

Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler

Treatment-control situations and behavioral factors on hypertensives over 35 years of age at Park Health Center region

Meltem Çöl, Oya Özdemir, M. Esin Ocaktan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Hipertansiyon tüm dünyada halk sağlığı açısından öncelik taşıyan bir sağlık sorunudur. Hipertansif hastalarda erken tanı, uygun tedavi, kontrol ve yaşam biçimi ile ilgili davranışlar hastalığın korunma kadar önemlidir. Bu çalışmada, Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü, daha önceden tanı almış hipertansiflerde hastalığın seyrini etkileyebilecek tedavi ve kontrol durumlarını belirlemek ve davranışsal faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Araştırma Bölgesi olan Park Sağlık Ocağı Bölgesinde yürütülmüştür. Bölgede 35 yaş üzeri, hipertansiyon tanısı almış 760 kişi arasından rasgele örnekleme ile 450 kişi seçilmiş ve bunların 439'una ulaşılmıştır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörleri yüz yüze görüşme ile belirlenmiş; kan basıncı, boy-kilo ölçümleri yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde ki kare ve lojistik regresyon analizi testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubundaki hipertansiflerin yaş ortalaması 59.7 yıldır. Düzenli kontrole giden hipertansiflerin oranı %41.8 olup, kontrol için en çok sağlık ocağına başvurumaktadırlar(%24.1). Düzenli ilaç kullanımı %74.5, en sık kullanılan ilaç grubu ACE inhibitörleridir. Ölçümlerimizde 439 hastanın 78'inin (%17.8) sistolik ve diyastolik kan basınçları normal bulunmuştur. Katılımcıların %54.6'sı hiç fizik egzersiz yapmaz iken, %13.2'si sigara, %2.5'u alkol kullanmakta; %56.4'ü obez olup, %31.9'unda diyabet bulunmaktadır. En çok değiştirilen yaşam biçimi faktörü diyetle tuz kısıtlanmasıdır (%47.8). Lojistik regresyon analizinde, yaş kan basıncı üzerinde etkili bir faktör olarak bulunmuştur.

Sonuç: Araştırma grubunda, hipertansiflerin tedavi-kontrol durumları düşük, obezite ve sigara kullanım oranları yüksek, yaşam biçimi ile ilgili davranış değişiklikleri yetersizdir. Toplumda hipertansiflere yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: *davranışsal faktör, hipertansiyon kontrolü, hipertansiyon tedavisi*

Aim: Hypertension is an important health problem in terms of public health priorities in all over the world. Early diagnose, suitable treatment, control and life style behaviours are very important in hypertensive patients as well as prevention of disease. In this study, it is aimed to determine the status of control and treatment and to evaluate behavioral factors can affect progress of disease on hypertensives who are diagnosed previously, over 35 years of age in Park Health Center Region.

Material and Methods: This cross-sectional study is conducted in Park Health Center Region which is Ankara University School of Medicine Public Health Department's research area. Among the 760 diagnosed hypertensive persons being over 35 years of age 450 persons were selected randomly and 439 of those were reached in the region. Patient's sociodemographic characteristics, their treatment- control situations and behavioral factors were determined by face to face interview and blood pressure, weight-height measurements were taken. Chi square and logistic regression analyses were used for statistical analyses.

Results: Mean age of hypertensives was 59.7 years. The rate of the hypertensives undergo control orderly was 41.8% and, patients mostly applied to primary health care center for their controls (%24.1). The percentage of regular drug use was 74.5 % and, the most used drug group was ACE inhibitors. Of 439 patients 78 (%17.8) had a controlled systolic and diastolic blood pressure in our measurements. 54.6 % of participants were never doing physical exercises, 13.2 % of them have been smoked, 2.5 % of them were taking alcohol and, obesity rate of them was 56.4% and, 31.9% had Diabetes Mellitus. The most modified life style factor was restricting salt in diet (47.8%). Age was effective factor on blood pressure level by using logistic regression analyse.

Conclusion: Treatment -control rates were low, obesity and smoking rates were very high and exercise and other life style factors modifications were insufficient in study group. Necessary measures should be taken directed to the hypertensives in the community.

