

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**HİPERTANSİYON TANILI HASTALARIN TEDAVİ TAKİPLERİNDE SAĞLIK
KURULUŞU TERCİHLERİ VE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Merve Vatansever Balcan

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatih Özcan

Manisa, 2022
ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Fatih ÖZCAN' a;

Tez sürecimde verdiği değerli katkı ve desteklerinden dolayı sevgili hocam, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyemiz Sayın Doç. Dr. Hüseyin ELBİ' ye, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli, uzmanlığını alıp aramızdan ayrılmış ve halen devam eden tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz emek, özveri ve fedakarlıkların sahibi canım annem Semra VATANSEVER, kıymetli babam Orhan VATANSEVER ve biricik ağabeyim Ümit VATANSEVER'e;

Hayatıma girdiği ilk andan itibaren sevgisi, desteği ve yaşam enerjisi ile her daim yanımda olan, varlığı ile beni her zaman daha güçlü kılan değerli eşim, yol arkadaşım, gurur duyduğum meslektaşım Mehmet Arda BALCAN'a;

Tıp Fakültesi serüvenimin başından beri beraber yol aldığım, her zaman omuz omuza verip birlikte büyüdüğümüz canım dostlarım Özde YAKIŞIR KURT'a ve Ecem AYAN SİLAHLI'ya,

Tüm içtenliğimle ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Merve VATANSEVER BALCAN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ
II

İÇİNDEKİLER
III

TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ	V
KISALTMALAR	
VII	
1. GİRİŞ	1
2. GENEL	3
2.1.Hipertansiyon	3
2.1. 1.Hipertansiyon	3
2.1.2.Hipertansiyon Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Hipertansiyon Etiyolojisi	4
2.1.4.Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.1.5. Hipertansiyonda Korunma ve Tedavi	9
2.1.5.1.Hipertansiyonda Primer Korunma	9
2.1.5.2.Yaşam Tarzı Değişikliği ve Non-Farmakolojik Tedavi	9
2.1.5.3.Farmakolojik Tedavi	12
2.2.Kronik Hastalık Takibi	14
2.2.1. Aile Hekimi ve Kronik Hastalık Takibi	14
2.2. 2.Aile hekimi ve Hipertansiyon Takibi	15
2.2.3.Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1.Araştırmanın Tipi	17
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4.Verı Toplama Yöntemleri ve Araçları	18
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.6.Etik Kurulu Onayı	18
3.7.Araştırma İzni	18
4. BULGULAR	19
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	19
4.2. Katılımcıların Hipertansiyon Hastalığı ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı	21
4.3.Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi ve Aile Hekimlerine Yönelik Cevaplarının Dağılımı	25
4.4.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Aile Hekimine Güven İlişkisi	28
4.4.1.Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı	28
4.4.2.Katılımcıların Cinsiyet Özelliklerine Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı	32
4.4.3.Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı	34
4.5.Katılımcıların Aile Hekimine Güven Durumuna Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı	37

4.6.Katılımcıların HT Tanısını Aldığı Merkez ile Sorulara Verdikleri Cevapların İlişkisinin İncelenmesi	39
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. ÖZET	50
8. ABSTRACT	52
9. KAYNAKLAR	54
10. EKLER	62

TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo 1: Kan Basıncına Göre Sınıflandırma	7
Tablo 2: Kan Basıncı yüksekliği ile risk grupları	8
Tablo 3: Hipertansif Hastalarda Kardiyovasküler Risk	9
Tablo 4: Hipertansiyon Tedavi Şeması Evre ve Risk Faktörlerine Göre	14
Tablo 5: Katılımcıların Yaşının Tanımlayıcı İstatistikleri	21
Tablo 6: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	21
Tablo 7: Katılımcıların Hipertansiyon ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı	24
Tablo 8: Katılımcıların Aile Hekimliği ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 9: Katılımcılardan son bir yılda ASM'ye başvurusu olanların cevapladıkları soruların dağılımı	29
Tablo 10: Katılımcıların yaş gruplarına göre HT ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı	30
Tablo 11: Katılımcıların aile hekimi ile ilgili sorulara verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı	31

Tablo 12: Katılımcıların hipertansiyon hastalığı ile ilgili sorulara verdikleri ..	33
cevapların cinsiyete göre dağılımı	33
Tablo 13: Katılımcıların aile hekimi ile ilgili sorulara verdikleri cevapların ...	34
cinsiyete göre dağılımı.....	34
Tablo 14: Katılımcıların hipertansiyon hastalığı ile ilgili sorulara verdikleri ..	36
cevapların eğitim durumuna göre dağılımı	36
Tablo 15: Katılımcıların aile hekimi ile ilgili sorulara verdikleri cevapların eğitim	37
durumuna göre dağılımı	37
Tablo 16: Katılımcıların Aile Hekimine Güven Durumu ile Verdikleri Cevaplar	39
Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 17: Katılımcıların HT Tanısını Aldığı Merkez ile ASM'ye yıllık başvuru	40
sayısının değerlendirmesi.....	40
Tablo 18: Hipertansiyon tanısının alındığı merkez ile HT takip için ASM'ye	41
başvurma durumu.....	41
Şekil 1: Katılımcıların Kullandığı İlaç Grup Sayısına Göre Dağılımı	22
Şekil 2: Katılımcıların Hipertansiyona Bağlı Gelişen Komplikasyonlarının	25
Dağılımı	25
Şekil 3: Katılımcıların Aile Hekimlerine Güven Dağılımı	26

KISALTMALAR

ACE: Angiotensin Converting Enzyme **ACSM:**

Amerikan Spor Hekimliği Koleji

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ARB: Angiotensin Reseptor Bloker

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HOH: Hedef Organ Hasarı

HT: Hipertansiyon

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KB: Kan Basıncı

KKB: Kalsiyum Kanal Blokörü

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

MCBÜ: Manisa Celal Bayar Üniversitesi

MRFIT: Multiple Risk Faktör İntervation Trial

NaCl: Sodyum Klorür

RF: Risk Faktörü

SALTürk: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması

SKB: Sistolik Kan Basıncı

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VKI: Vücut Kitle İndeksi

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon sürekli kan basıncı (KB) yüksekliği ile kendini gösteren, başta kalp damar hastalıkları olmak üzere birçok ciddi hastalığın risk faktörü olup kontrol edilebilir ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Erken tanı ve etkin müdahaleyle, hipertansiyonun kontrolü sağlanabilmekte ve böylece hem klinik hem de ekonomik olarak önemli kazançlar elde edilebilmektedir (1,2).

Hipertansiyon (HT) hem kendisi hem de risk faktörü olduğu diğer tüm kronik hastalıkların komplikasyonları ile her yıl dünyada 9,4 milyon ölüme neden olmaktadır. Kan basıncındaki yüksek seyirle birlikte ortaya çıkan koroner hastalığı ve inmelere karşı riski iyi bilinmektedir. Yapılan araştırmaların sonuçları ve meta-analizler incelendiğinde kan basıncının kontrol altına alınmasının inmelere karşı etkileyici, koroner hastalığına karşı ise daha az etkileyici olmakla birlikte yine de anlamlı derecede koruma sağladığı gösterilmiştir (3).

Türkiye’de 2012’de yapılan “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması’nda” 18 yaş ve üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı, %30,3 olarak bulunmuştur. Hipertansiyonu olanların ise %54,7’si tanılarının farkındalar ve %47,5’u farmakolojik tedavi kullanmakta, sadece %28,7’sinin kan basınçları hedef düzeydeydi (4).

Hipertansiyon, birçok kronik hastalık için önlenabilir bir risk faktörü olup kendi başına bir morbidite ve mortalite nedenidir. Diğer kronik hastalıkların saptanması için bir alarm bulgusudur ve sağlık hizmetinin ilk basamaklarında verilen bakımın kalitesinin önemini vurgulayan bir tanıdır (5).

Dünya Aile Hekimleri Birliği’nin (WONCA) tanımına göre aile hekimliği, sağlık sisteminde hastalar için ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, kişinin tüm sağlık sorunlarıyla yaş, cinsiyet gibi özelliklerle bir bütün olarak ele alır. Aile hekimleri bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak

özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım gerçekleştirir (6).

Konuyla ilgili literatürü incelendiğinde aile hekimliği uygulamasının hipertansiyondaki rolü farklı yöntemlerle çalışılmış olup hipertansiyon tanılı hastaların tanı ve tedavi takiplerine yönelik hastalara soru yöneltilerek yapılan bir çalışma bulunmadığı görülmektedir. Çalışmamızda kullanılan anket literatür incelenerek çalışmacılar tarafından geliştirilmiş özgün bir ankettir. Araştırmamız 3.basamak sağlık kuruluşunda yapılıyor olması ve Manisa ilinde yapılan ilk çalışma olması yönü ile özgündür.

Bu çalışmamızda, hipertansiyon hastalarının hangi sağlık kuruluşuna başvurduklarının belirlenmesi ve bu tercihlerindeki nedenlerin ortaya konması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu konuda yapılacak yeni çalışmalara ışık tutmak ve hipertansiyon tanılı hastaların aile hekimliği sisteminde izlem oranlarının arttırılabilmesi için farkındalık oluşturma konusunda literatüre katkıda bulunulması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Hipertansiyon

2.1.1.Hipertansiyon Tanımı

İki ya da daha fazla sayıda uygun şartlarda yapılmış ölçümlerde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg den daha yüksek olması hipertansiyon olarak tanımlanır (2,7). Çocuklarda gelişim persantil verilerine dayalı kriterler dikkate alınarak kan basıncı ölçümleri değerlendirilir (8). Hipertansiyon koroner arter hastalığı, inme, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara yol açan; kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiği multifaktöriyel bir hastalıktır (9). Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile seyreden, sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık problem haline gelmiştir (10).

2.1.2.Hipertansiyon Epidemiyolojisi

HT, dünyada yaklaşık bir milyar insanı etkileyen, küresel bir sağlık sorunudur (11). Hipertansiyon, dünya çapında kardiyovasküler hastalık (KVH) ve tüm nedenlere bağlı ölümler içinde önde gelen önlenabilir bir risk faktörüdür (12). Hipertansiyon prevalansı, nüfusun yaşlanması, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği gibi nedenlere bağlı olarak daha da artmaktadır (13).

