

Bir Aile Sağlığı Merkezinde Yetişkin Bireylerde Kan Basıncı Yüksekliğinin ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Nesime DEMİRÖREN¹ , Belgin AKIN² , Saniye BENLİ³ 

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, nesimeden@gmail.com

² Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, belac@gmail.com

³ Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, saniyebenli@selcuk.edu.tr

Makale Bilgileri	ÖZ
<p>Makale Geçmişi Geliş: 07.01.2020 Kabul: 19.02.2020 Yayın: 25.04.2020</p> <p>Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hipertansiyon, Risk Faktörleri, Tarama.</p> <p>Sorumlu Yazar: Nesime DEMİRÖREN</p> <p>e-posta: nesimeden@gmail.com</p>	<p>Giriş: Ölüm nedenleri incelendiğinde, kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Amaç: Çalışmanın amacı yetişkinlerde hipertansiyon sıklığını ve risk faktörlerini belirlemektir. Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada Konya İli Meram ilçesi 29 No'lu Aile Sağlığı Merkezi herhangi bir sebeple başvuran hipertansiyon tanısı olmayan bireyler incelenmiştir (n=165). Çalışma verileri 01 Nisan 2017 ve 31 Mayıs 2017 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bireylere sosyo- demografik, sağlık ve hastalık özelliklerini içeren anket uygulanmış, kan basıncı ölçümü yapılmış ve beden kitle indeksi (BMI) bireylerin öz bildirimine göre hesaplanmıştır. İstatiksel analizde sayıların yüzdelik dağılımı, değişkenler arasında ortalama, yüzde ve oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %72,1'i kadın, %27,9'u erkektir. Bireylerin %35,2'sinin 50-59 yaş aralığındadır. Kan basıncı sistolik kan basıncı (SKB) %15,8 diastolik kan basıncı (DKB) %11,5 oranına yüksek bulunmuştur. Bireylerin %29,1'inde kronik hastalık tespit edilmiştir. SKB 50 yaş üzerinde %22,2 oranında 49 yaş ve altı bireylere göre %6,7 oranında daha yüksek bulunmuştur. DKB 50 yaş sonrası bireylerde %16,7 49 yaş ve altı bireyle göre %5,3 oranında yüksek bulunmuştur. DKB erkeklerde %19,6 kadınlara %8,4 oranla daha yüksek bulunmuştur. SKB BKİ >30 olan bireylerde %19,4, BKİ <30 %7,1 olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerde SKB %27,7 kronik hastalığı olmayanlara göre %10,3 oranında yüksek bulunmuştur. Sonuç: Araştırma sonucunda 50 yaş üzerinde, fazla kilolularda, kronik hastalıklarda SKB ve DKB yüksek saptanmıştır. Erkeklerde %19,6, kadınlara %8,4 oranla diastolik kan basıncı yüksek bulunmuştur.</p>

The Study Is To Determine High Blood Pressure (BP) And Its Relation To Socio-Demographic, Health, Disease Characteristics In Adults

Article Info	ABSTRACT
<p>Article History Received: 07.01.2020 Accepted: 19.02.2020 Published: 25.04.2020</p> <p>Keywords: Nursing, Hypertension, Risk Factors, Scanning.</p> <p>Corresponding Author: Nesime DEMİRÖREN</p> <p>e-mail: nesimeden@gmail.com</p>	<p>Introduction: When the causes of death are examined, cardiovascular diseases take the first place. Objective: The aim of study the was to determine hypertension and risk factors in adults. Methods: Individuals (n=165) not diagnosed with hypertension who were admitted to the 29th Family Health Center in Meram, Konya, Turkey were investigated in the study. The data were collected using a questionnaire including all participants' demographic, health and disease characteristics, For all participants, body mass indexes (BMI) were self-reportedly calculated, and BP was also measured. While performing statistical analysis, the percentile of numbers, the average of numerical variables and the chi-square test for ratios were used. Results: Women participating are 72,1% and man participating are 27,9% ratein the study. Individuals were between the ages of 50-59 are 35,2% . Participants were systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) values were found to be high as 15,8% and 11,5%, respectively. A chronic disease was detected in 29,1% of the participants. The rate of chronic illnesses in the family was 43,0%. While found as 22,2% among the participants over 50 years, SBP was observed to be higher in the individuals under the age of 49 years as 6,7%. DBP was also found higher in the participants over 50 years as 16,7%, compared to those under the age of 49 years 5,3%. Concerning the relationship between gender and high BP, DBP was found to be higher in males 19,6% than females 8,4%. SBP was also found to be higher in the participants with BMI >30 19,4% than those with BMI <30 (7,1%). In the patients with a chronic disease, SBP was found to be higher as 27,7% than those without a chronic disease as 10,3%. Conclusions and Recommendations: As a result of the study, over 50 years old, overweight and chronic diseases, SBP and DBP were high. Diastolic pressure was higher in men 19,6% than in women 8,4%.</p>

Atıf/Citation: Demirören, N., Akın, B., & Benli, S. (2020). Bir aile sağlığı merkezinde yetişkin bireylerde kan basıncı yüksekliğinin ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2), 34-47.

GİRİŞ

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının normal değerlerin üstüne çıkmasıdır. Hipertansiyon için kan basıncı değerleri SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg olarak tanımlanmaktadır. Bu sınıflamasında 2003 ve 2007 ESH/ESC (European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology) kılavuzlarında kabul edilen 2013 kılavuzunda değişmeyen kan basıncı (KB) değerleridir. Bu tanımlama randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlar esas alınarak yapılmıştır (Mancia ve diğerleri, 2013; Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2015; WHO,2013).

