

# AYDIN YÖRESİNDE HİPERTANSİYONUN BAZI EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE HİPERTANSİYONA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALAR

SOME EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF HYPERTENSION IN THE DISTRICT OF AYDIN (TURKEY)  
AND KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES CONCERNING HYPERTENSION

Okay Başak,<sup>1</sup> Hulki Meltem Sönmez,<sup>2</sup> Celalettin Camcı,<sup>2</sup> Recep Baltacı,<sup>3</sup> H. Şebnem Karazeybek,<sup>4</sup>  
Figen Yazgan,<sup>4</sup> İsmail Ertin,<sup>5</sup> Ş. Çağlayan Çelik<sup>6</sup>

## Özet

Bilgi, tutum ve uygulamaların değerlendirilmesi, hipertansiyonun kontrolünde önemli bir konudur, ancak hipertansiyonun temel bir sağlık sorunu olduğu ülkemizle ilgili elimizde çok az veri vardır. Bu amaçla, Aydın bölgesinde yaşayan ve rasgele belirlenen 18 yaş üzerindeki 1466 kişinin hipertansiyonla ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını araştırdık. Hipertansiyon (HT) prevalansı tahmini (tarama sırasında kan basıncı (KB)  $\geq$  140/90 mm Hg ve/ya da antihipertansif ilaç kullanan) olarak %29.6 idi. Hipertansif bireylerin %57.9'u durumlarının farkındaydı ve bunların %82.5'i ilaç kullanıyordu. İlaç kullananların yalnızca %19.8'inde HT kontrol altındaydı. İlaç kullanmayanların KB ortalaması, düzensiz ( $p < 0.05$ ) ve düzenli ( $p > 0.05$ ) ilaç kullananlara göre daha düşüktü. Herhangi bir sağlık güvencesine sahip olma, bireylerin antihipertansif ilaç kullanma tutumlarını değiştirmemekteydi. Önceden farkında olsun ya da olmasın yüksek KB olan kişilerle KB düzeyleri normal olan kişilerin hipertansiyonla ilgili bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Yöremizde hipertansiyonla ilgili tanı ve sağaltım çabaları yetersizdir ve HT kontrolünü artırmaya ve hipertansiyondan korunmaya yönelik eğitim ve girişim programlarına gereksinim vardır.

**Anahtar sözcükler:** Hipertansiyon, prevalans, bilgi, tutum, davranış, kontrol, eğitim

## Summary

Assessment of knowledge, attitudes, and practices is a crucial aspect of hypertension (HT) control, but little information is available in our country where HT is a major health problem. We examined knowledge, attitudes, and practices on HT in a random sample of 1466 adults over 18 years of age living in Aydın. The estimated prevalence of HT (screening blood pressure (BP)  $\geq$  140/90 mm Hg and/or taking antihypertensive medication) was 29.6%. Overall, 57.9% of hypertensive individuals were aware of their condition. 82.5% of hypertensives were being treated with antihypertensive medications, but only 19.8% of treated hypertensives had controlled BP. The mean BP levels of the previously hypertensive subjects taking no medication were lower than the mean levels of those on irregular medication ( $p < 0.05$ ) and on regular medication ( $p > 0.05$ ). Having any social coverage did not change the attitudes of previous hypertensives on treatment. There was no statistically significant difference between the knowledge levels of normotensives and hypertensives, whether aware or unaware of the condition, on HT. In conclusion, our data point to the need to maximize the efficiency of HT diagnosis and treatment efforts and to conduct intervention strategies toward the prevention of high BP in the region.

**Key words:** Hypertension, prevalence, knowledge, attitudes, practices, control, education

## Giriş

Hipertansiyon (HT), bütün dünyada yüksek prevalans gösteren, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık riskini artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur.<sup>1-7</sup> Ülkemizde de çeşitli çalışmalarda %20-33 arasında prevalans değerleri saptanan yüksek kan basıncı (KB), erişkin sağlığı için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.<sup>1,3,4,6,8,9</sup>

Değiştirilebilir ve önlenabilir bir risk etkeni oluşu, hipertansiyona karşı savaşımın önemini daha da artırmaktadır. Toplumdaki hipertansiyonlu bireylerin etkin bir şekilde belirlenerek antihipertansif sağaltım uygulanmasının, inme ve kardiyovasküler hastalığa (KVH) bağlı ölümlerin azaltılmasındaki yararı kanıtlanmıştır.<sup>6,7,10-13</sup>

<sup>1)</sup> Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

<sup>2)</sup> Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

<sup>3)</sup> Aydın Yeniköy Sağlık Ocağı, Pratisyen Hekim

<sup>4)</sup> Aydın SSK Hastanesi, Pratisyen Hekim

<sup>5)</sup> Aydın Kuyucak Sağlık Ocağı, Pratisyen Hekim

<sup>6)</sup> Aydın Horsunlu Sağlık Ocağı, Pratisyen Hekim

## Gereç ve Yöntem

### Çalışma tasarımı

Üniversitemizin bulunduğu Aydın yöresinde gerçekleştirilen tarama, kesitsel bir araştırma niteliğindedir. Veriler, önceden hazırlanmış anket formları kullanılarak ev ve işyerlerinde yüz yüze görüşme tekniğiyle elde edildi. Hepsi hekim olan görüşmeciler, KB ölçümüyle ilgili hazırlanan standart bir protokole göre önceden eğitildi. Soru listesi, çalışmaya katılan kişilerin demografik özelliklerini, ve hipertansiyonla ilgili bilgi, tutum, uygulama ve bilgi kaynaklarını belirlemeye yönelik sorular içeriyordu.