Dünya çapında tahminen 1,13 milyar insanın hipertansiyonu vardır ve çoğu (üçte ikisi) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (14). Dünya sağlık örgütü (DSÖ)'ne göre Afrika bölgesi en yüksek hipertansiyon prevalansına (%27) sahipken, Amerika bölgesi en düşük hipertansiyon prevalansına (%18) sahiptir (14).

Hipertansiyon hem kendisi hem de risk faktörü olduğu diğer tüm kronik hastalıkların komplikasyonları ile her yıl dünyada 9,4 milyon ölüme neden olmaktadır. 2010 'da hesaplanan küresel sakatlığa ayarlanmış yaşam yılının

%7'sinin nedeni hipertansiyondur (15). Hipertansiyon dünyadaki tüm ölümlerin 2000 yılında %1,3'ünden, 2015 yılında ise %1,7 'sinden sorumludur (16). DSÖ'nün bulaşıcı olmayan hastalıklarda küresel hedeflerinden biri, 2010 ile 2025 arasında hipertansiyon prevalansını %25 azaltmaktır (14).

Ülkemizde hipertansiyon prevelansını araştıran çalışmalar bölgesel veya geniş çapta 1960'lı yıllardan bu yana yapılmaktadır. Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması, ülkemizde hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda en güncel ve kapsamlı bilgilere ulaşmamızı sağlamaktadır (17). Türkiye'de 2012 Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda 18 yaş ve üstü erişkinlerde HT prevalansı, %30,3 olarak bulunmuştur. HT prevalansı kadınlarda %32,3 erkeklerde %28,4 'tür. HT prevalansı her iki cinste de yaşla birlikte artış göstermektedir. Hipertansiyon tanılı kişilerin %54,7'si tanılarının farkında olup, yalnızca %47,4'ü farmakolojik tedavi almakta ve sadece %28,7'sinin kan basıncı kontrol altındadır (4).

Türkiye'de de ölüm nedenleri incelendiğinde dünyadakine benzer şekilde kardiovasküler hastalıklar en sık sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı ölüm nedeni istatistikleri değerlendirmesine göre tüm ölümler içerisinde %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları birinci sıradadır. Dolaşım sistemine bağlı ölümler içerisinde hipertansiyona bağlı ölümlerin oranı ise %7,9 'dır (18).

2.1.3. Hipertansiyon Etiyolojisi

Hipertansiyon birçok patofizyolojik mekanizmanın rol aldığı, kan basıncının regülasyon bozukluğu ile giden bir tablodur. Kan basıncı fenotipine etki eden genetik altyapı farklılıkları nedeniyle, yaşam tarzı, çevresel faktörler, sosyoekonomik durum, metabolik ve demografik özellikleri belirleyen birçok

faktörün etkileşimiyle kan basıncı değişikliklerinde farklı patofizyolojik faktörler etken olabilmektedir (19).

Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi, sempatik sinir sistemi aktivitesi, natriüretik peptitlerin konsantrasyonu, sodyumdan zengin potasyumdan fakir diyet, obez olmak, diyabet ve insülin rezistansı, vasküler hipertrofide etkili faktörlerin fazla üretimi, endotel disfonksiyonu hipertansiyon patofizyolojisinde etkili faktörlerdir (19).

Genetik çalışmalarda hipertansiyon gelişimi ile ilişkili en güçlü genler renin-anjiyotensin sisteminin bileşenleri olan anjiyotensinojen, anjiyotensin dönüştürücü enzim, anjiyotensin-II tip-1 reseptörleri ve beta-2 adrenerjik reseptörleridir (20). Bu patofizyolojik faktörlerin katkısıyla kalp atım volümü ve/veya total periferik rezistansta artış sonucu arteriyal kan basıncında yükseklik gelişir (21).

2.1.4.Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması yapıldığında; hastaların %95'i primer (esansiyel) hipertansiyon olup kesin mekanizması bilinmeyen ikincil bir hastalığa bağlı gelişmeyen sürekli kan basıncı yüksekliğidir. Hastaların %5'inde ise kronik böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, uyku apnesi, ilaçlar, feokromasitoma gibi belirlenmiş bir sebebe bağlı sekonder hipertansiyon mevcuttur (10,22).

Kan basıncı düzeyine göre sınıflandırma; 18 yaş ve üstündeki erişkinlerin kan basınçları optimal, normal, yüksek-normal ve hipertansiyon olarak dört dereceye ayrılmıştır. Buna göre optimal kan basıncı 120/80 mmHg ve normal kan basıncı da 135/85 mmHg değerinden düşüktür. Kan basıncı düzeyi 130/85-89 mmHg olduğunda yüksek-normal, bunun üzerindeki değerler de hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (9,23).



Tablo

1: Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

Kategori	Sistolik (mmHg)	Ve/veya	Diyastolik (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Yüksek-Normal	130-139	veya	85-89
Evre 1 HT	149-159	veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	veya	100-109
Evre 3 HT	≥ 180	veya	≥ 110
İzole Sistolik HT	≥ 160	ve	<90

Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırma; yüksek kan basıncını tespit ve tedavi etmenin amacı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler (KVH) hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir. Yüksek-normal kan basıncı ile 1. 2 ve 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilmektedir. Risk grubu A'da kan basıncı düzeyi ne olursa olsun, klinik olarak kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B' de hastalarda klinik olarak kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışında bir veya daha fazla risk faktörü bulunur. Risk grubu C'de ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu mevcuttur. Kan basıncı düzeyi ve risk grupları ile yapılan sınıflandırma doğrudan tedavi yaklaşımı ve prognozun belirlenmesinde etkindir (24,25).

Tablo

2: Kan Basıncı yüksekliği ile risk grupları

Kan Basıncının Derecesi(mmHg)	Risk Grubu A risk faktörleri yok HOH/KKH yok	Risk Grubu B Diyabet hariç en az bir risk faktörü var HOH/KKH yok	Risk grubu C HOH/ KKH, ve/veya var (diğer risk faktörleri var veya yok)
Yüksek-normal (130-139 / 85-89)	Non-farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	İlaç tedavisi*
Evre 1 (140-159 / 90-99)	Non-farmakolojik tedavi (12aya kadar)	Non-farmakolojik tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi
Evre 2 ve 3 (≥ 160 / ≥ 100)	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi
*:Kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği veya diyabeti olanlar. HOH: Hedef organ hasarı, KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık			

Aşağıdaki Tablo 3'te belirtilen risk faktörlerine göre değerlendirilerek hastalar üç kategoriye ayrılır. Birinci kategori düşük risk grubunda hiçbir risk faktörü veya hedef organ hasarı/klinik kardiyovasküler hastalık yoktur. İkinci kategori orta derecede risk grubudur ve diabetes mellitus hariç, bir major veya iki minor risk faktörü bulunan hastalar bu kategoriye oluşturur. Üçüncü kategori yüksek risk grubunda ise diyabet veya hedef organ hasarı/klinik kardiyovasküler hastalık tablosundaki hastalar bulunur.

Tablo

3: Hipertansif Hastalarda Kardiyovasküler Risk

Kardiyovasküler risk faktörleri

Major faktörler

- Yaş: Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olmak
- Sigara
- Hiperkolesterolemi (total kolesterol > 240 mg/dl veya LDL kolesterol > 160 mg/dl)
- Diabetes mellitus
- Serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile anamnezi (erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın üstünde)

Minor faktörler

- Yaş: Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olmak
- Ilımlı hiperkolesterolemi (total kolesterol >200 mg/dl veya LDLkolesterol >130 mg/dl)
- Düşük HDL-kolesterol (< 35 mg/dl)
- Hipertrigliseridemi (> 200 mg/dl)
- Şişmanlık
- Azalmış glukoz toleransı
- Sedanter yaşam tarzı

Hedef organ hasarı/Klinik kardiyovasküler hastalık

- Kalp hastalıkları
 - Sol ventrikül hipertrofisi
 - Angina/geçirilmiş miyokard infarktüsü
 - Geçirilmiş koroner revaskülarizasyon
 - Kalp yetersizliği
- İnme veya geçici iskemik atak
- Nefropati
- Periferik arter hastalığı
- Retinopati

Tablo



2.1.5. Hipertansiyonda Korunma ve Tedavi

2.1.5.1.Hipertansiyonda Primer Korunma

Gözleme dayanan ve randomize çalışmalar, kan basıncının toplumun yaşam biçimine, özellikle beslenme özellikleriyle sıkı sıkıya ilişkili olduğunu gösteriyor. Bunlara fazla kalori alınması, tuzlu yeme alışkanlığı, yetersiz potasyum alımı, aşırı alkol tüketimi ve sedanter yaşam örnek verilebilir (26). MRFIT (multiple risk factor intervention trial) çalışmasında 11.342 orta yaşlı erkekte 6 yılda toplanan veriler çok sayıda besinsel faktörlerin kan basıncını etkilediğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada kan basıncının şişmanlık, doymuş yağ, günlük tuz tüketimi ve içilen alkol miktarı ile doğru orantılı, potasyum alımı ile ters orantıda olduğu gösterilmiştir (27).

2.1.5.2.Yaşam Tarzı Değişikliği ve Non-Farmakolojik Tedavi

Non-farmakolojik tedaviyle sağlanan kan basıncı düşüşünün kardiyovasküler komplikasyonları ve serebrovasküler olayları önlediğini gösteren direkt, randomize klinik çalışmalar bulunmamaktadır (28).

Yaşam tarzı değişikliği kullanılan ilaç sayısı ve dozunu azaltabilir, kan basıncında düşme sağlar, birlikte sık görülen dislipidemi ve glukoz intoleransında düzelmeye yardımcı olur. Yaşam tarzı değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavi uygulamaları hastaya özgü planlanmalıdır (9).

2.1.5.2.1. Sigaranın Bırakılması

Sigara içiminden sonra 15-30 dk. süren akut kan basıncı yüksekliği meydana gelir (29). Klinik uygulamada belirlenmese de 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde yükselmelere sebep olabilir. Sigara kardiyovasküler

hastalık için bir risk faktörüdür. Tütün ürünü içiminin bırakılmasından sonraki bir yıl içinde kardiyovasküler olumlu etkileri görülmeye başlar (9).