Hipertansiyon tüm dünya ülkelerinde erişkin nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda hastalanma ve ölüme yol açan yaygın bir sorundur (Rosendorf ve diğerleri, 2015; WHO, 2014). Dünya genelinde 20 yaş sonrası %26,4 oranında görülmekte olup bu oranın 2025 yılında %29,2'ye yükseleceği öngörülmektedir (Lawes, Hoom ve Rodgers, 2008). Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonucuna göre; hipertansiyon sıklığının %33,7 olduğu, yaş ilerledikçe hastalığın görülme sıklığının arttığı, ülkemiz kuzeyinde sıklığın %40'ın üzerine çıktığı belirlenmiştir (Aydoğan ve diğerleri, 2012). Türkiye kronik hastalıklar sıklığı 2011 verilerine göre hipertansiyon %23,7 oranında görülmektedir (Belgin ve Gül, 2013). Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği (Patent T2, 2012) prevalans çalışmasının sonuçlarına göre toplam nüfusta 18 yaş üzeri genel sıklık %30,3; erkeklerde %28,4 ve kadınlarda %32,3 olarak tespit edilmiştir. Hipertansiyon, kronik arter hastalıklarının ve periferik arter hastalıklarının oluşmasının ve dolayısıyla morbidite ve mortalitenin artışının önemli nedenleri arasındadır (Naik, Michael ve Kallen, 2008, Kara, Arslan, Mergen ve Öngel, 2012, Baysal, Bilgin, Cantekin ve Bilgin, 2014; Doğan ve diğerleri, 2012; Karabay ve diğerleri, 2012; Taş ve Tuna 2013, Nkoke ve diğerleri, 2017, Onat ve diğerleri, 2015).

Hipertansiyon risk faktörleri ailede kan basıncı yüksekliği öyküsü olması, yaş, cinsiyet faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. Patent T2 (2012) çalışmasına göre; hipertansiyon sıklığı orta yaş grubunda (35-65) %38,3; kadınlarda %40,5 erkeklerde %36 olarak belirlenmiştir. Hipertansiyonun değiştirilebilir risk faktörleri, obezite, sedanter yaşam, sigara içme gibi yaşam biçimiyle ilgili faktörlerdir. Hastalığın görülmesinde yaş, başka bir kronik hastalığın varlığı, ailede kronik hastalığın olması, hareketsiz yaşam, obezite, sigara içme önemli risk faktörleridir (Abacı 2011). Patent T2 çalışmasına (2012) göre beden kitle indeksi (BKİ) 30-39,9 olanlarda kan basıncı yüksekliği %47,1 beden kitle indeksi (BKİ) 40 üzeri olanlarda kan basıncı yüksekliği %72,4 olarak saptanmıştır. Sigara içmenin kardiyovasküler riski 2-3 kat artırdığı bilinmektedir ancak ek başına sigarayı bırakmanın kan basıncını düşürdüğünü gösteren çalışma yoktur (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu). Sigara içenlerin sistolik kan basıncı (SKB) ve diyastolik kan basıncı (DKB) ortanca değerleri, içmeyenlere göre daha düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Uysal, Yaşar ve Sönmez 2016).

Tüm hastalıklarda risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması ve bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması hastalıkların ortaya çıkışını engellemekte ve geciktirmektedir (Türkmen 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tüm KVH ölümlerin dörtte üçünden fazlası uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenmektedir (ESC Kılavuz 2012; İnangil 2014). Motlagh ve diğerleri (2015) kronik hastalıkların erken tanısı ve izleminde hemşirenin önemli sorumlulukları olduğunu ifade etmiştir. Koroner arter hastalıklarından primer ve sekonder korunmada hemşirelerin etkin olarak rol aldıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Joanna Briggs Enstitüsü tarafından 2008'de, "Erişkinlerde Kalple İlgili Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşire Liderliğindeki Girişimler" raporuna göre sağlıklı bireylerdeki kardiyovasküler risk faktörlerinin de azaltılabildiği hastaların kan basıncını değişikliği yapmada, fiziksel aktivitelerini artırmada etkili çözümleri olduğu randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar hipertansiyonun kontrolünün hasta farkındalığı ile ilişkisini ortaya koymaktadır (Antony

2008; Eryoncu 1999; Mert 2011; Motlang F.S 2015; Olieva ve diğerleri 2005; Onat 2015; Sözman 2015; Türkmen, Badır ve Ergün 2012). Bireylerin sağlığa ilişkin bilgisi ve farkındalığın oluşması hemşire tarafından yapılan izlem ile yakından ilişkilidir.

AMAÇ

Araştırmanın amacı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran 18 yaş üstü bireylerde tek ölçüm ile hipertansiyonu ve mevcut olan riskleri incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Yetişkinlerde tek ölçümle kan basıncı yüksekliği ve ilişkili risk faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya İli Meram İlçesi 29 Nolu ASM'ye herhangi bir sebeple başvuran hipertansiyon tanısı olmayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumda oranın belirli bir doğrulukla tahmininde" önerilen (Lwanga ve Lemeshow, 1991) bir tablodan yararlanılmıştır. İncelenen olayın toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak 18 yaş üstü kadın ve erkeklerde Sağlık Bakanlığı'nın (2013) bildirdiği orandan (%31,8) yararlanılmıştır. Ayrıca %90 güven düzeyinde ve %7 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örneklem büyüklüğünün 165 (%30) olduğu bulunmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu kullanılmıştır (Belgin ve Gül 2013; Baysal ve diğerleri, 2014). Anket formu toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, ekonomik algı), sağlık özellikleri (bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma, sigara kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma, sağlığını nasıl algıladığı, BKİ, hastalık özellikleri (kendisinde kronik hastalık olması, ailesinde kardiyovasküler hastalık olması) ile ilgili soruları içerir. Tansiyon ölçümü için kalibrasyonu yapılmış anoroid tansiyon aleti ve stetoskop kullanılmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ); boy ve vücut ağırlığı değerleri bireylerin kendi öz bildirimine dayalı hesaplanmıştır.

