

**BİTLİS İL MERKEZİNDEKİ YETİŞKİNLERDE
HİPERTANSİYON SIKLIĞI VE YÖRESEL
BESLENMEYLE İLİŞKİSİ**

Cihan ÖNEN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

Doktora Tezi - 2015

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİTLİS İL MERKEZİNDEKİ YETİŞKİNLERDE HİPERTANSİYON SIKLIĞI
VE YÖRESEL BESLENMEYLE İLİŞKİSİ**

Cihan ÖNEN

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

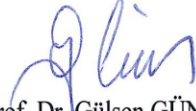
**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

**MALATYA
2015**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Cihan ÖNEN**'in "**Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

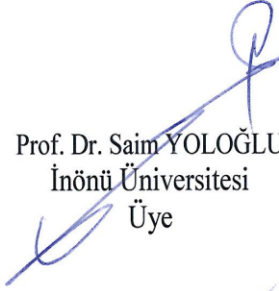
Tez Savunma Tarihi: 23/12/2015



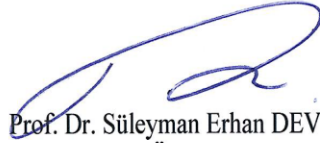
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi
Üye



Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İnönü Üniversitesi
Üye



Prof. Dr. Süleyman Erhan DEVECİ
Fırat Üniversitesi
Üye



Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tefik OZAN
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/...../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım ve Sınıflandırma	3
2.2. Tanı	3
2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	4
2.3.1. Prevalans, Mortalite, Farkındalık ve Kontrol	4
2.3.1.1. Dünyada Durum.....	4
2.3.1.2. Türkiye’de Durum	5
2.3.2. Hipertansiyonun Nedenleri	6
2.3.2.1. Davranışsal Faktörler	6
2.3.2.2. Sosyoekonomik Faktörler	6
2.4. Komplikasyonlar.....	6
2.5. Tedavi	7
2.5.1. İlaç Tedavisi.....	7
2.5.1.1. Hipertansiyon Yönetiminde JNC-8 Önerileri	7
2.5.1.2. Hipertansiyon Direnci	8
2.5.2. Yaşam tarzı değişikliği	8
2.6. Kontrol ve Önleme.....	9
2.6.1. Hipertansiyonun Kontrol ve Önlenmesinde Diyetin Katkısı.....	9
2.6.1.1. Akdeniz Diyeti	9
2.6.1.2. DASH Diyeti.....	9
2.6.1.3. Tuzlu Beslenme ve Sağlık	10
2.6.2. Sağlık Eğitimi	12
2.6.3. Hipertansiyon Kontrolündeki Engeller	13
2.6.4. Hipertansiyon Kontrolünde Hemşirelik Bakımı	13
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Bitlis Hakkında Genel Bilgiler	14

3.1.1. Coğrafi Durum.....	14
3.1.2. Nüfus.....	14
3.1.3. Sağlık	14
3.2. Araştırmanın Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü.....	14
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	15
3.4. Yöresel Besinlerin Tanıtılması	16
3.5. Veri Toplama Aracı ve Ölçümler	17
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	17
3.7. Araştırmaya Katılım Ölçütleri	18
3.8. Çalışmanın İzni ve Etiği	18
4. BULGULAR.....	19
4.1.Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri	19
4.2. Sosyodemografik Özellikler, Yöresel Beslenme ve Hipertansiyon.....	24
4.3. Hipertansiyon Sıklığı, İlaç Kullanımı, Diyet, Kontrolü ve Farkındalığı	29
4.4. Katılımcıların Beslenme Alışkanlığı	32
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	45
EKLER.....	50
EK.1. ÖZGEÇMİŞ.....	51
EK.2. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	52
EK.3. Anket İzni	55
K.4. Anket Formu	56

TEŞEKKÜR

Tezin planlanması, sürdürülmesi ve sonuçlandırılmasında desteklerini esirgemeyen başta danışmanım Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e ve Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tezin istatistiklerinde desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Saim YOLOĞLU'na katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Çalışma boyunca yardımlarını esirgemeyen sağlık çalışanlarına, öğrencilerime ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle ilişkisi

Amaç: Çalışmada Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı, bunu etkileyen yöresel beslenme faktörleri ve ilişkili diğer faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini, Bitlis il merkezindeki 30 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Örneklemeye alınan kişilerle 15 Şubat-15 Nisan 2015 zaman aralığında yüz yüze görüşülerek sahadan veriler toplanmıştır. İstatiksel analizde Ki-Kare testi ve Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındakilerin yaş ortalaması 46.7 ± 11.8 (30-86) yıl olup % 54'ü erkektir. Hipertansiyon sıklığı % 35.5 bulunmuştur. Kadınlardaki sıklık % 40.8 ve erkeklerdeki sıklık % 31 oranındadır. Yüksek kan basıncı olanların % 59.3'ü durumlarının farkındadır. Hipertansiyonun farkında olanların % 26.3'ünün kan basıncı kontrol altındadır. Tüketilen yöresel besinlerden balık kurutma, yöresel peynir, salamura balık ve kurut tüketim sıklığı ile hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Lojistik Regresyon analizinde ileri yaş, kadınlarda (OR=1.86), obezite ≥ 30 (OR=1.55) ve kurut sık tüketimiyle (OR=1.85) hipertansiyon arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmada hipertansiyon sıklığı % 35.5 bulunmuştur. Benzer yaş gruplarındaki (30 yaş ve üzeri) birçok çalışmaya yakın değerdedir. Hipertansiyonun farkındalığı ve kontrol oranı düşük bulunmuştur. Yöresel bir besin olan kurutu sık tüketenler, ileri yaş, kadınlar ve $BKİ \geq 30$ olanlarla hipertansiyon arasında önemli ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bitlis, Hipertansiyon, Prevalans, Yöresel beslenme

ABSTRACT

Hypertension frequency of adults in Bitlis city center and its relation with regional nutrition

Aim: In the study the aim is to examine the hypertension frequency of adults in Bitlis city center, factors affecting this and other related factors.

Material and Method: The target population of the cross-sectional research consists of people aged 30 and higher in Bitlis city center. Face to face interviews were performed with people incorporated to the sample between February 15th and April 15th 2015 time interval in order to collect data from the field. In statistical analysis chi-square test and logistic regression analysis.

Results: The age averages of the people under the scope of the research is 46.7 ± 11.8 (30-86) and 54% are male. Hypertension frequency was found to be 35.5%. The frequency in women is 40.8% while the frequency in men is 31%. 59.3% of the people with hypertension are aware of the situation. The blood pressure of 26.3% of the people who are aware of their situation is under control. Significant difference was determined between hypertension and consumption frequency of regional foods such as dried fish, regional cheese, brine fish and kurut ($p < 0.05$). In logistic regression analysis significant relation was determined between hypertension and old age, women (OR=1.86), obesity ≥ 30 (OR=1.55) and kurut frequent consumption (OR=1.85) ($p < 0.05$).

Conclusion: In the research the hypertension frequency was found to be 35.5%. This is close to many studies performed on similar age groups (30 and higher). The awareness of hypertension and its control ratio was found to be low. Significant relation was detected between hypertension and old age, female gender, BMI ≥ 30 and frequent consumption of kurut which is a regional food.

Key Words: Bitlis, Hypertension, Prevalence, Regional nutrition

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACE	: Anjiyotensin dönüştürücü enzim
ARB	: Anjiyotensin reseptör blokerleri
BKİ	: Beden kitle indeksi
CCB	: Kalsiyum kanal blokeri
DASH	: Dietary approaches to stop hypertension
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
g	: Gram
GA	: Güven aralığı
kg/m²	: Vücut ağırlığı(kilogram) /(boy uzunluğu(metre) x boy uzunluğu(metre))
mg	: Miligram
mm Hg	: Milimetre cıva
OR	: Odds oranı
Ons	: 28. 3 gr
TL	: Türk Lirası
TURDEP II	: Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması-II
X²	: Ki-kare

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. DSÖ 2014 yılı erkeklerde yaşa standardize(18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması	4
Şekil 2.2. DSÖ 2014 yılı kadınlarda yaşa standardize(18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması	5
Şekil 4.1. Araştırma grubunun kan basıncı sınıflandırılması	29
Şekil 4.2. Cinsiyete göre hipertansiyon sıklığı, kontrolü ve farkındalığı	30
Şekil 4.3. Yaş gruplarına göre bilinen ve yeni saptanan hipertansiyonlu kişi sayısı.....	31

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Yetişkinlerde(18 yaş ve üzeri) hipertansiyon sınıflandırılması	3
Tablo 2.2. Yaşam tarzı değişikliği ve sistolik kan basıncında değişim	9
Tablo 2.3. DASH çalışmalarında kullanılan günlük besin hedefleri	10
Tablo 4.1. Araştırma kapsamındaki yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı	19
Tablo 4.2. Katılımcıların memleketi ve cinsiyete göre dağılımı.....	20
Tablo 4.3. Katılımcıların medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı	20
Tablo 4.4. Katılımcıların sigara içme durumu ve cinsiyete göre dağılımı.....	21
Tablo 4.5. Katılımcıların kronik hastalık durumu ve cinsiyete göre dağılımı	21
Tablo 4.6. Katılımcıların gelir durumu ve cinsiyete göre dağılımı.....	22
Tablo 4.7. Katılımcıların eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı.....	22
Tablo 4.8. Araştırma grubunun BKİ sınıflandırması ve cinsiyete göre dağılımı.....	23
Tablo 4.9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve hipertansiyon.....	24
Tablo 4.10. Katılımcıların haftalık yöresel beslenme sıklığı ve hipertansiyon.....	26
Tablo 4.11. Lojistik regresyona alınan değişkenler	27
Tablo 4.12. Lojistik regresyon analizine giren faktörler ve sonuç(son model)	28
Tablo 4.13. Araştırma kapsamındaki kan basınçları sınıflandırması.....	28
Tablo 4.14. Katılımcıların hipertansiyon, kontrol ve farkındalığına göre dağılımı	29
Tablo 4.15. Araştırma grubunun cinsiyete göre sistolik ve diyastolik ortalamaları	30
Tablo 4.16. Hipertansiyon teşhisi alanların önerilen diyet ve ilacı kullanılması	32
Tablo 4.17. Araştırma grubunun öğün aralarında tercih ettiği yiyecekler	32
Tablo 4.18. Katılımcıların öğün aralarında tercih ettiği içecekler	33
Tablo 4.19. Katılımcıların yemek seçiminde dikkat ettiği etmenler	33

1. GİRİŞ

Hipertansiyon, başta kalp damar hastalıkları olmak üzere birçok ciddi hastalığın risk faktöründe olan kontrol edilebilir ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Semptomları nadiren görülen sessiz ve öldürücü olan hipertansiyon pek çok kişide teşhis edilmemektedir. Gerek sağlık gerekse ekonomik olarak önemli kazançlar elde edilmesi için koruma, erken teşhis ve etkin müdahaleyle hipertansiyonun kontrolü sağlanmalıdır. Hipertansiyonda kontrol ve önlenmesinde zararlı alışkanlıklara (sigara, alkol vb.), fiziksel hareket kısıtlılığına ve sağlıksız diyet gibi davranışsal risk faktörlerine odaklanılması önemlidir. Ayrıca diyetle tuz kısıtlaması, bunu önlemede ve kontrol etmede önemli bir rol oynamaktadır (1).

Kalp damar risk faktörleri içerisinde hipertansiyondan başka diyabet, hiperlipidemi ve sigara da yer almaktadır. Türkiye’de sigara konusunda önemli başarılar elde edilmiştir. Hipertansiyon konusunda farkındalık, tedavisi ve kontrolünde ilerlemeler olsa da düşük düzeydedir (2). Kontrol edilemediğinde doğrudan ve dolaylı ciddi sağlık maliyeti oluşturmaktadır. Maliyet yükünü sadece hipertansiyon oluşturmamakta, ondan kaynaklanan hastalıklardan da artmaktadır (3).

Türkiye’de bölgelere göre beslenme kültürü değişebilmektedir. Bazı yerlerde et, yoğurt ve süt ürünleri daha sık tüketilirken bazı bölgelerde de meyve tüketimi daha yaygındır. Ege bölgesinde meyve ve Karadeniz bölgesinde balık tüketimi sık yapılmaktadır. Bunun yanında İç Anadolu ile Doğu Anadolu bölgesinde kümes hayvanı ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yoğurt tercih edilmektedir. Genellikle sağlığa olumlu katkısı olan yöresel mutfağımız bazı olumsuz sağlık uygulamaları da içermektedir (4).

Bitlis, Doğu Anadolu bölgesinin en zengin mutfağına sahip illerinden biridir. Bu ilde tüketilen temel besin öğeleri et, tahıl ve sebzeden oluşmaktadır. Bu besin öğeleri aynı zamanda bazı bölge illerinin de temel öğünlerini oluşturmaktadır. İlde süt ürünleri(otlu peynir vb.), etli yemekler (avşor, işkembe, büryan vb.), çorbalar(ayran aşısı, turşu aşısı vb.) ve kurutulmuş gıdalar gibi birçok yöresel zengin mutfak ürünleri vardır (5).

Birçok kültürde anlamlı yeri olan tuz, toplumların deyimlerinde yer edinmiş ve atasözlerinde olumlu anlamlar yüklenmiştir. Van Gölü havzasında da kültürel öneme sahip olan bir maddedir (6). Ayrıca yörede tuz, kışlık yiyeceklerin hazırlanmasında

kullanılmaktadır. Tuzlanarak hazırlanan tuza balık basma, yaprak basma ve kurut kışlık yiyeceklerin bazısıdır (7).

Bu bilgiler doğrultusunda, Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı, bunu etkileyen yöresel beslenme faktörleri ve ilişkili diğer faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Sınıflandırma

Kan basıncı kişilerin uygun bir şekilde 2 veya daha fazla ölçümünün ortalaması alındıktan sonra sınıflandırmaktadır. Sistolik 120 mm Hg ve diyastolik 80 mm Hg altında olanların kan basıncı normal kabul edilmektedir. Sistolik ≥ 140 mm Hg ve/veya diyastolik ≥ 90 mm Hg olanlar yüksek kan basıncı kişiler olarak tanımlanmaktadır (Tablo 2.1) (8).

Tablo 2.1. Yetişkinlerde (18 yaş ve üzeri) hipertansiyon sınıflandırılması

Kan Basıncı Sınıflandırması	Sistolik Kan Basıncı, mmHg(Milimetre Cıva)		Diyastolik Kan Basıncı, mmHg
Normal	<120	ve	<80
Pre-hipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥ 160	veya	≥ 100

2.2. Tanı

Kliniklerde yetişkinlerin kan basıncı ölçülmesi gereklidir. Tanıyı güçlendirmek için hastaların tıbbi öyküsü alınmalı, fiziksel muayene, laboratuvar incelemeleri ve risk değerlendirmesi yapılmalıdır (9).