2.1.5.2.2.Kilo Verme

Vücut kütle indeksinin (VKI) 27 ve üzeri olması kan basıncı yüksekliği ile ilişkilidir. 1 kg zayıflama sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 1.6 mmHg ve 1.3 mmHg düşüş sağladığı kontrollü klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Egzersiz eklendiğinde kan basıncında düşme artmaktadır (9).

2.1.5.2.3.Tuz Kısıtlaması

Hipertansif hastalarda, klinik randomize çalışmalar ile sodyum alımı günde 80-100 mmol (4.7-5.8 g) olarak kısıtlandığında kan basıncında sistolik 4.8 ± 1 mmHg, diyastolik 2.5 ± 0.7 mmHg düşüş sağlandığı gözlemlenmiştir (30). Hastalara günde 100 mmol (5. 8 g) den az sodyum ya da günde 6g'dan az NaCl (tuz) almaları önerilmelidir (23,31).

Türkiye'de genel popülasyonda yapılan SALTürk (Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması) çalışmaları günlük tuz tüketiminin önerilenden oldukça yüksek olduğunu (yaklaşık 15g/gün) ve bunun hipertansiyon ile ilişkisini ortaya koymuştur (32,33).

2.1.5.2.4.Beslenme

Meyve, sebze, balık yağı, lifli gıdalardan zengin diyet ile sistolik kan basıncında 4.5 mmHg, diyastolik kan basıncında 2.7 mmHg düşme sağlanabileceği ambulator kan basıncı kontrolüyle gösterilmiştir (2).

Diyetle, taze meyve ve sebzelerden alınan günde 90mmol potasyumun randomize kontrollü klinik çalışmalarda sistolik kan basıncında 4.4mmHg, diyastolik kan basıncında 2.4mmHg düşme sağladığı gösterilmiştir (9).

Klinik-kontrollü çalışmalar diyetteki çoklu ve tekli doymamış, ya da doymuş yağ asitlerinin kan basıncı üzerinde anlamlı etkisi olmadığını göstermiştir (9).

Rafine edilmiş şekerlerin kan basıncını arttırma, kompleks şekerlerin kan basıncını düşürme eğiliminde olduğunu ileri süren çalışmalar olmakla beraber bulgular kesin değildir (9).

Kafein kan basıncını, birkaç saat boyunca 5-15mmHg yükseltir. Günde 3-4 fincan kahve içerek alınan kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi her hastada farklıdır. Bu nedenle kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi her hastaya özgü kontrol edilerek, anlamlı kan basıncını yükseltici etki saptanırsa kafeinsiz diyet önerilmelidir (9).

2.1.5.2.5.Alkol Kısıtlanması

Hipertansif hastaların alkol kullanması önerilmemekle birlikte kullanıyorlarsa erkekler için en fazla 20–30 g/gün etanol, kadınlar için en fazla 10–20 g/gün etanol ile sınırlanmalı ve daha fazla miktarda alkol tüketmemeleri önerilmelidir (10).

2.1.5.2.6.Fiziksel Aktivite

Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fiziksel aktivitesi olanlara göre %20-50 daha fazladır (9). Aerobik egzersizin haftada 3-5 gün arasında hedef kalp hızının %60-70 ine ulaşacak şekilde yapılması tansiyonun düşürülmesinde etkili olduğu ve hipertansif hastalara önerilmesinin uygun olduğu belirtilmiştir (9,34). Amerikan Spor Hekimliği Koleji (ACSM) tercihen haftanın tüm günlerinde aerobik egzersizi önermektedir (35).

2.1.5.3.Farmakolojik Tedavi

Antihipertansif ilaç tedavisine başlamadan önce kan basıncı değeriyle birlikte risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar dikkate alınmalıdır (2). Aynı zamanda sigara, dislipidemi, abdominal obezite, diyabet gibi reversibl risk faktörleri belirlenmeli, hipertansiyon tedavi edilirken bu faktörler de uygun yöntemlerle kontrol altına alınmalıdır (10).

Herhangi bir KVH risk düzeyiyle 2. ve 3. Evre hipertansiyonu olan hastalarda, yaşam tarzı değişiklikleriyle eş zamanlı veya birkaç hafta sonra ilaç tedavisine hemen başlanması önerilmektedir. Evre 1 hipertansiyonu olsa bile organ hasarı, KBH (kronik böbrek hastalığı), diyabet veya KVH nedeniyle toplam KVH riskinin yüksek olduğu hastalarda yaşam tarzı değişikliğiyle beraber antihipertansif ilaç başlanması gereklidir. Düşük ya da orta düzeyde riskli evre 1 hipertansif hastalarda ise; kontrollerinde yaşam tarzı değişikliklerini uygulamasına rağmen normal aralığa düşmediyse antihipertansif ilaç tedavisi göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı (>80 yaş) hipertansif hastalarda sistolik kan basıncı (SKB) 150mmHg'yı aştığında ilaç tedavisi planlanmalıdır (10).

Hipertansiyonda tedaviye monoterapi ile başlanabileceği gibi kombinasyon tedavisi ile de başlanabilir. Tek ilaçla başlanması durumunda kan basıncı hedef düzeye gelmezse kombinasyon tedavisine geçilir. Kombinasyon tedavisinde ilk basamakta anjiotensin-coverting enzim (ACE) inhibitörleri/anjiotensin reseptör blokerleri (ARB) + KKB (kalsiyum kanal blokerleri) veya ACE inhibitörleri/ARB + diüretik tercih edilmesi önerilir. Eğer bu kombinasyon ile kan basıncı kontrol altına alınamazsa ACE inhibitörleri/ARB+KKB+diüretik kombinasyonuna geçilir (9).

Tablo 4: Hipertansiyon Tedavi Şeması Evre ve Risk Faktörlerine Göre

Diğer Risk	Kan Basıncı (mmHG)
------------	--------------------

Faktörleri (RF), Hedef Organ Hasarı (HOH) Veya Hastalık	Yüksek Normal	Evre 1 HT	Evre 2 HT	Evre 3 HT
Risk Faktörü Yok	KB girişimi yok	Birkaç aylık yaşam tarzı değişiklikleri Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
1-2 RF var	Yaşam tarzı değişiklikleri KB girişimi yok	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri Daha sonra <140/90 Hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
≥3 RF var	Yaşam tarzı değişiklikleri KB girişimi yok	Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri Daha sonra <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
HOH, evre 3 KBH veya diyabet	Yaşam tarzı değişiklikleri KB girişimi yok	Yaşam tarzı değişiklikleri <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi
HOH/RF'ler ve semptomatik KVVH, evre ≥4 KBH veya diyabet	Yaşam tarzı değişiklikleri KB girişimi yok	Yaşam tarzı değişiklikleri <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri <140/90 hedefiyle KB ilaçlarının eklenmesi	Yaşam tarzı değişiklikleri Hemen <140/90 hedefi ile KB ilaç tedavisi

*HOH:hedef organ hasarı, RF:risk faktörü, KB:kan basıncı, KVVH:kardiyovasküler hastalık

2.2.Kronik Hastalık Takibi

2.2.1. Aile Hekimi ve Kronik Hastalık Takibi

Kronik hastalıklar, sıklıkla yaşlı erişkinlerde görülmekle birlikte, 35-64 yaş arasındaki yaş grubunda, 65 yaş ve üstü insanlara kıyasla daha hızlı bir şekilde artmaktadır. Çocuklar ve genç yetişkinlerin giderek artan sayıda kronik hastalıkları sonucu, kronik bakım yönetimi son derece önemli hale gelmektedir (36,37).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayımladığı "Küresel Hastalık Yüğü" raporuna göre, kronik hastalıklar dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasındadır (38). Ülkemizde de nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, kronik hastalık yükü giderek artmaktadır (39). Kronik hastalıkların etkili yönetimiyle acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (40). Başarılı kronik hastalık takibi disiplinli ve koordine bir bakım ekibini kapsamaktadır ve bu ekipte etkin unsur birinci basamak aile hekimleridir. Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerin niteliğini artıracak bir disiplindir (41). Uygun eğitim ve ekip çalışması ile güçlendirilen birinci basamak sağlık bakım profesyonelleri, bütüncül ve kesintisiz kronik hastalık yönetimini sağlayacaklardır (42,43).

Birinci basamak sağlık sisteminin etkin olması, kronik hastalıkların takibi ve yönetimde önemli kazanımlar sağlamaktadır. Sağlık bakımının, iyi eğitilmiş aile hekimleri tarafından verilmesi, birinci basamak sisteminin tam olarak işlemediği sistemlere göre klinik ve maliyet açısından daha iyi kazanımlar sağlamıştır (44). Birinci basamak sağlık sistemi güçlü olan ülkelerin, daha düşük maliyetle daha iyi sağlık sonuçlarına sahip oldukları gözlenmektedir (45).

Türkiye'de birinci basamakta kronik hastalık takibi 01.07.2021 tarihinde yürürlüğe giren "Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği" ile yeni bir döneme girmiştir. Birinci basamak profesyonellerinin hastaların kronik hastalık izlemelerini güncel tıbbi algoritmalar ışığında, sağlık bakanlığının sistemleri ile entegre şekilde elektronik ortamda yapabilmesi amacıyla "Hastalık Yönetim Platformu (HYP)" geliştirilmiştir. Kronik hastalık izlemleri; kardiyovasküler risk değerlendirmesi, çok yönlü yaşlı değerlendirmesi, hipertansiyon, diyabet,

obezite hastalıklarının tarama ve takipleri ile meme, serviks ve kolon kanseri taramalarıdır (46).

2.2.2.Aile hekimi ve Hipertansiyon Takibi

Aile hekimliği modelinde birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sorunlarının en az %80'ini çözme kapasitesinde, hastalar ve sağlık sistemi arasındaki ilk temas noktasıdır (47). Aile hekimliğinin temel prensiplerinden biri koruyucu hekimlik ve erken tanıdır (48).