1990 yılı nüfus sayımı verilerinin, 1995 yılına projeksiyonuyla Aydın ilinde 18 yaş ve üzerinde 540.000 erişkin insanın yaşadığı hesaplandı.<sup>15</sup> Nüfus yoğunluğu ve dağılımı dikkate alınarak Aydın ili sekiz coğrafi bölgeye ayrıldı. Bu bölgelerde çalışma yapılacak kentsel ve kırsal merkezler rasgele olarak belirlendi. Tarama birimlerinde çalışmaya alınacak kişiler, ev ve işyeri temeline göre gelişigüzel saptandı. Her araştırmacı, çalışmaya alınma koşullarını yerine getiren 200 kişiyi ziyaret etti ve katılmaya davet etti.

Tarama, ilkbahar mevsiminde (mart ayı başından mayıs ayı sonuna kadar) ve her çalışma günü sabah 08-11 saatleri arasında yapıldı. Ev ve işyerlerinde karşılaşılan kişi, o bölge ile ilgili adres, telefon numarası veremiyorsa, başka ilde yaşadığını söylemişse, kendisiyle ilişki kurulamayacak derecede sakatlığı ya da bilinç bozukluğu varsa, aşırı derecede şişman ve 18 yaşından küçük ise tarama kapsamına alınmadı.

### Çalışma nüfusu

Çalışma ölçütlerini karşılayan 1600 kişi işyerlerinde ziyaret edildi ve bunlardan 120'si yapılan katılma davetini kabul etmedi. Katılmama oranı %7.5 idi. 14 kişi, verilerin analizi aşamasında çalışmaya alınma ölçütlerine uymadıkları için çalışma dışı bırakıldı. Dolayısıyla, 653'ü (%44.5) kadın ve 813'ü (%55.5) erkek olmak üzere toplam 1466 kişi çalışmaya alındı. 970 katılımcı (%66) kent merkezlerinde (nüfusu 10.000'in üzerinde) ve 496'sı ise (%34) kırsal bölgelerde yaşamaktaydı. Çalışma nüfusunun yaşa göre frekans eğrisi, ülke genelinin genç nüfus üstünlüğünü yansıtır şekilde hafif sağdan basık olarak saptandı. (basıklık (curtosis):  $-0.78 \pm 0.1$  ve çarpıklık (skewness):  $0.37 \pm 0.06$ ) (Şekil 1).

### Kan basıncı ölçümü

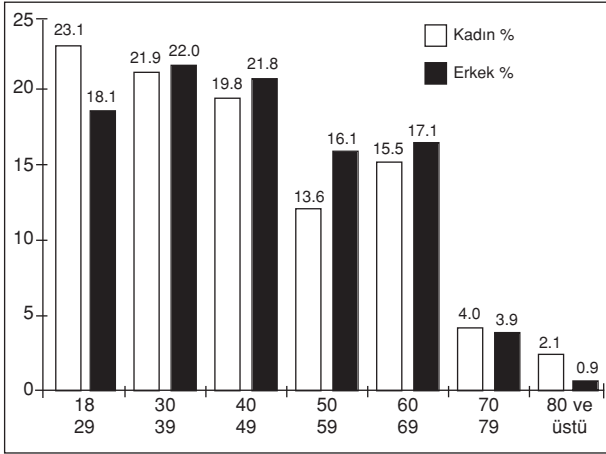
Ev ve işyerlerinde karşılaşılan ve çalışma için uygun olan bireylere önce listedeki sorular soruldu. Yanıtlar görüşmeci tarafından kayda geçirildi. En az 5 dakika dinlenmeleri sağlandıktan sonra, her katılımcının önceden test edilmiş bir aneroid KB ölçüm aletiyle, yaklaşık iki dakika arayla, oturur durumda ve sağ koldan iki kez KB ölçüldü ve ortalaması kaydedildi. Çalışmada kullanılan sekiz KB ölçüm aletinin doğruluğu, metal bir T-bağlan-

Hipertansiyonla ilişkili hastalıkların toplumsal bo-yutları, hipertansiyonun evrelerine göre belirlenen rölatif risk oranlarına ve HT prevalansına bağlıdır. Çok sayıda Risk Etkenine Müdahale Çalışması (MRFIT) için izlenen popülasyondan elde edilen veriler, koroner kalp hastalığı (KKH) rölatif riskinin optimal kan basıncına sahip olanlara göre evre 1 HT'da 2.3 kat, evre 4 HT'da ise 6.9 kat daha yüksek olduğu için, topluma atfedilen riskler evre 1 HT için %25.6 ve evre 4 HT için ise %2.3'tür. KB ile ilişkili topluma atfedilen risk, kan basıncına daha çok bağımlı olan inmede de benzer bir durum göstermektedir.<sup>7</sup>

Bunun yanı sıra, KB ile KVH riski arasındaki ilişkinin sürekli ve ilerleyici bir özellik taşıdığı ve HT oluşmasından önce de, hatta normatansif KB değerlerinde bile ilgili komplikasyonların gelişebileceği ortaya konmuştur.<sup>7,13</sup> Joint Notional Committee on Detection, Evaluation and High Blood Pressure (JNC V) sınıflamasında, optimal KB değerleri olarak sistolik 120 mm Hg ve diyastolik 80 mm Hg'nin altı belirtilmiştir. Tüm bunlar, HT sorunun çözümünde, sağlataının önemli ancak yetersiz olduğunu göstermektedir. HT sağaltımı ve kontrolünün optimal sağlandığı koşullarda bile, KB ile ilişkili KKH riskindeki azalmanın %50'yi geçmeyeceği öne sürülmüştür.<sup>7,13</sup> KB ile ilişkili hastalıkların ortadan kaldırılması amacına ulaşabilmek için hipertansiyonun tanı ve sağlataının korunma stratejileriyle desteklenmesi gerekir. Bu korunma, yüksek risk altındaki gruplara olduğu kadar, toplumun genel KB ortalamasını düşürmeye yönelik de olmalıdır.<sup>13</sup>

