

Birinci Basamağa Başvuran Bireylerde Hipertansiyon Risk Faktörleri

Hypertension Risk Factors of Individuals in Primary Care

Nuran Şahin¹, Pınar Döner Güner¹, Emre Dirican², Erhan Yengil¹, Cahit Özer¹

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Hatay

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Hatay

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda birinci basamağa başvuran bireylerdeki hipertansiyonun risk faktörlerinin belirlenmesi ve belirlenen faktörlere göre risk katsayılarının bulunması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte olan çalışmamızda 2016 yılının Mart ayı içerisinde bir aylık süre zarfında Serinyol, Karaali, Anayazı'daki Aile sağlığı merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hastalara hipertansiyon risk faktörlerini sorgulayan anket uygulandı. Anketler uygulandıktan sonra elde edilen veriler hipertansiyon ile ilişkili olduğu düşünülen risk faktörleri açısından değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 281 hastanın 104'ü (%37) hipertansiyonu olan ve 177'si (%63) hipertansiyonu olmayan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmamızda 65'i (%62,5) kadın 39'u (%37,5) erkek olan hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması 47.32 ± 17.41 'dir. Hipertansiyonu olmayan 101 (%57,1) kadın 76 (%42,9) erkek katılımcının yaş ortalaması 37.55 ± 13.97 'dir. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre hipertansiyon için risk faktörü olduğu belirlenen parametrelerle yapılan lojistik regresyon analizinde Beden Kitle İndeksi (BKİ) ($p=0.001$, OR:3.707), ek hastalık (diabetes mellitus, kalp hastalığı, kolesterol) varlığı ($p=0.002$, OR: 6.883) ailede hipertansiyon olması durumu ($p=0.001$, OR: 2.776), ilaç kullanımı ($p=0.545$), hastaların yürüyüş yapmaması ($p=0.844$), beslenme (yağlı-tuzlu) alışkanlığı ($p=0.001$, OR:1.615) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Hipertansiyon için bulunan risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve takip edilmesi kardiovasküler rahatsızlıkları, serebrovasküler rahatsızlıklar vb. gibi birçok hastalığın altında yatan etkenin önüne geçilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, risk faktörleri, lojistik modeller

ABSTRACT

Objective: The study was performed to determine the risk factors of hypertension in individuals who have been admitted to the primary purpose of the presence of risk factors and according to specified factors.

Methods: In this cross-sectional descriptive study all patients over 18 who admit to Serinyol, Karaali, Anayazı Family Health Centers within one-month period in March 2016 were asked to fill in a questionnaire on hypertension risk factors. The data obtained after administered questionnaires were evaluated risk factors thought to be associated with hypertension.

Results: Of the 281 patients evaluated, 104 (37%) were hypertensive and 177 (63%) were not hypertensive. In our study, 65 (62,5%) were female and 39 'u (37,5%) were male and the average age of 47.32 ± 17.41 hypertensive patients. 101 without hypertension (57,1%) were female and 76 (%42,9) were male, mean age of 37.55 ± 13.97 participants. Univariate analysis results according to the analysis of logistic regression performed with the parameters set to be a risk factor for hypertension, BKİ ($p = 0.001$, OR: 3.707), comorbidities (diabetes mellitus, heart disease, hypertension, cholesterol) assets ($p = 0.002$, OR: 6883) family has hypertension ($p = 0.001$, OR: 2776), use of medications ($p = 0.545$), not to make walking patients ($p = 0.844$), feeding (oil-salty) habits ($p = 0.001$, OR: 1.615), respectively.

Conclusion: Controlling and monitoring the risk factors for hypertension, cardiovascular diseases, cerebrovascular diseases, etc. It plays an important role in avoiding the underlying factor of many diseases such as.

Keywords: Primary care, logistic models, risk factors

Gönderme tarihi / Received: 18.10.2018

Kabul tarihi / Accepted: 21.12.2018

İletişim / Correspondence: Nuran Şahin, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Hatay

Tel.: +90 (532) 2283231 E-posta: dr.nuransahn@gmail.com

1. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT) dünyada en sık görülen kronik hastalıklar arasında yer almaktadır ve bu nedenle önemli bir sağlık sorunudur (1). Dünya genelinde erişkinlerde HT prevalansı %28 ile %67 arasında değişmektedir (2-3). Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) isimli çalışmada hipertansiyon prevalansı erkeklerde %37,7 kadınlarda %46,3 (toplamda %33,7) olarak belirlenmiştir (4). Hipertansiyon, özellikle serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, kalp ve böbrek yetmezliğinin gelişmesinde önemli bir etyolojik faktördür (5). Kan basıncı yükseldikçe bu rahatsızlıklara bağlı ölüm oranı artmaktadır. Hastaların risk faktörleri saptanarak, erken tanı ve tedavisi yapılarak ve gerekirse komplikasyonların önlenmesi amacıyla üst basamağa sevki yapılarak HT'ye bağlı morbidite ve mortalite oranı azaltılabilir (6).