Doğru Kan Basıncı Ölçümü

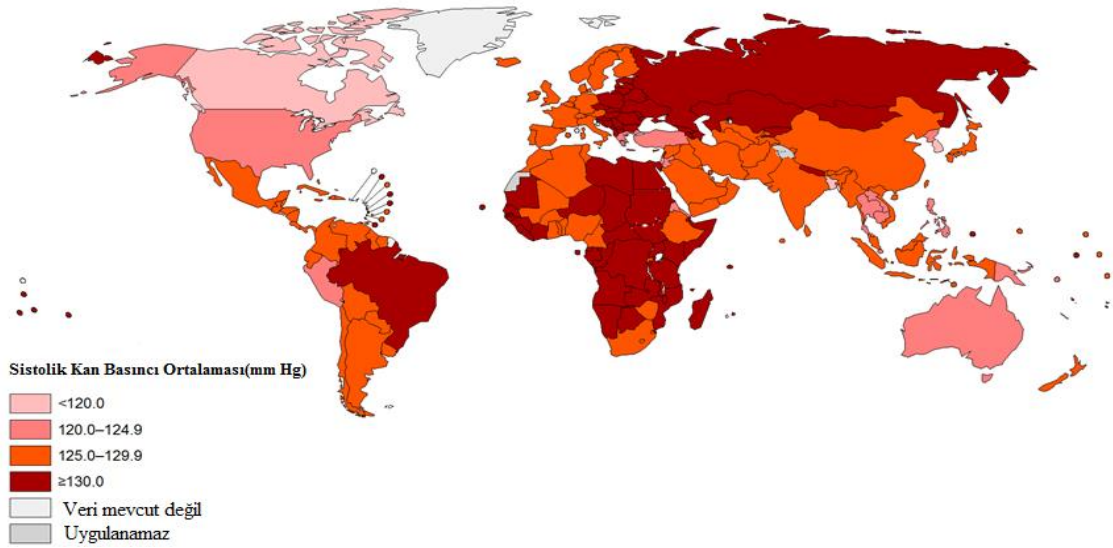
Kan basıncı alınmadan önce tansiyon aletinin uygun ayarları yapılmalı ve manşonun kola uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ölçümü yapılacak kişi öncelikle 5 dakika kadar sessizce dinlendirilir. En az 2 ölçüm yapılarak ortalamaları kaydedilir (8). Eğer hastanın sistolik ve/veya diyastolik kan basıncı normal değer in üzerindeyse ikinci kez kliniğe davet edilir (9).

2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

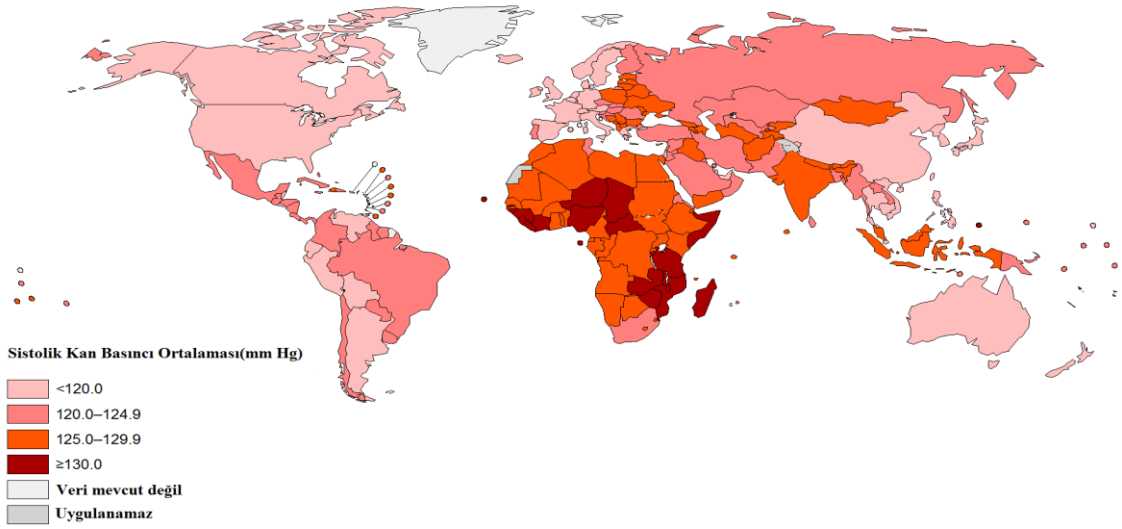
2.3.1. Prevalans, Mortalite, Farkındalık ve Kontrol

2.3.1.1. Dünyada Durum

Dünyada 2008 yılında 25 yaş ve üzeri topluluğun yaklaşık % 40'ında hipertansiyon teşhis edilmiştir. Afrika Bölgesi % 46'lık bir oran ile en yüksek sıklığı oluştururken, Amerikalılar % 35'lik bir oran ile en düşük sıklığı oluşturmaktadır (1). Rusya Federasyonu, Almanya ve Türkiye'de yaş standartlı (35-84) oran % 40 dolaylarında seyrederken, Bangladeş ülkesinde % 20 dolaylarında kalmaktadır. Küresel olarak (özellikle bazı düşük veya orta gelirli ülkeler) hipertansiyon tedavisi düşük orandadır. ABD'de hipertansiyonlu kişilerin (35-49 yaş standartlı) tespiti, tedavisi ve kontrolü hususunda yüksek yüzdelerle sahiptir. İran, Türkiye, Arnavutluk ve Ermenistan'da bu yüzdeler düşüktür (10).



Şekil 2.1. DSÖ 2014 yılı erkeklerde yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması (11).



Şekil 2.2. DSÖ 2014 yılı kadınlarda yaşa standardize (18 yaş ve üzeri) sistolik kan basıncı ortalaması (11).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 77.9 milyon (her 3 kişiden biri) yetişkinde yüksek kan basıncı vardır. Yüksek kan basıncı 1999 yılından 2009 yılına kadar % 17.1 artmıştır. Mevcut verilerden 2030 yılına kadar hipertansiyon prevalansı % 7.2 artacağı tahmin edilmektedir. Kişilerin % 81.5'i yüksek kan basıncı olduğunun farkında ve % 52.5'i kontrol altındadır. Hipertansiyonun birincil nedenine bağlı ölüm 2009 yılında 61.762 kadardır. Aynı yıl 2.4 milyon ölümden 348.102 kadarı yüksek kan basıncı sebebi olmaktadır. Kadınlarda mortalite % 55.2 (34.094 kişide) daha fazladır (12).

2.3.1.2. Türkiye'de Durum

TURDEP-II sonuçlarına göre 20 yaş ve üzeri hipertansiyon prevalansı % 31.3 olarak bulunmuştur. Erkeklerin % 30.9'unda hipertansiyon varken, kadınların % 32.3'ünde hipertansiyon vardır. Hipertansiyon farkındalığı % 58.1 oranındadır. Kadınlardaki farkındalık (% 63.2) erkeklerdeki farkındalıktan (%48.5) daha fazla iken, kentsel farkındalık (% 61.1) kırsal farkındalıktan (% 53.7) daha fazladır (13). Türkiye'de 2012 yılı sağlık istatistiklerinde kişilerin (15 yaş ve üzeri) % 13.2'si hipertansiyonlu olduğunu belirtmektedir. Kadınların % 17.6'sı ve erkeklerin % 8.7'si hipertansiyonlu olduğunu ifade etmektedir (14).

Sosyal Sigortalar Kurumu 2009-2013 verilerinden, hipertansiyon prevalansı Karadeniz Bölgesi'nde diğer bölgelere göre daha yüksek iken; Güneydoğu ve Doğu

Anadolu Bölgesinde yaygındır. Yedi coğrafik bölgede de kadınlarda daha yüksektir (15).

2.3.2. Hipertansiyonun Nedenleri

Sosyoekonomik, davranışsal ve genetik gibi diğer faktörler yüksek kan basıncı ve onun komplikasyonlarının gelişiminde temel faktörlerdir. Sosyoekonomik ve davranışsal risk faktörleri obezite, yüksek kan basıncı, diyabet, artan kan lipid düzeyi gibi metabolik risk faktörlerini tetiklemektedir. Çeşitli metabolik faktörler de kalp krizi, felç, kalp ve böbrek yetmezliği riskini artırmaktadır.

2.3.2.1. Davranışsal Faktörler

Sağlıksız diyet,
Tütün ve alkol kullanımı,
Stres yönetiminde yetersizlik,
Fiziksel inaktivite,

2.3.2.2. Sosyoekonomik Faktörler

Globalleşme ve şehirleşme,
Eğitim,
Gelir durumu,
Yaşlanma,
Konut, (1).

Bunun yanında, iş stresi, kültürel etkileşime bağlı stres ve bazı psikolojik sıkıntılar(depresyon, anksiyete vb.) hipertansiyon oluşumunda rol oynayabilmektedir (16).

2.4. Komplikasyonlar

İskemik kalp hastalığı, hipertansiyona bağlı en yaygın organ hasarının olduğu hastalıklardan biridir. Ayrıca kalp yetmezliği, diyabetik hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve felç oluşumunu tetikleyebilmektedir (8).

2.5. Tedavi

Tedavide hipertansiyonun kontrolü ve yan etkilerinin önlenmesi amaçlanmaktadır. Kan basıncı yüksek olanların tedavi planlaması uygun antihipertansif ilaç kullanılması ve olumlu yaşam tarzı oluşturularak yapılmaktadır (9).

2.5.1. İlaç Tedavisi

Yüksek kan basıncının ilaç tedavisinde diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) olmak üzere beş grup ilaç kullanılmaktadır. İlaç tedavisine bu grupların herhangi biri ya da birkaçının birlikteliğiyle başlanmaktadır. İlaçların seçiminde hastanın tıbbi öyküsü ve ilaç uyumluluğu dikkate alınmaktadır. Beklenen kontrolün sağlandığını saptamak için ilaç tedavisinden 3-4 hafta sonra hasta klinikte tekrar değerlendirilerek takip edilir (9).

2.5.1.1. Hipertansiyon Yönetiminde JNC-8 Önerileri

Hipertansiyonun yönetimine dair 9 tavsiye bulunmaktadır. Tavsiyelerde toplumdaki kişilerin 60 yaş ve üzeri, 60 yaş altında ve 18 yaş ve üzeri yaş olması kriterlerine göre yapılmaktadır.

Tavsiye 1: toplumdaki 60 yaş ve üzeri kişilerin başlangıç farmakolojik tedavisiyle 150 mm Hg ve üzeri sistolik basıncı ve 90 mm Hg ve üzeri diyastolik basıncı düşürmektir.

Tavsiye 2: toplumdaki 60 yaş altı kişilerin başlangıç farmakolojik tedavi hedefi diyastolik kan basıncını 90 mm Hg altına çekmektedir.

Tavsiye 3: toplumdaki 60 yaş altı kişilerin başlangıç farmakolojik tedavi hedefi sistolik kan basıncının 140 mm Hg altında tutulmasıdır.

Tavsiye 4: toplumdaki 18 yaş ve üzeri kronik böbrek yetmezliği olan kişilerin başlangıç farmakolojik tedavi hedefi sistolik basıncı 140 mm Hg altına ve diyastolik basıncı 90 mm Hg altına düşürmektir

Tavsiye 5: toplumdaki 18 yaş ve üzeri diyabetli kişilerin başlangıç farmakolojik tedavi hedefi sistolik basıncı 140 mm Hg altına ve diyastolik basıncı 90 mm Hg altına düşürmektir.

Tavsiye 6: siyahi olmayan diyabetli toplumda, başlangıç antihipertansif tedavisi bir tiyazid tipi diüretik, kalsiyum kanal blokeri (CCB), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEI) ya da anjiotensin reseptör blokeri (ARB) içermesi gerekir.

Tavsiye 7: diyabetli siyahi toplulukta, başlangıç antihipertansif tedavisinde bir tiyazid tipi diüretik veya kalsiyum kanal blokeri (CCB) olmalıdır.

Tavsiye 8: toplumdaki 18 yaş ve üzeri kronik böbrek yetmezliği olan kişilerin başlangıç antihipertansif tedavisi, böbrek sonuçlarını geliştirmek için anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEI) ya da anjiotensin reseptör blokeri (ARB) içermesi gerekir.

Tavsiye 9: bir aylık tedavi sürecinde kan basıncı hedefine ulaşılmazsa, başlangıç ilaç dozu artırılması veya ikinci ilaç eklenebilir (tavsiye 6'da belirtilen ilaç grubundan birini). Hastanın kan basıncı kontrol edilene kadar değerlendirmelere devam edilir. Hedeflere 2 ilaçla da ulaşılmazsa, önerilen ilaçlardan üçüncüsü eklenir. ACEI ve ARB grubu ilaçların aynı hastada birlikte kullanılmamasına dikkat edilir (17).

2.5.1.2. Hipertansiyon Direnci

Diüretiklerin de içerisinde olduğu 3 ilaçlı bir tedavide direnç gelişmesi, kan basıncı hedeflerine ulaşmada başarısızlık oluşturmaktadır. Direncin neden geliştiğine dair değerlendirmeler yapılmalıdır. Yanlış kan basıncı ölçümü, aşırı sodyum alımı, aşırı alkol alımı, obezite, böbrek hastalıklarında volüm tutma, uyumsuz ilaç kullanımı, uygun olmayan kombinasyonlar, yetersiz doz kullanımı, oral kontraseptifler, adrenal steroidler, steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, yetersiz diüretik tedavi, kokain, amfetamin, eritropoietin ve bazı tanımlanamayan sebeplerden direnç gelişebilmektedir (8).

2.5.2. Yaşam tarzı değişikliği

Yaşam tarzı değişikliğinin önceliğini ideal kilonun sağlanması, hareketli yaşam, tuz kısıtlanması, sağlıklı beslenme, sigarayla alkolün bırakılması ve stres yönetimi oluşturmaktadır (9). Tedavide ilaç dışı yaklaşımları hipertansiyonun kontrolünde, ilaç sayısı ve dozunun azalmasında, kalp damar hastalıklar vb. riskli durumların azaltılmasında yararlı olmaktadır (18).

Tablo 2.2. Yaşam tarzı değişikliği ve sistolik kan basıncında değişim (18).

Yaşam Tarzı Değişikliği	Tavsiye	Sistolik Kan Basıncını
Kilo kontrolü	İdeal kiloyu sürdürmek	5-20 mmHg/10 kg azaltır
DASH yeme planı	DASH diyeti uygulamak	8-14 mm Hg azaltır
Fiziksel aktivite	Düzenli fiziksel aktivite yapmak	4-9 mm Hg azaltır
Sodyum azaltılması	Besinlerde 2.4 g sodyum veya 6 g sodyum klorürden fazla olmaması	2-8 mm Hg azaltır
Alkol azaltılması	Erkeklerde günde en fazla iki ve kadınlarda bir kadehten fazla olmamalı	2-4 mm Hg azaltır

2.6. Kontrol ve Önleme

Yaşama tarzı değişiklikleri yüksek kan basıncından korunma ve önlemedeyararlı olmaktadır. Diyet, sağlık eğitimi ve hemşirelik bakımıyla da bu hususta önemli başarımlar sağlanılabilmektedir.

2.6.1. Hipertansiyonun Kontrol ve Önlenmesinde Diyetin Katkısı

2.6.1.1. Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyetinin sebze, taze meyve, tahılca zengin olması ve zeytinyağı kullanımı pek çok vitamin ve mineralin yeterli alınmasını sağlar. Bunun yanında et ve doymuş yağ az kullanılmaktadır. Diyete dair yaşam tarzı değişikliği kan basıncı düzeyini ayarlayabilir. Akdeniz diyetinde doymuş yağ içeriğinin düşük olması, diyetin sebze ve meyve yönünden zengin olması, lif içeriğinin olması, yeterli minerali içermesi (potasyum, kalsiyum ve magnezyum) hipertansiyonun tedavisi ve önlenmesinde faydalı olmaktadır (19).