Hipertansiyondan korunmada, hipertansiflerin, özellikle de sınırdan ve hafif yüksek KB değerine sahip olanların HT'a ilişkin bilgi, tutum ve davranışları büyük önem taşımaktadır. Halkın yüksek kan basıncına ilişkin, bilgi düzeyinin yükseltilmesi ve buna yönelik eğitim programlarının oluşturulması, hipertansiyona karşı yürütülen savaşımın başarısını arttıracaktır. Yapılan çalışmalar, hasta uyumunun ve yaşam biçimi değişikliklerinin sağlanmasının, HT girişim programlarının başarısında temel oluşturduğunu ortaya koymaktadır.<sup>3,4,7,13,14</sup> Bunun için varolan durumun saptanmasının ve halkın bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. Bu yaklaşımla, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve İç Hastalıkları Anabilim Dalları olarak, Aydın yöresinde hipertansiyonun bazı epidemiyolojik özelliklerini saptamak için Mart-Mayıs 1995 tarihlerinde Aydın Hipertansiyon Araştırmasının (AYDINHİP) gerçekleştirdik. Bu makalede, bu çalışmadan elde edilen, halkın hipertansiyona yönelik bilgi tutum ve uygulamalarına ilişkin verileri sunuyoruz.

tısıyla standart bir civalı KB ölçüm aletine bağlanarak farklı basınç düzeylerinde kontrol edildi.<sup>16,17</sup> Kola sarılan erişkin tipi manson (23x13 cm boyutlarında balonu olan), önce nabızla belirlenen sistolik basıncın 30 mm Hg üstüne kadar şişirildi ve 2 mm Hg/sn'den hızlı olmayacak şekilde söndürülürken ilk sesin duyulduğu faz I dikkate alınarak sistolik KB ve seslerin kaybolduğu faz V dikkate alınarak diyastolik KB ölçüldü. KB ölçümlerinde WHO/ISH tavsiyelerine uyuldu.<sup>11</sup>



Şekil 1  
Çalışma nüfusunun yaşa göre dağılım sıklığı

### İstatistik değerlendirme

Tüm bilgiler kodlanmış halde bilgisayara aktarıldı. Kaydedilen bilgilerin işlenmesi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS for windows) istatistik programıyla yapıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilerek yapılan istatistiksel değerlendirmede frekans, çapraz tablolama, Levene testi, bağımsız örnekler t-testi, varyans analizi (ANOVA), kovaryans analizi (ANCOVA) ve Tukey-HSD testi kullanıldı.<sup>18</sup>

## Sonuçlar

### Genel bulgular

Çalışmaya katılan 1466 kişinin 653'ü (%44.5) kadın ve 813'ü (%55.5) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 47.6±15.0 ve medyan 44 (yaş aralığı 18-87) bulunmuştur (kadınlarda 44.9±17.0 ve 43, erkeklerde 46.2±15.2 ve 45). %63'ü 18-50 yaşları arasında olan çalışma nüfusunun yaş dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Taranan kişilerin ancak %34'ü ilkökul sonrası okul eğitimi almıştır (Tablo 1) ve %42'si sigara kullanmaktadır. %31'i ev hanımı olan katılımcıların %12'si serbest meslek sahibi, %20'si çiftçi, %18'i memur (silahlı kuvvetler dışında), %11'i işçi ve %8'i işsizdir. %32'sinin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmazken, %25'i Emekli Sandığı, %18'i Bağ-Kur, %24'ü Sosyal Sigortalar Kurumu ve %1'i Yeşil Kart güvencesi altındadır.

Tablo 1

Çalışma nüfusunun eğitim durumu

	Okula gitmemiş	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek okul
Sayı	190	782	129	226	139
%	13.0	53.3	8.8	15.4	9.5

n=1466

### Kan basıncı bulguları

Çalışma sonuçlarımıza göre Aydın yöresinde yüksek KB prevalansı %29.6 olarak tahmin edilmiştir (140 mm Hg ≤ sistolik KB olan ve / ya da 90 mmHg diyastolik KB olan ve/ya da antihipertansif ilaç kullanan). Bu rakam kadınlarda %34.1 ve erkeklerde %26.0'dır. HT prevalansı kadınlarda erkeklerden anlamlı ölçüde daha yüksektir. ( $X^2 = 11.12$  ve  $p=0.000$ ). Eğitim düzeyi düşük olan (ortaokul ve aşağısı) kişilerde ( $133.5 \pm 28.3 / 79.1 \pm 15.8$  mm Hg) eğitim düzeyi yüksek olan (lise ve üstü) kişilere göre ( $119.6 \pm 20.6 / 76.3 \pm 12.8$  mm Hg) daha yüksek KB düzeyleri saptanmıştır (sistolik KB için  $t=10.09$  ve  $p=0.000$  ve diyastolik KB için  $t=3.24$  ve  $p=0.001$ ). Yaşın etkisinin ortadan kaldırıldığı kovaryans analizinde ve çoklu karşılaştırma işlemiyle, ev hanımlarında ve işsizlerde diğer sosyoekonomik gruplara göre anlamlı ölçüde daha yüksek KB düzeyleri saptanmıştır (ANCOVA,  $p=0.000$  ve Tukey-HSD testi, alfa düzeyi 0.05). Ev hanımlarının KB ortalaması, diğer çalışan kadınların KB ortalamasından da anlamlı ölçüde daha yüksektir ( $t=8.57$ ,  $p=0.000$  ve  $t=4.86$ ,  $p=0.000$ ).