Hipertansiyon tanılı hastaların çoğu birinci basamakta aile hekimleri tarafından yönetilebilmektedir (49). Birinci basamakta, uzun süreli kronik hasta bakım düzenlemelerinin etkinliğini sağlayabilmek için diğer basamaklar ile güçlü bir koordinasyon kurulması önemlidir. Hipertansiyon da dahil olmak üzere kronik rahatsızlıkları olan hastaların birinci basamakta daha iyi yönetilebileceği ve bunun önlenabilir hastaneye yatış oranlarını azaltabileceği gösterildiğinden bu koordinasyonun kurulması kritik öneme sahiptir (50).

Türkiye’de birinci basamakta aile hekimliğine başvuran 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacı ile yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü hipertansiyon erken tanı yönetimi amacıyla yapılmaktadır (51).

2.2.3.Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu

Hipertansiyon gibi hastalıklarda, görünür semptomların az oluşu, hastalığın ilerleyişinin hastalar tarafından anlaşılamaması ve tedaviden algılanan faydanın az olması nedeniyle hastalar düzenli olarak ilaç kullanma ve tedaviye uymada zorlanabilirler (52). Hipertansif hastaların tedaviye uyumları kan basıncının kontrol altında tutulmasında en etkili faktörlerden biridir. Özellikle yaşam tarzı değişikliği uygulanmasında ve ilaç kullanımında hasta

uyumsuzluğu sık görülür. Bazı hastalar ilaçlarını kullanmayı bırakırken bazıları ise düzensiz aralıkla ilaç kullanırlar. Düzensiz ilaç kullanan hastaların tespit edilmesi çok önemlidir. Hastaların yarısı tedavinin ilk yılında tedavilerini kesmekte olup, yaklaşık %10'u ise gün içinde ilaçlarını almayı unutmaktadırlar (10). Hastaların tedaviye uyumunu arttırmak için tedavi rejimi basitleştirilmeli ve evde kan basıncı ölçümü yapılması sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları ile bire bir görüşmeler yapılarak hastalığın önemi ve tedavinin faydaları anlatılmalı ve tedaviye uyumu zorlaştıran etmenler belirlenmelidir (10,53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hipertansiyon tanılı hastaların hangi sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih ettikleri ve bu tercihin sebeplerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın Yeri: Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi (MCBÜ) Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji, İç Hastalıkları ve Aile Hekimliği polikliniğinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Zamanı: Araştırma verileri 01.11.2021 - 01.01.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri analizi ve rapor yazımı Ocak 2022'de başlamış olup Mart 2022'de sonlanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji ve Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü hastalar araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan maksimum hasta sayısına ulaşılması hedeflendi. %30 prevelans ve %95 güven aralığında minimum örneklem büyüklüğü 266 kişi olarak hesaplanmıştır. Verilerin belirli bir tarih aralığında toplanması planlandı.

18 yaş ve üzeri, HT tanılı, araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler çalışmaya dahil edildi. 18 yaş altı, sözel iletişim kurulamayan ve HT tanısı olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4.Verİ Toplama Yöntemleri ve Araçları

Araştırmada araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan bir anket formu kullanılmıştır.

Anket formu sosyodemografik bilgileri, hipertansiyon tanısını aldığı tarihi ve merkezi, kullanılan ilaçları, takiplerinde başvurduğu sağlık kuruluşlarını, komplikasyon yaşama durumlarını sorgulayan toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Anket ve ölçek çalışmaya katılmayı kabul eden 286 hastaya yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Her katılımcıya araştırmanın kapsamı hakkında bilgi verilerek imzalı onam formları alındı.

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler hastaların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Değişkenlerin dağılımlarının normal olup olmadığı Skewness-Kurtosis değerleri ile belirlendi. Verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Elde edilen verileri istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi “p” değeri ile yorumlandı. $P<0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.6.Etik Kurulu Onayı

22 Eylül 2021 tarihinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. (Karar tarih-Evrak No:22.09.2021-20.478.486/940)

3.7.Araştırma İzni

Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği'nden de 01 Kasım 2021 tarihinde ayrıca araştırma izin onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 286 kişi ile görüşülmüş, elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler hipertansiyon hastalarının hipertansiyon özgeçmişleri, tedavi takiplerindeki sağlık kuruluşu tercihleri ve sosyodemografik özellikleri içeren 20 soruluk bir anket formu kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular sırasıyla çalışmaya katılanların;

- Sosyodemografik verilerinin dağılımını
- Hipertansiyon ile ilgili özelliklerinin dağılımını
- Aile hekimi ile ilgili verilerin dağılımını
- Cinsiyet özelliklerine göre verdikleri cevapların dağılımını
- Yaş gruplarına göre verdikleri cevapların dağılımını
- Eğitim durumlarına göre verdikleri cevapların dağılımını
- Sosyodemografik özellikler ile aile hekimine güven ilişkisin
- Aile hekimine güven durumlarına göre HT ile ilgili cevapların dağılımını
- Hipertansiyon tanısı aldıkları merkeze göre verilen cevapların dağılımını göstermektedir.

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma 1 Kasım 2021 – 1 Ocak 2022 tarihleri arasında, yaşları 22 ile 89 arasında değişmekte olan, hipertansiyon tanısı olan 286 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları ortalaması $61,53 \pm 12,05$ 'tir (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Yaşının Tanımlayıcı İstatistikleri

Katılımcı Sayısı	Yaş Ortalaması	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
286	61,53	12,05	22	89

Katılımcıların %60,1'i kadın, %39,9'u erkeklerden oluşmakta olup, çalışmaya katılan bireylerin %86,4'ü evli geri kalanlar ise bekardır.

Çalışma grubunun %11,5'i okuryazar değildir. %88,5'u okur yazar olup, %59,8'i ilköğretim, %11,5'i lise ve %10,5'i de üniversite veya daha yüksek öğretim seviyesi mezunudur. Eğitim durumu yeniden sınıflandırarak 'lise öncesi' ve 'lise ve üstü' şeklinde iki yeni grup oluşturularak veriler değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcıların %78'i (n=223) lise öncesi, %22'si (n=63) lise ve üstü eğitim durumundadırlar.

Katılımcıların %47,9'u ev hanımı, %9,8'i işçi, %8,4'ü emekli, %4,9'u memur, %15,7'si serbest meslek, %9,4'ü çiftçi, %1,4'ü mühendis, %2,4'ü hastane çalışanıdır. Katılımcılar mesleklerine göre yeniden gruplandırıp değerlendirildiğinde %43,7'sinin hali hazırda aktif çalıştığı, %56,3'ünün çalışmadığı ortaya konmuştur. Katılımcıların %52,4'ü sigara içmemektedir (Tablo 6).

Erkeklerin %28,9'u halen sigara içmekte iken %50'si sigarayı hayatının belli dönemlerinde kullanmış ve bırakmıştı, kadınlar da ise halen sigara içme oranı %12,2, daha önce sigara kullanıp bırakma oranı %14,5'ti.

Tablo 6: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	172	60,1
	Erkek	114	39,9
Medeni Hal	Bekar	39	13,6
	Evli	247	86,4
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	33	11,5
	Okur-yazar	19	6,6

	İlköğretim	171	59,8
	Lise	33	11,5
	Lisans ve Üzeri	30	10,5
Meslek	Ev Hanımı	137	47,9
	İşçi	28	9,8
	Emekli	24	8,4
	Memur	14	4,9
	Serbest Meslek	45	15,7
	Çiftçi	27	9,4
	Mühendis	4	1,4
	Hastane Çalışanı	7	2,4
Sigara İçme Durumu	Evet	54	18,9
	Hayır	150	52,4
	Eski Kullanıcı	82	28,7
Toplam		286	100,00

Katılımcılar yaşa göre, “60 yaş altı” ve “60 yaş ve üzeri” olmak üzere yeniden gruplandırılarak veriler değerlendirilmiştir. Katılımcıların %45,8’i 60 yaş altında, %54,2’si 60 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır.

Katılımcılar eğitim durumuna göre; “lise öncesi” ve “lise ve üzeri” şeklinde yeniden gruplanarak veriler değerlendirilmiştir. Katılımcıların %78’i (n=223) lise öncesi eğitim düzeyinde, %22’si (n=63) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir.

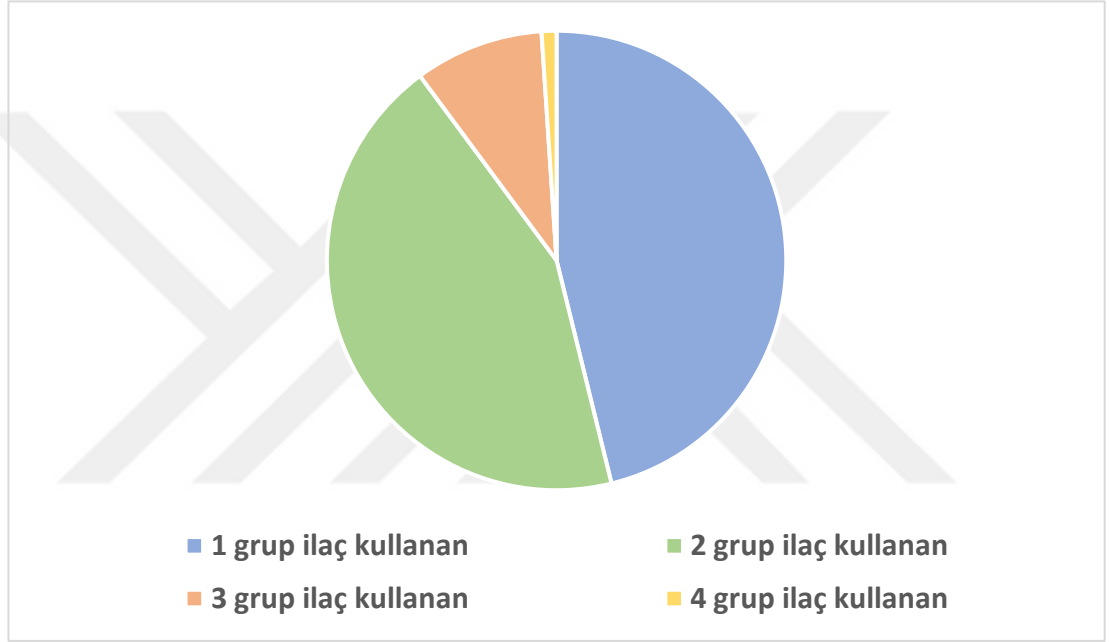
4.2. Katılımcıların Hipertansiyon Hastalığı ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Hipertansiyon süresine göre hastaların; %30,4’ü 5 yıldan az süredir, %17,2’si 5-10 yıl arasında, %52,4’ü 10 yıldan uzun süredir hipertansiyon tanısı ile takip ediliyordu.

