg ve üzeri DKB değerleriyle ciddi sağlık riskleri taşımakta olduğu belirtilmiştir (Williams ve diğ., 2018).

### **1.2.3.1. Etiyolojik Sınıflandırma**

Hipertansiyon, etiyolojik olarak primer (esansiyel) hipertansiyon ve sekonder (ikincil) hipertansiyon olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır (TEMD, 2022).

#### **1.2.3.1.1. Primer Hipertansiyon**

Tüm hipertansiyon vakalarının yaklaşık %80-90'ını kapsayan primer hipertansiyonun, sistemik arteriyel KB'nin sürekli yüksek olduğu ancak altta yatan belirli bir ikincil hastalıkla ilişkilendirilemeyen bir durum olduğu görülmektedir. Kesin mekanizması tam olarak bilinmese de bu tür hipertansiyonun gelişiminde genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etmenler, yaşam tarzı alışkanlıkları ve metabolizma bozukluklarında beraber rol aldığı düşünölmektedir. Primer hipertansiyonun, toplumda en sık görölen hipertansiyon tipi olmasıyla halk sağlığı çerçevesinde önemli bir sorun teşkil etmekte ve kontrol altına alınmadığı takdirde kardiyovasköler hastalıklar, inme ve diğer komplikasyonlara yol açma riski taşıdığı bilinmektedir (TEMD, 2022).

Primer hipertansiyonun gelişiminde aşırı şişmanlık, fazla tuz tüketimi, yetersiz potasyum alımı, bedensel aktivite eksikliği, fazla alkol alımı ve psikolojik stres gibi çevresel faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Durmaz ve Aslan, 2017).

Primer hipertansiyon, yaşa bağlı olarak farklılık gösteren üç hemodinamik alt sınıfa ayrılmaktadır. İlk olarak, erken yetişkinlik evresindeki bireylerde sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve artmış kardiyak debi ile karakterize olan sistolik hipertansiyon görölmektedir. Bu durum, zamanla artan hemodinamik yük nedeniyle diyastolik hipertansiyona dönüşebilir. İkinci kategori, genellikle 30-50 yaş arası bireylerde ortaya çıkan diyastolik hipertansiyondur. Bu alt tipte SKB ya normal kalır (izole diyastolik hipertansiyon) ya da artış gösterir (kombine sistolik ve diyastolik hipertansiyon). Üçüncü olarak, ileri yaşlarda sık rastlanan izole sistolik hipertansiyon ön plana çıkmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde görölen bu hipertansiyon tipi, yaşlanma ile

DKB'nin azalması ve nabız basıncının artmasıyla ilişkilendirilmiş ve genellikle aort sertleşmesi ve damar direncindeki artıştan kaynaklandığı görülmüştür (TEMD, 2022).

### **1.2.3.1.2. Sekonder Hipertansiyon**

Hipertansiyon, yüksek prevalansı ve kardiyovasküler ölümler için en yaygın risk faktörlerinden biri olması sebebiyle önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğu kabul görmektedir. En sık görülen tipi, nedeni bilinmeyen ancak genellikle ailesel öykü ve obeziteyle ilişkili olan esansiyel hipertansiyon olmasına rağmen, sekonder hipertansiyonun %5-15 arasında değişen prevalansı ile dikkate değer bir orana sahip olduğu görülmüştür. Sekonder hipertansiyon, tanımlanabilir bir nedene bağlı olarak gelişen ve bu nedenin tedavi edilmesiyle gerileyebilen bir hipertansiyon türüdür. Özellikle 40 yaş altındaki genç hasta gruplarında altta yatan spesifik nedenin tedavi edilmesi durumunda hipertansiyon büyük oranda düzelebilir. Ancak ileri yaş grubundaki bireylerde, primer hipertansiyonun eşlik etmesi veya uzun süreli KB yüksekliğinin neden olduğu vasküler geri dönüşümsüz etkiler nedeniyle tam bir remisyon sağlanamamaktadır (Çakır ve Altay, 2022).

Sekonder hipertansiyon başka belirli bir nedene bağlantılı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Böbrek hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, endokrin bozukluklar, nörolojik rahatsızlıklar ve vasküler anomaliler sekonder hipertansiyonun en yaygın nedenleri arasında yer almaktadır. Bu tür hipertansiyonun tanı ve tedavisi, altta yatan hastalığın belirlenmesi ve uygun şekilde yönetilmesi ile mümkün olmaktadır (Durmaz ve Aslan, 2017).

## **1.3. HİPERTANSİYONDA BELİRTİ VE BULGULAR**

Hipertansiyonu olan bireylerin büyük bir kısmı genellikle herhangi bir belirti göstermez. Bununla birlikte, hipertansiyon durumunda baş ağrısı, bulanık görme ve göğüs ağrısı gibi semptomlar görülebilir. Hipertansiyonu tespit etmenin en doğru yolunun, tansiyon ölçümlerinin düzenli olarak yapılması olduğu görülmüştür (TEMD, 2022).

Hipertansif kriz, tedavi edilmediği takdirde kalp, beyin, böbrekler ve gözler gibi hayati organlarda kalıcı hasara yol açabilmektedir. Yüksek KB nedeniyle damar duvarlarında

meydana gelen aşırı basıncın inme, kalp krizi, akut böbrek yetmezliği ve görme kaybı gibi ciddi komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Özellikle önceden hipertansiyon tanısı almış bireyler, kan basınçlarını düzenli olarak takip etmeli ve ani yükselmeler durumunda doktorlarına danışmalıdır. Ayrıca, tuz tüketiminin azaltılması, düzenli egzersiz yapılması, sigara ve alkol kullanımının sınırlandırılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin hipertansiyonun kontrol altında tutulmasına önemli katkı sağlayabileceği öngörülmektedir (TEMD, 2022).

Hipertansiyon vakalarının %80-90'ı primer hipertansiyon olup, herhangi bir altta yatan hastalığa bağlı olmadan geliştiği görülmüştür. Kalan %10-20'lik kısmı ise sekonder hipertansiyon olarak adlandırılır ve belirli bir tıbbi nedene dayandığı belirtilmiştir. Sekonder hipertansiyon şüphesi, genç yaşta veya ileri yaşta başlaması, aile öyküsü, ani ve şiddetli yükselme, ilaç tedavisine direnç, kontrol altındaki tansiyonun bozulması, hedef organ hasarı ve spesifik laboratuvar veya fizik muayene bulgularıyla belirlenmiştir. Bu gibi durumlarda, altta yatan nedenlerin detaylı bir şekilde araştırılması ve uygun tanisal yöntemlerin kullanılması gerekli olabileceği öngörülmektedir (DSÖ, 2023).

Sekonder hipertansiyon şüphesi taşıyan bireylerin öykülerinde dikkat edilmesi gereken durumlar bulunduğu belirtilmiştir. Ailede böbrek hastalığı öyküsü, ilaç kullanımı, kas güçsüzlüğü, horlama ve uyku apnesi, terleme epizotları, baş ağrısı, anksiyete, çarpıntı gibi belirtiler sekonder hipertansiyon açısından uyarıcı faktörlerdir. Dirençli hipertansiyonu olan bireyler, üç farklı antihipertansif ilaç kullandıkları halde KB'nı kontrol altına alamayan bireylerdir. Antihipertansif tedaviye rağmen KB aniden bozulabilen bireyler ve otuz yaşından önce hipertansiyon tanısı almış bireylerde dikkat edilmesi gereken gruplardan olduğu belirtilmiştir (Aydoğdu ve diğ., 2019).

#### **1.4. HİPERTANSİYONDA RİSK FAKTÖRLERİ**

Hipertansiyonun risk faktörlerine bakıldığında, bunlar değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki ana grupta sınıflandırılır. Yaş, cinsiyet, etnik köken ve aile öyküsü değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer almaktadır (Karakuş, 2023). Hipertansiyon vakalarının yaklaşık %95'inde belirli bir neden saptanamasa da kalan %5'lik kesimde hastalığın gelişiminde etkili olabilecek bazı risk

faktörleri tanımlanmıştır; bu faktörler arasında diyabet, yüksek kolesterol, obezite, fazla tuz tüketimi, sigara ve alkol kullanımı, stresli yaşam tarzı, hareketsiz yaşam tarzı, obstrüktif uyku apnesi ile bazı ilaç ve takviye ürünlerin kullanımı değiştirilebilir risk faktörlerini oluşturmaktadır (Sarıhan, 2024).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında, hipertansiyonun, kadınlar ve erkekler bireylerde diğer risk unsurlarından bağımsız şekilde koroner kaynaklı ölüm riskini artırdığını ortaya koymuştur (Abacı, 2011).

Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon, uzun zamandır önemli risk faktörleri olarak görülmektedir. Ancak, koroner riski artıran en önemli iki faktörün hipertansiyon ile total kolesterol/kolesterol oranı olduğu belirtilmiştir (Onat ve diğ., 2004).

## **1.5. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ**

Hipertansiyonu ve buna bağlı olarak kalp, beyin, böbrek ve diğer organ hastalıklarını önlemenin en etkili yolunun risk faktörlerini azaltmak olduğu görülmüştür. Bu risk faktörleri değiştirilebilir olabileceği gibi değiştirilemeyen risk faktörleri de olduğu görülmektedir. Değiştirilemeyen veya kalıtsal risk faktörlerine sahip bireylerin, diyet ve davranışsal risk faktörlerinden kaçınmaya daha fazla özen göstermesi gerektiği belirtilmiştir. Hipertansiyon, düzenli KB takibi, zihinsel stresin azaltılması ve yönetilmesi, sağlık uzmanlarına danışarak hipertansiyonun tedavi edilmesi ve diğer tıbbi durumların kontrol altına alınmasıyla etkin bir şekilde yönetilebileceği belirtilmiştir (TEMD, 2022).

### **1.5.1. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemi**

**Tuz Kısıtlaması:** Sodyum kısıtlaması, hipertansiyon tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntemdir. Yapılan araştırmalar, yalnızca iki haftalık sodyum azaltımının bile KB'nı düşürdüğünü ve idrarda sodyum atılımını azalttığını göstermektedir. Bu süreçte artan nitrik oksit üretimi ve vücut sıvısındaki azalma, KB'nın düşmesine katkıda bulunur. Sodyumun su tutucu etkisi göz önünde bulundurulduğunda, alımının azaltılması kan hacmini ve dolayısıyla basıncı da düşürür. Sonuç olarak, sodyum kısıtlaması

hipertansiyonun kontrolünde hem fizyolojik hem de yaşam tarzı temelli etkili bir müdahaledir (Hornstrup ve diğ., 2023).

**Sağlıklı Beslenme:** Tansiyonun kontrolünde, özellikle yapraklı sebzeler, meyve ve tam tahıllı ürünlerin tüketimi önerilirken; şeker ve doymuş yağ tüketimi azaltılması önerilmektedir. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diyetinin, prehipertansiyonun hipertansiyona dönüşmesini önleyebileceği öngörülmüştür. Ayrıca, magnezyum, kalsiyum ve potasyum içeren gıdaların tüketimi önerilmiştir. Günlük 2-3 fincanı geçmeyecek biçimde kafein içermeyen kahve ya da çayların tüketilebileceği belirtilmiştir. Dengeli beslenmenin, SKB'nda 11 mmHg düşüş sağlayabileceği öngörülmektedir (DSÖ, 2024). Öte yandan, önerilse de sarımsak ve soğanın KB üzerinde sürekli olarak düşürücü bir etkisi olduğu bilimsel olarak net bir şekilde kanıtlanmamıştır (Öksüz, 2004). Zeytinyağıyla hazırlanan sebze yemekleri ve meyve ağırlıklı beslenme hem SKB hem de DKB üzerinde pozitif etkiler sağlarken, işlenmiş tahıllar, işlenmiş ve paketli et ve et ürünleri ile alkol alımının arteriyel tansiyonu negatif yönde etkileyebileceği belirtilmiştir (Ekim, 2018).

**Egzersiz:** Düzenli aerobik, izometrik ve direnç egzersizlerin hipertansiyonu önlemek ve kontrol etmek için önemli olduğu vurgulanmıştır. Haftada en az 3 gün, maksimum kalp hızının %65-75'ini sağlayacak şekilde 90-150 dakika yani ortalama 120 dakika yürüyüş, koşu veya yüzme yapılması önerilmektedir (DSÖ, 2024). Hareketsiz bir yaşam tarzı sürdüren bireylerde, düzenli fiziksel aktivite yapanlara kıyasla hipertansiyon gelişme riski daha yüksektir. Düzenli olarak uygulanan egzersizlerin, hipertansiyonlu bireylerde KB'nı düşürmeye yardımcı olabileceği öngörülmektedir. Özellikle, bu tür egzersizler SKB'nda ortalama 4 ila 8 mmHg arasında bir azalmaya neden olarak, hipertansiyonun kontrol altına alınmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Öksüz, 2004).

**Kilo Kaybı:** Vücut yağı oranının artışı, hipertansiyonun oluşumuna zemin hazırlayan önemli bir risk faktörüdür. Obezite, çocukluk çağından itibaren KB'nı olumsuz yönde etkileyerek hipertansiyon gelişimini hızlandırabilir. Bu durum, ilerleyen yaşlarla birlikte kardiyovasküler hastalıklar için de bir tehdit oluşturmuştur (DSÖ, 2024). Obezite ve yüksek vücut yağı oranıyla mücadele etmek, hipertansiyonun önlenmesi ve yönetilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Beden kitle indeksi (BKI) 27 ve üzeri olan

bireylerde, yüksek KB riski belirgin şekilde artmaktadır. Obezite ile ilişkili hipertansiyon, genellikle hiperlipidemi, insülin direnci, sol ventrikül hipertrofisi ve diyabet gibi komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, hipertansiyon hastalarının zayıflama sürecinde KB’nda anlamlı düşümlere yol açabileceği düşünülmektedir (Öksüz, 2004).

**Gıda Takviyeleri:** Sarımsak tüketiminin KB’nı düşürdüğü belirlenmiş olsa da etkisi sınırlıdır. Kakao tüketimi, KB’nı 2-8 mmHg azaltabilmektedir, ancak uzun dönem etkileri bilinmemektedir (DSÖ, 2024). Potasyum açısından zengin ve sodyum oranı düşük olan lifli besinler, sağlıklı beslenme düzeninin önemli bir parçası olduğu belirtilmiştir. Düzenli olarak balık tüketmek, hipertansiyon kontrolüne destek sağlarken, içeriğindeki yağ asitlerinden kaynaklı kalp hastalıklarını ve damar yapısını da olumlu yönde etkileyebilir (Öksüz, 2004). Sebze ve meyve ağırlıklı beslenme, sağlıklı bir diyetin önemli bir parçası olsa da B12 vitamini ve hayvansal kaynaklı proteinlerin yeterli miktarda alınması da büyük önem taşımaktadır. Özellikle vejetaryen beslenme, B12 eksikliği nedeniyle bazı sağlık riskleri oluşturabilir ve bu durum hipertansif bireyler için önerilen dengeli beslenme yaklaşımıyla örtüşmeyebilir. Bu nedenle, hipertansiyonu olan bireylerin beslenme programları hem bitkisel hem de hayvansal kaynaklı besinleri içerecek şekilde dengeli ve bilinçli bir şekilde planlanmalıdır (Ekim, 2018).

**Stresin Azaltılması:** Kronik stres ile KB arasında bağlantı bulunmaktadır. KB’nı kontrol etmek için günde 15 dakika süreyle yavaş ve düzenli nefes egzersizleri yapmak önerilmektedir (DSÖ, 2023). Psikolojik faktörler, kişinin karakteri ve stres yükü, sağlıklı hayat tarzı alışkanlıklarını negatif etkileyerek kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon için önemli riskler yaratmaktadır. Özellikle emosyonel stres, KB’nda ani ve geçici yükselmelere yol açabilir. Biyofeedback, zihin kontrolü, psikolojik seans terapileri, yoga, bilişsel-davranışçı terapi gibi kısa vadede KB’nda azalma sağlasa da bu yöntemlerin uzun süreli etkileri konusunda kesin veriler bulunmamıştır (Öksüz, 2004).

**Sigara Kullanımı:** Sigara, sempatik sinir sistemini aktive ederek KB’nı ve kalp kası oksijen ihtiyacını artırır. Sigara tüketen hipertansif bireyler sigarayı bırakarak tansiyon kontrolüne katkı sağlayabilmektedir. Sigaranın bırakılması, hipertansiyon tedavisinin

etkinliğini artırmada ve ilaç tedavisine karşı gelişebilecek direnci önlemede önemli bir adımdır. Sigara, damar sertliğini artırarak KB'nın yükselmesine neden olur ve hipertansiyonun kontrol altına alınmasını zorlaştırır. Ayrıca, sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıkların yanı sıra solunum yolu hastalıkları, kanser ve diğer kronik rahatsızlıklar için de ciddi bir risk faktörüdür. Bu nedenle, sigara bırakma programları ve bireysel danışmanlık hizmetleri, hipertansiyonlu bireylerin genel sağlık durumlarını iyileştirmek ve uzun vadede yaşam kalitelerini artırmak için destek sağlanması gerektiği öngörülmüştür (Öksüz, 2004).

### **1.5.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemi**

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu raporunda, hipertansif bireylerdeki olumsuz etkiler belirtilmiş ve kombinasyon tedavisi uygulanması gereken bireylerde, hasta uyumunu artırmak adına tek tablet ile kombinasyon tedavisinin seçilmesi öncelikli önerilmiştir. Çok sayıda tablet kullanımı gerektiren durumlarda ise, ilaçlardan minimum birinin akşam vakitlerinden daha sonra verilmesi gerektiği belirtilmektedir (TEMD, 2022).

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar, farklı etki mekanizmalarına sahip olup, her hastaya yönelik bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımları gerektirir. Diüretikler, sıklıkla sodyuma duyarlı hipertansiyon formlarında kullanılırken, adrenerjik blokerler sempatik sinir sistemini inhibe ederek KB'nı düşürür. ACE inhibitörleri ve anjiyotensin II reseptör antagonistleri vazokonstriksiyonu engelleyerek damar genişlemesine neden olur. Kalsiyum kanal blokerleri ise damar düz kaslarında gevşeme sağlayarak periferik direnci azaltmaktadır (Zungur ve Yıldız, 2004). İlaç ajan seçiminde, beta blokerler, diüretikler, ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri ve anjiyotensin reseptör blokerler gibi ilaç gruplarının yer alabileceği ifade edilmiştir. Ancak Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019 raporunda, beta blokelerin yalnızca konjestif yetersizliği veya koroner arter hastalığı gibi özel durumlarda öncelikli tercih olarak kullanılabilirliği, farklı hasta popülasyonlarında önerilmediği belirtilmiştir. Bu raporda ayrıca, antihipertansif ilaç seçimi için yeni bir başlık oluşturulmuş ve öncelikli tercih edilmesi gereken ilaçlar ile kombinasyon tedavilerinde uygun ilaç kombinasyonları detaylı bir şekilde ele alınmış, yeni bir akış şeması sunulmuştur (Arıcı ve diğ., 2015).

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu raporunda ve Avrupa kılavuzunda belirtildiği gibi, antihipertansif tedavilerin kontrendikasyonlarına vurgu yapılmış ve hastaya özgü ilaç tercihi konusunda önemli uyarılar yapıldığı görülmüştür (Arıcı ve diğ., 2015).

## **1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**

Sağlık okuryazarlığı kavramı, literatürde 1970'li yıllarda ilk kez bahsedilmiş ve 1974 yılında sağlıkla ilgili eğitim konferanslarında bir kavram olarak kullanılmıştır. Bireylerin kendi sağlık durumlarını etkili bir şekilde yönetmeleri ve doğru kararlar verebilmeleri açısından sağlık okuryazarlığının büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Bu kavram, yalnızca bireylerin değil, toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından da kritik bir rol oynamaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığının, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarında önemli bir engel oluşturduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler, diğerlerine kıyasla daha yüksek hastalanma riski taşır, tedavi süreçleriyle ilgili daha az bilgi sahibidir, hastaneye yatış oranları daha yüksektir ve bu durum sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttırmaktadır (Aydoğdu ve diğ., 2019).

Düşük eğitim seviyesi, dil ve kültürel engeller, mülteci ya da göçmen olmak, sağlık okuryazarlığı düşük ebeveynlere sahip olmak ve düşük sosyoekonomik durum gibi faktörlerin, bireylerin sağlık okuryazarlığını sınırlandırdığı literatürde belirtilmektedir. Ayrıca, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite ve inme gibi sağlık sorunları düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmeyi amaçlayan ve sağlık okuryazarlığını teşvik eden yaklaşımların, sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurması oldukça önemli olduğu görülmüştür (Alp ve Mete, 2023).

## **1.7. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Günümüzde sağlıklı yaşam, popüler konular arasında yerini almıştır. Bunun temel nedeni, postmodernizm döneminde sağlık anlayışında yaşanan değişimdir. Artık hastalık kavramından ziyade, sağlık, sağlıklı olma ve zinde kalma gibi kavramların daha fazla tartışılan ve önemsenen konular haline geldiği gözlemlenmiştir (Gürdap ve Cengiz, 2023).

Sağlıklı yaşam alışkanlıkları, bireyin kendisini korumasını ve sağlığını geliştirme sorumluluğunu üstlenmesini, dengeli ve yeterli beslenmesini, stresle başa çıkmasını, düzenli egzersiz yapmasını, manevi gelişimini ve kişilerarası ilişkilerini içermektedir. Yaşam tarzından kaynaklanan hastalıkların ve bu hastalıkların yol açtığı geri dönüşümsüz durumların önlenmesi için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi gereklidir. Bu tür davranışların benimsenmesi bireylerin kendileri veya hastalıkları konusunda çok daha fazla bilgi sahibi olmasının yanı sıra, uzun süreli hastalıkların önlenmesi, yaşam standartlarının artırılması ve aktif yaşlanma açısından oldukça önemlidir. Sağlıklı ya da iyi yaşam davranışlarının kazanılması için her şeyden önce bireylerin şu anki yaşam tarzı davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir. Kişinin sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemesi, bedenini ve kendisini tanıması ve bu doğrultuda davranış değişiklikleri yapabilmesi esastır. Bu yaklaşım, bireyin sağlık düzeyini belirleyerek sağlık hizmetleri kalitesine katkı sağlamaktadır. Böylelikle kişinin, kendisini ve bedenini daha iyi tanıyarak tıbbi kontrollerine düzenli bir şekilde özen gösterme fırsatı bulunduğu belirtilmiştir (Yorulmaz ve Erdem, 2021)

Kronik hastalıkların yaşam boyu tedavi ve bakım gerektirdiği durumlarda, egzersiz, diyet, sigara kullanımı ve stres gibi yaşam tarzı faktörlerinin hastalığın seyrini etkilediği bilinmektedir. Bu sebeple, hastalık yönetiminde sağlık profesyoneli ile hastanın sorumlulukları paylaşması, hastanın kendi sağlığının sorumluluğunu alması ve günlük yaşamda verdiği kararların hastalığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebileceği bilincine sahip olması önemlidir (Savucu, 2020).

