



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BURSA İLİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN HİPERTANSİYON
YÖNETİMİNE GENEL YAKLAŞIMLARI

Dr. Ali Mücahit ÖZEREN

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BURSA İLİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN HİPERTANSİYON
YÖNETİMİNE GENEL YAKLAŞIMLARI**

Dr. Ali Mücahit ÖZEREN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR

Bursa-2022

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar ve Simgeler	III
Tablolar ve Şekiller	IV
Özet	VI
İngilizce Özet (Summary).....	VIII
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Hipertansiyon Tanımı	3
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
2.4. Hipertansiyonun Risk Faktörleri.....	7
2.4.1. Hipertansiyonda Önlenemeyen Risk Faktörleri.....	8
2.4.2. Hipertansiyonda Önlenebilir Risk Faktörleri	8
2.5. Hipertansiyonda Tarama	10
2.6. Hipertansiyon Tanısı	10
2.7. Hipertansiyon Tedavisi	12
2.7.1. Non-Farmakolojik Tedavi	12
2.7.2. Farmakolojik Tedavi.....	14
2.8. Hipertansiyon Komplikasyonları	15
2.9. Ülkemizde Birinci Basamakta Aile Hekimlerinin Çalışma Durumları.....	17
3. Gereç ve Yöntem.....	18
3.1. Çalışma Grubu ve Verileri	18
3.1.1. Çalışma Grubu.....	18
3.1.2. Çalışma Verileri	18
3.2. Örneklem Seçimi	18
3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri ve Çalışmanın Genel Planı.....	18
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.3.2. Çalışmanın Genel Planı	18
3.4. Etik Kurul Onayı	19
3.5. İstatistiksel Analiz	19
4. Bulgular.....	20
4.1. Katılımcılara ait genel özellikler	20
4.2. Hekimlerin Hipertansiyon Vakalarını Yönetimleri	25
4.3. Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetiminde Kılavuz Kullanımı	27

4.4. Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetiminde Kullandığı Kılavuzların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	28
4.5. Hekimlerin Çalışma Durumuna ve Kılavuz Kullanımına Göre Hipertansiyon Yönetimindeki Bilgi Sorularına Verdiği Yanıtlar	29
4.6. Hekimlerin Çalışma Durumuna Göre Hipertansiyon Hastalarındaki Uygulamaları	34
4.7. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyuma ve Tansiyon Regülasyonunun Sağlanması Oranlarının Hekim Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	37
4.8. Hekimlerin Çalışma Durumuna Göre Hipertansiyon Regülasyonunu Bozan Etmenler	37
4.9. Birinci Basamakta Hipertansiyon Regülasyonunun Optimum Şekilde Ayarlanmasına Yönelik Yapılabilecek Müdahaleler	38
4.10. Tansiyon Regülasyonunun Sağlanmasına Yönelik Hekimlerin Karşılaştığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri	39
5. Tartışma	41
5.1. Demografik Özellikler	41
5.2. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Ziyaret Sebepleri	42
5.3. Günlük Pratikte Karşılaşılan En Sık Kronik Hastalıklar ve Yönetimindeki Güçlükler	44
5.4. Hekimlerin Kılavuz Kullanma Durumları	46
5.5. Hekimlerin Vaka Sorusuna Verdiği Yanıtlar	48
5.6. Hekimlerin Hipertansiyon Hastalarına Öneri ve Uygulamaları	49
5.7. Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İle Karşılaşma Durumları	53
5.8. Araştırmanın Güçlü Yanları	54
5.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	54
6. Sonuç	55
7. Kaynaklar	57
8. Ekler	64
EK-1: Etik Kurul Onayı	64
EK-2: Anket Formu	65
EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	70
EK-4: Araştırma İzni	71
9. Teşekkür	73
10. Özgeçmiş	74

KISALTMALAR ve SİMGELER

ACC/AHA	: American College of Cardiology/American Heart Association
ACE-İ	: Anjiyotensin Converting Enzyme İnhibitor
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokeri
CHEP	: Canadian Hypertension Education Program
Covid-19	: Korona Virüs Hastalığı 2019
CREDIT	: Chronic Renal Disease In Turkey
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
ESH/ESC	: European Society of Hypertension /European Society of Cardiology
HT	: Hipertansiyon
HYP	: Hastalık Yönetim Platformu
JNC	: Joint National Committee
KB	: Kan Basıncı
NICE	: National Institute for Health and Clinical Excellence
Patent	: Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey
PURE	: Prospective Urban Rural Epidemiology
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
SALTURK	: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar ve ŞEKİLLER

Şekil-1: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımları

Şekil-2: Çalışmaya katılan kişilerin aile hekimliğinde görev süreleri

Şekil-3: Çalışmaya katılanların birimlerindeki günlük hasta başvuru sayılarının dağılımları.

Şekil-4:çalışmaya katılan hekimlerin ortalama muayene süreleri

Tablo-1: Türkiye’de farklı zamanlarda yapılan hipertansiyon epidemiyoloji alıŐmaları.

Tablo-2: 2017 ACC/AHA kan basıncı sınıflandırması

Tablo-3: 2018 ESC/ESH kan basıncı sınıflandırması

Tablo-4: Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019 kan basıncı sınıflandırması

Tablo-5:Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu lm yöntemine göre hipertansiyon tanısı eşik değerleri

Tablo-6: EŞlik eden hastalıktan bağımsız yaşa göre ilaç tedavisi için eşik ve hedef kan basıncı düzeyleri

Tablo-7: Çalışmaya katılan kişilerin çalışma durumlarına göre dağılımları.

Tablo-8: Çalışmaya katılan kişilerin birimlerindeki kayıtlı hasta sayısının dağılımları.

Tablo-9: Çalışmaya katılanların birimlerindeki en sık başvuru yapan yaş grubu dağılımları.

Tablo-10: Çalışmaya katılanların birimlerine en sık başvuru sebeplerinin dağılımları

Tablo-11: Hekimlerin en sık karşılaştıkları kronik hastalıkların dağılımları.

Tablo-12: Hekimlerin yönetiminde en sık problem yaşadığı kronik hastalıkların dağılımları

Tablo-13: Hekimlerin hipertansiyon vakalarını yönetimlerinin çalışma durumlarına göre dağılımları.

Tablo-14: Hekimlerin alıŐma durumuna göre kılavuz kullanım durumları.

Tablo-15: Hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımının lojistik regresyon analizi

Tablo-16: Kullanılan kılavuzların çalışma gruplarına göre dağılımları.

Tablo-17: Hekimlerin alıŐma durumuna göre, bilgi sorularına verdikleri cevaplar.

Tablo-18:Hekimlerin çalışma durumlarına göre vaka sorularına verdikleri yanıtların dağılımları.

Tablo-19: Hekimlerin kılavuz kullanımına göre vaka sorularına verdiği yanıtların dağılımı.

Tablo-20: Hekimlerin vakadaki hastaya tedavi yaklaşımlarının çalışma grubuna göre dağılımı.

Tablo-21: Hekimlerin çalışma durumlarına göre hipertansiyon hastalarındaki uygulamaları.

Tablo-22: Hekimlerin hipertansiyon hastalarındaki yaklaşımları.

Tablo-23: Çalışma durumlarına göre hipertansiyon hastalarının tedaviye uyma ve tansiyon regülasyon oranları.

Tablo-24: Hekimlerin hastaların tansiyon regülasyonunu bozan etmenlere verdiği cevapların çalışma gruplarına göre dağılımı.

Tablo-25: Hekimlerin hastaların tansiyon regülasyonunun sağlanmasına yönelik yapılabilecek müdahalelerin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Tablo-26: Hekimlerin karşılaştıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının dağılımı.

ÖZET

Günümüzde kronik hastalıklar bütün dünyada yaygınlaşmaktadır. Kronik hastalıklar içinde hipertansiyon tedavi edilebilir ve komplikasyonları engellenebilir olması ile önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyaçlarının hızla artması, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tarama ve takiplerini zor duruma sokmaktadır. Hastalar yeterli bakımı alamadıkları için hem sağlıkları bozulmakta hem de geç tanı ve kontrolsüz bakım, komplikasyonların görülmesine yol açmaktadır. Erken tanı ve düzenli takipler için en uygun hizmet birinci basamakta sağlanmaktadır. Birinci basamak şartlarının bu konuda yeterli hizmeti verebilecek şekilde düzenlenmesi ve donatılması gerekmektedir.

Bu tez çalışmasında Bursa'da görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine yaklaşımları incelenerek, aile sağlığı merkezi şartları, aile hekimlerinin genel yaklaşımları ve hipertansiyon yönetiminde karşılaşılan güçlükler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma literatür taranarak oluşturulan anket yöntemiyle katılımcıların onayı alınarak uygulanmıştır. Anket başlıca 3 bölümden ve 27 sorudan oluşmaktadır. Üç bölümde sırasıyla sosyodemografik özellikler, aile sağlığı merkezinin hasta profiline yönelik sorular, aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine genel yaklaşımlarına ilişkin sorular yer almıştır.

Çalışmamıza 236 aile hekimi (evrenin %27'si) katıldı. Katılanların %55,1'i (n=130) erkek, %44,9'u (n=106) kadındı. Çalışmaya katılanların %71,6'sı (n=169) pratisyen aile hekimi, %15,3'ü (n=36) aile hekimliği uzmanı, %13,1'i (n=31) de sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisiydi. Çalışmaya katılan hekimlerin hastalarına ayırdıkları ortalama muayene süresi 6,8 dakikaydı. Aile hekimlerinin %56,4'ü (n=133) hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanıyordu. Hipertansiyon yönetiminde yeterlilikleri sorulduğunda hekimlerin %75'i (n=177) hipertansiyon yönetiminde büyük ölçüde kendilerini yeterli bulduklarını ifade etmekteydi. Hekimlerin vaka sorusuna verdiği cevaplara göre tanı koymada kılavuzlara uyum %53, tedavi düzenlemede kılavuzlara uyum %78'di. Çalışmaya

katılan hekimlerin %76,7'si hipertansiyon hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri ile karşılaştığını bildirdi.

Sonuç olarak hekimler açısından hipertansiyon yönetiminde öne çıkan sorunlar öncelikle, hastaların tedavi uyumunun kötü olması ve hastalara yeterli süre ayırlamaması idi. Hipertansiyon gibi önemli kronik hastalıklara tedavi uyumunun sağlanması için hastalara hastalıkları ve tedavilerine yönelik daha ayrıntılı bilgi verilmesi gerekmektedir. Gelir kaybı olmaksızın kayıtlı hasta nüfusunun azaltılması hekimlerin hastalarına yeterli muayene süresi ayırabilmelerine imkan sağlayacak; bu doğrultuda aile hekimlerinin ortam şartlarına yapılacak bu müdahalenin olumlu etkileri bütün sağlık sisteminde görülecektir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, hipertansiyon yönetimi, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği.

İNGİLİZCE ÖZET (SUMMARY)

Today, chronic diseases are spreading all over the world. Hypertension has an important place among chronic diseases as it can be treated and its complications can be prevented. The rapid increase in health care needs makes screening and follow-up of chronic diseases such as hypertension difficult. As the patients do not receive adequate care, their health deteriorates, and late diagnosis and uncontrolled care lead to complications. The most appropriate service for early diagnosis and regular follow-ups is provided in primary care. It is necessary to arrange and equip the first step conditions in such a way as to provide adequate service in this regard.

In this thesis, it was aimed to examine the approaches of family physicians working in Bursa about the management of hypertension, and to investigate the relationship between family health center conditions, general approaches of family physicians and difficulties encountered in hypertension management. The study was applied by obtaining the consent of the participants with the questionnaire method created by scanning the literature. The survey consists of 3 main parts and 27 questions. In 3 chapters, there are sociodemographic characteristics, questions about the patient profile of the family health center, and questions about the general approaches of family physicians to hypertension management, respectively.

236 family physicians (27% of the population) participated in our study. 55.1% (n=130) of the participants were men and 44.9% (n=106) were women. Of the participants, 71.6% (n=169) were general practitioners, 15.3% (n=36) were family medicine specialists, and 13.1% (n=31) were contracted family medicine residency students. The average examination time allocated to their patients by the physicians participating in the study was 6.8 minutes. 56.4% (n=133) of family physicians used guidelines in the management of hypertension. When asked about their proficiency in hypertension management, 75% (n=177) of the physicians stated that they found themselves mostly competent in hypertension management. According to the answers given by the physicians to the case

question, compliance with the guidelines was 53% in diagnosis and 78% in arranging treatment. 76.7% of the physicians participating in the study reported that they encountered traditional and complementary medicine methods in hypertension patients.

As a result, the prominent problems in the management of hypertension for the physicians were the poor compliance of the patients with the treatment and the inability to allocate sufficient time to the patients. In order to ensure compliance with the treatment of important chronic diseases such as hypertension, patients should be given more detailed information about their diseases and treatments. Reducing the registered patient population without loss of income will allow physicians to allocate sufficient examination time for their patients; in this direction, the positive effects of this intervention to the environmental conditions of family physicians will be seen in the whole health system.

Keywords: Hypertension, hypertension management, primary health care, family medicine.

1. GİRİŞ

Tıbbi ve teknolojik gelişmelerle dünya genelinde ortalama yaşam süresi uzamıştır. Uzayan yaşam süresi ve değişen yaşam tarzları ile beraber kronik hastalıklar da artış göstermiştir. Kronik hastalık bakımı dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yer tutmaktadır. Aynı zamanda kronik hastalıklar morbidite ve mortalite nedeni olmaları nedeniyle periyodik takibi gerektirmektedir. Bu durum hem ülke ekonomisine bir yük oluşturmakta hem de hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır (1).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kronik hastalıkların erken tespit edilmesinde ve düzenli takibinde önemli bir pozisyondadır. Hastaların sağlık hizmetine kolay ulaşması ve üretilen erken çözümlerle sağlık halinin devamını sağlamaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine doğrudan başvurular ekonomik yük oluşturmakta hem de iş gücü kaybına yol açmaktadır (2).

Hipertansiyon, kronik hastalıklar içerisinde dünyada ve ülkemizde prevalansı en yüksek hastalıkların başında gelmektedir. 2013 yılında 188 ülkede yapılan Global Hastalık Yüğü çalışmasında hastalık risk faktörleri ve ölüm nedenleri sıralamasında hipertansiyon ilk sırada yer almıştır (3). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı 2004 yılındaki sağlık yüğü çalışmasında ise her dört ölümün birinden hipertansiyon sorumlu tutulmuştur (4).

Trombotik ve hemorajik inme, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalıkları, kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklar; böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara yol açması erken tanı konması ve kan basıncı hedefine ulaşılmasını gerekli kılmaktadır (5). Erken tanı ve düzenli takip, hastaların yaşam kalitesinin korunması ve sağlık hizmetlerinde yüksek maliyetlerin önlenmesi için birinci basamakta sağlanması gerekmektedir.

Ülkemiz genelinde 2010 yılında aile hekimliği hizmeti verilmeye başlanmıştır (1). Bu kapsamda aile hekimlerinin hasta profilindeki kişileri kılavuzlar ışığında takip etmesi öngörülmüş ancak aile hekimliği hizmetine

geçilmesine rağmen yeterli bakımın verilmesi için gerekli ortamın oluşturulması noktasında eksik kalınmıştır. Aile hekimliği uygulamasını uygulayan ülkelerde aile hekimi başına düşen nüfus 1200 dolaylarında iken ülkemizde aile hekimi başına düşen nüfus yaklaşık 3600 olarak hesaplanmaktadır (2). Aile hekimliği modelinin etkin bir şekilde hizmet verebilmesi için aile hekimlerinin özlük hakları korunarak bu sayının kabul edilebilir bir seviyeye indirilmesi ve buna yönelik adımların hızla atılması gerekmektedir.

Kronik hastalıkların birçoğu üst merkezlerde tanı konmakta ve takip edilmektedir. Dolayısıyla hastalarda geç tanı konması ve komplikasyonların ortaya çıkması sebebi ile hem sağlık hizmetlerinin yükü artmakta hem de hastaların yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bu nedenle birinci basamakta aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimleri önem kazanmaktadır. Bu çalışma ile kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yer teşkil eden hipertansiyonun, birinci basamak hizmeti sırasında erken tanı konması ve uygun izlemin önemi doğrultusunda ülkemizin dördüncü büyük ili olan Bursa'da görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine genel yaklaşımlarını incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı

Kalbin damarlara pompaladığı kanın damar duvarına yaptığı basınca tansiyon (kan basıncı) denilmektedir. Bu basınç, kardiyak debi ve periferik direnç bileşenlerinden oluşmaktadır. Tansiyonun normal sınırların üzerinde olması Hipertansiyon olarak adlandırılır. Hipertansiyon tanımı ve evrelendirmelerinde dünya ve ülke genelinde çeşitli kılavuzlar kullanılmaktadır. Ancak kılavuzlarda farklılıkların olduğu da görülmektedir. En son 2019'da güncellenen Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu'nda sistolik kan basıncı (SKB) >140mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı (DKB) >90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmıştır (6). Ancak Amerikan Kardiyoloji Koleji / Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA) 2017 kılavuzu sistolik kan basıncı için 130 mmHg veya daha fazla; diyastolik kan basıncı için 80 mmHg' dan yüksek olması şeklinde revize etmiştir (7). Bunun yanı sıra hipertansiyon için tedavi alan hastalar da kan basıncına bakılmaksızın tedavi edilmiş hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (6).

Hipertansiyonun tanımı ve sınıflandırması yıllar içinde gelişmektedir ancak terapötik hedef olarak 130/80 mmHg veya daha düşük olacak şekilde olması noktasında fikir birliği vardır (7).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Dünya genelinde prevalansı %20-%50 civarındadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmakla beraber genel olarak yaklaşık prevalans %30 dolaylarındadır (8).

Hipertansiyon prevalansı 2005 yılında yayınlanan PatenT 1 çalışmasında %31,8 bulunurken; 2016 yılında yayınlanan PatenT 2 çalışmasında %30,3 olarak bulunmuştur (9).

Dünya çapında 1 milyardan fazla yetişkinde hipertansiyon mevcuttur. Yetişkinler %45'e varan oranda etkilenmektedir. Genel hipertansiyon

prevalansının azalmasına rağmen düşük ve orta gelirli ülkelerde nüfusun çoğalması ve yaşlı nüfusunun artması ile beraber hipertansif hasta sayısı da artış göstermektedir. Son tahminler bu sayının 2025'te 1,5 milyara yaklaşacağını öngörmektedir (10,11).

Ülkemizde yapılan çalışmalar prevalansın aynı düzeyde seyrettiğini ancak farkındalığın ve tansiyon regülasyonunun artmakta olduğunu göstermektedir (12).