Katılımcılardan %19,2'si aile hekimliğinde, %53,8'i devlet hastanesinde, %26,9'u üniversite hastanesinde hipertansiyon tanısı almıştır.

Tedavi rejimine göre hastaların %46,2'si bir ilaç grubu kullanmakta, %43,7'si iki ilaç grubu kullanmakta, %9,1'i üç farklı ilaç grubu kullanmakta ve %1,0'i dört farklı grupta antihipertansif kullanmaktadır. İlaç kullanım dağılımı Şekil 1'de özetlenmiştir.

Şekil 1: Katılımcıların Kullandığı İlaç Grup Sayısına Göre Dağılımı



Hipertansiyon oluşumunun sebebine yönelik hastalara yöneltilen soruda katılımcıların %57,3'ü “stresli olduğum için” cevabını verirken, %52,4 oranı ile “genetik” cevabı verilmiş, %21,0'i “kilolu olmak” yanıtını vermiş ve katılımcıların %6,6'sı “fazla tuz tüketmek” yanıtını vermiştir.

Katılımcılara hipertansiyon takibi için başvurdukları sağlık merkezi sorulduğunda birden fazla cevap hakkı verilmiş olup, 164'ü hipertansiyon hastalığı takibi için aile sağlığı merkezine başvurmaktadır. Bu katılımcıların %57,3'ünü oluşturmaktadır. Katılımcıların %23,8'i hipertansiyon takibi için devlet hastanesi veya özel hastaneye başvurmaktadır. Çalışmaya katılan 286

kişiden %72'si (n=206) hipertansiyon takibi için üniversite hastanesine başvurmuştur. Bu katılımcıların %72'sini oluşturmaktadır.

Katılımcılara yönlendirilen şu anda kardiyoloji/dahiliye/aile hekimliği polikliniğine niçin başvurduunuz sorusuna, %47,2'si (n=135) “normal takiplerimde aile hekimime başvuruyorum yılda bir iki kez kardiyoloji polikliniğine kontrole geliyorum” cevabını verirken, %41,6'sı (n=119) “üniversite hastanelerindeki hekimlere daha çok güveniyorum” cevabını vermiştir. Katılımcıların %6,3'ü (n=18) “ilaç raporlarımı yenilemek için hastaneye geldim”, %4,9'u (n=14) “aile hekimim hastaneye yönlendirdi” yanıtını vermiştir.

Katılımcılara pandemi sürecinde başvurduğu sağlık merkezinin değişip değişmediği sorulduğunda %89,9'unun (n=257) değişiklik yapmadığı görülmektedir. Katılımcıların HT hastalığı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Hipertansiyon ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

		n	%
Kaç yıldır HT?	<5	87	30,4
	5-10	49	17,1
	>10	150	52,4
Tedavide ne kullanıyorsunuz?	Tekli Antihipertansif	132	46,2
	İkili Antihipertansif	125	43,7
	Üçlü Antihipertansif	26	9,1
	Dörtlü Antihipertansif	3	1,0
Hipertansiyon Tanısını Nerede Aldınız?	ASM	55	19,2
	Devlet Hastanesi	154	53,8
	Üniversite Hastanesi	77	26,9
	Genetik	150	52,4

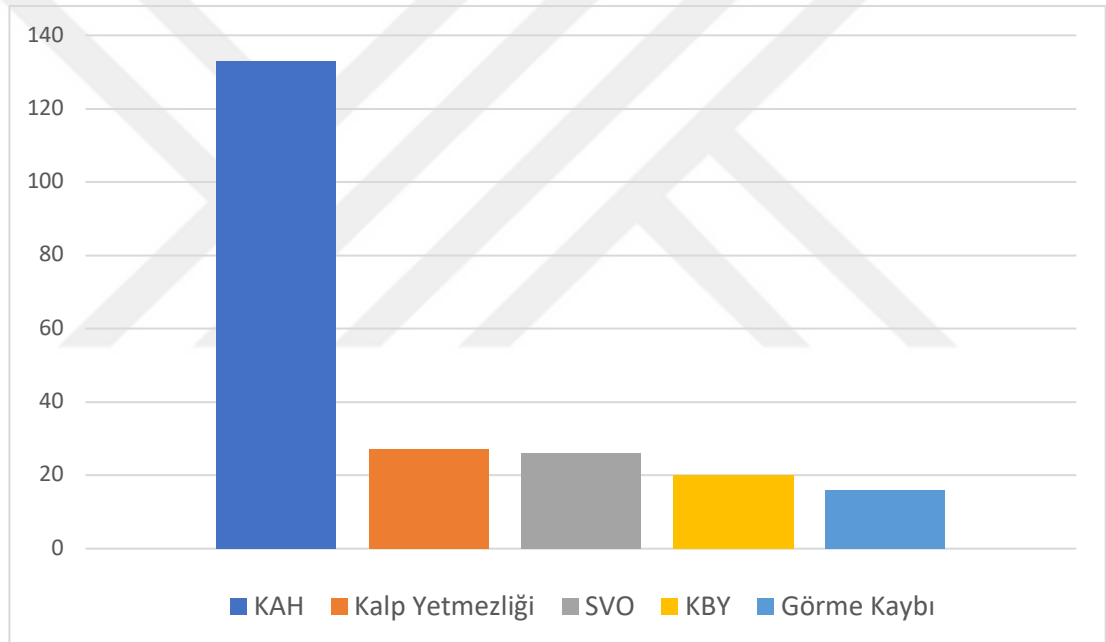
Hipertansiyon Hastalığının sebebinin ne olabileceğini düşünüyorsunuz?*	Fazla kilolu olmak	60	21,0
	Aşırı tuz tüketimi	19	6,6
	Stresli olmak	164	57,3
Hipertansiyon ile ilgili takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz?*	ASM	164	57,3
	Devlet Hastanesi	68	23,8
	Üniversite Hastanesi	206	72,0
Şu anda niçin kardioloji/dahiliye/aile hekimliği polikliniklerine başvurduunuz?	Aile hekimim yönlendirdi	14	4,9
	Aile hekimime giderim fakat yılda birkaç kez de buraya kontrole gelirim	135	47,2
	İlaç raporlarımı yenilemek için	18	6,3
	Üniversite hastanesi hekimlerine daha çok güvenirim	119	41,6
Pandemi sürecinde başvurduğunuz merkezde değişiklik oldu mu?	Evet	29	10,1
	Hayır	257	89,9
Hipertansiyon Komplikasyonu var mı?	Evet	160	55,9
	Hayır	126	44,1
Hangi HT komplikasyonu var?*	KAH	133	46,5
	Kalp Yetmezliği	27	9,4
	SVO	26	9,1
	KBY	20	7,0
	Görme Kaybı	16	5,6

* birden fazla yanıt hakkı verilmiştir.

KAH:Koroner Arter Hastalığı SVO:Serebrovasküler Olay KBY:Kronik Böbrek Yetmezliği

Çalışmaya katılanların %55,9'unda (n=160) hipertansiyona bağlı gelişen en az bir komplikasyon bulunmaktadır. Katılımcıların %46,5'inde (n=133) koroner arter hastalığı, %9,4'ünün (n=27) kalp yetmezliği vardır. %9,1'inde (n=26) serebrovasküler olay öyküsü bulunurken, kronik böbrek yetmezliği katılımcıların %7,0'sinde (n=20) vardır. Hipertansiyona bağlı görme yetisi kaybı katılımcıların %5,6'sında (n=16) gözlenmektedir. Komplikasyon dağılımı Şekil 2'de özetlenmiştir.

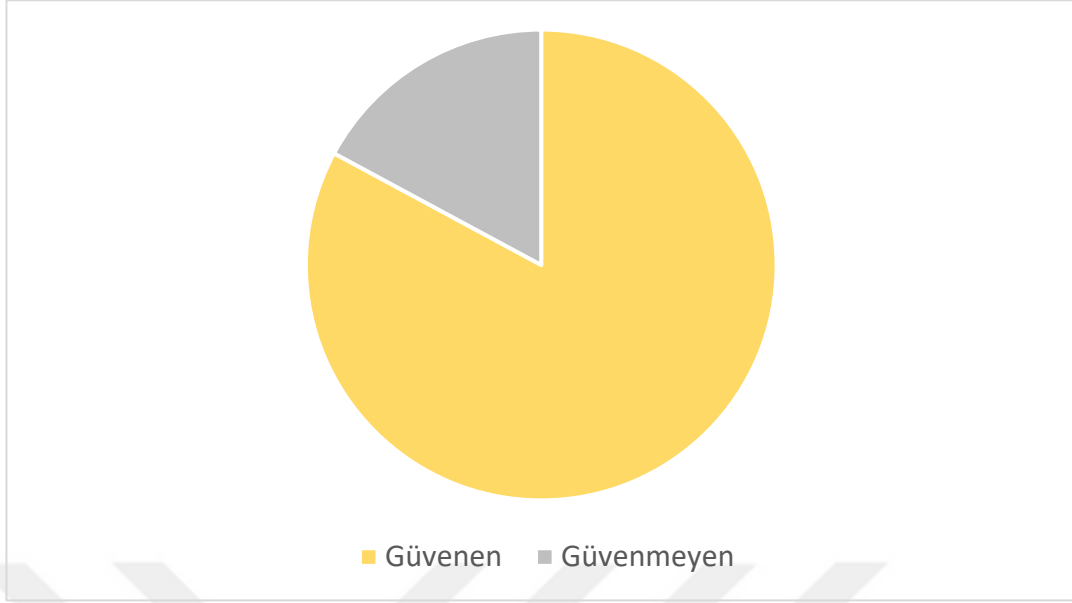
Şekil 2: Katılımcıların Hipertansiyona Bağlı Gelişen Komplikasyonlarının Dağılımı



4.3. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi ve Aile Hekimlerine Yönelik Cevaplarının Dağılımı

Katılımcıların %82,9'u (n=237) aile hekimine güvenmektedir (Şekil-3). Katılımcılara “aile hekiminizin tedavilerinin etkin ve yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu sorulduğunda %79'u (n=226) evet yanıtını, %21'i (n=60) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 8).