Bireyin, uygun çevre koşullarını sağladığında sağlığını en üst seviyeye taşıyabileceği öngörülmektedir. Bireyin yaşam tarzı, psikolojik durumu ve yaşama bakış açısı, bireyin sağlığını etkileyen başlıca unsurlar arasında bulunmaktadır. Bu unsurlar açısından bireyin pozitif bir gelişim göstermesi durumunda, sağlığının da olumlu yönde ilerleyeceği belirtilmiştir (Zehirlioğlu ve Mert, 2019).

Fiziksel aktivitelerin yanı sıra iş ve yaşam dengesinin sağlanması da bireyin sağlığı üzerinde etkili unsurlardan biridir. Sağlıklı yaşam ise, bireyin ömrü boyunca ciddi hastalıklara yakalanmadan sürdürdüğü bir yaşam biçimi olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte, sağlıklı yaşamın yalnızca belirli bir dönem değil, bir yaşam tarzı haline

getirilmesi esas olan önemli bir durum olduğu öngörülmektedir (Zehirlioğlu ve Mert, 2019).

## **1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINDA HEMŞİRELİK SÜRECİ**

Hemşireler, hipertansiyonlu bireylerin bakımında ve yönetiminde her aşamada önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Bu görevler arasında tanılama yani anemnez, ilaç yönetimi, hastaların eğitimi, hastalara danışmanlık, toplum sağlığı yönetimi, bakımın koordinasyonu, beceri geliştirme, performans ölçümü ve kalite geliştirme çalışmaları yer almaktadır.

**Tanılama** sürecinde, hemşirelerin bireylerin KB'nı düzenli olarak ölçmesi ve hipertansiyonu erken dönemde belirlemesi hedeflenmiştir (Yorulmaz ve Erdem, 2021). Bu süreçte doğru teknikler, uygun manşon boyutu ve kalibre edilmiş cihazların kullanılması büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin hasta değerlendirme ve bakım süreçlerindeki temel sorumluluklarının farkındalıkları ve bu süreçlerin hasta sağlığı üzerindeki etkisini bilmeleri ayrıca önemli olduğu görülmüştür. Bireylerin geçmiş sağlık öyküsünü toplamak, mevcut sağlık durumlarının daha iyi anlaşılmasını sağlarken, özellikle ciddi sağlık sorunlarının doğru bir şekilde değerlendirilmesine ve uygun müdahalelerin zamanında gerçekleştirilmesine olanak tanımaktadır. Ayrıca, ilaçlara verilen yanıtı izlemek, olası yan etkileri gözlemlemek ve yönetmek, tedavi sürecinin güvenli ve etkili bir şekilde ilerlemesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bireylerin tedaviye uyumlarını değerlendirmenin, hastalık yönetiminde sürekliliği sağlamak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için önemli olduğu belirtilmiştir (Ünsar ve diğ., 2019).

**Bireylerin Eğitimi, Danışmanlık ve Beceri Geliştirme** alanında, hipertansiyon hastalarına sunulan eğitimlerin ve izleme programlarının, tedaviye uyumu artırma açısından kritik bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bu programlar, bireyleri yaşam tarzlarını değiştirmeye ve ilaç tedavisine uyum sağlamaya teşvik etmektedir. Hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesini artırmaya ve KB'nı kontrol altında tutmaya yönelik etkili yaklaşımlar arasında bilgilendirme, danışmanlık, hatırlatıcı yöntemler, kendi kendini izleme ve aile terapisi gibi uygulamalar yer almaktadır. Hemşireler, hastaların ilaç

öykülerini inceleyerek, aşırı doz, bitkisel ürün kullanımı ve yasa dışı ilaçlar gibi durumları değerlendirmeli ve reçeteli ilaçlar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır. Eğitim süreçleri, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarını ve hafif yan etkilere rağmen tedaviye devam etmelerini sağlamaya yardımcı olmaktadır (Yorulmaz ve Erdem, 2021). Hasta bakımında etkili ve güvene dayalı bir ilişki kurmak, bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik halini destekleyen durum olduğu belirtilmektedir. Bakım sürecinde hastanın duygu ve düşüncelerine saygı göstermek, onun ihtiyaçlarını anlamaya çalışmak ve samimi bir iletişim ortamı sağlamak, bireyin tedavi sürecine olan katılımını artırabilmektedir. Empati temelli bir yaklaşımın, bireyin kendini değerli hissetmesine yardımcı olurken, sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iş birliğini güçlendirerek daha başarılı sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Erbay ve diğ., 2018).

Hipertansiyonun başarılı bir şekilde yönetilmesi, yalnızca farmakolojik tedavilerle sınırlı kalmayıp, bireyin sağlık farkındalığını artıran, yaşam tarzı değişikliklerini teşvik eden ve multidisipliner bir yaklaşımı benimseyen kapsamlı bir süreci gerektirmektedir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve stres yönetimi gibi konularda rehberlik etmek, hipertansiyon yönetiminin temel unsurları arasında yer almaktadır. Aynı zamanda, hastaların KB ölçüm teknikleri konusunda eğitilmesi, belirtilerini tanıyabilmesi ve gerekli durumlarda profesyonel sağlık desteği alabilmesi sağlanarak, hastaların kendi sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmeleri desteklenmelidir. Bireylerin bilinçli ve düzenli bir takip sürecine dahil olmalarının, hipertansiyonun uzun vadeli komplikasyonlarını önlemede ve yaşam kalitesini artırmada kritik bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Kolcu ve Ergün, 2016).

**Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme** aşamasında ise hemşireler, hipertansiyon bakımında kullanılan yöntemleri ve elde edilen sonuçları değerlendirir. Bu değerlendirme sürecinde standartlaştırılmış performans ölçümleri kullanılarak bakımın etkinliği ve hasta sonuçları iyileştirilebilmektedir (Yıldırım, 2021). Hemşirelik sürecinin, sistematik bir yaklaşıma dayanmakla birlikte doğrusal bir ilerleyiş göstermediği belirtilmiştir. Bu süreç, neden-sonuç ilişkisine dayalı problem çözme yetisini geliştirirken yalnızca bilimsel bilgiyi değil, aynı zamanda etik, estetik, kişisel ve deneyimsel bilme yollarını da kullanmayı gerektirdiği belirtilmiştir (Erbay

ve diğ., 2018). Hemşirelik uygulamaları, bu çok yönlü bakış açısıyla hastaların bireysel ihtiyaçlarını karşılamayı ve bakım kalitesini artırmayı hedefler. Hemşire liderliğinde yürütülen hipertansiyon yönetimi, rehber ve protokoller doğrultusunda multidisipliner bir yaklaşımla gerçekleştirildiğinde, hastaların ihtiyaçlarına yönelik etkili çözümler sunulabilmektedir. Sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği içinde uygulanan bu programlar, hastaların bilinçlenmesini, tedaviye uyumlarını artırmayı ve yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bu sayede, KB'nın kontrol altına alınması sağlanarak hipertansiyonun olumsuz etkilerinin en aza indirilebileceği ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği düşünülmektedir (Kolcu ve Ergün, 2016).

**Bakımın Koordinasyonu**, hipertansiyon tedavisinde etkili bir model oluşturmayı amaçlar. Bu süreçte çok disiplinli ekiplerin iş birliği büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, ilaç kullanımı ve yönetimi, hasta ve hastalık takibi, tedaviye adaptasyon ve kendi başına yönetim desteği gibi konularda görev alarak, birinci basamak sağlık hizmetleriyle uyum içinde çalışır ve etkili bakım modellerinin uygulanmasına katkıda bulunur. Bu noktada, hipertansiyon yönetiminde hemşireler, hastalara en yakın sağlık profesyonelleri olarak kilit bir role sahiptir. Hemşirelik uygulamalarını geliştirmek ve hipertansiyon hastalarının bakımında daha aktif roller üstlenmek amacıyla kanıt temelli çalışmaların artırılması önerilmektedir (Yıldırım, 2021). Hastaların tedaviye uyumlarını değerlendirmek, hastalık yönetiminde sürekliliği sağlamak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek adına büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte, sağlık profesyonellerinin eleştirel düşünme becerilerini kullanarak klinik kararlar alması, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Tüm bu unsurlar bir araya gelerek, hasta odaklı ve bütüncül bir bakım yaklaşımının temel taşlarını oluşturmaktadır (Ünsar ve diğ., 2019).

65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyonun sağlık üzerindeki etkileri yalnızca kan basıncı yüksekliği ile sınırlı kalmadığı görülmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyonun varlığı, kalp hastalıkları, inme ve bilişsel işlev bozuklukları ciddi komplikasyonların gelişme olasılığını arttırdığı görülmektedir (Kayin ve diğ., 2025). Ayrıca hipertansiyonun etkileri yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde azalma, bağımsızlık kaybı ve yaşam kalitesinde azalma

olduğu görülmüştür. Bu durum, bireylerin sosyal yaşama katılımını kısıtlamakta ve genel iyilik hallerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Efe ve Doğan, 2023).

65 yaş ve üzeri hipertansiyonlu bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, bu yaş grubundaki bireylerin hastalık yönetimi ve yaşam kalitesinin arttırılması açısından kritik öneme sahiptir. Bireylerde hipertansiyona bağlı etkilerin azaltılmasında sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli rol oynadığı düşünülmektedir (zen ve Ersin, 2024). Bu nedenle, çalışmamızda 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bulgular, hipertansiyon yönetimi ve bireylerin yaşam kalitesinin arttırılması için yapılacak müdahalelere rehberlik etmesi hedeflenmektedir (Efe ve Doğan, 2023).

## **2. YÖNTEM**

Bu bölümde araştırmanın amacı, yapıldığı yer ve zaman, araştırmanın örnekleme ve evreni, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın etik yönünden bahsedilmiştir.

### **2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerde sağlık okuryazarlığını düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

### **2.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI**

S1: 65 yaş ve üzerinde hipertansiyonu olan bireylerin sağlıklı yaşam davranışları düzeyleri nasıldır?

S2: 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?

S3: 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinde fark var mıdır?

S4: 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa ilişkin bulgulara göre sağlıklı yaşam davranışlarının arasında fark var mıdır?

S5: 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle sağlıklı yaşam davranışlarının arasında bir ilişki var mıdır?

### **2.3. ARAŞTIRMANIN YER VE ZAMANI**

İstanbul ili Kadıköy ilçesinde özel bir hastanede Eylül- Kasım 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

## 2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Kadıköy ilçesindeki özel bir hastanenin yatan hasta servislerinde tedavi gören 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmanın dahil etme kriterleri; 65 yaş ve üzeri ve hipertansiyon tanısı almış olmaktır. Hariç tutma kriterleri ise; oryante olmama, sözel iletişim kurulamama, tanı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığın bulunması ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme olarak belirlenmiştir.

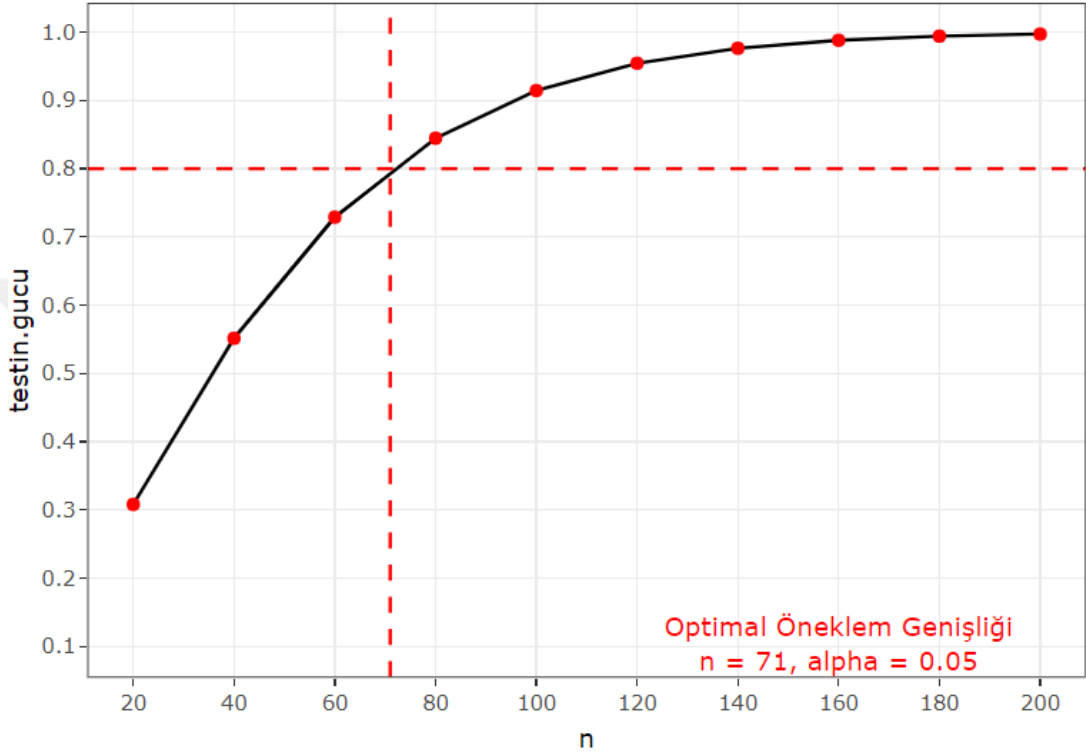
Örneklem belirlenmesinde G power analizinden yararlanılmıştır. Etki büyüklüğü hesaplamalarında en sık başvurulan yöntemlerden biri Cohen'in d katsayısıdır. Etki büyüklüğü hesaplamalarında, araştırmanın metodolojik özelliklerine bağlı olarak bazı çalışmalarda Hedge's d, bazı çalışmalar ise Glass's  $\Delta$  ölçütünü temel alarak değerlendirme yapmaktadır. Cohen (1988) tarafından önerilen sınıflandırmaya göre,  $d < 0,20$  zayıf,  $d \approx 0,50$  orta ve  $d \geq 0,80$  ise güçlü bir etkiyi ifade etmektedir. Ancak bağlam ve örneklem niteliğine bağlı olarak, düşük düzeyli d değerlerinin bile anlamlı etkilere işaret edebileceği durumlar söz konusu olabilmektedir. Ancak bazı özel durumlarda, 0,2 düzeyindeki bir etki büyüklüğünün bile önemli ve güçlü bir etki olarak değerlendirilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Cohen, 1988; Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Cohen'in etki boyutu (r) hesaplanması;

$$d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{SD_1^2 - SD_2^2}}$$
$$r = \frac{d}{\sqrt{(D^2) + 4}}$$

şeklinde hesaplanmaktadır. Bu çalışmada, etki büyüklüğü Cohen'in r katsayısı temel alınarak hesaplanmış ve  $r = 0,473$  olarak belirlenmiştir (Alper, 2024). Bu değer, orta ile yüksek arası bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir ve çalışmanın örneklem yeterliliğini değerlendirmek üzere yürütülen power analizine temel oluşturmuştur.

Power analizi sürecinde, R v4.3.1 yazılımı kullanılıp; alfa ( $\alpha$ ) hata olasılığı %5, beta ( $\beta$ ) hata olasılığı ise %20 olarak kabul edilmiştir. Çalışmada değişkenler arasında anlamlı bir farkın bulunacağı varsayımı doğrultusunda yürütülen analiz sonucunda,

minimum 71 katılımcıdan oluşan bir örneklem büyüklüğünün yeterli olacağı öngörülmüştür. (Süt, 2011; Champely, 2020) Power analizine ilişkin nicel bulgular ve Şekil 2.1’de yer almaktadır. Çalışma 126 katılımcı ile tamamlanmıştır.



**Şekil 2.1: Power Analizi Sonuçlarının İdeal Örneklem Boyutları ve Kullanılması Gereken Optimal Örneklem Genişliği Diyagramı**

## 2.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, örneklem dahil etme kriterlerini karşılayan bireylere çalışmayla ilgili sözel bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmaya dahil olmaya istekli olanlardan yazılı onam alındıktan sonra hasta tanılama formu, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları-2 ölçekleri aracılığıyla yatan hasta odasında araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır. Bireylerin mahremiyeti korunmuş ve veri toplama esnasında refakatçilerin odada bulunması konusunda katılımcıların isteğine göre hareket edilmiştir. Verilerin toplanmasında kolayda örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

### **2.5.1. Hasta Tanılama Formu**

Form, bireylerin demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren 15 sorudan oluşmaktadır. Form literatür esas alınarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Sarıyar, 2023).

### **2.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği**

Ölçek, ilk olarak Sorensen tarafından 47 madde olarak geliştirilmiştir. Sonrasında Toçi, Bruzari ve Sorenson tarafından gözden geçirilerek sadeleştirilmiş ve ölçeğin geçerlilik güvenilirliği çalışılmıştır. Bu araştırmada kullanılan ölçme aracı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma kapasitelerini belirlemeye yönelik olarak tasarlanmış, toplamda 25 maddeden oluşan bir formdur. Ölçek maddeleri, beşli likert tipi derecelendirme ile yanıtlanmakta olup; katılımcılardan, her maddeye “hiç zorluk çekmiyorum” ile “yapamayacak durumdayım” arasında değişen ifadeler doğrultusunda değerlendirme yapmaları istenmektedir. Tüm maddeler olumlu biçimde formüle edilmiş olup, ölçekte ters yönde puanlanan herhangi bir maddeye yer verilmemiştir. Ölçek toplam puanı minimum 25 ile maksimum 125 puanları arasında değişiklik göstermektedir. Ölçek ortalama puanı araştırmadaki minimum ve maksimum puan toplamının yarısını ifade etmektedir. Ölçekteki toplam puan, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin genel bir göstere sunmakta; düşük puanlar yetersiz ya da sorunlu düzeyi, yüksek puanlar ise yeterli ve gelişmiş düzeyi temsil etmektedir. Özgün ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,95’dir. Ölçeğin Türkçeye uyarlamasının Cronbach’s Alpha katsayısı 0,92’dir. İlgili ölçüm aracının Türkçeye uyarlanma çalışmasını Aras ve Bayık Temel gerçekleştirmiştir (Aras ve Bayık Temel, 2017). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeğinin (SOÖ) Cronbach’s Alpha katsayısının 0,99 olarak saptanmıştır.

### **2.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2**

Ölçek, Walker ve diğerleri tarafından 1987 yılında geliştirilip, 1996 yılında güncellenmiştir. Toplam 52 maddeden oluşan bu ölçek, bireylerin sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarını kapsamlı şekilde değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçek maddeleri, “hiçbir zaman”dan “düzenli olarak”a kadar uzanan dört seçenekli likert tipi

derecelendirme ile yanıtlanmakta olup, tüm maddeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Alt boyutlar arasında manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi yer almaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 52 ile 208 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Ölçek puan ortalaması yapılan araştırmada minimum ve maksimum puanların toplamının yarısını ifade etmektedir. Ölçek puanı arttıkça bireylerin sağlıklı yaşam davranışları düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach's Alpha katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Bahar ve diğerleri tarafından gerçekleştirilmiştir (Bahar ve diğ., 2008). Çalışmamızda SYBDÖ-2 ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısının 0,95 olduğu bulunmuştur.

## **2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmaya başlamadan önce Fenerbahçe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Kurulundan 92.2024fbu sayılı onay alınmıştır (Ek 2). Çalışmada kullanılan ölçekler için yazarlarından gerekli izinler e-posta yolu ile alınmıştır (Ek 3). Etik kurul ve ölçek izinlerinin ardından, araştırmanın uygulanacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek 4). Veri toplama sürecinden önce katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 5). Tüm süreç boyunca bireylerin gizliliği ve mahremiyeti korunmuştur.

## **2.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmanın sınırlılıkları arasında tek merkezli olması, örneklem sayısının az olması ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olması yer almaktadır.

## **2.8. VERİLERİN ANALİZİ**

Kategorik değişkenlerin tanımlanmasında frekans ve yüzde dağılımları kullanılmıştır. Sürekli verilerin dağılım uygunluğunda "Shapiro-Wilk testi" ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal verilerin ortalaması ve standart sapma ( $\bar{X} \pm SS$ ) ile, normal dağılım sergilemeyen veriler ise medyan ve minimum-maksimum aralığı (medyan [min-max]) şeklinde raporlanmıştır. İki bağımsız grubun normal dağılım

gösteren verilerinin karşılaştırılması için “Bağımsız Örneklem T Testi”, normal dağılım göstermeyen veriler için “Mann-Whitney U Testi” kullanılmıştır. Birden fazla grubun karşılaştırılmasında, normal dağılım şartını sağlayan veriler için “Tek Yönlü ANOVA”, dağılım koşulunu sağlamayanlar için ise “Kruskal-Wallis H testi” tercih edilmiştir. Çoklu grup karşılaştırmalarında, istatistiksel farklılıklar ortalama ve medyan değerlerin yanında harflerle gösterilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki analizi, normal dağılıma sahip olanlar için “Pearson Korelasyon Katsayısı”, normal dağılıma uygun olmayanlar için ise “Spearman’s Rho” yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Korelasyon gücünü değerlendirmek amacıyla, 0,2’den küçük değerler çok zayıf, 0,2-0,4 arası zayıf, 0,4-0,6 arası orta, 0,6-0,8 arası güçlü, 0,8 üzeri ise çok güçlü ilişki olarak sınıflanmıştır (Choi ve ark., 2010). Ayrıca, nicel değişkenler arasındaki etkiler “Çoklu Regresyon Analizi” ile incelenmiştir. Verilerin analizinde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Testler iki yönlü hipotezler çerçevesinde yürütülmüş; elde edilen p değerleri sonuçlarına göre  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  ve  $p < 0,001$  düzeylerinde raporlanmıştır. Tüm istatistiksel işlemler “SPSS version 27 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD)” programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

### 3.BULGULAR

Bu bölümde araştırma sorularına ait bulgulara değinilmiştir.

#### 3.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN TANIMLAYICI BULGULARI

Tablo 3.1’de çalışmaya katılmış olan bireylerin cinsiyet temelli ayrımlara göre tanımlayıcı istatistiklerin bulguları belirtilmiştir.

**Tablo 3.1: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Demografik Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri**

	Erkek (n=40)		Kadın (n=86)		Toplam (n=126)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş (yıl) ( $\bar{X} \pm SS$ )	78,78±9,68		76,98±9,90		77,55±9,83	
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okuryazar Değil	0	0,0	4	4,7	4	3,2
Okur Yazar	3	7,5	3	3,5	6	4,8
İlköğretim Mezunu	9	22,5	28	32,6	37	29,4
Lise Mezunu	12	30,0	32	37,2	44	34,9
Üniversite Mezunu	15	37,5	18	20,9	33	26,2
Lisansüstü	1	2,5	1	1,2	2	1,6
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelirim Giderimden Az	2	5,0	7	8,1	9	7,1
Gelirim Giderime Denk	17	42,5	55	64,0	72	57,1
Gelirim Giderimden Fazla	21	52,5	24	27,9	45	35,7
<b>İkamet Edilen Yer Durumu</b>						
İl	33	82,5	63	73,3	96	76,2
İlçe	7	17,5	21	24,4	28	22,2
Köy	0	0,0	2	2,3	2	1,6

Araştırmaya toplam 126 birey katılmıştır. Katılımcıların 40’ı (%31,7) erkek, 86’sı ise (%68,3) kadın olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1).