Hipertansiyon görülme sıklığı yaşla beraber artmaktadır. Prevalans 60 yaşın üzerinde %60'a yaklaşmaktadır (11). Bu temel faktörün yanında yaşam tarzının hastalık üzerine büyük etkisi gösterilmiştir. Bu kapsamda artmış vücut kitle indeksi, tuzdan zengin diyet, sigara kullanımı, sedanter yaşam, bozulmuş yaşam tarzı açısından başlıca faktörleri oluşturmaktadır.

Hipertansiyonun genç bireylerde görülme sıklığı düşüktür. Genç bireylerde görülen hipertansiyon sekonder hipertansiyonu akla getirmektedir. Çocuk yaş grubunda hipertansiyon prevalansı %1-2 seviyesindedir. Çocuklarda hipertansiyon yaş, cins ve boya göre 95 persantilin üstü olarak kabul edilmiştir (13).

Hipertansiyon, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 'sessiz katil' olarak nitelendirilmiştir (14). Kan basıncının yükselmesi her zaman bulgu vermeyebilir ancak uzun dönemde uç organlarda komplikasyonların gelişimi tetiklenebilir. Bu açıdan birinci basamakta taramalar etkin yapılmalı, gizlenmiş vakalar yakalanarak erken teşhis edilmelidir. Bu sayede olası komplikasyonların da önüne geçilmiş olunacaktır. Farklı zamanlarda ülkemizde yapılan çalışmalar farkındalık, tedavi alma ve genel kontrol oranlarını gün yüzüne çıkarmıştır. Bu çalışmalar Tablo-1'de görülmektedir. Bu oranlar göstermektedir ki aslında toplum taramaları, hasta eğitimleri ve etkin tedavi ile hipertansiyon kontrolünün sağlanması gerekmektedir.

Tablo-1: Türkiye’de farklı zamanlarda yapılan hipertansiyon epidemiyolojisi çalışmaları (9).

Hipertansiyon	Patent 2005	PURE 2011	CREDIT 2012	Patent2 (2016)	TURKSAHA 2006
Farkındalık	40,7	63,3	48,7	54,7	
Genel tedavi alma oranı	31,1	27,6	31,5	47,4	
Farkında olanlarda tedavi alma oranı	76,4	43,6	64,8	86,7	
Genel kontrol oranı	8,1	22,9	16,4	28,7	
Tedavi alanlarda kontrol oranı	20,7	52,5	36,8	53,8	25,9

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun farklı sınıflandırmaları mevcuttur. Bunlar arasında etyolojiye göre ve kan basıncı düzeyine göre sınıflandırmalar bulunmaktadır. Kan basıncı düzeyine göre sınıflandırmada kılavuzlara göre birçok farklılığın olduğu görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerin birçoğu güncel kılavuzlar yayınlasalar da Amerikan Birleşik Ulusal Komite (JNC) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği / Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESC/ESH) kılavuzları tüm dünyada takip edilmektedir. Kılavuzlar kardiyovasküler hastalıkların oluşma riskine göre evrelendirmeler yaparak komplikasyonların önlenmesini amaçlamaktadır. Bu bağlamda ACC/AHA 2017 yılında Evre 1 hipertansiyon seviyesini aşağıya çekmiş ve tartışmalara yol açmıştır. Terapötik ataletin hedef alındığı bu kılavuz diğer kılavuzlarda farklı şekilde etkilerini göstermiştir. Daha düşük kan basıncını hedefleme görüşünün temelinde kardiyovasküler olayların azaltılmak istenmesi yatmaktadır. Kardiyovasküler olayların %50 si 120-140 mmHg seviyesinde gerçekleşmektedir. ESC/ESH 2018 kılavuzu da yüksek kardiyovasküler risk varlığında, yüksek normal kan basıncında da anti-hipertansif tedavi başlanması gerekliliğini vurgulamıştır (7).

Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu, ülkemizde ortak uygulanabilir klinik yaklaşım için beş ayrı derneğin bir araya gelerek oluşturduğu bir rapordur. En son

2019 yılında yenilenecek rapor, artmış kan basıncı grubunda yani sistolik 120-139mmHg veya diyastolik 80-89mmHg ise riske bağlı yaklaşım önerisiyle düşük kan basıncı hedefi önerisinin devamını sergilemiştir (6).

2017 ACC/AHA kan basıncı sınıflandırması Tablo-2’de, 2018 ESC/ESH kan basıncı sınıflandırması Tablo-3’te, 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşması Raporu Tablo-4’te görülmektedir.

Tablo-2: 2017 ACC/AHA kan basıncı sınıflandırması (15).

	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Yüksek	120-129	ve	<80
Evre 1 HT	130-139	veya	80-89
Evre 2 HT	≥140	veya	≥90

Tablo-3: 2018 ESC/ESH kan basıncı sınıflandırması(16)

Sınıflama	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek-Normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik HT	≥140	ve	<90

Tablo-4: Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019 kan basıncı sınıflandırması (6).

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	Ve	<80
Artmış	120-139	Ve/veya	80-89
Evre 1 HT	140-149	Ve/veya	90-99
Evre 2 HT	≥160	Ve/veya	≥100

Etiyolojiye göre bakıldığında Primer HT ve Sekonder HT olmak üzere ikiye ayrılır:

Primer HT kesin etyolojisi belirli olmamakla beraber birçok risk faktörü ile yakınlığı gösterilmiştir. İlerleyen yaş, obezite ve kilo alımı, aile öyküsü, ırk, yüksek sodyum diyeti, aşırı alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik risk faktörlerinden bazılarıdır.

Sekonder HT ise belirlenmiş tıbbi bir durum sebebi ile kan basıncının yükselmesidir. Renal arter stenozu, kronik böbrek yetmezliği, primer aldosteronizm, obstrüktif uyku apne sendromu en sık sekonder hipertansiyon nedenleridir. Bunun yanında cushing hastalığı, aort koarktasyonu, ve hiperparatiroidi daha nadir sekonder hipertansiyon nedenleridir (17).

2.4. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Primer hipertansiyon gelişim sürecinde farklı mekanizmalardan bahsedilmektedir. Bu süreçte etki gösteren çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Risk faktörleri önlenemez ve önlenemeyen olarak ikiye ayrılmıştır. Risk faktörlerinin sorgulanması erken tanı ve koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Özellikle önlenemez risk faktörleri açısından bireylerin eğitilmesi gerekmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri henüz normal tansiyon düzeyinde olan bireylere dahi kazandırılmalıdır. Bu noktada aile hekimlerine büyük iş düşmektedir. Hükümet politikaları ile hekimler bu yönde özendirilmelidir.

2.4.1. Hipertansiyonda Önlenebilir Risk Faktörleri

Aile hikâyesi: Önlenebilir risk faktörlerin başında aile hikâyesi gelmektedir. Yüksek kan basıncında ailesel kümelenmeler tespit edilen çalışmalarda ortak genetik zemine vurgu yapılmış ancak; paylaşılan benzer yaşam tarzının da etkili olabileceği söylenmiştir. Bir veya iki ebeveyninde hipertansiyon bulunanlarda hipertansiyon iki kat daha yaygındır. Bunun yanında doğal çocuklar ile evlatlık edinilen çocuklar arasında yapılan bir çalışmada anlamlı bir şekilde doğal çocuklar hipertansiyona yatkınlık göstermiştir (18).

Cinsiyet, bir diğer risk faktörüdür. Orta yaşa kadar kan basıncı erkeklerde daha yüksek seyretse de menopoz dönemi ile birlikte kadınlarda kan basıncı yükseliş göstermektedir. Menopozla birlikte azalan östrojen seviyesinin buna sebep olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında menopoz döneminde hipofizden salınıp gonadları stimüle eden hormonların ve atrial natriüretik peptidin artması sorumlu tutulmuştur. Ancak epidemiyolojik olarak çok değişkenli olan kan basıncının yükselişi için menopozun doğrudan mı dolaylı mı etkili olduğu tartışmalıdır (19).

Yaş: Yaşla birlikte kan basıncında artış söz konusudur. Bu artışta yaşla birlikte damar kompliyansının azalması sorumlu tutulmuştur. Ayrıca ateroskleroz sebebi ile daralan damarların vital organları besleyememesi sonucu kompensatuar mekanizma olarak kan basıncının yükseldiği düşünülmektedir (20).

İrk: Hipertansiyon siyah ırkta daha yaygın görülmektedir. Daha erken ortaya çıkmakta, daha büyük hedef organ hasarına sebep olmaktadır (21).

2.4.2. Hipertansiyonda Önlenebilir Risk Faktörleri

Hipertansiyonda önlenebilir risk faktörleri kan basıncının düzenlenmesi için tüm aşamalarda çok değerlidir. Hasta eğitimi ile normal kan basıncı seviyesinden itibaren tüm hastalarda risk faktörleri belirlenmeli ve yaşam tarzı değişiklikleri kazandırılmalıdır.

Sodyum: Aşırı sodyum alımı yüksek kan basıncının patolojisinde önemli role sahiptir. Diyetle alınan sodyumun azaltılması hipertansif olan veya olmayan

tüm bireylerde kan basıncını düşürür. Diyetle alınan sodyumun azaltılması hipertansif bireylerde kan basıncında daha yüksek bir düşüş sağlamaktadır. Hipertansif olmayan bireylerde de alınan sodyum miktarının azaltılması ile potansiyel hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riski azaltılmış olacaktır (22).

Obezite: Yüksek vücut kitle indeksi artmış kan basıncı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Fazla kilonun yerleşiminin de kan basıncındaki etkisi gösterilmiştir. Özellikle abdominal obezitesi olan hastalarda bu yükseliş daha belirgindir. Obezitede insülin direnci ve böbrek hasarı ile sodyum reabsorbsiyonundaki artış sorumlu tutulmuştur (23). Bunun yanında obez hastalarda sıklıkla uykuda solunum bozukluğu ve uyku apnesi vardır, bunların her ikisi de kan basıncını yükseltir. Uyku apne sendromu prevalansı normal popülasyona göre obez bireylerde çok yüksektir. Uyku apne sendromu prevalansı fazla kilolu bireylerde %40; obez yetişkinlerde %40 ila %90 arasındadır. Hipoksi epizodlarının tetiklediği sempatik sinir sistemi aktivasyonu sorumlu tutulmuştur (24–26).

Azalmış fiziksel aktivite: Sedanter yaşam tarzı hipertansiyon riskini artırır; egzersiz kan basıncını düşürmenin etkili bir yoludur (27).

Stres: Genetik ve davranışsal faktörler hipertansiyonun gelişimini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Psikososyal faktörlerin de önemli bir rol oynayabileceğine dair kanıtlar giderek artmaktadır. Mesleki stres, sosyal çevrenin ve düşük sosyoekonomik durumun getirdiği stres kronik stres maruziyetine sebep olmaktadır. Bunun yanında ayrımcılık hakkında çalışmalar devam etmektedir, bu konudaki çalışmalar hipertansiyondaki ırksal farklılıkların açıklanmasına yardımcı olabilir. Kronik stresin yol açtığı kardiyovasküler reaktivitenin hipertansiyona yol açtığı düşünülmektedir (28).

Alkol: Birden fazla çalışmada aşırı alkol alımı ile hipertansiyon gelişimi arasında ilişki gösterilmiştir. Ancak düşük ila orta derecede alkol kullanımı hipertansiyon riskini azaltmada faydalı olabilir. Sağlıklı kişilerde yapılan çalışmalarda alkol kullanımının iki fazlı etkisi gözlenmiştir. Hem orta hem de yüksek düzeyde alkol alındıktan 6 saat sonraya kadar kan basıncını düşürmekte ancak yüksek düzeyde alkol alındıktan 12 saat sonra kan basıncında artışa

neden olmaktadır. Yüksek düzeyde alkol alımı 30 gram üstü kullanım olarak tanımlanmaktadır (29).

2.5. Hipertansiyonda Tarama

Hipertansiyon önemli komplikasyonları olan kronik bir hastalıktır. Toplum tarama programları ile hastalar tespit edilmelidir. Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu erişkin yaş grubunda herkese yılda bir kez ofis kan basıncı ölçümü önermektedir. Bunun yanında sistolik kan basıncı 120-129mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı 80-84mmHg olan artmış kan basıncına sahip kişilerde 6 ayda bir kez ölçüm önermiştir. Sistolik kan basıncı 130-139mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı 85-89mmHg olan artmış kan basıncına sahip kişilerde 3 ayda bir kez ölçüm ile takip edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (6).

Halk sağlığı genel müdürlüğünün yayınladığı aile hekimlerine önerilen periyodik tarama testlerinde hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılması önerilmektedir (30).

2.6. Hipertansiyon Tanısı

Erişkin yaş grubunda her muayenede tansiyon ölçümü yapılmalıdır. En az senede bir kez olacak şekilde taranmaya devam edilmelidir.

Klinik ölçümde hasta 5 dakika dinlendirilerek en azından ilk ölçümde iki koldan tekrarlayan ölçümler yapılmalıdır. İki kol arasında 15mmHg'dan fazla basınç farkı bulunması durumunda periferik arter hastalığı düşünülebilir. İki kol arasında belirgin fark olduğu durumlarda sonraki ölçümler yüksek kan basıncı tespit edilen koldan yapılmalıdır.

Yüksek kan basıncı tespit edilen hastalar tekrarlayan klinik ölçümler veya ev ölçümleri ya da ambulator ölçüm ile tanı açısından değerlendirilmelidir. İlk değerlendirmede sistolik kan basıncı 180mmHg ve üzeri veya diyastolik kan basıncı 110mmHg ve üzeri olan hastalarda tekrarlayan ölçümler de aynı sonucu veriyorsa hipertansiyon tanısı konulabilir. Ancak daha aşağı seviyelerdeki

ölçümlerde ev ölçümleri veya ambulatuvar ölçüm veya daha sonra ofis ölçümleri ile ölçümler tekrarlanmalıdır (6).

Evde kan basıncı ölçümü sabah ve akşam olacak şekilde günde iki kez, en az beş gün yapılmalıdır. Beş günlük ölçümlerin sistolik kan basıncı ortalaması 135mmHg ve üzeri veya diyastolik kan basıncı 85mmHg ve üzerinde olması halinde hipertansiyon tanısı konur. Güncel kılavuzlar ofis ölçümlerinden daha çok evde ölçümlerin önemini vurgulamaktadır. Özellikle beyaz önlük hipertansiyonu veya maskeli hipertansiyon açısından ev ölçümleri ile hastaların değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (31).

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü hipertansiyon tanısında ideal yöntem olarak kabul görmüştür. Ancak her zaman imkânlar el vermemektedir. Bundan ötürü özellikle ambulatuvar ölçüm gerektiren vakalarda talep edilebilir. Taşınabilir şekilde yerleştirilen cihaz kan basıncını önceden ayarlanmış aralıklarda kaydeder. Maskeli hipertansiyon ve beyaz önlük hipertansiyonunu tespit edebileceği gibi şüpheli epizodik hipertansiyonun belirlenmesi için kullanılabilir. 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ortalaması 130/80mmHg ve üzeri veya gündüz ortalaması 135/85mmHg ve üzeri olması durumunda hipertansiyon tanısı konur (6). Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu'nun ölçüm yöntemine göre kan basıncı eşik değerleri Tablo-5'te gösterilmiştir.

Tablo-5:Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu ölçüm yöntemine göre hipertansiyon tanısı eşik değerleri (6).

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Klinik ölçümü	≥140	Ve/veya	≥90
Ev ölçümü	≥135	Ve/veya	≥85
Ambulatuvar 24 saatlik ortalama KB	≥130	Ve/veya	≥80
Ambulatuvar gündüz ortalama KB	≥135	Ve/veya	≥85

2.7. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisi ile kan basıncının düşürülerek end organ hasarının engellenmesi amaçlanmaktadır. Komplikasyonların en az görüldüğü ideal kan basıncı 115/75mmHg olarak tespit edilmiştir. Bu değerden sonraki sistolik kan basıncındaki her 20mmHg artış ve/veya diyastolik kan basıncında her 10 mmHg artış kardiyovasküler hastalık ve inme riskini iki katına çıkarmaktadır (32). Bu nedenle güncel kılavuzlar tedavideki kan basıncı hedeflerini aşağı çekme eğilimindedirler.

2.7.1. Non-Farmakolojik Tedavi

Non-farmakolojik tedavi öncelikle yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir. Hastalar hangi evrede olursa olsun yaşam tarzı değişiklikleri anlatılmalıdır. Her muayenede en az bir tanesinin üzerinde durulmalıdır. Hipertansiyon tanısı konulan her hastada farmakolojik tedavi gerekmediği unutulmamalıdır.

Yaygın olarak sodyum klorür (sofra tuzu) şeklinde tüketilen sodyumun gıda alımında önemli yeri bulunmaktadır. SALTURK çalışması Türk toplumunda tuz tüketimi ve hipertansiyon ilişkisini ortaya çıkarmıştır. 24 saatlik idrar toplanarak yapılan çalışmada günlük ortalama tuz alımı 18,01 g/gün olarak bulunmuştur. Obezlerde, kırsal bölgede yaşayanlarda, yaşlılarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda tuz tüketiminin fazla olduğu tespit edilmiştir. Her 100mmol/gün(6 gr/gün) tuz alımı sistolik kan basıncında 5,8mmHg, diyastolik kan basıncında 3,8mmHg artışa sebep olduğu gösterilmiştir (33).

Diyetle alınan potasyum miktarı kan basıncını etkilemektedir. Diyetle düşük potasyum alımı tansiyonda yükselme ve inme riskinde artışla ilişkilendirilmiştir. Yüksek potasyum diyeti hipertansif hastalarda kan basıncını önemli ölçüde düşürmekle beraber normotansiflerde etkisizdir. Potasyum ve kan basıncı arasındaki ilişki yüksek potasyumun sodyum atılımını arttırmasına bağlanmıştır. Dolayısıyla normal böbrek fonksiyonlarına sahip sodyum kısıtlaması yapmayan hastaların taze meyve ve sebzelerden yüksek potasyum alımını sürdürmeleri önerilmektedir (34,35).

DSÖ referans aralığına göre vücut kitle indeksi 25'in üstü fazla kilolu kabul edilmiştir. Adipozite vücut kitle indeksi veya bel çevresi üzerinden

değerlendirilebilir. Artan adipozite kan basıncı artışıyla ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda kaybedilen her 1 kg başına 0,5 ila 2 mmHg arasında kan basıncı düşüşü tespit edilmiştir. Bununla birlikte daha fazla kilo kaybı daha fazla kan basıncı düşüşünü sağlamıştır (36).