2.6.1.2. DASH Diyeti

DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti Akdeniz diyetine benzer bir diyet şeklidir. Bu diyet şekli zengin sebze ile meyve, tam tahıllı gıdalar,

balık, fındık, az miktarda kırmızı et, düşük şeker ve düşük yağlı günlük ürünleri içermektedir. Sodyumu kısıtlayarak DASH diyeti uygulanması hipertansiyonlu ve hipertansiyonu olmayan kişilerde sistolik kan basıncını daha fazla düşürmektedir (20). DASH diyeti ve tuz kısıtlaması yüksek kan basıncı gelişimini önlemektedir. Günlük kabul edilebilir sodyum alımı en fazla 2300 miligram olmalıdır. Daha düşük sodyum tüketimi kan basıncını daha fazla azaltmaktadır.

DASH diyetinde doymuş yağ ve kolesterolü sınırlama; kan basıncını azaltacak temel mineraller (potasyum, kalsiyum ve magnezyum), protein ve lifli besleyici gıdaların alınması amaçlanmaktadır. Bu yeme planının ağırlık kontrolü, fiziksel aktivite, alkolün bırakılması gibi diğer yaşam değişiklikleriyle desteklenmesi kan basıncının kontrolü ve önlenmesinde yarar sağlar. Hatta kan basıncı çok yüksek değilse bu değişiklikler ile tamamıyla kan basıncına kontrol etmek mümkün olabilmektedir (21).

Tablo 2.3. DASH çalışmalarında kullanılan günlük besin hedefleri (21).

Toplam yağ	Kalorinin % 27'si	Sodyum	2,300 mg
Doymuş yağ	Kalorinin % 6'sı	Potasyum	4,700 mg
Protein	Kalorinin % 18'i	Kalsiyum	1,250 mg
Karbonhidrat	Kalorinin % 55'i	Magnezyum	500 mg
Kolesterol	150 mg	Lif	30 g

DASH diyeti (2,100 kalorilik yeme planı için) lif, sodyum potasyum ve magnezyum yönünden zengin olduğu görülmektedir. Kan basıncının dengelenmesinde sodyum miktarı 1500 mg düzeyinde tutulursa daha yararlı olmaktadır. Bunun yanında bu diyetle düşük doymuş yağ ve kolesterol kullanılması kalp sağlığını da korumaktadır (21).

2.6.1.3. Tuzlu Beslenme ve Sağlık

Toplumda tuz besinlerin saklanması ve korunmasının yanında lezzeti içinde kullanılmaktadır. Sağlıklı yaşam için tuz günlük gereksinimi karşılayacak şekilde alınmalıdır (günlük sodyum gereksinimi 2400 mg (miligram), 5 g (gram) kadar). Ölçülü vücuda alındığında sağlık açısından yararlı (vücut sıvı dengesi vb.) olan tuz,

gerektiğinden fazla alındığında kan basıncı artışı riski oluşturmaktadır. Ayrıca gereğinden fazla alındığında idrarda kalsiyum atımını hızlandırır. Azalan kalsiyum, kemiğe dair sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Tuz tüketimini azaltmada aşağıda belirtilen önerilerin dikkate alınması gerekir.

Taze ve az tuzlu besinler tercih edilmeli,

Tuz miktarı düşük olduğundan sebze ve meyve türü besinlerin tüketimi artırılmalı,

Sofrada tuzluk bulundurmaktan sakınılmalı,

Dış ortamda yemek yenilecekse tuzsuz hazırlanması talep edilmeli ve tuzsuz olan tüketilmeli,

Hazır gıdalar tüketilecekse bunlardan tuzsuz veya az tuzlu olanları tercih edilmeli,

Turşu, hardal, zeytin vb. yiyeceklerin tuz içeriği fazla olduğundan tüketilmemeli veya az tüketilmeli,

Sağlıklı yaşamı desteklemek için tuz ve alkol kısıtlanmalıdır. Hipertansiyonlu hastalar, doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksek olan yağlı et tüketiminden kaçınılmalıdır. Bunun yerine derisiz beyaz et ve balık tercih edilebilir (22).

Besinlerin Tuzlanarak Saklanması

Tuz, besinlerin saklamasında ve kurutulmasında kullanılarak besinlerin bozulmasını önler. Tuzlu salamura ve kurutma ile sebze, et, süt ürünleri saklanabilmektedir. Bu madde kullanılarak hazırlanan ürünlerin bazıları aşağıda verilmiştir:

- Sebzelerin yaklaşık % 15 tuz ilave edilip turşu hazırlanmaktadır. Bu şekilde sebzeler salamura edilmektedir.
- Balık gibi besinlerin kurutulmasında ve saklanmasında tuz kullanılabilir.
- Sucuk, konserve et vb. kürlenmiş besinde koruyucu olarak tuz veya sodyum bileşiği tercih edilmektedir.
- Tuzlu maya gibi bazı besinlerin doku yapısında etkisi vardır. Tuzsuz olarak tercih edildiğinde ekmeğe daha sert olmaktadır (23).

Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)

Toplum sağlığını korunması ve hastalıkların önlenmesi için geliştirilen ulusal bir programdır. Tuz tüketiminin ülke genelinde aşamalı olarak azaltılması amaçlanmaktadır. Programda mevcut durumun saptanması neticesinde ulusal tuz azaltma hedefleri belirlenmiştir. Mevcut hedefler doğrultusunda müdahale alanları belirlenmesi, toplumsal farkındalık oluşturulması, izlem ve değerlendirmeler yapılması planlanmıştır.

Multisektörel işbirliği ile unlu ürünler, işlenmiş gıdalar ve çok uluslu firma ürünlerine yönelik tuz kontrolü müdahaleleri ön görülmüştür. Bunun yanında yemek masalardan tuzların kaldırılması ve menülerdeki yiyeceklerin tuz içeriğinin gösterilmesi gibi tuzun azaltılmasına dair toplum sağlığı müdahaleleri içermektedir. Çok sektörlü işbirliğiyle toplumsal farkındalık kazandırılması için kitle iletişim araçlarının etkin kullanılması, topluma yönelik eğitim etkinlikleri düzenlenmesi, eğitim materyalleri hazırlanarak süreç yönetilecektir (24).

2.6.2. Sağlık Eğitimi

Hipertansiyonlu hastaların bilgilerini geliştirmede ve hipertansiyona bağlı komplikasyonların hafifletilmesinde interaktif eğitim çalışmaları oldukça etkili toplum bazlı stratejidir. Ayrıca hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmada, kan basıncı kontrolünde ve bazı olumlu yaşam tarzı değişikliği oluşturmada kullanışlı olabilmektedir. Kendi kendine okuyarak öğrenme ve düzenli didaktik derslere göre daha etkilidir (25).

Hasta ve yakınına verilecek genel bilgi, kan basıncının açıklanıp yorumlanması, hastalık süreci, komplikasyonlar ve risk faktörleri farkındalığı oluşturma konularını içermelidir. Ayrıca hipertansiyon tedavisinin amacı, yaşam değişiklikleri, evde kan basıncı ölçümü, obezite ve tütüne dair hastaya özel eğitim verilir. Yaşam değişikliklerinde; fiziksel aktivite (yapması gereken ve kaçınması gereken aktiviteler), diyet (tuz ve alkolden kaçınma, faydalı ve zararlı diyetler) ve bilinçli ilaç kullanımına değinilmelidir (26).

3.6.3. Hipertansiyon Kontrolündeki Engeller

Hipertansiyon kontrolünde engeller; hasta, hizmet sağlayıcısı ve tıbbi çevre kaynaklı olmaktadır. Engellerin aşılması hususunda bu üç durum arasındaki denge önemlidir. Hastaya dair engelleri kaldırmak için tedaviye uyum ve bakıma erişim kolaylaştırılmalıdır.

Hizmeti sağlayanlar hastalarıyla etkileşim içerisinde olarak hasta odaklı hizmet sunması gerekir. Hizmette bu hususlara dikkat edildiği takdirde hastanın tedavi rejimine uyumunu da artırmaktadır. Ayrıca hizmet sağlayıcıların hastalarına yeterli danışmanlık ve eğitim sağlamaları için zaman ile kaynaklarının yeterli olması gerekir (27).

2.6.4. Hipertansiyon Kontrolünde Hemşirelik Bakımı

Bakım için hastanın bütüncül bir öyküsü alınarak, hipertansiyonu kontrol ve önlemeye odaklı hemşirelik süreci yönetilmektedir. Hastanın rutin kan basıncı değerlendirilmesi yapıp, hemşirelik gözlem çizelgesine kaydedilerek izlenir. Bunun yanında tedavi etkinliği ile kan basıncı değişimleri takip ederek hastayı olası hipertansiyon risklerine karşı korumalı ve hastaya sağlık eğitimi vermelidir (26).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Bitlis Hakkında Genel Bilgiler

3.1.1. Coğrafi Durum

Bitlis ili deniz seviyesinden 1545 metre yükseklikte bulunmaktadır. Yüksek ve engebeli arazi yapısına sahip ilin % 71'i dağlık bölgelerden oluşmaktadır. Türkiye'nin üçüncü büyük dağı Süphan, Nemrut krater dağı/gölü il sınırları içerisinde yer almaktadır. Ayrıca Van Gölü'nün önemli bir kısmı il sınırları içerisinde yer almaktadır.

Bölgede karasal bir iklim hakim olup bozkır bitki örtüsü vardır. İlin yüksek yerlerinde meşe ağaçları alanları bulunmaktadır (28). Sert bir iklimin görüldüğü bölgede uzun bir kış dönemi görülür. Bölgede kışlar soğuk ve yoğun kar yağışlı geçmektedir.

3.1.2. Nüfus

Türkiye İstatistik Kurumu adrese dayalı kayıt sistemi veri tabanında Bitlis il merkezi 2013 yılı nüfusu 66095 olarak tespit edilmiştir. İl merkezindeki erkek nüfusu 34978 (% 52.9) ve kadın nüfusu 31117 (% 47.1) olarak kayıtlara geçmiştir (29).

3.1.3. Sağlık

Bitlis il merkezinde 9 Aile Sağlığı Merkezi, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 1 Verem Savaş Dispanseri, 1 Hastane ve 1 Toplum Sağlığı Merkezi mevcuttur. Ayrıca Bitlis il genelinde 9 Hastane, 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 23.6, Aile Hekimliği birim sayısı 91 ve aile hekimi başına 3.705 nüfus düşmektedir (14).

3.2. Araştırmanın Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü

Kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini Bitlis merkezindeki 30 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre; 2013 yılında Bitlis il merkezinde toplamda 66095 kişi ikamet etmektedir. İl merkezdeki 30 yaş üzerinde ise 23153 nüfus mevcuttur (6).

Çalışmada örneklem büyüklüğünün hesaplamasında hedef kitlenin bilindiği durumlarda uygulanan formül ($N = \frac{nt^2pq}{d^2} (N-1) + t^2pq$) kullanılarak minimum sayı belirlenmiştir. Formülde % 95 güven aralığında, % 34,6 görülme sıklığında (34), ($p=0.346$) kabul edilerek minimum sayı 349 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada hipertansiyonun yöresel beslenmeyle ilişkisi de incelendiğinden, belirlenen rakamın 2 katı kadar kişi (760 kişi) çalışmaya dahil edilmiştir. Anket verileri yetersiz olanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler dışında toplamda 741 kişi değerlendirilmiştir.

Çalışmada, küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kümeler 8 Aile Sağlığı Merkezi bölgesinden oluşmaktadır. Küme ağırlığı nüfus büyüklüğüne göre belirlenerek, basit rasgele yöntemle 30 yaş ve üzerindeki kişilere ulaşılmıştır. Anket verileri, 15 Şubat-15 Nisan 2015 zaman aralığında sahadan toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni 30 yaş ve üzeri hipertansiyonu olan kişilerdir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri aşağıda verilen 19 maddeden oluşmaktadır. Bağımsız değişkenlerden 9'u yöresel besinlerden oluşmaktadır.

1. Yaş grubu
2. Cinsiyet
3. Aylık geliri
4. Memleket
5. Medeni durumu
6. Çalışma durumu
7. Eğitim durumu
8. Beden Kitle İndeksi(BKİ)
9. Kronik hastalığı olma
10. Sigara kullanımı
11. Balık Kurutma
12. Balık Basma(tuzlu suya balık basma)
13. Kurut(Kurutulmuş yoğurt, peynir vb.)
14. Un Helvası
15. Yöresel Peynir
16. Avşor

17. Büryan
18. İşkembe, Bumbar, Kelle paa
19. Yaprak Tutma,

3.4. Yöresel Besinlerin Tanıtılması

Kelle-Paa: Bitlis yöresindeki büyükbaş ve küçükbaş hayvanların kellesi ile ayakları iyice temizlendikten sonra sıcak su katılmış tencerede pişirilir. Pişen yemeğe dövülmüş sarımsak ve tuz eklenerek servis edilir (5).

Avşor: Tuz ilave edilmiş et haşlandıktan sonra kemiklerinden ayırılır. Haşlanmış suyuna tekrardan et dahil edilip tandırda pişen büryan yağından bir miktar katılarak ikram edilir (5).

Büryan: Erkek keçi/koyun parçalanmadan bütün halinde iken iyice yıkandıktan sonra ince tuz her tarafına sürülür. Kor ateş olan tandırın dibin az su eklenmiş bakır kazan konulur. engelde havada asılı tutulan et ağzı kapalı tandırda pişirilir (5).

Yaprak Dolması: Hes dolması olarak da adlandırılan yemeği sarmada zm yaprağı, şeker pancarı yaprağı ve lahana tercih edilir. Dolmanın içine pirinç, orta yağlı kıyma, salça, rendelenmiş soğan, tuz, maydanoz ve sumak kullanılır. Tuz ve sumaklı su tencereye katılarak pişirilir (5).

şor Balık Pilavı: Yörede yaygın yapılan bir geleneksel yemektir. Tuzda kurutulmuş Van Gölü kefali kızartılır. Balığın kılçıkları ve kabukları alınarak önceden hazırlanmış bulgur pilavına eklenir (5).

Peynir: Otlu peynir bölgenin önemli süt ürünleri lezzetlerinden biridir. İlbahar ve yaz aylarında edinilen bazı yabani soğanlar ve sarımsak türü otların doğranıp kaynatılmış süte eklenmesiyle elde edilmektedir (5). Bunun yanında tulum peyniri de yörede tercih edilen peynirler arasındadır

Balık Basma: Yörede tüketilen kışlık yiyeceklerdendir. Tuzlanan balıklar suda bekletilir. Sonraki günde kanlı sudan alınıp kavanozlara dizilir. İri tuz dökülerek ağzı kapalı olarak serin yerde korunur (7).

Yaprak Tutma: Destelenen yapraklar kaynar su ile sarartılır. Suyuna tuz eklenerek kapalı kaplarda saklanan kışlık yiyeceklerdendir (7).