Araştırmaya katılmış bireylerin cinsiyetleriyle demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, erkeklerde yaş ortalamalarının 78,78±9,68 yıl olduğu, %37,5’inin (15 kişi) üniversite mezunu olup, %52,5’inin (21 kişi) gelirinin giderinden fazla olduğu ve %82,5’inin (33 kişi) ilde ikamet ettiği belirtilmiştir (Tablo 3.1).

Araştırmaya katılmış olan kadınların yaş ortalamalarının  $76,98 \pm 9,90$  yıl olduğu, %37,2'sinin (32 kişi) lise mezunu olup, %64'ünün (55 kişi) gelirinin giderine denk olduğu ve %73,3'ünün (63 kişi) ilde ikamet ettiği bulunmuştur (Tablo 3.1).

Araştırmaya katılmış bireylerin yaş ortalamalarının  $77,55 \pm 9,83$  yıl olduğu, %34,9'unun (44 kişi) lise mezunu olduğu, %57,1'inin (72 kişi) gelirinin giderine denk olduğu ve %76,2'sinin (96 kişi) ilde ikamet ettiği bulunmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.2'de çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleriyle sağlık ve hipertansiyon tanımlayıcı bulgularının istatistiklerine yer verilmiştir.

**Tablo 3.2: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Sağlık ve Hipertansiyon Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri**

	Erkek (n=40)		Kadın (n=86)		Toplam (n=126)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sağlık Sigortası Olma Durumu</b>						
Var	34	85,0	75	87,2	109	86,5
Yok	6	15,0	11	12,8	17	13,5
<b>Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumu</b>						
Evet	15	37,5	54	62,8	69	54,8
Hayır	25	62,5	32	37,2	57	45,2
<b>Hipertansiyon Tanısı Alma Süresi</b>						
0-5 yıl arası	5	12,5	14	16,3	19	15,1
6-10 yıl arası	8	20,0	13	15,1	21	16,7
11-24 yıl arası	16	40,0	34	39,5	50	39,7
25 yıl ve üzeri	11	27,5	25	29,1	36	28,6
<b>Kan Basıncı Değerini Bilme Durumu</b>						
Evet	30	75,0	64	74,4	94	74,6
Hayır	10	25,0	22	25,6	32	25,4
<b>Sistol (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	141,13 $\pm$ 28,04		142,42 $\pm$ 23,27		142,00 $\pm$ 24,78	
<b>Diastol (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	83,87 $\pm$ 14,76		85,23 $\pm$ 10,82		84,79 $\pm$ 12,18	
<b>Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu</b>						
Evet	11	27,5	28	32,6	39	31,0
Hayır	29	72,5	58	67,4	87	69,0
<b>Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Sıklığı (ay) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	10,91 $\pm$ 2,43		9,75 $\pm$ 3,12		10,08 $\pm$ 2,96	
<b>Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumu</b>						
Evet	25	62,5	51	59,3	76	60,3
Hayır	15	37,5	35	40,7	50	39,7
<b>Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumu</b>						
Evet	19	47,5	51	59,3	70	55,6
Hayır	21	52,5	35	40,7	56	44,4

Araştırmaya katılmış bireylerin cinsiyetleriyle sağlık ve hipertansiyon tanımlayıcı bulgularının istatistikleri incelendiğinde, erkeklerin %85'inin (34 kişi) sağlık sigortası olduğu, %37,5'inin (15 kişi) ailesinde hipertansiyon tanısı olduğu, %40'ının (16 kişi) 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı aldığı, %75'inin (30 kişi) KB değerini bildiği, KB büyük ortalamalarının  $141,13 \pm 28,04$  olduğu, KB küçük ortalamalarının  $83,87 \pm 14,76$  olduğu, %27,5'inin (11 kişi) hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gittiği, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme sıklığı ortalamalarının  $10,91 \pm 2,43$  ay olduğu, %62,5'inin (25 kişi) hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşündüğü ve %47,5'inin (19 kişi) yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşündüğü bulunmuştur (Tablo 3.2).

Araştırmaya katılmış kadınların %87,2'sinin (75 kişi) sağlık sigortası olduğu, %62,8'inin (54 kişi) ailesinde hipertansiyon tanısı olduğu, %39,5'inin (34 kişi) 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı aldığı, %74,4'ünün (64 kişi) KB değerini bildiği, KB büyük ortalamalarının  $142,42 \pm 23,27$  olduğu, KB küçük ortalamalarının  $85,23 \pm 10,82$  olduğu, %32,6'sının (28 kişi) hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gittiği, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme sıklığı ortalamalarının  $9,75 \pm 3,12$  ay olduğu, %59,3'ünün (51 kişi) hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşündüğü ve %59,3'ünün (51 kişi) yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşündüğü bulunmuştur (Tablo 3.2).

Araştırmaya katılmış olan bireylerin %86,5'inin (109 kişi) sağlık sigortası olduğu, %54,8'inin (69 kişi) ailesinde hipertansiyon tanısı olduğu, %39,7'sinin (50 kişi) 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı aldığı, %74,6'sının (94 kişi) kan basıncı değerini bildiği, KB büyük ortalamalarının  $142,00 \pm 24,78$  olduğu, KB küçük ortalamalarının  $84,79 \pm 12,18$  olduğu, %31'inin (39 kişi) hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gittiği, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme sıklığı ortalamalarının  $10,08 \pm 2,96$  ay olduğu, %60,3'ünün (76 kişi) hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşündüğü ve %55,6'sının (70 kişi) yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşündüğü bulunmuştur (Tablo 3.2).

Tablo 3.3'te çalışmaya katılmış bireylerin cinsiyetleriyle alışkanlık ve BKİ tanımlayıcı bulgularının istatistikleri yer verilmektedir.

**Tablo 3.3: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Alışkanlık ve BKİ Bulgularının Tanımlayıcı İstatistikleri**

Sigara Kullanma Durumu	Erkek (n=40)		Kadın (n=86)		Toplam (n=126)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	7	17,5	9	10,5	16	12,7
Hayır	21	52,5	69	80,2	90	71,4
Bıraktım	12	30,0	8	9,3	20	15,9
<b>Sigara Kullanma Miktarı (adet/gün) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	27,14±17,04		26,67±15,81		26,88±15,80	
<b>Sigara Bırakma Süresi (ay) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	138,08±137,61		154,25±110,22		144,55±124,52	
Alkol Kullanma Durumu						
Evet	5	12,5	0	0,0	5	4,0
Hayır	32	80,0	86	100,0	118	93,7
Bıraktım	3	7,5	0	0,0	3	2,4
<b>Alkol Kullanma Miktarı (adet/gün) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	26,00±20,78		-		26,00±20,78	
<b>Alkol Bırakma Süresi (ay) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	161,33±136,25		-		161,33±136,25	
BKİ Grup						
Zayıf	2	5,0	1	1,2	3	2,4
Normal Kilolu	12	30,0	26	30,2	38	30,2
Preobez	19	47,5	26	30,2	45	35,7
Obez	7	17,5	33	38,4	40	31,7
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>) (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	26,34±5,12		28,71±5,87		27,95±5,73	

Araştırmaya katılmış olan bireylerin cinsiyetleriyle alışkanlık ve BKİ tanımlayıcı bulgularının istatistiklerine bakıldığında, erkeklerin %17,5'inin (7 kişi) sigara kullandığı, sigara kullanma miktarı ortalamalarının 27,14±17,04 adet/gün olduğu, sigara bırakma süresi ortalamalarının 138,08±137,61 ay olduğu, %12,5'inin (5 kişi) alkol kullandığı, alkol kullanma miktarı ortalamalarının 26,00±20,78 kadeh/ay olduğu, alkol bırakma süresi ortalamalarının 161,33±136,25 ay olduğu, %47,5'inin (19 kişi) preobez olup ve BKİ ortalamalarının 26,34±5,12 kg/m<sup>2</sup> olduğu bulunmuştur (Tablo 3.3).

Araştırmaya katılmış kadınların %10,5'inin (9 kişi) sigara kullandığı, sigara kullanma miktarı ortalamalarının 26,67±15,81 adet/gün olduğu, sigara bırakma süresi ortalamalarının 154,25±110,22 ay olduğu, %100'ünün (86 kişi) alkol kullanmadığı, %38,4'ünün (33 kişi) obez olduğu ve BKİ ortalamalarının 28,71±5,87 kg/m<sup>2</sup> olduğu bulunmuştur (Tablo 3.3).

Araştırmaya katılmış olan bireylerin %12,7'sinin (16 kişi) sigara kullandığı, sigara kullanma miktarı ortalamalarının 26,88±15,80 adet/gün olduğu, sigara bırakma süresi

ortalamlarının  $144,55 \pm 124,52$  ay olduğu, %4'ünün (5 kişi) alkol kullandığı, alkol kullanma miktarı ortalamalarının  $26,00 \pm 20,78$  kadeh/ay olduğu, alkol bırakma süresi ortalamalarının  $161,33 \pm 136,25$  ay olduğu, %35,7'sinin (45 kişi) preobez olduğu ve BKİ ortalamalarının  $27,95 \pm 5,73$  kg/m<sup>2</sup> olduğu görülmüştür (Tablo 3.3).

### 3.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II (SYBDÖ-2) BULGULARI

Tablo 3.4'te çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ-2 toplam ve alt faktör puanlarının özet istatistiklerine yer verilmektedir.

**Tablo 3.4: Bireylerin SYBDÖ-2 Toplam ve Alt Faktör Puanlarının Özet İstatistikleri**

	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$
Sağlık Sorumluluğu	22 (9-34)	21,68±4,20
Fiziksel Aktivite	12 (8-31)	13,61±5,42
Beslenme	26 (14-36)	25,75±3,39
Manevi Gelişim	24 (9-36)	23,19±4,89
Kişilerarası İlişkiler	24 (10-36)	23,56±4,58
Stres Yönetimi	19,5 (9-32)	19,20±4,19
<b>SYBDÖ-2 Toplam</b>	<b>129 (69-202)</b>	<b>126,99±22,49</b>

Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ-2'ye ait alt faktör ve toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere göre; “Sağlık Sorumluluğu” puanları 9 ile 34 arasında değişmekte olup ortalaması  $21,68 \pm 4,20$ ,

“Fiziksel Aktivite” 8–31 aralığında ve ortalaması  $13,61 \pm 5,42$ , “Beslenme” 14–36 aralığında ve  $25,75 \pm 3,39$  ortalamaya sahiptir. “Manevi Gelişim” puanları 9 ile 36 arasında dağılırken ortalaması  $23,19 \pm 4,89$ , “Kişilerarası İlişkiler” 10–36 aralığında ve ortalaması  $23,56 \pm 4,58$ , “Stres Yönetimi” ise 9–32 arasında olup ortalama değeri  $19,20 \pm 4,19$ 'dur. “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarının 69-202 arasında değiştiğinin ve ortalamalarının  $126,99 \pm 22,49$  olduğu bulunmuştur (Tablo 3.4).

Tablo 3.5'te çalışmamıza katılmış olan bireylerin cinsiyetleriyle SYBDÖ-2 toplam ve alt faktör puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

**Tablo 3.5: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t-U	p
Sağlık Sorumluluğu	Erkek	22,20±4,08	22,5 (12-34)	U=1623,5	0,611
	Kadın	21,44±4,25	22 (9-29)		
Fiziksel Aktivite	Erkek	14,43±6,03	13 (8-31)	U=1543	0,351
	Kadın	13,23±5,10	12 (8-31)		
Beslenme	Erkek	26,03±3,90	26 (17-36)	U=1660,5	0,754
	Kadın	25,62±3,14	26 (14-32)		
Manevi Gelişim	Erkek	23,30±4,58	23,5 (10-35)	U=1656	0,736
	Kadın	23,14±5,05	24,5 (9-36)		
Kişilerarası İlişkiler	Erkek	24,00±4,66	24 (10-36)	U=1680,5	0,835
	Kadın	23,36±4,55	24 (10-32)		
Stres Yönetimi	Erkek	19,68±4,46	19 (9-32)	t=0,870	0,386
	Kadın	18,98±4,06	20 (9-30)		
SYBDÖ-2 Toplam	Erkek	129,63±24,06	128,5 (80-202)	t=0,896	0,372
	Kadın	125,77±21,75	129 (69-178)		

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

Cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, bireylerin SYBDÖ-2 alt faktör ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 3.5)

Tablo 3.6’da çalışmaya katılmış olan bireylerin gelir durumlarıyla SYBDÖ-2 alt faktör ve toplam puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

**Tablo 3.6: Bireylerin Gelir Durumları ile SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Gelir Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	F-H	p
Sağlık Sorumluluğu	Gelirim Giderimden Az	21,56±3,64	22 (17-26)	H=0,079	0,961
	Gelirim Giderime Denk	21,54±4,24	22 (9-29)		
	Gelirim Giderimden Fazla	21,93±4,31	22 (9-34)		
Fiziksel Aktivite	Gelirim Giderimden Az	12,89±5,90	11 <sup>a</sup> (8-22)	H=7,445	0,024*
	Gelirim Giderime Denk	12,50±4,61	9 <sup>a</sup> (8-31)		
	Gelirim Giderimden Fazla	15,53±6,07	14 <sup>b</sup> (8-31)		
Beslenme	Gelirim Giderimden Az	23,78±3,38	24 (19-29)	H=3,465	0,177
	Gelirim Giderime Denk	25,76±3,18	26 (14-32)		
	Gelirim Giderimden Fazla	26,11±3,64	26 (19-36)		
Manevi Gelişim	Gelirim Giderimden Az	23,11±7,06	22 (12-36)	H=0,209	0,901
	Gelirim Giderime Denk	23,24±4,81	25 (9-35)		
	Gelirim Giderimden Fazla	23,13±4,64	23 (9-35)		

Kişilerarası İlişkiler	Gelirim Giderimden Az	22,56±4,59	21 (18-30)	H=1,068	0,586
	Gelirim Giderime Denk	23,65±4,83	24,5 (10-36)		
	Gelirim Giderimden Fazla	23,62±4,22	24 (10-36)		
Stres Yönetimi	Gelirim Giderimden Az	17,00±5,24	16 (12-28)	F=1,832	0,164
	Gelirim Giderime Denk	19,07±3,86	20 (9-32)		
	Gelirim Giderimden Fazla	19,84±4,40	20 (9-31)		
SYBDÖ-2 Toplam	Gelirim Giderimden Az	120,89±24,44	114 (99-170)	F=0,889	0,414
	Gelirim Giderime Denk	125,76±21,28	130 (69-191)		
	Gelirim Giderimden Fazla	130,18±24,01	128 (69-202)		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi; H: Kruskal-Wallis H Testi, \*p<0,05

a, b: Ortak harfe sahip olmayan ortalamalar ve medyanlar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05)

Katılımcıların gelir durumları ile SYBDÖ-2'nin "Fiziksel Aktivite" alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (H=7,445; p<0,05). Bulgular incelendiğinde, geliri giderinden fazla olan bireylerin bu alt faktördeki ortanca puanının [14 (8–31)], hem geliri giderinden az olanların [11 (8–22)] hem de geliri giderine denk olanların [9 (8–31)] ortanca puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3.6)

Tablo 3.7'de çalışmamıza katılmış bireylerde ailede hipertansiyon tanısı olma durumlarıyla SYBDÖ-2 toplam ve alt faktör puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

**Tablo 3.7: Bireylerin Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t-U	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	22,72±3,48	23 (11-34)	U=1435,5	0,009**
	Hayır	20,42±4,66	21 (9-30)		
Fiziksel Aktivite	Evet	14,49±5,56	13 (8-31)	U=1491	0,019*
	Hayır	12,54±5,08	11 (8-31)		
Beslenme	Evet	26,26±3,32	26 (14-36)	U=1564	0,047*
	Hayır	25,12±3,39	25 (17-31)		
Manevi Gelişim	Evet	24,42±4,37	25 (12-36)	U=1292,5	<0,001***
	Hayır	21,70±5,10	22 (9-35)		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	24,77±3,78	25 (15-36)	U=1303,5	0,001**
	Hayır	22,11±5,05	23 (10-36)		
Stres Yönetimi	Evet	20,03±3,96	20 (12-31)	t=2,499	0,014*
	Hayır	18,19±4,27	18 (9-32)		
SYBDÖ-2 Toplam	Evet	132,70±20,41	132 (83-202)	t=3,250	0,001**

Araştırmaya katılmış bireylerin ailede hipertansiyon tanısı olma durumlarıyla SYBDÖ-2'nin "Sağlık Sorumluluğu" (U=1435,5; p<0,01), "Fiziksel Aktivite" (U=1491; p<0,05), "Beslenme" (U=1564; p<0,05), "Manevi Gelişim" (U=1292,5; p<0,001), "Kişilerarası İlişkiler" (U=1303,5; p<0,01), "Stres Yönetimi" (t=2,499; p<0,05) alt faktör puanları arasında ve "SYBDÖ-2 Toplam" puanları arasında (t=3,250; p<0,01) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Sonuçlara bakıldığında, SYBDÖ-2'nin "Sağlık Sorumluluğu" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [23 (11-34)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [21 (9-30)] ortancasına göre, "Fiziksel Aktivite" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [13 (8-31)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [11 (8-31)] ortancasına göre, "Beslenme" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [26 (14-36)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [25 (17-31)] ortancasına göre, "Manevi Gelişim" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [25 (12-36)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [22 (9-35)] ortancasına göre, "Kişilerarası İlişkiler" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [25 (15-36)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [23 (10-36)] ortancasına göre, "Stres Yönetimi" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin (20,03±3,96) ortalaması, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin (18,19±4,27) ortalamasına göre, "SYBDÖ-2 Toplam" puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin (132,70±20,41) ortalaması, ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin (120,09±23,11) ortalamasına göre istatistiksel anlamda yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3.7).

Tablo 3.8'de çalışmamıza katılmış bireylerde hipertansiyon tanısı alma süreleriyle SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.8: Bireylerin Hipertansiyon Tanısı Alma Sürelerine Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Hipertansiyon Tanısı Alma Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	F-H	p
Sağlık Sorumluluğu	0-5 Yıl Arası	22,74±2,84 <sup>b</sup>	23 (18-29)	<b>F=4,644</b>	<b>0,004**</b>
	6-10 Yıl Arası	22,76±2,39 <sup>b</sup>	23 (16-28)		
	11-24 Yıl Arası	22,34±3,42 <sup>ab</sup>	23 (11-30)		
	25 Yıl ve Üzeri	19,58±5,72 <sup>a</sup>	20 (9-34)		
Fiziksel Aktivite	0-5 Yıl Arası	16,00±6,54	15 (8-31)	<b>H=3,847</b>	0,278
	6-10 Yıl Arası	13,48±5,84	12 (8-31)		
	11-24 Yıl Arası	13,08±4,44	12 (8-26)		
	25 Yıl ve Üzeri	13,17±5,65	11 (8-30)		
Beslenme	0-5 Yıl Arası	26,26±2,77	26 (21-31)	<b>H=4,555</b>	0,207
	6-10 Yıl Arası	25,57±4,68	27 (14-32)		
	11-24 Yıl Arası	26,06±3,17	26 (19-32)		
	25 Yıl ve Üzeri	25,14±3,13	25 (20-36)		
Manevi Gelişim	0-5 Yıl Arası	24,58±4,56	26 <sup>b</sup> (12-32)	<b>H=15,399</b>	<b>0,002**</b>
	6-10 Yıl Arası	24,67±3,81	26 <sup>b</sup> (16-35)		
	11-24 Yıl Arası	23,90±3,62	24 <sup>b</sup> (15-32)		
	25 Yıl ve Üzeri	20,61±6,17	20,5 <sup>a</sup> (9-36)		
Kişilerarası İlişkiler	0-5 Yıl Arası	25,26±3,26 <sup>b</sup>	26 (18-30)	<b>F=6,506</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	6-10 Yıl Arası	24,86±3,72 <sup>b</sup>	24 (18-36)		
	11-24 Yıl Arası	24,26±3,48 <sup>b</sup>	24 (15-32)		
	25 Yıl ve Üzeri	20,94±5,85 <sup>a</sup>	21,5 (10-36)		
Stres Yönetimi	0-5 Yıl Arası	21,21±3,87	22 <sup>c</sup> (13-30)	<b>H=14,807</b>	<b>0,002**</b>
	6-10 Yıl Arası	20,81±3,76	21 <sup>bc</sup> (15-32)		
	11-24 Yıl Arası	18,98±3,44	19 <sup>ab</sup> (11-26)		
	25 Yıl ve Üzeri	17,50±4,85	17 <sup>a</sup> (9-31)		
SYBDÖ-2 Toplam	0-5 Yıl Arası	136,05±19,35	141 <sup>b</sup> (99-178)	<b>H=11,869</b>	<b>0,008**</b>
	6-10 Yıl Arası	132,14±19,22	130 <sup>b</sup> (94-191)		
	11-24 Yıl Arası	128,62±17,22	128 <sup>b</sup> (83-168)		
	25 Yıl ve Üzeri	116,94±28,61	115,5 <sup>a</sup> (69-202)		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi; H: Kruskal-Wallis H Testi, \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

a, b, c: Ortak harfe sahip olmayan ortalamalar ve medyanlar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05)

Katılımcıların hipertansiyon tanısı alma süresi ile SYBDÖ-2'ye ait bazı alt faktörler ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Buna göre; “Sağlık Sorumluluğu” (F=4,644; p<0,01), “Kişilerarası İlişkiler” (F=6,506; p<0,001), “Manevi Gelişim” (H=15,399; p<0,01) ve “Stres Yönetimi” (H=14,807; p<0,01) alt faktörleri ile SYBDÖ-2 toplam puanı (H=11,869; p<0,01) tanı süresine göre anlamlı düzeyde değişiklik göstermiştir. Sonuçlar incelendiğinde, SYBDÖ-2'nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarında 6-10 yıl arası hipertansiyon tanısı alan

bireylerin (22,76±2,39) ortalaması ve 0-5 yıl arası hipertansiyon tanısı alan bireylerin (22,74±2,84) ortalaması, 25 yıl ve üzeri hipertansiyon tanısı alan bireylerin (19,58±5,72) ortalamasına göre, “Manevi Gelişim” alt faktör puanlarında 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [26 (16-35)] ortancası, 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [26 (12-32)] ortancası ve 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [24 (15-32)] ortancası, 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [20,5 (9-36)] ortancasına göre, “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanlarında 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin (25,26±3,26) ortalaması, 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin (24,86±3,72) ortalaması ve 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin (24,26±3,48) ortalaması, 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin (20,94±5,85) ortalamasına göre, “Stres Yönetimi” alt faktör puanlarında 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [22 (13-30)] ortancası, 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [19 (11-26)] ortancasına ve 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [17 (9-31)] ortancasına göre, ayrıca 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [21 (15-32)] ortancası, 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [17 (9-31)] ortancasına göre, “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarında 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [141 (99-178)] ortancası, 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [130 (94-191)] ortancası ve 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [128 (83-168)] ortancası, 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [115,5 (69-202)] ortancasına göre istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur (Tablo 3.8).