Risk faktörlerine bakılırsa; Esansiyel (Primer) hipertansiyonda; beslenme alışkanlıkları, tuz tüketimi, obezite, sigara ve alkol kullanım durumu, fiziksel aktivite, psikososyal ve kültürel faktörler, genetik yatkınlık, dislipidemi, hiperinsülinemi, hiperürisemi, glukoz tolerans bozukluğu ile aile öyküsü gösterilmektedir (7). Sekonder HT de altta yatan organik bir patoloji bulunmaktadır.

Hipertansif hastaların önemli bir bölümü yeterli tedavi almamaktadır (8-9). Bu nedenle tüm dünyada boyutları giderek yükselen bu sağlık sorununa yönelik çabaların artırılması zorunlu görülmektedir. Literatür taramasına göre ülkemizde ve bölgede hipertansiyon risk faktörlerinin birinci basamakta prevalansına yönelik çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda birinci basamağa başvuran bireylerdeki hipertansiyonun sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı tipte olan çalışmamız için Mustafa Kemal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun onayı ve Hatay İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden izin alındı. Anket formu 18 yaş üstü birinci basamağa başvuran (gebe hastalar dahil) 281 kişiye uygulandı. Bu form hastanın sosyodemografik özelliklerini ve hipertansiyon risk faktörlerini içeren sorular içeriyordu. Toplam 24 sorudan oluşmaktaydı. 2016 yılının mart ayı içerisinde bir aylık süre zarfında, Serinyol, Karaali, Anayazı'daki Aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hastalara uygulandı. Anketler intörn hekimler ve asistan hekimler tarafından hasta ile yüz yüze görüşerek yapıldı. Çalışmamıza, okuma yazma bilmeyen, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve onam veremeyecek durumda psikolojik rahatsızlığı olan hastalar dahil edilmedi.

Anket formu uygulanan hastalara ayrıca ayak kabız olarak boyları ölçüldü, baskül ile ağırlıkları tartıldı ve üst koldan sfigmomanometre ile kan basınçları (KB) ölçüldü. KB ölçümünde deneklerin en az 10 dakika dinlenmiş olmasına dikkat edildi.

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunun görüşmecisi aracılığıyla hastalara doldurulmasıyla toplandı. Toplanan veriler %95 güvenle, SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Kullanılan bütün istatistiksel testlerin önemlilik sınırı 0,05 olarak belirlendi. Verilerin analizi için önce kayıp değerler incelendi. Çalışmanın sonuçlarını önemli ölçüde değiştirebilecek gözleme rastlanmadı. Çalışmada belirtilen demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Normallik kontrollerinden sonra parametrik Student-t testi, non-parametrik ki-kare testleri uygulandı. Hipertansiyon için risk faktörlerinin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı. Lojistik regresyon analizinde önce parametrelerin kategorileri dikkate alınmadan

daha sonra kategoriler arasındaki farklar da analize dahil edilerek model oluşturuldu.