Key words: *behavioral factors, control of hypertension, treatment of hypertension*

9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde (3-6 Kasım 2004) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 06.09.2006 • Kabul tarihi: 11.12.2006

Yazışma adresi

Uz. Dr. M. Esin Ocaktan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Münzeviler sok. No:1 Akdere-Ankara
Tel : (312) 363 89 90/133
E-posta adresi : esin_ocaktan@yahoo.com

Giriş ve Amaç

Hipertansiyon tüm dünyada önemli düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açması yanı sıra, önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir hastalık olması nedeniyle halk sağlığı yönünden öncelik taşıyan kronik bir hastalıktır. Hipertansiyonda tedavi ve kontrollerin düzenli olması hipertansiyonun sonuçlarını, komplikasyonlarını büyük ölçüde engeller. Hipertansiyon hastalarının önemli bir bölümünün hastalığının farkında olmadığı ve tanı almadığı, tanı almış olanların da büyük ölçüde düzenli tedavi ve kontrol altında olmadıkları bilinmektedir (1,2). Hipertansiyon ve onunla ilişkili kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde geleneksel yaklaşım ilaç tedavisine odaklanmakla birlikte, ilaç dışı tedavi ya da yaşam şekli değişiklikleri, bazı vakalarda tedavi biçimi ya da ilaç tedavisinin tamamlayıcısı olarak, aynı zamanda kardiyovasküler hastalık riskini de azaltan bir yaklaşım olarak büyük öneme sahiptir.

Bu çalışmada, Park Sağlık Ocağı bölgesindeki daha önce tanı almış 35 yaş üzeri hipertansiyonluların kontrol ve tedavi durumlarının belirlenmesi ve hastalığın seyrini etkileyebilecek davranışsal faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın Eğitim-Araştırma Bölgesi olan Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 2001 yılında yürütülmüştür. Araştırmanın amacı; hipertansiyon tanısı almış olanların kontrol-tedavi durumlarını ve davranışsal faktörlerini değerlendirmek olduğu için, bölgede daha önce hipertansiyon tanısı almış olan ve sağlık evi görevlilerinin kayıtlarında hipertansif olarak yer alan 35 yaş üstü toplam 760 kişi çalışma evrenini oluşturmuştur. Bu kişilerden rasgele örnekleme ile 450 kişi seçilmiştir (Türkiye'de yapılan daha önceki çalışmalara dayanarak, tedavi alma oranı % 70, kan basıncının kontrol altında olma oranı %20 (3) kabul edilerek, her iki durum için örneklem hacmi sırasıyla en az 227 ve 186 olarak hesaplanmıştır). Çalışma sırasında örnekleme seçilen kişilerin 439'una ulaşılmıştır. Kesitsel tipteki bu saha çalışmasında, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yanısıra, düzenli kontrol durumları, kontrol için başvurdukları yerler, tedavi alma durumları, kullandıkları ilaçlar ve yaşam şekli ile ilgili faktörler yüzyüze anket doldurularak belirlenmiş, ayrıca kan basıncı, boy-ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Kan basıncının kontrol altında olma durumu, yapılan ölçümlere göre sistolik 140 mmHg ve diyastolik 90 mmHg sınırı alınarak belirlenmiş, bu değerlerin altındaki değerler normal olarak kabul edilmiştir (4). Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30 ve üzerinde olanlar obez kabul edilmiştir. Çeşitli değişkenlerin ölçüm sırasında bulunan kan basın-

Tablo 1. Araştırma grubundaki hipertansiflerin bazı sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş(yıl)		
49 ve altı	87	19.8
50-59	112	25.5
60-69	151	34.4
70 ve üzeri	89	20.3
Cinsiyet		
Erkek	84	19.1
Kadın	355	80.9
Medeni durum		
Evli	316	72.0
Bekar /dul/eşi ölmüş	123	28.0
Eğitim durumu		
OYD-OY	188	42.8
İlkokul	180	41.0
Orta ve üzeri	71	16.2
Çalışma Durumu		
Ev Hanımı	322	73.3
Emekli	83	19.0
Çalışan	34	7.7
Konut		
Apartman	339	77.2
Gecekondu	100	22.8
Toplam	439	100.0

Tablo 2. Araştırma grubunun ölçüm sırasında kan basıncı, tanı zamanı, tedavi alma ve kontrol durumları

Faktörler	n	%
Ölçüm sırasında kan basıncı değeri		
Normal (<90/140 mmHg)	78	17.8
Yüksek	361	82.2
Hipertansiyon tanısı alma zamanı (yıl önce)		
0-4	153	34.9
5-9	106	24.1
≥10	180	41.0
Halen Tedavi Alma Durumu		
Düzenli ilaç kullanımı	327	74.5
İlaçsız tedavi	14	3.2
Düzensiz ilaç kullanımı	35	8.0
Tedavi almayan	63	14.3
Düzenli Kontrole Gitme Durumu		
Evet	183	41.8
Hayır	203	46.3
Diğer (sadece ölçüm, reçete vb)	53	11.9
Toplam	439	100.0

Tablo 3. Araştırma grubunda DM, BKİ ve hipertansiyona etkili bazı davranışsal faktörlerin dağılımı