Tablo 3.9’da çalışmamıza katılmış bireylerin KB değeri bilme durumlarıyla SYBDÖ-2 toplam ve alt faktör puanlarının karşılaştırmalarına yer verilmektedir.

**Tablo 3.9: Bireylerin Kan Basıncı Değeri Bilme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

Kan Basıncı Değeri Bilme Durumu		$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	22,55±3,31	23 (11-34)	<b>996,5</b>	<b>0,004**</b>
	Hayır	19,13±5,39	21 (9-27)		
Fiziksel Aktivite	Evet	14,60±5,65	13 (8-31)	<b>813</b>	<b>&lt;0,001***</b>

	Hayır	10,72±3,32	10 (8-19)		
Beslenme	Evet	26,12±3,17	26 (17-36)	<b>1142,5</b>	<b>0,042*</b>
	Hayır	24,66±3,80	24 (14-31)		
Manevi Gelişim	Evet	24,24±3,78	25 (14-36)	<b>894</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	20,09±6,34	20 (9-32)		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	24,72±3,47	25 (16-36)	<b>737,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	20,16±5,69	20 (10-32)		
Stres Yönetimi	Evet	20,19±3,68	20 (13-32)	<b>753</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	16,28±4,30	16 (9-24)		
SYBDÖ-2 Toplam	Evet	132,43±19,13	131 (84-202)	<b>788,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	111,03±24,25	109 (69-151)		

U: Mann-Whitney U Testi, \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılan bireylerin kan basıncı (KB) değerlerini bilme durumlarına göre SYBDÖ-2'nin alt faktör ve toplam puanlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre, “Sağlık Sorumluluğu” (U = 996,5; p <0,01), “Fiziksel Aktivite” (U = 813; p <0,001), “Beslenme” (U = 1142,5; p <0,05), “Manevi Gelişim” (U = 894; p <0,001), “Kişilerarası İlişkiler” (U = 737,5; p <0,001), “Stres Yönetimi” (U = 753; p <0,001) ve SYBDÖ-2 toplam puanları (U = 788,5; p <0,001) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar görülmüştür. Sonuçlar incelendiğinde, SYBDÖ-2'nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarında KB değeri bilen olan bireylerin [23 (11-34)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [21 (9-27)] ortancasına göre, “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanlarında KB değeri bilen bireylerin [13 (8-31)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [10 (8-19)] ortancasına göre, “Beslenme” alt faktör puanlarında KB değeri bilen bireylerin [26 (17-36)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [24 (14-31)] ortancasına göre, “Manevi Gelişim” alt faktör puanlarında kan basıncı değeri bilen bireylerin [25 (14-36)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [20 (9-32)] ortancasına göre, “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanlarında KB değeri bilen bireylerin [25 (16-36)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [20 (10-32)] ortancasına göre, “Stres Yönetimi” alt faktör puanlarında KB değeri bilen bireylerin [20 (13-32)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [16 (9-24)] ortancasına göre, “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarında KB değeri bilen bireylerin [131 (84-202)] ortancası, KB değeri bilmeyen bireylerin [109 (69-151)] ortancasına göre istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur (Tablo 3.9).

Tablo 3.10’da çalışmamıza katılmış bireylerde hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

**Tablo 3.10: Bireylerin Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t-U	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	23,46±3,66	24 (16-34)	U=1142	0,003**
	Hayır	20,89±4,20	22 (9-30)		
Fiziksel Aktivite	Evet	15,15±6,29	13 (8-31)	U=1339,5	0,058
	Hayır	12,92±4,86	12 (8-31)		
Beslenme	Evet	25,62±3,07	26 (19-36)	U=1553	0,447
	Hayır	25,80±3,53	26 (14-32)		
Manevi Gelişim	Evet	25,15±4,56	26 (18-36)	U=1205,5	0,009**
	Hayır	22,31±4,80	23 (9-35)		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	24,82±4,45	25 (13-36)	U=1369	0,083
	Hayır	23,00±4,55	24 (10-36)		
Stres Yönetimi	Evet	19,56±4,45	19 (12-31)	t=0,654	0,514
	Hayır	19,03±4,08	20 (9-32)		
SYBDÖ-2 Toplam	Evet	133,77±22,35	133 (98-202)	t=2,304	0,023*
	Hayır	123,95±22,00	127 (69-191)		

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi, \*p<0,05; \*\*p<0,01

Araştırmaya katılmış olan bireylerin hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanları arasında (U=1142; p<0,01), “Manevi Gelişim” (U=1205,5; p<0,01) ve “SYBDÖ-2 Toplam” puanları arasında (t=2,304; p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [24 (16-34)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [22 (9-30)] ortancasına göre, “Manevi Gelişim” alt faktör puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [26 (18-36)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [23 (9-35)] ortancasına göre, “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin (133,77±22,35) ortalaması, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin

(123,95±22,00) ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.10).

Tablo 3.11’de çalışmamıza katılmış bireylerin hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünme durumlarına göre SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.11: Bireylerin Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t-U	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	22,87±3,39	23 (11-34)	U=1221,5	<0,001***
	Hayır	19,88±4,68	21 (9-28)		
Fiziksel Aktivite	Evet	14,61±5,42	13 (8-31)	U=1255	0,001**
	Hayır	12,10±5,10	10 (8-31)		
Beslenme	Evet	26,09±3,26	26 (17-36)	U=1677	0,264
	Hayır	25,22±3,54	26 (14-31)		
Manevi Gelişim	Evet	24,47±4,12	25 (12-36)	U=1199	<0,001***
	Hayır	21,24±5,34	22 (9-35)		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	24,79±3,74	25 (15-36)	U=1193	<0,001***
	Hayır	21,70±5,12	23 (10-36)		
Stres Yönetimi	Evet	20,03±3,82	20 (12-31)	t=2,809	0,006**
	Hayır	17,94±4,45	18 (9-32)		
SYBDÖ-2 Toplam	Evet	132,86±19,46	131 (83-202)	t=3,797	<0,001***
	Hayır	118,08±23,99	123 (69-191)		

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi, \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılmış bireylerin hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünme durumlarına göre SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” (U=1221,5; p<0,001), “Fiziksel Aktivite” (U=1255; p<0,01), “Manevi Gelişim” (U=1199; p<0,001), “Kişilerarası İlişkiler” (U=1193; p<0,001), “Stres Yönetimi” (t=2,809; p<0,01) alt faktör ve “SYBDÖ-2 Toplam” puanları arasında (t=3,797; p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında, SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [23 (11-34)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [21 (9-28)] ortancasına göre, “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [13 (8-31)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [10 (8-31)] ortancasına

göre, “Manevi Gelişim” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [25 (12-36)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [22 (9-35)] ortancasına göre, “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [25 (15-36)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [23 (10-36)] ortancasına göre, “Stres Yönetimi” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin (20,03±3,82) ortalaması, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin (17,94±4,45) ortalamasına göre, “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin (132,86±19,46) ortalaması, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin (118,08±23,99) ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.11).

Tablo 3.12’de çalışmaya katılmış olan bireylerin yaşam biçimi davranışlarının KB’nı etkilediğini düşünme durumlarına göre SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.12: Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	t-U	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	23,06±3,27	23 (11-34)	<b>U=1128,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	19,96±4,60	21 (9-30)		
Fiziksel Aktivite	Evet	14,81±5,37	14 (8-31)	<b>U=1248,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	12,11±5,13	10 (8-31)		
Beslenme	Evet	26,33±3,13	26 (17-36)	<b>U=1512</b>	<b>0,027*</b>
	Hayır	25,02±3,58	25 (14-32)		
Manevi Gelişim	Evet	24,73±4,09	25 (12-36)	<b>U=1144,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	21,27±5,15	22 (9-35)		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	24,96±3,78	25 (13-36)	<b>U=1144,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	21,82±4,91	22 (10-36)		
Stres Yönetimi	Evet	20,16±3,82	20 (12-31)	<b>t=2,960</b>	<b>0,004**</b>
	Hayır	18,00±4,36	18 (9-32)		
SYBDÖ-2 Toplam	Evet	134,04±19,20	134,5 (83-202)	<b>t=4,188</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	118,18±23,33	122,5 (69-191)		

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi, \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Katılımcıların yaşam biçimi davranışlarının kan basınçlarını etkilediğine dair inanç durumlarına göre SYBDÖ-2'nin alt faktör ve toplam puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklar belirlenmiştir. Buna göre, “Sağlık Sorumluluğu” (U = 1128,5; p <0,001), “Fiziksel Aktivite” (U = 1248,5; p <0,001), “Beslenme” (U = 1512; p <0,05), “Manevi Gelişim” (U = 1144,5; p <0,001) ve “Kişilerarası İlişkiler” (U = 1144,5; p <0,001) alt faktörleri açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ayrıca, “Stres Yönetimi” (t = 2,960; p <0,01) ve SYBDÖ-2 toplam puanları (t = 4,188; p <0,001) da anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. Sonuçlara bakıldığında, SYBDÖ-2'nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [23 (11-34)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [21 (9-30)] ortancasına göre, “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [14 (8-31)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [10 (8-31)] ortancasına göre, “Beslenme” alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [26 (17-36)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [25 (14-32)] ortancasına göre, “Manevi Gelişim” alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [25 (12-36)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [22 (9-35)] ortancasına göre, “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [25 (15-36)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [22 (10-36)] ortancasına göre, “Stres Yönetimi” alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin (20,16±3,82) ortalaması, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin (18,00±4,36) ortalamasına göre, “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin (134,04±19,20) ortalaması, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin (118,18±23,33) ortalamasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.12).

Tablo 3.13'te çalışmamıza katılmış bireylerin sigara kullanım durumlarıyla SYBDÖ-2 puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.13: Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Sigara Kullanma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	F-H	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	22,00±2,37	23 (18-25)	H=3,439	0,179
	Hayır	21,27±4,57	22 (9-34)		
	Bıraktım	23,30±3,18	23 (16-30)		
Fiziksel Aktivite	Evet	13,56±4,72	13 (8-24)	H=5,445	0,066
	Hayır	12,99±5,13	11,5 (8-31)		
	Bıraktım	16,45±6,48	16,5 (8-31)		
Beslenme	Evet	26,13±3,61	26 (20-32)	H=1,285	0,526
	Hayır	25,62±3,28	26 (14-36)		
	Bıraktım	26,00±3,83	27 (17-31)		
Manevi Gelişim	Evet	22,94±3,17	22 (18-28)	H=5,758	0,056
	Hayır	22,70±5,25	24 (9-36)		
	Bıraktım	25,60±3,62	25,5 (21-35)		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	24,25±2,49	24,5 (20-29)	H=2,442	0,295
	Hayır	23,08±4,90	24 (10-36)		
	Bıraktım	25,20±4,03	25 (18-36)		
Stres Yönetimi	Evet	19,56±3,56	18,5 (14-26)	F=2,007	0,139
	Hayır	18,78±4,26	19 (9-31)		
	Bıraktım	20,80±4,12	20 (13-32)		
SYBDÖ-2 Toplam	Evet	128,44±15,41	124 (104-154)	F=2,817	0,064
	Hayır	124,43±23,59	128 (69-202)		
	Bıraktım	137,35±19,66	130,5 (112-191)		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi; H: Kruskal-Wallis H Testi

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanım durumlarına göre SYBDÖ-2 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 3.13).

Tablo 3.14'te çalışmamıza katılmış bireylerin cinsiyetlere göre yaş ve BKİ değerleriyle SYBDÖ-2 puan istatistiklerinin sonuçlarına yer verilmektedir.

**Tablo 3.14: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Yaş ve BKİ değerleri ile SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

		Erkek		Kadın		Toplam	
		Yaş	BKİ	Yaş	BKİ	Yaş	BKİ
Sağlık Sorumluluğu	r-s	r=-0,187	s=-0,066	s=-0,430	s=0,104	s=-0,385	s=0,025
	p	0,248	0,685	<0,001***	0,341	<0,001***	0,784

Fiziksel Aktivite	s	s=-0,109	s=-0,207	<b>s=-0,425</b>	s=0,002	<b>s=-0,321</b>	s=-0,084
	p	0,505	0,200	<b>&lt;0,001***</b>	0,986	<b>&lt;0,001***</b>	0,347
Beslenme	r-s	r=-0,007	s=-0,309	s=-0,160	s=0,026	s=-0,154	s=-0,090
	p	0,968	0,053	0,140	0,812	0,085	0,318
Manevi Gelişim	r-s	r=-0,278	s=-0,189	<b>s=-0,378</b>	s=0,038	<b>s=-0,361</b>	s=-0,016
	p	0,082	0,244	<b>&lt;0,001***</b>	0,731	<b>&lt;0,001***</b>	0,860
Kişilerarası İlişkiler	s	<b>s=-0,371</b>	s=-0,229	<b>s=-0,393</b>	s=0,074	<b>s=-0,376</b>	s=0,000
	p	<b>0,019*</b>	0,156	<b>&lt;0,001***</b>	0,497	<b>&lt;0,001***</b>	0,997
Stres Yönetimi	r-s	r=-0,274	s=-0,119	<b>s=-0,327</b>	r=0,019	<b>s=-0,323</b>	s=-0,048
	p	0,088	0,464	<b>0,002**</b>	0,862	<b>&lt;0,001***</b>	0,593
SYBDÖ-2 Toplam	r-s	r=-0,186	s=-0,213	<b>s=-0,425</b>	r=0,069	<b>s=-0,382</b>	s=-0,043
	p	0,251	0,187	<b>&lt;0,001***</b>	0,527	<b>&lt;0,001***</b>	0,631

r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı; s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı, \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılan erkek bireylerin yaşları ile SYBDÖ-2'nin “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (s =-0,371; p <0,05).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin BKİ değerleriyle ile SYBDÖ-2'nin alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 3.14).

Kadın katılımcıların yaşları ile SYBDÖ-2 alt faktör ve toplam puanları arasında ise anlamlı düzeyde negatif korelasyonlar gözlemlenmiştir. Buna göre; “Sağlık Sorumluluğu” (s =-0,430; p<0,001) ve “Fiziksel Aktivite” (s =-0,425; p<0,001) alt faktörlerinde orta düzeyde negatif ilişki, “Manevi Gelişim” (s =-0,378; p<0,001), “Kişilerarası İlişkiler” (s =-0,393; p<0,001) ve “Stres Yönetimi” (s =-0,327; p<0,01) alt faktörlerinde ise zayıf düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Ayrıca, SYBDÖ-2 toplam puanı da yaşla orta düzeyde negatif korelasyon göstermiştir (s =-0,425; p<0,001). Bu veriler, kadın bireylerin yaşları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çeşitli boyutlarında azalma eğilimi olduğunu göstermektedir (Tablo 3.14).

Kadın katılımcıların BKİ değerleri ile SYBDÖ-2 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p >0,05) (Tablo 3.14).

### 3.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (SOÖ) BULGULARI

Tablo 3.15'te çalışmamıza katılmış bireylerde SOÖ puanlarının özetlenmiş istatistikleri yer almaktadır.

**Tablo 3.15: Bireylerin SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Özet İstatistikleri**

	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$
Bilgiye Erişim	14 (5-25)	13,95±6,28
Bilgileri Anlama	18 (7-35)	19,56±8,74
Değer Biçme / Değerlendirme	21 (8-40)	21,68±10,47
Uygulama / Kullanma	13 (5-25)	13,44±6,61
<b>SOÖ Toplam</b>	<b>64,5 (25-125)</b>	<b>68,63±31,43</b>

Araştırmaya katılmış olan bireylerin SOÖ alt faktör ve toplam puanlarının özet istatistikleri incelendiğinde, “Bilgiye Erişim” alt faktör puanlarının 5-25 arasında değiştiği ve ortalamalarının  $13,95 \pm 6,28$  olduğu, “Bilgileri Anlama” alt faktör puanlarının 7-35 arasında değiştiği ve ortalamalarının  $19,56 \pm 8,74$  olduğu, “Değer Biçme / Değerlendirme” alt faktör puanlarının 8-40 arasında değiştiği ve ortalamalarının  $21,68 \pm 10,47$  olduğu, “Uygulama / Kullanma” alt faktör puanlarının 5-25 arasında değiştiği ve ortalamalarının  $13,44 \pm 6,61$  olduğu ve “SOÖ Toplam” alt faktör puanlarının 25-125 arasında değiştiği ve ortalamalarının  $68,63 \pm 31,43$  olduğu bulunmuştur (Tablo 3.15).

Tablo 3.16'da çalışmamıza katılmış bireylerde cinsiyetleriyle SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.16: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bilgiye Erişim	Erkek	13,10±6,11	13 (5-25)	1510	0,268
	Kadın	14,35±6,36	15 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Erkek	18,07±8,33	16 (7-35)	1472	0,193
	Kadın	20,24±8,89	18,5 (7-35)		
Değer Biçme / Değerlendirme	Erkek	20,40±10,22	19 (8-40)	1539	0,341
	Kadın	22,28±10,59	21 (8-40)		

Uygulama / Kullanma	Erkek	13,05±6,54	12,5 (5-25)	1631	0,639
	Kadın	13,62±6,67	13 (5-25)		
SOÖ Toplam	Erkek	64,63±30,63	61,5 (25-125)	1537,5	0,338
	Kadın	70,49±31,79	66 (25-125)		

U: Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılmış olan bireylerin cinsiyetleriyle SOÖ alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 3.16).

Tablo 3.17’de çalışmamıza katılmış olan bireylerin maddi gelir durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.17: Bireylerin Gelir Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Gelir Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Bilgiye Erişim	Gelirim Giderimden Az	12,33±7,71	10 (5-25)	3,635	0,162
	Gelirim Giderime Denk	14,87±6,35	15 (5-25)		
	Gelirim Giderimden Fazla	12,80±5,74	12 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Gelirim Giderimden Az	16,11±9,24	11 (7-31)	5,941	0,051
	Gelirim Giderime Denk	21,17±8,98	21 (7-35)		
	Gelirim Giderimden Fazla	17,67±7,82	16 (7-35)		
Değer Biçme / Değerlendirme	Gelirim Giderimden Az	17,11±11,70	10 (8-39)	4,412	0,110
	Gelirim Giderime Denk	23,21±10,94	24 (8-40)		
	Gelirim Giderimden Fazla	20,16±9,09	18 (8-40)		
Uygulama / Kullanma	Gelirim Giderimden Az	10,89±7,70	6 (5-25)	3,436	0,179
	Gelirim Giderime Denk	14,33±6,84	14,5 (5-25)		
	Gelirim Giderimden Fazla	12,51±5,84	12 (5-25)		
SOÖ Toplam	Gelirim Giderimden Az	56,44±35,63	35 (25-120)	4,986	0,083
	Gelirim Giderime Denk	73,58±32,50	72,5 (25-125)		
	Gelirim Giderimden Fazla	63,13±27,74	60 (25-125)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

Araştırmaya katılmış bireylerin gelir durumlarıyla SOÖ alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 3.17).

Tablo 3.18’de çalışmamıza katılmış olan bireylerin ailede hipertansiyon tanısı olma durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmektedir.

**Tablo 3.18: Bireylerin Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Ailede Hipertansiyon Tanısı Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bilgiye Erişim	Evet	12,48±5,45	12 (5-25)	1415	0,007**
	Hayır	15,74±6,79	15 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Evet	17,23±7,52	16 (7-35)	1343,5	0,002**
	Hayır	22,37±9,34	23 (7-35)		
Değer Bıçme / Değerlendirme	Evet	18,78±8,85	18 (8-40)	1317,5	0,001**
	Hayır	25,19±11,25	25 (8-40)		
Uygulama / Kullanma	Evet	11,54±5,59	11 (5-25)	1278,5	<0,001***
	Hayır	15,74±7,05	17 (5-25)		
SOÖ Toplam	Evet	60,03±26,39	61 (25-125)	1321,5	0,002**
	Hayır	79,04±34,02	79 (25-125)		

U: Mann-Whitney U Testi, \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılmış bireylerin ailede hipertansiyon tanısı olma durumlarıyla SOÖ'nin "Bilgiye Erişim" (U=1415; p<0,01), "Bilgileri Anlama" (U=1343,5; p<0,01), "Değer Bıçme / Değerlendirme" (U=1317,5; p<0,01), "Uygulama / Kullanma" (U=1278,5; p<0,001) alt faktör ve "SOÖ Toplam" puanları arasında (U=1321,5; p<0,01) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, SOÖ'nin "Bilgiye Erişim" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [15 (5-25)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [12 (5-25)] ortancasına göre, "Bilgileri Anlama" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [23 (7-35)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [16 (7-35)] ortancasına göre, "Değer Bıçme / Değerlendirme" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [25 (8-40)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [18 (8-40)] ortancasına göre, "Uygulama / Kullanma" alt faktör puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [17 (5-25)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [11 (5-25)] ortancasına göre, "SOÖ Toplam" puanlarında ailesinde hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin [79 (25-125)] ortancası, ailesinde hipertansiyon tanısı olan bireylerin [61 (25-125)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.18).

Tablo 3.19'da çalışmamıza katılmış bireylerin hipertansiyon tanı alma süreleriyle SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.19: Bireylerin Hipertansiyon Tanısı Alma Sürelerine Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Hipertansiyon Tanısı Alma Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Bilgiye Erişim	0-5 Yıl Arası	11,84±5,51	10 <sup>a</sup> (5-20)	<b>9,582</b>	<b>0,022*</b>
	6-10 Yıl Arası	12,62±6,30	12 <sup>a</sup> (5-25)		
	11-24 Yıl Arası	13,10±5,02	13 <sup>a</sup> (5-25)		
	25 Yıl ve Üzeri	17,03±7,28	16 <sup>b</sup> (5-25)		
Bilgileri Anlama	0-5 Yıl Arası	17,26±6,49	16 <sup>a</sup> (7-28)	<b>8,881</b>	<b>0,031*</b>
	6-10 Yıl Arası	18,10±7,99	17 <sup>a</sup> (7-35)		
	11-24 Yıl Arası	18,02±7,71	16 <sup>a</sup> (7-35)		
	25 Yıl ve Üzeri	23,75±10,29	24,5 <sup>b</sup> (7-35)		
Değer Biçme / Değerlendirme	0-5 Yıl Arası	18,89±8,45	17 <sup>a</sup> (8-32)	<b>11,409</b>	<b>0,010*</b>
	6-10 Yıl Arası	19,76±10,24	18,5 <sup>a</sup> (8-40)		
	11-24 Yıl Arası	19,48±8,76	17 <sup>a</sup> (8-40)		
	25 Yıl ve Üzeri	27,33±11,88	27,5 <sup>b</sup> (8-40)		
Uygulama / Kullanma	0-5 Yıl Arası	11,42±5,43	10 <sup>a</sup> (5-20)	<b>12,186</b>	<b>0,007**</b>
	6-10 Yıl Arası	12,29±6,21	11 <sup>a</sup> (5-25)		
	11-24 Yıl Arası	12,04±5,59	11 <sup>a</sup> (5-25)		
	25 Yıl ve Üzeri	17,11±7,43	16,5 <sup>b</sup> (5-25)		
SOÖ Toplam	0-5 Yıl Arası	59,42±24,53	60 <sup>a</sup> (25-98)	<b>10,014</b>	<b>0,018*</b>
	6-10 Yıl Arası	62,76±30,29	61,5 <sup>a</sup> (25-125)		
	11-24 Yıl Arası	62,64±26,29	61,5 <sup>a</sup> (25-125)		
	25 Yıl ve Üzeri	85,22±36,39	85 <sup>b</sup> (25-125)		

H: Kruskal-Wallis H Testi, \*p<0,05; \*\*p<0,01, a, b: Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05)

Araştırmaya katılan bireylerin hipertansiyon tanısı alma sürelerine göre SOÖ alt faktörleri ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” (H = 9,582; p <0,05), “Bilgileri Anlama” (H = 8,881; p <0,05), “Değer Biçme / Değerlendirme” (H = 11,409; p <0,05), “Uygulama / Kullanma” (H = 12,186; p <0,01) ve “SOÖ Toplam” (H = 10,014; p <0,05) puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, SOÖ’nin “Bilgiye Erişim” alt faktör puanlarında 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [16 (5-25)] ortancası, 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [13 (5-25)] ortancasına, 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [12 (5-25)] ortancasına ve 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [10 (5-20)] ortancasına göre, “Bilgileri Anlama” alt faktör puanlarında 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [24,5 (7-35)] ortancası, 6-10 yıl

arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [17 (7-35)] ortancasına, 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [16 (7-35)] ortancasına ve 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [16 (7-28)] ortancasına göre, “Değer Biçme / Değerlendirme” alt faktör puanlarında 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [27,5 (8-40)] ortancası, 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [28,5 (8-40)] ortancasına, 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [17 (8-40)] ortancasına ve 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [17 (8-32)] ortancasına göre, “Uygulama / Kullanma” alt faktör puanlarında 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [16,5 (5-25)] ortancası, 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [11 (5-25)] ortancasına, 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [11 (5-25)] ortancasına ve 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [10 (5-20)] ortancasına göre, “SOÖ Toplam” puanlarında 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [85 (25-125)] ortancası, 6-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [61,5 (25-125)] ortancasına, 11-24 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [61,5 (25-125)] ortancasına ve 0-5 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı alan bireylerin [60 (25-98)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.19).