Veri Toplama

Veriler ASM'de eğitilmiş bir hemşire tarafından yüz yüze görüşme ve ölçüm yöntemiyle 01 Nisan 2017 ve 31 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Arteriyel kan basıncı dolaylı yoldan tansiyon aleti ve stetoskop kullanılarak ölçülmüştür. Kişilerin kan basıncı değerleri en az 15 dakika dinlenmeden sonra, tek ölçümle elde edilmiştir. Ölçüm kişi dik oturur durumdayken yapılmış SKB ve DKB olarak kaydedilmiştir. SKB<139 mmHg ve DKB<89 mmHg normal kabul edilmiş ve bunun üzerindeki değerler kesin tanı için muayeneye yönlendirilmiştir (WHO, 2013). BKİ değerlendirmesinde ölçüt; zayıf ve çok zayıf kilo (BKİ <18,5), normal kilo (18,5<BKİ <24,9), fazla kilo (BKİ=25-29,9), şişman (BKİ>30) olarak kabul edilmiştir (WHO, 2018).

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22,0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımı, sayısal değişkenler için ortalama, oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ 'tir.

Etik

Araştırma yapılmadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan izin (numara) ve bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (31.03.2017-2017/5) onay alındı. Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek sözel ve yazılı onam alındı.

BULGULAR

ASM' ye herhangi bir nedenle başvuran 165 kişiden elde edilen bulgular (sosyo-demografik özellikler, sağlık özellikleri, hastalık özellikleri, sağlık ve hastalık özelliklerinin risk faktörleri ile karşılaştırması) aşağıda verilmiştir.

Sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde bireylerin %35,2 sinin 0-59 yaş arasında, %72,1'inin kadın, %73,9'unun çalışmadığı, %57,6'sının ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı ve %72,1'inin ekonomilerini orta düzeyde algıladığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (n=165)

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
18-29	28	17,0
30-39	21	12,7
40-49	26	15,7
50-59	58	35,2
60-79 ve üzeri	32	19,4
Cinsiyet		
Kadın	119	72,1
Erkek	46	27,9
Meslek		
Çalışan	43	26,1
Çalışmayan	122	73,9
Eğitim durumu		
Okur- yazar değil	5	3,0
İlköğretim	95	57,6
Lise mezunu	38	23,0
Üniversite mezunu	27	16,4
Ekonomik durum algısı		
İyi	31	18,8
Orta	119	72,1
Kötü	15	9,1
Toplam	165	100

Sağlık özelliklerine göre bireylerin %72,7 sinin en az yılda bir kez sağlık kuruluşuna başvurduğu, %61,2'sinin sigara içmediği, %23,0'ının düzenli egzersiz yaptığı, %64,2'sinin sağlığının orta düzeyde iyi olduğunu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %38,8'i fazla kilonun üzerindedir (BKI >30). Bireylerin %77,6 sı son bir yıl içinde tansiyon ölçümü yaptırmıştır. Veri toplanması sırasında ölçülen tansiyon değeri sonucunda SKB %15,8 oranında DKB % 11,5 oranında yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Bireylerin sağlık özellikleri (n=165)

Değişkenler	Sayı	%
Sağlık Kurumuna Başvurma		
Yılda bir kez	120	72,7
Yılda birden fazla	45	27,3
Sigara Kullanma Durumu		
Halen için	35	21,2
Bırakan	29	17,6
Hiç içmeyen	101	61,2
Egzersiz Yapma Durumu		
Düzenli	38	23,0
Bazen	72	43,6
Yapmayan	55	33,3
Sağlık Algısı		
İyi	46	27,9
Orta	106	64,2
Kötü	13	7,9
BKİ		
Çok zayıf	4	2,4
Normal	52	31,5
Fazla	64	38,8
Şişman	45	27,3
Son Bir Yıl İçinde Tansiyon Ölçümü Yaptırma		
Evet	128	77,6
Hayır	37	22,4
Ölçülen SKB Değerleri		
Sistolik >140mmHg (yüksek)	26	15,8
Sistolik <139mmHg	139	84,2
Ölçülen DKB Değerleri		
Diastolik >90 (yüksek)	19	11,5
Diastolik <89mmHg	146	88,5
Toplam	165	100

Bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %29,1'inde kronik hastalık tespit edilmiştir. Kronik hastalık içinde en fazla görülen %50 oranında Diyabetes Mellitus (DM) olmuştur. Ailede kronik hastalık varlığı %43,0 oranındadır ve bu hastalıklar içinde en fazla görülen hipertansiyondur (% 48,6) (Tablo 3).

Tablo 3. Bireylerin hastalık özellikleri (n=165)

Değişkenler	Sayı	%
Kronik Hastalık Olması		
Var	48	29,1
Yok	117	70,9
Kronik Hastalık Olması		
Diyabetes Mellitus (DM)	24	50,0
Akciğer Hastalığı	12	25,0
Böbrek Hastalığı	3	12,5
Romatizmal Hastalık	6	6,2
Karaciğer Hastalığı	2	4,2
Kanser	1	2,1
Ailede Kronik Hastalık Olması		
Var	71	43,0
Yok	94	57,0
Kardiyovasküler Hastalık Olması		

Korener Kalp Hastalığı (KKH)	27	16,4
Serebro Vasküler Hastalık (SVH)	4	2,4
Hipertansiyon	36	21,8
Hiperkolesterolemi	2	1,2
Periferik Arter Hastalığı	2	1,2
Hastalık Olmayanlar	94	57,0
Toplam	165	100

Bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özellikleri ile kan basıncı yüksekliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş; 50 yaş ve üzerinde SKB yüksekliği %22,2, 49 yaş ve altı %6,7 oranında daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş ile DKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde 50 yaş ve üzerinde DKB yüksek olma oranı %16,7, 49 yaş ve altı %5,3 oranında daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyet ile SKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde erkeklerde % 23,9, kadınlara %11,8 göre daha yüksek bulunmuştur. DKB erkeklerde %19,6, kadınlara %8,4 oranla daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 4). BKİ ile SKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde SKB yüksekliği BKİ >30 olan bireylerde (% 19,4), BKİ<30 (%7,1) olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. SKB yüksekliği kronik hastalığı olanlarda (%27,7) kronik hastalığı olmayanlara göre (%10,3) oranında daha yüksektir ($p<0,05$). DKB kronik hastalığı olanlarda (%21,3) kronik hastalığı olmayanlara göre (%7,7) oranında daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, kronik hastalık olması, fazla kilonun kan basıncı yüksekliğini etkilediği; Bireyin çalışması, eğitim durumu, ekonomik durumu, sağlık kurumuna başvurma sıklığı, sigara içme, egzersiz yapma, algılanan sağlık, son bir yılda kan basıncını ölçtürme ve ailede kronik hastalık olmasının SKB ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Bireylerin sosyo-demografik özellikler ile sağlık ve hastalık özelliklerinin kan basıncı yüksekliği ile ilişkisi (n=165)

Değişken	Sistolik Kan Basıncı			Diastolik Kan Basıncı		
	Normal Sayı(%)	Yüksek Sayı(%)	X ² p	Normal Sayı(%)	Yüksek Sayı(%)	X ² p
Yaş						
≤49 yaş	70(93,3)	5(6,7)	7,700	71(94,7)	4(5,3)	5,157
≥50 yaş	70(77,8)	20(22,2)	0,006	75(83,3)	15(16,7)	0,023
Cinsiyet						
Kadın	105(88,2)	14(11,8)	3,809	109(91,6)	10(8,4)	4,057
Erkek	35(76,1)	11(23,9)	0,087*	37(80,4)	9(19,6)	0,044
Çalışma Durumu						
Çalışan	38(88,4)	5(11,6)		37(86,0)	6(14,0)	
Çalışmayan	102(83,6)	20(16,4)	0,622	109(89,3)	13(10,7)	0,583
Eğitim						
İlköğretim	83(83,0)	17(17,0)		88(88,0)	12(11,6)	
Lise	56(87,5)	8(9,8)	0,434	57(89,1)	7(10,7)	0,836
Ekonomi						
Orta-kötü	113(85,0)	20(15,0)		117(88,0)	16(12,0)	
İyi	26(83,9)	5(16,1)	1,000	28(90,3)	3(9,7)	1,000
Sağlık Kurumuna Başvuru Sıklığı						
Yılda bir kez	26(96,3)	1(3,7)		23(85,2)	4(14,8)	
Birden fazla	113(82,5)	24(17,5)	0,081	121(89,1)	15(10,9)	0,522
Sigara İçme						
Evet	31(88,6)	4(11,4)		32(91,4)	3(8,6)	
Hayır	108(83,7)	21(16,3)	0,479	113(87,6)	16(12,4)	0,767

Egzersiz Yapma						
Evet	35(92,1)	3(7,9)		35(92,1)	3(7,9)	
Hayır	104(82,5)	22(17,5)	0,150	110(87,3)	16(12,7)	0,568
Sağlık Algısı						
İyi	39(84,8)	7(15,2)	0,580	41(89,1)	5(10,9)	0,556
Orta	101(84,9)	18(15,1)	1,000	105(88,2)	14(11,8)	1,000
BKİ						
BKİ < 30	52(92,9)	4(7,1)		53(94,6)	93(85,2)	
BKİ > 30	87(80,6)	21(19,4)	0,038	3(5,4)	16(14,8)	0,073
Son bir yıl TA ölçüm						
Evet	106(83,5)	21(16,5)		111(87,4)	16(12,6)	
Hayır	33(89,2)	4(10,8)	0,603	34(91,9)	3(8,1)	0,569
Kronik hastalık varlığı						
Evet	34(72,3)	13(27,7)	7,860	37(78,7)	10(21,3)	6,041
Hayır	105(89,7)	12(10,3)	0,005	108(92,3)	9(7,7)	0,014
Ailede KVH						
Evet	57(84,6)	14(19,7)		56(86,2)	9(13,8)	
Hayır	83(85,2)	11(11,8)	0,164	89(89,9)	10(10,1)	0,172

TARTIŞMA

Çalışmamızda 165 kişinin tansiyonu ölçülerek elde edilen bulgular sosyo-demografik, sağlık özellikleri ve hastalık özellikleri ile SKB ve DKB arasındaki ilişki açısından tartışılmıştır.

Sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde ölçüm sonuçları 50 yaş ve üzeri bireylerde kan basıncı 49 yaş ve altı bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sözen ve diğerleri (2015)'nin yaptığı çalışma sonucunda hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte artmakta olup 30-39 yaş grubunda %11,0 iken 70 yaş ve üstü grupta %84,9'a yükseldiği bulunmuştur. Literatür incelemesinde yaşla birlikte hipertansiyon görülme oranı artmaktadır (Abacı, 2011; Arıcı ve diğerleri 2003, 2010; Demisse, 2017; Öztürk ve diğerleri, 2011). Yaşla birlikte hipertansiyonda artış bireylerde önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. İyi bir izleme bu sorunlar önlenmektedir. Yapılan bir izlem çalışmasında 1100 hipertansiyonlu hasta iki yıl takip edilmiş az sıkı kontrole KB (yaklaşık 136/79 mmHg) daha sıkı bir kontrole KB (yaklaşık 132/77 mmHg)'nin azaldığını ve kardiyovasküler sonuçlarda iyileşme bildirmiştir (Verdecchia ve diğerleri 2009).