Kurut: Kışın tüketime sunulması için kurutularak yapılan besinlerdendir. Kelik tuzlanarak torbada taşlanır. Suyu szdrldkten sonra avuç içinde yuvarlanıp ince tuz ilave edilerek gölgede kurumaya bırakılır. Bu geleneksel gıdadan kurut aşı,

sengeser, erişte aşı vb. geleneksel yemekler suda eritilmiş kurutun ilave edilmesiyle yapılmaktadır (7).

3.5. Veri Toplama Aracı ve Ölçümler

Çalışmada, araştırmacılar tarafından hazırlanan kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri, alışkanlıkları ve bazı yöresel beslenme durumuna dair değerlendirme anketi kullanılmıştır.

Katılımcıların kan basıncı Manuel Manşonu olan Tansiyon Aleti ile üst koldan ölçülmüştür. Kan basıncı ölçülmesi yapılmadan önce, kişilerin 5 dakika kadar oturarak dinlenmesi istenmiştir. Yeterli dinlenme sürecinden sonra arter üzerinden 1. ölçüm alınmıştır. Bir süre beklendikten sonra 2. ölçüm yapılarak, iki ölçüm sonucunun ortalaması alınmıştır. Katılımcılardan Sistolik ≥ 140 mm Hg ve/veya diyastolik ≥ 90 mm Hg olanlar (8), daha önce Hipertansiyon teşhisi konulanlar ve ilaçla tansiyonu kontrol altında olanlar Hipertansiyonlu kabul edilmiştir. Hipertansiyon ilacı kullanan bireylerin sistolik ve diyastolik kan basıncı normal veya alt sınırlarda ise daha önce teşhis konulup tansiyonu kontrol altında olan bireyler olarak sınıflandırılmıştır. Sistolik kan basıncı 120 - 139 ve ya diyastolik kan basıncı 80-89 olanlar pre-hipertansiyonlu olarak sınıflandırılmıştır (8).

DSÖ kriterlerine göre BKİ değeri sınıflandırması yapılmıştır. Hesaplanan BKİ değeri 18.50-24.99 kg/m^2 aralığında olanlar normal, 25-29.99 kg/m^2 kilolu ve ≥ 30 kg/m^2 obezite olarak sınıflandırılmıştır (30).

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçülebilen veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma şeklinde de sunulmuştur. SPSS programı kullanılarak istatistiksel değerlendirme yapılmıştır.

Bağımsız değişkenlerin hipertansiyon üzerindeki etkisi, Lojistik Regresyon analizi (Backward Wald) kullanılarak incelenmiştir. Hipertansiyon ile istatistiksel olarak anlamlı fark olan bağımsız değişkenler Lojistik Regresyon modeline alınmıştır. İlk modelde yaş grubu, cinsiyet, gelir durumu, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu ve BKİ olmak üzere 7 bağımsız değişkenin yanında; balık kurutma, tuzlu suya

basılmış balık, yöresel peynir ve kurut olmak üzere 4 yöresel beslenme bağımsız değişkeni vardır.

Belirlenen yöresel besinlerin son altı ay içerisindeki haftalık tüketim ortancaları (medyan) hesaplanmıştır. Haftalık yöresel besin tüketimi medyanın (ortanca) üstünde olanlar o besini sık tüketiyor ve ortancanın altında olanlar o besini az tüketiyor şeklinde sınıflandırılmıştır.

3.7. Araştırmaya Katılım Ölçütleri

Araştırmaya katılmak istemeyenler, çalışma kapsamında olmayan yaş sınıfındaki kişiler (30 yaş altındakiler) ve gebe olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Çalışmanın İzni ve Etiği

Araştırmanın saha uygulama izni için İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne başvurulmuştur. Bitlis Valiliği'nin oluru ile 15 Şubat - 15 Nisan 2015 tarihleri arasında sahaya çıkmıştır. Araştırmanın etik onayı ise 2014 / 222 protokol kodu ile Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Bitlis il merkezindeki 30 yaş ve üzeri topluluğun bulguları 4 ana başlıkta değerlendirilmiştir.

1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri
2. Araştırma kapsamındakilerin sosyodemografik özellikleri, yöresel beslenme ve hipertansiyon
3. Araştırma kapsamındakilerde hipertansiyon sıklığı, ilaç kullanımı, diyet, kontrolü ve farkındalığı
4. Katılımcıların beslenme alışkanlığı

4.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamındakilerin yaş gruplarına göre sınıflandırılması ve cinsiyete göre dağılımı tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma kapsamındakilerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%**
	Sayı	%**	Sayı	%**		
30-39 ^a	112	28.0	137	40.2	249	33.6
40-49	129	32.3	78	22.9	207	27.9
50-59	86	21.5	60	17.6	146	19.7
60+	73	18.3	66	19.4	139	18.8
Toplam	400	54.0*	341	46.0*	741	100.0*
P=0.001	X ² =15.458		SD=3			

* Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi

^aFark oluşturan

Çalışma kapsamındakilerin yaş ortalaması 46.7±11.8 (30-86) yıl olup; yaş grupları yüzdeleri sırasıyla % 33.6’sı 30-39 yaş, % 27.9’u 40-49 yaş, % 19.7’si 50-59 yaş ve % 18.8’i ≥60 yaş grubundadır. Katılımcıların % 54’ünün cinsiyeti erkek ve % 46’sının cinsiyeti kadındır. Yaş guruplarına göre kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Tablo 4.2. Katılımcıların memleketi ve cinsiyete göre dağılımı

Memleket	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Bitlis	343	85.8	289	84.8	632	85.3
Diğer	57	14.2	52	15.2	109	14.7
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P=0.702		X ² =0.147		SD=1		

* Sütun yüzdesi

Araştırma grubunun Bitlis il merkezindeki ortalama ikamet süresi 35.3±17.1 yıldır. Çoğunluğun (% 85.3'ü) memleketi Bitlis il merkezidir. Memleketi il merkezi dışı olanlar % 14.7 oranındadır. Erkeklerin % 85.8'i ve kadınların % 84.8'i Bitlis il merkezlidir. Memleket ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.3. Katılımcıların medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı

Medeni Durum	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Evli	367	91.7	297	87.1	664	89.6
Bekar	14	3.5	13	3.8	27	3.6
Dul	19	4.8	31	9.1	50	6.8
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P=0.06		X ² =5.635		SD=2		

*Sütun yüzdesi

Değerlendirilen kişilerin % 89.6'sı medeni durumu evlidir. Ayrıca katılımcıların % 6.8'inin medeni durumu dul ve % 3.6'sının medeni durumu bekarıdır. Medeni durumun cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkeklerin % 91.7'si evli, % 4.8'i dul, % 3.5'i bekar iken; kadınların % 87.1'i evli, % 9.1'i dul ve % 3.8'inin medeni durumu bekarıdır. Araştırmaya katılanların medeni durumuyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Tablo 4.4. Katılımcıların sigara içme durumu ve cinsiyete göre dağılımı

Sigara	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
İçiyor	220	55.0	54	15.8	274	37.0
İçmiyor	180	45.0	287	84.2	467	63.0
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P<0.001	X ² =121.156		SD=1			

*Sütun yüzdesi

Araştırma grubunun % 37.0'ı sigara kullanmakta ve % 63.0'ı sigara kullanmamaktadır. Cinsiyete göre sigara kullanımına bakıldığında; erkeklerin % 55.0'ı ve kadınların % 15.8'i sigara içmektedir. Sigara kullananlar, günde ortalama 17.5 adet sigara içmektedir. Araştırma grubunun sigara içme durumuyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Tablo 4.5. Katılımcıların kronik hastalık durumu ve cinsiyete göre dağılımı

Kronik Hastalık	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Var	92	23.0	137	40.2	229	30.9
Yok	308	77.0	204	59.8	512	69.1
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P<0.001	X ² =25.431		SD=1			

* Sütun yüzdesi

Araştırma kapsamında değerlendirilen kişilerin % 30.9'u en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Cinsiyete göre kronik hastalık durumuna bakıldığında; kadınların % 40.2'si ve erkeklerin % 23.0'ı kronik hastalığı olduğunu söylemiştir. Herhangi bir kronik hastalığı olmadığını belirtenlerin % 77'si erkek ve % 59.8'i kadındır. Kronik hastalığı olma durumuyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p <0.05).

Tablo 4.6. Katılımcıların gelir durumu ve cinsiyete göre dağılımı

Gelir Durumu	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
≤950 TL	120	30.0	227	66.6	347	46.8
>950 TL	280	70.0	114	33.4	394	53.2
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P<0.001		X ² =98.862		SD=1		

* Sütun yüzdesi

Araştırma kapsamında değerlendirilen kişilerin ortalama geliri 1152 TL (Türk Lirası) olup % 46.8'i ≤950 TL ve % 53.2'si >950 TL gelire sahiptir. Kadınların % 66.6'sı ve erkeklerin % 30.0'ı 950 TL ile aşağısında gelire sahiptir. Erkeklerin % 70'nin geliri 950 TL üzerindeyken, kadınların % 33.4'ünün geliri 950 TL altındadır. Çalışma kapsamındaki kişilerin gelir durumlarıyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p <0.05).

Tablo 4.7. Katılımcıların eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı

Eğitimi	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
İlköğretim altı ^a	51	12.8	161	47.2	212	28.6
İlköğretim ^a	170	42.5	122	35.8	292	39.4
Lise ^a	109	27.2	27	7.9	136	18.4
Üniversite ^a	70	17.5	31	9.1	101	13.6
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P<0.001		X ² =125.565		SD=3		

* Sütun yüzdesi

^aFark oluşturanlar

Araştırma kapsamına girenlerin eğitim düzeyi, % 13.6'sı üniversite mezunu, % 18.4'ü lise mezunu, % 39.4'ü ilköğretim mezunu ve % 28.6'sı ilköğretim altı düzeydedir.

Kadınların önemli bir oranı % 47.2'si ilköğretim altı eğitim düzeyinde iken; erkeklerin de önemli bir kısmı % 42.5 ilköğretim eğitim düzeyindedir. Erkeklerin % 44.7'si lise ve üzeri okul eğitiminde ve kadınların % 17'si lise ve üzeri okul eğitimindedir. Eğitim durumuyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumu cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerin okullaşma oranı kadınlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.8. Araştırma grubunun BKİ sınıflandırması ve cinsiyete göre dağılımı

BKİ	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
≤24.99	136	34.0	86	25.2	222	30.0
25-29.99	207	51.8	170	49.9	377	50.9
≥30 ^a	57	14.2	85	24.9	142	19.1
Toplam	400	100.0	341	100.0	741	100.0
P<0.001	X ² =15.816		SD=2			

* Sütun yüzdesi

^aFark oluşturan

Katılımcıların ağırlık ortalaması 76.15±11.30 kg olup, boy ortalaması ise 167.58±7.25 santimetredir. En düşük vücut ağırlığı 46 kg ve en yüksek vücut ağırlığı 159 kilogramdır. Katılımcıların boy uzunluğu olarak en düşük 150 ve en yüksek 190 santimetredir.

Çalışma grubunun BKİ değeri; % 30.0'ı ≤24.99, % 50.9'u 25-29.99 aralığında ve % 19.1'i ≥30 obez sınıfındadır. Cinsiyete göre BKİ değerine bakıldığında erkeklerin % 34.0'ı ≤24.99, 51.8'i 25-29.99 aralığında ve % 14.2'si ≥30 sınıfında iken; kadınların % 25.2'si ≤24.99, % 49.9'u 25-29.99 aralığında ve % 24.9'u ≥30 sınıfındadır. BKİ sınıflandırması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

4.2. Sosyodemografik Özellikler, Yöresel Beslenme ve Hipertansiyon

Tablo 4.9. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri ve hipertansiyon karşılaştırılması

Değişkenler	Hipertansiyon				X ²	P değeri	
	Var		Yok				
	Sayı	%*	Sayı	%*			
Yas grubu	30-39 ^a	30	12.0	219	88.0	141.901	<0.001
	40-49 ^a	65	31.4	142	68.6		
	50-59 ^a	72	49.3	74	50.7		
	60+ ^a	96	69.1	43	30.9		
Cinsiyet	Erkek	124	31.0	276	69.0	7.662	0.006
	Kadın	139	40.8	202	59.2		
Gelir durumu	>950 TL	112	28.4	282	71.6	18.349	<0.001
	≤950 TL	151	43.5	196	56.5		
Medeni durumu	Evli	227	34.2	437	65.8	19.237	<0.001
	Bekar	5	18.5	22	81.5		
	Dul ^a	31	62.0	19	38.0		
Çalışma durumu	Çalışıyor	73	23.1	243	76.9	36.949	<0.001
	Çalışmıyor	190	44.7	235	55.3		
Eğitim durumu	Lise/üzeri	61	25.7	176	74.3	14.480	<0.001
	İlköğretim/altı	202	40.1	302	59.9		
BKİ	< 30	191	31.9	408	68.1	17.754	<0.001
	≥30	72	50.7	70	49.3		
Toplam		263	35.5	478	64.5		

* Satır yüzdesi
^a Fark oluşturanlar

Tablo 4.9’da araştırma grubunun yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve medeni durumuyla hipertansiyon sıklığı karşılaştırılmıştır. Araştırmaya kapsamına girenler belirli yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Yaşı 60+ olanların % 69.1’i, 50-59 yaş aralığında olanların % 49.3’ü, 40-49 yaş aralığında olanların % 31.4’ü ve 30-39 yaş aralığında olanların %12’sinde yüksek kan basıncı vardır. Yaş grupları ile yüksek kan basıncı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmaya kapsamındaki her yaş grubu farklılık oluşturmaktadır.

Cinsiyeti kadın olanların % 40.8’i hipertansiyonlu iken, erkeklerin % 31’i hipertansiyonludur. Cinsiyet ile hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Gelir durumu 950 TL ile altında olanların (% 43.5’i) ve geliri 950 TL üzerinde olanların % 28.4’ünde yüksek kan basıncı mevcuttur. Araştırmada değerlendirilen kişilerin gelir durumu ile hipertansiyon durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Medeni duruma göre değerlendirildiğinde, dul olanların % 62’si ve evli olanların % 34.2’si yüksek kan basıncına sahiptir. Medeni durumu bekar olanlar % 18.5 daha düşük bir orana sahiptir. Medeni durumu ile hipertansiyon arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Medeni duruma göre bakıldığında farklılık oluşturan grup dul olan kişilerdir.