3. BULGULAR

Değerlendirmeye alınan 281 hastanın 104'ü (%37) hipertansiyonu olan ve 177'si (%63) hipertansiyonu olmayan hastalardan oluşmaktadır. Katılımcıların 65'i (%62,5) kadın 39'u (%37,5) erkek olan hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması (yıl) 47.32 ± 17.41 idi. Hipertansiyonu olmayan 101 (%57,1) kadın 76 (%42,9) erkek katılımcının yaş ortalaması (yıl) 37.55 ± 13.97 idi. Hastaların 146'sı (%52) evli, 109'u (%38,8) bekar ve 26'sı (%9,3) ise boşanmış idi. Hastaların sistolik kan basıncı (SKB) kadın katılımcılarda ortalama $133,22 \pm 14,77$ mmHg, erkeklerde $123,52 \pm 18,40$ mmHG idi. Diyastolik kan basıncı (DKB) ortalama kadınlarda $84,10 \pm 9,10$ mmHg, erkeklerde $78,75 \pm 10,89$ mmHg olarak bulundu. Kadın ve erkek katılımcılar arasında ek hastalık, felç geçirme, görme kaybı, ilaç kullanımı, yürüyüş yapma ve beslenme oranları arasında fark olduğunu gösteren anlamlı bir bulguya rastlanılmadı ($p > 0.05$). Ancak kadın katılımcılarda horlamanın ve sigara kullanımı erkeklerle göre daha yüksek yüzdeye sahip olduğu görüldü (sırasıyla $p = 0.001$, $p = 0.003$). BKİ grupları için kadın erkek katılımcılar arasındaki farklılık aşırı kilolu grubundan kaynaklandığı bulundu ($p = 0.012$). Aşırı kilolu grup analizden çıkarıldığından kadın ve erkekler için beden kitle indekslerinde farklılık bulunmadı ($p = 0.999$) (Tablo 1).

Hipertansiyon ile ilişkili olacağını düşündüğümüz parametrelerin tek değişkenli analizi Tablo 2'de gösterilerek lojistik regresyon modeline dahil edilecek değişkenler belirlendi. Değişkenlerden önemliliği %25'in altında olanlar ($p < 0.025$) lojistik regresyon analizine dahil edildi. Bu belirleme kriterine göre modele dahil edilecek değişkenler; katılımcıların BKİ'si, ek hastalık durumu, ailede hipertansiyon öyküsü, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı, yürüyüş yapma durumu

ve beslenme alışkanlığıdır. Veriler lojistik regresyon analizinde değerlendirilirken değişkenlerin direkt olarak alt kategorilerine göre modele katkısı ve anlamlılığı değerlendirildi (Tablo 2).

Tablo 3'de lojistik regresyon metoduyla değerlendirilen (Enter Metot) değişkenlerin önem kontrolü ve risk katsayıları yer almaktadır. Lojistik regresyon analiz sonuçları için doğru sınıflama yüzdesi %87,7 olarak bulundu. Bulunan sonuçlara göre katılımcıların BKİ grupları hipertansiyon için anlamlı bulundu ($p = 0.001$, OR:3.707, CI:2.298-5.978). Ancak BKİ gruplarından hipertansiyon için öne çıkan bir kategori bulunmadı. Örneğin aşırı kilolu olma ile normal kilolu olma arasında hipertansiyon için risk teşkil etmesi bakımından farklılık gösterecek bir bulguya rastlanılmadı. Ayrıca obez kategorisinin OR güven sınırlarının çok geniş çıkmasının sebebi bu kategorinin diğer kategorilere göre daha az veriyi ihtiva etmesidir. Katılımcıların ek hastalığının olması ve ailesinde hastalık öyküsü olması hipertansiyon için önemli risk faktörüdür (sırasıyla $p = 0.001$, OR:6.204, CI: 1.596 – 24.119 ve $p = 0.001$, OR:4.159, CI: 1.975 – 8.758). Katılımcıların düzenli yürüyüş yapma yapmamaları hipertansiyon için risk teşkil etmediği görüldü ($p = 0.913$). Beslenme alışkanlığı hipertansiyon bakımından önemli bulundu ($p = 0.001$, OR:1.615, CI: 1.271-2.052). Ayrıca yağlı ve tuzlu beslenme alışkanlığı olanların bu maddeleri tüketmeyenlere göre hipertansif olma olasılığı oldukça yüksek idi ($p = 0.001$, OR: 4,395, CI: 2.062 – 9.365).

Şekil 1'de yapılan lojistik regresyon analizinin geçerliliği için olasılık değerleri elde edilip ROC (Receiver Operating Characteristic) eğrisi çizildi. Eğri altında kalan (AUC) %87,9 ($p = 0.01$) olarak hesaplandı. Bu oran, regresyon modelinin belirlenen risk faktörleriyle hipertansiyonlu olup olmamayı açıklamadaki başarısını göstermektedir.