Çalışmamızda, cinsiyet ile kan basıncı değerleri arasında ilişki incelendiğinde DKB erkeklerde, kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Türk hipertansiyon prevalans çalışmasında ortalama SKB ve DKB basıncı değerlerinin her iki cinste arttığı bulunmuştur. Kadınlarda %41,6, erkek %39,5 olarak belirlenmiştir (Demiral ve diğerleri, 2007; Sözmen, Ergör ve Ünal, 2015). Demisse ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında kadınlarda erkeklere oranla SKB yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamız literatür ve yapılan çalışmalarla paralel sonuçlanmıştır. Çalışmalarda ve bizim çalışmamızda kadınların ASM'ye daha fazla başvurduğu görülmektedir. Kadınların bu gelişlerinde kan basıncı ölçümlerinin yapılması ve buna bağlı gerekli eğitimlerinin sağlanması kontrolün sağlanmasında önemlidir.

Kan basıncını etkileyen önemli bir değişken beden BKİ'dir. BKİ ile SKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde BKİ >30'un üzerindeki bireylerde %19,4, BKİ <30'un altında %7,1 olanlara göre SKB yüksek bulunmuştur. Arıcı (2003)'nin çalışmasında BKİ ile tansiyon yüksekliği arasında ilişki anlamlı bulunmuştur. T. C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı (2018)'na göre obezite hipertansiyon için bir risk faktörüdür. Bireylerin BKİ'yi beslenmenin düzenlenmesi ve aktivitenin artırılması yoluyla kontrol altına alınabilir. Sağlık özelliklerine göre bireylerin %72,7 sağlık kurumuna başvurduğu, %61,2 hiç sigara içmediği, %17,6'sının sigarayı bıraktığı görülmektedir. Bireylerin sağlık kurumuna başvuru sıklığının iyi olduğu görülmektedir. Bu başvurularda gerekli izlemler yapılabilir. Bireylerin takibi (izlem, telefonla

izlem, hatırlatıcılar, ev ziyaretleri, sosyal destek) yapılmasını ESH-ESC çalışma grubu önermektedir. İzlemler hekim, hemşire tarafından yapılabilir (Mancia ve diğerleri 2014). Katılımcıların çalışma durumu, eğitim ve ekonomik durumu, sağlık kurumuna başvurma, sigara içme, egzersiz, sağlık algısı değişkenleri SKB ve DKB yüksekliğini etkilememiştir. Kardiyovasküler hastalık risklerden korunmada hemşire, eğitim ve danışmanlık rollerini üstlenerek, risk durumuna göre yaşam biçimi değişiklikleri açısından bireyi eğitmelidir (Berra ve Jennings 2011). Sigaranın bırakılması, beslenmenin düzenlenmesi ve düzenli fiziksel aktivite, vücut ağırlığının kontrolü ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık uygulamalarını ekiple işbirliği içinde sürdürmelidir (Alkan ve Enç 2013; Türkmen, Badır ve Ergün 2012). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) göre kardiyovasküler hastalıklarda risklerle ilgili bilgilendirmek; toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda davranış değişiklikleri oluşturmak yaşam kalitesini artırmak için önerilmektedir.

Katılımcıların hastalık özellikleri incelendiğinde SKB kronik hastalığı olanlarda %27,7 kronik hastalığı olmayanlara göre %10,3 oranında daha yüksektir ($p<0,05$). Diastolik basınç yüksekliği kronik hastalığı olanlarda %21,3 kronik hastalığı olmayanlara göre %7,7 oranında daha yüksektir ($p<0,05$). Arıcı ve diğerleri (2003)'nin çalışmasında kronik hastalığı olanlarda SKB %27,7 kronik hastalığı olmayanlara göre %10,3 oranında yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarda %21,3 olmayanlara göre %7,7 daha yüksektir (Arıcı ve diğerleri, 2015). Çalışmamızda kronik hastalık içinde en fazla görülen hastalık DM' dir. Kabakçı ve diğerleri (2006) yaptığı çalışmada DM (%29), koroner arter hastalığı (%22) tespit edilmiştir (Kabakçı ve diğerleri 2006). DM'nin hipertansiyon riskini artırdığını araştırmalar da göstermektedir (Arıcı ve diğerleri, 2003; Chua ve diğerleri, 2017; Daly ve diğerleri, 2018; Demise ve diğerleri (2017); Haemamalar, Norhasmah, Geeta, 2018; Kulak ve diğerleri, 2019; Shahim ve diğerleri, 2018). Diabetes Mellitus ve hipertansiyonun birlikte olması mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları hızlandırarak ölüm ve hastalanma riskini arttırır (Fox 2010).