### Yüksek kan basıncına karşı tutum ve uygulamalar

Katılımcıların %19'u (284 kişi), daha önce HT tanısı almış olduklarını bildirmiştir. HT tanısında 140 mm Hg ve/ya da 90 mm Hg sistolik ve diyastolik KB değerleri dikkate alındığında, hipertansif bireylerin %57.9'u durumlarının farkındadır. Farkında olanların %82.5'i düzenli ya da düzensiz olarak antihipertansif ilaç kullanırken, ilaç alanların yalnızca %19.8'inde yüksek KB kontrol altındadır. Eski hipertansiflerin %27'si (77 kişi) hiçbir antihipertansif ilaç kullanmamaktadır; %30'u (84 kişi) düzensiz ilaç kullanırken yalnızca %43'ü (123 kişi) ilaçlarını düzenli olarak almakta olduğunu ifade etmiştir. Hiç ilaç kullanmayan 77 hipertansif bireyin 32'sinde ve düzenli ya da düzensiz ilaç kullanan 207 hipertansif bireyin 41'inde, tarama sırasında ölçülen KB düzeyleri normal sınırlarda çıkmıştır. Yapılan ölçümlerin normal değerlerde olması bakımından ilaç kullanmayanlar lehine olan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $c^2 = 13.33$  ve  $p=0.000$ ). Tek yönlü varyans analizinde, eski hipertansiflerin ilaç kullanma durumlarına göre belirlenen alt gruplarının sistolik ve diyastolik KB ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F_{2,281} = 5.05$  ve  $p=0.007$ );  $F_{2,281} = 3.91$  ve  $p=0.021$ ). Tablo 2'de de görüldüğü gibi bu anlamlılık, hiç ilaç kullanmayanlar-

la düzensiz ilaç kullananların KB ortalamaları arasında ki farktan kaynaklanmaktadır (Tukey-HSD testi, 0.05 alfa düzeyi).

Hipertansiyonlu oldukları halde hiç ilaç kullanmama gerekçeleri sorulduğunda, daha önceden HT saptanmış kişilerin %69'u gerek görmediğini, %27'si önemsemediğini ifade etmiş, yalnızca %4'ü olanaksızlık nedeniyle kullanmadığı yanıtını vermiştir. Düzensiz ilaç kullananların ise %78'i hastalığını önemli görmezken, %22'si önemsemediği için tedavisine dikkat etmemektedir. Düzenli ya da düzensiz antihipertansif ilaç aldığı ifade eden eski hipertansiflerin kullandıkları ilaçların dağılımı Şekil 2'de verilmiştir. Görüldüğü gibi bu kişilerin %52'sinin elinde etkin fakat pahalı antihipertansifler bulunmaktadır.

**Tablo 2**

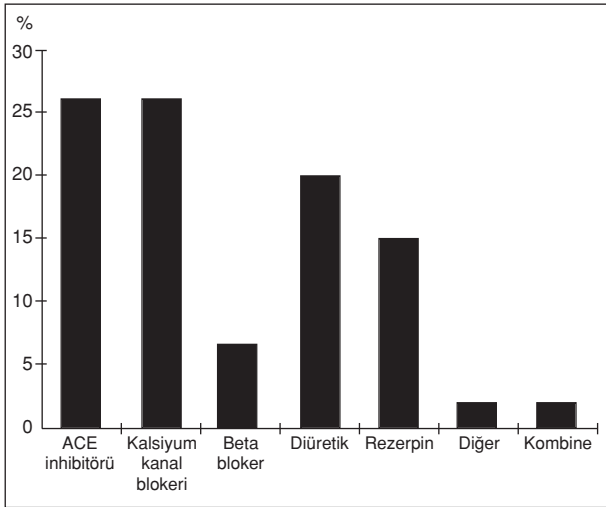
Eski hipertansiflerin ilaç kullanma durumlarına göre ortalama kan basıncı düzeyleri

	Olgu sayısı (%)	Ortalama SKB±SD	Ortalama DKB±SD
<b>İlaç kullanmayanlar</b>	77 (27)	* 149.7±30.6	* 85.6±15.5
<b>Düzensiz kullananlar</b>	84 (30)	* 165.3±28.3	* 93.0±17.8
<b>Düzenli kullananlar</b>	123 (43)	* 156.3±33.1	* 89.9±16.6

n=284

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, SD: Standart deviasyon.

\* Tukey-HSD testi, alfa düzeyi 0.05. Tek yönlü varyans analizindeki anlamlılık, hiç ilaç kullanmayanlarla düzensiz ilaç kullananların KB ortalamaları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.