Tablo 1. Tüm katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri

| | Kadın | Erkek | p |
|---|----------------|---------------|----------|
| Yaş ¹ | 41.01 ± 16.16 | 41.41 ± 15.88 | 0.839* |
| SKB ¹ | 133.22 ± 14.77 | 123.52 ± 18.4 | 0.001* |
| DKB ¹ | 84.10 ± 9.16 | 78.75 ± 10.89 | 0.001* |
| Medeni Durum² | | | |
| Evli | 90 (54.2) | 56(48.7) | 0.012** |
| Bekâr | 66 (39.8) | 43(37.4) | |
| Boşanmış | 10 (6) | 16(13.9) | |
| BKİ² | | | 0.001** |
| Zayıf | 2 (1.2) | 2 (1.8) | |
| Normal Kilo | 59 (36) | 56 (50) | |
| Fazla Kilo | 81 (49.4) | 33 (29.5) | |
| Obez | 22 (13.4) | 21 (18.8) | |
| Ek Hastalık² | | | 0.832** |
| Ek Hastalık Var | 50 (30.1) | 36 (31.3) | |
| Ek Hastalık Yok | 116 (69.9) | 79 (68.7) | |
| Felç Geçirme Durumu² | | | 0.534*** |
| Felç Geçirme Var | 8 (4.8) | 3 (2.6) | |
| Felç Geçirme Yok | 158 (95.2) | 112 (97.4) | |
| Görme Kaybı² | | | 1.000*** |
| Görme Kaybı Var | 5 (3) | 3 (2.6) | |
| Görme Kaybı Yok | 161 (97) | 112 (97.4) | |
| Ailede Hipertansiyon² | | | 0.170** |
| Ailede Hipertansiyon Var | 86(51.8) | 50(43.5) | |
| Ailede Hipertansiyon Yok | 80(48.2) | 65(56.5) | |
| İlaç Kullanımı² | | | 0.714** |
| İlaç Kullanıyor | 50 (30.1) | 37 (32.2) | |
| İlaç Kullanmıyor | 116(69.9) | 78 (67.8) | |
| Horlama² | | | 0.001** |
| Horlama Var | 83(50.6) | 35(30.4) | |
| Horlama Yok | 83(49.4) | 80(69.6) | |
| Sigara² | | | 0.003** |
| Kullanıyor | 71 (42.8) | 29 (25.2) | |
| Kullanmıyor | 95 (57.2) | 86 (74.8) | |
| Yürüme² | | | 0.460** |
| Yürüyüş Yapıyor | 47 (28.3) | 28 (24.3) | |
| Yürüyüş Yapmıyor | 119 (71.7) | 87 (75.7) | |
| Beslenme² | | | 0.678** |
| Yağ ve Tuz Çok Az Miktarda Tüketenler | 78 (47) | 62 (53.9) | |
| Yağlı Besin Tüketenler | 11 (6.6) | 7 (6.1) | |
| Tuzlu Besin Tüketenler | 5 (3) | 4 (3.5) | |
| Yağlı ve Tuzlu Besin Tüketenler | 72 (43.4) | 42 (36.5) | |

* Student t testi, ** Pearson Chi Square, *** Fisher Exact Test
¹(Ort. ± SD), ²N (%).

Zayıf: 18.5 ve altı, Normal Kilo: 18.5-24.99, Fazla Kilo: 25-29.99, Obez: 30+

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada Hatay ilinde Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerde Hipertansiyon prevalansı ve risk faktörlerini değerlendirmek açısından önemli sonuçlara ulaşıldı. Literatüre göre hipertansiyon ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen Hatay'da birinci basamakta yapılan hipertansiyon risk faktörleri ile ilgili olarak yapılan ilk çalışma olduğundan önemli bir çalışmadır. Hipertansiyon çok sık görülen, önemli morbidite ve mortalite nedeni olan toplumsal bir sorundur. Hastaların azımsanmayacak bir kısmının kan basıncı yüksekliğinin farkında olmaması hipertansiyonun morbidite ve mortalitesini arttırmaktadır. Bu hastalık kalp-damar hastalığı, böbrek yetmezliği, inme, beyin ve önemli organ hastalıkları, erken ölüm gibi ülke için birçok yönden yük getirecek durumlarla ilişkilidir (10). Hipertansiyon oluşumunda etkili patofizyolojik mekanizmalar içinde farklı faktörlerin etkileşimi vardır. Toplumda yaşlı nüfusun artması, obezite ve tuz kullanımının fazlalığı gibi bazı faktörler hipertansiyon prevalansında artışa yol açmaktadır (10,11). Aynı zamanda hipertansiyon çalışmada bulunan hipertansiyon ile ilişkili bazı risk faktörleri (Aile de hipertansiyon olması, beslenme alışkanlığı (tuzlu ve yağlı beslenme), ek hastalıkların varlığı ve BKİ oranı) ile ilişkili bulundu.