Çalışmamızda bireylerin, eğitim, ekonomik durumu ve çalışma durumu, sağlık kurumuna başvurma, sigara içme, egzersiz, sağlık algısı değişkenleri SKB ve DKB yüksekliğini etkilemediği bulunmuştur. Bu değişkenler çeşitli araştırmalarda farklı sonuçlanmıştır. Ekonomik durum ile HT görülme arasında ilişki anlamlı değildir (Noek ve diğerleri 2017). Sözmen ve diğerlerinin çalışmasında eğitim düzeyi ile hipertansiyon arasında ilişki anlamlı bulunmuştur (Sözmen ve diğerleri, 2015). Araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmesi farklı toplum ve bölgelerde çalışılması, çalışmamızda örneklem sayısının az olması sonucu olabilir. Arpacı ve diğerlerine araştırmalarında da eğitim düzeyinin düşük olmasının hipertansiyon görülme sıklığını arttırdığını, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda hipertansiyon ve komplikasyonların daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Çalışmamızda egzersiz SKB ile DKB yüksekliği etkilememiştir. Ilgaz ve Özer (2017)'nin çalışmalarında egzersiz ile kan basıncı arasında ilişkili bulunmuştur. Egzersiz planlı ve düzenli yapıldığı durumda bireylerin kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltır (Ilgaz ve Özer, 2017). Egzersiz kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini azaltmaktadır ancak Türk toplumunda kadınların fiziksel aktivite düzeyinin azdır (Alkan ve Enç 2013). Bizim çalışmamızda düzenli egzersiz yapanların oranı %23,0 tür. Bu oran oldukça düşüktür. Hemşirelerin ASM'ye başvuranlara egzersizin önemini anlatması, bireyleri bu konuda davranışa yöneltmesi primer koruma için oldukça önemlidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda 50 ve üzeri yaşta SKB ve DKB yüksek olduğu saptanmıştır. Erkeklerde kadınlara oranla DKB daha yüksektir. Her iki cinste BKİ göre SKB yüksektir. Bireylerde kronik hastalık olması SKB yüksek olmasına sebep olmuştur. Araştırmada eğitim durumu, sağlık kurumuna başvurma, sigara içme, egzersiz, sağlık algısı kan basıncı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatürde bazı araştırma sonuçları ile uyumlu olmaması ASM bölgesinin sosyo-ekonomik yapısı ile ilgilidir. Çalışmamız örneklem grubunda bireylerin ekonomik algısı %72 orta düzeyde, eğitim seviyesi %57,6 ilköğretim mezunu vardır. Ayrıca kadınların çalışma hayatına katılımı %18,0 oranındadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda yetişkin bireylerin taraması yapılmış, bireylerin farkındalığı sağlanmış, hekim muayenesine yönlendirilmiştir. Ayrıca riskleri inceleyerek bireylere bilgilendirme yapılmış, riskleri azaltmak için yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmiştir.

ASM 'de çalışan hemşirelerin, risklerin fark edilmesinde, önlenmesi ve tedavi aşamaları dışında, hastalıkların erken tanınmasında önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelerin ASM' ne başvuran kişilerin kan basıncını ölçmesi sorumlulukları arasındadır. Taramalar diğer izlemler gibi rutin hale getirilmelidir. Yaşa göre artan kan basıncı değerleri taramaların özellikle 50 yaş üzerinde yoğunlaştırılmasını ve haftanın belli bir gününün tarama günü olarak ASM nüfusuna duyurulması sağlanabilir. Hemşirelerin bireylere eğitim ve danışmanlık yoluyla davranış değişikliğini sağlamak ve bu değişikliklerin yaşam biçimine dönüştürülmesini sağlamak için sürekliliğin sağlanması, 40 yaş sonrası bireylerin rutin izleme alınması, her izlemede eğitilmesi koruyucu davranışların toplumda yerleşmesine de katkı sağlayacaktır. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda farklı sosyo-ekonomik gruplarla tarama araştırmaları kontrollerin yaygınlaşmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abacı, A. (2011) Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 39(4),1-5.
- Alkan H.Ö., Enç N. (2013) Kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hemşirenin rolü. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(5),14-29.
- Arıcı M., Altun B., Erdem Y., Derici Ü., Nergizoğlu G., Turgan Ç. (2003) Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Ankara. www.turkhipertansiyon.org/pdf/insidans160608.pdf
- Arıcı M. (2015) Turkish hypertension consensus report. Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Dernegi. 43(4),402-409.
- Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. (2015) Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 43(4), 402-409.
- Arıcı M, Turgan Ç, Altun B, Sindel Ş, Erbay B, Derici U, Karatan O, Erdem Y, Hasanoglu E, Caglar S. (2010). Hypertension incidence in Turkey (HinT): A population-based study. Journal of Hypertension, 8(2), 240-244.
- Arpacı M, Kardeşoğlu M, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbay B.Y, Cebeci B.S. (2008) Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,7(4): 333-338.
- Arsıntaş EE, Nergiz Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M. (2019) Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. Ege Tıp Dergisi,58 (4), 319-329
- Ay, A. (2016). Hemşirelik Esasları ve Temel İlkeler. (4. Basım). İstanbul, Nobel Yayınevi.