**Şekil 2**

Eski hipertansiflerin kullandıkları ilaçlar

Önceden hipertansiyon tanısı almış 284 katılımcının sağlık güvencesine sahip olmalarıyla kan basıncını düşürücü ilaç kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05, Tablo 3). Öte yandan Tablo 4'te görüldüğü gibi, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ya da SSK gü-

vencesine sahip olmayla ilaç kullanma durumu arasında da anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). Sağlık güvencesi olmayanlarla herhangi bir sağlık güvencesi olan eski hipertansiflerin diyastolik KB düzeyleri arasındaki güven- cesi olanlar lehine olan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (t=1.89 ve p=0.061), sistolik KB düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=3.86 ve p=0.000). Sağlık güvencesi sağlayan kurumlara göre saptanan KB ortalamaları Tablo 5'te gösterilmiştir. Görüldüğü gibi sistolik KB ortalamaları arasındaki anlamlı fark, herhangi bir güvencesi olmayan ve Bağ-Kur ve SSK güvencesi altında olan hipertansiflerin KB ortalamalarıyla Emekli Sandığı güvencesinde olanların KB ortalaması arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 3**

Eski hipertansiflerde sağlık güvencesine sahip olma ile ilaç kullanma durumu arasındaki ilişki

	Sağlık güvencesi yok	Sağlık güvencesi var	Toplam (%)
<b>İlaç kullanmıyor</b>	15	62	77 (27)
<b>İlaç kullanıyor</b>	53	154	207 (73)
<b>Toplam (%)</b>	68 (24)	216 (76)	284 (100)

$\chi^2$ =testi, p>0.05.

**Tablo 4**

Sağlık güvencesi sağlayan kuruluşlara göre ilaç kullanma durumu (%)\*

	Emekli Sandığı	BAĞ-KUR	SSK	Satır Toplamı
<b>İlaç kullanmıyor</b>	19	17	25	61 (28)
<b>İlaç kullanıyor</b>	57	52	43	152 (72)
<b>Sütun toplamı</b>	76 (36)	69 (32)	68 (32)	213 (100)

$\chi^2$ =testi, p>0.05.

\* Yeşil kartlılar alınmamıştır.

Daha önceden HT tanısı konan kişilerde, ilaç kullanma durumu ile tuz kısıtlaması yapma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (c<sup>2</sup><sub>2dt</sub> = 31.91 ve p=0.000). Düzenli ilaç alanlar tuz kısıtlamasına daha çok uymaktadırlar.

### Hipertansiyona ilişkin bilgi düzeyleri

Tarama sırasında katılımcılara, hipertansiyonla ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik sorular da sorulmuştur. "Normal sistolik ve diyastolik KB kaçtır" sorusuna (yöre halkı büyük ve küçük tansiyon diye tanmaktadır) çalışmaya katılanların %41'i doğru (normal sistolik KB için 100-140 mm Hg arası ve normal diyastolik KB için 60-90 mm Hg arası doğru kabul edilmiştir). %21'i yanlış yanıt vermiş ve %37'si ise herhangi bir rakam söyleyememiştir. Hipertansiyonu olanlarla olmayanların normal KB değerini bilme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların %85'i hipertansiyonun bulaşıcı bir hastalık olmadığını belirtirken, %5'i bulaşıcı olduğunu ve %10'u ise bilmediğini ifade etmiştir. Hipertansiyonun zararsız bir hastalık olduğunu söyleyen katılımcı oranı yalnızca %2'dir. Çalışmaya katılanların %48'i HT hastasının üç, %7'si altı ay arayla düzenli olarak doktora kontrole gitmesi gerektiğini söylerken, %34'ü yalnızca yakınmaları olunca doktora gidilmesi gerektiğine inanmaktadır. "Böbrek hastalığı hipertansiyona neden olabilir mi" sorusuna %33'ü evet, %12'si hayır yanıtını vermiş ve %54'ü ise bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %82'si hiperansiyonlu kişilerin zayıflaması gerektiğini söylemiştir. %91'i hipertansiyonla ilgili herhangi bir kitap okumamışken, hipertansiyonla ilgili bir TV programı izlemiş olanların oranı ise %68'dir. Hipertansiyonun yaptığı organ hasarı konusunda, taranan kişilerin %45'i hipertansiyonun göz, böbrek, beyin, kalp ve damarların hepsine, %25'i yalnızca beyne ve %14'ü de yalnızca kalbe zarar verdiğini ifade etmiştir. Önceden farkında olsun ya da olmasın yüksek KB olan kişilerle KB düzeyleri normal olan kişilerin hipertansiyonla ilgili yukarıda verilen bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5**

*Hipertansif bireylerin sahip oldukları sağlık güvencesine göre sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyleri*

	Sayı	Ortalama SKB±SD†	Ortalama DKB±SD
<b>Güvence yok</b>	68	*169.7±34.4	93.3±19.3
<b>Emekli Sandığı</b>	76	*141.8±26.8	86.6±15.0
<b>BAĞ-KUR</b>	69	*159.7±27.7	88.0±15.0
<b>SSK</b>	68	*157.1±32.8	89.8±17.0
<b>Yeşil kart</b>	3	**192.3±5.8	109.6±8.0

*n=284*

† Tek yönlü ANOVA,  $F_{3,280} = 10,65$  ve  $p=0,000$ .

\* Tukey-HSD testi, alfa düzeyi 0.05. Tek yönlü varyans analizindeki anlamlılık, Emekli Sandığı güvencesinde olanların KB ortalamasıyla, herhangi bir güvencesi olmayan ve BAĞ-KUR ve SSK güvencesinde olan hipertansiflerin KB ortalamaları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

\*\* Yeşil Kart güvencesinde olanlar sayılarının azlığı nedeniyle varyans analizine alınmamıştır.