Hipertansiyon yönetimi için diyet değişikliği yaşam tarzı değişiklikleri içinde önemli yer tutmaktadır. Hipertansiyonu durdurmaya yönelik diyet yaklaşımları (DASH) meyve, sebze, baklagil, kepekli tahıllar, az yağlı süt ürünlerinden zengin; doymuş yağ ve şeker içeriği düşük diyeti önermektedir. DASH diyet modeli sonuç olarak potasyum, magnezyum, kalsiyum, protein ve lif açısından zengindir ancak doymuş yağ ve kolesterol açısından düşüktür (15).

Düzenli egzersiz yapmanın tansiyonu düşürmekle birlikte birçok faydası bulunmaktadır. Normotansif hastalar da dâhil orta veya yüksek şiddette dinamik aerobik egzersizler hastalara önerilmelidir. Daha yüksek egzersiz dozu, daha düşük hipertansiyon insidansı ve daha düşük mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Dinamik aerobik egzersiz için önerilen haftalık en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel egzersizdir. Haftada en az beş gün 30 dakika şeklinde yapılabilir (37). Dinamik aerobik egzersiz için tempolu yürüyüş, koşu, bisiklete binme, yüzme önerilmektedir. Aerobik egzersizler insülin duyarlılığını arttırarak bu etkisini oluşturduğu düşünülmektedir. Direnç egzersizlerinin de vazokonstriksiyonu engelleyerek kan basıncını düşürdüğüne yönelik bulgular vardır (38). Egzersiz önerilen hastalar kardiyovasküler hastalık açısından şüpheli bulunması durumunda kardiyak efor testi ile değerlendirilmelidir.

Hipertansiyon hastaları sigara ve alkol bağımlılığı açısından değerlendirilmelidir. Birçok çalışma aşırı alkol alımı ile hipertansiyon gelişimi arasında ilişki olduğunu göstermiştir.

Yüksek kan basıncı olan veya evre 1 hipertansif hastalar ilaç başlanmadan yaşam tarzı değişiklikleri ile takip edilebilir. Bununla birlikte kan basıncı daha yüksek hastalarda ya da koroner arter hastalığı, diyabet, kronik böbrek hastalığı gibi ek risk faktörü olan hastalarda anti-hipertansiflerle daha hızlı ve etkili bir şekilde kontrol sağlanmalıdır. Kan basıncı kontrol altına alındığında yaşam tarzı değişiklikleri başarılı bir şekilde sağlanırsa ilaçların azaltılması mümkün olabilir (15).

2.7.2. Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyon tedavisinde her aşamada farmakolojik tedaviye gerek olmayabilir. Ancak kılavuzlar ışığında farmakolojik müdahale gerekli olduğunda atalet gösterilmeden tedaviye başlanması gerekir.

DSÖ hipertansiyonu sessiz katil olarak nitelemiştir (14). Olası komplikasyonların önlenmesi için farmakolojik tedavi gerektiğinde geciktirilmeden başlanmalıdır. Ancak bu karar hekim ile hasta arasında bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla ortak karar ile olmalıdır. Bu yaklaşım hastaların tedaviye uyumunu da kolaylaştıracaktır.

Yapılan meta-analizler hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler riskteki azalmanın temel belirleyicisinin anti-hipertansif ajan seçiminin değil, kan basıncındaki azalma derecesinin olduğu sonucuna varmaktadır (39).

Hipertansiyonu olan birçok hasta hedef kan basıncına ulaşmak için birden fazla ilaca ihtiyaç duymaktadır. Antihipertansif ilaç gruplarının da birden fazla olması bireyselleştirilmiş yaklaşım için fırsat sunar. Çoğu kılavuz dört ilaç grubundan biri ile başlanmasını önerir. Bunlar: tiyazid veya tiyazid benzeri diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiotensin II reseptör blokerleridir. Yapılan çalışmalar bu dört ilaç sınıfı ile tedavi edilen hastalar arasında kardiyovasküler mortalite açısından bir fark olmadığını göstermiştir (40).

Beta blokerler, iskemik kalp hastalığı veya azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği gibi zorlayıcı bir endikasyon olmadıkça başlangıç monoterapisinde artık önerilmemektedir (41).

Monoterapi başlangıç kan basıncı düşüşü hedefi 15 mmHg'den daha fazla olan hastaların çoğunda kan basıncını yeterince kontrol edemeyecektir. Farklı gruplardan ajanların kombine edilerek kullanılması, monoterapideki ajanın dozunun iki katına çıkarılmasına göre kan basıncında daha fazla düşüş sağlamıştır. Ayrıca monoterapideki yüksek dozun yan etkilerinden de korunma sağlanmış olmaktadır (42).

Kan basıncı hedef kan basıncının 20 mmHg sistolik veya 10 mmHg diyastolik üzerinde olan hastalarda tedavide farklı sınıflardan iki birinci basamak ajanın kombine kullanılması önerilmektedir. Kombine tedavi ile hedef kan

basıncına ulaşamayan durumda kalsiyum kanal blokörü ve tiyazid diüretik yanında anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiotensin II reseptör blokerlerinden biri seçilerek üçlü antihipertansif tedavi uygulanabilir. Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin ve anjiotensin II reseptör blokerlerinin birlikte kullanımı kontrendikedir (16).

Makul dozlarda alınan ve bir diüretik içeren üç antihipertansif ilacın kombinasyonu ile kontrol edilemeyen hastalarda ilaca dirençli hipertansiyon olduğu kabul edilir.

Hastalar üzerindeki hap yükünü azaltmak ve ilaca uyumu arttırmak için mümkün olan her durumda tek hap kombinasyon ilaçları kullanılmalıdır.

Başlanan tedavilerin yan etkileri göz önünde bulundurularak hastalar takibe çağrılmalıdır. Hedef kan basıncına ulaşıncaya kadar ayda bir kez hastalar kontrole çağrılmalıdır. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'nun eşlik eden hastalıktan bağımsız yaşa göre eşik ve hedef kan basıncı düzeyleri Tablo-6'da gösterilmiştir.

Tablo-6: Eşlik eden hastalıktan bağımsız yaşa göre ilaç tedavisi için eşik ve hedef kan basıncı düzeyleri (6).

Yaş Grubu	Eşik Kan Basıncı (mmHg)	Hedef Kan Basıncı (mmHg)
18-64	≥140/90	120-130/70-80
65-79	≥140/90	130-140/70-80
≥80	≥150	130-140/70-80

2.8. Hipertansiyon Komplikasyonları

Hipertansiyonun uzun dönemdeki olumsuz etkileri en çok kardiyovasküler sistemde ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında nefropati ve retinopati de yapmaktadır.

Kardiyovasküler hastalık için sigara, dislipidemi ve diyabet gibi diğer majör faktörlerle karşılaştırıldığında hipertansiyon en yaygın değiştirilebilir risk faktörüdür.

Kan basıncı arttıkça kardiyovasküler bir olay yaşama olasılığı artar. Bir milyondan fazla yetişkinin katıldığı bir meta analizde kan basıncı 115 mmHg sistolik veya 75 mmHg diyastolik üzerinde olan tüm yaş gruplarında kardiyovasküler olay yaşama riski artmaya başlamıştır. Her 20 mmHg daha yüksek sistolik ve 10 mmHg daha yüksek diyastolik kan basıncı için, kalp hastalığı veya felçten ölüm riski iki katına çıkar (43).

Hipertansiyon hem iskemik inme hem de hemorajik inme riskini arttırmaktadır. Hipertansiyon prevalansı yüksek ve önlenabilir olduğu için inmenin önlenmesinde önem arz etmektedir. Hipertansiyonu olmayanlarla karşılaştırıldığında inme riski kan basıncı 130-139/85-89 mmHg olanlarda 1,5 kat; kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerinde olanlarda 3 ila 4 kat artmıştır (44).

Hipertansiyon kronik dönemde sol ventrikülün iş yükünü artırarak sol ventrikül hipertrofisine ve sol atrial genişlemeye sebep olmaktadır. Bu durum aritmiyi özellikle atrial fibrilasyonu ve bunun yanında kalp yetmezliğini tetiklemektedir. Atrial fibrilasyon tromboembolilere sebep olmakta iskemik inme tablosu oluşturabilmektedir. Hipertansiyon hastalarının takiplerinde kardiyovasküler komplikasyon değerlendirmesinde elektrokardiyogram bu açıdan büyük önem kazanmaktadır. Uzun dönemde düzensiz hipertansiyonu olan hastalar ekokardiyografi ile ileri değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

Hipertansif nefropati renal yetmezlik gibi ciddi sonuçları olan ve önlenabilir olması sebebiyle farkındalık kazandırılması gereken bir komplikasyondur. Türk Nefroloji Derneğinin 2018 yılında yayınladığı renal replasman tedavilerindeki güncel durum raporuna göre hemodiyaliz alan hastaların %27,8'inde etyolojide hipertansiyon olduğu görülmüştür. Bu oran diyabetten sonra ikinci sırada gelmektedir (45). Kronik böbrek yetmezliğinin bu önemli bileşeninin önlenmesi için hipertansiyon taramalarına birinci basamakta ağırlık verilmeli, tanı almış hastaların tansiyon regülasyonu, glomerüler filtrasyon hızı ve proteinüri varlığı özenle takip edilmelidir.

Hipertansif retinopati hipertansiyonun sebep olduğu önemli uç organ hasarlarından biridir. Retina vasküler sistemin non-invaziv olarak görüntülenebilen tek parçası olduğu için hipertansiyon tanısı konan her hastada fundoskopi fizik muayenenin bir parçası olmalıdır. Hipertansif retinopati kan

basıncının regüle olmadığı hakkında önemli bir uyarıdır. Kan basıncı regülasyonu sağlandığında retinopatide gerileme sağlanabilir (46).

2.9. Ülkemizde Birinci Basamakta Aile Hekimlerinin Çalışma Durumları

Ülkemizde 1987 yılından bu yana aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmektedir. 2005 yılında birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına pilot uygulama ile başlanmış ve 2010 yılı itibariyle bütün sağlık ocakları kapatılarak aile sağlığı merkezlerine dönüştürülmüştür. Aile hekimliği uygulamasına geçilirken aile hekimliği uzmanlarının sayısı yetersiz olması sebebiyle pratisyen aile hekimleri kısa süreli eğitimlere tabi tutularak sözleşmeli aile hekimi olarak istihdam edilmiştir. Bunun yanında 2014 yılı ilkbahar tıpta uzmanlık sınavı ile birlikte sözleşmeli aile hekimlerine uzmanlık süresi 18 ay rotasyon ve 54 ay kendi biriminde çalışarak uzmanlık yapma imkânı tanınmıştır (47). Bu gelişmeler sonucunda birinci basamakta halen aktif çalışan hekimler; pratisyen aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinden oluşmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu ve Verileri

3.1.1. Çalışma Grubu

Bursa ilinde görev yapan aile hekimleri 4 Ağustos 2021- 4 Kasım 2021 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilmiştir.

3.1.2. Çalışma Verileri

Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere başlıca 3 bölümden ve 27 sorudan oluşan anket (Ek-2) uygulanmıştır.

3.2. Örneklem Seçimi

Bursa il genelinde aile hekimi olarak görev yapmakta olan 868 kişi bulunmaktadır. Web tabanlı anket formu kullanılarak tüm aile hekimlerine ulaşılması planlandı; ancak çalışma için yeterli olabilecek sayının hesaplanmasında formül kullanıldı. Bu doğrultuda, örneklem büyüklüğü, %5 hata payı ve %95 güven düzeyi belirlendiğinde minimum olması gereken sayı 218 olarak bulundu. Web aracılığı ile 868 aile hekimine gönderilen anketimize yanıt veren 236 kişi (%27) ile çalışma yapılandırıldı.

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri ve Çalışmanın Genel Planı

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) Bursa'da aile sağlığı merkezi birimlerinde görevli aile hekimi olmak
- 2) Verilen anketi kendi iradesi ile doldurmayı kabul etmek
- 3) Anketi eksiksiz doldurmak.

3.3.2. Çalışmanın Genel Planı

Çalışma için Bursa Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'nun 26.07.2021 tarihli toplantısında araştırmanın uygulanabilmesi için izin alınmıştır. Gerekli ön

bilgilendirmenin yapılmasının ardından çalışma kriterlerine uygun, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere 3 bölümden ve 27 sorudan oluşan web tabanlı anket uygulandı. Çalışmada anketin ilk bölümünde hekimlerin yaş, cinsiyet, aile hekimliği biriminde çalışma yılı, pratisyen uzman veya sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi oluşu gibi sosyodemografik özellikleri sorgulandı. İkinci bölümde kayıtlı hasta nüfusu, günlük ortalama hasta sayısı gibi aile hekimliği birimine kayıtlı hasta portföyü özellikleri sorgulandı. Üçüncü ve son bölümde hipertansiyon vakalarının yönetimine yönelik sorular bulunmaktadır.

3.4. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.06.2021 tarih ve 2021-9/22 sayılı kararı ile onaylanmıştır (Ek-1).

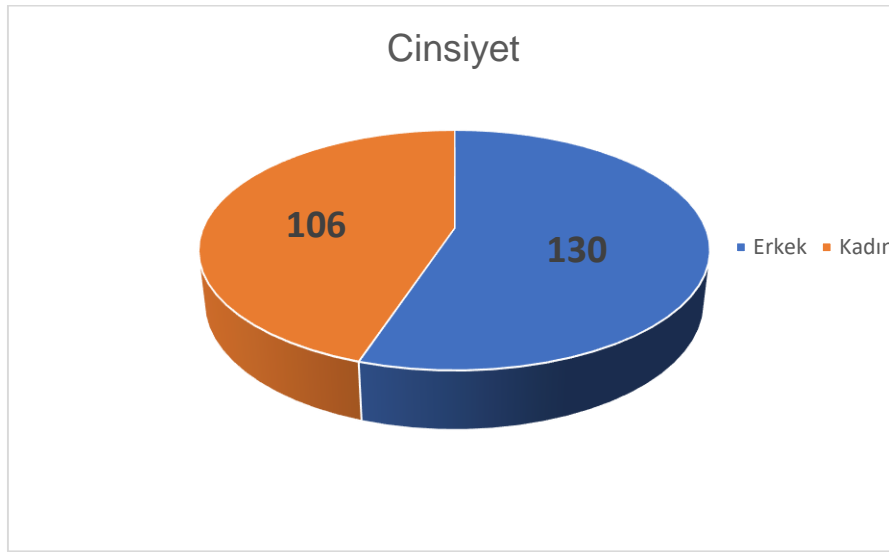
3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programında yapılmıştır. Çalışma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma, medyan(minimum-maksimum); nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Kılavuz kullanımı etkileyen faktörlerin incelenmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara ait genel özellikler

Çalışmaya 236 aile hekimi katıldı. Katılanların 130'u (%55,1) erkek, 106'sı (%44,9) ise kadınlardan oluşmaktadır (Şekil-1). Katılanların ortalama yaşı 45,2 olarak bulunmuştur.



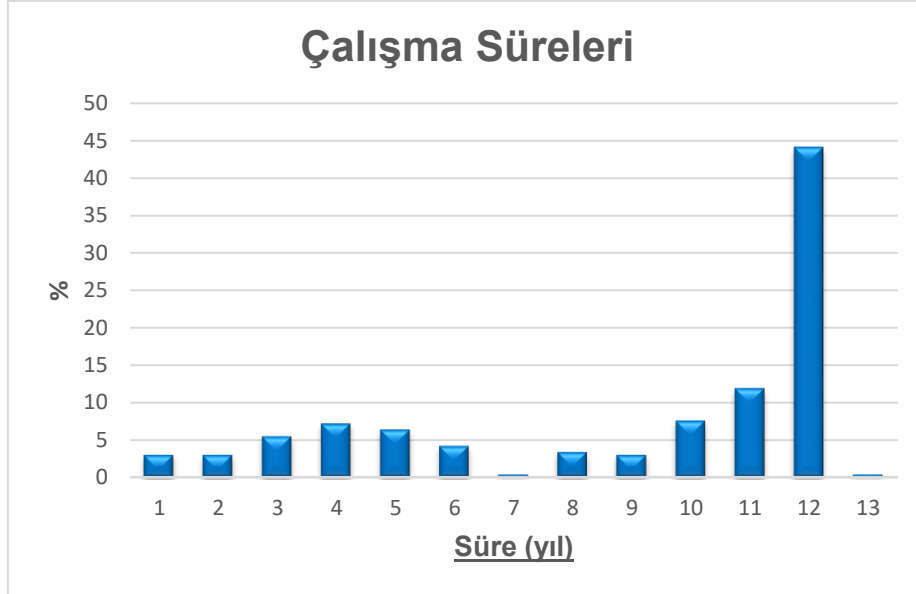
Şekil-1: Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyete göre dağılımı

Çalışmaya 169 kişi (%71,6) ile en çok pratisyen aile hekimleri katılırken, bunu 36 kişi (%15,3) ile aile hekimliği uzmanları ve 31 kişi (%13,1) ile de sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri izledi (Tablo-7).

Tablo-7: Çalışmaya katılan kişilerin çalışma durumlarına göre dağılımı.

Çalışma Durumu	n=236	%
Aile Hekimi	169	71,6
Aile Hekimliği Uzmanı	36	15,3
Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi	31	13,1

Çalışmaya katılanlardan 59 kişi (%25) 5 yıldan daha az süredir aile hekimliği yapmakta iken, katılımcıların %56,4'ü (n=133) 10 yıldan fazla süredir aile hekimliği yapmaktaydı. Çalışmaya katılanlardan 105 kişi aile hekimliği uygulamasının başladığı tarihten beri aile hekimliği yapmaktaydı (Şekil-3).



Şekil-2: Çalışmaya katılan kişilerin aile hekimliğinde görev süreleri

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin birimlerine kayıtlı hasta sayısına bakıldığında 1500'den az hasta sayısına sahip 3 (%1,3) kişi iken; 1500-2000 arasında olan 5 (%2,1), 2000-2500 arasında olan 11 (%4,7), 2500-3000 arasında olan 23 (%9,7), 3000-3500 arasında olan 60 (%25,4) ve 3500-4000 arasında olan 134 (%56,8) kişiydi (Tablo-8).

Tablo-8: çalışmaya katılan kişilerin birimlerindeki kayıtlı hasta sayısının dağılımı.

Kayıtlı Hasta Sayısı	n=236	%
1500'den az	3	1,3
1500-2000	5	2,1
2000-2500	11	4,7
2500-3000	23	9,7
3000-3500	60	25,4
3500-4000	134	56,8

Hasta yaş grubu açısından aile hekimlerine en sık başvuru yapan 19-65 yaş grubu (n=198 birim, %83,9) idi. Bunu 23 (%9,7) birimde 66-79 yaş grubu ve 15 (%6,4) birimde 0-18 yaş grubu takip etti (Tablo-9).

Tablo-9: Çalışmaya katılanların birimlerindeki en sık başvuru yapan yaş grubu dağılımı.