- Aypak C., Önder Ö., Dicle M., Yıkılan H., Tekin H., Görpelioğlu S. (2013) Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeylerinin ve tedavi uyumlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38(2),224-32.
- Baysal H.Y, Bilgin S., Cantekin L., Bilgin G. (2014) Kadınlarda KVK risk faktörlerinin belirlenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 24(2);28-31.
- Belgin Ü., Gül E. (2013) Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Berra K, Jennings C.S. (2011) Nurse-based models for cardiovascular disease prevention from research to clinical practice. Journal of Cardiovascular Nursing, 26(4),46-55.
- Chua E.Y., Zalilah M.S., Haemamalar K., Norhasmah S., Geeta A. (2017) Obesity indices predict hypertension among indigenous adults in krau wildlife reserve, Peninsular Malaysia, Journal of Health, Population and Nutrition.36 (3),24
- Daly, B., Toulis K., Thomas N., Gokhale K., Martin J., Webber J., Keerthy, D., Jolly, K., Saravanan P. (2018) Krishnarajah Niranthara kumar increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus. A Population-Based Cohort Study,16 (6),21-8.
- Demiral Y, Soysal A, Kılıç B, Uçku R, Bilgin AC, Karakuş N. (2007) İzmir konak ilçesinde 20 yaş üzeri nüfusta sosyo-ekonomik göstergeler ve koroner kalp hastalığı ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(1), 27-40.
- Demisse A.G, Greffie E.S, Abebe S.M, Bulti AB, Alemu S, Abebe B, Mesfin N. (2017) High burden of hypertension across the age groups among residents of gondar city in Ethiopia: A population based crosssectional study. BMC Public Health doi: 10.1186/s12889-017-4646-465
- Doğan N., Toprak D., Serap Demir S. (2012) Afyonkarahisar ilinde erişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. Anadolu Kardiyol Dergisi,12(3), 47-5248.
- Fox C.S. (2010) Cardiovascular disease risk factors, type 2 diabetes mellitus, and the Framingham Heart Study. Trends Cardiovasc Med, 20, 90-95.
- Ilgaz A, Özer Z. (2017) Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: Sistemik Derleme. Kardiyoloji Dergisi, 24(1),31-41.
- İnançgil D, Şendir M, Nisan (2014) Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 5(2): s. 96-101.
- Kabakçı G., Abacı A., Ertaş F.S., Özerkan F., Erol Ç., Oto A. (2006) Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 34(7),395-405.
- Kara S., Arslan B., Mergen H., Öngel K.. (2012) Aile hekimlikleri polikliniklerinde kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Tepecik Eğitim Hastalıkları Dergisi, 22(3),163-69.
- Karabay Ö, Karaçelik M, Yılık L, Tekin N, İriz A, Kumdereli S. (2012) İskemik periferik arter hastalığı: Bir Tarama Çalışması. Türk Göğüs Kalp Damar Derneği Dergisi, 20(3), 450-57.
- Kulak E, Berber B, Temel H, Kutluay S., N., Yıldırım.M., DedeoğluF.N., Çiftçi S., Save D. (2019) Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. Türk Aile Hek Dergisi, 23 (1), 20-30

- Lawes C.M.M., Hoorn S.V., Rodgers A. (2008) Global burden of blood-pressure-related disease. *The Lancet*, 371,1513-1518.
- Lwanga, S.K., Lemeshow, S. (1991). *Samples size determination in health study: A Practical Manuel of WHO*. Geneva.
- Mert H., Özçakar N., Kuruoğlu E. (2011) Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*,15(1),7-12.
- Motlagh, F.S. (2015) Chaman R. knowledge, treatment, control and risk factor for hypertension among adults in southern Iran. *International Journal of Hypertension*, (21),1-8.
- Naik D., Michael A., Kallen A. (2008) Improving hypertension control in diabetes mellitus the effects of collaborative and proactive health communication, *Circulation*, 117(11):1361-68.
- Nkoke C., Makoge C., Dzudie A., Mfeukeu L.K., Luchuo E.B., Menanga A., Kingue S. (2017) A Predominance of hypertensive heart disease among patients with cardiac disease in buea, a Semi-Urban Setting, South West Region of Cameroon Nkoke et al. *BMC*.<https://doi.org/10.1186/s13104-017-3034-6>
- Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redon J., Zanchetti A., Michael Böhm M., Christiaens T., Renata Cifkova R., Guy De Backer G.D., Dominiczak A., Galderisi M., Diederick E. Grobbee D.E., Tiny Jaarsma T., Kirchhof P., Sverre E. Kjeldsen S.E., Laurent S., Athanasios J. Manolis A.J., Peter M. Nilsson P.M., Ruilope L.M., Roland E. Schmieder R.E., Sirnes P.A., Sleight P., Viigimaa M., Bernard Waeber B., Zannad F. (2014) 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC),4,1-72.
- Olieva A.S., Chem R.S., Bruise D., Mccarthy M.D., Ctrine C. (2005) Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertension of population, *JGIM* ,219-25.
- Onat A., Karakoyun S., Akbaş T., Özpamuk K.F., Karadeniz Y., Çakır H. (2015) TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 43(4), 326-32.
- Rosendorf, C., Lackland, D.T., Allison, M., Aronow, W.S., Black, H.R., Blumenthal, R.S. et al. (2015). Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease. *Hypertension*, 65(4), 1372-1407.
- Sengula S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel Ş, Karatana O, Cetin Turgan Ç, Hasanoglu E, Caglar S, Erturka S. (2012) Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012 on behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. *Journal of Hypertension*, 34(6),1208-1217
- Shahim B., Gyberg V, Bacquer D.D., Kotseva K., Backer G.D., Schnell O., Tuomilehto J., Wood Dand., Rydén L. (2018) Undetected dysglycaemi a common in primary care patients treated for hypertension and/or dyslipidaemia. *Cardiovasc Diabetol*, (17), 21-25.
- Sözmen K., Ergör G., Ünal B. (2015) Hipertansiyon sıklığı farkındalığı tedavi olma ve kan basıncını etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-07.
- Taş T. A. (2013) Hipertansiyon modelleri, *Türkiye Klinikleri*, 5(3),45-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı Eylem planı 2015 /ANKARA.

- Türkmen E., Badır A., Ergün A. (2012) Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4),223-231.
- Türkmen, E., Güven G.S. (2010) Kardiyovasküler hastalıklardan primer korunma esasları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41(3),179-85.
- Uysal HB, Yaşar MB, Sönmez HM. (2016) Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(2), 54-63.
- Verdecchia P., Staessen J.A., Angeli F., Simone G., Achilli A., Ganau A., Mureddu G., Pede S., Maggioni A.P., Lucci D., Reboldi G. (2009) Usual vs. tight control of systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension: an open-label randomised trial. *Lancet*, 374,525-533.
- Viera A.J., Cohen L.W., Mitchell C.M., Murp., Sloane P. D. (2008) High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network Study. *JABFM*, 21(4),300-308.
- WHO, (2018) Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.int/diet_physical_activity/en/index.html. Erişim tarihi: 20.06.2018.
- WHO, (2018) Cardiovascular Diseases www.WHO.int/Media_center. Erişim tarihi: 20.06.2018.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: When the causes of death are examined, deaths from chronic diseases are increasing more than other causes. Among these deaths, cardiovascular diseases take the first place. Hypertension is 26.4% worldwide after 20 years of age. This ratio is expected to increase gradually to 29.2% in 2025 (Lawes, Hoom & Rodgers, 2008). Hypertension is a common problem in our country. According to the data of the Turkish hypertension prevalence study, the prevalence of hypertension in the population over 18 years of age is 31.8 percent as of 2003. Turkey is seen by 23.7% according to 2011 data frequency of chronic diseases (Belgin and gül, 2013).