Türkiye'de erişkin popülasyonda en geniş çapta yapılmış olan epidemiyolojik çalışma Patent çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre 2003 yılında Türkiye'de hipertansiyon prevalansı %31,8 olarak bulunmuş daha sonra 2012 yılında yapılan Patent-2 çalışmasında ise bu oran %30,3 olarak bulunmuştur (10). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na göre ülkemizde, 18 yaş üstü erişkinlerdeki hipertansiyon prevalansı %31,8, 65 yaş ve üstünde ise %75,1'dir (4).

Çalışmanın sonucu olarak alınan hastaların %37'sinde HT hastalığı belirlenmiştir ve bu hastaların %61'inde ek bir hastalık olduğu belir-

lendi. Birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da ek hastalığı olan insanlar da HT hastalığı daha fazla bulundu.

Daha önce yapılmış çalışmalarda erkek hastalarda HT hastalığı daha sık görülmüşken çalışmamızda HT tanısı alan hastaların çoğunun kadın hasta olduğu görüldü. Çalışmamızda HT hastalığı kadınlarda (%39,2) iken erkek hastalarda (%33,9) bulundu. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasında ise hipertansiyon prevalansı erkeklerde %37,7 kadınlarda %46,3 (toplamda %33,7) olarak belirlenmiştir (12). Daha önce yapılan çalışmalarda da fiziksel aktivitenin KB'yi düzenleyici rolü olduğu saptanmış olup uygun fiziksel aktivite ile sistolik ve diastolik kan basıncı 5mmHg azalabileceği belirtilmiştir (13). Aksine yaptığımız çalışmada kısa mesafe yürüyüşlerin HT hastalığına etkisi önemli bulunmadı (p=0.913).

62 erişkinin katıldığı bir vaka-kontrol çalışmasında hipertansif kişilerde normotansiflere göre beslenme bozukluğu anlamlı derecede daha sık bulunmuştur (14). Bu çalışma da hipertansif hastalarda yağlı ve tuzlu beslenme anlamlı derecede daha sık bulundu. Az yağlı ve tuzlu beslenme de KB'nin düşürülmesine ve kontrolüne destek olmaktadır (15).

Kan basıncını kontrol altına almada kilo vermenin yararlı olacağı düşüncesini doğrulayan kanıtlar, çocukluk, adolesan ve erişkin yaşlara kadar yapılan kilo verme ve kan basıncı izlemi çalışmalarından elde edilmiştir (15,16). Kilo ve kan basıncı arasında saptanan güçlü ilişki, kişinin aşırı kilo alması ile ilerde hipertansiyon riski altında kalacağını akla getirmektedir (17). Aşırı kilolu erişkinlerin kilo vermeleri ile kan basınçlarında bir düşme olduğu gözlenmiştir (10,18). Kilo vermenin kan basıncını düşürme etkisi yanında kan basıncının tuza duyarlılığını azalttığı ve insülin direnci ve dislipidemi gibi diğer kardiyovasküler risk faktörlerini de azalttığı görülmektedir (17,19,20). Erişkinlerde kilo vermek

zorca olsa da hipertansiyon gibi bir sonucun ortaya çıkması kilo vermeyi motive edebilmektedir (17).