Araştırma kapsamında değerlendirilenlerden bir işte çalışmayanlarda yüksek kan basıncı sıklığı (% 44.7) iken, çalışanlarda bu oran daha azdır (%23.1). Katılımcıların çalışma durumu ile yüksek kan basıncı sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Okul eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlarda(% 40.1) hipertansiyon sıklığı okul eğitimi lise ve üzeri olanlara (% 25.7) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Çalışma kapsamında değerlendirilen kişilerden BKİ 30 ve üzerinde olanlarda hipertansiyon sıklığı % 50.7 ve 30 aşağısında olanlarda hipertansiyon sıklığı % 31.9 oranındadır. Katılımcılardan BKİ değeri 30 ve üzerinde olanların 30 aşağısında olanlara göre yüksek kan basıncı sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların haftalık yöresel beslenme sıklığı ve hipertansiyon

Besin Tüketimi		Hipertansiyon				P	X ²	SD
		Var		Yok				
		Sayı	%*	Sayı	%*			
Balık	Az tüketiyor	230	33.9	448	66.1	0.003	8.577	1
kurutma	Sık tüketiyor	33	52.4	30	47.6			
Balık	Az tüketiyor	246	34.7	462	65.3	0.049	3.873	1
Salamura	Sık tüketiyor	17	51.5	16	48.5			
Kurut	Az tüketiyor	127	29.7	301	70.3	<0.001	14.989	1
	Sık tüketiyor	136	43.5	177	56.5			
Un Helvası	Az tüketiyor	241	34.8	452	65.2	0.122	2.397	1
	Sık tüketiyor	22	45.8	26	54.2			
Yöresel	Az tüketiyor	150	40.0	225	60.0	0.009	6.737	1
Peynir	Sık tüketiyor	113	30.9	253	69.1			
Avşor	Az tüketiyor	226	36.1	400	63.9	0.418	0.655	1
	Sık tüketiyor	37	32.2	78	67.8			
Büryan	Az tüketiyor	232	35.7	418	64.3	0.761	0.092	1
	Sık tüketiyor	31	34.1	60	65.9			
İşkembe/	Az tüketiyor	241	36.0	429	64.0	0.404	0.697	1
Bumbar	Sık tüketiyor	22	31.0	49	69.0			
Yaprak	Az tüketiyor	221	35.1	409	64.9	0.575	0.314	1
Basma	Sık tüketiyor	42	37.8	69	62.2			
Toplam		263	35.5	478	64.5			

*Satır Yüzdesi

Tablo 4.10'da katılımcıların haftalık yöresel besin tüketim sıklığıyla hipertansiyon karşılaştırılmıştır. Yöresel besinlerden un helvası, avşor, büryan, işkembe / bumbar / kelle paça ve yaprak basma tüketim sıklığı ile hipertansiyon arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0.05).

Yöresel besinlerden balık kurutma tüketimi fazla olanların % 52.4'ünde, salamura edilmiş balığı fazla tüketenlerin % 51.5'inde ve kurutu fazla tüketenlerin % 43.5'inde yüksek kan basıncı mevcuttur. Araştırma grubunun tükettiği yöresel besinlerden dokuzu değerlendirilerek, balık kurutma, yöresel peynir, tuzlu suya balık

basma ve kurut tüketim sıklığı ile hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.11. Lojistik regresyona alınan değişkenler

Faktörler		Referans Değişken
Yas grubu	30-39	1.00
	40-49	
	50-59	
	60+	
Cinsiyet	Erkek	1.00
	Kadın	
Gelir durumu	>950 TL	1.00
	≤950 TL	
Medeni durumu	Evli	1.00
	Bekar	
	Dul	
Çalışma durumu	Çalışıyor	1.00
	Çalışmıyor	
Eğitim durumu	Lise/üzeri	1.00
	İlköğretim/altı	
BKİ	< 30	1.00
	≥30	
Balık kurutma	Az Tüketen	1.00
	Sık Tüketen	
Tuzlu suda balık	Az Tüketen	1.00
	Sık Tüketen	
Kurut	Az Tüketen	1.00
	Sık Tüketen	
Yöresel peynir	Az Tüketen	1.00
	Sık Tüketen	

Tablo 4.11’de araştırmaya katılanların yaş grubu 30-39, cinsiyeti erkek, geliri >950 TL, medeni durum evli, bir işte çalışma, eğitimi lise ve üzeri, BKİ < 30, balık

kurutma az tüketimi, balık salamura az tüketimi, kurut az tüketimi ve yöresel peynir az tüketimi lojistik regresyon analizinde referans olarak alınmıştır.

Tablo 4.12. Lojistik regresyon analizine giren faktörler ve sonuç (son model)

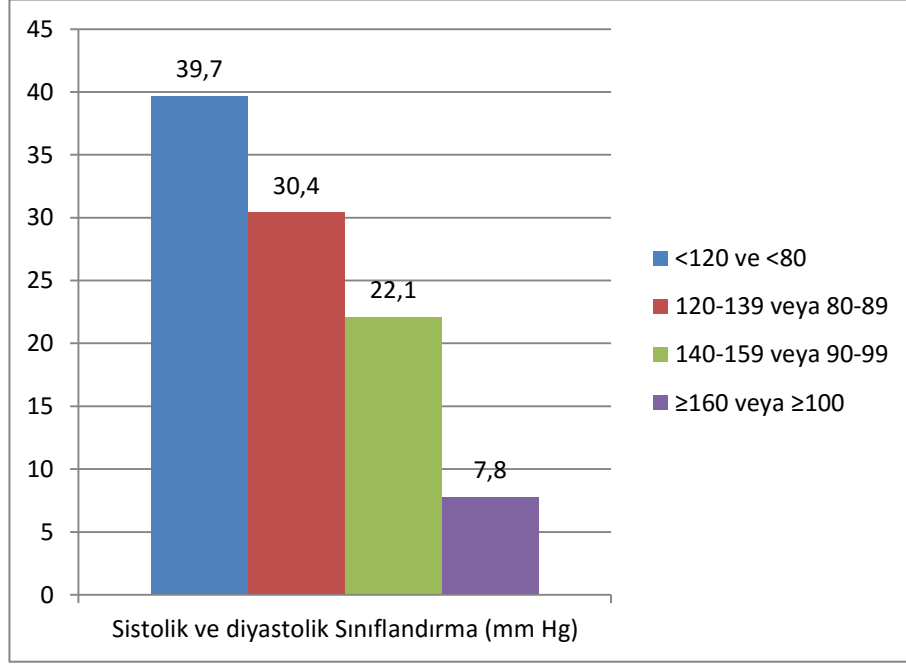
Faktörler		P Değeri	Odds Oranı	% 95 Güven Aralığı	
Yas grubu	30-39		1.00		
	40-49	0.001	2.28	1.39	3.76
	50-59	<0.001	4.99	3.09	8.06
	60+	<0.001	17.59	10.21	30.32
Cinsiyet	Erkek		1.00		
	Kadın	0.001	1.86	1.31	2.65
BKİ	< 30		1.00		
	≥30	0.043	1.55	1.02	2.36
Kurut	Az Tüketen		1.00		
	Sık Tüketen	0.001	1.85	1.31	2.62

Backward Wald son modelde yaş grubu, cinsiyet, BKİ ve yöresel besinlerden kurut olmak üzere toplamda 4 bağımsız değişken vardır. Tablo 4.12’de Backward Stepwise Lojistik Regresyon analizi sonucunda 40-49 aralığında (OR: 2.28), 50-59 yaş aralığında (OR: 4.99), 60 yaş üzerinde olanlarda (OR=17.59), cinsiyeti kadın olanlarda (OR=1.86), obezite ≥30 (OR=1.55) olmanın ve kurut sık tüketmenin (OR=1.85) hipertansiyon üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir (p<0.05).

Tablo 4.13. Araştırma kapsamındaki kan basınçları sınıflandırılması

Kan Basıncı Sınıflandırması			Sayı	%*
Sistolik mmHg		Diyastolik mmHg		
<120	ve	<80	294	39.7
120-139	veya	80-89	225	30.4
140-159	veya	90-99	164	22.1
≥160	veya	≥100	58	7.8
Toplam			741	100

Tablo 4.13’de katılımcıların hipertansiyon sınıflandırması yapılmıştır. JNC VII sınıflandırmasına göre kişilerin % 39.7 si normal kan basıncına sahiptir. Araştırma grubundakilerin % 30.4’ünde pre-hipertansiyonlu, % 22.1’inde evre 1 ve % 7.8’inde evre 2 yüksek kan basıncı mevcuttur. Evre 1 ve evre 2 hipertansiyonu olan 222 kişi vardır. Kan basıncı kontrol altında olanlarla (41 kişi) birlikte toplamda 263 kişide hipertansiyon vardır.



Şekil 4.1. Araştırma grubunun kan basınçları sınıflandırılması

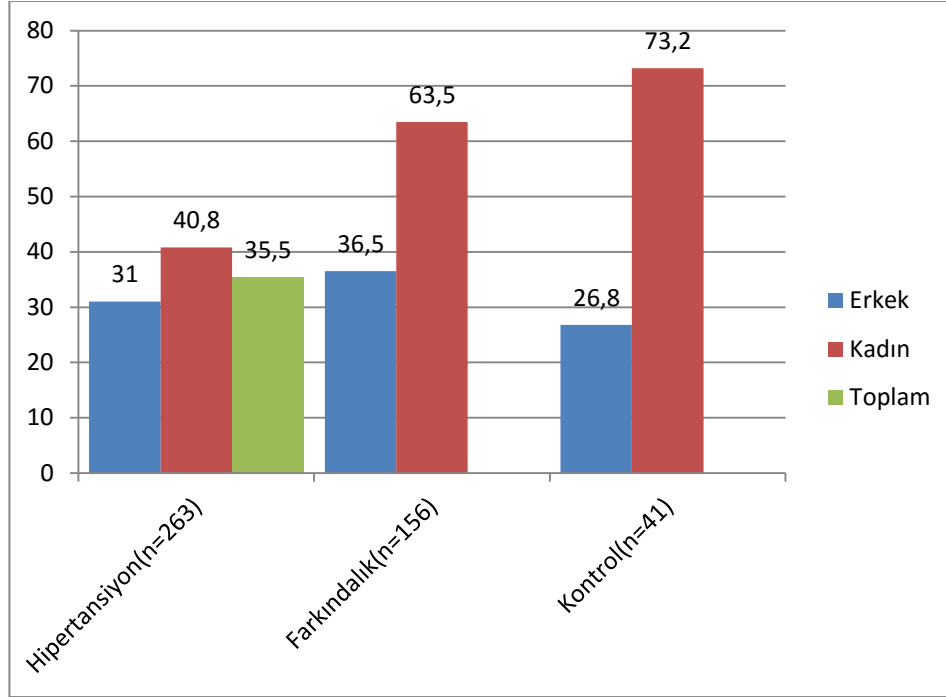
4.3. Hipertansiyon Sıklığı, İlaç Kullanımı, Diyet, Kontrolü ve Farkındalığı

Tablo 4.14. Katılımcıların hipertansiyon, kontrol ve farkındalığına göre dağılımı

Hipertansiyon	N	Sayı	Yüzde
Sıklığı	741	263	35.5
Farkındalığı	263	156	59.3
Kontrolü			
Tüm hipertansiyonlular içerisinde	263	41	15.6
Farkında olanlar içerisinde	156	41	26.3

Çalışmada hipertansiyon sıklığı % 35.5 bulunmuştur. Kadınlardaki sıklık % 40.8 ve erkeklerdeki sıklık % 31 oranındadır. Tespit edilen kişilerin % 59.3’ü

hipertansiyonlu olduğunun farkındadır. Bunun yanında tüm hipertansiyonlular içerisinde kan basıncı kontrol altında olanların oranı % 15.6 ve farkında olanların % 26.3'ü kontrol altındadır.



Şekil 4.2. Cinsiyete göre hipertansiyon sıklığı, kontrolü ve farkındalığı yüzdesi

Cinsiyete göre farkındalık ve kontrol düzeyine bakıldığında; farkında olanların %63.5'i ve kontrol altında olanların % 73.2'si (30 kişi) kadındır. Yaş artışı ve kadınlarda farkındalık anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.001$).

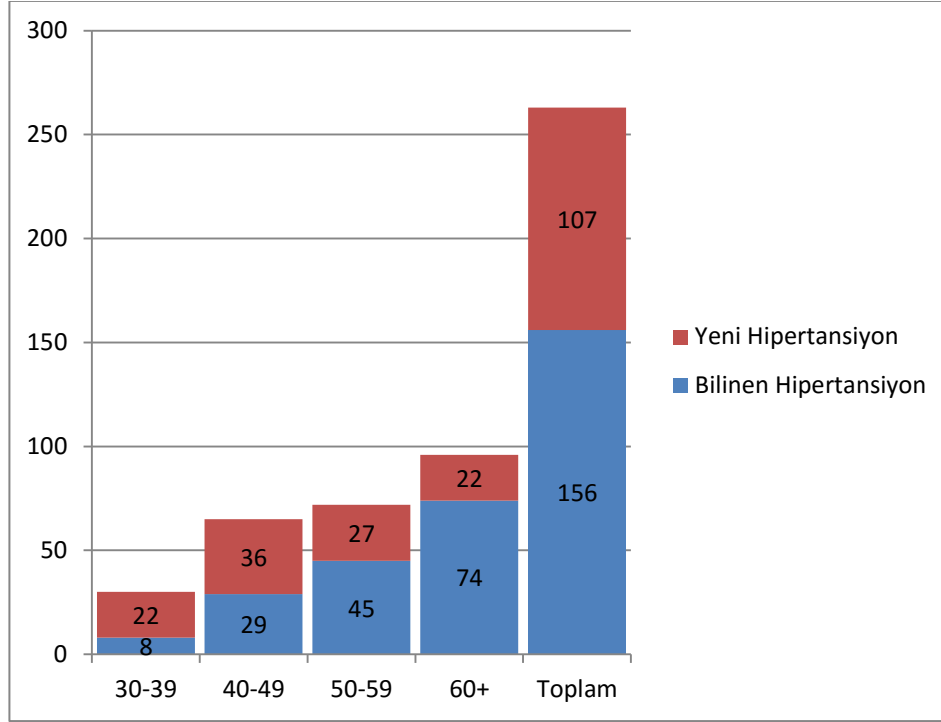
Tablo 4.15. Araştırma grubunun cinsiyete göre sistolik ve diyastolik ortalamaları

Cinsiyet	Hipertansiyon Ortalaması			
	Sistolik		Diyastolik	
	Ortalama*	SS	Ortalama*	SS
Erkek	126.35	17.37	78.62	10.20
Kadın	126.22	18.44	78.76	11.34
Toplam Ortalama	126.29	17.86	78.68	10,73

*Sütun ortalaması

Katılımcıların sistolik kan basıncı ortalaması 126.29 ± 17.86 mm Hg ve diyastolik kan basıncı ortalaması 78.68 ± 10.73 mm Hg olarak ölçülmüştür. Cinsiyete göre sistolik

kan basıncı ortalaması erkeklerin 126.35 ± 17.37 mm Hg ve kadınlar 126.22 ± 18.44 mm Hg iken; diyastolik kan basıncı ortalaması erkeklerin 78.62 ± 10.20 mm Hg ve kadınların 78.76 ± 11.34 mm Hg olarak ölçülmüştür.



Şekil 4.3. Yaş gruplarına göre bilinen ve yeni saptanan hipertansiyonlu kişi sayısı

Hipertansiyon sıklığı ve farkındalığı yaş grubu yükseldikçe artmaktadır. Yüksek kan basıncı farkındalığı en düşük olan 30-39 yaş grubu ve en yüksek olan 60 yaş ve üzeri olan gruptur. Katılımcılardan 30-49 yaş aralığında olanlarda hipertansiyon bilinen vaka sayısı yeni saptanan hipertansiyonlu sayısından küçüktür. Toplamda bilinen hipertansiyonlu kişi sayısı 156 (yüksek kan basıncı olan kişilerin % 59.3'ü) ve yeni saptanan kişi sayısı 107 (Yüksek kan basıncı olan kişilerin % 40.7'si) olarak saptanmıştır.