Etkili Faktörler	n	%
Egzersiz		
Yok	238	54.2
Hafif	110	25.6
Orta	89	20.2
Sigara		
Halen kullanıyor	58	13.2
Bırakmış	59	13.5
Kullanmamış	322	73.3
Alkol		
Halen kullanıyor	11	2.5
Bırakmış	16	3.7
Kullanmamış	412	93.8
Diabet		
Var	140	31.9
Yok	299	68.1
BKİ		
25'in altı	40	9.1
25-29.9	151	34.5
30 ve üzeri	248	56.4
Toplam	439	100.0

Tablo 4. Araştırma grubunda hipertansiyon nedeniyle uygulanan yaşam biçimi değişikliklerinin dağılımı* (n=312)

Yaşam değişiklikleri	n	%
Tuz kısıtlama	210	47.8
Şeker kısıtlama	109	24.8
Yağ kısıtlama	63	14.4
Genel olarak az yeme	39	8.9
Yürüyüş	26	5.9
Sebze ağırlıklı yeme	22	5.0
Sıvı yağ kullanma	14	3.2

*Araştırma grubunda birden fazla maddeyi uygulayanlar vardır

cı düzeyi üzerine etkisi ki-kare ve lojistik regresyon analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma grubunda yer alan daha önce hipertansiyon tanısı almış 439 kişinin yaş ortalaması 59.7±11.09 yıldır (min: 35, maks: 90). Bu grubun bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiş olup, yaş gruplarına göre bakıldığında, grupta en büyük payı 60-69 yaş arası kişiler oluşturmaktadır (%34.4). Çalışma grubunun %80.9'unu kadınlar, %72'sini halen evli olanlar, %42.8'ini hiç ögre-

nim görmeyenler, %73'ünü ev hanımları, %22.8'ini gece-konduda oturanlar oluşturmaktadır.

Araştırma sırasındaki ölçüm sonuçlarına göre, kan basıncı normal bulunanlar %17.8, yüksek bulunanlar ise %82.2 oranındadır. Gruptaki tüm hipertansifler, ortalama 8.78±7.19 yıl önce tanı almış olup, hipertansiflerin %41'inde tanı almanın üzerinden 10 yıl ve daha fazla zaman geçmiştir. İlaçlarını düzenli kullandığını belirtenler grubun %74.5'i iken, düzenli kontrole gidenlerin yüzdesi 41.8'dir (Tablo 2). Kontrol amaçlı en çok başvurulan sağlık kuruluşları sırasıyla Sağlık Ocağı (%24.1), SSK Hastaneleri (%20.3), Üniversite Hastaneleri (%11.6) ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri (%11.1)'dir. Tek ilaçlı tedavide kullanılan ilaçlar arasında ACE inhibitörleri (%16.6), kalsiyum kanal blokerleri (%13.4) ve diüretiklerin (%10.7) kullanımı ilk üç sırayı alırken, kombine ilaç tedavisinde en sık oranda ACE inhibitörü - Diüretik kullanımına (% 6.8) rastlanmıştır.

Tablo 3, hastalarda hipertansiyonun seyrini ve sonuçlarını etkileyebilecek bazı faktörlerin dağılımını göstermektedir. Hipertansiflerin %54.2'sinin egzersiz yapmadığı, %13.3'ünün sigara kullandığı, %2.5'unun da alkol kullandığı görülmüştür. Ayrıca, hipertansiflerden 140 kişi (%31.9) 7'si Tip I, 133'ü Tip II olmak üzere diyabetiktir. BKİ temel alındığında obez bulunanların oranı %56.4'dür.

Hipertansiflerin %71.1'i (312 kişi) hastalıkları nedeniyle yaşam şeklinde, alışkanlıklarında değişiklikler yaptığını belirtmiştir. En fazla uygulandığı belirtilen değişikliğin tuz kısıtlaması (%47.8) olduğu, daha az oranlarda şeker kısıtlaması, yağ kısıtlaması, genel olarak az yeme, yürüyüş yapma, sebze ağırlıklı yeme ve sıvı yağ kullanımına geçiş gibi değişiklikler yapıldığı bildirilmiştir (Tablo 4).

Araştırmada ölçüm sırasındaki kan basıncı durumu ile çeşitli sosyo-demografik özelliklerin ve hipertansiyona etkili diğer faktörlerin ilişkisi tek değişkenli analiz ile değerlendirilmiştir. Buna göre yaş arttıkça kan basıncı düzeyi yüksek olanların oranlarının arttığı görülmüştür (p<0.001). Eğitim düzeyi düşük olduğunda da kan basıncı yüksek bulunanların oranı artmış, ancak istatistiksel fark sınırda kalmıştır (p=0.051). Sigara kullanım durumu, BKİ değerleri, tedavi şekli ilişkili bulunurken, diğer faktörler ile ilişki çıkmamıştır (Tablo 5). BKİ 30 ve üzeri olanlarda ve düzensiz ilaç kullananlarda ölçüm sırasında kan basıncı daha yüksek bulunmuştur. Sigara kullanımı ile kan basıncı durumu ilişkisi değerlendirildiğinde ise hiç içmemişlerde kan basıncı daha yüksektir.