Objective: The aim of study was to determine hypertension and risk factors in adults.

Methods: Individuals (n=165) not diagnosed with hypertension who were admitted to the 29th Family Health Center in Meram, Konya, Turkey were investigated in the study. The data were collected using a questionnaire including all participants' demographic, health and disease characteristics, For all participants, body mass indexes (BMI) were self-reportedly calculated, and BP was also measured. While performing statistical analysis, the percentile of numbers, the average of numerical variables and the chi-square test for ratios were used.

A questionnaire form prepared by the researcher was used to determine the socio-demographic, health and disease related characteristics of the individuals. Calibrated anoroid sphygmomanometer and stethoscope were used for blood pressure measurement. Height and weight values for BMI were calculated according to the self-report of the individuals. The questionnaire was prepared by the researcher in accordance with the literature information. (Belgin and Gül, 2013; Baysal, 2014). Data were collected by face to face interview and measurement method by ASM researcher and trained nurse. In the BMI assessment, the criterion was; weak and very weak weight (BKI <18,5), normal weight (18,5 <BKI <24,9), excess weight (BKI = 25-29,9), fat (BK > 30) was considered to be (WHO, 2018). Arterial blood pressure was measured indirectly using a sphygmomanometer and stethoscope. Blood pressure values of the subjects were obtained by single measurement after at least 15 minutes of rest. The measurement was recorded as systolic (SBP) and diastolic (DBP) while the person was sitting upright (Ay, 2016). SBP <139 mmHg and DBP <89 mmHg were considered normal and values above that were directed to examination for a definitive diagnosis (WHO, 2013).

The Dependent Variable; SBP and DBP values of individuals. Independent Variables; Sociodemographic Characteristics (Age, gender, occupation, educational status, information on how to evaluate economic status). Health Characteristics (Information about applying to a health institution within a year, smoking status, regular exercise, perceived health, BMI, blood pressure measurement in the last year, measured blood pressure value.

SPSS 22.0 package program was used for statistical analysis of the research data. Percentage distribution, mean for numerical variables, and chi-square test were used in study.

Results: The blood pressure of 165 people over 18 years of age who were admitted to the health center with the diagnosis and treatment of hypertension was measured by ASM. When the socio-demographic characteristics were examined, 35,2% of the individuals were 0-59 years old, 72,1% were female, 73,9% were not working, 57,6% were educated at primary level and 72,1% were economies. It is seen that the average level (Table 1). According to the health characteristics, 72. 7% of the individuals applied to the health institution at least once a year, 61,2% did not smoke, 23,0% did regular exercise, 64,2% stated that their health was moderately good. 38,8% of the participants were above normal weight (BMI > 30). 77.6% of the subjects had blood pressure measurement in the last year. As a result of the blood pressure measured during data collection, SBP was found to be 15,8% and DBP was 11,5% high (Table 2).

The rates of SBP and DKB were found to be higher among the individuals over the age of 50 years. SBP was seen to be higher in those with BMI > 30. In case of a chronic disease, SBP and DBP were also found to be high. The most common chronic disease (50,0%) is seen in diabetes. The presence of DM may be attributed to regional differences. Kabakçı et al. (2006) found DM (29%) and coronary artery disease (22%) in his study. Demise et al. (2017). Beekeeper (2003) in the study of DM (8,5%) was found to be seen together with hypertension. Bahira et al. Found that the presence of DM increased hypertension. Kulak et al. (2019) showed that there was a statistically significant relationship between chronic disease and diabetes risk level. Shahim et al. (2018), Chua et al. (2017) showed that DM increases the risk of hypertension twice., Chua EY, Zalilah MS, Haemamas K, Norhasmah S, Geeta A (2018), It has been shown that the frequency of hypertension of DM is increased (Daly et al., 2018). Heart disease is reported to be more common in patients with hypertension (Nkoke et al. 2017). Heart disease has been reported to be more common in patients with hypertension (Nkoke et al. 2017).

In our study, the variables of study, education and economic status, admission to health institution, smoking, exercise, health perception and variables did not affect the height of SBP and DBP. ASM is a socio-economic region with low educational levels and low female employment rates. The fact that 88,2 % of the participants were female may have been influential on these variables. These variables have resulted differently in various studies. In the study conducted in Izmir Konak district, the rate of HT (11,4%) was found in those with regular income.

Conclusion and Recommendation: The presence of chronic disease in individuals affected SBP elevation. The results of our study different from other studies did not show any relationship between educational status, admission to health institution, smoking, exercise, health perception blood pressure. Our study is limited to the ASM region and the applicants and is due to the fact that they are from different socio-economic regions. Nurses working in ASM have important responsibilities in early diagnosis of diseases, apart from risk recognition, prevention and treatment stages. Screening of nurses It is recommended to measure blood pressure through visits to ASM and home visits. Scans should be routinely performed like any other follow-up. Increased blood pressure values according to age can be ensured to be concentrated especially on the age of 50 and to announce a certain day of the week to the ASM population as a screening day. It is also recommended that ASM be provided with posters and brochures for information purposes. Comparative studies with different socio-economic groups are recommended for future research.