Şekil 3: Katılımcıların Aile Hekimlerine Güven Dağılımı



Katılımcıların aile hekimine yılda ortalama başvuru sayıları incelendiğinde, %15,4'ü (n=44) son bir yılda hiç başvurmazken, %84,6'sının (n=242) son bir yılda aile sağlığı merkezine yapılmış başvurusu bulunmaktadır. Katılımcıların %34,6'sı (n=99) yılda 5'ten az sayıda, %34,3'ü (n=98) yılda 5-10 kez, %15,7'si (n=45) yılda 10'dan fazla sayıda başvuru yapmaktadır (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların Aile Hekimliği ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Aile hekiminize güveniyor musunuz?	Evet	237	82,9
	Hayır	49	17,1
Aile hekimizin tedavilerini etkin buluyor musunuz?	Evet	163	79
	Hayır	60	21
ASM'ye yılda kaç kez başvurursunuz?	5'ten az	99	34,6
	5-10 kez	98	34,3
	10'dan fazla	45	15,7
	Son 1 yılda hiç başvurmadım	44	15,4
Toplam		286	100

Katılımcılara 16.soruda yöneltlen aile sağlığı merkezine (ASM) yılda ortalama kaç kez başvurursunuz sorusuna 'son bir yılda hiç başvurmadım' cevabını veren 44 kişi, sonraki 3 soruya cevap vermemiştir. Bu sorular; "ASM başvurularınızın nedeni nedir?", "HT nedenli ASM'ye yılda ortalama kaç kez başvurursunuz?", "HT hastalığı ile ilgili ASM başvurularınızın nedeni nedir?" sorularıdır. Bu üç soruya verilen yanıtların örnekleme n=242 kişiden hesaplanarak verilen yanıtlar değerlendirilmiştir.

Aile hekimine son bir yılda başvuru yapmış katılımcılara (n=242) yöneltlen "aile sağlığı merkezine genel olarak başvuru nedeniniz nedir?" sorusunda, kronik hastalık takibini yaptırmak için başvuruyorum diyenler 196 kişi olup son bir yılda aile sağlığı merkezine başvurusu bulunanların %81,0'ini oluşturmakta, genel rutin tetkiklerini yaptırmak amacı ile başvuranlar %25,6'sını (n=62), hemen her şikayetimde önce aile hekimime başvururum yanıtını verenler %29,8'ini (n=72) oluşturmaktadır.

Katılımcıların %74,0'ü (n=179) yılda 5'ten az sayıda hipertansiyon ilişkili aile sağlığı merkezine başvuru yapmakta ve %4,1'i (n=10) 10'dan fazla başvuru yaparken diğerleri %21,9'u ASM'ye yılda 5-10 kez başvurmaktadır.

Katılımcıların hipertansiyon hastalığı ile ilişkili aile sağlığı merkezi başvurularının nedenine yönelik sorulan sorularda, ilaç yazdırmak için başvuranlar %78,1'ini (n=189), tansiyon ölçtürmek için başvuranlar %10,7'sini (n=26), baş ağrısı baş dönmesi gibi şikayetleri olunca başvuranlar %9,9'unu (n=24), hipertansiyon hastalığının kontrolü için başvuruyorum diyenler %30,6'sını (n=74) oluşturmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcılardan son bir yılda ASM'ye başvurusu olanların cevapladıkları soruların dağılımı

Aile Hekimi ile İlgili Sorular		n	%
ASM'ye başvurularınızın genel olarak nedeni nedir?*	Kronik hastalık takibi yaptırmak için	196	81,0
	Rutin tetkiklerini yaptırmak için	62	25,6
	Her şikayetinde önce ASM ye başvururum	72	29,8
HT nedenli ASM'ye yılda kaç kez başvurursunuz?	5'ten az	179	74,0
	5-10 kez	53	21,9
	10'dan fazla	10	4,1
HT nedenli ASM başvurularınızın nedeni nedir?*	İlaç yazdırmak	189	78,1
	Tansiyon ölçtürmek	26	10,7
	Baş ağrısı gibi şikayetlerimin olması	24	9,9
	HT hastalığının kontrolü için	74	30,6

* birden fazla yanıt hakkı verilmiştir.

4.4.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Aile Hekimine Güven İlişkisi

4.4.1.Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 10'da çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre sorulara verdikleri cevapların dağılımı gösterilmiştir.

Katılımcılardan aile hekiminde tanı alanların %43,6'sı 60 yaş altı bireylerden, %56,4'ü 60 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Devlet hastanesinde tanı alanların ise %41,6'sı 60 yaşın altında, %58,4'ü 60 yaş ve üzerindedir. HT tanısını üniversitede alanların %55,8'i 60 yaş altında, %44,2'si 60 yaş ve üzeri katılımcılardan oluşmaktadır.

HT takibini nerede yaptırıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; 60 yaş ve üzeri hastalar için takiplerini ASM'de yaptırma seçeneği daha genç yaşta olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır ($p<0,05$).

Hipertansiyona bağlı komplikasyon gelişenlerin %66,3'ü 60 yaş ve üzeri katılımcılardan oluşmaktadır. Komplikasyon gelişme oranı 60 yaş ve üzeri bireylerde anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların yaş gruplarına göre HT ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı

HT İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER		<60 yaş % (n)	≥60 yaş % (n)	p
HT tanısını nerede aldınız?	ASM	43,6 (24)	56,4 (31)	0,114
	Devlet Hastanesi	41,6 (64)	58,4 (31)	
	Üniversite Hastanesi	55,8 (43)	44,2 (31)	
HT takibini nerede yaptırıyorsunuz? *				
ASM	Evet	39,0 (64)	61,0 (100)	0,008
	Hayır	54,9 (67)	45,1 (55)	
Devlet Hastanesi	Evet	26,0 (34)	21,9 (34)	0,426

	Hayır	44,5 (97)	55,5 (121)	
Üniversite Hastanesi	Evet	45,1 (93)	54,9 (113)	0,720
	Hayır	47,5 (38)	52,5 (42)	
HT'ye bağlı komplikasyon var mı?	Evet	33,8 (54)	66,3 (106)	0,000
	Hayır	61,1 (77)	38,9 (49)	

*birden fazla yanıt hakkı verilmiştir.

Aile hekimine güvenenlerin %42,6'sı 60 yaşından küçük, %57,4'ü 60 yaş ve üzerindedir. 60 yaş ve üzeri bireyler anlamlı olarak aile hekimine daha çok güvenmektedirler ($p<0,05$).

Katılımcıların yaşı ile aile hekimi tedavilerini etkin bulması arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile hekiminin tedavilerini etkin bulan kişilerin %57,5'i 60 yaş ve üzeri grupta, %42,5'u 60 yaş altı gruptadır.

Katılımcıların yaşı ile ASM'ye yılda ortalama başvuru sayıları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). 60 yaş ve üzeri hastalar anlamlı olarak aile hekimine daha çok başvurumaktadırlar (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların aile hekimi ile ilgili sorulara verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı

AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SORULAR	<60 yaş % (n)	³60 yaş % (n)	p

Aile hekimine güveniyor musunuz?	Evet	42,6 (101)	57,4 (136)	0,017
	Hayır	61,2 (30)	38,8 (19)	
Aile hekiminizin tedavilerini etkin buluyor musunuz?	Evet	42,5 (96)	57,5 (130)	0,028
	Hayır	58,3 (35)	41,7 (25)	
ASM'ye yılda ortalama kaç kez başvurursunuz?	5'ten az	51,5 (51)	48,5 (48)	0 ,012
	5-10 kez	39,8 (39)	60,2 (59)	
	10'dan fazla	31,1 (14)	68,9 (31)	
	Son bir yılda hiç başvurmadım	61,4 (27)	38,6 (17)	
HT nedeni ASM'ye başvurularınızın sayısı yılda ortalama kaçtır?**	5'ten az	46,4 (83)	53,6 (96)	0,072
	5 ve üzeri	33,3 (21)	66,7 (42)	

* birden fazla yanıt hakkı verilmiştir.

**242 kişi bu soruyu yanıtlamıştır, yüzdeler bu sayıya göre verilmiştir.

4.4.2.Katılımcıların Cinsiyet Özelliklerine Göre Verdikleri Cevapların

Dağılımı

Katılımcılara yönlendirilen “kaç yıldır hipertansiyon hastasıdır?” sorusuna verilen yanıtlarda kadınlar, erkeklere göre anlamlı oranda her grupta daha fazladır ($p<0,05$).

Hipertansiyon tanısını aldığı merkez ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). ASM’de tanı alanların çoğunluğu kadındır, üniversite hastanesinde tanı alanların çoğunluğu erkektir.