En sık Başvuru Yapan Yaş Grubu	n=236	%
0-18 yaş	15	6,4
19-65 yaş	198	83,9
66-79 yaş	23	9,7
80 yaş ve üzeri	0	0

Hastaların aile hekimlerini ziyaret etmelerindeki en sık neden ilaç yazdırma (%55,1) olup bunu sırasıyla şikâyet nedeniyle başvuru (%43,2) ve kontrol amaçlı başvuru (%1,3) takip etmekte idi (Tablo-10).

Tablo-10: Çalışmaya katılanların birimlerine en sık başvuru sebeplerinin dağılımı

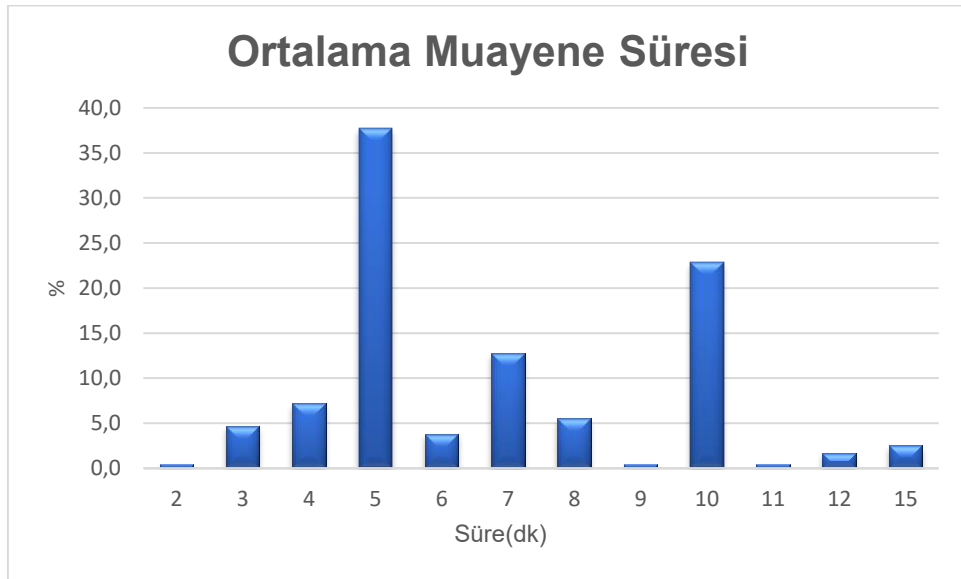
En Sık Aile Hekimi Ziyaret Nedeni	n=236	%
Şikâyet Nedeniyle Başvuru	102	43,2
Kontrol Amaçlı Başvuru	3	1,3
İlaç Yazdırma Amaçlı Başvuru	130	55,1
Sevk Amaçlı Başvuru	0	0
Rapor Amaçlı Başvuru	0	0

Aile hekimlerinin günlük hasta başvuru sayısı (min=5-max=120) ortalaması yaklaşık 55,8 kişiydi (Şekil-3).



Şekil-3: Çalışmaya katılanların birimlerindeki günlük hasta başvuru sayılarının dağılımı.

Aile hekimlerinin hastalarına ayırabildikleri süre sorgulandığında; ortalama sürenin 6,8 dakika olduğu bildirildi; hastalarına 10 dakika ve üzerinde muayene süresi ayırabilen hekimler ise %27,5'i oluşturmakta idi (Şekil-4).



Şekil-4: Çalışmaya katılan hekimlerin ortalama muayene süreleri.

Hekimlerin hasta gruplarında en sık karşılaştığı kronik hastalıklar hipertansiyon (%24), diyabetes mellitus (%24), koroner arter hastalığı(%13) ve tiroid hastalıklarıydı (%11) (Tablo-11).

Tablo-11: Hekimlerin en sık karşılaştıkları kronik hastalıkların dağılımları.

En Sık Karşılaşılan Kronik Hastalıklar	n	%
Hipertansiyon	231	24
Diabetes Mellitus	228	24
Koroner Arter Hastalığı	128	13
Tiroid Hastalıkları	111	11
Astım- KOAH	85	9
Hiperlipidemi	75	7
Psikiyatrik Hastalıklar	40	4
Romatolojik Hastalıklar	36	3
Diğer	4	0
Toplam^a	938 ^a	

a: çoklu yanıt olduğu için n örneklem sayısını geçmektedir.

Hekimlerin yönetiminde en sık problem yaşadığı kronik hastalıklar diyabetes mellitus, psikiyatrik hastalıklar, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı idi (Tablo-12).

Tablo-12: Hekimlerin yönetiminde en sık problem yaşadığı kronik hastalıkların dağılımı

Yönetiminde En Sık Sorun Yaşanan Kronik Hastalıklar	n	%
Diabetes Mellitus	113	21
Psikiyatrik Hastalıklar	107	20
Romatolojik Hastalıklar	73	13
Hipertansiyon	57	11
Koroner Arter Hastalığı	55	10
Astım- KOAH	53	10
Hiperlipidemi	42	7
Tiroid Hastalıkları	22	4
Diğer	6	0
Toplam^a	528^a	

a: çoklu yanıt olduğu için n örneklem sayısını geçmektedir.

4.2. Hekimlerin Hipertansiyon Vakalarını Yönetimleri

Aile hekimlerinin, aile hekimliği uzmanlarının ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin, tanı koydukları, takibini yaptıkları sadece ilaçlarını yazdıkları ve ön tanı ile üst merkeze yönlendirdikleri vakalar açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo-13).

Çalışma durumlarına göre hekimlerin %64'ü karşılaştıkları hipertansiyon hastalarının tanısını bazen kendileri koymuşlardı.

Çalışma durumlarına göre bütün hekimler karşılaştıkları hipertansiyon vakalarının genellikle (%64) takibini yapıyorlardı.

Çalışma durumlarına göre bütün hekimler karşılaştıkları hipertansiyon vakalarının genellikle (%58,1) sadece ilaçlarını yazıyorlardı.

Çalışma durumlarına göre bütün hekimler karşılaştıkları hipertansiyon vakalarını %56,8 oranında bazen ön tanı ile bir üst merkeze sevk ediyorlardı.

Tablo-13: Hekimlerin hipertansiyon vakalarını yönetimlerinin çalışma durumlarına göre dağılımı.

		Çalışma Durumu					p Değeri
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam		
Sizin tanı koyduğunuz	Nadiren/Hiç	n	9	0	0	9	0,75 ^a
		%	5,3	0	0	5,3	
	Bazen	n	100	25	27	152	
		%	59,2	69,4	87,1	64,4	
	Genellikle	n	58	11	4	73	
		%	34,3	30,6	12,9	30,9	
	Her Zaman	n	2	0	0	2	
		%	1,2	0	0	1,2	
Sadece takibini yaptığınız	Nadiren/Hiç	n	3	2	0	5	0,79 ^a
		%	1,78	5,56	0,00	2,12	
	Bazen	n	41	6	3	50	
		%	24,3	16,7	9,7	21,2	
	Genellikle	n	101	23	27	151	
		%	59,8	63,9	87,1	64,0	
	Her Zaman	n	24	5	1	30	
		%	14,2	13,9	3,2	12,7	
Sadece ilaçlarını yazdığınız	Nadiren/Hiç	n	2	0	3	5	0,11 ^a
		%	1,2	0	9,7	2,1	
	Bazen	n	30	9	2	41	
		%	17,8	25	6,5	17,4	
	Genellikle	n	92	23	22	137	
		%	54,4	63,9	71	58,1	
	Her Zaman	n	45	4	4	53	
		%	26,6	11,1	12,9	22,5	
Ön tanı ile bir üst merkeze yönlendirdiğiniz	Nadiren/Hiç	n	36	9	4	49	0,182 ^a
		%	21,3	25	12,9	20,8	
	Bazen	n	89	24	21	134	
		%	52,7	66,7	67,7	56,8	
	Genellikle	n	41	2	6	49	
		%	24,3	5,6	19,4	20,8	
	Her Zaman	n	3	1	0	4	
		%	1,8	2,8	0	1,7	

a: Fisher's exact test

4.3. Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetiminde Kılavuz Kullanımı

Çalışmaya katılan hekimlerin 133'ü (%56,4) hipertansiyon kılavuzu kullandığını bildirmiş iken; 103'ü (%43,6) hipertansiyon kılavuzu kullanmıyordu. Aile hekimliği uzmanlarının ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hipertansiyon kılavuzu kullanmalarında aile hekimlerine göre anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$).

Tablo-14: Hekimlerin çalışma durumuna göre kılavuz kullanım durumları.

			Çalışma Durumu				p değeri
			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam	
Kılavuz Kullanımı	Evet	n	76	31	26	133	< 0,001 ^a
		%	45	86	84	56	
	Hayır	n	93	5	5	103	
		%	55	14	16	44	

a: Ki-kare testi

Yapılan regresyon analizinde hipertansiyon kılavuz kullanımının yaş ile negatif ilişkili olduğu; yaş arttıkça kılavuz kullanımının azalmakta olduğu saptandı. Kılavuz kullanımı erkeklerde kadınlara göre 1,9 kat daha fazlaydı. Aile hekimliği uzmanlarının kılavuz kullanımı aile hekimlerine göre 9,3 kat daha fazlaydı. Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kılavuz kullanımı aile hekimlerine göre 6,1 kat daha fazlaydı. Aile hekimliğinde çalışma yılı arttıkça kılavuz kullanımının da 1,18 oranında arttığı saptandı. Günlük ortalama hasta sayısı ile kılavuz kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo-15).

Tablo-15: Hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımının lojistik regresyon analizi

Kılavuz Kullanımını Etkileyen Faktörler	p değeri	OR*	OR %95 GA	
			alt	üst
Yaş	0,01	0,922	0,878	0,969
Cinsiyet (Erkek vs Kadın)	0,033	1,958	1,056	3,630
Çalışma Durumu (Aile Hekimliği Uzmanı vs Aile Hekimi)	<0,001	9,306	3,118	27,771
Çalışma Durumu (SAHU Asistanı vs Aile Hekimi)	0,002	6,173	1,978	19,261
Aile Hekimliğinde Çalışma Yılı	0,015	1,189	1,034	1,367
Günlük Ortalama Hasta Sayısı	0,471	1,006	0,990	1,021

*: OR %95 güven aralığında

4.4. Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetiminde Kullandığı Kılavuzların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Kullanılan kılavuzlar incelendiğinde bütün gruplarda en fazla kullanılan kılavuz Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu'ydu (%88). Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporunun kullanımı açısından aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin aile hekimlerine göre anlamlı düzeyde farklılık saptandı ($p<0,001$). Diğer kılavuzların kullanımı açısından çalışma durumuna göre anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo-16).

Tablo-16: Kullanılan kılavuzların çalışma gruplarına göre dağılımı.

	Aile hekimleri	Aile hekimliği uzmanları	SAHU asistanı	p değeri
JNC	17	6	2	0,391 ^b
NICE	6	2	1	0,857 ^b
CHEP	0	0	0	
ESH/ESC	38	14	9	0,113 ^a
Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu	68	24	26	<0,001^a

a: Ki-kare testi b: Fisher's exact test

4.5. Hekimlerin Çalışma Durumuna ve Kılavuz Kullanımına Göre Hipertansiyon Yönetimindeki Bilgi Sorularına Verdiği Yanıtlar

Hekimler hipertansiyon yönetimine ilişkin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; 18 yaşın üstündeki herkes yılda 1 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır ifadesine hekimlerin %86'sı katıldıklarını belirtti. Bu ifadeye verilen cevaplar açısından çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık saptanmadı.

Obezite ve ailede hipertansiyon öyküsü olan herkes yılda en az 2 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır ifadesine hekimlerin %93'ü katıldıklarını belirtti. Bu ifadeye verilen cevaplar açısından hekimlerin çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık saptanmadı.

Daha önceki tansiyon ölçümleri yüksek kan basıncı (120-129 mmHg sistolik) olarak tanımlanan kişiler yılda en az iki kez hipertansiyon açısından taranmalıdır ifadesine hekimlerin %86'sı katıldıklarını belirtti. Bu ifadeye verilen cevaplar açısından hekimlerin çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık saptanmadı.

Fazla kilosu olan kişilerde her 1 kg düşüş 0,5-2 mmHg kan basıncı düşüşüne eşlik eder ifadesine hekimlerin %73'ü katıldıklarını belirtti. Bu ifadeye verilen cevaplar açısından hekimlerin çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık saptanmadı.

Steroidler, NSAİ (non-steroidal anti-enflamatuar ilaçlar), nazal dekonjestanlar hipertansiyonu indüklemektedir ifadesine hekimlerin %91'i katıldıklarını belirtti. Bu ifadeye verilen katılmıyorum cevabı aile hekimliği uzmanlarında anlamlı şekilde daha fazla görülmektedir.

Anti hipertansif tedavi başlanan hastalarda hedef kan basıncına ulaşıncaya kadar hasta ayda 1 kez değerlendirilmelidir ifadesine hekimlerin %87'si katıldıklarını belirtti.

Tablo-17: Hekimlerin çalışma durumuna göre, bilgi sorularına verdikleri cevaplar.

		Çalışma Durumu				p Değeri	
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam		
18 yaşın üstündeki herkes yılda 1 kez hipertansiyon açısından taramalıdır.	Katılıyorum	n	147	30	28	205	0,718 _a
		%	87	83	90	87	
	Katılmıyorum	n	18	4	2	24	
		%	11	11	6	10	
	Fikrim Yok	n	4	2	1	7	
		%	2	6	3	3	
Obezite ve ailede hipertansiyon öyküsü olan herkes yılda en az 2 kez hipertansiyon açısından taramalıdır.	Katılıyorum	n	160	33	28	221	0,55 _a
		%	95	92	90	94	
	Katılmıyorum	n	8	3	3	14	
		%	5	8	10	6	
	Fikrim Yok	n	1	0	0	1	
		%	1	0	0	0	
Daha önceki tansiyon ölçümleri yüksek kan basıncı (120-129 mmHg sistolik) olarak tanımlanan kişiler yılda en az 2 kez hipertansiyon açısından taramalıdır.	Katılıyorum	n	146	30	27	203	0,904 _a
		%	86	83	87	86	
	Katılmıyorum	n	18	5	4	27	
		%	11	14	13	11	
	Fikrim Yok	n	5	1	0	6	
		%	3	3	0	3	
Fazla kilosu olan kişilerde her 1 kg düşüş 0,5-2 mmHg kan basıncı düşüşüne eşlik eder.	Katılıyorum	n	124	27	23	174	0,32 _a
		%	73	75	74	74	
	Katılmıyorum	n	17	1	5	23	
		%	10	3	16	10	
	Fikrim Yok	n	28	8	3	39	
		%	17	22	10	17	
Steroidler, NSAİ (non-steroidal anti-enflamatuar ilaçlar), nazal dekonjestanlar hipertansiyonu indüklemektedir.	Katılıyorum	n	153	31	31	215	0,028 _a
		%	91	86	100	91	
	Katılmıyorum	n	3	4	0	7	
		%	2	11	0	3	
	Fikrim Yok	n	13	1	0	14	
		%	8	3	0	6	
Anti hipertansif tedavi başlanan hastalarda hedef kan basıncına ulaşıncaya kadar hasta ayda 1 kez değerlendirilmelidir.	Katılıyorum	n	148	34	24	206	0,115 _a
		%	88	94	77	87	
	Katılmıyorum	n	21	2	7	30	
		%	12	6	23	13	
	Fikrim Yok	n	0	0	0	0	
		%	0	0	0	0	

a: Fisher's exact test

Çalışmaya katılanların 124'ü (%52) vaka sorusuna evre 1 hipertansiyon, 103'ü (%43) pre-hipertansiyon cevabını vermişlerdir. Verilen cevaplar açısından aile hekimi, aile hekimliği uzmanı ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Vaka sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde çalışma yılı ve kılavuz kullanımına göre de anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo-18).

Tablo-18:Hekimlerin çalışma durumlarına göre vaka sorularına verdikleri yanıtların dağılımları.

			Çalışma Durumu			p Değeri
			Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	Toplam	
Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan ve sigara içmeyen 45 yaşında bayan hastanızın uygun koşullarda her iki kolundan ölçülen kan basıncı ortalaması 140/90 mmHg ve evde ölçülen 1 haftalık kan basıncı ortalaması 135/85 mmHg olan hastanız hakkında ne düşünüyorsunuz?	Normal	n	5	0	5	0,627 ^a
		%	3	0	2	
	Pre-hipertansiyon	n	78	14	103	
		%	46	39	44	
	Evre-1 Hipertansiyon	n	83	21	124	
		%	49	58	53	
	Evre-2 Hipertansiyon	n	3	1	4	
		%	2	3	2	

a: Fisher's exact test

Kılavuz kullanan 132 hekimden 78'i (%59) evre-1 hipertansiyon olarak cevaplarken kılavuz kullanmayan 104 hekimden 46'sı (%44) evre-1 hipertansiyon olarak cevaplamıştır (Tablo-19).

Tablo-19: Hekimlerin kılavuz kullanımına göre vaka sorularına verdiği yanıtların dağılımı.

			Kılavuz Kullanımı			p Değeri
			Evet	Hayır	Toplam	
Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan ve sigara içmeyen 45 yaşında bayan hastanızın uygun koşullarda her iki kolundan ölçülen kan basıncı ortalaması 140/90 mmHg ve evde ölçülen 1 haftalık kan basıncı ortalaması 135/85 mmHg olan hastanız hakkında ne düşünüyorsunuz?	Normal	n	2	3	5	0,103 _a
		%	1	1	2	
	Pre-hipertansiyon	n	50	53	103	
		%	21	22	44	
	Evre-1 Hipertansiyon	n	78	46	124	
		%	33	19	53	
	Evre-2 Hipertansiyon	n	3	1	4	
		%	1	0	2	

a: Fisher's exact test

Hekimlerin vaka sorusundaki tedavi yaklaşımları açısından aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Hekimler yaklaşık %80 oranında bir süre ilaç kullanmadan sadece yaşam tarzı değişiklikleri ile takip edilmesinde hemfikirdi. İlaç başlamak isteyen hekimlerde ise hâkim görüş yaşam tarzı değişiklikleri ile beraber ACE-i veya ARB grubu bir preparat başlanması idi (Tablo-20).

Tablo-20: Hekimlerin vakadaki hastaya tedavi yaklaşımlarının çalışma grubuna göre dağılımı.