Tek yönlü analizlerde kan basıncı durumu üzerine istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu görülen tüm faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde, sadece yaş artışının etkisi önemli bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 5. Araştırma grubunun bazı sosyo-demografik özellikler ve diğer etkili faktörlere göre ölçümde kan basıncı durumları

Sosyo-demografik faktörler	Ölçümde Kan Basıncı Değeri				X ² p
	Normal		Yüksek		
	n	%	n	%	
Yaş					
49 ve altı	29	33.3	58	66.7	X ² =19.805 P<0.001
50-59	20	17.9	92	82.1	
60-69	19	12.6	132	87.4	
70 ve üzeri	10	11.2	79	88.8	
Cinsiyet					
Erkek	13	15.5	71	84.5	X ² =0.373 P=0.541
Kadın	65	18.3	290	81.7	
Medeni durum					
Evlü	62	19.6	254	80.4	X ² =2.649 P=0.104
Bekar /dul/eşi ölmüş	16	13.0	107	84.6	
Eğitim durumu					
OYD-OY	26	13.8	162	86.2	X ² =5.965 P=0.051
İlkokul	33	18.3	147	81.7	
Orta ve üzeri	19	26.8	52	73.2	
Çalışma Durumu					
Ev Hanımı	56	17.4	266	82.6	X ² =2.045 P=0.360
Emekli	13	15.7	70	84.3	
Çalışan	9	26.5	25	73.5	
Konut					
Apartman	64	18.9	275	81.1	X ² =1.258 P=0.262
Gecekondu	14	14.0	86	86.0	
Egzersiz					
Yok	50	20.9	189	79.1	X ² =4.408 P=0.110
Nadir	10	11.2	79	88.8	
Orta	18	16.2	93	83.8	
Sigara					
Kullanıyor/bırakmış	31	26.5	86	73.5	X ² =8.317 P=0.004
Hiç kullanmamış	47	14.6	275	85.4	
Alkol					
Kullanıyor/bırakmış	5	18.5	22	81.5	X ² =0.011 P=0.916
Hiç kullanmamış	73	17.7	339	82.3	
BKİ					
25'in altı	9	20.5	35	79.5	X ² =11.933 P=0.003
25-29,9	39	25.8	112	74.2	
30 ve üzeri	30	12.3	214	87.7	
Diyabet					
Var	29	20.7	111	79.3	X ² =1.222 P=0.269
Yok	49	16.4	250	83.6	
Tedavi durumları					
Düzenli ilaç kullanımı	52	15.9	275	84.1	X ² =10.924 P=0.012
İlaçsız tedavi	5	35.7	9	64.3	
Düzensiz ilaç kullanımı	3	8.6	32	91.4	
Tedavi almayan	18	28.6	45	71.4	
Düzenli kontrol durumu					
Evet	27	14.8	156	85.2	X ² =1.951 P=0.163
Hayır	51	19.9	205	80.1	
Yaşam biçimi değişikliği					
Evet	54	17.3	258	82.7	X ² =0.156 P=0.693
Hayır	24	18.9	103	81.1	
Tanı zamanı(yıl)					
0-4	33	21.6	120	78.4	X ² =4.238 P=0.120
5-9	21	19.8	85	80.2	
10 yıl ve üzeri	24	13.3	156	86.7	
Toplam	78	17.8	361	82.2	

Tablo 6. Araştırma grubunda, kan basıncı durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Faktör	B	St. Hata	p	Odds Oranı	Odds için %95 G.A.	
					Alt sınır	Üst sınır
Yaş grubu						
49 ve altı				1,00		
50-59	0,672	0,366	0,067	1,95	0,95	4,01
60-69	1,148	0,372	0,002	3,15	1,52	6,53
70 ve üzeri	1,522	0,451	0,001	4,58	1,89	11,08
Eğitim Durumu						
Ortaokul ve üzeri				1,00		
İlkokul	0,233	0,358	0,516	1,26	0,62	2,54
OYD-OY	0,236	0,382	0,537	1,26	0,59	2,67
Sigara						
İçmemiş				1,00		
İçmiş-bırakmış	-0,490	0,290	0,091	0,61	0,34	1,08
Tedavi Durumu						
İlaçlı				1,00		
İlaçsız	-0,461	0,624	0,460	0,63	0,18	2,14
Düzensiz ilaç	1,050	0,645	0,104	2,85	0,80	10,12
Tedavi almayan	-0,345	0,350	0,325	0,70	0,35	1,40
BMI						
25'in altı				1,00		
25-29,9	-0,596	0,449	0,185	0,55	0,22	1,33
30 ve üzeri	0,459	0,458	0,317	1,58	0,64	3,88