Tablo 3.20’de çalışmaya katılmış olan bireylerin KB değeri bilme durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

**Tablo 3.20: Bireylerin Kan Basıncı Değeri Bilme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Kan Basıncı Değeri Bilme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bilgiye Erişim	Evet	13,00±5,68	13 (5-25)	<b>1028,5</b>	<b>0,007**</b>
	Hayır	16,75±7,18	17,5 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Evet	18,12±7,85	16,5 (7-35)	<b>992,5</b>	<b>0,004**</b>
	Hayır	23,78±9,92	25 (7-35)		
Değer Biçme / Değerlendirme	Evet	19,86±9,48	18,5 (8-40)	<b>942</b>	<b>0,002**</b>
	Hayır	27,03±11,51	29,5 (8-40)		
Uygulama / Kullanma	Evet	12,19±5,94	11 (5-25)	<b>904,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	17,09±7,17	19 (5-25)		
SOÖ Toplam	Evet	63,17±28,14	61 (25-125)	<b>958</b>	<b>0,002**</b>
	Hayır	84,66±35,38	93 (25-125)		

U: Mann-Whitney U Testi, \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Katılımcıların KB değerlerini bilme durumlarına göre SOÖ alt faktör ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” (U = 1028,5; p <0,01), “Bilgileri Anlama” (U = 992,5; p <0,01), “Değer Bıçme / Değerlendirme” (U = 942; p <0,01), “Uygulama / Kullanma” (U = 904,5; p <0,001) ve “SOÖ Toplam” (U = 958; p <0,01) puanlarında anlamlı farklar belirlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, SOÖ’nin “Bilgiye Erişim” alt faktör puanlarında KB değeri bilmeyen bireylerin [17,5 (5-25)] ortancası, KB değeri bilen bireylerin [13 (5-25)] ortancasına göre, “Bilgileri Anlama” alt faktör puanlarında KB değeri bilmeyen bireylerin [25 (7-35)] ortancası, KB değeri bilen bireylerin [16,5 (7-35)] ortancasına göre, “Değer Bıçme / Değerlendirme” alt faktör puanlarında KB değeri bilmeyen bireylerin [29,5 (8-40)] ortancası, KB değeri bilen bireylerin [18,5 (8-40)] ortancasına göre, “Uygulama / Kullanma” alt faktör puanlarında KB değeri bilmeyen bireylerin [19 (5-25)] ortancası, KB değeri bilen bireylerin [11 (5-25)] ortancasına göre, “SOÖ Toplam” puanlarında kan basıncı değeri bilmeyen bireylerin [93 (25-125)] ortancası, KB değeri bilen bireylerin [61 (25-125)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.20).

Tablo 3.21’de çalışmaya katılmış bireylerin hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırması yer almaktadır.

**Tablo 3.21: Bireylerin Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Hipertansiyon Nedeniyle Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bilgiye Erişim	Evet	11,49±6,03	10 (5-25)	<b>1106,5</b>	<b>0,002**</b>
	Hayır	15,06±6,11	15 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Evet	16,31±8,45	16 (7-35)	<b>1151</b>	<b>0,004**</b>
	Hayır	21,01±8,52	20 (7-35)		
Değer Bıçme / Değerlendirme	Evet	17,87±9,97	14 (8-40)	<b>1175,5</b>	<b>0,006**</b>
	Hayır	23,39±10,28	22 (8-40)		
Uygulama / Kullanma	Evet	11,13±6,33	8 (5-25)	<b>1181,5</b>	<b>0,006**</b>
	Hayır	14,47±6,50	14 (5-25)		
SOÖ Toplam	Evet	56,79±30,38	45 (25-125)	<b>1125</b>	<b>0,003**</b>
	Hayır	73,93±30,59	68 (25-125)		

U: Mann-Whitney U Testi, \*\*p<0,01

Araştırmamıza katılmış bireylerin hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme durumlarıyla SOÖ'nin “Bilgiye Erişim” (U=1106,5; p<0,01), “Bilgileri Anlama” (U=1151; p<0,01), “Değer Biçme / Değerlendirme” (U=1175,5; p<0,01), “Uygulama / Kullanma” (U=1181,5; p<0,01) alt faktör ve “SOÖ Toplam” puanları arasında (U=1125; p<0,01) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında, SOÖ'nin “Bilgiye Erişim” alt faktör puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [15 (5-25)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [10 (5-25)] ortancasına göre, “Bilgileri Anlama” alt faktör puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [20 (7-35)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [16 (7-35)] ortancasına göre, “Değer Biçme / Değerlendirme” alt faktör puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [22 (8-40)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [14 (8-40)] ortancasına göre, “Uygulama / Kullanma” alt faktör puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [14 (5-25)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [8 (5-25)] ortancasına göre, “SOÖ Toplam” puanlarında hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylerin [68 (25-125)] ortancası, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin [45 (25-125)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3.21).

Tablo 3.22’de çalışmamıza katılmış bireylerin hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünme durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.22: Bireylerin Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Hipertansiyonun Hayatı Etkilediğini Düşünme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
Bilgiye Erişim	Evet	12,47±5,02	13 (5-25)	<b>1305</b>	<b>0,003**</b>
	Hayır	16,20±7,32	17 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Evet	17,25±7,02	16,5 (7-35)	<b>1275,5</b>	<b>0,002**</b>
	Hayır	23,06±9,94	24 (8-35)		
Değer Biçme / Değerlendirme	Evet	19,08±8,28	20 (8-40)	<b>1311</b>	<b>0,003**</b>
	Hayır	25,64±12,17	29 (8-40)		

Uygulama / Kullanma	Evet	11,71±5,44	12 (5-25)	<b>1250</b>	<b>0,001**</b>
	Hayır	16,06±7,38	18 (5-25)		
SOÖ Toplam	Evet	60,51±24,99	61 (25-125)	<b>1274,5</b>	<b>0,002**</b>
	Hayır	80,96±36,15	88,5 (26-125)		

U: Mann-Whitney U Testi, \*\*p<0,01

Araştırmamıza katılmış bireylerin hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünme durumlarıyla SOÖ'nin “Bilgiye Erişim” (U=1305; p<0,01), “Bilgileri Anlama” (U=1275,5; p<0,01), “Değer Biçme / Değerlendirme” (U=1311; p<0,01), “Uygulama / Kullanma” (U=1250; p<0,01) alt faktör ve “SOÖ Toplam” puanları arasında (U=1274,5; p<0,01) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında, SOÖ'nin “Bilgiye Erişim” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [17 (5-25)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [13 (5-25)] ortancasına göre, “Bilgileri Anlama” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [24 (8-35)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [16,5 (7-35)] ortancasına göre, “Değer Biçme / Değerlendirme” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [29 (8-40)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [20 (8-40)] ortancasına göre, “Uygulama / Kullanma” alt faktör puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [18 (5-25)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [12 (5-25)] ortancasına göre, “SOÖ Toplam” puanlarında hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [88,5 (26-125)] ortancası, hipertansiyonun hayatı etkilediğini düşünen bireylerin [61 (25-125)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.22).

Tablo 3.23'te Araştırmamıza katılmış olan bireylerin yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünme durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.23: Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

Yaşam Biçimi Davranışlarının Kan Basıncını Etkilediğini Düşünme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
--	------------------	------------------	---	---

Bilgiye Erişim	Evet	11,84±5,11	10 (5-25)	<b>1144</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	16,59±6,65	17 (5-25)		
Bilgileri Anlama	Evet	16,70±7,21	16 (7-35)	<b>1191</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	23,13±9,22	23,5 (7-35)		
Değer Biçme / Değerlendirme	Evet	18,27±8,46	17 (8-40)	<b>1197</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	25,95±11,22	27,5 (8-40)		
Uygulama / Kullanma	Evet	11,43±5,40	10,5 (5-25)	<b>1246</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	15,95±7,15	16,5 (5-25)		
SOÖ Toplam	Evet	58,24±25,30	56 (25-125)	<b>1176,5</b>	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	81,61±33,66	85,5 (26-125)		

U: Mann-Whitney U Testi, \*\*\*p<0,001

Araştırmamıza katılmış bireylerin yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünme durumlarıyla SOÖ'nin "Bilgiye Erişim" (U=1144; p<0,001), "Bilgileri Anlama" (U=1191; p<0,001), "Değer Biçme / Değerlendirme" (U=1197; p<0,001), "Uygulama / Kullanma" (U=1246; p<0,001) alt faktör ve "SOÖ Toplam" puanları arasında (U=1176,5; p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında, SOÖ'nin "Bilgiye Erişim" alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [17 (5-25)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [10 (5-25)] ortancasına göre, "Bilgileri Anlama" alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [23,5 (7-35)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [16 (7-35)] ortancasına göre, "Değer Biçme / Değerlendirme" alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [27,5 (8-40)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [17 (8-40)] ortancasına göre, "Uygulama / Kullanma" alt faktör puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [16,5 (5-25)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [10,5 (5-25)] ortancasına göre, "SOÖ Toplam" puanlarında yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünmeyen bireylerin [85,5 (26-125)] ortancası, yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin [56 (25-125)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.23).

Tablo 3.24'te çalışmaya katılmış bireylerde sigara kullanım durumlarıyla SOÖ puanlarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.24: Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması**

	Sigara Kullanma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
Bilgiye Erişim	Evet	13,00±4,89	11,5 <sup>ab</sup> (5-20)	<b>7,116</b>	<b>0,028*</b>
	Hayır	14,86±6,57	15 <sup>b</sup> (5-25)		
	Bıraktım	10,65±4,74	10 <sup>a</sup> (5-19)		
Bilgileri Anlama	Evet	16,94±8,01	15,5 <sup>ab</sup> (7-31)	<b>9,637</b>	<b>0,008**</b>
	Hayır	21,11±9,09	21 <sup>b</sup> (7-35)		
	Bıraktım	14,65±4,70	15 <sup>a</sup> (8-24)		
Değer Biçme / Değerlendirme	Evet	19,00±8,74	16,5 <sup>ab</sup> (8-32)	<b>8,959</b>	<b>0,011*</b>
	Hayır	23,44±10,92	23 <sup>b</sup> (8-40)		
	Bıraktım	15,90±6,80	16,5 <sup>a</sup> (8-30)		
Uygulama / Kullanma	Evet	11,88±5,30	11 <sup>ab</sup> (5-20)	<b>7,514</b>	<b>0,023*</b>
	Hayır	14,50±6,99	14,5 <sup>b</sup> (5-25)		
	Bıraktım	9,90±3,91	9 <sup>a</sup> (5-18)		
SOÖ Toplam	Evet	60,81±25,43	54,5 <sup>ab</sup> (26-98)	<b>9,049</b>	<b>0,011*</b>
	Hayır	73,91±33,02	71 <sup>b</sup> (25-125)		
	Bıraktım	51,10±19,29	54,5 <sup>a</sup> (27-91)		

H: Kruskal-Wallis H Testi, \*p<0,05; \*\*p<0,01, a, b: Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05)

Araştırmamıza katılmış bireylerin sigara kullanma durumlarıyla SOÖ'nin “Bilgiye Erişim” (H=7,116; p<0,05), “Bilgileri Anlama” (H=9,637; p<0,01), “Değer Biçme / Değerlendirme” (H=8,959; p<0,05), “Uygulama / Kullanma” (H=7,514; p<0,05) alt faktör puanları ve “SOÖ Toplam” puanları (H=9,049; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Sonuçlara bakıldığında, SOÖ'nin “Bilgiye Erişim” alt faktör puanlarında sigara kullanmayan bireylerin [15 (5-25)] ortancası, sigara kullanmayı bırakan bireylerin [10 (5-19)] ortancasına göre, “Bilgileri Anlama” alt faktör puanlarında sigara kullanmayan bireylerin [21 (7-35)] ortancası, sigara kullanmayı bırakan bireylerin [15 (8-24)] ortancasına göre, “Değer Biçme / Değerlendirme” alt faktör puanlarında sigara kullanmayan bireylerin [23 (8-40)] ortancası, sigara kullanmayı bırakan bireylerin [16,5 (8-30)] ortancasına göre, “Uygulama / Kullanma” alt faktör puanlarında sigara kullanmayan bireylerin [14,5 (5-25)] ortancası, sigara kullanmayı bırakan bireylerin [9 (5-18)] ortancasına göre, “SOÖ Toplam” puanlarında sigara kullanmayan bireylerin [71 (25-125)] ortancası, sigara

kullanmayı bırakan bireylerin [54,5 (27-91)] ortancasına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.24).

Tablo 3.25'te çalışmaya katılmış olan bireylerin cinsiyetleriyle yaş ve BKİ değerleri ile SOÖ puanlarının istatistiksel sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.25: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Yaş ve BKİ Değerleri ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

		Erkek		Kadın		Toplam	
		Yaş	BKİ	Yaş	BKİ	Yaş	BKİ
Bilgiye Erişim	s	0,251	0,072	<b>0,481</b>	-0,072	<b>0,408</b>	0,000
	p	0,118	0,657	<b>&lt;0,001***</b>	0,511	<b>&lt;0,001***</b>	0,999
Bilgileri Anlama	s	0,283	0,037	<b>0,538</b>	-0,066	<b>0,456</b>	-0,003
	p	0,077	0,823	<b>&lt;0,001***</b>	0,544	<b>&lt;0,001***</b>	0,976
Değer Bıçme / Değerlendirme	s	0,263	0,054	<b>0,547</b>	-0,070	<b>0,452</b>	-0,005
	p	0,101	0,739	<b>&lt;0,001***</b>	0,524	<b>&lt;0,001***</b>	0,955
Uygulama / Kullanma	s	0,201	0,156	<b>0,581</b>	-0,025	<b>0,468</b>	0,043
	p	0,214	0,336	<b>&lt;0,001***</b>	0,819	<b>&lt;0,001***</b>	0,632
SOÖ Toplam	s	0,249	0,077	<b>0,547</b>	-0,060	<b>0,453</b>	0,003
	p	0,121	0,637	<b>&lt;0,001***</b>	0,583	<b>&lt;0,001***</b>	0,971

s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı, \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılan erkek bireylerin yaş ve BKİ değerleri ile SOÖ alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p >0,05) (Tablo 3.25).

Araştırmaya katılan kadın bireylerin yaşları ile SOÖ'nin alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" (s = 0,481; p <0,001), "Bilgileri Anlama" (s = 0,538; p <0,001), "Değer Bıçme / Değerlendirme" (s = 0,547; p <0,001), "Uygulama / Kullanma" (s = 0,581; p <0,001) ve "SOÖ Toplam" (s = 0,547; p <0,001) puanları ile yaş arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.25).

Araştırmaya katılan kadın bireylerin BKİ değerleri ile SOÖ alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p >0,05) (Tablo 3.25).

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile SOÖ alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Buna göre; “Bilgiye Erişim” (s = 0,408; p <0,001), “Bilgileri Anlama” (s = 0,456; p <0,001), “Değer Biçme / Değerlendirme” (s = 0,452; p <0,001), “Uygulama / Kullanma” (s = 0,468; p <0,001) ve “SOÖ Toplam” (s = 0,453; p <0,001) puanları ile yaş arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyonlar bulunmaktadır (Tablo 3.25).

Araştırmaya katılmış bireylerin BKİ değerleriyle SOÖ alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 3.25).

### 3.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SYBDÖ-2) PUANLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (SOÖ) PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ BULGULARI

Tablo 3.26’da çalışmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2 puanları ile SOÖ puanları arasındaki istatistiksel sonuçlara yer verilmiştir.

**Tablo 3.26: Erkeklerin SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

		Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme / Değerlendirme	Uygulama / Kullanma	SOÖ Toplam
Sağlık Sorumluluğu	s	-0,426	-0,552	-0,518	-0,506	-0,514
	p	0,006**	<0,001***	0,001**	0,001**	0,001**
Fiziksel Aktivite	s	-0,542	-0,652	-0,605	-0,668	-0,626
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Beslenme	s	-0,159	-0,298	-0,273	-0,293	-0,270
	p	0,327	0,062	0,088	0,066	0,092
Manevi Gelişim	s	-0,599	-0,631	-0,632	-0,624	-0,633
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Kişilerarası İlişkiler	s	-0,545	-0,520	-0,525	-0,552	-0,539
	p	<0,001***	0,001**	0,001**	<0,001***	<0,001***
Stres Yönetimi	s	-0,639	-0,678	-0,651	-0,688	-0,670
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
SYBDÖ-2 Toplam	s	-0,545	-0,641	-0,605	-0,642	-0,617
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***

s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı, \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2'nin alt faktörleri ile SOÖ'nün alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta düzeyde korelasyonlar tespit edilmiştir. Buna göre; "Sağlık Sorumluluğu" ( $s=-0,426$ ;  $p<0,01$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s=-0,552$ ;  $p<0,001$ ), "Değer Bıçme / Değerlendirme" ( $s=-0,518$ ;  $p<0,01$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s=-0,506$ ;  $p<0,01$ ) ve "SOÖ Toplam" ( $s=-0,514$ ;  $p<0,01$ ) puanları ile SYBDÖ-2 arasında anlamlı negatif orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (Tablo 3.26).

Araştırmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2'nin "Fiziksel Aktivite" alt faktörü ve SOÖ'nün alt faktör puanlarında istatistiksel olarak anlamlı negatif düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s=-0,542$ ;  $p<0,001$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s=-0,652$ ;  $p<0,001$ ), "Değer Bıçme / Değerlendirme" ( $s=-0,605$ ;  $p<0,001$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s=-0,668$ ;  $p<0,001$ ) ve "SOÖ Toplam" ( $s=-0,626$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile "Fiziksel Aktivite" alt faktörü arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.26).

Araştırmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2'nin "Manevi Gelişim" alt faktör puanları ile SOÖ'nün alt faktör puanlarında istatistiksel olarak anlamlı negatif düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s=-0,599$ ;  $p<0,001$ ) negatif orta, "Bilgileri Anlama" ( $s=-0,631$ ;  $p<0,001$ ), "Değer Bıçme / Değerlendirme" ( $s=-0,632$ ;  $p<0,001$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s=-0,624$ ;  $p<0,001$ ), "SOÖ Toplam" ( $s=-0,633$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile "Manevi Gelişim" alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü ve yüksek düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.26).

Araştırmaya katılmış erkekler bireylerin SYBDÖ-2'nin "Kişilerarası İlişkiler" alt faktör puanları ile SOÖ'nün alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s=-0,545$ ;  $p<0,001$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s=-0,520$ ;  $p<0,01$ ), "Değer Bıçme / Değerlendirme" ( $s=-0,525$ ;  $p<0,01$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s=-0,552$ ;  $p<0,001$ ), "SOÖ Toplam" ( $s=-0,539$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile "Kişilerarası İlişkiler" alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.26).

Araştırmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2'nin "Stres Yönetimi" alt faktör puanları ile SOÖ'nün alt faktörleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif

düzye korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” (s=-0,639; p<0,001), “Bilgileri Anlama” (s=-0,678; p<0,001), “Değer Biçme / Değerlendirme” (s=-0,651; p<0,001), “Uygulama / Kullanma” (s=-0,688; p<0,001), “SOÖ Toplam” (s=-0,670; p<0,001) puanları ile “Stres Yönetimi” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü yüksek düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.26).

Araştırmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2'nin “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” (s=-0,545; p<0,001) negatif orta, “Bilgileri Anlama” (s=-0,641; p<0,001), “Değer Biçme / Değerlendirme” (s=-0,605; p<0,001), “Uygulama / Kullanma” (s=-0,642; p<0,001), “SOÖ Toplam” (s=-0,617; p<0,001) puanları ile “SYBDÖ-2 Toplam” puanları arasında anlamlı negatif yönlü yüksek düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.26).

Tablo 3.27'de çalışmaya katılmış kadınların SYBDÖ-2 puanlarıyla SOÖ puanları arasındaki istatistiksel sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.27: Kadınların SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

		Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme / Değerlendirme	Uygulama / Kullanma	SOÖ Toplam
Sağlık Sorumluluğu	s	-0,487	-0,510	-0,534	-0,529	-0,525
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Fiziksel Aktivite	s	-0,501	-0,523	-0,538	-0,527	-0,531
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Beslenme	s	-0,269	-0,292	-0,326	-0,294	-0,297
	p	0,012*	0,006**	0,002**	0,006**	0,006**
Manevi Gelişim	s	-0,459	-0,448	-0,479	-0,498	-0,469
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Kişilerarası İlişkiler	s	-0,398	-0,409	-0,447	-0,458	-0,423
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Stres Yönetimi	s	-0,347	-0,364	-0,362	-0,373	-0,361
	p	0,001**	0,001**	0,001**	<0,001***	0,001**
SYBDÖ-2 Toplam	s	-0,513	-0,525	-0,546	-0,546	-0,535
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***

s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı, \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Araştırmaya katılmış kadınların SYBDÖ-2'nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanları ile SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı,

orta düzeyde negatif korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,487$ ;  $p<0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,510$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,534$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,529$ ;  $p<0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s=-0,525$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile “Sağlık Sorumluluğu” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.27).