		Çalışma Durumu					p Değeri
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam		
Yaşam tarzı değişikliği öneririm.	Katılıyorum	n	168	36	31	235	1a
		%	99	100	100	100	
	Katılmıyorum	n	1	0	0	1	
		%	1	0	0	0	
	Fikrim Yok	n	0	0	0	0	
		%	0	0	0	0	
Öncelikle birkaç ay ilaçsız takip ederim.	Katılıyorum	n	135	28	22	185	0,431 _a
		%	80	78	71	78	
	Katılmıyorum	n	33	8	8	49	
		%	20	22	26	21	
	Fikrim Yok	n	1	0	1	2	
		%	1	0	3	1	
Düşük doz beta bloker öneririm.	Katılıyorum	n	13	1	0	14	0,252 _a
		%	8	3	0	6	
	Katılmıyorum	n	147	35	29	211	
		%	87	97	94	89	
	Fikrim Yok	n	9	0	2	11	
		%					
Kalsiyum kanal blokeri başlarım.	Katılıyorum	n	11	3	1	15	0,645 _a
		%	7	8	3	6	
	Katılmıyorum	n	151	33	28	212	
		%	89	92	90	90	
	Fikrim Yok	n	7	0	2	9	
		%	4	0	6	4	
ACE inhibitörü veya ARB ile tedaviye başlarım.	Katılıyorum	n	20	6	8	34	0,201 _a
		%	12	17	26	14	
	Katılmıyorum	n	142	30	23	195	
		%	84	83	74	83	
	Fikrim Yok	n	7	0	0	7	
		%	4	0	0	3	

a: Fisher's exact test

4.6. Hekimlerin Çalışma Durumuna Göre Hipertansiyon Hastalarındaki Uygulamaları

Hekimler, hipertansif hastalardan muayene öncesinde, büyük oranda 5-7 günlük tansiyon ölçümlerini istemekteydi.

NSAİ ilaçlar ve nazal dekonjestanların oluşturabildiği hipertansif yan etkileri için hekimler hastaları yüksek oranda bilgilendirmekteydi.

Yüksek-normal kan basıncına sahip bireylerde risk temelli yaklaşım, büyük ölçüde hekimler tarafından uygulanmaktaydı. Aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri arasında bu oran birbirlerine çok yakındı ve anlamlı farklılık yoktu.

Hekimlerin nerdeyse tamamı sıklıkla hipertansiyon hastalarını yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirmekteydi.

Hekimler fazla kiloya sahip hipertansiyon hastalarını kilo verme hususunda yüksek oranda bilgilendirmekteydi.

Hekimlerin %56'sı her zaman egzersiz önerilerinde bulunuyordu.

Hekimlerin %69'u hipertansiyon hastalarına her muayenede diyetlerindeki tuz miktarını azaltmasını öneriyordu.

Hekimlerin %74'ü her muayenede hastalarına ilaçlarını düzenli kullanmasını öneriyordu.

Hekimlerin %51'i her muayenede; %41'i genellikle hipertansiyon komplikasyonları açısından hastalarını değerlendirmekteydi.

Hekimlerin %24'ü her zaman, %51'i genellikle, %22 si bazen hipertansiyon yönetiminde kendini yeterli görmekteydi. Hipertansiyon yönetiminde kendini yeterli görenlerin oranı en yüksek aile hekimliği uzmanlarıydı; onları sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri takip etmekteydi. Ancak üç grup arasında anlamlı fark gözlenmedi (Tablo-21 ve Tablo-22).

Tablo-21: Hekimlerin çalışma durumlarına göre hipertansiyon hastalarındaki uygulamaları.

		Çalışma Durumu				p Değeri	
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam		
Muayene öncesinde 5-7 günlük ev tansiyon ölçümlerini isterim.	Nadiren/Hiç	n	12	1	0	13	0,649 _a
		%	7	3	0	6	
	Bazen	n	14	4	4	22	
		%	8	11	13	9	
	Genellikle	n	82	17	13	112	
		%	49	47	42	47	
	Her Zaman	n	61	14	14	89	
		%	36	39	45	38	
Hipertansiyon hastalarında NSAİ ve nazal dekonjestanların hipertansif yan etkileri açısından hastalarımı bilgilendiririm.	Nadiren/Hiç	n	9	2	0	11	0,188 _a
		%	5	6	0	5	
	Bazen	n	19	7	5	31	
		%	11	19	16	13	
	Genellikle	n	79	9	13	101	
		%	47	25	42	43	
	Her Zaman	n	62	18	13	93	
		%	37	50	42	39	
Kan basıncı 130-139/80-89 mmHg aralığında olan ve yaşı <65 olan bireylerde "risk temelli" yaklaşım uygulayırım.	Nadiren/Hiç	n	8	1	1	10	0,674 _a
		%	5	3	3	4	
	Bazen	n	18	5	4	27	
		%	11	14	13	11	
	Genellikle	n	96	15	16	127	
		%	57	42	52	54	
	Her Zaman	n	47	15	10	72	
		%	28	42	32	31	
Yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirme yaparım.	Nadiren/Hiç	n	3	0	0	3	0,623 _a
		%	2	0	0	1	
	Bazen	n	6	3	1	10	
		%	4	8	3	4	
	Genellikle	n	68	10	13	91	
		%	40	28	42	39	
	Her Zaman	n	92	23	17	132	
		%	54	64	55	56	
VKİ>25 ise kilo vermesini öneririm.	Nadiren/Hiç	n	6	1	3	10	0,691 _a
		%	4	3	10	4	
	Bazen	n	6	1	2	9	
		%	4	3	6	4	
	Genellikle	n	54	12	8	74	
		%	32	33	26	31	
	Her Zaman	n	103	22	18	143	
		%	61	61	58	61	

a: Fisher's exact test

Tablo-22: Hekimlerin hipertansiyon hastalarındaki yaklaşımları.

		Çalışma Durumu					p Değeri
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam		
Düzenli egzersiz öneririm.	Nadiren/Hiç	n	4	0	0	4	0,908 _a
		%	2	0	0	2	
	Bazen	n	8	2	2	12	
		%	5	6	6	5	
	Genellikle	n	67	12	10	89	
		%	40	33	32	38	
	Her Zaman	n	90	22	19	131	
		%	53	61	61	56	
Diyetindeki tuz miktarını azaltmasını öneririm.	Nadiren/Hiç	n	3	1	0	4	0,93 _a
		%	2	3	0	2	
	Bazen	n	6	1	1	8	
		%	4	3	3	3	
	Genellikle	n	47	9	6	62	
		%	28	25	19	26	
	Her Zaman	n	113	25	24	162	
		%	67	69	77	69	
İlaçlarını düzenli kullanmasını öneririm.	Nadiren/Hiç	n	3	0	0	3	0,55 _a
		%	2	0	0	1	
	Bazen	n	2	2	1	5	
		%	1	6	3	2	
	Genellikle	n	41	7	6	54	
		%	24	19	19	23	
	Her Zaman	n	123	27	24	174	
		%	73	75	77	74	
Yüksek kan basıncının yol açtığı riskleri değerlendiririm.	Nadiren/Hiç	n	5	0	0	5	0,259 _a
		%	3	0	0	2	
	Bazen	n	7	5	2	14	
		%	4	14	6	6	
	Genellikle	n	74	13	10	97	
		%	44	36	32	41	
	Her Zaman	n	83	18	19	120	
		%	49	50	61	51	
HT tanılı hastaların yönetiminde kendimi yeterli görüyorum.	Nadiren/Hiç	n	7	0	0	7	0,583 _b
		%	4	0	0	3	
	Bazen	n	39	6	7	52	
		%	23	17	23	22	
	Genellikle	n	83	19	18	120	
		%	49	53	58	51	
	Her Zaman	n	40	11	6	57	
		%	24	31	19	24	

a: Ki- kare testi **b:** Fisher's exact test

4.7. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyma ve Tansiyon Regülasyonunun Sağlanması Oranlarının Hekim Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hekimlerin hipertansiyon hastalarındaki tedaviye uyma oranı aile hekimliği uzmanlarında en yüksekti, ardından sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve aile hekimleri gelmekteydi (Tablo-23). Ancak gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Yapılan regresyon analizinde cinsiyet, yaş, çalışma yılı, çalışma durumu, günlük ortalama hasta sayısı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo-23: Çalışma durumlarına göre hipertansiyon hastalarının tedaviye uyma ve tansiyon regülasyon oranları.

		n	Min-Max	Ort ± SS
Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyma oranı	Aile Hekimi	169	3-10	6,5 ± 1,4
	Aile Hekimliği Uzmanı	36	2-9	7 ± 1,2
	SAHU Asistanı	31	4-8	6,7 ± 1,1
	Toplam	236	2-10	6,6 ± 1,3
Hipertansiyon hastalarının tansiyonlarının regüle olma oranı	Aile Hekimi	169	3-10	6,9 ± 1,3
	Aile Hekimliği Uzmanı	36	3-9	7,2 ± 1,2
	SAHU Asistanı	31	4-9	7,2 ± 1,2
	Toplam	236	3-10	7,0 ± 1,3

4.8. Hekimlerin Çalışma Durumuna Göre Hipertansiyon Regülasyonunu Bozan Etmenler

Hipertansiyon regülasyonunu bozan etmenler sorgulandığında hekimlerin 191'i (%80) öncelikle hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğu olarak belirtmiştir. Tüm aile hekimlerince en sık bu cevap verilmiştir. Hekimlerin %50'si (n=119) hastaların farmakolojik tedaviye uyumsuzluğu konusunda ve yine %50'si (n=119) yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç uyumu hakkında konuşacak yeterli süre

bulamaması verilen cevaplar arasındadır. Hekimlerin, hastadaki tansiyon regülasyonunu bozan etmenlere ait yanıtları Tablo-24'te görülmektedir.

Tablo-24: Hekimlerin hastaların tansiyon regülasyonunu bozan etmenlere verdiği cevapların çalışma gruplarına göre dağılımı.

		Çalışma Durumu				p değeri
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam	
1- Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı hasta portföyünün fazla olması	n	54	9	8	71	0,609 ^a
	%	32	25	26	30	
2- Aile Sağlığı Merkezi'ne randevusuz hasta başvurusu ile bekleyen hasta yoğunluğunun oluşması	n	69	12	19	100	0,052 ^a
	%	41	33	61	42	
3- Hekimlerin hipertansiyon yönetimi hakkında yeterli kılavuz bilgisine sahip olmaması	n	21	2	17	40	0,115 ^b
	%	12	6	55	17	
4- Aile hekimlerinin yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç uyumu hakkında konuşacak yeterli süre bulamaması	n	83	19	17	119	0,803 ^a
	%	49	53	55	50	
5- Hekimlerin farmakolojik tedavide atalet göstermesi	n	11	2	2	15	1,00 ^b
	%	7	6	6	6	
6- Hastaların farmakolojik tedaviye uyumsuzluğu	n	83	24	12	119	0,060 ^a
	%	49	67	39	50	
7- Hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğu	n	139	29	23	191	0,575 ^a
	%	82	81	74	81	
8- Hastaların alternatif tıbbi yöntemlere müracaat etmesi	n	47	11	4	62	0,182 ^a
	%	28	31	13	26	

a: Ki-kare b: Fisher's exact test

4.9. Birinci Basamakta Hipertansiyon Regülasyonunun Optimum Şekilde Ayarlanmasına Yönelik Yapılabilecek Müdahaleler

Hipertansif hastaların tansiyon regülasyonunun sağlanmasına yönelik yapılabilecek müdahaleler sorgulandığında hekimlerin %60'ı gelir kaybı olmadan kayıtlı hasta nüfusunun azaltılması olarak belirtmiştir. Bunun dışında; muayene randevusunun zorunlu hale getirilmesi (%49), hipertansiyon yönetimi için birinci basamak kılavuzu oluşturulması gerektiği (%47) sıklıkla bildirilen yaklaşımlardı. Yine bu konuda hekimlerin %46'sı sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerektiğini düşünüyordu.

Birinci basamak kılavuzu oluşturulması gerekliliğini düşünen aile hekimi sayısında uzman aile hekimlerine göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,041$) (Tablo-25).

Tablo-25: Hekimlerin hastaların tansiyon regülasyonunun sağlanmasına yönelik yapılabilecek müdahalelerin çalışma gruplarına göre dağılımı.

		Çalışma Durumu				p değeri
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	SAHU Asistanı	Toplam	
1- Hekimin gelir kaybı olmadan hasta portföyü azaltılmalı	n	96	27	19	142	0,128 ^a
	%	57	75	61	60	
2- Muayene randevusu zorunlu hale getirilmeli	n	78	18	19	115	0,297 ^a
	%	46	50	61	49	
3- Muayene ücretleri arttırılmalı	n	11	3	2	16	0,915 ^b
	%	7	8	6	7	
4- HT yönetimi için meslek içi eğitimler düzenlenmeli	n	58	8	8	74	0,282 ^a
	%	34	22	26	31	
5- HT yaklaşımı için birinci basamak kılavuzu oluşturulmalı	n	86	10	15	111	0,041 ^a
	%	51	28	48	47	
6- HT gibi kronik hastalıkların takibine negatif performans uygulaması getirilmeli	n	1	0	0	1	1,00 ^b
	%	1	0	0	0	
7- HT gibi kronik hastalıkların takibine pozitif performans uygulaması getirilmeli	n	38	5	5	48	0,418 ^a
	%	22	14	16	20	
8- Hasta özyönetimi için kamu spotları arttırılmalı	n	64	16	11	91	0,710 ^a
	%	38	44	35	39	
9- Sağlık okuryazarlığı geliştirilmeli	n	74	21	14	109	0,281 ^a
	%	44	58	45	46	

a: Ki-kare b: Fisher's exact test

4.10. Tansiyon Regülasyonunun Sağlanmasına Yönelik Hekimlerin Karşılaştığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri

Çalışmaya katılan hekimlerin 181'i (%76,7) hastalarında hipertansiyon açısından hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma durumu ile karşılaştıklarını bildirirken, %16,5'i (n=39) karşılaşmamıştı. Hekimlerin %6,8'i (n=16) ise bu durumu daha önce sorgulamamış olduğunu belirtmişti.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla karşılaşan hekimlerin neredeyse tamamı (n=180) bitkisel ürün kullanımı ile karşılaşmıştı. Diğer karşılaşılan uygulamalar akupunktur, hacâmat, yoga, sülük ve fonksiyonel tıp uygulamalarıydı.

Tablo-26: Hekimlerin karşılaştıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının dağılımı.

	n	%
Bitkisel Ürünler	180	78
Akupunktur	19	8
Yoga	9	4
Hacamat	17	7
Sülük	4	2
Fonksiyonel Tıp Uygulamaları	2	1
Toplam_a	231 _a	100

a:çoklu cevap verildiği için n örneklem hacmini geçmektedir.

5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yer tutmaktadır. DSÖ tarafından 'sessiz katil' olarak nitelenen hipertansiyonun erken tanı ve düzenli takiple komplikasyonlarının engellenebilir olması bu hastalığı kronik hastalıklar içinde farklı bir konuma getirmiştir. Hipertansiyonun erken tanısı, yaşam tarzı değişiklikleri ve gerektiğinde farmakoterapi ile kan basıncı regülasyonunun sağlanması aile hekimlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki yaklaşımları ön plana çıkmaktadır. Bursa ilinde yaptığımız çalışmamızda bu ilde görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon tanı ve sağaltımına yönelik yaklaşımlarını inceledik.

5.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya katılan hekimlerin %55,1'i (n=130) erkekti. Çalışmaya katılan hekimlerin ortalama yaşı 45,2'ydi. Çalışmaya katılanların çoğunluğunu pratisyen aile hekimleri oluşturmaktaydı. Çalışmaya katılanların aile hekimliğinde ortalama çalışma süresi 9,1 yıldır. Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası (%56,8) 3500-4000 dolaylarında kayıtlı nüfusa hizmet vermekteydi. Bursa il genelinde uygulanan çalışmamıza katılan pratisyen hekim, aile hekimliği uzmanı ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hepsi aktif olarak aile hekimliği biriminde hizmet vermekteydi. 2019 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre ülkemizde 7997 aile sağlığı merkezi ve 26.476 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. Ülke genelinde aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3358 olarak hesaplanmaktadır. Bu sayı Doğu Marmara'da 3427'ye çıkmaktadır (48). Bizim çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları birimler yüksek oranda (%56,8) 3500-4000 kayıtlı nüfusa sahipti. Bu durum, Bursa'nın göç almakta olan sanayi şehri olmasından kaynaklanabilir.

Aile hekimliği modelini iyi işleyen birçok ülkede aile hekimine bağlı nüfus 1200 dolaylarındadır (49). Ülkemizdeki durum bu tabloya halen çok uzaktır. Nitekim Çiçeklioğlu'nun yaptığı çalışmada ülkemizde aile hekimlerinin ideal kayıtlı nüfusunun 2000-2300 olması gerektiği belirtilmiştir (50).

Çalışmamızda aile hekimliği birimlerinde görevli hekimlerin büyük çoğunluğunu (%71,6) pratisyen hekimler teşkil etmekteydi. Bunu %15,3 ile aile hekimliği uzmanları ve %13,1 ile sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri takip etmekteydi. Sağlık Bakanlığı'nın 2019 istatistiklerine göre aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin %8'i aile hekimliği uzmanıdır (48). Bizim çalışmamızda aile hekimliği uzmanları Türkiye ortalamasının yaklaşık iki katı oranındadır. Bursa ilinin sosyoekonomik düzeyinin yüksek olması bu sayıdaki yüksekliğe etkili olabileceği düşünülse de, çalışmada tüm aile hekimlerine ulaşılamamış olması nedeniyle bu orandaki yükseklik yanıltıcı olabilir.

5.2. Günlük Gelen Hasta Sayısı ve Ziyaret Sebepleri

Çalışmamızda hekimlere gelen günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 55,8'dir. Bu sayı, kalabalık nüfusa sahip birimler düşünüldüğünde kabul edilebilir bir sayıdır. Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılı istatistiklerine göre ülke genelinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,5'e çıkmıştır. Bu oran Doğu Marmara'da 3,9'a kadar yükselmektedir (48). Bu başvuru sayısı günlük yaklaşık 64 hastaya denk gelmektedir. Nitekim Tay ve arkadaşlarının Manisa'da yaptığı çalışmada aile hekimlerine günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 60'tır (51). Bizim çalışmamızda bu sayı (55,8) daha düşük çıkmıştır. Bursa ilinde ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin varlığı ve kolay ulaşılabilir olması bu duruma neden olmuş olabilir; yine tüm aile hekimlerine ulaşılamamış olması sayıyı etkilemiş olabilir.

Aile hekimine günlük hasta başvuru sayısının sınırı hakkında kesin bir görüş bulunmamaktadır. Aile hekimliğindeki biyopsikososyal yaklaşım ile bütüncül ve kapsamlı bakım prensipleri hasta muayene süresinin yeterli olmasını gerektirmektedir. Aile hekimlerine bağlı kayıtlı hasta sayısı arttıkça günlük başvuru sayısı artmakta ve hasta başına düşen muayene süresini kısaltmaktadır. Kısalmış görüşme süresi hastalara yeterli ve geçerli bir aile hekimliği hizmeti verilmesine engel olmaktadır. Bu durum hastaları doğrudan ileri basamak sağlık hizmetlerine başvuruyu teşvik etmekte ve sağlık ve iyilik halinin muhafazasını güçleştirmektedir.