HT tanısını aldığı sağlık kuruluşu ile ilgili soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde kadınlarda sırasıyla ASM, Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi yanıtlarında oransal olarak anlamlı bir azalma; erkeklerde ise ASM, Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi yanıtlarında oransal olarak anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Cinsiyet özelliği ile HT komplikasyon varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların hipertansiyon hastalığı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı

HT İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER		Kadın % (n)	Erkek % (n)	p
Kaç yıldır HT?	<5 yıl	50,6 (44)	49,4 (43)	0,029
	5-10 yıl	55,1 (27)	44,9 (22)	
	>10 yıl	67,3 (101)	32,7 (49)	

HT tanısını nereden aldınız?	ASM	74,5 (41)	25,5 (14)	0,022
	Devlet Hastanesi	59,7 (92)	40,3 (62)	
	Üniversite Hastanesi	50,6 (39)	49,4 (38)	
HT'ye bağlı komplikasyon var mı?	Evet	55,6 (89)	44,4 (71)	0,079
	Hayır	65,9 (83)	34,1 (43)	

Cinsiyet özelliği ile aile hekimine güven konusu, aile hekiminin tedavilerini etkin bulma ve ASM'ye yapılan yıllık ortalama başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Katılımcıların aile hekimi ile ilgili sorulara verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı

AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SORULAR		Kadın % (n)	Erkek % (n)	p
Aile hekimine güveniyor musunuz?	Evet	61,6 (146)	38,4 (91)	0,26
	Hayır	53,1 (26)	46,9 (23)	
Aile hekiminizin tedavilerini etkin buluyor musunuz?	Evet	59,7 (135)	40,3 (91)	0,78

	Hayır	61,7 (37)	38,3 (23)	
ASM'ye yılda ortalama kaç kez başvurursunuz?	5'ten az	56,6 (56)	43,4 (43)	0,688
	5-10 kez	63,3 (62)	36,7 (36)	
	10'dan fazla	64,4 (29)	35,6(16)	
	Son 1 yılda hiç başvurmadım	56,8 (25)	43,2 (19)	

4.4.3.Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Verdikleri Cevapların

Dağılımı

Hipertansiyon tanısını aldığı merkez ile eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). ASM'de tanı alanların çoğunluğu lise öncesi eğitim grubundadır.

HT takibini nerede yaptırıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; lise öncesi eğitim düzeyine sahip hastalar için takiplerini ASM'de yaptırma seçeneği lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır ($p<0,05$). Yine lise öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılar takip için üniversite hastanesine anlamlı oranda daha az başvurmaktadır ($p<0,05$).

Eğitim durumu ile HT komplikasyon varlığı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların hipertansiyon hastalığı ile ilgili sorulara verdikleri

cevapların eğitim durumuna göre dağılımı

HT İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER		Ortaokul ve öncesi %(n)	Lise ve sonrası %(n)	p
HT tanısını nerede aldınız?	ASM	90,9 (50)	9,1 (5)	0,024
	Devlet Hastanesi	76,6 (118)	23,4 (36)	
	Üniversite Hastanesi	71,4 (55)	28,6 (22)	
HT takibini nerede yaptırıyorsunuz? *				
ASM	Evet	90,2 (148)	9,8 (16)	0,000
	Hayır	61,5 (75)	38,5 (47)	
Devlet Hastanesi	Evet	75,0 (51)	25,0 (17)	0,498
	Hayır	78,9 (172)	21,1 (46)	
Üniversite Hastanesi	Evet	74,3 (153)	25,7 (53)	0,015

	Hayır	87,5 (70)	12,5 (10)	
HT'ye bağlı komplikasyon var mı?	Evet	81,9 (131)	18,1 (29)	0,073
	Hayır	73,0 (92)	27,0 (34)	

**birden fazla yanıt hakkı verilmiştir.*

Lise öncesi eğitim durumuna sahip katılımcılar anlamlı oranda aile hekimine daha çok güvenmektedir ($p<0,05$). Yine lise öncesi eğitim durumundaki katılımcılar daha fazla aile hekimlerinin tedavilerini etkin bulmaktadırlar ($p<0,05$).

Katılımcıların eğitim durumu ve ASM'ye yıllık ortalama başvuru sayısı incelendiğinde, lise öncesi eğitim düzeyine sahip bireyler daha çok ASM'ye başvurmaktadır ($p<0,05$).

HT nedenli ASM başvuru sayısı anlamlı oranda lise öncesi eğitim düzeyinde fazladır ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Katılımcıların aile hekimi ile ilgili sorulara verdikleri cevapların eğitim durumuna göre dağılımı

AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SORULAR		Ortaokul ve öncesi % (n)	Lise ve sonrası % (n)	p
Aile hekimine güveniyor musunuz?	Evet	81,4 (193)	18,6 (44)	0,002
	Hayır	61,2 (30)	38,8 (19)	
	Evet	82,3 (186)	17,7 (40)	0,001

Aile hekiminizin tedavilerini etkin buluyor musunuz?	Hayır	61,7 (37)	38,3 (23)	
ASM'ye yılda ortalama kaç kez başvurursunuz?	5'ten az	59,6 (59)	40,4 (40)	0,000
	5-10 kez	90,8 (89)	9,2 (9)	
	10'dan fazla	97,8 (44)	2,2 (1)	
	Son 1 yılda hiç başvurmadım	70,5 (31)	29,5 (13)	
HT nedenli ASM'ye başvurularınızın sayısı yılda ortalama kaçtır?**	<5 kez	73,7 (132)	26,3 (47)	0,000
	5 ve üzeri	95,2 (50)	4,8 (3)	

****242 kişi bu soruyu yanıtlamıştır, yüzdeler bu sayıya göre verilmiştir.**

4.5.Katılımcıların Aile Hekimine Güven Durumuna Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların aile hekimine güven durumu ile hipertansiyon tanısını aldıkları merkez arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). ASM'de tanı alanlarda aile hekimine güven en yüksek oranda olmakla birlikte tüm sağlık kuruluşunda tanı alanlarda aile hekimine güven anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 16).

HT nedeniyle yılda ortalama aile hekimine başvuru sayısı sorulduğunda, görülmektedir ki aile hekimine hipertansiyon nedenli başvuru sayısı yüksek

katılımcılar aile hekimine anlamlı olarak daha yüksek oranda güvenmektedirler. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hipertansiyon takibini aile hekiminde yaptıranlarda aile hekimine güven anlamlı olarak daha fazla olmakla birlikte, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde takipli olanlarda anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 16).

Tablo 16: Katılımcıların Aile Hekimine Güven Durumu ile Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

		Aile Hekimine Güven % (n)		
		Evet	Hayır	p
HT tanısını nerede aldınız?	ASM	92,7 (51)	7,3 (4)	0,017
	Devlet Hastanesi	83,8 (129)	16,2 (25)	
	Üniversite Hastanesi	74,0 (57)	26,0 (20)	
HT nedenli ASM'ye başvurularınızın sayısı yılda ortalama kaçtır?**	<5 kez	88,8 (159)	11,2 (20)	0,006
	5 ve üzeri	100 (63)	0,0 (0)	
Hipertansiyon takibini nerede yaptırıyorsunuz?*				
ASM	Evet	95,7 (157)	4,3 (7)	0,000
	Hayır	65,6 (80)	34,4 (42)	
Devlet Hastanesi	Evet	83,8 (57)	16,2 (11)	0,811
	Hayır	82,6 (180)	17,4 (38)	
Üniversite Hastanesi	Evet	80,6 (166)	19,4 (40)	0,100
	Hayır	88,8 (71)	11,3 (9)	

*birden fazla yanıt hakkı verilmiştir.

**242 kişi bu soruyu yanıtlamıştır, yüzdeler bu sayıya göre verilmiştir.

4.6.Katılımcıların HT Tanısını Aldığı Merkez ile Sorulara Verdikleri Cevapların İlişkisinin İncelenmesi

Katılımcıların ASM'ye yıllık ortalama başvuru sayısı ile hipertansiyon tanısını aldıkları merkez arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). HT tanısını aldığı sağlık kuruluşu ile ilgili soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde anlamlı olarak hipertansiyon tanısını aile hekiminde alanlar ASM'ye daha çok başvurmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Katılımcıların HT Tanısını Aldığı Merkez ile ASM'ye yıllık başvuru sayısının değerlendirmesi

		ASM'yılda ortalama başvuru sayısı % (n)		
		<5	5 ve üzeri	p
HT tanısını nerede aldınız?	ASM	32,5 (18)	67,3 (37)	0,008
	Devlet Hastanesi	51,3 (79)	48,7 (75)	
	Üniversite Hastanesi	59,7 (46)	40,3 (31)	

Hipertansiyon tanısını aile hekiminde alan katılımcılar takiplerinde tercihini aile sağlığı merkezi olarak kullanmaktadır. Bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Hipertansiyon tanısının alındığı merkez ile HT takip için ASM'ye başvurma durumu

		Hipertansiyon takibini nerede yaptırıyorsunuz?*		p
		% (n)		
		ASM		0,000
		Evet	Hayır	
HT tanısını nerede aldınız?	ASM	83,6 (46)	16,4 (9)	
	Devlet Hastanesi	54,5 (84)	45,5 (70)	
	Üniversite Hastanesi	44,2 (34)	55,8 (43)	

5. TARTIŞMA

Hipertansiyonun uzun süre belirti vermeden kalabilmesi, hatta tanı konduktan sonra da uzun yıllar ciddi herhangi bir belirti vermeden sürebilmesi ve büyük ölçüde tedavi edilebilir olması, hastalığın halk arasında ciddiye alınmamasına yol açmaktadır (54). Hipertansiyonun tanı ve sağaltımının, ciddi komplikasyonların oluşmasını önlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır (55,56,57).

Aile hekimliği, cinsiyet ayırmadan, tüm yaş gruplarını içine alan; sistemleri ve hastalıkları bir bütün olarak inceleyen, bireysel ve ailesel olmak üzere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, bireylerin yaşamını sürdürdükleri yerden kolaylıkla ulaşabileceği, klinik bilimler ve davranış bilimlerinin birlikteliğinden oluşan uzmanlık alanıdır (41). Hipertansiyonun tanı ve kontrol altında tutulma aşamasında aile hekimi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada hastaların hipertansiyon hastalıkları ile ilgili aile hekiminde takipte olup olmadıklarını, hipertansiyon takibi için hangi sağlık kuruluşlarını tercih ettiklerini ortaya koymayı amaçladık. Bu çalışmanın hipertansiyon takibinde aile hekiminin rolünün artırılmasına yönelik farkındalık olması hedeflenmiştir.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $61,53 \pm 12,05$ idi. Kars ili merkezine bağlı bir aile sağlığı merkezine başvuran ve hipertansiyon tanısı olan 127 kişinin katıldığı hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumu ile ilgili bir çalışmada yaş ortalaması 57.89 ± 12.43 'tür (58).Çetinkaya ve arkadaşlarının Kayseri il merkezi aile sağlığı merkezlerinde yaptığı yetişkinlerin aile hekimi uygulaması hakkındaki tutumları ile ilgili bir çalışmada yaş ortalaması $41,9 \pm 14,3$ tür (59).