Daha önce hipertansiyon teşhisi konulanların % 12.8'i kendilerine önerilen herhangi bir diyet uygulamamakta ve % 8.3'ü doktor tarafından yazılan ilacı kullanmamaktadır. Önerilen diyete genellikle uyanlar % 35.3 oranında ve doktorların yazdığı ilaçları genellikle kullananlar % 38.5 oranındadır. Diyetlerini düzenli uygulayanlar % 7.7 oranında iken, düzenli ilaç kullanım oranı (%38.5) daha yüksektir (Tablo 4.16). Genel olarak değerlendirildiğinde doktorların önerdiği ilaç kullanımı, uzmanların önerdiği diyet kullanımına göre daha fazladır.

Tablo 4.16. Önceden hipertansiyon teşhisi alanların önerilen diyet ve ilacı kullanılması

Diyet	Sayı	Yüzde
Uygulamamakta	20	12.8
Bazen	69	44.2
Genellikle	55	35.3
Her zaman	12	7.7
İlaç		
Kullanmamakta	13	8.3
Bazen	23	14.7
Genellikle	60	38.5
Her zaman	60	38.5
Toplam	156	100

4.4. Katılımcıların Beslenme Alışkanlığı

Araştırmaya katılanların ana öğün tüketim ortalaması 2.69 ± 0.51 olup; 2 ana öğün tüketenlerin oranı % 29 ve 3 ana öğün tüketenlerin oranı % 68.7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 46.6'sı öğün atlamadığını ve % 29.4'ü bazen atladığını ve % 24'ü atlamadığını ifade etmiştir. Öğün atlayanların % 28.9'u öğlen ve % 19.6'sı sabah vaktinde öğün atlamaktadır. En çok öğün atlama nedenleri arasında; % 17.1 yorgunluk/iş, % 14.4 iştahsızlık, % 8.6 uyku, % 4.7 acıkmaması, % 4.2 diyet ve % 2.8 rahatsızlığını öne sürmüştür.

Tablo 4.17. Araştırma grubunun öğün aralarında tercih ettiği yiyecekler

Yiyecekler	Sayı	Yüzde
Meyve çeşitleri	439	59.2
Yoğurt	281	37.9
Kuruyemiş	242	32.7
Poğaç, Simit, Kurabiye vb.	204	27.5
Şeker, çikolata vb.	107	14.4
Tüketmiyor	94	12.7
Hazır çorba	75	10.1
Hamburger, tost, Börek vb.	40	5.4

Araştırma grubunun öğün aralarında sık tercih ettikleri yiyeceklere bakıldığında büyük çoğunluk % 59.2'si meyve tüketirken; % 37.9'u yoğurt, % 32.7'si kuruyemiş ve % 27.5'i poğaçaya vb. tüketmektedir. Öğün aralarında en az (% 5.4'ü) hamburger, tost, börek vb. gıdalar tüketilmektedir. Ayrıca katılımcıların % 12.7'si öğün aralarında herhangi bir yiyecek tüketmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların öğün aralarında tercih ettiği içecekler

İçecekler	Sayı	Yüzde
Çay	658	88.8
Su	562	75.8
Kahve	218	29.4
Ayran	182	24.6
Meyve suları	158	21.3
Süt	82	11.1
Sade veya meyveli soda	74	10.0
Gazlı içecekler	71	9.6
Bitki çayları	61	8.2

Öğün aralarında en çok çay (% 88.8) ve su (% 75.8) tüketilmektedir. Süt ve süt ürünlerinden ayran (% 24.6) ve süt (% 11.1) tüketimi daha düşük bir oran sahiptir. Ayrıca çok azıda (% 1.8) herhangi bir içecek tüketmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.19. Katılımcıların yemek seçiminde dikkat ettiği etmenler

Dikkat edilen etmenler	Sayı	Yüzde
Lezzet	489	66.0
Doyuruculuğu	382	51.6
Temiz hazırlanması ve pişirilmesine	325	43.9
Besin değerine	202	27.3
Ücretine	197	26.6
Hazırlanma kolaylığına	148	20.0
Malzeme kalitesine	129	17.4
Hazırlanma süresine	119	16.1

Katılımcılar ana öğünü daha çok yemeğin lezzeti (% 66.0) ve doyuruculuğuna (% 51.6) göre tercih etmektedir. Bunun yanında katılımcıların % 43.9'u yemeğin temizliğine, % 27.3'ü besin değerine, % 26.6'sı ücretine, % 20'si hazırlanma kolaylığına, % 17.4'ü malzeme kalitesine ve % 16.1'i öğün seçiminde hazırlanma süresine dikkat etmektedir. Yemeğin tadına bakmadan genellikle/her zaman tuz katanlar, tadına bakmadan tuz atmayanlar/bazen atarlara göre hipertansiyon yüzdesi daha fazladır. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon farklı yaş grupları üzerinde çalışılmaktadır. Çalışmada 30 yaş ve üzeri topluluk çalışıldığından literatür çalışmalarında sıklık, farkındalık ve kontrol düzeyi farklılık göstermektedir. Yaş grubu 30 yaş ve üzeri olan birçok çalışmada hipertansiyon sıklığı bu çalışmaya yakın orandadır. Bazı çalışmalarda hipertansiyon sıklığının bu çalışmaya göre daha az olduğu ve bazılarında da yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Literatür çalışmalarda 30 yaş ve üzeri hipertansiyon sıklığı % 20.9 - 41.7 aralığında olduğu görülmektedir. Durumlarının farkında olanların oranı % 57.4 - 73.3 aralığında değişmektedir. Bu çalışmada hipertansiyon sıklığı % 35.5 olarak saptanmıştır. Araştırma grubundaki yüksek kan basıncı kişilerin % 59.3'ü durumlarının farkında olduğu ve farkında olanların % 26.3'ü kontrol altında olduğu görülmektedir. Yüksek kan basıncı olup farkında olanların % 63.5'i ve kontrol altında olanların % 73.2'si (30 kişi) kadındır.

Araştırma grubunda sistolik kan basıncı ortalaması 126.3 mm Hg olarak ölçülmüştür. Erkeklerde ölçülen kan basıncı ortalaması (126.4 mm Hg) ve kadınlarda ölçülen kan basıncı ortalaması (126.2 mm Hg) bulunmuştur. Bu değerlerin bir derlemede 2015 yılına kadar öngörülen, Türkiye'de 30 yaş üstü kadın (126.4 mm Hg) ve erkek (125.3 mm Hg) sistolik kan basıncı ortalamasına yakın olduğu görülmektedir. Ayrıca Bitlis il merkezi çalışmasında kadınlardaki hipertansiyon sıklığı % 40.8 olup, 2015 yılı kadınlarda öngörülen hipertansiyon sıklığına (% 41.7) yakın değerde olduğu görülmektedir (31).

İzmir ili Balçova İlçesi 30 yaş ve üzeri hipertansiyon sıklığı % 40.9, Hipertansiyonlu bireylerin % 73.3'ü farkında, farkında olanların % 49.6'sının kan basıncı kontrol altındadır. Balçova'daki çalışmanın hipertansiyon sıklığı Bitlis il merkezinden yüksektir. Bunun yanında hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü de fazladır (32). Balçova'daki ilköğretim üzeri nüfusun daha fazla olması farkındalığı artırmış olabilir. Hipertansiyon farkındalığının yükselmesi de kontrol oranına yansiyabilir. Okullaşma oranının yüksek olması sağlık okuryazarlığını da artırabilir. Sağlık bilinçliliği, toplumu korumaya teşvik eder. Fakat Balçova çalışmasında eğitim düzeyinin artması kan basıncı kontrolü ile anlamlı ilişkisi görülmemiştir. Bitlis il merkezinde hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü düşüktür. Hasta, tıbbi çevre ve hizmet sunumuna dair engeller varsa gerekli iyileştirmelerin yapılması Bitlis ilinde hipertansiyon farkındalığı ve kontrolünü artırabilir.

Bitlis il merkezindeki hipertansiyon sıklığı, farkındalığı ve kontrolü bulgularına en yakın değerlerin Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki çalışmada olduğu görülmektedir. Bu bölgedeki 30 yaş ve üzeri toplulukta hipertansiyon sıklığı % 36.8, farkındalığı % 62.6 ve tedaviyle kontrolü % 26.6 olarak saptanmıştır (33). Nilüfer bölgesindeki yaş ortalaması, evliler ve lise/üzeri eğitilmiş olanları oranı Bitlis il merkeziyle yakın değerdedir. Sosyoekonomi, yaşam tarzı, eğitim vb. toplumun sağlık ve hastalık durumuna yansıtılabilmektedir.

Kayseri il genelindeki 30 yaş ve üstü kişilerde hipertansiyon sıklığı (% 34.6) ve kan basıncı kontrolü yüzdesi (% 28.9) Bitlis çalışmasına yakındır. Farkındalık (% 70.6) ise daha yüksektir (34). Bu çalışmada da hipertansiyon sıklığı ve kontrol oranı Bitlis il merkezi çalışmasına yakın olduğu görülmektedir. Farkındalığın bu çalışmada daha yüksek olduğu görülmektedir. Farkındalığın yüksek olmasında bu çalışmada kadınlarının oranı daha fazla olması ve sosyoekonomik farklılığın olması düşünülebilir. Birçok çalışmada kadınlarda farkındalık erkeklerle göre daha fazladır.

Sivas Emek Sağlık Ocağı Bölgesi 30 yaş üzerindeki bayanlarda kan basıncı yüksekliği en düşük oranı (% 20.9) oluşturmaktadır. Yüksek kan basıncı olanlar içerisinde farkındalık (% 57.4) bu çalışmadakine benzerdir (35). Hipertansiyon prevalansı en düşük bu çalışmada çıkmıştır. Çalışmanın 2001 tarihinde ve kadınlarda yapılmış olması sıklık oranını da değiştirir. Fakat Bitlis çalışmasında cinsiyeti kadın olmayla yüksek kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir.

Yurt dışındaki benzer yaş grubu araştırmalara bakıldığında; Hindistan'daki 30 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon sıklığı % 41.7 ve yaklaşık hipertansiyon farkındalığı % 71 ile Bitlis çalışmasına göre daha fazladır. Yüksek kan basıncı oranının Bitlis ili ve diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (36). Aynı ülkedeki 30 yaş ve üzeri başka çalışmada yüksek kan basıncı sıklığı (% 32.2) daha düşük ve hipertansiyon farkındalığı % 72 ile benzer orandadır (37). Gelir durumu iyi olan grupta çalışılmış olunması, hipertansiyon sıklığının düşük çıkmasında katkı sağlamış olabilir. Bitlis çalışmasında hipertansiyon sıklığı geliri 950 TL ve altında olanlarda daha fazla çıkmıştır.

Bitlis il merkezi topluluğunda, Lojistik Regresyon analizinin son modelinde daha ileri yaş grubu, kadınlarda ve $BKİ \geq 30$ olanlarda anlamlı bir şekilde yüksek kan basıncıyla ilişkisi ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Benzer yaş gruplarında yapılan çalışmalarda da yaş, cinsiyet ve BKİ ile hipertansiyon arasında ilişki bulunmuştur. Bazı çalışmalarda cinsiyeti kadın olanlarda anlamlı fark varken; bazı çalışmalarda da

cinsiyeti erkek olanlarda anlamlı fark vardır. Ayrıca birçok çalışmada BKİ ile yüksek kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Yaş ile benzer yaş grubu (30 yaş ve üzeri) çalışmalarda yüksek kan basıncıyla anlamlı bir ilişkisi ortaya çıkmıştır.

Balçova İlçesi araştırmasında, ileri yaşta olanların ve kadınların daha fazla oranda hipertansiyon sıklığına sahip olduğu saptanmıştır (32). Kayseri’de yapılan çalışmada da ileri yaş, cinsiyeti kadın olanlar ve BKİ (şişman olanlar) ile hipertansiyon arasında önemli bir ilişki gözlenmiştir (34). Sivas’ta kadınlara yönelik bir çalışmada, hipertansiyon sıklığı yaşlılarda ve beden kitle indeksi otuzun üstünde olanlarda önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (35). Bazı çalışmalarda cinsiyet ile yüksek kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki bulunmayıp, yaş ve BKİ ile anlamlı ilişkisi saptanmıştır (33, 36). Bir çalışmada erkeklerde hipertansiyon anlamlı bir şekilde kadınlardan yüksek bulunmuş; yaş artışı ve BKİ ile yüksek kan basıncı anlamlı bir ilişkisi görülmüştür (37). Literatür çalışmalarına bakıldığında genellikle Bitlis araştırmasına benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir.

TURDEP-II sonuçlarında 20 yaş ve üzeri hipertansiyon prevalansı % 31.3 düzeyindedir. Kadınlardaki hipertansiyon sıklığının erkeklerdeki orana yakın değerdedir. Hipertansiyon farkındalığı % 58.1 oranındadır. Kadınlardaki farkındalık erkeklerden daha fazladır. Bitlis il merkezinde yapılan çalışmada da kadınlardaki farkındalığın erkeklere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (13). Gelişmiş bazı ülkelerde 20 yaş ve üzeri toplulukta yapılan çalışmalarda prevalansın daha düşük, farkındalık ve kontrol oranının yüksek olduğu görülmektedir. Kanada en düşük hipertansiyon prevalansına % 19.5 sahipken; ABD % 29 ve İngiltere % 30 oranına sahiptir. Hipertansiyon farkındalığı yüksekliği gelişmiş ülkelerde sırasıyla; Kanada en yüksek % 83, ABD % 81 ve İngiltere % 65 oranıyla daha düşüktür. Hipertansiyon kontrol oranı sırasıyla; Kanada en yüksek % 66, ABD % 53 ve İngiltere % 27 daha düşük orandadır (38).

Diğer ülkelerdeki aynı yaş grubu çalışmalara bakıldığında, Brezilya’da 20 yaş üzeri toplulukta yapılan bir çalışmada hipertansiyon sıklığının yüksek olduğu (% 35.9) ve Çin’deki 20 yaş ve üzeri bir çalışmada hipertansiyon sıklığının (% 26.7) düşük olduğu görülmektedir (39, 40).

Türkiye’de 18 yaş ve üzeri toplulukta hipertansiyon prevalansının yükseldiği görülmektedir. Yozgat il merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hipertansiyon prevalansı % 37.6 olarak bulunmuştur. Konya’daki

çalışmada yüksek kan basıncı prevalansı (% 50.8) diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Her iki çalışmada da yüksek kan basıncı farkındalığı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Bitlis il merkezindeki kadınlar ve ileriki yaşta olanlarda farkındalık daha fazladır. Yozgat çalışmasında hipertansiyon kontrol oranı Bitlis çalışmasına göre daha yüksekken, Konya’da tüm hipertansiyonlulardaki kontrol oranı yakın değerdedir (41, 42).