## Tartışma

Bu çalışma, yöremizde yüksek kan basıncının bazı epidemiyolojik özelliklerini, prevalans tahminlerini ve halkın hipertansiyonla ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik kesitsel bir araştırmadır. Elde ettiğimiz verileri tartışmadan önce, çalışma tasarımından kaynaklanan ve özellikle yapılan KB ölçüm sonuçlarını etkileyecek nitelikteki bazı noktalara açıklık getirmek istiyoruz. Birincisi, çalışma kapsamında taranan kişiler, iş yerlerinde ya da evlerinde değerlendirilmiş ve herhangi bir izlem yapılmamıştır. Tek bir ziyarette yapılan ölçümler, klinik bir karar olan kontrolde HT değerlendirmele-

rini ve yüksek KB prevalans tahminlerini etkilemiş olabilir. İkincisi, tarama ölçümlerinde tek tip manşonu olan aneroid KB ölçüm aletleri kullanılmıştır. 12-23 cm boyutlarında balonu olan erişkin tipi küçük manşonların kullanılmış olması, aşırı şişmanların çalışmaya alınmamasına karşın, ölçülen değerleri olduğundan yüksek gösterici niteliktedir.<sup>16,17,19</sup> Ancak, taramada kullanılan sekiz KB ölçüm aletinin, uluslararası HT örgütlerinin tavsiye ettikleri bir düzenekle önceden test edilmiş olması, yapılan ölçümlerin geçerli ve güvenilir olmasını sağlamıştır.<sup>16,17</sup> Son olarak, çalışma nüfusunun seçimiyle ilgili sınırlamalar olabilir. Nüfus yoğunluğu ve kırsal-kentsel yerleşim ağırlığı dikkate alınarak rastgele sekiz coğrafi bölge belirlenmiş olmakla birlikte, her bir bölgedeki katılımcıların gelişigüzel seçilmiş olması, çalışma nüfusunun halkın genelini temsili konusunda kuşku yaratabilir. Bununla birlikte, kır-kent dağılımının genel nüfustaki dağılıma uygunluğu ve çalışma nüfusunun yaş dağılım grafiğinin, Türkiye'nin genel nüfustaki genç insan egemenliğini yansıtır şekilde sağdan sola hafif basık oluşu, çalışmada sunulan prevalans tahminlerinin genelleme gücünü arttırmaktadır.<sup>15,20</sup> Yine de, tüm bunlardan dolayı sonuçlarımız dikkatle yorumlanmalıdır.

Hipertansiyonun uzun süre belirtisiz kalabilmesi, hatta tanı konduktan sonra da uzun yıllar ciddi herhangi bir belirti vermeden sürebilmesi ve büyük ölçüde tedavi edilebilir olması, hastalığın halk arasında ve hatta bir ölçüde hekimler arasında fazla ciddiye alınmamasına yol açmaktadır.<sup>3,4,7,13,21-23</sup> Oysa hipertansiyonun tanı ve sağaltımının, ciddi komplikasyonların oluşmasının önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır.<sup>6,7,10-13</sup> ABD'de son 30 yıl içinde hipertansiyonun farkına varılma, tedavi edilme ve kontrol altına alınma oranlarındaki düzelmeler, hipertansiyona bağlanabilen mortalite ve morbiditede büyük azalmalar sağlanmasına katkıda bulunmuştur.<sup>24</sup>

Çalışmamızdan elde edilen veriler, özellikle HT'un sağaltımı ve hipertansiflerin sağaltımıyla ilgili tutum ve uygulamaları konusunda önemli sıkıntılar ortaya koymaktadır. Hipertansif bireylerin tedavi yaklaşımındaki tutum ve davranışları, HT'un kontrol altında tutulmasını sağlayıcı nitelikte değildir. Antihipertansif ilaç kullanımının KB değerlerine olumlu etkisi kuşkuludur. İlaç kullanmayan, düzensiz ya da düzenli ilaç kullanan gruplar arasında saptanan fark, düzensiz ilaç kullanan grubun KB ortalamasının yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. Tablo 2'de görüldüğü gibi, ilaç kullanmayan grubun KB ortalaması en düşüktür. Paradoks gibi görünen bu durum iki şekilde açıklanabilir. Birincisi, ilaç kullanmayan eski hipertansifler, genellikle hafif hipertansiyonlulardan oluşmuş olabilir ya da bu grupta yanlışlıkla HT tanısı konmuş olanlar ağırlıkta olabilir. Nitekim, tarama sırasında yapılan KB ölçümü normal sınırlarda çıkan eski hipertansiflerin sayısı, ilaç kullanmayan grupta düzenli ya

da düzensiz ilaç kullanan gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek çıkmıştır. İkincisi, tedavi uygulayan, özellikle düzensiz ilaç kullanan hipertansiflerin antihipertansif sağaltım girişimleri etkili olmamaktadır.

Öte yandan, herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmanın anihipertansif ilaç kullanmayı artırıcı bir etkisi görünmemektedir (Tablo 3). Çeşitli sağlık sigortalılarına bağlı olanlar arasında da ilaç kullanma yönünden farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4). Yani, ilaçların az bir katkı payıyla sağlanabilmesi etkili bir ilaç kullanmayı beraberinde getirmemektedir. KB ortalamaları dikkate alındığında ise, yalnızca Emekli Sandığı güvencesinde olan hipertansifler, diğerlerine göre daha düşük KB düzeylerine sahiptir (Tablo 5). Bu durum, Emekli Sandığı'nın kendisine bağlı memur ve emeklilerine daha düzenli olarak ilaç sağlayabildiği şeklinde yorumlanabilir. Ancak, memur ve memur emeklilerinin toplumun daha bilgili ve bilinçli kesimini oluşturdukları ve bu nedenle bu etkinin tutum ve davranışlardaki farklılıktan kaynaklanabileceği unutulmamalıdır.