Günlük hasta başvuru sayısı, hasta başına ayrılan muayene süresini doğrudan etkilemektedir. Bizim çalışmamızda hastalara ayrılan ortalama muayene süresi 6,8 dakika olarak bildirilmiştir. Bu süre aile hekimliği yaklaşımının uygulandığı bir görüşme için yeterli değildir. Güldal ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı bir çalışmada muayene süresi %81,9 oranında 5 dakikadan kısa olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada gözlenen birinci basamak hekimlerinin yarısı anamnez sorgulamasını eksik bırakmış, %80’i fizik muayene yapmamış ve görüşmelerin %63’ünde tıbbi kayıt tutulmamıştır (52). Yardım ve Eser yaptıkları derlemelerinde, mesleki doyum ve hasta tatmini açısından uluslararası kaynaklara göre muayene süresinin 10 dakikadan az olmaması gerektiğini söylemişlerdir (53). Bizim çalışmamızda hekimlerin %27,5’i hastalarına 10 dakika ve üzerinde muayeneye süresi ayırabilmekteydi. Bizim çalışmamızda muayene süreleri Güldal’ın çalışmasına göre daha yeterli görünmekle beraber uluslararası standartların çok gerisinde kalmaktadır.

Şikâyet sebepli başvuru, aile hekimlerine başvurunun en sık sebebi olarak bilinmektedir. Ancak son dönemde sağlık sisteminde gelişen aksaklıklar ve toplumun sağlık hizmetlerinden beklentisinin değişmesi sonucu ilaç yazdırma amaçlı başvuru ortaya çıkmış ve yoğunlaşmıştır. Bizim çalışmamızda hekimler, en sık başvuru sebebinin ilaç yazdırmak amaçlı başvuru (%55,1) olduğunu belirtmişlerdir. Şikâyet sebepli başvuru (%43,2) ise ikinci en sık başvuru sebebi olarak bildirilmiştir. Yavuz ve arkadaşlarının 17 farklı şehirde yaptığı çalışmada reçete talebi ile başvuru (%28) aile hekimlerine en sık başvuru sebebi olmuştur. Bu başvurular en sık kas iskelet sistemi hastalıkları ve hipertansiyon reçeteleri için yapılmıştır (54). Bizdeki ilaç yazdırma oranının görece daha yüksek çıkması Covid-19 pandemisi döneminde özellikle raporlu ilaç kullanan hastaların raporlarını yenileyememesi veya raporlu hale getirememesi sebebiyle aile hekimlerine başvurular artış göstermiş olabilir. Bunun yanında son dönemde ilaç fiyatlarının artış göstermesi cepten ilaç alımını engelleyebileceği için bunda etkili olmuş olabilir.

Mevcut durumda aile hekimleri standartların üzerinde kayıtlı hasta nüfusuna bakmaktadır. Bunun yanında hastaların şikâyet, kontrol nedenli

başvurularının dışında ilaç yazdırma ve tetkik istemi gibi muayene harici talepleriyle aile hekimleri işlevsizleştirilmektedir.

5.3. Günlük Pratikte Karşılaşılan En Sık Kronik Hastalıklar ve Yönetimindeki Güçlükler

Çalışmamıza katılan hekimler en sık karşılaştıkları kronik hastalıkların hipertansiyon (%24), diyabetes mellitus (%24), koroner arter hastalığı (%13) ve tiroid hastalıkları (%11) olduğunu bildirdi. TÜİK'in 2019'da yayınladığı Türkiye Sağlık Araştırması'na göre 15 yaşından büyük bireylerin yaşadığı sağlık problemleri içinde en sık kronik hastalık (%16,4) hipertansiyondur. Diyabetes Mellitus (%10,2) ise en sık görülen 4 sağlık probleminden biridir (55). TÜİK verilerinin bizim çalışmamızla da uyumlu olduğu söylenebilir.

Kronik hastalık bakımının sağlanmasında birçok güçlükler bulunmaktadır. Çalışmamızda hekimlerin yönetiminde en sık sorun yaşadığı kronik hastalıklar, diyabetes mellitus (%21), psikiyatrik hastalıklar (%20), romatolojik hastalıklar(%13) ve hipertansiyon (%10) olarak bildirilmiştir.

Çalışmamızda hekimler hipertansiyon hastalarında kan basıncı regülasyonunun sağlanamamasının en önemli sebeplerini, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğu (%82), hastaların farmakolojik tedaviye uyumsuzluğu (%49), aile hekimlerinin yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç uyumu hakkında konuşacak yeterli süre bulamaması (%49) olarak bildirmişlerdir. TÜİK'in 2012 yılında yayınladığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre hekimler kronik hastalıklara hizmet sunmadaki güçlüklerin ilaç tedavisine uyum sağlanamaması (%61,4), ilaç dışı tedaviye uyum sağlanamaması (%25,3), sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle hastaya yeterince zaman ayıramamak (%2,4) olduğunu bildirmişlerdir (56). Bizim çalışmamız TÜİK'in verileri ile paraleldir. Ancak çalışmamızda çoklu cevap kabul edildiği için oranlar daha yüksek görülmektedir. 2012 yılından bu yana aile hekimine kayıtlı nüfusun birinci basamağa başvurma oranı artış göstermektedir. Bunun yanında 2012'den sonra mülteci göçleri gerçekleşmiş ve bu göçler genellikle büyük şehir merkezlerine yönelmiştir. Ayrıca Covid-19 pandemisi

süreci henüz devam ederken gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda hastaların kolay ulaşılabilir olduğundan aile hekimlerine yönelmesi bir diğer etken olabilir.

Tüzüner'in İzmir'deki çalışmasında, yönetiminde en sık sorun yaşanan kronik hastalık diyabetes mellitus (%60,6) iken hipertansiyon (%25,2) dördüncü sırada gelmiştir. Hizmet sunumundaki güçlüklerde ilaç dışı tedaviye uyumsuzluk (%78,4), ilaç tedavisine uyumsuzluk (%61,6) ve sağlık siteminden kaynaklı hastaya yeterince zaman ayıramamak olduğu bildirilmiştir (57). Bu çalışmada yönetiminde en sık sorun yaşanan hastalıklar sıralama olarak bizim çalışmamızla benzerdir. Oransal olarak daha yüksek çıkması anketlerinde çoklu cevap alındığı için olabilir. Bunun yanında hizmet sunumunda yaşanan problemler bizim çalışmamızla uyusmaktadır. Bu diğer faktörlerden bağımsız olarak sağlık sisteminin bir sonucu olduğu hakkındaki görüşleri kuvvetlendirmektedir.

Bahadır'ın Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde hastalarla yaptığı niteliksel bir çalışmada tedavi sürecinde hasta kaynaklı problemler arasında, hastanın kendisi ve hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması; kendisini ve hastalığını tanımadığı için hangi önlemleri alması gerektiğini bilememesinin önemli bir yer tuttuğu bildirilmiştir (58). Bu bulgular bizim çalışmamızdaki sonuçları desteklemektedir. Yeterli ayrılmayan muayene süresi mesleki doyumu engellediği gibi hastaları da tatmin etmemektedir. Hekimler hastalarını yeterince bilgilendirememekte ve hastaları tedavi sürecine yeterince dâhil edememektedir. Bu da hastaların farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğunun önemli bir sebebi olabilir. Nitekim bu durum hekimler tarafından hastalara yeterince süre ayıramamak şeklinde üçüncü sıradaki problem olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızda hekimlerin hipertansiyon hastalarındaki hasta tedavi uyumsuzluğu, hastalara yeterli süre ayrılamaması ve diğer problemler için yapılabilecek ilk üç müdahale; gelir kaybına uğramadan hasta portföyünün azaltılması (%60), muayene randevusunun zorunlu hale getirilmesi (%49), hipertansiyon yönetimi için birinci basamak kılavuzunun oluşturulması (%47) ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi (%46) şeklindeki önerileri olmuştur. Bu önerilerde çalışma gruplarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kayıtlı hasta nüfusunun ve ortalama muayene süresi bakımından sağlık hizmetinin

uluslararası standartların çok gerisinde kaldığı bir önceki bölümde tartışılmıştır. Çalışmamıza katılan hekimler de birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon hastalarındaki yaklaşımlarının işlevsel olabilmesi için öncelikle bu durumun iyileştirilmesi konusuna ağırlık vermişlerdir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın 2023 hedeflerinde aile hekimi başına kayıtlı nüfusu 1680'e indirme hedefi vardır (56). Ancak süreç içerisinde bu hedefe yönelik adımlar yetersiz kalmıştır. Bunun yanında Covid-19 pandemisi sürecinde Covid pozitif ve temaslı hasta takibi, Covid aşılımları gibi ek hizmetler talep edilerek aile hekimlerinin asli vazifelerini yapmaları daha da zorlaşmıştır.

Altuntaş'ın çalışmasında okuryazar olmayan hipertansiyon hastalarının %100'ü ikinci basamak ve diğer sağlık kuruluşlarında tanı alırken; okuryazar hipertansiyon hastalarının %25'i aile hekimliği polikliniğinde hipertansiyon tanısı almıştır (59). Yapılan bir diğer çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hipertansiyon hastalarının hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin de düşük olduğu ve yarısının kan basıncının kontrol altında olmadığı bildirilmiştir (60). Bakan ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada hastaların tedavi uyumunu ön gören en önemli değişkenin sağlık okuryazarlığı olduğu bildirilmiş, hastaların edindiği bilgileri anlama ve kullanma düzeyi arttıkça, tedavi uyumunun da anlamlı bir şekilde arttığı gösterilmiştir (61). Bizim çalışmamızda da hekimler hipertansiyon regülasyonunun sağlanması için %46 oranında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır.

5.4. Hekimlerin Kılavuz Kullanma Durumları

Klinik uygulama rehberleri bilimsel bilginin en güncel halini yansıtarak tanı, tedavi ve takipte en doğru yaklaşımın uygulanmasını sağlamaktadır (62). Hipertansiyona yönelik gelişmiş ülkeler başta olmak üzere birçok ülkenin kılavuzları bulunmaktadır. Hekimlerin hipertansiyon yönetiminde klinik kararlarını kılavuzlarla desteklemesi gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %56'sı hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanmaktadır. Aile hekimliği uzmanlarının %86'sı kılavuz kullanırken, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin %84'ü, pratisyen aile hekimlerinin ise %45'i kılavuz kullanmaktadır. Aile hekimliği uzmanları ve aile

hekimliği uzmanlık öğrencileri, aile hekimlerine göre anlamlı bir şekilde daha fazla kılavuz kullanmaktadır ($p<0,001$). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasında kronik hastalık yönetiminde hekimlerin %45,2'sinin rehber kullandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada rehber kullanım sıklığı Batı Marmara'da %51,3 ile en yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki sıklık, TÜİK çalışmasına yakın olmakla beraber daha yüksektir. Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının oranının yüksek olması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin de çalışmaya katılması etkili olmuş olabilir. Nitekim çalışmamızdaki aile hekimlerinin kılavuz kullanımı (%45), TÜİK'in Türkiye genelindeki bulunduğu oranla (%45,2) örtüşmektedir.

Çalışmamızda diğer faktörlerle birlikte regresyon analizi yapıldığında aile hekimliği uzmanı olmak, aile hekimlerine göre kılavuz kullanımını 9,3 katına çıkarmaktadır ($p<0,001$). Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak da, aile hekimlerine göre kılavuz kullanımını 6,1 katına çıkarmaktadır ($p=0,002$). Erkek hekim olmak kadın hekimlere göre kılavuz kullanımını 1,9 katına çıkarmaktadır ($p=0,033$). Aile hekimliğinde çalışma yılı arttıkça kılavuz kullanımı artmaktadır ($p=0,015$). Kılavuz kullanımı, yaş ile negatif ilişkili bulunmuştur. Yaş arttıkça kılavuz kullanımı azalmaktadır. Ülkemizde halen her yaş grubundan pratisyen hekimler aile hekimliğine geçiş yapabilmektedir. Aile hekimliğine başlangıç yılı standart olmadığı için çalışma yılı ve yaş paralel sonuç vermemiş olabilir. Günlük ortalama hasta sayısı ile kılavuz kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,471$).

Güneş'in İzmir'de yaptığı çalışmada hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzlarına uyum ile yaş ve cinsiyet arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak birinci basamakta çalışma yılı ile kılavuzlara uyum arasında negatif ilişki bulunmuştur. Özellikle çalışma yılı beş yılın altında olan hekimlerde kılavuz kullanımının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında uzmanlık durumu ile kılavuz kullanımı arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (63). Çalışmamızda bütün aile hekimlerine ulaşılamaması, gruplar arasında sayısal farklılıkların olması farklı verilerin ortaya çıkmasına sebep olmuş olabilir. Bunun yanında çalışmamızın Covid-19 pandemisi şartlarında gerçekleşmesi verilerimizi etkilemiş olabilir.

Ayrıca bizim çalışmamızda hekimlerin beyanı kabul edilirken, Güneş'in çalışmasında ise hekimlere klinik sorular sorularak kılavuz uyumu test edilmiştir.

Kılavuz kullanan hekimlerin %89'u Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'nu kullanmaktaydı. Aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri, aile hekimlerine göre anlamlı bir şekilde daha fazla Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu kullanmaktaydı ($p<0,001$). Diğer kullanılan kılavuzlar açısından çalışma grupları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Memi'nin Edirne'de aile hekimleri ile yaptığı çalışmada Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'nun tüm kılavuzlar içinde en sık (%13,1) kullanılan kılavuz olduğu bildirilmiştir (64).

5.5. Hekimlerin Vaka Sorusuna Verdiği Yanıtlar

Çalışmamızda hekimlerin hipertansiyon vakalarındaki tercihlerinin belirlenmesine yönelik vaka ve yaklaşım soruları sorulmuştur. Vaka sorumuza (Ek-2, soru17) hekimlerin %44'ü ($n=103$) pre-hipertansiyon, %53'ü evre-1 ($n=124$) hipertansiyon olarak yanıtlamıştır. Hekimlerin %78'i vakayı öncelikle birkaç ay ilaçsız takip edeceğini bildirmiştir. Çalışma gruplarına göre evrelendirme ve tedavi yaklaşımında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'na göre ofis ölçümleri doğrultusunda 140-149 mmHg sistolik ve/veya 90-99 mmHg diyastolik kan basıncı evre-1 hipertansiyon olarak tanımlanmıştır. Ancak tanının konulabilmesi için ilk klinik ölçümün yanında 2-4 hafta içinde tekrar klinik ölçüm, evde kendi kendine tansiyon takibi veya ambulatuvar kan basıncı değerlendirmesi gerekmektedir. Evde kan basıncı ölçümlerinin ortalaması 135/85 mmHg'ya eşit veya üzerinde olması hipertansiyon tanısı koydurmaktadır. Bunun yanında Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu, evre-1 hipertansiyonda kronik böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı gibi komorbid bir durum varlığında farmakolojik tedavinin hemen başlanmasını önerirken; komorbiditenin yokluğunda 3 ay sadece yaşam tarzı değişiklikleri ile takip edilmesini tansiyon regülasyonu sağlanamazsa farmakolojik tedavinin de eklenmesini önermektedir (6). Vakanın evrelendirmesinde hekimlerin yarısından çoğunun (%53) cevapları güncel kılavuzlarla uyum göstermektedir. Vakaya planlanan tedavide yaşam tarzı değişiklikleri ile beraber

birkaç ay ilaçsız takip edeceğini bildiren hekimler (%78) yüksek çoğunluğu oluşturmaktadır. Tedavi yaklaşımı konusunda güncel kılavuza uyumun yüksek olduğu görülmüştür. Güneş'in İzmir'de yaptığı çalışmada hekimlerin tanı koyma noktasında kılavuzlara uyumu %66,2, tedavi düzenlemede kılavuzlara uyumu %72,3 olarak bildirilmiştir (63). Çalışmamız Güneş'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Kılavuz kullanımının beyana bakılarak tespitinde bizim çalışmamızda farklı sonuçlar çıkarken vaka üzerindeki yaklaşımlar değerlendirildiğinde sonuçlar birbirine yakındır. Bunun sebebi çalışmamız her ne kadar daha önce planlansa da 1 Temmuz 2021'de başlayan Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulaması olabilir. Hekimler çalışmamızı bir yoklama olarak algılamış olabilirler.

5.6. Hekimlerin Hipertansiyon Hastalarına Öneri ve Uygulamaları

Hekimlerin çok yüksek prevalansa sahip ve komplikasyonları ile önemli morbidite ve mortalite sebebi olan hipertansiyon açısından erken tanı konması ve takiplerinin düzenli yapılması oldukça önemlidir.

Anket formunda belirtilen bazı ifadelerle karşı hekimlerin yaklaşımları incelendiğinde '*18 yaşın üstündeki herkes yılda 1 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır*' ifadesine hekimlerin %87'si katıldıklarını bildirmiştir.

'Obezite ve ailede hipertansiyon öyküsü olan herkes yılda 2 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır' ifadesine hekimlerin %94'ü katılmış;

'Daha önceki tansiyon ölçümleri yüksek kan basıncı olarak tanımlanan kişiler yılda en az 2 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır' ifadesine ise hekimlerin %86'sı katıldıklarını bildirmiştir.

İyişenyürek'in İstanbul'da yaptığı ve hipertansiyon hastalarını incelediği bir çalışmada hastaların %17'sinin hipertansiyon tanısı rutin kontrol sırasında konulurken, %83'ünün tanısı semptomlar üzerine yapılan muayene ve tetkiklerle konulmuştur. Bunun yanında hastaların %9'unun tanısı aile hekimleri tarafından konulurken, %91'inin hipertansiyon tanısının dahiliye bölümünde konulduğu bildirilmiştir. Ayrıca hipertansiyon hastalarının %80'i tanı konmadan önce aile hekimleri tarafından belli aralıklarla tansiyon ölçümünün yapılmadığını bildirmişlerdir (65). Bizim çalışmamızda hekimler tarama sıklığının nasıl olması

gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahiptiler. Ancak yeterli muayene süresi ayrılamaması taramaların eksik yapılmasına sebep olabilir.