Tablo 2. Hipertansiyon için belirlenen risk faktörlerinin tek değişkenli analizi

| Parametreler n (%) | Hipertansiyon | | P | |
|--------------------------|---------------------------------|------------|-----------|-------|
| | Yok | Var | | |
| Cinsiyet | | 177 (63) | 104 (37) | 0.001 |
| | Kadın | 101 (60.8) | 65 (39.2) | |
| | Erkek | 76 (66.1) | 39 (33.9) | |
| Medeni Durum | Evli | 87 (59.6) | 59(40.4) | 0.270 |
| | Bekar | 75 (68.8) | 34 (31.2) | |
| | Boşanmış | 15 (57.7) | 11 (42.3) | |
| BKİ (kg/m ²) | Zayıf | 2 (50) | 2 (50) | 0.001 |
| | Normal Kilo | 93 (80.9) | 22 (19.1) | |
| | Fazla Kilo | 75 (65.8) | 39 (34.2) | |
| | Obez | 3 (7) | 40 (93) | |
| Ek Hastalık | Ek Hastalık Var | 25 (29.1) | 61 (70.9) | 0.001 |
| | Ek Hastalık Yok | 152 (77.9) | 43 (22.1) | |
| Ailede Hipertansiyon | Ailede Ht Var | 66 (48.5) | 70 (51.5) | 0.001 |
| | Ailede Ht Yok | 111 (76.6) | 34 (23.4) | |
| İlaç Kullanımı | İlaç Kullanıyor | 28 (32.2) | 59 (67.8) | 0.001 |
| | İlaç Kullanmıyor | 149 (76.8) | 45 (23.2) | |
| Sigara | Sigara içiyor | 65 (65) | 35 (35) | 0.604 |
| | Sigara İçmiyor | 112 (61.9) | 69 (38.1) | |
| Yürüyüş | Yürüyüş Yapmıyor | 42 (56) | 33 (44) | 0.143 |
| | Yürüyüş Yapıyor | 135 (65.5) | 71 (34.5) | |
| Beslenme | Yağ ve Tuz Çok Az | 97 (69.3) | 43 (30.7) | 0.058 |
| | Miktarda Tüketenler | 13 (72.2) | 5 (27.8) | |
| | Tuzlu Besin Tüketenler | 6 (66.7) | 3 (33.3) | |
| | Yağlı ve Tuzlu Besin Tüketenler | 61 (53.5) | 53 (46.5) | |

Hipertansiyon multifaktöriyel genetik bir hastalıktır. Bu çalışmamızda HT hastalığı bulunan hastalardaki aile öyküsü HT hastası olmayanlara göre daha fazla orandadır.

Ülkemizde sigara içiciliği European Studyon Cardiovascular Risk Prevention and Management in Usual Daily Practice (EURIKA) verilerine göre %23,7 olarak bildirilmiştir. Avrupa ortalaması ise %21,3'tür (17). Sigara kullananlar kişilerde KB daha yüksek seyretmektedir. Bunun aksine literatürdeki birçok çalışmada ve bizim çalışmamızda da olduğu gibi sigara içen ve içmeyenler arasında kan basıncı değerleri açısından anlamlı fark saptanmazken (13,16). Tersine sigara içenlerde daha yüksek kan basıncı saptanan çalışmalar da mevcuttur (19).

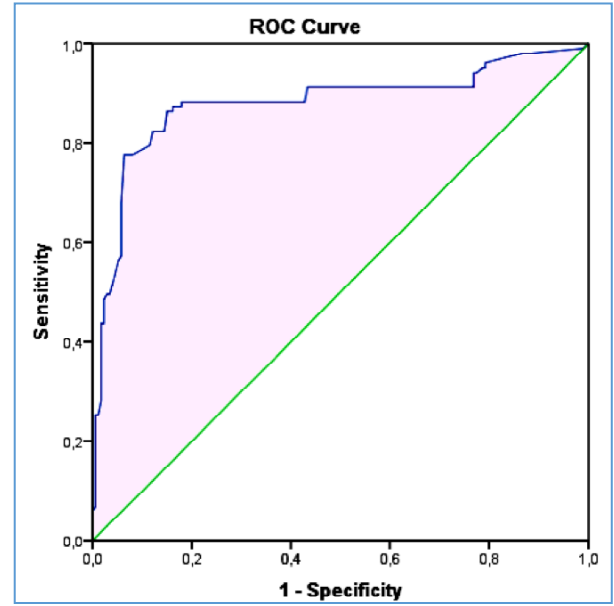
Tablo 3.hipertansiyon risk faktörlerini gösteren logistik regresyon analizi