Eski hipertansiflerin hiç ilaç kullanmama ya da düzensiz kullanma nedeni olarak gösterdikleri gerekçeler, sağlık güvencesine sahip olmanın tedavi düzeyini artırmadaki etkisizliğini doğrular niteliktedir. Büyük çoğunluğunun ilaç kullanmayı gerekli görmemesi ya da hastalığını önemsememesi, hipertansiflerin sağlık hizmetlerine ulaşamama ve ilaç sağlayamama durumundan çok başka nedenlerle tedaviye uyumsuz olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda düzenli ilaç alanların tuz kısıtlamasına daha çok uyduklarının saptanması da bunu destekler niteliktedir. Hipertansif bireylerin hastalıklarına karşı yaklaşımlarını, doktorlarının izlem ve önerilerinden çok kendi sağlık bilgi ve inanışlarının belirlediği ve belki de hissettikleri rahatsızlık derecesinin etkili olduğu düşünülebilir.

HT gelişen kişilerin çok büyük bir bölümünün, uygun yaşam biçimi değişikliklerini yapmadığı ve kan basıncını kontrol altına alacak şekilde ilaç kullanmadığı, yerli ve yabancı literatürde de sıklıkla vurgulanmıştır. Bilir, hipertansiyonun ne hekimler ve ne de hastalar ve toplum tarafından yeterince önemsenmeyen bir sağlık sorunu olduğunu belirtmektedir.<sup>4</sup> HT epidemiyolojisiyle ilgili olarak ülkemizde yapılan çalışmalarda, hipertansif bireylerin bilgi tutum ve uygulamaları üzerinde fazla durulmamış olmakla birlikte, antihipertansif sağaltımın etkisizliği, hastaların tedaviye uyum sorunu ve davranış değişiklikleri oluşturmanın güçlüğü genellikle vurgulanmaktadır.<sup>1,3,6,9</sup>

Hipertansiyonun kontrolü açısından önemli görülen bilgi, tutum ve uygulamaları değerlendirdikleri bir çalışmada Aubert ve ark., halkın çoğunluğunun HT ve sonuçlarına ilişkin temel bilgilerinin iyi düzeyde olmasına kar-

şın, çok azının HT için uygun ve olumlu davranış ve uygulamalar geliştirdiklerini saptamışlardır. Onlar ayrıca, bu durumun bireylerin sahip oldukları KB düzeylerine ve KB yüksekliğinin farkında olup olmamalarına göre farklılık göstermediğini, dahası başka kardiyovasküler risk faktörlerini de taşıyan hipertansiflerin, bu faktörlerin yıkıcı etkilerini iyi bilmelerine karşın onları kontrol etme konusunda çok az şey yaptıklarını belirtmektedirler.<sup>14</sup> Schweisser-Rieder ve ark., HT üzerine bilgilendirme kampanyasından sonra halkın hipertansiyonun risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerinin arttığını ve toplumun hipertansiyonun sağlığa verdiği zararlar konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.<sup>25</sup>

Kardiyovasküler hastalıkların önemli bir bölümünün, KB optimal düzeyin üzerinde olan, ancak HT kabul edilerek tedavi edilecek kadar yüksek değerlere ulaşmamış bulunan bireylerde geliştiğinin belirlenmesi, kan basıncının düşürülmesine yönelik toplum genelinde uygulanacak girişimlerin önemini artırmıştır.<sup>7,13,26</sup> Buradan hareketle JNC'nin VI. raporunda yeni olarak, yaşam biçimi değişiklikleriyle yüksek kan basıncının önlenmesine duyulan gereksinim, hipertansiyonun sağaltımında dikkatli bir bakımın önemi ve hastaların sağaltıma uyumunu artıracak stratejiler vurgulanmaktadır.<sup>26</sup> Korunmanın etkili bir şekilde sağlanması, halkın bilgi düzeyini artırıcı eğitim programları ve kampanyaların hazırlanmasını gerektirmektedir.

Sonuçlarımıza göre bölge halkının hipertansiyon konusundaki bilgi düzeyinin yeterli olduğu söylenemez. Katılımcıların yarıdan fazlası normal KB düzeyini bilmemektedir. Böbrek hastalığının hipertansiyona neden olması ve hipertansiyonun yaptığı organ zararları konusunda çalışma nüfusundan elde edilen veriler ve hipertansiyonla ilgili herhangi bir kitap okuma ya da TV programı izleme oranları, hipertansiyonun önemini kavrama konusunda yeterli görülemez. Dahası tüm bu konularda doğru bilgilere sahip olmak, yüksek KB konusunda duyarlı olmayı ve hipertansiyonu önleyici yaşam biçimi düzenlemelerine uyulmasını sağlamamaktadır. KB yüksek olanlarla olmayan bireylerin hipertansiyonun çeşitli yönleriyle ilgili bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, bilgi düzeyleri yeterli olanlarla olmayan bireylerin KB ortalamaları arasında da anlamlı farklar yoktur.

Hipertansiyona karşı etkisiz kalınmış olmasının diğer bir nedeni de ülkemizde hasta izleminin, yani sürekli bakımın yeterli ve etkili olmayışıdır. Bütün bunlar birinci basamakta ciddi sorunlar olduğunu göstermektedir. Eski hipertansiflerin ellerinde ağırlıklı olarak ACE inhibitörü ve kalsiyum kanal blokeri gibi yüksek kan basıncını düşürmede etkili, ancak pahalı ilaçlar vardır. Oysa yine Aydın bölgesinde yaptığımız bir çalışmada, sağlık ocağı hekimlerinin antihipertansif tedavide çoğunlukla diüretikleri ve beta blokerleri kullandıkları saptanmıştır.<sup>27</sup>

Sonuç olarak yöremizde, hipertansiyonla ilgili tanı ve sağaltım çabalarının yetersiz olduğu görülmektedir. Hipertansiyon nedeniyle yapılan laboratuvar incelemelerine, hastaneye ve çoğu yüksek fiyatlara sahip antihipertansif ilaçlara harcanan ülke parasının ve emeğinin büyük ölçüde ziyan olduğu kanısındayız. Halkın, sağlığını önemseme ve HT bilincini artırmaya yönelik sağlık eğitimine ağırlık verilmeli, HT kontrolünü artırmaya ve hipertansiyondan korunmaya yönelik eğitim ve girişim programları oluşturulmalıdır. Etkili bir sağlık eğitimi, kendi kendine bakımı, yani sağlıklı olmanın bilincine varmayı ve sağlığın önemsenmesini geliştirecektir.