Hipertansiyon hastalarının takibinde muayene öncesi ev tansiyon ölçümleri ile tansiyon regülasyonunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Kontrolde tedavi doz değişikliği veya gerektiğinde ilaç değişikliğinin düzenlenebilmesi için tansiyon seyrinin gözlenmesi gerekmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %38'i her zaman, %47'si genellikle muayene öncesinde 5-7 günlük ev tansiyon ölçümlerini istediklerini bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda toplumdaki kan basıncı regülasyonunun düzelme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Çalışma gruplarına göre verilen cevaplarda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hipertansiyon hastalarının kronik süreçte tansiyon regülasyonunun bozulmaması ve komplikasyonlardan korunması için reçete edilen ilaçların dikkatli seçilmesi gerekmektedir. Öncelikle; anti-gribal özellikte psödoefedrin içerikli ilaçlar veya non-steroidal anti-inflamatuar ağrı kesici ilaçlar toplumda oldukça sık kullanılmaktadır. Bu ilaçların hipertansiyon hastalarındaki kullanımında dikkatli olunmalı mümkünse hipertansif yan etkisi olmayan muadili ilaçlar tercih edilmelidir. Çalışmaya katılan hekimlerin %39'u her zaman, %43'ü genellikle olmak üzere büyük kısmı hastalarını bu konuda bilgilendirdiğini bildirmişlerdir. Çalışma gruplarına göre verilen cevaplarda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kan basıncı 130-139/80-89 mmHg aralığında ve 65 yaşından küçük bireylerde risk temelli yaklaşım önerilmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %31'i her zaman, %54'ü genellikle risk temelli yaklaşımı uyguladığını bildirmişlerdir.

Hipertansiyon hastalarının daha normotansif dönemden itibaren yaşam tarzı değişikliklerinin öğretilmesi ve uygulanabilmesi için motivasyonel destek verilmesi gerekmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %56'sı her zaman, %39'u genellikle yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirme yaptıklarını bildirmişlerdir. Çalışma gruplarına göre verilen cevaplarda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hipertansiyon hastalarında eğer vücut kitle indeksi 25'in üstünde ise kilo vermek anlamlı bir şekilde kan basıncında düşüş sağlamaktadır. Vücut kitle indeksi yüksek hastalarda hekimlerin %61'i her zaman, %31'i genellikle kilo vermesini önermektedir.

Düzenli fiziksel egzersiz de kan basıncında anlamlı düşüş sağlamaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin %56'sı her zaman, %38'i genellikle düzenli egzersiz önerdiklerini bildirmişlerdir.

Türk toplumunda tuz tüketimi çok yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon hastalarında her muayenede tuz tüketimi hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %69'u her zaman, %26'sı genellikle tuz tüketimin azaltılmasını önermektedir.

Kronik hastalık yönetiminde birincil problemin farmakolojik tedaviye uyumun sağlanamaması olduğu bildirilmiştir. Bu açıdan her muayenede hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu hekimler tarafından sorgulanmalı ve ilaçların düzenli kullanılmasının önemi ve gerekliliği anlatılmalıdır. Çalışmamıza katılan hekimlerin %74'ü her zaman, %23'ü genellikle ilaçların düzenli kullanılmasını önerdiklerini bildirmişlerdir.

Hipertansiyon önemli komplikasyonlara sebep olmaktadır. Koroner arter hastalığı, iskemik ve hemorajik inme, kardiyak hipertrofi, kronik böbrek yetmezliği ve retinopati başlıcalarıdır. Birinci basamakta hipertansiyonun yol açtığı komplikasyonların şartların el verdiğiince değerlendirilmesi ve gerektiğinde üst basamaklara yönlendirilerek gerekli tetkiklerin yapılması sağlanmalıdır. Çalışmaya katılan hekimlerin %92'si (%51'i her zaman, %41'i genellikle olmak üzere) hipertansiyonun yol açtığı riskleri değerlendirdiğini bildirmişlerdir. Tüm bu cevaplar incelendiğinde hekimlerin çoğunlukla doğru bir yaklaşım benimsediği söylenebilir de, daha geniş gruplarda ve daha ayrıntılı inceleme yapmak gerektiği söylenebilir.

Berker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalara farmakolojik tedavinin gerekliliği ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi ayrıntılı bir şekilde anlatıldığında hipertansiyon kontrolündeki başarının yükseldiği bildirilmiştir (66).

Tsui ve arkadaşlarının çalışmasında kardiyovasküler risklerin önlenmesi için danışmanlık hizmetlerini hekimlerin yarısından azının yerine getirebildiği

bildirilmiştir (67). Bizim çalışmamızda ortam şartları daha zorlu olmasına rağmen hekimlerin öneri ve uygulamaları daha yüksek düzeyde gerçekleştirdiği görülmüştür.

Hipertansiyon yönetiminde hastaya ayrılacak vakit, fizik muayene ve tetkikler için ortam şartları gerektiğinde üst basamaklardan tanı ve tedavi amaçlı sevk kolaylığı uygun yaklaşımın sergilenebilmesi için oldukça elzemdir. Ancak ortam koşullarının yanında hekimlerin de güncel bilgi ve becerilerle kendisini donatarak hekimlik sanatını icra etmesi gerekmektedir. Hipertansiyon yönetiminde çalışmamıza katılan hekimlerin %24'ü her zaman, %51'i genellikle kendini yeterli görmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında yayınladığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında kronik hastalık yönetimindeki yeterliliklerini hekimlerin %5,4'ü çok iyi, %53,3'ü iyi, %37,2'si orta olarak nitelendirmiştir (56). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçişte aile hekimliği uzmanları yeterli sayıda olmadığı için mevcut pratisyen hekimler kısa süreli eğitimlere tabi tutularak aile hekimi unvanı verilmiştir (68). Takip eden süreçte ise birinci basamakta aile hekimliği uzmanlarının istihdam edileceği planlansa da uygulamada pratisyen hekim istihdamına devam edilegelmiştir (1). Çalışmamızda her ne kadar aile hekimliği uzmanlarının oranı ülke ortalamasına göre yüksek olsa da aile sağlığı merkezlerinde pratisyen hekimler büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Ancak çalışmamızda hekimlerin yanıtlarının çalışma durumlarına göre anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlenmiştir. Çalışma sürecinin HYP uygulamasına başladığı bir dönemde gerçekleşmesi verilen cevapları etkilemiş olabilir.

Çiçeklioğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya katılan aile hekimlerinin %33'ü, kendilerine kayıtlı hasta nüfusunun yaklaşık yarısının (%40-60) kendilerine hiç başvurmadıklarını bildirmişlerdir (50). Sevk zincirinin olmaması ve üst basamak sağlık kuruluşlarına kolay ulaşım sebebi ile birçok hasta birinci basamağa başvurumuyor olabilir. Tarama ve kontrol oranları bu durumdan etkilenebilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin yüksek oranda güncel kılavuzlara uygun hareket etmesine rağmen hastalarda yeterince sonuç alınamamasının bir nedeni

de aile hekimlerine kayıtlı bir kısım hastaların doğrudan üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapması olabilir. Hastalar ulaşım kolaylığı ve uzman hekim arayışı sebebi ile bu davranışı gösteriyor olabilirler.

5.7. Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İle Karşılaşma Durumları

Hipertansiyon, yaşam boyu süren kronik bir hastalıktır. Yaşam tarzı değişiklikleri ile hedef kan basıncı sağlanamadığı sürece farmakolojik tedavi ile takip edilmektedir. Ancak hastalar tarafından bu gereklilik çoğu zaman ihmal edilmektedir. Nitekim bizim çalışmamızı destekleyen birçok çalışmada farmakolojik tedavi uyumsuzluğu kan basıncı regülasyonunun önündeki en büyük engel olarak bildirilmiştir. Bunun yanında çalışmaya katılan hekimlerin %26'sı tansiyon regülasyonunu bozan etmenler arasında hastaların alternatif tıbbi yöntemlere müracaat etmesi olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %76,7'si hipertansiyon hastalarında kan basıncını düşürmeye yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına başvuru ile karşılaştığını bildirmiştir. Toprak ve arkadaşları ülkemizde kan basıncını düşürmek amaçlı hastaların %63,9'unun destekleyici tedaviler kullandığını bildirmiştir. Kullanılan destekleyici tedavilerin %70'inin bitkisel ürünler olduğu rapor edilmiştir (69). Gökçe'nin çalışmasında hipertansiyon hastalarının %56,9'unun tedavide aktif olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandığını bildirmiştir. Tamamlayıcı alternatif tedavi kullananların %63'ü kullandıkları yöntemi hekimlerle paylaşmadığı bildirilmiştir (70).

Bitkisel ürünlerin ve diğer tamamlayıcı / alternatif tedavilerin kan basıncını düşürücü etkilerinin olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmalarda özellikle tansiyon düşürücü etkinin süresi, kısıtlılığı, ilaçlarla etkileşimi, uygun dozda alımın ve sürekliliğin zorlukları bildirilmiştir (71). Ancak tamamlayıcı alternatif tedavilere yönelen hastalarda farmakolojik tedaviden uzaklaşma da görülmektedir. Efe ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %44,2'si destekleyici tedavi kullanırken farmakolojik tedaviyi sürdürmedikleri bildirilmiştir (72). Bu durum akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Hekimlerin kanıta dayalı tıp yaklaşımları içinde hastaları bu

konuda aydınlatması ve hastaların farmakolojik tedavinin devamlılığı hakkında bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

5.8. Araştırmanın Güçlü Yanları

Hekimlerin hipertansiyon yönetimindeki yaklaşımlarının kanıta dayalı tıp uygulamaları açısından uygunluğu güncel kılavuzlara göre hazırlanan vaka sorusu kullanılarak ölçülmüştür. Bu ölçüm çalışmanın bulgularının nesnelliğini kuvvetlendirmiştir.

5.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma Covid-19 pandemi şartlarında gerçekleşmiştir. Bu dönemde hekimlerin yoğun çalışma temposunda oldukları bilinmektedir. Bu nedenle Bursa ilinde birinci basamakta görev yapan 868 aile hekimine anket ulaştırılmasına rağmen 236 hekim dönüş yapmıştır (%27). Bu şartlarda hekimlerin çalışmaya ayırdıkları vakit oldukça kısıtlı olabilir.

1 Temmuz 2021'de başlayan HYP uygulaması iş yoğunluğu nedeniyle aile hekimlerinde tepkiye sebep olmuştur. Çalışma her ne kadar daha önce planlansa da eylül-kasım aylarında uygulanmıştır. Hekimlerin bir kesiminde çalışma, bir yoklama algısı oluşturmuş olabilir. Bu durum hekimlerin çalışmaya gönüllü olmamasına sebep olabileceği gibi çalışmaya katılanların verdikleri cevapları da etkilemiş olabilir.

6. SONUÇ

Çalışmamıza katılan hekimler yüksek oranda kılavuzlara uygun hareket etmektedir. Ancak birinci basamaktaki iş yoğunluğu sebebiyle hastalara yeterli muayene süresi ayrılamamaktadır. Aile sağlığı merkezlerindeki hekimler çoğu zaman ilaç yazdırma ve rapor çıkartma gibi işlerle meşgul edilmektedir. Kayıtlı hasta sayısının da çok olması ile oluşan ortam şartlarında, yeterli tarama ve takipler yapılamamaktadır. Nitekim çalışmalar hipertansiyon hastalarının daha çok üst basamaklarda tanı aldığını ve üst basamaklarda takip edildiğini göstermektedir. Sevk zincirinin olmaması ve hastaların uzman hekim talebiyle üst basamaklara kolay ulaşımı bunda etkili olabilir. Ancak bu durum üst basamaklarda iş yükü oluşturmakta, verimi düşürmekte, maliyeti çoğaltmaktadır. Hastaların birinci basamağa özendirilmesine yönelik uygulamalar mevcuttur ancak birinci basamakta oluşan yoğunluğun da düzenlenmesi gerekmektedir. Bunun yanında birinci basamakta uzman hekimler istihdam edilmeli ve kronik hastalık tarama ve takipleri açısından özendirilmelidir. Ayrıca hekimler birinci basamağa yönelik hipertansiyon kılavuzunun gerekliliğini belirtmişlerdir.

Kronik hastalıkların yönetimi hasta merkezli olmalıdır. Hastaların tedaviye uyumlarının sağlanması öncelikle hekimler tarafından ayrıntılı bilgilendirilmesine bağlıdır. Ancak hastaların hekimlerden başka çevreleri ve medya gibi bilgi kaynakları da bulunmaktadır. Çalışmalarda tamamlayıcı / alternatif tedavilere başvuru çok yüksek bulunmuştur. Geçici iyilik halleri veya tamamlayıcı / alternatif tedavilere kanıt olmaksızın güven hastaların tedavi uyumunu bozarak komplikasyonlara yol açmaktadır. Çalışmalarda eğitim seviyesi düştükçe tedavi uyumunun bozulduğu alternatif-tamamlayıcı tıp yöntemlerine başvurunun arttığını göstermiştir. Bu çerçevede hasta eğitimi önem kazanmaktadır. Hastaların eğitimi tedavi uyumunu iyileştirerek daha iyi sonuçların alınmasını sağlayabilir. Hasta eğitiminin temelinde aile hekimleri yer almaktadır. Ancak aile hekimlerine yeterli ortam koşullarının sağlanması ve hastaların diğer bilgi kaynaklarında sağlıklı bilgilerin dolaşımında olması sorumluluğu da yöneticilere

aittir. Hipertansiyon ve komplikasyonlarının yönetiminde bütüncül ve kapsayıcı bir mücadele gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Yardım N, Erkoç Y, Hançerlioğlu S, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Anıl Matbaası; 2011. 25–38.
2. Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Med J. 2015;15(4):244–8.
3. Forouzanfar MH, Alexander L, Bachman VF, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet 2015;386(10010):2287–323.
4. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. 2006. 34.
5. Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, et al. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu Ankara Miki Matbaacılık. 2018. 1–80.
6. Aydoğdu S. 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. Turk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol. 2019;47(6):535–46.
7. Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. Which hypertension guideline and threshold values? New thresholds in hypertension. Türkiye Aile Hekim Derg. 2019;23(2):78–84.
8. Tekin G. Current Diagnosis and Treatment of Systemic Hypertension. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2016;25(2):163–80.
9. Yılmaz MB. Data on prevalence of hypertension and blood pressure in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. Turk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol. 2018;46(7):525–45.
10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005;365(9455):217–23.

11. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet* 2017;389:37–55.
12. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*. 2016;34(6):1208–17.
13. Candan C, Çalışkan S. Çocukluk çağında hipertansiyona yaklaşım Derleme. *Türk Pediatr Arşivi* 2005;40(1):15–22.
14. World Health Organization Newsroom. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension/> erişim tarihi: 2021-09-21
15. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018. 1269–1324 .
16. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–104.
17. Kerez A. Dirençli Hipertansiyon. *HT bülteni* 2015;2(3):6-7
18. Staessen JA, Wang J, Bianchi G, Birkenhäger WH. Essential hypertension. *Lancet* 2003;361(9369):1629–41.
19. Tikhonoff V, Casiglia E, Gasparotti F, Spinella P. The uncertain effect of menopause on blood pressure. *J Hum Hypertens*. 2019;33(6):421–8.
20. Komşuoğlu B, Erem C, Çetinarslan B, Kavgacı H. Yaşlılarda Hipertansiyon. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 1990;18(5):223–30.
21. Bundy JD, Mills KT, Chen J, et al. Estimating the Association of the 2017 and 2014 Hypertension Guidelines With Cardiovascular Events and Deaths in US Adults. *JAMA Cardiol*. 2018;3(7):572.
22. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. 12.
23. Rahmouni K, Correia MLG, Haynes WG, Mark AL. Obesity-Associated Hypertension. *Hypertension Journal of the American Heart Association*

- 2005;45:9–14.
24. Schwartz AR, Patil SP, Laffan AM, et al. Obesity and obstructive sleep apnea: Pathogenic mechanisms and therapeutic approaches. *Proc Am Thorac Soc.* 2008;5(2):185–92.
 25. Nieto FJ. Association of Sleep-Disordered Breathing, Sleep Apnea, and Hypertension in a Large Community-Based Study. *JAMA* 2000;283(14):1829.
 26. Goodfriend TL, Calhoun DA. Resistant Hypertension, Obesity, Sleep Apnea, and Aldosterone. *Hypertension* 2004;43(3):518–24.
 27. Carnethon MR, Evans NS, Church TS, et al. Joint Associations of Physical Activity and Aerobic Fitness on the Development of Incident Hypertension. *Hypertension* 2010;56(1):49–55.
 28. Spruill TM. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2010;12(1):10–6.
 29. Tasnim S, Tang C, Musini VM, Wright JM. Effect of alcohol on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):2.
 30. Özdek A, Tunç B, Germiyanoglu C, Öztürk F, Atalay F. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi. Ankara 2015:16. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yayinlarimiz/rehberler> erişim tarihi: 2021-09-23
 31. Shimbo D, Artinian NT, Basile JN, et al. Self-Measured Blood Pressure Monitoring at Home: A Joint Policy Statement From the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation* 2020;142(4):E42–63.
 32. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42(6):1206–52.
 33. Erdem Y, Arıcı M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* 2010;19(5):313–8.
 34. Aburto NJ, Hanson S, Gutierrez H, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and

- meta-analyses. *BMJ* 2013;346(3):1–19.
35. D'Elia L, Barba G, Cappuccio FP, Strazzullo P. Potassium Intake, Stroke, and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(10):1210–9.
 36. Semlitsch T, Krenn C, Jeitler K, et al. Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021. 51-53.
 37. Wen CP, Wai JPM, Tsai MK, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet* 2011;378(9798):1244–53.
 38. Gambardella J, Morelli MB, Wang X, Santulli G. Pathophysiological mechanisms underlying the beneficial effects of physical activity in hypertension. *J Clin Hypertens*. 2020;22(2):291–5.
 39. Sundström J, Arima H, Woodward M, et al. Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2014;384(9943):591–8.
 40. Reboussin DM, Allen NB, Griswold ME, et al. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018;71(6):116–35.
 41. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA* 2014;311(5):507.
 42. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysis on 11,000 Participants from 42 Trials. *Am J Med*. 2009;122(3):290–300.
 43. Lewington S, Clark R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360(9349):1903–13.
 44. Gorelick PB. New horizons for stroke prevention: Progress and Hope. *Lancet Neurol*. 2002;1(3):149–56.
 45. Bıçakcı Ş, Sezer M. 2014-2018 Yılları Arasında ülkemizde Uygulanan Renal Replasman Tedavilerinin Genel Değerlendirilmesi Renal Replacement Treatments Applied in Turkey Between The Years 2014-