Başka ülkelerde aynı yaş grubunda yapılmış başka çalışmalarda hipertansiyon prevalansı % 21.1 - 32.7 aralığında değişmektedir. Malezya’da 18 yaş ve üzeri kişilerde yapılan çalışmada da hipertansiyon prevalansı (% 29.8) bu çalışmaya göre daha düşüktür. Hipertansiyon farkındalığı(% 50’si) bu çalışmadan daha düşük ve hipertansiyon teşhisi konulanlardaki kontrol oranı (% 52) daha yüksektir. Ayrıca sistolik kan basıncı ortalaması (129.75 mm Hg) bu çalışmaya göre daha fazladır (43). Nijerya’da 18 yaş ve üzeri yapılan bir çalışmada hipertansiyon sıklığı % 29.1 daha düşük orandadır. Bu çalışmada da kadınlarda hipertansiyon daha sık görülmüş, yaş ve obezitenin hipertansiyon ile anlamlı bir ilişkisi ortaya çıkmıştır (44). Başka Afrika ülkelerinde benzer yaş grubundaki çalışmalarda yüksek kan basıncı sıklığı daha düşük orandadır. Angola’da hipertansiyon sıklığı % 23 ve Kenya’da % 22.8 düzeyindedir. Bu iki ülkede de hipertansiyon farkındalığı çok düşüktür. Yaklaşık her beş kişiden biri durumunun farkındadır. En düşük farkındalığın bu iki ülkede yapılan çalışmada ortaya çıktığı görülmektedir. Angola’daki çalışmada erkeklerde hipertansiyon sıklığı daha fazla çıkmıştır (45, 46). İspanya’daki bir çalışmada da erkeklerde daha yüksek hipertansiyon sıklığı ortaya çıkmıştır. Fakat farkındalık kadınlarda yüksektir. Bu ülkede yapılan çalışmadaki hipertansiyon sıklığı diğerlerine göre daha yüksek (% 32.7) olduğu görülmektedir. Hipertansiyon olan kişilerin farkındalığı (% 56.5) Bitlis çalışmasına yakın orandadır (47).

Bazı ülkelerde başka yaş gruplarında yapılan çalışmalarda, Afganistan 40 yaş ve üzeri çalışmada hipertansiyon prevalansı % 46.2 yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada da yaş ve BKİ ≥ 30 kg/m² hipertansiyon belirleyicisi olup, okur yazar olmayanlarda daha yüksek hipertansiyon sıklığı vardır (48). İsviçre 35 - 75 yaş aralığı çalışmada Hipertansiyon prevalansı % 36 olup farkındalık (% 63) ve kontrol (% 48) Bitlis çalışmasından yüksektir. İleri yaş, cinsiyet, düşük eğitim düzeyi ve obeziteyle ilişkilidir. Ancak, İsviçre’deki çalışmada cinsiyeti erkek olma hipertansiyonla ilişkilidir (49). Hipertansiyon sıklığı ve kontrolü ileri yaş grubunda daha fazla olabilmektedir.

Ülkemizde ileri yaş gruplarına yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında; Niğde ili Kemerhisar Kasabası'ndaki 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansının % 56.9 oranıyla çok yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca hipertansiyon farkındalığı da (% 71.2) yüksektir. Bu çalışmada da kadınlarda hipertansiyon sıklığı ve farkındalığı daha fazladır (50). Afyonkarahisar ili Dinar İlçesi'ndeki 40 yaş ve üzeri popülasyonda da hipertansiyon prevalansı % 47.6 yüksek orandadır. Hipertansiyonlu olduğunu bilenlerin oranı bu çalışmada yüksek olduğu (%76.6) görülmektedir (51). Yaş ilerledikçe hipertansiyon sıklığı ve farkındalığı artabilmektedir.

Yaşlı toplulukta hipertansiyon riski artmakta ve prevalansı yükselmektedir. Bu çalışmada yaşı 60+ olanların yüksek kan basıncı sıklığının yüksek (% 69.1) olduğu görülmektedir. Bunun yanında bu yaş grubunda risk çok (OR: 17.05, GA; 9.04-32.17) çok yüksektir. Ayrıca Bitlis il merkezindeki 65 yaş ve üzeri hipertansiyon sıklığı % 73.5 oranındadır. İleri yaş grubuna (65 yaş ve üzeri) yönelik yapılan bir çalışmada da hipertansiyon sıklığı (% 61.8) yüksek çıkmıştır (52).

Yaş ve BKİ durumunun birçok çalışmada olduğu gibi bu çalışmalarda da yüksek kan basıncıyla ilişkisi görülmüştür. Bazı çalışmalarda kadınlarda bazı çalışmalarda erkeklerde yüksek kan basıncı sıklığı fazladır.

Hipertansiyonlu olup da henüz ilaç kullanmayan ve diyet düzenlemesi yapmayan önemli bir grup vardır. Hipertansiyon teşhisi konulan katılımcıların % 12.8'i kendilerine önerilen herhangi bir diyeti uygulamamaktadır. Ayrıca katılımcıların % 8.3'ü doktorun yazdığı ilacı kullanmamaktadır. Kan basıncı düzenlemesi için diyet yaparak hipertansiyon ilaçlarını doktor kontrolünde aksatılmadan kullanılması gerekir. Böylece gelişebilecek komplikasyonlara karşı önlem alınmış olunur.

Pre-hipertansiyonlu kişilerde ilerleyen yıllarda yüksek kan basıncı oluşması riski artar (8). Optimum (<120 / 80 mm Hg) ve normal (120 – 129 / 80 - 84 mm Hg) kan basıncı olanlara göre yüksek normal kan basıncına sahip kişilerde, 35-64 ile 65 -94 yaşlarında 4 yıllık hipertansiyon insidans artışı daha fazla olmaktadır. İleri yaş grubunda bu artış daha yüksek olmaktadır. Buna karşı yüksek normal kan basıncına (sistolik 130 – 139 / diyastolik 85 - 89 mm Hg) sahip kişilerin yılda bir izlenmesi gerekir (8, 53).

Kan basıncı sistolik 120 - 139 ve diyastolik kan basıncı 80 - 89 olanların hipertansiyon yönünden dikkatli olması gerekir. Bu çalışmada da katılımcıların % 30,4'ünde pre-hipertansiyon vardır. Bu oran yüksek kan basıncı riski yönünden bu topluluğun koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Birincil koruma hizmetlerinin artırılması hipertansiyonu olmayan kişilerde olumlu koruyucu sağlık davranışları geliştirebilir. Pre-hipertansiyonlu ve hipertansiyonlu kişiler saptanarak izlenmesi kan basıncı düşürmede katkı sağlayabilir.

Çalışma grubunun gelir durumu, okul eğitimi ve medeni durumu gibi bazı sosyodemografik özellikleri hipertansiyon sıklığıyla karşılaştırılmıştır. Katılımcıların gelir durumu 950 TL ve altında olanların % 43.5'inde ve 950 TL üzerinde olanların % 28.4'ünde hipertansiyon mevcuttur. Kişilerin gelir durumu ≤ 950 olanlarda, medeni durumu dul olanlarda, çalışmayanlarda, eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlarda anlamlı olarak hipertansiyon daha yüksektir ($p < 0.05$). Araştırmaya katılanların eğitim durumu ve BKİ ile hipertansiyon arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Kayseri çalışmasında ekonomik durumla anlamlı farklılık tespit edilmemiş, herhangi bir okul mezunu olmayanlarda hipertansiyon oranı daha yüksek bulunmuştur (34). Başka bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeydekilerde hipertansiyon prevalansı daha yüksektir (50). Bitlis çalışmasında medeni durumla hipertansiyon arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığı medeni durumu dul olan kişiler oluşturmaktadır. Medeni durumu dul olanlarda hipertansiyon daha fazladır. Balçova çalışmasında da medeni durumu dul olanlarda hipertansiyon sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir (32).

Çalışmada yöresel besinlerden salamura balık, balık kurutma, yöresel peynir ve kurut tüketimiyle yüksek kan basıncı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yöresel peynir sık tüketenlerde hipertansiyon daha az görülmüştür. Yöresel peynir tüketenlerde az görülmesi, yöreye özgü peynirlerin sarımsak türü otlardan yapılması ve su bidonlarında bekletilip tuzu alınmasından olabilir. Fakat yöresel besinlerden salamura balığı, kurutulmuş balık ve kurutu sık tüketenlerde hipertansiyon sıklığı daha fazla olduğu görülmüştür. Bölgede kışın uzun sürmesi, salamura balık, kurutulmuş balık ve kurut gibi kışlık hazırlanan besinlerin üretilmesini artırmaktadır. Bu yöresel besinler tuzlanarak saklanmaktadır. Lojistik Regresyon (Backward Wald) analizinin son modelinde bu yöresel besinlerden kurut sık tüketiminin hipertansiyon ile anlamlı bir ilişkisi ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Kurut tüketiminin OR değeri 1.85 (% 95 GA: 1.31 - 2.62) olarak bulunmuştur.

Kışın uzun sürdüğü yerlerde besinlerin bir kısmı kurutulmaktadır. Kurutulmuş balık ve kurut tuzda kurutulmuş olarak saklanmaktadır. Yörede kuruttan tuz içeriği fazla birçok yemek yapılmaktadır. Bölgede "keş" olarak da adlandırılan Kurut, tuzla kurutulmuş yapılmaktadır. Bu tip gıdaların tuzlanarak kurutulup yöresel besin olarak tüketilmesi, sodyum miktarını artırarak kan basıncı artışı yapabilir. Kurutulmuş süt

ürünlerinden yapılan yöresel gıdalar yerine, taze süt ürünleri üretimi ve kullanımı teşvik edilmelidir.

Yöresel besinlerden kelle paça, avşor, yaprak sarma, büryan ve un helvası ile yüksek kan basıncı arasında anlamlı bir fark gözlenememiştir ($p>0.05$). Yüksek kan basıncı olan kişilerin bu konuda önceden bilgilendirilmişse bunlara karşı diyet uyguluyor olabilirler. Un helvası, tuzla birlikte unun karışımıyla ya da pekmez gibi tatlı besinlerin karışımıyla yapılabilmektedir. Bölgede pekmez gibi tatlı un helvası kullanımı yaygındır. Tatlı besinlerden hazırlanan un helvası, hipertansiyon sıklığı ile anlamlı bir fark bulunmamasına katkı sağlamış olabilir. Ayrıca yöresel besinlerden avşor ve büryan tandır ortamında üretilmektedir. Bu yöresel besinlerin üretimin kolay olmaması, tandırda üretimlerinin uzun süre alması ve pahalı olması bu besinlerin tüketimini azaltabilir. Bitlis çalışmasında katılımcıların yöresel besinlerden büryan ve avşoru çok az tüketmektedir.

Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına bakıldığında % 27.3'ü yemek seçiminde besin değerine bakmaktadır. Araştırma grubunun büyük çoğunluğunun besin değerlerine dikkat etmediği görülmektedir. Bunun yerine katılımcılar yemeğin lezzetini (% 66) ve doyuruculuğunu (% 51.6) önemsemektedir. Hipertansiyonla mücadelede tercih edilen DASH ve Akdeniz diyetinde de yararı belirtilen meyve, katılımcıların öğün aralarında en çok tercih ettiği (% 59.2) yiyecektir. Ayrıca ara öğünde tüketimi ikinci sırada olan yoğurtun kalsiyum yönünden zengin olduğu bilinmektedir. Kalsiyum, potasyum ve magnezyum DASH ve Akdeniz diyetinde belirtildiği gibi yüksek basıncı dengelemede tercih edilmektedir.

Geleneksel besinlerin tüketiminin başka çalışmalarda da hipertansiyonla bağlantısı bulunmuştur. Çin'deki bir çalışmada geleneksel diyetin yüksek kan basıncıyla ilişkisi ortaya çıkmıştır. Bu geleneksel diyetle yüksek tuz tüketimi vardır. Ayrıca Brezilyada yapılan çalışmada da geleneksel diyetle sodyum ile yüksek korelasyon ortaya çıkmıştır (39, 40). Farklı ülkelerde tüketilen geleneksel besinler farklı olsa da bu besinlerde hipertansiyonu tetikleyecek tuz kullanımının yaygın olduğu görülmektedir.

Türkiye'deki bir çalışmada salamura besin tüketimi fazla olan bireylerde hipertansiyon prevalansının yüksek (% 58.2) olduğu saptanmıştır (51). Salamura olarak hazırlanan besinlerin hazırlanmasında fazla tuz kullanılmaktadır. Risk altındaki kişilerin kaçınması gereken gıdalardandır.

Sonuç olarak bitlisin y6resel yemeklerinin bir6u tuzlu olsa da beslenme olarak yoğurt ve meyve gibi besinler sık t6kutilmektedirler. Genel olarak birçok geleneksel besinin t6ketim sıklığı y6ksek olmadığından, eskisine g6re azalmığ veya terkedilmiğ olmasından dolayı Bitlis il merkezinde fark oluşturmadığını g6rmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bitlis il merkezinde yaşayan 30 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon sıklığı % 35.5 saptanmıştır. Bu sıklık benzer yaş gruplarındaki (30 yaş ve üzeri) birçok çalışmaya yakın değerdedir. Hipertansiyonun farkındalığı ve kontrol oranı düşük bulunmuştur.

Yüksek kan basıncı olan kişilerin % 59.3'ü durumunun farkındadır. Hipertansiyonun farkında olanların % 26.3'ü kan basıncı kontrol altındadır (≤ 140 ve/veya ≤ 90). Yaş ilerledikçe farkındalıkta artmakta ve kadınlarda farkındalık erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.001$).

Araştırma grubunun sistolik kan basıncı ortalaması 126.28 ± 17.87 mm Hg ve diyastolik kan basıncı ortalaması 78.72 ± 10.83 mm Hg olarak ölçülmüştür. Cinsiyete göre sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalaması birbirlerine yakın değerdedir.

Yöresel besinlerden balık kurutma, salamura balık ve kurut sık tüketimiyle hipertansiyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Lojistik Regresyon analizi sonucunda, kurut sık tüketimi, ileri yaş, kadınlarda ve $BKİ \geq 30$ olanlarda hipertansiyonla önemli ilişkisi saptanmıştır ($p < 0.05$).

Hipertansiyon, sessiz seyrederek ciddi komplikasyonlar oluşturabilen toplum sağlığı açısından oldukça önemli bir durumdur. Bu komplikasyonlara karşı erken teşhis ve erken müdahale hayati bir öneme sahiptir. Henüz yüksek kan basıncının farkında olmayan birçok kişi vardır. Durumunun farkında olup yüksek kan basıncı kontrol altında olmayan % 73.7 oranında kişi vardır. Hipertansiyonda kontrolü artırmak için düzenli takip, ilaç düzenlemesi ve yaşam tarzı düzenlemesi yapılmalıdır. Durum farkındalığı artırmak için hipertansiyon taramaları yapılmalı, yüksek kan basıncı hakkında insanlar bilinçlendirilmeli ve kendi kendine kan basıncı ölçüm teknikleri öğretilmelidir.

Kış mevsiminin uzun olduğu bölgede besinler tuzlanarak kurutulabilmektedir. İl merkezinde tüketilen besinlerden salamura edilmiş veya kurutulmuş besinlerden uzak durmak gerekir. Özellikle hipertansiyonla primer ilişkisi bulunan kurutu, yüksek kan basıncı olan kişiler kesinlikle tüketmemeli ve hipertansiyonu olmayan kişilerde korunma amaçlı uzak durmalıdır. Kurut yoğurtun tuzlanıp kurutulmasından elde edilmektedir. Bu tip besinler yerine sağlığa olumlu katkısı olanlar tercih edilmelidir. Kan basıncının dengelenmesinde bu tür geleneksel gıdalar yerine DASH ve Akdeniz diyeti tercih edilmelidir. Bu diyetlerde tuz oranı düşük, sebze ve meyve oranı yüksek,

potasyum ve kalsiyum gibi minerallerden zengin, doymuş yağ oranı düşük beslenme şekilleridir.