Sağlık güvencesi koşulları geliştirilmeli ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinlik ve yeterliliği artırılarak, HT hastalarını düzenli izleme ve sürekli bakım koşulları sağlanmalıdır. Kişiselleşmiş bakım hasta izleminin temel dayanağıdır.

Halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını daha iyi belirleyecek, özellikle hastanın sağaltıma uyumunu etkileyen etkenleri araştırarak yeni araştırmalara gereksinim vardır.

#### Kaynaklar

1. **Onat A, Şenocak M, Örnek E ve ark.** Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 5. Hipertansiyon ve sigara içimi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1991; 19: 169-77.
2. **Al-Roomi K, Heller RF, Holland T ve ark.** The importance of hypertension in the aetiology of infarctive and haemorrhagic stroke. *Med J Aus* 1992; 157: 452-5.
3. **Çöl M, Özyurda F.** Park Sağlık Ocağı bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 1992; 45(2): 247-62.
4. **Bilir N.** Hipertansiyonun toplumsal önemi ve korunma. *Hipertansiyon Bülteni* 1992; 2(4): 55-8.
5. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med* 1993; 153: 154-83.
6. **Erdine S.** Türkiye Hipertansiyon Haritası. İstanbul, Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği Yayınları, 1993; 1-101.
7. **He J, Whelton PK.** Epidemiology and prevention of hypertension. *Med Clin North Am* 1997; 81(5): 1077-97.
8. **Toksöz P, İlçin E.** Diyarbakır bölgesinde hipertansiyon prevalansı ve bunun beslenmeye ilişkin bazı etmenlerle ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1992; 21(1): 61-70.
9. **Onat A, Dursunoğlu, Sansoy V ve ark.** Türk erişkinlerinde kan basıncında yeni eğilimler: TEKHARF çalışması 1990-1995 verilerinin analizi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1996; 24(2): 73-81.
10. **Bannan LT, Beeveres DG, Jackson SHD.** ABC of blood pressure management: detecting hypertensive patients. *Br Med J* 1982; 282: 1211-13.
11. **Zancheti A, Chalmers J, Arakawa K ve ark.** Guidelines for the management of mild hypertension. Memorandum from a WHO/ISH meeting. *ISH Hypertension News. Special edition, 1993; 1-20.*
12. **Poulter NR, Zographos D, Mattin R, Sever PS, Thom SM.** Concomitant risk factors in hypertensives: a survey of risk factors for cardiovascular disease amongst hypertensives in English general practices. *Blood Press* 1996; 5(4): 209-15.
13. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. *Arch Intern Med* 1993; 153: 186-208.
14. **Aubert L, Bovet P, Gervasoni JP, Rwebogora A, Waeber B, Paccaud F.** Knowledge, attitudes, and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. *Hypertension* 1998; 31(5): 1136-45.
15. **Devlet İstatistik Enstitüsü.** “İstatistik Göstergeler 1923-1992”. Ankara, 1994; 14.
16. **Petrie JC, O’Brien ET, Littler WA, de Swiet M.** Recommendations on blood pressure measurement. British Hypertension Society. *Br Med J* 1986; 293: 611-5.
17. **Kirkendall WM, Feinleib M, Freis ED, Mark AL.** Recommendation for human blood pressure determination by sphygmomanometers. *Circulation* 1980; 62: 1145A-55A.
18. **Norusis MJ.** SPSS for Windows Base System User’s Guide Release 6.0, Chicago, U.S.A., SPSS Inc., 1994.
19. **O’Brien ET, Petrie JC, Littler WA ve ark.** Blood Pressure Measurement. Recommendations of the British Hypertension Society. *BMJ Publishing Group Plymouth* 1997; 1-27.
20. **Sağlık Bakanlığı.** HÜ Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, 1994; 5.
21. **Mandıracıoğlu A, Doğan F.** Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı. *Ege Tıp Dergisi* 1993; 32(3-4): 499-501.
22. **Green MS, Peled I.** Prevalence and control of hypertension in a large cohort of occupationally-active Israelis examined during 1985-1987: The Cordis Study. *Int J Epidem* 1992; 21: 676-82.
23. **Botti G, Favaro L.** The campaign against arterial hypertension. *G Ital Cardiol* 1983; 13(4): 225-31.
24. **Burt VL, Cutler JA, Higgins M ve ark.** Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995; 26: 60-9.
25. **Schweisser-Reider A, Kunze U.** Blood pressure awareness in Austria: indicators of an increasing information deficit. *Wien Klin Wochenschr* 1995; 107(16): 493-9.
26. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
27. **Başak O, Sönmez HM, Payza E.** Birinci basamakta hipertansiyon yönetimi. *Aile Hek Derg* 1997; 1(3): 148-52.

Geliş tarihi: 05.01.1998

Kabul tarihi: 28.03.1998

#### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Okay Başak

Cumhuriyet Mah. Çine Cad. 3. Sok.

No:48 B2 Blok D: 11

09030 AYDIN

Tel: (0256) 214 59 46 (0256) 212 18 50 (Ev)