2018. Aydın Sağlık Derg. 2015;6(2):79–89.
46. Duke-Elder S. Eye in Hypertension. *BMJ* 2007;2(5459):468–468.
47. Yardımcı Y, Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Gorpelioğlu S. Primary Care Practise in Turkey and Training of Contracted Family Physicians. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016;10(2):81-7
48. Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, et al. Sağlık İstatistiği 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. 2019. www.saglik.gov.tr/ erişim tarihi: 2021-12-21.
49. Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? *Ankara Med J*. 2015;15(4):244–8.
50. Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, et al. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*; 2013. 185.
51. Tay Z, Tuncal AN, Atasoylu G, Sertel M, Köroğlu G. Assessment of workload and human capacity of family physicians in Manisa province in 2011. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2014;18(1):5–15.
52. Güldal D, Ulusel B, Özçakar N, Yeniçeri N, Dontlu Ç. The challenge of clinical interviewing and physical examination performance for general practitioners in Turkey. *Fam Med*. 2005;37(5):354–9.
53. Yardım M, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? *Turk J Public Heal*. 2017;15(1):58–67.
54. Yavuz E, Yayla ME, Kırımlı E, et al. Daily Workload And Service Profile Of Family Physicians In Turkey: A Snapshot Of One-Day Work. *Konuralp Tıp Derg*. 2020;12(2):175–82.
55. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2019:3 www.tuik.gov.tr/ erişim tarihi:2022-01-24.
56. Ergör G, Ünal G, Horasan GD, Kalaça S, Sözman K. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Anıl Matbaası; 2013. 271-81.
57. Tüzüner SB. İzmir'deki Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimi Algısı. (Uzmanlık Tezi). İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi; 2018.
58. Bahadır AE. Kronik Hastalık Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hastaların

- Algısını Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma. (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2020.
59. Altuntaş M. Arteriyel Hipertansiyon Tanısında Hasta Eğitim Düzeyi ve Aile Hekimliği Uygulamasının Rolü. *Selcuk Tıp Derg.* 2019;1(35):31–6.
 60. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, et al. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns.* 2009;75(3):381–5.
 61. Bakan G, Inci FH. Treatment Compliance and Health Literacy in Patients with Hypertension. *J Cardiovasc Nurs.* 2021;12(28):81–7.
 62. Saygılı M, Kaya S, Songur C, Özer Ö. Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. *SDÜ Sağlık Bilim Derg.* 2013;4(3):104–10.
 63. Güneş NG. Birinci Basamaktaki Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Tanı Tedavi Rehberlerini Kullanma Durumları ve Kullanılmasının Önündeki Engeller. (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2014.
 64. Memi ZG. Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin klinik uygulamalarında kilavuzları kullanım tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2020.
 65. İyşenyürek Ö. Aile sağlığı merkezlerinin hipertansiyon hastalığı teşhisinde rolü ve önemi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2018.
 66. Berker B, Çakmak T, Darka İ, Dokumacıoğlu İ, Kuloğlu U. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliklerine Uyma ve Kan Basıncı Kontrolünün Değerlendirilmesi. *Ankara.* 2014. 1-18.
 67. Tsui JI, Dodson K, Jacobson TA. Cardiovascular disease prevention counseling in residency: resident and attending physician attitudes and practices. *J Natl Med Assoc.* 2004;96(8):1080–8.
 68. İpek Özkal;Küçük S. Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Derg.* 2012;67(1):171–203.
 69. Toprak D, Demir S. Treatment Choices of Hypertensive Patients in Turkey. *Behav Med.* 2007;33(1):5–10.
 70. Gökçe H. Hipertansiyon hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavi

kullanma durumları ve tamamlayıcı alternatif tedaviye ilişkin tutumları. (Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2019.

71. Ekim M, Ekim H, Tuncer M. Place of herbal products in hypertension treatment. *Van Med J.* 2019;26(4):564–8.
72. Efe D, Akca N, Kiper S, Aydın G, Gumus K. Supportive methods used by the individuals with hypertension to decrease blood pressure. *Spat DD - Peer Rev J Complement Med Drug Discov.* 2012;2(4):207.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bursa İlinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımları
-----------------------	--

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-9/21	Tarih: 30 Haziran 2021
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	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.Elif BAŞAÇAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	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.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	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"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	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"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAI Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	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"/>	
Doç.Dr.Ozen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUU. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Biyofizik AD	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"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ Rektörlüğü Hukuk Bürosu	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"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

EK-2: Anket Formu

Bursa İlinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımları

Çalışmamız için düzenlenen ankette kimliğiniz belli edecek hiçbir soru bulunmamaktadır. Anketimizin tamamlanma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz

- Yaşınız :
- Cinsiyetiniz:
 - () Erkek
 - () Kadın
- Çalışma durumunuz:
 - () Aile hekimi
 - () Aile hekimliği uzmanı
 - () Sözleşmeli Aile hekimliği uzmanı
- Aile hekimliğinde kaçınıcı yılınız :
- Halen çalıştığınız birimi işaretleyiniz:
 - () Aile Sağlığı Merkezi
 - () Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
 - () Diğer:
- Bölgemize kayıtlı nüfusunuz:
 - () 1500'den az
 - () 1500-2000
 - () 2000-2500
 - () 2500-3000
 - () 3000-3500
 - () 3500-4000
- Günlük ortalama hasta sayınız :
- Polikliniğinize başvuran hastalarınızın çoğunluğu hangi yaş grubu oluşturmaktadır ?
 - () 0-18 yaş
 - () 19-65 yaş
 - () 66-79 yaş
 - () 80 yaş ve üzeri
- Hastaların sizi ziyaret etmelerindeki en sık başvuru nedeni nedir?
 - () Şikâyet nedeni ile
 - () Kontrol amaçlı
 - () İlaç yazdırma amaçlı
 - () Sevk amaçlı başvuru
 - () Rapor (sağlık raporu, istirahat raporu vb) amaçlı
- Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz?
- Günlük pratiğinizde en sık karşılaştığınız kronik hastalıklar? (Birden fazla sık tercih edilebilir.)
 - () Hipertansiyon
 - () Diyabet
 - () Hiperlipidemi
 - () Astım- KOAH
 - () Koroner kalp hastalıkları
 - () Romatolojik hastalıklar
 - () Psikiyatrik hastalıklar
 - () Tiroid hastalıkları
 - () Diğer:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-5/21

12. Yönetiminde en sık sorun yaşadığınız kronik hastalıklar nelerdir. (Birden fazla şık tercih edilebilir.)

- a. () Hipertansiyon b. () Diyabet c. () Hiperlipidemi
d. () Astım- KOAH e. () Koroner kalp hastalıkları f. () Romatolojik hastalıklar
g. () Psikiyatrik hastalıklar h. () Tiroid hastalıkları ı. () Diğer:

13. Karşılaştığınız hipertansiyon hastalarının için tablodaki uygunluk durumuna göre işaretleyiniz.

		Nadiren/Hiç	Bazen	Genellikle	Her zaman
1.	Sizin tanı koyduğunuz				
2.	Sadece takibini yaptığınız				
3.	Sadece ilaçlarını yazdığınız				
4.	Ön tanı ile bir üst merkeze yönlendirdiğiniz				

14. Hipertansiyon yönetiminde kullandığınız bir kılavuz var mı ? (Cevabınız "Hayır" ise 16. Soruya geçiniz.)

- a. () Evet b. () Hayır

15. Hipertansiyon (HT) tanı ve tedavi kılavuzlarından kullandıklarınızı seçer misiniz? (Birden fazla şık tercih edilebilir.)

- a. () JNC (Joint National Committee)
b. () NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)
c. () CHEP (Canadian Hypertension Education Program)
d. () ESH/ESC (European Society of Hypertension /European Society of Cardiology)
e. () Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu
f. () Diğer :

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır:
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-3/21

16. Aşağıdaki önermeleri uygunluk durumuna göre işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
1. 18 yaşın üstündeki herkes yılda 1 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır.			
2. Obezite ve ailede hipertansiyon öyküsü olan herkes yılda en az 2 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır.			
3. Daha önceki tansiyon ölçümleri yüksek kan basıncı (120-129 mmHg sistolik) olarak tanımlanan kişiler yılda en az 2 kez hipertansiyon açısından taranmalıdır.			
4. Fazla kilosu olan kişilerde her 1 kg düşüş 0,5-2 mmHg kan basıncı düşüşüne eşlik eder.			
5. Steroidler, NSAİ (non-steroidal anti-enflamatuar ilaçlar), nazal dekonjestanlar hipertansiyonu indüklemektedir.			
6. Anti hipertansif tedavi başlanan hastalarda hedef kan basıncına ulaşıncaya kadar hasta ayda 1 kez değerlendirilmelidir.			

17. Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan ve sigara içmeyen 45 yaşında bayan hastanızın uygun koşullarda her iki kolundan ölçülen kan basıncı ortalaması 140/90 mmHg ve evde ölçülen 1 haftalık kan basıncı ortalaması 135/85 mmHg olan hastanız hakkında ne düşünürsünüz?

- a. () Normal b. () Prehipertansiyon c. () Evre-1 hipertansiyon
d. () Evre-2 hipertansiyon e. () Evre-3 hipertansiyon

18. Bir önceki sorudaki hastanın aile hekimi olsanız tedavi yaklaşımınız nasıl olur?

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
1. Yaşam tarzı değişikliği öneririm.			
2. Öncelikle birkaç ay ilaçsız takip ederim.			
3. Düşük doz beta bloker öneririm.			
4. Kalsiyum kanal blokeri başlarım.			
5. ACE inhibitörü veya ARB ile tedaviye başlarım.			

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 30.06.2021
Form No : 2021-9/21

19. Hipertansiyon hastalarınızın takibinde hangi testleri ne sıklıkla istersiniz?

(Boşluklara harf olarak belirtiniz.)

3 ayda 1 defa

6 ayda 1 defa

Yılda 1 defa

- a. Hemogram b. BUN, Kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı c. Elektrolitler(Na , K, Cl)
d. Kalsiyum e. Elektrokardiyografi f. Tam idrar incelemesi
g. Açlık kan şekeri h. Lipit profili i. TSH, FT4

20. Hipertansiyon hastalarında tansiyon regülasyonunu bozan etmenler sizce nelerdir? (3 şık tercih edilebilir)

- a. () Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı hasta portföyünün fazla olması
b. () Aile Sağlığı Merkezi'ne randevusuz hasta başvurusu ile bekleyen hasta yoğunluğunun oluşması
c. () Hekimlerin hipertansiyon yönetimi hakkında yeterli kılavuz bilgisine sahip olması
d. () Aile hekimlerinin yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç uyumu hakkında konuşacak yeterli süre bulamaması.
e. () Hekimlerin farmakolojik tedavide atalet göstermesi
f. () Hastaların farmakolojik tedaviye uyumsuzluğu
g. () Hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğu
h. () Hastaların alternatif tıbbi yöntemlere müracaat etmesi

21. Hipertansiyonu olan hastalarda uygulama durumunuza göre işaretleyiniz.

	Nadiren/Hiç	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Muayene öncesinde 5-7 günlük ev tansiyon ölçümlerini isterim.				
2. Hipertansiyon hastalarında NSAİ ve nazal dekonjestanların hipertansif yan etkileri açısından hastalarımı bilgilendiririm.				
3. Kan basıncı 130-139/80-89 mmHg aralığında olan ve yaşı <65 olan bireylerde "risk temelli" yaklaşım uygulayım				
4. Yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgilendirme yaparım				
5. VKİ>25 ise kilo vermesini öneririm				
6. Düzenli egzersiz öneririm.				
7. Diyetindeki tuz miktarını azaltmasını öneririm.				
8. İlaçlarını düzenli kullanmasını öneririm.				
9. Yüksek kan basıncının yol açtığı riskleri değerlendiririm.				
10. HT tanılı hastaların yönetiminde kendimi yeterli görüyorum.				

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 30.06.2021
Kara. No : 2021-9/21

22. Bugüne kadar hipertansiyon hastalarınızı hangi durum ya da durumlarda sevk ettiniz?

- a. () Sekonder hipertansiyon düşündüren durumlarda
- b. () Acil hipertansif durumlarda
- c. () Sekonder organ hasarını düşündüren durumlarda
- d. () KB>180/110 mmHg üzeri değerlerde
- e. () Dirençli hipertansiyonda
- f. () Diğer :

23. Genel olarak hipertansiyon hastalarınızın, tedaviye uyma oranını 1 ile 10 puan arasında derecelendiriniz. (1 çok kötü....10 çok iyi olmak üzere)

Çok Kötü 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok İyi

24. Genel olarak hipertansiyon hastalarınızın, tansiyonlarının regüle olma oranını 1 ile 10 puan arasında derecelendiriniz. (1 çok kötü....10 çok iyi olmak üzere)

Çok Kötü 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok İyi

25. Birinci basamakta hipertansiyon hastalarının tansiyon regülasyonunun optimum şekilde ayarlanabilmesi için sizce yapılabilecek ilk 3 müdahale ne olmalıdır?

- a. () Hekimin gelir kaybı olmadan hasta portföyü azaltılmalı.
- b. () Muayene randevusu zorunlu hale getirilmeli.
- c. () Muayene ücretleri artırılmalı.
- d. () HT yönetimi için meslek içi eğitimler düzenlenmeli.
- e. () HT yaklaşımı için birinci basamak kılavuzu oluşturulmalı.
- f. () HT gibi kronik hastalıkların takibine negatif performans uygulaması getirilmeli.
- g. () HT gibi kronik hastalıkların takibine pozitif performans uygulaması getirilmeli.
- h. () Hasta özyönetimi için kamu spotları artırılmalı.
- i. () Sağlık okur yazarlığı geliştirilmeli.

26. Tansiyon regülasyonuna yönelik hastalarınızın başvurduğu herhangi bir tamamlayıcı/alternatif tıp yöntemi ile karşılaştınız mı? (Cevabınız evet ise 27.soruya geçiniz...)

- a. () Evet, karşılaştım
- b. () Hayır, karşılaşmadım
- c. () Bilmiyorum, hiç sormadım.


27. Hastalarınızın tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamaları kullanımı ile karşılaştı iseniz bunlar nelerdir?

- a. () Bitkisel ürünler
- b. () Akupunktur
- c. () Yoga
- d. () Diğer (Lütfen belirtiniz) :

Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-S/21

EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	ÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)			
Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2010	Sayfa 1 / 1
Rev. No	: 02	Rev.Tarihi	: 26 Şubat 2014	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof.Dr. Alis ÖZÇAKIR tarafından yürütülen “Bursa ilinde görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine genel yaklaşımları” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmamızın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR

Araştırmanın Amacı:

Bursa ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin Hipertansiyon tanı ve sağaltımına yönelik yaklaşımlarını belirlemek amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Çalışma tanımlayıcı/ kesitsel tipte ve bir anket çalışmasıdır. Çalışma grubunu Bursa ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturacaktır. Araştırmamız başlıca 4 bölümden ve 27 sorudan oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik bilgiler ile ilgili sorular bulunmaktadır; bu bölümü takiben ASM hasta portföyü özelliklerine ilişkin sorular, hipertansiyon yönetimine genel yaklaşıma yönelik sorular bulunmaktadır. Elde edilen veriler bilgisayara yüklenerek SPSS 23 paket programında analiz edilecektir. Araştırmada doğru ve güvenilir bir sonuca ulaşabilmek açısından anket sorularının tam olarak cevaplanması çok önemlidir; istenen bilgilerin anket üzerinde eksik girilmesi geçersiz olmasına neden olacağından dolayı tüm önermelerin yanıtlanması gerekmektedir. Anketin doldurulması yaklaşık 10 dakikayı almaktadır.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 280

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa ilindeki Aile Sağlığı Merkezleri

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Prof.Dr. Alis ÖZÇAKIR, Arş.Gör.Dr. Ali Mücahit ÖZEREN
Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Züleyha ALPER,
Dr. Öğr. Gör. Canan TUZ YILMAZ

Çalışmanın adı: Bursa ilinde görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine genel yaklaşımları

Tarih:28.06.2021

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Form No : 2021-3/21

EK-4: Araştırma İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-72873149-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr. A.
Mücahit ÖZEREN) Hk.

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonuna sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün "*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler*"e uygunluğunu değerlendirmek üzere 26.07.2021 tarihinde saat 14.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Asistan hekim olarak görev yapan Dr. Ali Mücahit ÖZEREN'in 13.07.2021 tarihli dilekçesiyle; Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında öğretim görevlisi olan Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR'ın danışmalığında, "*Bursa İlinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımları*" konulu tezini; Bursa ilinde çalışmaya katılmaya gönüllü 280 aile hekimlerine ASM ziyareti yapılarak, anket formu uygulaması şeklinde yapmak istediği anlaşılmaktadır.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
2. Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesine,
3. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir

KOMİSYON BAŞKANI

Dr. İrfan OĞUZ
Halk Sağ. Hizm. Başk. Müdür. Yrd.

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA

Telefon: Faks No: 02242240092

e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Belge Doğrulama Kodu: a9af96f7-43ee-49a1-8fe6-56a83c303333

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zeynep KUŞAT

HEMŞİRE

Telefon No: (0 224) 808 30 22

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

-

ÜYE

Dr. Betül Fatma AKAÇ
Uzman

ÜYE

Dr. Raif ÖZDEMİR
Uzman

ÜYE

Dr. Gaye CANTEKİN AKPINAR
Uzman

ÜYE

Dr. Tülay KÖSE
Uzman

ÜYE

İbrahim ALPTEKİN
Uzman

Ekler:

- 1- Dr. Ali Mücahit ÖZEREN Araştırma İzin Evrakları.-sayfalar-1
- 2- Dr. Ali Mücahit ÖZEREN Araştırma İzin Evrakları-2

Dağıtım: Bursa Toplum Sağlığı Birimi

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA

Telefon: Faks No: 02242240092

e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Belge Doğrulama Kodu: a9af96f7-43ee-49a1-8fe6-56a83c303333

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zeynep KUŞAT

HEMŞİRE

Telefon No: (0 224) 808 30 22

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki değerli hocalarım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR, Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Züleyha ALPER hocama,

Çalışmanın başından sonuna kadar bütün aşamalarında anlayışla bilgi ve tecrübesini aktaran, ayrıca emek gösteren çok değerli tez danışmanım ve hocam Dr. Alis ÖZÇAKIR hocama,

Çalışmanın istatistiksel analizinde bilgi ve emeğiyle destek olan Doç. Dr. Güven ÖZKAYA hocama,

Uzmanlık eğitimim boyunca dostluklarından mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Ersin ÜLGER, Dr. Sergen AYGÜNEŞ, Dr. Yakub UÇAR ve bütün asistan arkadaşlarıma,

Bu güne kadar beni yetiştiren Canım Annem ve Canım Babama

Sevincime ve hüznüme ortak olan, beni her zaman destekleyen Sevgili eşim Halime Özeren ve oğlum Mehmet Said Özeren'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■ da doğdum. İlköğretim ve Lise eğitimimi Alanya'da tamamladıktan sonra 2012 senesinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi 2018 senesinde tamamladım. Yaklaşık 3 ay Bingöl Karlıova İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisinde mecburi hizmet görevimi yaptım. 2018 yılı Aralık ayında Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan hekimlik görevime başladım.