Araştırmaya katılmış olan kadınların SYBDÖ-2’nin “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanları ile SOÖ’nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,501$ ;  $p<0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,523$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,538$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,527$ ;  $p<0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s=-0,531$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile “Fiziksel Aktivite” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.27).

Araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ-2’nin “Beslenme” alt faktör puanları ile SOÖ’nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,269$ ;  $p<0,05$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,292$ ;  $p<0,01$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,326$ ;  $p<0,01$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,294$ ;  $p<0,01$ ), “SOÖ Toplam” ( $s=-0,297$ ;  $p<0,01$ ) puanları ile “Beslenme” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir (Tablo 3.27).

Araştırmamıza katılmış olan kadınların SYBDÖ-2’nin “Manevi Gelişim” alt faktör puanlarıyla SOÖ’nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,459$ ;  $p<0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,448$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,479$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,498$ ;  $p<0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s=-0,469$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile “Manevi Gelişim” alt faktör arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.27).

Araştırmaya katılmış olan kadınların SYBDÖ-2’nin “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanlarıyla SOÖ’nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,398$ ;  $p<0,001$ ) negatif yönlü zayıf düzeyde, “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,409$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,447$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-$

0,458;  $p < 0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s = -0,423$ ;  $p < 0,001$ ) puanları ile “Kişilerarası İlişkiler” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.27).

Araştırmaya katılmış olan kadınların SYBDÖ-2'nin “Stres Yönetimi” alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s = -0,347$ ;  $p < 0,01$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s = -0,364$ ;  $p < 0,01$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s = -0,362$ ;  $p < 0,01$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s = -0,373$ ;  $p < 0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s = -0,361$ ;  $p < 0,01$ ) puanları ile “Stres Yönetimi” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki gözlemlenmiştir. (Tablo 3.27).

Araştırmaya katılmış kadınların SYBDÖ-2'nin “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s = -0,513$ ;  $p < 0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s = -0,525$ ;  $p < 0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s = -0,546$ ;  $p < 0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s = -0,546$ ;  $p < 0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s = -0,535$ ;  $p < 0,001$ ) puanları ile “SYBDÖ-2 Toplam” puanlarıyla arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.27).

Tablo 3.28'de çalışmaya katılmış bireylerin SYBDÖ-2 puanlarıyla SOÖ puanları istatistiksel sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.28: Bireylerin SYBDÖ-2 Alt Faktör ve Toplam Puanları ile SOÖ Alt Faktör ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

		Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme / Değerlendirme	Uygulama / Kullanma	SOÖ Toplam
Sağlık Sorumluluğu	s	-0,486	-0,534	-0,536	-0,529	-0,532
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Fiziksel Aktivite	s	-0,533	-0,575	-0,569	-0,578	-0,573
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Beslenme	s	-0,230	-0,294	-0,305	-0,293	-0,288
	p	0,010*	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Manevi Gelişim	s	-0,484	-0,484	-0,507	-0,524	-0,506
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Kişilerarası İlişkiler	s	-0,444	-0,439	-0,465	-0,484	-0,460
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***
Stres Yönetimi	s	-0,438	-0,456	-0,454	-0,470	-0,460
	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***

SYBDÖ-2	s	-0,531	-0,565	-0,568	-0,581	-0,568
Toplam	p	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***

s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı, \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Araştırmamıza katılmış bireylerde SYBDÖ-2'nin "Sağlık Sorumluluğu" alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s = -0,486$ ;  $p < 0,001$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s = -0,534$ ;  $p < 0,001$ ), "Değer Biçme / Değerlendirme" ( $s = -0,536$ ;  $p < 0,001$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s = -0,529$ ;  $p < 0,001$ ), "SOÖ Toplam" ( $s = -0,532$ ;  $p < 0,001$ ) puanları ile "Sağlık Sorumluluğu" alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.28).

Araştırmaya katılmış bireylerin SYBDÖ-2'nin "Fiziksel Aktivite" alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s = -0,533$ ;  $p < 0,001$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s = -0,575$ ;  $p < 0,001$ ), "Değer Biçme / Değerlendirme" ( $s = -0,569$ ;  $p < 0,001$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s = -0,578$ ;  $p < 0,001$ ), "SOÖ Toplam" ( $s = -0,573$ ;  $p < 0,001$ ) puanları ile "Fiziksel Aktivite" alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.28).

Araştırmaya katılmış bireylerin SYBDÖ-2'nin "Beslenme" alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s = -0,230$ ;  $p < 0,05$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s = -0,294$ ;  $p < 0,01$ ), "Değer Biçme / Değerlendirme" ( $s = -0,305$ ;  $p < 0,01$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s = -0,293$ ;  $p < 0,01$ ), "SOÖ Toplam" ( $s = -0,288$ ;  $p < 0,01$ ) puanları ile "Beslenme" alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.28).

Araştırmamıza katılmış bireylerde SYBDÖ-2'nin "Manevi Gelişim" alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; "Bilgiye Erişim" ( $s = -0,484$ ;  $p < 0,001$ ), "Bilgileri Anlama" ( $s = -0,484$ ;  $p < 0,001$ ), "Değer Biçme / Değerlendirme" ( $s = -0,507$ ;  $p < 0,001$ ), "Uygulama / Kullanma" ( $s = -0,524$ ;  $p < 0,001$ ), "SOÖ Toplam" ( $s = -0,506$ ;  $p < 0,001$ ) puanları ile "Manevi Gelişim" alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.28).

Araştırmaya katılmış bireylerin SYBDÖ-2'nin “Kişilerarası İlişkiler” alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,444$ ;  $p<0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,439$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,465$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,484$ ;  $p<0,001$ ), “SOÖ Toplam” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta ( $s=-0,460$ ;  $p<0,001$ ) korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo 3.28).

Araştırmamıza katılmış bireylerin SYBDÖ-2'nin “Stres Yönetimi” alt faktör puanlarıyla SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,438$ ;  $p<0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,456$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,454$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,470$ ;  $p<0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s=-0,460$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile “Stres Yönetimi” alt faktörü arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.28).

Araştırmaya katılmış bireylerin SYBDÖ-2'nin “SYBDÖ-2 Toplam” puanları ile SOÖ'nün alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Buna göre; “Bilgiye Erişim” ( $s=-0,531$ ;  $p<0,001$ ), “Bilgileri Anlama” ( $s=-0,565$ ;  $p<0,001$ ), “Değer Biçme / Değerlendirme” ( $s=-0,568$ ;  $p<0,001$ ), “Uygulama / Kullanma” ( $s=-0,581$ ;  $p<0,001$ ), “SOÖ Toplam” ( $s=-0,568$ ;  $p<0,001$ ) puanları ile “SYBDÖ-2 Toplam” puanları arasında anlamlı negatif yönlü orta düzeyde ilişki gözlemlenmiştir (Tablo 3.28).

### 3.5. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SYBDÖ-2) PUANLARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (SOÖ) PUANLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Tablo 3.29'da çalışmaya katılmış erkeklerin SYBDÖ-2 alt faktör puanları ile SOÖ toplam puanları üzerindeki etkisine yer verilmiştir.

**Tablo 3.29: Erkeklerin SYBDÖ-2 Alt Faktör Puanlarının SOÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisi**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		t	p	%95 β için Güven Aralığı		
	β	SH			Alt Sınır	Üst Sınır	
SOÖ Toplam	(Sabit)	134,944	29,618	4,590	<0,001***	75,686	196,202
	Sağlık Sorumluluğu	-0,527	1,898	-0,278	0,783	-4,389	3,334

Fiziksel Aktivite	-0,702	0,989	-0,710	0,483	-2,715	1,311
Beslenme	1,531	1,189	1,287	0,207	-0,889	3,950
Manevi Gelişim	-3,815	3,271	-1,166	0,252	-10,471	2,841
Kişilerarası İlişkiler	2,671	2,590	1,031	0,310	-2,599	7,940
Stres Yönetimi	-3,280	2,496	-1,314	0,198	-8,357	1,798

$\beta$ : Beta Katsayısı; SH: Standart Hata, \*\*\* $p < 0,001$

Araştırmaya katılmış olan erkek bireylerin SYBDÖ-2 alt faktör puanlarının SOÖ toplam puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3.29).

Tablo 3.30’da çalışmamıza katılmış olan kadınlarda SYBDÖ-2 alt faktör puanlamalarının SOÖ toplam puanlarının üzerindeki etkilerine yer verilmiştir.

**Tablo 3.30: Kadınların SYBDÖ-2 Alt Faktör Puanlarının SOÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisi**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		t	p	%95 $\beta$ için Güven Aralığı	
	$\beta$	SH			Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	175,643	23,787	<b>7,384</b>	<b>&lt;0,001***</b>	128,297	222,989
Sağlık Sorumluluğu	-2,622	1,117	<b>-2,347</b>	<b>0,021*</b>	-4,845	-0,398
Fiziksel Aktivite	-2,811	0,758	<b>-3,707</b>	<b>&lt;0,001***</b>	-4,320	-1,302
<b>SOÖ Toplam</b>						
Beslenme	-1,204	1,027	-1,173	0,244	-3,248	0,840
Manevi Gelişim	-0,868	1,316	-0,660	0,511	-3,486	1,751
Kişilerarası İlişkiler	-1,311	1,394	-0,941	0,350	-4,085	1,463
Stres Yönetimi	3,679	1,469	<b>2,505</b>	<b>0,014*</b>	0,755	6,602

$\beta$ : Beta Katsayısı; SH: Standart Hata, \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Araştırmaya katılmış olan kadınların SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarının “SOÖ Toplam” ( $\beta = -2,622$ ;  $t = -2,347$ ;  $p < 0,05$ ) puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre; “Fiziksel Aktivite” ( $\beta = -2,811$ ;  $t = -3,707$ ;  $p < 0,001$ ) ve “Stres Yönetimi” ( $\beta = 3,679$ ;  $t = 2,505$ ;  $p < 0,05$ ) alt faktör puanlarının SOÖ toplam puanları üzerine anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, kadınların SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanları bir birim arttığında SOÖ toplam puanlarında 2,622 kat azalma olduğu, “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanları bir birim arttığında SOÖ toplam puanlarında 2,811 kat azalma olduğu ve “Stres Yönetimi” alt faktör puanları bir birim arttığında SOÖ toplam puanlarında 3,679 kat artma olduğu bulunmuştur (Tablo 3.30).

Tablo 3.31’de çalışmaya katılmış bireylerin SYBDÖ-2 alt faktör puanlarının SOÖ toplam puanları üzerindeki etkisi yer almaktadır.

**Tablo 3.31: Bireylerin SYBDÖ-2 Alt Faktör Puanlarının SOÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisi**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		t	p	%95 $\beta$ için Güven Aralığı		
	$\beta$	SH			Alt Sınır	Üst Sınır	
(Sabit)	156,064	18,189	<b>8,580</b>	<b>&lt;0,001***</b>	120,049	192,079	
Sağlık Sorumluluğu	-2,102	0,914	<b>-2,300</b>	<b>0,023*</b>	-3,912	-0,293	
Fiziksel Aktivite	-2,109	0,610	<b>-3,455</b>	<b>0,001**</b>	-3,318	-0,900	
<b>SOÖ Toplam</b>	Beslenme	0,231	0,754	0,306	0,760	-1,263	1,724
	Manevi Gelişim	-1,062	1,192	-0,891	0,375	-3,424	1,299
	Kişilerarası İlişkiler	-1,117	1,172	-0,954	0,342	-3,438	1,203
	Stres Yönetimi	1,660	1,246	1,333	0,185	-0,807	4,128

$\beta$ : Beta Katsayısı; SH: Standart Hata, \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$

Araştırmaya katılmış olan bireylerin SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanlarının “SOÖ Toplam” ( $\beta=-2,102$ ;  $t=-2,300$ ;  $p<0,05$ ) ve “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanlarının “SOÖ Toplam” ( $\beta=-2,109$ ;  $t=-3,455$ ;  $p<0,01$ ) puanları üzerine anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, bireylerin SYBDÖ-2’nin “Sağlık Sorumluluğu” alt faktör puanları bir birim arttığında SOÖ toplam puanlarında 2,300 kat azalma olduğu ve “Fiziksel Aktivite” alt faktör puanları bir birim arttığında SOÖ toplam puanlarında 2,109 kat azalma olduğu bulunmuştur (Tablo 3.31).

## 4.TARTIŞMA

Bu bölüm, araştırma sorularına yönelik tartışma kısmından oluşmaktadır.

### 4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada araştırmaya toplam 126 birey katılmıştır. Katılımcıların 40'ı erkek, 86'sı ise kadın olarak belirlenmiştir. Bireylerin cinsiyetlere göre demografik bulguları incelendiğinde, erkek bireylerin yaş ortalamalarının  $78,78 \pm 9,68$  yıl, kadınların yaş ortalamalarının  $76,98 \pm 9,90$  yıl ve katılan bireylerin yaş ortalamalarının  $77,55 \pm 9,83$  yıl olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre kadın sayısının erkek sayısından fazla olduğu bulunmuştur. Daştan ve diğerleri (2024) yaptığı araştırmada bireylerin yaş ortalamalarının  $71,01 \pm 6,66$  yıl olduğu görülmüştür. Ünal'ın (2021) yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların yarısından fazlasının 65-74 yaş aralığında yer aldığı görülmüştür. 85 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin diğer katılımcılara göre daha az sayıda olduğu ve cinsiyet dağılımı incelendiğinde yarısından fazlasının kadın olduğu görülmüştür. Çalışmamız 85 yaş ve üzeri katılımcıların daha az olması ve kadın katılımcı sayısının fazla olması açısından literatür geneliyle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada erkeklerin yaklaşık yarısının üniversite mezunu, kadınların da yaklaşık yarısının lise mezunu olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim ortalaması incelendiğinde lise mezunu olduğu bulunmuştur. Günay'ın (2023) ve Daştan ve diğerleri (2024) yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının ilkokul mezunu görülmüştür. Efe ve Doğan'ın (2023) yılında yaptığı çalışmada bireylerin yaklaşık yarısının lise mezunu olduğu görülmüştür. Çalışma gruplarındaki bölgesel farklılıklar, çalışmaların yapıldığı bölgedeki sosyoekonomik durum veya kültürel farklılıklar bulunmasından dolayı çalışmalarda farklılık olabilmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının sağlık sigortası olduğu bulunmuştur. Daştan ve diğerlerinin (2024) yaptığı çalışmada katılımcıların yarısının sigortalı olduğu görülmüştür. Günay'ın (2023) çalışmasında katılan olguların neredeyse tamamının sosyal güvencesi bulunduğu görülmüştür. Efe ve Doğan (2023) yaptığı çalışmada katılımcıların neredeyse tamamının sosyal güvencesi olduğu

görülmüştür. Sağlık güvencesinin farklılık gösterdiği ve sağlık harcamalarının sağlık sigortasının sıklıkla kullanıldığı düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin %54,8'inin ailesinde hipertansiyon tanısı olduğu, %74,6'sının KB değerini bildiği, KB diyastolik ortalamalarının  $142,00 \pm 24,78$  olduğu, KB sistolik ortalamalarının  $84,79 \pm 12,18$  olduğu, %31'inin (39 kişi) hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gittiği, hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme sıklığı ortalamalarının  $10,08 \pm 2,96$  ay olduğu görülmüştür. Günay'ın (2023) çalışmasında bireylerin toplam SKB ortalama değerlerinin  $132,11 \pm 13,6$  mmHg, DKB ortalama değerlerinin  $81,32 \pm 10,52$  mmHg olarak görülmüştür. Daştan ve diğerleri (2024) yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı son olarak üç ay önce kontrol için bir doktor muayenesine gittiklerini belirtmiştir. Efe ve Doğan'ın (2023) çalışmasında katılımcıların yarısına yakınının hipertansiyon hastası olduğu ve yarısından fazlasında hastalığın hayatını olumsuz etkilediği görülmüştür. Öncü ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının hipertansiyon hakkında eğitim aldığını, yarısından fazlasının tansiyonunu haftalık sürede ölçtüğünü/ ölçtürdüğünü, yarısına yakınının hipertansiyon kontrolüne ilişkin önerilerin tümüne uyduğunu görülmüştür. Bireylerin önemli bir kısmında ailesel hipertansiyon öyküsü bulunduğu ve KB değerlerinin düzenli olarak takip edilmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin %12,7'sinin sigara kullandığı, %4'ünün alkol kullandığı bulunmuştur. Daştan ve diğerleri (2024) yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının sigara kullanmadığı, %96,2'sinin alkol kullanmadığı görülmüştür. Efe ve Doğan'ın (2023) çalışmasında katılımcıların %24,8'inin sigara kullandığı ve yaklaşık yarısının halen sigara kullanmadığı görülmüştür. Yapılan araştırmalarda sigara ve alkol kullanımı arasında değişiklik görüldüğü ve genellikle sigara kullanımının alkol kullanımıyla karşılaştırıldığında daha yaygın olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların %35,7'sinin preobez olduğu ve %64,3'ünün BKİ ortalamalarının fazla kilolu/obez olduğu bulunmuştur. Günay'ın (2023) yaptığı çalışmada katılımcıların BKİ tanımlamasına göre preobez olduğu görülmüştür. Genç ve Yiğitbaş'ın (2021) yaptığı çalışmada katılımcıların BKİ ortalamalarının fazla kilolu

olduğu görülmüştür. Al-Hanawi ve diğerleri (2020) yaptığı çalışmada kadınların BKİ düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu görülmüştür. Yaşlı bireyler ve hipertansiyonlu bireyler arasında BKİ değerlerinin genellikle preobez kategorisinde olduğunu göstermektedir.

#### **4.2. ARAşTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAğLIK OKURYAZARLIğI LEğİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIşILMASI**

Bu çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı leği toplam puanı 64,5 olarak bulunmuştur. Ölçek puan hesaplamalarına göre 25 puan bireylerin minimum düzeyde, 125 puan bireylerin maksimum düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ortalama düzeyin altında olduğu görülmektedir. Kurnaz ve Ergin (2020) yaptıkları çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz ya da sorunlu olduğu görülmektedir. nc ve diğerlerinin (2020) ve Okur ve diğerlerinin (2021) yaptıkları çalışmada katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine oldukları görülmektedir. Çalışma literatür geneli ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerde cinsiyetlere göre SO puanlarının arasında bir fark olmadığı görülmüştür ( $p=0,338$ ). Literatürde bu sonucu destekler çalışmalar bulunmaktadır (Ağlamış, 2022; Demirli, 2018; Karakuş zen, 2022). Ancak bazı çalışmalarda kadınların SO puanlarının daha yüksek olduğuna dair sonuçlar da bulunmaktadır (Akcilek, 2017; İnkaya ve Tüzer, 2018; Temel Bayık ve imen, 2017). Farklı sonuçlar olması örneklem özellikleri ile ilişkili olabilmektedir.

Bu çalışmada bireylerin gelir durumları ile SO ilişkisinde herhangi bir istatistiksel fark olmadığı bulunmuştur ( $p=0,083$ ). Literatürde gelir düzeyi arttıķa sağlık okuryazarlığının arttığı farklı çalışmalar bulunmaktadır (Doğrucan Karancı, 2019; nc ve diğer., 2020; Demirli,2018). Okur ve diğerleri (2021) ile Beyoğlu'nun (2019) alışmalarında SO puanları ile gelir durumlarıyla ilişkili anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ve çalışmamız literatür geneliyle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin hipertansiyon tanısı olma durumlarına göre SO'nin puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir fark olduğu bulunmuştur ( $p=0,018$ ). Tad ve ırpan'm (2021) ve Karataş ve diğerlerinin (2024) alışmalarında

hipertansiyon tanı alma süresi 1-5 yıl olan bireylerde sağlık okuryazarlığı puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Beyoğlu'nun (2019) çalışmasında hastalık süresine göre 10 yıldan az süredir hastalığı olan katılımcıların, 10 yıldan fazla süredir hastalığı mevcut olanlara göre puan ortalamalarının yüksek olup anlamlı farklılık görülmüştür. Bu çalışmada, hipertansiyon geçmişi olan bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür. Karakuş Özen'in (2022) yaptığı çalışmada tanı alma süresi ile SOÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aksi yönde sonucu olan çalışmalar ise örneklem arası farklılıklar olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin KB değeri bilme durumlarına göre SOÖ puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,002$ ). Tad ve Çırpan'ın (2021) yaptığı bir çalışmada KB'nı ölçtüğünü ifade eden bireylerin SOÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir. KB değerini bilmek, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve bu bilgiyi kullanma becerisi ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, SOÖ düzeyi yüksek bireylerin KB değerlerini bilme olasılığı daha yüksektir. Aynı şekilde, bireylerin kendi sağlık göstergelerini takip etmeleri, genel sağlık okuryazarlığını artıran bir davranıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrollerine gitme durumlarına bakıldığında, düzenli olarak kontrole giden bireylerin sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Öncü ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada katılımcıların %32,8'inin hipertansiyon kontrolüne ilişkin önerilerin tümüne uyduğu saptanmıştır. Doğrucan Katrancı'nın (2019) yaptığı çalışmada bireylerin %49,1'inin günlük KB'nı ölçtüğünü, %69,8'inin KB'nı evdeki yakınlarına ölçtüğünü görülmüştür. Genç ve Yiğitbaş (2021) yaptıkları çalışmada katılımcıların %85'inin hipertansiyonu tehlikeli olarak görmesine rağmen %76,6'sının tansiyonu yükseldiğinde hissedebildiği ayrıca yarısından fazlasının yalnızca sağlık durumlarında kötüleşme olduğunda kontrole gittiğini belirtilmiştir. Beyoğlu'nun (2019) çalışmasında kronik hastalıklara sahip bireylerle, sağlıklı bireyler arasında düzenli kontrollere gitme durumu açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ağlamış'ın (2022) çalışmasında katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kuruluşuna gitme değişkeni arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Sezgin ve Uskun'un (2021) çalışmasında, katılımcıların KB'larını düzenli kontrol ettirmesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında olumlu

yönde ilişki olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile hipertansiyon kontrol davranışları arasındaki ilişkinin farklı düzeylerde bulunması, araştırmalarda kullanılan yöntemler, örneklem özellikleri, bireylerin sağlık algısı ve hizmetlere erişim gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Bazı çalışmalar bireylerin sağlık okuryazarlığı yüksek olsa bile bu bilginin davranışa dönüşmediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, öz bildirim dayalı veriler bireylerin sağlık davranışlarını olduğundan daha olumlu yansıtmaya neden olabilir. Bu nedenle, çalışmalardaki sonuç farklılıkları bireysel, çevresel ve yöntemsel etkenlerin farklılığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hipertansiyonun hayatını etkilemediğini düşünen bireylerin, etkilediğini düşünen bireylere göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0,002$ ). Efe ve Doğan'ın (2023) yaptığı çalışmada katılımcıların %31,1'inin hastalığının hayatını olumsuz etkilediği görülmüştür. Akcilek'in (2017) ve Gültekin'in (2023) çalışmasında sağlık okuryazarlığı ile sağlık problemi yaşama durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ağlamış'ın (2022) çalışmasında katılımcıların sağlık okuryazarlık seviyesi ile genel sağlık düzeyi değişkeni arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Bu çalışma diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği gibi, literatürde farklı sonuçları olan çalışmalara da rastlanmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerde sigara kullanım durumuna göre yapılan değerlendirmede, sigara kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanlarının, sigarayı bırakmış bireylere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0,011$ ). Bilir'in (2014) çalışmasında sigara içilmesi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Gültekin'in (2023) ve Sezgin ve Uskun'un (2021) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sigara kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışma sonucuna göre, bireylerin sağlık bilgisine sahip olmalarına rağmen davranış değişikliği konusunda zorlanabileceklerini söylenebilir.