| | Wald | p | OR | OR için 95% CI | |
|---------------------------------|--------|-------|-------|----------------|-----------|
| | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| BKİ | 30.746 | 0.001 | | | |
| Normal Kilo | 2.199 | 0.138 | 0.166 | 0.015 | 1.784 |
| Fazla Kilo | 0.735 | 0.391 | 0.352 | 0.032 | 3.836 |
| Obez | 2.430 | 0.119 | 8.014 | 0.585 | 109.704 |
| Ek Hastalık | 6.940 | 0.008 | 6.204 | 1.596 | 24.119 |
| Ailede Hipertansiyon | 14.066 | 0.001 | 4.159 | 1.975 | 8.758 |
| İlaç Kullanımı | 0.083 | 0.774 | 1.216 | 0.320 | 4.621 |
| Yürüyüş | 0.012 | 0.913 | 1.043 | 0.491 | 2.215 |
| Beslenme | 14.901 | 0.002 | | | |
| Yağlı Besin Tüketenler | 2.645 | 0.104 | 3.537 | .772 | 16.207 |
| Tuzlu Besin Tüketenler | 1.201 | 0.273 | 3.070 | 0.413 | 22.836 |
| Yağlı ve Tuzlu Besin Tüketenler | 14.706 | 0.001 | 4.395 | 2.062 | 9.365 |
| Constant | 1.988 | 0.159 | 0.166 | | |

5. SONUÇ

Hipertansiyon multifaktöriyel genetik bir hastalıktır. Hipertansiyonun ortaya çıkış nedenleri arasında genetik yatkınlık ve aşırı tuz tüketimi ilk sıralarda yer alır. Katılımcıların ek hastalığının olması ve ailesinde hastalık öyküsü olması hipertansiyon için önemli risk faktörüdür. Beslenme alışkanlığı hipertansiyon bakımından önemli bulunmuştur. Ayrıca yağlı ve tuzlu beslenme alışkanlığı olanların bu maddeleri tüketmeyenlere göre hipertansif olma olasılığı oldukça yüksek idi. Bundan dolayı hastaların KB

kontrolü ile risklere yönelik farkındalık ve bilginin artırılması önemlidir.



Şekil 1. Araştırmanın güvenilirliğini gösterir ROC eğrisi

KAYNAKLAR

1. Turnbull F. Blood pressure lower ingtreatment trialists' collaboration. Effects of different blood-pressure lower ingregimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials.Lancet 2003;362:1527-35.
2. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. Jama 2010;303(20):2043-50.
3. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P, Gaciong Z, Jędrzejczyk T, Solnica Bet al. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the

- NATPOL 2011 Survey. *Kardiol Pol* 2013;71(4):381–92.
4. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Cakmak HA et al. Turkish Adult Risk Factor Study Survey 2012: overall and coronary mortality and trends in the prevalence of metabolic syndrome. *Archives Turkish Soc Cardiol* 2013;41(5):373–8.
 5. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/W?sequence=1>
 6. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 2003;21(11):1983-92
 7. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş et al. Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyoloji Dernegi arşivi* 2015; 43(4): 402-409.
 8. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002;360(9343):1347–60.
 9. Reiner Ž. Sonicki Z. Tedeschi-Reiner E. The perception and knowledge of cardiovascular risk factors among medical students. *Croat Med J* 2012;53(3):278–84.
 10. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. 2012. http://www.turkhipertansiyon.org/prevalans_calismasi_2.php.
 11. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23(10):1817–23.
 12. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Intern Med.* 2002;136(7):493–503.
 13. Geleijnse JM. Kok FJ. Grobbee DE. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens.* 2003;17(7):471–80.
 14. Luma GB, Spiotta R. Hypertension in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2006; 73: 1158-68.
 15. Banegas JR, López-García E, Dallongeville J, Guallar E, Halcox JP, Borghi C. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice a cross Europe: the EURIKA study. *EurHeart J.* 2011;32(17):2143–52.
 16. Pankova A, Kralikova E, Fraser K, Lajka J, Svacina S, Matoulek M. No difference in hypertension prevalence in smokers. former smokers and non-smokers after adjusting for body mass index and age:

- a cross-sectional study from the Czech Republic. 2010. *Tob Induc Dis* 2015;13(1):24.
17. Bolinder G, Faire U. Ambulatory 24h blood pressure monitoring in healthy. middle aged smokeless tobacco users. smokers. and nontobacco users. *Am J Hypertens* 1998; 11: 1153-63.
18. Vogt BA, Davis ID. Treatment of hypertension. In *Pediatric Nephrology*, 5th edition, eds. Avner ED, Harmon WE, Niaudet P. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2004, pp: 1119-220.
19. Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Correa-Muñoz E. Undernutrition and oxidative stress as risk factors for high blood pressure in older Mexican adults. *Ann Nutr Metab* 2009; 54: 119-23.
20. Rocchini AP, Katch V, Anderson J, Hinderliter J, Becque D, Martin M. Blood pressure in obese adolescents: effect of weight loss. *Pediatrics* 1988;82: 16–23.