Tartışma

Araştırma grubunu oluşturan Park Sağlık Ocağı bölgesinde daha önceden hipertansiyon tanısı almış 35 yaş üstü kişilerden, çalışmaya katılan 439 kişinin yaş ortalaması 59.7±11.09 yıl (min:35, max:90) olup, %19.1'i erkek, %80.9'u kadındır. Grup içinde kadınların yüzdesinin fazla olması, toplumda bu yaş grubunda yapılan çalışmalarda gösterildiği gibi, hipertansiyonun kadınlarda daha yüksek oranda olmasının yanı sıra, bölgedeki kadınların daha yüksek oranda hastalıklarının farkında olmasından, kayıtlarda daha çok yer almalarından ve daha ulaşılabilir olmalarından kaynaklanmaktadır (5-7). Tüm grubun %72'sini evliler, %42.8'ini hiç öğrenim görmeyenler, %73'ünü ev hanımları, %22.8'ini gecekondu oturanlar oluşturmaktadır. Bu bulgular bölgede yaşayan 35 yaş üzeri grubun genel özelliklerinden etkilenmektedir (Tablo 1).

Çalışma grubundaki hipertansifler ortalama 8.78±7.19 yıl önce tanı almıştır ve % 41'inde tanının üzerinden 10 yıl ve daha fazla zaman geçmiştir. Araştırma sırasındaki ölçümlerde kan basıncı normal bulunanlar %17.8, yüksek bulunanlar ise %82.2 orandadır. Bu bulgu başlı başına çalışma

grubunda, hipertansiyon kontrolünde ne denli yetersiz kaldığının bir göstergesidir. Amerika'da da Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması hipertansiflerin sadece %34'ünde kan basıncının 140/90 mmHg'dan daha düşük olduğunu göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha da düşük olduğu bilinmektedir (8). Kliniğe başvuran hipertansiflerin 3 ay izlendiği Afrika kökenli Amerikalılar üzerinde yapılan bir çalışmada kan basıncı kontrol altında olanların oranı %58 bulunmuştur (9). Mersin'deki bir saha araştırmasında bu oran %29'dur (10). Finlandiya'da 63 yaş altı hipertansiflerde yapılan bir başka çalışmada kan basıncı ölçümlerine göre hastaların ancak %10'unda hipertansiyon kontrolünün iyi olduğu saptanmıştır(11). Görüldüğü gibi, hem çalışma grubumuzda hem de çeşitli çalışmalarda incelenen farklı gruplarda kan basıncı kontrolü yetersizdir. Bu sorunun, toplumun yaşlanması, sosyoekonomik değişimler ve kentleşme ile beraber artması beklenen hipertansiyon prevalansına bağlı olarak, yeterli müdahalenin yapılamaması durumunda daha da önemli düzeylere gelmesi olasıdır.

Düzenli ilaç kullandığını belirtenler grubun % 74.5'ini oluşturmaktadır. Düzenli ilaç kullananların yüzdesinin yüksek olmasına karşın, bu kişilerin büyük kısmında kan basıncının normal seyretmemesi asıl önemli sorundur ve hastaların kontrollerinin düzenli yapılmadığını, ilaçların uygun olarak düzenlenmediğini göstermektedir. Bunun dışında, hipertansiyon tanısı olduğu halde düzensiz tedavi alan ya da hiç almayan önemli oranda hipertansif vardır. Mersin ilinde 65 yaş üzerinde yürütülen bir çalışmada ise önceden tanı almış grubun ancak %15.1'inin tedavi ve takip altında olduğu saptanmıştır (10). Diğer bazı çalışmalarda da hipertansiyonluların %50.8-%88.1'inin tedavi aldığı saptanmıştır (5,10). Türkiye'de hipertansiyonu olanların farkında olma oranı ve farkında olanların da düzenli kontrol ve tedavi altında bulunma oranlarını genel olarak yetersiz olduğu bilinmektedir (12). Bu sonuçlar komplikasyonlar ve mortalite yönünden önem gösteren hipertansiyonun yeterince dikkate alınmadığını göstermektedir. Bunun nedenleri arasında hastalığın semptomsuz seyrebilmesi, ilaçların yan etki ve maliyetleri, ilaç kullanmak istenmemesi, eğitimsizlik vb. pek çok faktör etkilidir (1). Hipertansiflerin yalnızca % 41.8'i düzenli kontrole gittiğini, %11.9'u ise sadece reçete yazdırmak amacıyla yada ara sıra kontrole gittiğini belirtmektedir. Araştırma grubunun yarısından fazlasının düzenli kan basıncı ölçtürmemesi ve tıbbi kontrolden geçmemesi yine hastalığa verilen önemin yetersizliğini yansıtmaktadır. Oysa, düzenli kan basıncı ölçümleri ve en az altı ay arayla bazı incelemelerin yapılması gerekli görülmektedir (13). Hastaların kontrol için en çok başvurduğu sağlık kuruluşları sırasıyla Sağlık Ocakları

(%24.1), SSK hastaneleri (%20.3), Üniversite hastaneleri (%11.6) ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleridir (%11.1). Hipertansiyon kontrolünde, tanı ve takip için birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımı beklenenden azdır ve bu durum hipertansiyon kontrolünde önemli bir engel olarak değerlendirilmelidir.