Bu çalışmada, erkeklerin yaş ve BKİ değerleri ile SOÖ puanları arasında; kadınların ise BKİ değerleri ile SOÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmadığı görülmüştür ( $p=0,971$ ). Çalışmaya katılan kadınların yaş değişkeni ile SOÖ arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir ( $s=0,547$ ;  $p<0,001$ ). Özellikle yaş ilerledikçe kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının artma eğilimi

gösterdiği saptanmıştır. Doğrucan Katrancı'nın (2019) araştırmasında hastaların SOÖ bilgileri uygulama ya da kullanma boyutlarını cinsiyetlere göre değerlendirdiğinde erkeklerin puanlarının kadınlara göre belirgin biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Karataş ve diğerlerinin (2024) yaptıkları çalışmada yaş aralığı 61-70 olan hastaların SOÖ puan ortalamaları 51-60 yaş grubundaki bireylere göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Tad ve Çırpan'ın (2021) ve Akcilek'in (2017) çalışmasında, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

#### **4.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu çalışmada SYBDÖ-2 puanı 129 olarak bulunmuştur. Ölçek puan hesaplamalarına göre bireylerin ortalama düzeyin altında sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği görülmektedir. Köseoğlu ve Kürklü (2017) yaptıkları çalışmada katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yeterli olmadığı görülmüştür. Kolaç ve diğerlerinin (2018) yaptıkları çalışmada çalışanların ortalama düzeyin üstünde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergiledikleri görülmektedir. Bu çalışma diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği gibi, literatürde farklı sonuçları olan çalışmalara da rastlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmış olan bireylerin cinsiyetlerine göre SYBDÖ-2 puanları arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ( $p=0,372$ ). Literatürde benzer sonuca sahip çalışmalar yer almaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Günay, 2023; Gömleksiz ve diğ., 2020; Kolaç ve diğ., 2018; Savaşan ve diğ., 2013; Özkan ve diğ., 2019). Annaç'ın (2018) yaptığı çalışmada erkek hastaların SYBDÖ-2 puanlarının kadın hastalardan çok daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Farklılıklar yaş, sosyoekonomik durum ve çalışmaların yapıldığı bölgedeki sosyokültürel fark sebebi ile olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin gelir durumlarına göre SYBDÖ-2 puanlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu; geliri yüksek olan bireylerin puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,024$ ). Literatürde benzer sonuca sahip çalışmalar bulunmaktadır (Daştan ve diğ., 2024; Sarihan, 2024; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Kodama ve diğ., 2015; Polat ve Kahraman, 2013; Gömleksiz ve diğ., 2020). Özellikle yaş, çalışma

yapılan bölge ve kültürel durum çalışmalardaki farklılıkları oluşturduğu görülmektedir. Sonuçlar literatür geneliyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin ailede hipertansiyon tanısı olma durumlarına göre SYBDÖ-2 puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Ailesinde hipertansiyon tanısı bulunan bireylerin, bulunmayanlara kıyasla SYBDÖ-2 puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sözmen ve diğerlerinin (2015) ve Sarihan'ın (2024) yaptığı çalışmada hastalık sayısı arttıkça SYBDÖ-2 skorlarının azaldığı saptanmıştır. Bu çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak, Gömleksiz ve diğerlerinin (2020) yaptıkları çalışmada kronik hastalıklarıyla ölçek puanları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir. Ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunan bireylerin daha yüksek SYBDÖ-2 puanlarına sahip olduğu gözlemi, genetik yatkınlık ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Bu çalışmada, bireylerin hipertansiyon tanısı alma sürelerine göre değerlendirme yapıldığında; 0-10 yıl arası süredir hipertansiyon tanısı olan bireylerin, 25 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı olan bireylere kıyasla sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,008$ ). Annaç'ın (2018) yaptığı çalışmada tanı alma süresi 1-3 yıl olan hastalarda puan ortalamalarını, tanı alma süreleri 4 yıl üstündeki diğer bireylerden yüksek olduğunu görmüştür. Bu çalışma literatür geneliyle paralellik göstermiştir. Özellikle, daha kısa tanı süresi olan bireylerin daha yüksek puanlar aldığı gözlemi, hastalığın farkındalık ve yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmaya katılan bireylerin hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gitme durumlarına göre SYBDÖ-2 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde fark olduğu bulunmuştur ( $p=0,023$ ). Hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin SYBDÖ-2 puanları düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen bireylere göre yüksek olduğu görülmektedir. Acar ve diğerlerinin (2024), Gür ve Sunal'ın (2019), Atan ve Karabulutlu'nun (2016) yaptıkları çalışmalarda çalışmamızı desteklemektedir. Sarihan'ın (2024) yaptığı çalışmada katılımcıların düzenli olarak kontrollerine gitme durumları ile SYBDÖ-2 ilişkisi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamızda bu davranışın SYBDÖ-2 puanlarıyla pozitif ilişkisi,

sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmetlerini arasındaki ilişkinin etkin kullanıldığı görülmektedir. Literatürde sağlık davranışlarının bilgi yanında sosyoekonomik ve kültürel faktörlerden de etkilendiği görülmektedir.

Bu çalışmada, hipertansiyonun hayatını etkilediğini düşünen bireylerin, etkilemediğini düşünen bireylere göre SYBDÖ-2 puanları anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmektedir ( $t=3,797$ ;  $p<0,001$ ). Ancak, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) yaptıkları çalışmada SYBDÖ-2 ile kronik hastalık olma durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Savaşan ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada koroner arter hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kanserli hastalardan yüksek olduğu görülmüştür. Gömleksiz ve diğerlerinin (2020) yaptıkları çalışmada katılımcıların sağlık durumları üzerindeki kendi olumlu görüşleri arttıkça SYBDÖ-2 puanının pozitif olarak yükseldiği görülmüştür. Ayrıca, Şamdanlı ve Muz'un (2022) yaptıkları çalışmada katılımcıların hipertansiyon ile ilgili araştırma yaptığı ve buldukları bilgileri günlük yaşamlarından uyguladıkları görülmüştür. Bireyler arasında kronik hastalık yönetimi, yaş ve yaşam tarzı gibi farklılıkların olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma literatür geneliyle benzerlik göstermiştir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin, KB'nı etkilemediğini düşünen bireylere göre SYBDÖ-2 puanları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ( $t=4,188$ ;  $p<0,001$ ). Sarıhan'ın (2024), Atan ve Karabulutlu'nun (2016) ve Gür ve Sunal'ın (2019) yaptıkları çalışmalarla çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Bireylerin eğitim durumunda ve yaş gruplarındaki farklılıklar çalışmalar arasında farklılıklar oluşturduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda yaşam biçimi davranışlarının KB'nı etkilediğini düşünen bireylerin SYBDÖ-2 puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuş, bu bulgu literatür geneli ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmaya katılmış olan bireylerde sigara kullanım alışkanlığı durumlarına göre SYBDÖ-2 puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p=0,064$ ). Sarıhan (2024), Kolaç ve diğerleri (2018) ve Gömleksiz ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada sigara kullanma durumunun SYBDÖ-2 ölçek puanlarına etkisi olmadığı görülmüştür. Bulgularımızdan farklı olarak; Gür ve Sunal (2019), Cihangiroğlu ve Deveci (2011), Can ve Aktürk (2022), Savaşan ve diğerleri (2013) ve Daştan ve diğerleri (2024) yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile SYBDÖ-2 puanları arasında

fark gözlenmiştir. Ayrıca, Atan ve Karabulutlu'nun (2016) yaptıkları çalışmada sigara kullanmayan hipertansif hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladığı görülmüştür. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki farklılıklar ekonomik durumun, sağlıklı yaşam algılarındaki değişiklikler ve özellikle çalışma yaş gruplarındaki farklılıklardan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerleri ile SYBDÖ-2 puanları arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı bulunmuştur ( $p=0,631$ ). Bulgular ile benzer olarak; Özkan ve diğerleri (2019), Gömleksiz ve diğerleri (2020), Sarıhan'ın (2024), Gün ve Korkmaz'ın (2014), Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) ve Marconcin ve diğerlerinin (2021) yaptıkları çalışmada BKİ ile SYBDÖ-2 puanları arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Sözmen ve diğerlerinin (2015) yaptıkları çalışmada obez bireylerin, obezite açısından riski olmayan bireylere göre SYBDÖ-2 puanlarında farkındalıklarının yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, Gür ve Sunal'ın (2019) yaptıkları çalışmada obez katılımcıların, normal kilolu katılımcılara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük bulunmuştur. Bu çalışmada BKİ ile SYBDÖ-2 arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ve literatür geneliyle benzerlik göstermektedir.

#### **4.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİYLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu çalışmada erkeklerin SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt faktör puanları ile SOÖ puanları arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur ( $s=-0,514$ ;  $p<0,001$ ). Kadınların SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt faktör puanları ile SOÖ puanları arasında negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür ( $p=0,001$ ). Literatür incelendiğinde; Soykan'ın (2020), Baltacı ve diğerlerinin (2023), Tuğut ve diğerlerinin (2021) ve Tamin'in (2022) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan katılımcıların sağlıklı davranışların yüksek olduğu görülmüştür. Yulu'nun (2020) yaptığı çalışmada kadınların SOÖ ve SYBDÖ-2 puanları erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ergün ve diğerlerinin (2019) çalışmasında erkeklerin kızlara göre SYBDÖ-2 ve e-sağlık okuryazarlığı puanları arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Literatür ile olan

bu farklılıklar, çalışma grubunun sosyoekonomik özellikleri, yaşam tarzları ve maruz kaldıkları çevresel etmenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların SYBDÖ-2'nin özellikle sağlık sorumluluğu ve ayrıca fiziksel aktivite puanları ile SOÖ toplam puanları arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur ( $s=-0,531$ ;  $p<0,001$ ). Kazak ve diğerlerinin (2021) ve Soykan'ın (2020) yaptıkları çalışmada SOÖ ve SYBDÖ-2 puanları karşılaştırıldığında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yakut ve Özel'in (2023) yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı arttıkça fiziksel aktivite yaşam biçimi davranışlarının da iyileşebileceği görülmüştür. Aydın'ın (2024), Hamurcu ve Haney'in (2024) SYBDÖ-2'nin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt faktör puanları ile SOÖ toplam puanları arasında negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Bireylerin yaşam şartları, yaş grupları ve ekonomik özellikler nedeniyle farklılıklar gösterdiği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde bu çalışma literatür geneli ile benzerlik göstermiştir.

Bu çalışmada bireylerin SYBDÖ-2'nin kişilerarası ilişkiler alt faktör puanları ile SOÖ puanları arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $s=-0,460$ ;  $p<0,001$ ). Bulgularımızdan farklı olarak Hamurcu ve Haney'in (2024) ve Yakut ve Özel'in (2023) yaptıkları çalışmada SOÖ ile SYBDÖ-2 kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Söz konusu farklılık, bu çalışmanın 65 yaş ve üzeri hipertansiyonlu bireyleri kapsamıyla ilişkili olabilir. Bu yaş grubunda kişilerarası ilişkilerin, öz yönetimi desteklemekten çok bağımlılığı artıran sosyal etkileşimler şeklinde algılanması olasıdır. Ayrıca sağlık durumu, yaşa bağlı fiziksel kısıtlılıklar ve sosyal destek ağlarının yapısı gibi faktörler, ilişki yönünü literatürdeki çalışmalardan farklılaştırmış olabilir.

Bu çalışmada bireylerin SYBDÖ-2'nin stres yönetimi alt faktör puanları ile SOÖ puanları arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur ( $s=-0,460$ ;  $p<0,001$ ). Aydın'ın (2024) yaptığı çalışmada SOÖ puanları ile SYBDÖ-2'nin stres yönetimi alt boyutlarında pozitif yönde zayıf korelasyonlar olduğu görülmüştür. Literatürde ayrıca; Yulu'nun (2020), Kazak ve diğerlerinin (2021), Mansur ve Ülke'nin (2022) ve Dağlar ve Çayır'ın (2024) yaptığı çalışmada SOÖ ile SYBDÖ-2 ölçek alt boyutları arasında korelasyon analiz sonucunda pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki farklılıkların 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan bireylerden oluşan grupla

yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşlı bireylerde stresle başa çıkma daha çok pasif ya da dış destek odaklı olduğu için, bu durum sağlık öz yönetimini yeterince desteklemeyebilir. Ayrıca stres yönetimi puanlarının yüksek, SOÖ puanlarının ise düşük olması; bireylerin stresle baş edebilmesine rağmen bunu öz bakım davranışına dönüştüremediklerini göstermektedir.

Çalışmaya katılmış bireylerin SOÖ toplam puanları ile SYBDÖ-2 toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzeyli ilişki gözlemlenmiştir ( $s=-0,568$ ;  $p<0,001$ ). Yalman ve Tosun'un (2021) yaptıkları çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Kılıç ve Yılmaz'ın (2020) çalışmasında bilgi düzeyi arttıkça yaşam tarzı puanlarında anlamlı yükselme gözlenmiştir. Bu çalışmanın bulgusu, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışları arasında her zaman doğrudan ve pozitif bir ilişki olmayabileceğini, bu ilişkinin bireysel ve çevresel faktörlere göre değişebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sadece sağlık okuryazarlığını artırmak değil, aynı zamanda bireylerin bilgiyi davranışa dönüştürebileceği ortamları ve destek sistemlerini oluşturmak da önemli olabileceği görülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, 65 yaş ve üzeri hipertansiyonlu bireylerin sağlıklı yaşam davranışları ile sağlık okuryazarlık düzeyindeki bağlantısını inceleyerek, çeşitli demografik, sosyoekonomik ve sağlıkla ilişkili faktörlerin etkisini ortaya koymuştur. Yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişim, bu bilgiyi anlama ve uygulama becerilerinin, yaşam kalitesini doğrudan etkileyen sağlıklı yaşam davranışları ile nasıl bir ilişki içinde olduğu değerlendirilmiştir.

Bu çalışmadaki sonuçlar doğrultusunda, bireylerin SYBDÖ-2 ve SOÖ puanları arasında çeşitli değişkenlere bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hem erkeklerde hem de kadınlarda SYBDÖ-2'nin sağlık sorumluluğu alt faktör puanları ile SOÖ arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireylerin stres yönetimi puanları arttıkça SOÖ puanlarının azaldığı görülmüştür. Özellikle kadın katılımcılarda, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarındaki artışın, SOÖ toplam puanlarında azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, hipertansiyonun yaşamlarını etkilediğini düşünen bireylere kıyasla, etkilemediğini ifade eden bireylerin SYBDÖ-2 ve sağlık okuryazarlığı puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılmış bireyler arasında, kan basıncını etkilediğini düşünenlerin SYBDÖ-2 puanları, etkilemediğini düşünen bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne giden bireylerin SYBDÖ-2 puanları da gitmeyen bireylere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksektir. Ayrıca, ailede hipertansiyon tanısı olan bireylerin hem SYBDÖ-2 hem de SOÖ puanları açısından anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. Aynı şekilde, bireylerin kan basıncı değerlerini bilme durumlarına göre SOÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, bireylerin hipertansiyon farkındalığı ve bu farkındalığa bağlı olarak sergiledikleri sağlık davranışlarının hem sağlıklı yaşam biçimi hem de sağlık okuryazarlığı düzeylerini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının yalnızca bilgi düzeyine değil, bireylerin bu bilgiyi nasıl yorumladığına ve yaşamlarına nasıl yansıttığına bağlı olduğunu ortaya

koymaktadır. Özellikle sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite gibi olumlu davranışların sağlık okuryazarlığı ile her zaman paralel ilerlememesi, mevcut sağlık eğitimlerinin gözden geçirilmesini ve yeniden yapılandırılmasını gerekli kılmaktadır. Araştırma sonuçları, yaşlı bireyler için tek tip değil, bireyselleştirilmiş ve çok boyutlu sağlık stratejilerine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamakta; sağlık eğitimi ve politika geliştirme süreçlerine yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır.

Bu bağlamda, yaşlılık dönemine özgü gereksinimleri dikkate alan, sadeleştirilmiş ve erişilebilir sağlık bilgilendirme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, değerlendirme ve uygulama becerilerini destekleyecek eğitim programlarının oluşturulması ve sürdürülebilir sosyal destek mekanizmalarının sağlanması, toplum sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma, hipertansiyona sahip yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki karmaşık ilişkiye ışık tutmakta ve sağlık eğitimi yaklaşımlarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğine dair önemli bir öneri sunmaktadır. Sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite düzeylerindeki artışın sağlık okuryazarlığı ile her zaman paralel ilerlemediği görülmüş olup, bu durum bireyselleştirilmiş, sadeleştirilmiş ve erişilebilir eğitim modellerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, değerlendirme ve uygulama becerilerini destekleyecek stratejilerin hayata geçirilmesi, toplum sağlığının korunması açısından kritik bir öneri olarak değerlendirilebilir.

## **KAYNAKÇA**

- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 39(4), 1-5. <https://archivestsc.com/tr/jvi.aspx?un=TKDA-64012&volume=39&supp=4>
- Acar, İ. E., Aydın, M. R., Aydın, A. ve Etçioğlu, E. (2024). Hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliklerine ve ilaç tedavisine uyumlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 14(4), 407-419. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/smj/issue/88666/1568387#:~:text=https%3A//doi.org/10.31832/smj.1568387>
- Ağlamış, M. (2022). *Kronik hastalarda hasta güçlendirme ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi: Erzurum ili örneği* (No. 713509). (Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Akcilek, E. (2017). *Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (No. 471567). [Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Al-Hanawi, M. K., Chirwa, G. C. ve Kamninga, T. M. (2020). Decomposition of gender differences in body mass index in saudi arabia using unconditional quantile regression: analysis of national-level survey data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2330. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072330>
- Alp, F. ve Mete, M. (2023). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı alanında yürütülen tezlerin bibliyometrik analizi (2011-2022). *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(3), 178-188. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1231645>
- Alper, A. (2024). *Yetişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tip 2 diyabet gelişme riski arasındaki ilişki* (No. 876464). [Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (No. 510373). [Uzmanlık tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Aras, Z. ve Bayık Temel, A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeği’nin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 25(2): 85-94. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnjn/issue/30823/333466>
- Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B., Altun, B., Ertürk, Ş., Aydoğdu, S., Özbakkaloğlu, M., Ersöz, H., Süleymanlar, G., Tükek, T., Tokgözoğlu, L. ve Erdem, Y. (2015). Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 43(4): 402-409. <https://archivestsc.com/jvi.aspx?un=TKDA-16243>
- Atan, G. ve Karabulutlu, E. Y. (2016). Esansiyel hipertansiyonu olan hastaların yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumunun incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 17-25. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-esansiyel-hipertansiyonu-olan->

[hastalarin-yasam-bicimi-yasam-kalitesi-ve-tedaviye-uyumunun-ncelemesi-71654.html](https://www.researchgate.net/publication/385483613_Examination_of_Health_Literacy_Cardiovascular_Disease_Risk_Knowledge_Level_and_Healthy_Lifestyle_Behaviors_in_University_Students_Studyng_in_Health_Departments_A_Cross-Sectional_Study)

- Aydın, E. B. (2024). Sağlık bölümlerinde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı, kardiyovasküler hastalıklar riski bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 9(4), 682-690. [https://www.researchgate.net/publication/385483613\\_Examination\\_of\\_Health\\_Literacy\\_Cardiovascular\\_Disease\\_Risk\\_Knowledge\\_Level\\_and\\_Healthy\\_Lifestyle\\_Behaviors\\_in\\_University\\_Students\\_Studyng\\_in\\_Health\\_Departments\\_A\\_Cross-Sectional\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/385483613_Examination_of_Health_Literacy_Cardiovascular_Disease_Risk_Knowledge_Level_and_Healthy_Lifestyle_Behaviors_in_University_Students_Studyng_in_Health_Departments_A_Cross-Sectional_Study)
- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., Tükek, T., Sabuncu, T., Arıcı, M., Erdem, Y., Özün, B., Şahin, İ., Ertürk, Ş., Bitigen, A. ve Tokgözoğlu, L. (2019). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 47(6):535-46. <https://archivestsc.com/jvi.aspx?un=TKDA-62565>
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1) :1-13. [https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as\\_sdt=0,5&cluster=15144021661904908426](https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0,5&cluster=15144021661904908426)
- Baltacı, N., Kaya, N. ve Kılıçkaya, İ. (2023). Gebelerin e-sağlık okuryazarlığının ve sağlıklı yaşam davranışlarının incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(4), 301-313. <https://doi.org/10.17942/sted.1229364>
- Baydaş, A. ve Yalman, F. (2021). Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (22), 791-824. <https://doi.org/10.29029/busbed.927028>
- Beyoğlu, M. M. (2019). *Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması* (No. 540018). [Uzmanlık tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68. <https://doi.org/10.20518/thsd.46492>
- Boateng, E. B. ve Ampofo, A. G. (2023). A glimpse into the future: Modelling global prevalence of hypertension. *BMC Public Health*, 23(1), 1906. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16662-z>
- Can, M. ve Aktürk, Ü. (2022). The effect of healthy lifestyle behaviours on smoking among university students. *Journal of Substance Use*, 28(3), 418-424. <https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2051623>
- Carey, R. M., Moran, A. E. ve Whelton, P. K. (2022). Treatment of hypertension: a review. *Jama*, 328(18), 1849-1861. [https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2798165#google\\_vignette](https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2798165#google_vignette)

- Champely, S. (2020). pwr: Basic functions for power analysis. R package version 1.3-0. <https://CRAN.R-project.org/package=pwr>.
- Choi, J., Peters, M. ve Mueller, R. O. (2010). Correlational analysis of ordinal data: from Pearson's to Bayesian polychoric correlation. *Asia Pacific education review*, 11(4), 459-466. <https://doi.org/10.1007/s12564-010-9096-y>
- Cihangiroğlu, Z. ve Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elâzığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83. <https://dergipark.org.tr/en/pub/firattip/issue/6350/84731>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. baskı)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dağlar, N. B. ve Çayır, A. (2024). Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi ve obezite farkındalığı arasındaki ilişki: Tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4):673-81. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-universite-ogrencilerinde-saglik-okuryazarligi-saglikli-yasam-bicimi-ve-obezite-farkindaligi-arasindaki-iliski-tanimlayici-arastirma-108051.html>
- Daştan, B., Cin, A., Demirağ, H. ve Hintistan, S. (2024). 65 yaş ve üzeri bireylerin başarılı yaşlanmalarını etkileyen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(3):818. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-65-yas-ve-uzeri-bireylerin-basarili-yaslanmalarini-etkileyen-saglikli-yasam-bicimi-davranislarinin-incelenmesi-107195.html>
- Deniz Akan, D., Dedeli Çaydam, Ö. ve Çınar Pakyüz, S. (2020). Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2020;23(2):241-249. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.527473>
- Demirli, P. (2018). *Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili örneği* (No. 509006). [Uzmanlık tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Doğrucan Katrancı, N. (2019). *Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi* (No. 599565). [Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Döğüş, Y., Deami, A. ve Yönden, Z. (2023). Mikrobiyota kaynaklı kısa zincirli yağ asitleri ve hastalıklar üzerine etkileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 32(4), 246-253. <https://doi.org/10.17827/aktd.1330297>
- Durmaz, C. ve Arslan, P. (2017). Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(3), 278-286. <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/47/38>
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2023, 16 Mart). Hipertansiyon. [https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_3)
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2023, 16 Mart). Hipertansiyon. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