Topluma yönelik etkin multisektörel ve multidisipliner çalışma ile olumlu beslenme şekilleri benimsetilebilir. Toplumda sağlık eğitimi faaliyetleri artırılarak toplumsal farkındalık ve olumlu kültürlenme sağlanmalıdır.

Hipertansiyonla önemli bir ilişkisi bulunan obeziteye karşı fiziksel aktivite teşvik edilmeli ve obeziteyle mücadele çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. A global brief on Hypertension.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf. 27 Eylül 2015.
2. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *ArchTurkSocCardiol* 2011, 39: 1-5.
3. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC. The global cost of nonoptimal blood pressure. *J Hypertens* 2009, 27: 1472-7.
4. Ertaş Y, Karadağ MG. Sağlıklı beslenmede Türk mutfak kültürünün yeri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2(1): 117-36.
5. Belli GS, Belli O. Eskiçağ'dan Günümüze Kadar Bitlis Bölgesi'nin Geleneksel Mutfak Kültürü ve Yemekleri. Belli O(Ed.). I. Uluslararası Doğu Anadolu Bölgesi Geleneksel Mutfak Kültürü ve Yemekleri Sempozyumu, 24-26 Haziran 2009, Bitlis.
6. Kalafat Y. Van Gölü Havzası Örneklemeleri ile Türk Kültürlü Halklarda Tuz İnancı. Belli O(Ed.). I. Uluslararası Doğu Anadolu Bölgesi Geleneksel Mutfak Kültürü ve Yemekleri Sempozyumu, 24-26 Haziran 2009, Bitlis.
7. Ünsal M. Düünden Bugüne Van'da Kışlık Yiyecek Hazırlıkları. Belli O(Ed.). I. Uluslararası Doğu Anadolu Bölgesi Geleneksel Mutfak Kültürü ve Yemekleri Sempozyumu, 24-26 Haziran 2009, Bitlis.
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo, Jr JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright, Jr JT, Roccella EJ. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003, 289(19): 2560 - 71.
9. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B O, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz H Ö, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. *Arch Turk Soc Cardiol* 2015, 43(4): 402-9.
10. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, Lozano R, Murray C JL, Lim SS. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bull World Health Organ* 2014, 92(1): 10-19C.

11. World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery. <http://gamapservet.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>.3 Ekim 2015.
12. American Heart Association. High Blood Pressure - Statistical Fact Sheet2013. http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319587.pdf.27 Eylül 2015.
13. Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği. TURDEP-II sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.27 Eylül 2015.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf. 28 Eylül 2015.
15. Aldemir M, Pektas MB, Parlar AI, Emren SV, Dogan I. Regional differences in the prevalence of hypertension in Turkey. *Med-Science* 2015, 4(3): 2488-97.
16. Kaplan MS, Nunes A. The psychosocial determinants of hypertension. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2003, 13: 52-9.
17. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT, Narva AS, Ortiz E. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014, 311(5): 507-20.
18. Şendur MAN, Güven GS. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. *Hacettepe Tıp Derg* 2011; 42(2):53 -64.
19. Kokkinos P, Panagiotakos DB, Polychronopoulos E. Dietary influences on blood pressure: the effect of the Mediterranean diet on the prevalence of hypertension. *J Clin Hypertens*2005, 7(3): 165 - 70.
20. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller III ER, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001, 344(1): 3-10.
21. U.S. Department of Health and Human Services. Your Guide to Lowering Your Blood Pressure With DASH. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf. 25 Eylül 2015.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi.
http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf.5 Ağustos 2015.
23. Ayaz A. Tuz Tüketimi ve Sağlık,
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/B%2013.pdf> 3 Kasım 2015.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı.
http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf 8 Kasım 2015.
25. Lu C.-H, Tang S.-T, Lei Y.-X, Zhang M.-Q, Lin W.-Q, Ding S.-H, Wang P.-X. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health* 2015, 15(33): 1 - 9.
26. *Türk Kardiyoloji Derneği*. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 2007: 1 - 69.
27. Borzecki AM, Oliveria SA, Berlowitz DR. Barriers to hypertension control. *Am Heart J* 2005, 149(5): 785-94.
28. Türkiye İstatistik Kurumu. Seçilmiş Göstergelerle Bitlis 2013.
<http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/BITLIS.pdf>. 28 Eylül 2015.
29. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>. 20 Haziran 2015.
30. World Health Organization. BMI Classification.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.23 Ağustos 2015.
31. Pekel Ö, Arık H, Sözmen MK, Ünal B, Kalaça S. Türkiye'de kan basıncı düzeylerindeki değişim. *Turk J Public Health* 2013, 11(3): 129-48.
32. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. Determinants of prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure. *Dicle Tıp Dergisi* 2015, 42(2): 199 - 207.
33. Sarısözen D. Nilüfer Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı ve Etki Eden Etmenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2006.
34. Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y. Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Med J* 2011, 33(3): 219-28.

35. Özdemir L, Sümer H, Koçoğlu G, Polat HH. Sivas emek sağlık ocağı bölgesinde 30 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2001, 23(1): 9-14.
36. Bartwal J, Awasthi S, Rawat CMS, Singh RK. Prevalence of hypertension and its risk factors among individuals attending outpatient department of rural health training centre, Haldwani. *Ind J Comm Health* 2014, 26(1): 76-81.
37. Yadav S, Boddula R, Genitta G, Bhatia V, Bansal B, Kongara S, Julka S, Kumar A, Singh HK, Ramesh V, Bhatia E. Prevalence & risk factors of pre-hypertension & hypertension in an affluent north Indian population. *Indian J Med Res* 2008, 128(6): 712-20.
38. Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, Robitaille C, Loustalot F, Poulter N, McAlister FA, Johansen H, Baclic O, Campbell N. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2013, 3: 1-9.
39. Selem SS, Castro MA, César CL, Marchioni DM, Fisberg RM. Associations between dietary patterns and self-reported hypertension among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *J Acad Nutr Diet* 2014, 114(8): 1216-22.
40. Qin Y, Boonstra AM, Pan X, Zhao J, Yuan B, Dai Y, Zhou M, Geleijnse JM, Kok FJ, Shi Z. Association of dietary pattern and body weight with blood pressure in Jiangsu Province, China. *BMC Public Health* 2014, 14(948): 1-8.
41. Kılıç M. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hipertansiyon prevalansı, farkındalığı, kontrolü ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12(1): 79-86.
42. Yabul C. Konya İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık. Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.
43. Tee SR, Teoh XY, Aiman WA, Aiful A, Har CS, Tan ZF, Khan AR. The prevalence of hypertension and its associated risk factors in two rural communities in Penang, Malaysia. *IeJSME* 2010; 4(2): 27-40.
44. Awosan KJ, Ibrahim MTO, Essien E, Yusuf A A, Okolo AC. Dietary pattern, lifestyle, nutrition status and prevalence of hypertension among traders in Sokoto Central market, Sokoto, Nigeria. *Int J Nutr Metab* 2014, 6(1): 9-17.

45. Pires JE, Sebastião YV, Langa AJ, Nery SV. Hypertension in Northern Angola: prevalence, associated factors, awareness, treatment and control. *BMC Public Health* 2013, 13(90): 1-10.
46. Joshi MD, Ayah R, Njau EK, Wanjiru R, Kayima JK, Njeru EK, Mutai KK. Prevalence of hypertension and associated cardiovascular risk factors in an urban slum in Nairobi, Kenya: A population-based survey. *BMC Public Health* 2014, 14(1177): 2-10.
47. Puras A, Sanchis C, Artigao LM, Divison JA. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a Spanish population. *Eur J Epidemiol* 1998, 14(1): 31-6.
48. Saeed KM, Rasooly MH, JW Brown N. Prevalence and predictors of adult hypertension in Kabul, Afghanistan. *BMC Public Health* 2014, 14(386): 2-7.
49. Danon-Hersch N, Marques-Vidal P, Bovet P, Chiolerio A, Paccaud F, Pécoud A, Hayoz D, Mooser V, Waeber G, Vollenweider P. Prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure in a Swiss city general population: the CoLaus study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009, 16(1): 66-72.
50. Boylu Ö. Niğde İli Kemerhisar Kasabasındaki 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık Durumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2006.
51. Özkan M. Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, 2008.
52. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı: Manisa örneği. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006, 9(4): 197-201.
53. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001, 358: 1682-6.

EKLER

EK.1. ÖZGEÇMİŞ

EK.2. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK.3. Anket İzni

EK.4. Anket Formu

EK.1. ÖZGEÇMİŞ

Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu bölümünden 2007 yılında bölüm üçüncüsü olarak mezun oldu. Aynı yıl Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitime başladı. Yüksek Lisans eğitimini 2009 yılında tamamladı. Trakya Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisinde 2 yıl kadar Sağlık Memuru(Perfüzyonist) olarak çalıştıktan sonra Ocak 2011 tarihinde Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak göreve başladı. Doktora eğitimine İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda başladı. Halen Bitlis Eren Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. Akademik çalışmaları; Uluslararası hakemli dergide 2, ulusal hakemli dergide 1, uluslararası kongre kitapçığında 1 ve ulusal düzeyde kongre/sempozyumda 12 bilimsel bildirisi vardır.

EK.2. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde Hipertansiyon sıklığı ve yöresel beslenmeyle ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/222

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŐYURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Gülsen GÜNEŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUŐAL <input type="checkbox"/>	ULUŐLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde Hipertansiyon sıklığı ve yöresel beslenmeyle ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/222

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/222	Tarih: 17.12.2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde Hipertansiyon sıklığı ve yöresel beslenmeyle ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/222

Doç. Dr. Ergül ALÇIN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Alcin</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Karataş</i>
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Akgül</i>
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Tay</i>
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Z. Ergüzel</i>
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Konan</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

R. Karlidağ

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK.3. Anket İzni



TC
BİTLİS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Şişmanlık (Obezite) Kalp-Damar Hastalıkları riskini artırır.

SAYI: 71923992/ 8064
KONU: Halk Sağlığı Çalışması Hk.

05 Aralık 2014

VALİLİK MAKAMINA
BİTLİS

**İlgi: Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Cihan ÖNEN
'in 18.11.2014 tarihli dilekçesi**

İlgi tarihli yazıya istinaden "Bitlis ili merkezindeki yetişkinlerde Hipertansiyon sıklığı ve yöresel beslenmeyle ilişkisi" adlı kitlesel nitelikte halk sağlığı çalışmasının 15 Şubat- 15 Nisan 2015 tarihleri arasında planlanması hususunu;
Takdir ve olurlarınıza arz ederim.

Dr. Erkan AKAGÜNDÜZ
Bitlis Halk Sağlığı Müdürü

Ek 1; İlgili dilekçe (1 sayfa)
Ek 2; Anket formu (2 sayfa)

OLUR
14.12.2014
Salih ALTUN
Vali a.
Vali Yardımcısı

K.4. Anket Formu

Anket No:

Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi
<p>Bu çalışmada, Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde(30yaş ve üstü) Hipertansiyon sıklığı ve bunu etkileyen yöresel beslenme faktörlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen veriler bu çalışma dışında ve etik dışı bir amaç için kullanılmayacaktır. Anket formuna isim gibi kişisel bilgilerinizin yazılması istenmemektedir. Bilginin şahsiliğine ve gizliliğine özenle uyulacaktır. Katkınız için teşekkür ederiz.</p>

1.Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz.....

3. Aylık geliriniz.....

4. Kilonuz.....

5. Boyunuz.....

6. Memleketiniz.....

7. Kaç yıldır Bitlis il merkezin desiniz.....

8. Medeni durumunuz?

Evli

Bekar

Dul

9. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Evet (mesleğiniz.....)

Çalışmıyorum

10 Eğitim durumunuz?

Okur-yazar/değil, İlköğretim, Lise, Üniversite,

11. Kronik hastalığınız var mı?

Evet (hastalığınızın ismi.....)

Hayır,

12. Sigara içiyor musunuz?

Evet(Günde kaç tane.....)

Hayır,

13. Daha önce Hipertansiyon teşhisi konuldu mu? Veya tedavisini gördünüz mü?

Evet, Hayır(Lütfen 16. Soruya geçiniz)

14. Hipertansiyon tanısı konuldu ise, uzmanların önerdiği diyeti düzenli uyguluyor musunuz?

Uygulamıyorum,

Bazen,

Genellikle,

Her zaman,

15. Hipertansiyon tanısı konuldu ise, Doktorun önerdiği tansiyon ilaçlarını düzenli kullanıyor musunuz?

Kullanmıyorum,

Bazen,

Genellikle,

Her zaman,

16. Yöresel besinleri tüketiminize dair aşağıda verilen boşlukları doldurunuz.

Balık Kurutma

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Balık Basma(tuzlu suya balık basma)

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Kurut(Kurutulmuş yoğurt, peynir vb.)

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Un Helvası

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Salamura Edilmiş Peynir

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Yöresel Turşu

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Avşor

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Büryan

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

İşkembe, Bumbar, Kelle paça

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

Yaprak Tutma(sarma)

Ayda(kaç öğün tüketirsiniz _____), haftada(kaç öğün tüketirsiniz _____)

17. Tansiyon ölçüm sonucu(bu tablo araştırmacılar tarafından doldurulacaktır.)
I. Ölçüm, Sistolik(büyük tansiyon)_____ Diyastolik(küçük tansiyon)_____
II. Ölçüm, Sistolik(büyük tansiyon)_____ Diyastolik(küçük tansiyon)_____

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

18. Günde kaç öğün yemek yersiniz

(.....Ana öğün.....Ara öğün)

19. Öğün atlar mısınız?

Evet,

Hayır,

Bazen,

20. Öğün atlıyor iseniz, genellikle hangi vakittekini atlıyorsunuz?

Sabah

Öğle

Akşam

21. Öğün atlama nedeninizi açıkça belirtiniz(.....)

22. Öğün aralarında genelde hangi tür yiyecekleri tercih edersiniz?(Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Hiçbir şey tüketmeme

Poğaçı, Simit, Kurabiye vb.

Şeker, çikolata vb.

Meyve çeşitleri

Yoğurt

Hamburger, tost, Börek vb.

Kuruyemiş

Hazır

Diğer(.....)

23. Öğün aralarında genelde hangi tür içecekleri tercih edersiniz?(Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Bir şey içmem
- Su
- Gazlı içecekler
- Süt
- Sade ve meyveli soda
- Meyve suları
- Bitki Çayları
- Kahve
- Ayran
- Çay
- Diğer.....

24. Yemek seçiminde dikkat ettiğiniz etmenler nelerdir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Ücretine
- Doyuruculuğuna
- Hazırlanma süresi
- Besin Değerine
- Hazırlanma kolaylığına
- Malzeme kalitesi
- Lezzet
- Temiz hazırlanması ve pişirilmesine
- Diğer.....

25. Tuzu yemeğin tadına bakmadan ilave edersiniz?

- İlave etmiyorum, Bazen, Genellikle, Her zaman