Tedavide kullanılan ilaçlar arasında en çok ACE inhibitörleri (%16.6), kombine tedavide ise ACE inhibitörü + Diüretikler (% 6.8) karşımıza çıkmıştır. İlk ilaç seçenekleri bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımı temelinde hastanın durumuna göre değişiklik gösterebilir. Hastaların kontrol eksikliğine bağlı olarak, tedavide ortaya çıkan yeni yaklaşımların yeterince uygulanmadığı, etkinliği artık sınırlı görülen bazı ilaçların hala kullanıldığı vakalar göze çarpmıştır. Yapılan çalışmalarda tedavide ilk seçenek ilaçlar, tek ilaçlı tedavi ve kombine ilaçlı tedavi seçenekleri ve sonuçları sıkça incelenmektedir. Örneğin, Afrika kökenli Amerikalılar üzerinde yürütülen bir çalışmada tiazid diüretiklerin kan basıncını düşürmede ve majör komplikasyonları önlemede ilk seçenek olması ya da çoklu tedavi rejimleri uygulandığında da mutlaka içerisinde yer alması gerektiği belirtilmiştir (14). İlaç seçerken dikkat edilmesi gereken nokta, kanıta dayalı tıp ve bireyselleştirilmiş yaklaşım kullanmak olmalıdır. İlaçsız tedavide de vaka seçimi ve hasta uyumu çok önemli olup, ancak takiplerle kesin kararlar verilebilir.

Hastalık seyrini olumsuz etkileyebilecek davranışsal faktörlerden egzersiz yapmama durumu %54.2, sigara kullanımı %13.2, bırakmış olanlarla birlikte %26.7, alkol kullanımı %2.5 oranında bulunmuştur. Bu faktörler hipertansiyonla birlikte bulunduğu daha da önem kazanmakta ve riskleri artırmaktadır. Çeşitli ülkelerde sigara kullanımı eğitilmiş kişilerde daha azdır. Egzersiz alışkanlığı da yüksek gelirli grupta daha yaygındır (15). Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu ilişkiler daha farklı seyredebilmektedir. Yine toplumda önemli bir komplikasyon ve mortalite nedeni diyabet, grubun %31.9'unda hipertansiyona eşlik etmektedir. Bu grup ortaya çıkan komplikasyon ve riskler açısından dikkatle ele alınmalıdır. BKİ değerine göre obez olanların payı %56.4' dür. İzmir'de 30 yaş üzeri nüfusta yapılan bir çalışmada BKİ 30'un üzerinde olma oranı erkeklerde %17.9, kadınlarda %38.4'dür (16). Hipertansiflerde bu çalışmada da görüldüğü gibi obezite oranları genel olarak daha yüksektir. Dünyada 300 milyonu obez olmak üzere bir milyardan fazla erişkin fazla ağırlıklıdır. Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde de obezite temel nedenlerden biridir (17). Diyet ve yaşam biçimi değişiklikleriyle yakından ilişkili olup, pek çok kronik hastalık için alta yatan risk faktörüdür. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik ve sosyal gelişimin erken safhasında diyet ve fizik aktivite örüntüsü büyük hızla değişmekte olduğundan

obezite yükü bu ülkelere doğru yer değiştirmekte, Türkiye de bu değişimlerden etkilenmektedir (18,19). Giderek yaygınlaşan bu sağlık sorunu ile başa çıkmada korunma en maliyet etkili yaklaşım olacaktır ve hipertansiyondan korunma ve kontrol açısından da gereklidir (20).

Araştırma grubunda, hastalık nedeniyle en fazla uygulandığı belirtilen yaşam değişikliği tuz kısıtlaması (%47.8) iken, grubun %28.9'u yaşamında hastalığı sonrasında herhangi bir değişiklik yapmamıştır. Çalışma grubunun belirttiği, hastalık nedeniyle yaptıkları diğer yaşam biçimi değişiklikleri sırasıyla az yemek, sebze ağırlıklı yemek, sıvı yağ kullanmak, az yağlı yemek, yürüyüş yapmaktır. Hipertansiyon kontrolünde ve kardiyovasküler hastalık riski azaltılmasında geleneksel ilaç tedavisi kadar, yaşam biçimi değişikliklerinin de önemi vurgulanmaktadır. Birçok çalışma, kilo kontrolü ve tuz kısıtlaması başta olmak üzere sebze ve meyveden zengin, doymuş yağlardan fakir diyetin kardiyovasküler yararlar sağladığını belirtmektedir (21). Ayrıca potasyum alımında artış, kalsiyum ve magnezyum alımı ile desteklenmesi, obezitenin kontrolü, fazla alkol alımından kaçınma, fizik egzersizi artırma da önerilmektedir (22-24). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmede, özellikle obezitenin kontrolünde sağlık hizmetlerinin, toplumun, yiyecek endüstrisinin ve medyanın rolü vardır (25). Bu nedenle ancak çok yönlü ve organize bir yaklaşımla toplumda bunu etkili ölçüde değiştirmek mümkün olabilir.