- Dünya Sağlık Örgütü* [DSÖ]. (2024, 1 Ekim). Yaşlanma ve sağlık. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Dünya Sağlık Örgütü* [DSÖ]. (2023, 15 Mayıs). Nüfus, Türkiye. <https://data.who.int/countries/792>
- Efe, E. ve Doğan, N. (2023). Hipertansiyon tanısı almış 65 yaş üzeri bireylerin ilaç kullanımına ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 897-905. <https://doi.org/10.61399/ikcusbfd.1068478>
- Ekim, M. (2018). Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2), 80-85. <https://dergipark.org.tr/en/pub/bozoktip/issue/38108/440065>
- Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. ve Aykar, F. Ş. (2018). Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson'ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 9(19), 82-88. <https://khd.tkd.org.tr/jvi.aspx?un=KVHD-41275>
- Ergün, S., Sürücüler, H. K. ve Işık, R. (2019). Ergenlerde e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Balıkesir örneği. *Jaren*, 5(3), 194-203. <https://jarengteah.org/tr/makaleler/ergenlerde-e-saglik-okuryazarligi-ve-saglikli-yasam-bicimi-davranislari-balikesir-ornegi/doi/jaren.2019.65002>
- Genç, F. ve Yiğitbaş, Ç. (2021). Hipertansif yaşlıların hipertansiyon algıları ve kontrollerine ilişkin davranışları. *Genel Tıp Dergisi*, 31(1), 1-11. <https://dergipark.org.tr/en/pub/geneltip/issue/66972/1046706>
- Güçlü, M. B., Arıkan, H., Savcı, S., Tedavi, F., Sağlam, U. F. M. ve İnce, D. İ. (2008). Hipertansiyon ve egzersiz. 2. baskı. Ankara: Klasmat Yayıncılık.
- Gökkaya, D. ve Alpaslan, M. N. (2023). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam farkındalığı ile ilişkisi: Yozgat ili örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(2), 582-594. <https://doi.org/10.32709/akusosbil.1055880>
- Gültekin, İ. E. (2023). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda siberkondri düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi* (No. 789658). [Uzmanlık tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Gömleksiz, M., Yakar, B. ve Pirinçci, E. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 347-358. [https://www.diclemedj.org/arsiv\\_detay.php?sayi\\_id=77&dil=tr](https://www.diclemedj.org/arsiv_detay.php?sayi_id=77&dil=tr)
- Gün, Y. ve Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46808/586995>
- Günay, İ. (2023). *Hipertansiyonlu bireylerde pender'in sağlığı geliştirme modeli'ne dayalı verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi* (No. 826780). [Uzmanlık tezi, Balıkesir Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Gür, G. ve Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2),

- 210-219. <https://archhealthscires.org/en/determination-of-health-perception-and-healthy-lifestyle-behaviors-in-patients-with-coronary-artery-disease-1327>
- Gürdap, Z. ve Cengiz, Z. (2023). Sağlık bakım sisteminde hastayı güçlendirme: Fırsatlar ve zorluklar. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 3(1), 74-81. <https://doi.org/10.58252/artukluder.1209933>
- Hamurcu, Ö. ve Haney, M. Ö. (2024). Fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 10(3), 180-187. <https://jarengteah.org/articles/determining-the-relationship-between-factory-workers-health-literacy-and-health-service-use-and-healthy-lifestyle-behaviors/doi/jaren.2024.30922>
- Hornstrup, B., Hoffmann-Petersen, N., Lauridsen, T. Ve Bech, J. (2023). Diyetteki sodyum kısıtlaması, tedaviye dirençli hipertansiyonu olan hastalarda kan basıncını düşürür. *BMC Nephrol* 24, 274. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03333-9>
- İnkaya, B. ve Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med*, 7(3), 124-129. <https://jag.journalagent.com/kocaelitip/pdfs/KTD-27146>
- Kalyoncu, S. ve Kartın, P. T. (2021). Aktif yaşlanma ve hemşirelik bakımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 26-32. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/64150/858162>
- Karakuş Özen, İ. (2022). *Hipertansiyon tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve ilaca uyum öz etkililik durumlarının incelenmesi* (No. 716187). [Uzmanlık tezi, Harran Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Karakuş, Ü. N. (2023). *Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi* (No. 809045) [Uzmanlık tezi, Aksaray Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Karataş, G., Yava, A., Tosun, N. ve Koyuncu, A. (2024). Hipertansiyon hastalarında öz etkililik ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi: Güneydoğu Anadolu örneği. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 15(37), 79-86. <https://khd.tkd.org.tr/jvi.aspx?un=KVHD-98752&volume=15&issue=37>
- Kayın, İ., Karadağ, B., Gülbenzer, D., Kaya, E., Dirier, Z. ve Tomanbay, İ. (2024). 65 yaş üstü yalnız yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanımına uyuncu: Fenomenolojik bir çalışma. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 7(2), 105-116. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1484465>
- Kazak, A., Başaran, F., Coşkun, N. ve Karakullukçu, S. (2021). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(3), 273-283. <https://kocaelimj.org/jvi.aspx?un=KTD-22438&volume=10&issue=3>
- Kılıç, M. ve Yılmaz, N. N. (2020). Does health literacy and life satisfaction promote healthy eating among married women in turkey. *Estudam Public Health Journal*, 9(3), 323-340. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.1533646>

- Kodama, S., Fujii, N., Furuhashi, T., Inoue, M., Hirano, M., Takahashi, T. ve Okazaki, H. (2015). Dietary quality and its structural relationships among equivalent income, emotional well-being, and a five-year subjective health in Japanese middle-aged urban dwellers. *Archives of Public Health*, 73(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0081-0>
- Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E. ve Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 267-274. <https://bakirkoymedj.org/pdf/580eb5e7-1480-44a6-9404-b8b7446acbc/articles/BTDMJB.20170328092601/BTD-14-267-En.pdf>
- Kolcu, M. ve Ergün, A. (2016). Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 234-241. <https://doi.org/10.17681/hsp.23573>
- Köseoğlu Örnek, Ö. ve Kürklü, A. (2017). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz etkililik-yeterlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(3), 207-217. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-universite-ogrencilerinin-saglikli-yasam-bicimi-davranislari-oz-etkililik-yeterlilik-duzeyleri-ve-etkileyen-faktorler-77867.html>
- Kurnaz, D. ve Ergin, D. (2020). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 20-31. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/53016>
- Marconcin, P., Ihle, A., Werneck, A. O., Gouveia, E. R., Ferrari, G., Peralta, M. ve Marques, A. (2021). The Association of Healthy Lifestyle Behaviors with Overweight and Obesity among Older Adults from 21 Countries. *Nutrients*, 13(2), 315. <https://doi.org/10.3390/nu13020315>
- Mansur, F. ve Ülke, R. (2022). Sağlık Okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 127-138. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/69083/971204>
- Mert, A. (2024). 65 yaş üstü bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kırılabilirlik ilişkisi. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/5129>
- Mills, K. T., Stefanescu, A. ve He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237. <https://www.nature.com/articles/s41581-019-0244-2>
- Okur, E., Evcimen, H. ve Şentürk, A. Y. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24. <https://doi.org/10.17942/sted.1257678>
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N. ve Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, 43(2), 99-107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31825114/>
- Onat, A., Türkmen, S., Karabulut, A. ve Can, G. (2004). Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. *Archives of the Turkish*

- Öksüz, E. (2004). Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sted*, 13(3), 99-104. <https://www.ttb.org.tr/sted/sted0304/hipertansiyon.pdf>
- Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H. ve Karakuş, E. (2020). Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 18(1), 10-25. <https://doi.org/10.20518/tjph.555354>
- Özen, İ. K. ve Ersin, F. (2024). Hipertansiyon tanısı alan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve ilaç uyumu öz yeterlilik düzeylerinin incelenmesi. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 138-156. <http://dx.doi.org/10.29228/lnursing.74072>
- Özkan, Ö. P., Büyükcinal, S. K., Yiğit, Z., İnci, Y., Şakar, F. Ş. ve Ersü, D. Ö. (2019). Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 22-31. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.407399>
- Polat, Ü. ve Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/72027>
- Çakır, B., & Altay, S. (2022). Sekonder Hipertansiyon (10. Bs). Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu HT Bülteni, 1-4. <https://tkd.org.tr/htbulteni/?makale=22>
- Sarıhan, Ö. (2024). *Hipertansiyon tanılı hastaların kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi/The evaluation of cardiovascular disease risk knowledge levels and health development behaviors of patients with hypertension diagnosis* (No. 641763). [Uzmanlık tezi, Avrasya Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Sarıyar, Ö. (2023). Hipertansiyonu olan bireylerde kardiyovasküler risk ve öz etkililik düzeyinin risk farkındalığına etkisi/ *The effect of cardiovascular risk and self efficiency level on risk awareness in individuals with hypertension* (No. 827118). [Uzmanlık tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Savaşan, A., Ayten, M. ve Ergene, O. (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1),1-6. <https://phdergi.org/jvi.aspx?un=PHD-07279>
- Savucu, Y. (2020). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 34-43. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1116906>
- Sezgin, D. ve Mert, H. (2018). Sürekli intravenöz prostasiklin tedavisi alan pulmoner arteriyel hipertansiyon hastalarının hemşirelik bakımı ve eğitimi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(20), 89-95. <https://khd.tkd.org.tr/jvi.aspx?un=KVHD-74745&volume=9&issue=20>

- Sezgin, Ö. ve Uskun, E. (2021). Bir sanayi sitesinde küçük ölçekli işyerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 5(3), 236-247. <https://doi.org/10.34084/bshr.1008163>
- Soykan, H. (2020). *Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi* (No. 664487). [Uzmanlık tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Sözmen, K., Ergör, G. ve Ünal, B. (2015). Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-207. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2015.02.0558>
- Süt, N. (2011). Sample size determination and power analysis in clinical trials. *RAED Journal*, 3(1-2):29-33. <https://www.raeddergisi.org/articles/sample-size-determination-and-power-analysis-in-clinical-trials/doi/raed.11.005>
- Şamdanlı, Ş. ve Muz, G. (2022). *Hipertansiyon tanısı almış bireylerin hastalıkları ile ilgili internet kullanım durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi* (No. 723410). [Uzmanlık tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Tad, S. İ. ve Çırpan, R. (2021). *Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisi* (No. 712465). [Uzmanlık tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Tam, H. L., Wong, E. M. L. ve Cheung, K. (2020). Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients: an integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2513. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272601/>
- Tamin, İ. N. (2022). *Trakya Üniversitesi'nin merkez ilçedeki birimlerinde çalışan personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki* (Yayın No: 744518). [Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Temel, A. B. ve Çimen, Z. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/33737/332345>
- Toper, F. ve Özpolat, A. O. (2023). Yaşlılıkta yaşam kalitesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 341-351. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1180618>
- Tuğut, N., Yılmaz, A. ve Çelik, B. Y. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 120-128. <https://doi.org/10.51754/cusbed.911936>

- Türkiye İstatistik Kurumu* [TÜİK]. (2025, 13 Mart). İstatistiklerle yaşlılar. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079&utm\\_source](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079&utm_source)
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2022. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 6. Baskı, 1-79. Ankara: TEMĐ Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu (Gözden geçirilmiş çevrimiçi yayın). <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>
- Ünal, S. N. (2021). *Yaşlıların yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve başarılı yaşlanma düzeylerinin incelenmesi üzerine bir araştırma: Konya ili örneği* (No. 676214). [Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Ünsar, S., Özdemir, Ö. ve Yenici Bulut, E. (2019). Pulmoner hipertansiyon ve hemşirelik bakımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21): 17–24. <http://acikerisim.kirklareli.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.11857/918>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, D. C., Depalma, D. S., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., Maclaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbigele, B., Smith S. C., Spencer, K. C., Stafford, R. S., Taler, S. J. Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). *2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension*, 71(6), e13–e115. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D., Koka, A., Simone, A., Dominikzak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S., Kreutz, R., Laurent, S., ... Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy686>
- Yakut, H. ve Özel, C. B. (2023). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve egzersiz algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(3), 177-188. <https://doi.org/10.17942/sted.1257678>
- Yalman, F. ve Tosun, N. (2021). Determining the Effect of Health Literacy on Healthy Lifestyle and Rational Drug Use by Path Analysis. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(3), 78–86. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tfsd/issue/65204/984029>
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, S. (2011). Hipotez testi, güven aralığı, etki büyüklüğü ve merkezi olmayan olasılık dağılımları üzerine. *İlköğretim Online*, 10, 1112-1123. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ilkonline/issue/8591/106798>

- Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315. <https://dergipark.org.tr/en/pub/esbder/issue/66433/981951>
- Yorulmaz, R. ve Erdem, R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 57-74. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/62190/930558>
- Yulu, N. (2020). *Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (No. 621820). [Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Zehirlioğlu, L. ve Mert, H. (2019). Kronik hastalıklara yeni yaklaşım: Yaşam tarzı tıbbı. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 341-350. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.507496>
- Zhang, Q., Huang, F., Zhang, L., Li, S. ve Zhang, J. (2021). The effect of high blood pressure-health literacy, self-management behavior, self-efficacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of China: a structural equation model. *BMC Public Health*, 21(1), 1114. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11129-5>
- Zungur, M. ve Yıldız, A. (2004). Hipertansif hastaya yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(8), 297-303. <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0804/hipertansif.pdf>

## EKLER

### EK 1: TURNİTİN RAPORU

19.06.2025

ORJİNALLİK RAPORU

% **15**  
BENZERLİK ENDEKSİ

% **11**  
İNTERNET KAYNAKLARI

% **10**  
YAYINLAR

% **10**  
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1		%2
2		%2
3		%2
4		%1
5		%1
6		%1

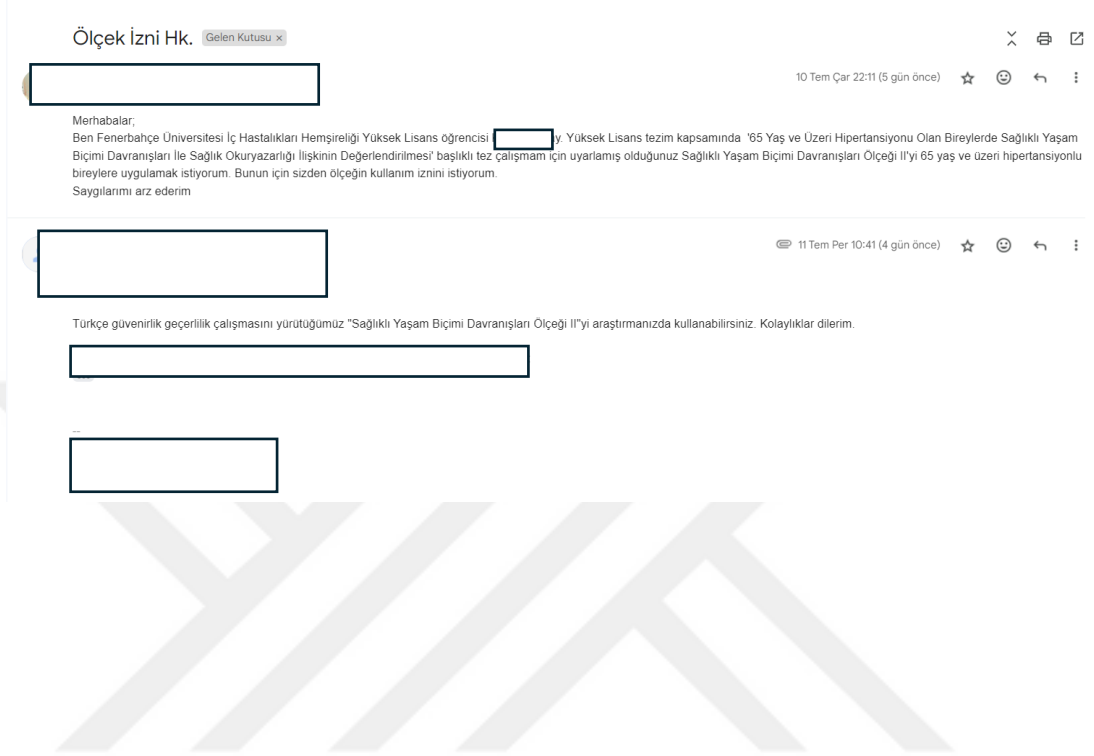
## EK 2: ETİK KURUL İZİNİ



### FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAY FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>PROTOKOL NO</b>	92.2024fbu		
	<b>ARAŞTIRMANIN ADI</b> Türkçe / İngilizce	65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi Evaluation of The Relationship Between Healthy Lifestyle Behaviours and Health Literacy in Individuals Aged 65 Years and over with Hypertension		
	<b>YÜRÜTÜCÜ UNVANI/ ADI</b>			
	<b>ARAŞTIRMACILAR</b>			
	<b>ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	Fenerbahçe Üniversitesi		
	<b>TARİH</b>	06.08.2024		
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için kurulumuzca onaylanmasına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. Onay sonrasında çalışmada yapılacak her türlü (katılımcı, başlık, protokol vb.) değişikliklerin Etik Kurula bildirilmesi ve çalışmanın onayının yenilenmesi gerekmektedir.			
<b>KURUL ÇALIŞMA ESASI</b>	Bilimsel araştırmalarda kullanılan yöntem ve materyaller ile ilgili etik standartları gözetmek, etik ilkeler doğrultusunda görüş bildirmek, araştırma önerilerini incelemektir.			
<b>ÜYELER</b>				
<b>Unvanı/ Adı/ Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Dalı</b>	<b>Kurumu/EK Üyeliği</b>	<b>Onaylanan Araştırma ile İlişkisi</b>	<b>İmza</b>
	Farmakoloji	FBÜ Eczacılık Fakültesi (Başkan)	Yok	
	Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği	FBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Beslenme ve Diyetetik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Ebelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Hemşirelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	FBÜ Sağlık Hizmetleri MYO (Raportör)	Yok	
Hukuk	Serbest Avukat	Yok		

## EK 3: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Ölçek Hk. Gelen Kutusu x



[Redacted]

Fenerbahçe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi [Redacted] Yüksek Lisans tezim kapsamında '65 Yaş ve Üzeri Hipertan

15 Tem 2024 18:17 (9 gün önce) ☆

[Redacted]

20 Tem 2024 16:27 (4 gün önce) ☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın [Redacted]

Uzman [Redacted] ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye [Redacted] sayısında ulaşabilirsiniz. Ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır. Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim.

[Redacted]

15 Tem 2024 Pzt, 18:18 tarihinde şunu yazdı:

...

## EK 4: KURUM İZİNİ

# MEDICANA SAĞLIK GRUBU

11.09.2024

### MEDICANA KADIKÖY HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNCE,

Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı tez danışmanı [ ] ve öğrenci [ ] tarafından; Mediana Sağlık Grubu Kadıköy Hastanesi'nde kardiyoloji polikliniğine başvuran ve yatan hasta servislerinde tedavi gören 65 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan tüm hastalar ile "65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasının yapılması uygundur.

Ek: Bilgilendirilmiş Onam Formu  
Veri Toplama Araçları



**Mediana Kadıköy Hastanesi**  
Zühtüpaşa Mahallesi, Recep Peker Caddesi,  
No.11 Kadıköy / İSTANBUL  
T. +90 216 970 4 970  
www.mediana.com.tr

## EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

### Araştırmanın Adı: 65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma ile “65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi” amaçlanmıştır. Araştırma için Fenerbahçe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Araştırmaya sizin dışınızda 108 kişi katılacaktır. Sizden bu çalışmada anket ve ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu işlem 25 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı istemezseniz burada size verilen hizmet olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmeyecektir. Gerekli gördüğü takdirde araştırmanın herhangi bir kısmında katılımcı araştırmadan çıkabilir, araştırmacı çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya

e-posta adresi veya  /  
 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

**İmza/Tarih**

**İmza/Tarih**

**Katılımcının Adı Soyadı**

**Sorumlu  
Araştırmacının Adı Soyadı**

## EK 6: HASTA TANILAMA FORMU

### A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz?  Kadın  Erkek

2. Yaşınız? .....

3. Kilosunuz.....kg? Boyunuz.....cm? BKİ.....

4. Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil  Okur yazar  İlköğretim mezunu

Lise mezunu  Üniversite mezunu  Lisans üstü

5. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

Gelirim giderimden az  Gelirim giderime denk  Gelirim giderimden fazla

6. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?  İl  İlçe  Köy

7. Sağlık sigortanız var mı?  Var  Yok

### B. Hastanın Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

8. Ailenizde hipertansiyon tanısı olan var mı?

Evet (Yakınlığı).....  Hayır

9. Hipertansiyon tanısını aldığınız süre (yıl):

0-5 yıl  6-10 yıl  11-24 yıl  25 yıl ve üzeri

10. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet.....paket / yıl  Hayır  Bıraktım.....süre

11. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet.....miktar / yıl  Hayır  Bıraktım.....süre

12. Kan basıncı değerinizi biliyor musunuz?  Evet (KB değeri) ...  Hayır

13. Hipertansiyon nedeniyle düzenli sağlık kontrolüne gidiyor musunuz?

Evet (Sıklığı) .....  Hayır

14. Hipertansiyonun hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

15. Yaşam biçimi davranışlarınızın (beslenme, fiziksel hareket, alışkanlıklarınız vb.) kan basıncınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

## EK 7: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

No	Çok kolaydan çok zora doru değerlendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	5. Hiç zorluk çekmiyorum	4. Az zorluk çekiyorum	3. Biraz zorluk çekiyorum	2.Çok zorluk çekiyorum	1.Yapamayacak durumdayım
1	Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2	Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3	Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4	Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5	Sağlıklı yiyecekleri ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
6	İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7	Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8	Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlama broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9	Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10	Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11	Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12	Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					

13	Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14	Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15	Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16	Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17	Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18	Sağlık personel, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19	Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20	Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
21	Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22	Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli ara kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23	Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24	Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25	Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

**EK 8: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 2**

NO		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				

24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	ilahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :

GSM / e-posta :

### Eğitim Durumu

Önlisans / lisans : Celal Bayar Üniversitesi/ Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik

Yüksek lisans :

Doktora / sanatta yeterlik:

### İş Deneyimi

1. Acıbadem Sağlık Grubu
2. Yeditepe Üniversite Hastaneleri
3. Lokman Hekim Sağlık Grubu
4. Medicana Sağlık Grubu