Araştırmada kan basıncı durumu ile çeşitli sosyo-demografik faktörler ve diğer bazı etkili faktörlerin ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre yaş arttıkça kan basıncı düzeyinin yüksek bulunduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Erişkin nüfusta ortalama %10-20 olan hipertansiyon prevalansının 50 yaş ve üzeri nüfusta %45-50'ye yükseldiği bilinmektedir (2). Buna ilaveten yaş arttıkça, tedaviye ve takiplere uyum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle etkili bir tedavi şeması, yaş ilerledikçe yeniden değerlendirilebilmelidir. Eğitim durumuna göre kan basıncı durumu değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi düşük olduğunda kan basıncı yüksek olma oranının arttığı dikkati çekmiş, ancak istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyi, yüksek kan basıncı ve kardiyovasküler hastalık mortalitesiyle doğrudan ilişkili bulunmuştur (24). Cinsiyet pek çok çalışmada hipertansiyon varlığı, farkında olma oranı ve kontrol durumunu çeşitli yönlerde etkilemekte iken (5-7), bu çalışmada kan basıncı durumu ile cinsiyet arasında bir ilişki kurulmamıştır. Diyabet varlığı durumunda kan basıncının yüksek bulunma oranı daha düşüktür, ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgu diya-

beti de olup, bunun farkında olan kişilerin tedaviye daha iyi uyum gösteriyor olması ile açıklanabilir.

Tek yönlü analizde kan basıncı yüksekliğinin sigara, BKİ ve tedavi şekli gibi çeşitli faktörlerle de ilişkili olduğu görüldü de, lojistik regresyon analizinde sadece yaş artışı kan basıncı durumu üzerine anlamlı düzeyde olumsuz etki yapmaktadır. Her ne kadar bu çalışmada tek yönlü analizde kan basıncı yüksekliği ile ilişkili gözüken BKİ çok yönlü analizde istatistiksel anlamlılık düzeyinde etki eden bir faktör olarak bulunmasa da, genel olarak kan basıncı üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bir çalışmada obezitenin eşlik ettiği hipertansiflerde, kan basıncı kontrolünde hedeflenen başarının daha az olduğu gösterilmiştir (26). Ayrıca BKİ'de artışın kan basıncı üzerine olumsuz etkisinin yaş artışı ile daha belirgin hale geldiği bildirilmektedir (27). Obezite mortalite yönünden kardiyovasküler sisteme çok büyük risk getirmekte olup, obezite tedavisi hipertansiflerde tedavinin bir parçası olarak ele alınmalıdır. Tek yönlü analize göre çalışma grubumuzda halen sigara kullanan ve bırakmış olanlar, hiç kullanmamış olanlara göre kan basıncı düzeyi yönünden daha iyi durumda gözükmektedir. Diğer bazı çalışmalarda elde edilen sonuçların ve hipotezlerimizin tersine çıkan bu durum, sigara kullanmakta olanların daha genç yaşta kişiler olmasıyla açıklanabilir. Nitekim lojistik regresyon analizi sonrası bu faktörün etkisi ortadan kaybolmuştur. Araştırmada, kan basıncı normal çıkanların en yüksek oranda olduğu grup ilaçsız tedavi alanlardır. Bunun nedeni bu grubun zaten daha hafif düzeyde hipertansiyonlu olmalarından kaynaklanabilir. Sonuçta, bütün bu incelenen faktörler içinde kan basıncı durumunu olumsuz etkileyen en önemli ve çok yönlü analizde istatistiksel olarak da ilişkili faktör yaş olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum mortaliteleri daha yüksek olan yaşlı hipertansiflerin daha dikkatle ele alınmalarını gerektirir.

Hipertansiyonda hastalığın seyrini etkileyebilecek pek çok faktör söz konusudur. Araştırma grubundaki hipertansiflerin çoğunda kan basınçlarının istenen düzeyde olmadığı görülmüş, kontrol ve tedavi oranları düşük olarak değerlendirilmiştir. Obezite, sigara kullanımı yüksek oranda, egzersiz ise yetersizdir. Sağlık kuruluşlarına başvuru ve davranış değişiklikleri beklenen düzeyde değildir. Özellikle yaşlı hipertansiflerde kan basıncı yüksek seyretmektedir. Konu ile ilgili topluma ve bireye yönelik yaklaşımlar geliştirilmelidir. Hipertansiyon hakkında hastaların ve toplumun korunma ve tedavi konusunda eğitimi, birinci basamağın bu açıdan işlevselleştirilmesi gerekli olup, hastaların düzenli olarak kontrolü ve değerlendirilmesi konusundaki yetersizlikler giderilmelidir.

Kaynaklar

1. Çöl M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. Ankara: Somgür Yayıncılık; Mart 1994.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı-I Hipertansiyon. Ankara: Onur Matbaacılık;2003.
3. Altun B, Arici M, Nergizoğlu M. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension* 2005;23:1817-1823.
4. Aram V, Chobanian, George L, Bakris, Henry R, Black et al. The seventh report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood ressure (JNC-VII). *JAMA* 2003;287:2560-2572.
5. Çöl M, Özyurda F. Park sağlık Ocağı Bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı. *Ank Üniv Tıp Fak Mecm* 1992;5:247-62.
6. Plasencia A, Ostfeld AM, Gruber SB. Effects of sex on differences in awareness, treatment, and control of high blood pressure. *Am J Prev Med* 1988;4:315-326.
7. He J, Muntner P, Chen J et al. Factors Associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med* 2002;162:1051-1058.
8. Erdine S, Aran SN. Current status of hypertension control around the world. *Clin Exp Hypertens* 2004;26:731-738.
9. Mc Nagny SE, Ahluwia JS, Clark WS. et al. Cigarette smoking and severe uncontrolled hypertension in innercity African Americans. *Am J Med* 1997;103:121-127.
10. Şaşmaz T, Buğdaycı R, Tezcan H. ve ark. Mersin ilinde 65 yaş ve üzerinde hipertansiyon, farkında olma, tedavi alma ve kontrol durumu: 14 Sağlık Ocağı bölgesinde 1143 kişiyi kapsayan bir prevalans çalışması. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı;23-28 Eylül 2002;Diyarbakır, Türkiye.
11. Kynas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Adv Nurs* 1999;29:832-839.
12. Bilir N. Hipertansiyonun Toplumsal Önemi ve Korunma. *Hipertansiyon Bülteni* 1992;2:55-58.
13. Chesney MA, Black GW. Behavioral treatment of borderline hypertension: an overview of results. *J Cardiovasc Pharmacol* 1986;8 Suppl: 57-63.
14. Wright JT Jr, Douglas J. *J.Clin Hypertens* 2003;(1suppl 1):18-25.
15. Stelmach W, Kaczmarczyk-Chalas K, Bielecki W. et al. The impact of income, education and health on lifestyle in a large urban population of Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 2004;17:393-401.
16. Kalın S, Değirmenci H. Kentsel bir bölgede Beden Kitle İndeksi ve Bel Kalça Oranları Yüksekliği Sorunlarının Sıklığı ve Kronik Hastalıklar ile İlişkileri. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı; 23-28 Eylül 2002;Diyarbakır, Türkiye.
17. WHO, World Health Organization, Facts relted to chronic diseases. Available at <http://www.who.int/dietphysical activity/publications/facts/chronic/en/print.html>The global strategy on diet, physical activity and health.
18. Caballero BJ. Introduction symposium: Obesity in developing countries: biological and ecological factors. *Nutr* 2001;131:866-870.
19. Popkin BM, Gordon Larsen P. The nutrition transition: World wide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28 Suppl 3:2-9.
20. Darnton-Hill I, Nishida C, James WP. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr* 2004;7:101-121.
21. Watson K, Jamerson K. Therapeutic lifestyle changes for hypertension and cardiovascular risk reduction. *J Clin Hypertens* 2003;5(1 suppl 1):32-37.
22. Davis MM, Jones DW. The role of lifestyle management in the overall treatment plan for prevention and management of hypertension. *Semin Nephrol* 2002;22:35-43.
23. Beilin LJ. Lifestyle and hypertension-an overview. *Clin Exp Hypertens* 1999;21:749-762.
24. Dressler WW. Education, lifestyle and arterial blood pressure. *J Psychosom Res* 34:515-523.
25. Grujic V, Martinov-Cvejin M, Ac-Nikolic E. et all. Epidemiology of obesity in adult population of Vojvodina. *Med Pregl* 2005;58:292-295.
26. Banegas JR, Segura J, Ruilope LM. et al. Blood pressure control and physician management of hypertension in hospital hypertension unit. *Hypertension* 2004;43:1338-1344.
27. Mufunda J, Mebrahtu G, Usman A. et al. The prevalence of hypertension and its relationship with obesity: result from a national blood pressure survey in Eritrea. *J Hum Hypertens* 2006;20:59-65.