Çalışmamıza katılanların %60,1'i kadın, %39,9'u erkektir. Dinçer ve arkadaşlarının yürüttüğü bir aile hekimliği birimine başvuran hipertansiyon tanılı bireylerin hastalıkla ilişkili bilgi düzeyi ile ilgili bir çalışmada katılımcıların %38,9'u erkek, %61,1'i kadındır (60). Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bunun nedeni benzer çalışmalarda da aynı sonuca varıldığı gibi çalışmanın üniversite hastanesinde hizmet alan katılımcılarda yürütülmesi olup, bu bölgede daha çok kadınların hizmet alması

ve Türkiye’de hipertansiyon prevalansının kadınlarda erkeklerden fazla olması sebebiyle hastaneye başvuran hipertansiyon hastalarının çoğunluğunun kadınlardan oluşması olabilir (5,17).

Çalışmamıza katılanların %86,4’ü evli, %13,6’sı bekdir. Kırılmaz ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezlerinde yaptığı aile hekimliğinde memnuniyet ile ilgili bir çalışmada katılımcıların %66,7’si evli, %33,3’ü ise bekdir (61). Kayseri’de birinci basamakta yürütülen aile hekimliği sistem memnuniyetini araştıran bir çalışmada Çetinkaya ve arkadaşları 485 kişilik örnekleme katılımcıların %79,8’ini evli, %20,2’sini bekar olarak saptamışlardır (59).

Literatürle benzer oran çalışmamızda görülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %59,8’i ilköğretim mezunu, %11,5’i lise mezunu, %10,5’i lisans ve üstüdür. İzmir’de birinci basamakta yapılan hipertansiyon hakkında bilgi tutum ve davranışları araştıran benzer bir çalışmada katılımcıların %49’u ilkokul mezunu olup bizim sonuçlarımızla örtüşmektedir (62).

Çalışmamıza dahil edilen erkek katılımcıların sigara kullanmış olma durumları kadınlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı. Türkiye’de 2012’de yapılan “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” sonuçlarına göre de hipertansif erkeklerin, hipertansif kadınlara göre sigara içme davranışı anlamlı olarak daha fazlaydı. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızdaki hastaların %52,4’ü 10 yıldan uzun süredir HT tanısı ile takip edilmektedir. Bu oranın yüksek olması katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Kars ilinde bir aile sağlığı merkezinde yapılan hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu araştıran yaş ortalamasının 57.89 ± 12.43 olduğu bir çalışmada 10 yıl ve üzeri süredir HT tanısı ile takip edilen hastalar çalışma grubunun %32,3’ünü oluşturmaktadır (58).

Çalışmaya katılanların %10,1’i 3’lü ve daha fazla gruptan antihpertansif kullanma iken, Türkiye’de 2012’de yapılan “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” sonuçlarına göre bu oran kadınlarda %17,5, erkeklerde %13,3’tür.

Yaş arttıkça 3'lü antihipertansif kullanımının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (63). Bizim çalışmamızda yaş ortalaması literatürdeki çalışmalardan yüksek olmasına karşın çoklu antihipertansif kullanım oranı düşük bulunmuştur.

Hipertansiyon gelişme sebebini sorduğumuzda katılımcılar birden fazla cevap verme hakkına sahip olup, %57,3 ile en yüksek oranda “stresli olmak” yanıtı seçilirken %52,4 ile “genetik” sebebi en çok seçilenlerdir. Çalışmamızda %21 oranında “fazla kilolu olmak”, %6,6 oranında “aşırı tuz tüketmek” cevap olarak seçilmiştir. Literatür incelendiğinde hipertansiyon hastalarının bilgi tutum ve davranışlarını araştıran bir çalışmada, katılanların %52,7'si hipertansiyonun sebebi olarak stresi, %26,1'i şişmanlığı hipertansiyonun sebebi olarak gösterirken, %26,5'i hipertansiyonun sebebinin bilinmediğini belirtmişti (62).

Çalışmaya katılanların %19,2'si ASM'de, %53,8'i devlet hastanesinde, %26,9'u üniversite hastanesinde hipertansiyon tanısı almıştır. Konya'da yapılan bir çalışmada, tanı alma yılı 1-8 yıl arasında olanların %16,3'ü aile hekiminde, %83,7'si ikinci basamak sağlık kuruluşları ve diğerlerinde teşhis edilmiştir (64). Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %50'si üçüncü basamak sağlık kuruluşunda %6,5'i aile hekimliğinde %22 si ikinci basamak sağlık kuruluşunda hipertansiyon tanısı almıştır (65). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla örtüşmektedir.

Hipertansiyon takibini nerede yaptırdıklarına yönelik birden fazla seçenek tercih edilebilen soruda katılımcılar %72 ile en yüksek oranda üniversite hastanesi, %57,3 oranında ASM yanıtını vermiştir. Literatürde hipertansiyon takibini sorgulayan benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Güven ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada, katılımcıların acil olmayan bir şikayeti geliştiğinde öncelikle başvuracağı sağlık kuruluşu %33,3 oranı ile ASM olmuştur (66). Kanada'da yapılan bir çalışmada aile hekimliği sisteminde kayıtlı hipertansiyon tanılı hastaların retrospektif olarak sağlık merkezi başvuruları incelendiğinde birden fazla merkezde takip edildikleri, en çok üniversite hastanesi ve özel hastanelerde takip edildikleri tespit edilmiştir. (67). Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada 357 hastanın %64'ü

hipertansiyon takipleri için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih etmektedirler (65). Çalışma sonuçlarımız bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Covid-19 pandemi sürecinde takip için başvuru alan sağlık merkezinde bir değişiklik olup olmadığı sorgulandığında, katılımcıların %89,9'u başvuruda bulundukları merkezini değiştirmediklerini belirtmiştir. Covid-19 pandemi sürecinde kronik hastaların takip merkezlerindeki değişim ilgili literatürde net bir çalışma bulunmasa dahi kanser gibi ağır hastalıklarda takiplerinde bazı sorunlar yaşandığı ifade edilmektedir (68).

Çalışmamızda aile hekimine güvenenlerin sıklığı %82,4'tür. Katılımcıların %79'u aile hekiminin tedavilerini etkin ve yeterli bulmaktadır. Katılımcılardan ASM'de tanı alanların aile hekimine güveni en yüksek oranda olmakla birlikte tüm sağlık kuruluşlarında tanı alanlarda aile hekimine güven anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Literatürde doğrudan aile hekimine güvenin araştırıldığı çalışma bulunmasa dahi aile hekimi ve aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların %54'ü aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu belirtmiştir (66). Yine aynı çalışmada belirtilmektedir ki aile hekimlerine duyulan güvensizlik ve aile sağlığı merkezlerinin katılımcılar tarafından yetersiz görülmesi memnuniyeti etkilemektedir (66). 2009 ile 2014 yılları arasında ülkemizin birçok farklı ilinde yapılan çalışmada aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyi %79 ile %87 arasında bulunmuştur (59,69,70,71). Çalışmamızın sonucu literatür ile uyum göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyet özelliği ile aile hekimine güven, aile hekiminin tedavilerini etkin bulma ve ASM'ye yapılan yıllık ortalama başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aile hekimine güven ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi doğrudan sorgulayan bir çalışma literatürde bulunamamıştır. Ancak hastaların aile hekimi memnuniyet düzeyini sorgulayan Özaras ve Dil'in yaptığı bir araştırmada çalışma bulgumuza benzer olarak, bireylerin memnuniyet düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır (72).

Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmamıza benzer bir araştırmada, katılımcıların yaşının azalmasıyla birlikte aile hekimi ve aile

hekimliği sisteminden memnuniyetin azaldığı tespit edilmiştir (66). Potiriadis ve ark. Avustralya’da, Haas ve ark. Boston’da birinci basamakta yaptıkları çalışmalarda da yaşlı hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda bulunduklarını ve daha yüksek memnuniyette olduklarını saptamışlardır (73,74). Üstün ve arkadaşlarının 6 farklı aile hekimliğinde yaptığı 400 kişilik bir çalışmada, 45-54 yaş ortalamasına sahip olan kişilerin aile sağlığı merkezlerinden duyduğu memnuniyetin, 55 yaş ve üstü olan bireylerin aile sağlığı merkezlerinden duyduğu memnuniyetten istatistiksel olarak düşük bulunmuştur (75). Bizim çalışmamızda da 60 yaş üstü katılımcılar aile hekimine anlamlı oranda daha çok güvenmektedir. Katılımcılardan 60 yaş ve üzeri hastalar anlamlı olarak aile hekimine daha çok başvuruda bulunmaktadır.

Çalışmamızda hipertansiyon tanısını ASM’de alanların çoğunluğu 60 yaş ve üzerinde ve lise öncesi eğitim düzeyindedir. Lise öncesi eğitim düzeyine sahip hastalar için takiplerini ASM’de yaptırma seçeneği lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. Lise öncesi eğitim düzeyine sahip bireyler daha çok ASM’ye başvurmaktadır. Lise öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılar takip için üniversite hastanesine anlamlı oranda daha az başvurmaktadır. Çin’de yapılan sağlık sistemi erişim düzeyini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada daha yüksek eğitim seviyesine sahip olmanın daha üst basamak sağlık kuruluşuna başvurular ile ilişkili olduğu saptanmıştır (76).

Katılımcıların aile hekimine yıllık ortalama başvuru durumu sorulduğunda çalışmamızdaki katılımcıların %84,6’sının son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurusu bulunmaktaydı. Kayseri’de 2011 yılında ASM’ye başvuranlarda yapılan bir araştırmada son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma oranı %76’dır (59). TÜİK’in 2012 yılında hane halkına yaptığı sağlık araştırmasına göre son 1 yılda aile hekimine başvuranların sıklığı %60’tır (77).

Katılımcılara aile hekimine genel başvuru nedenleri sorulduğunda, %25,2’si “hemen her şikayetimde aile hekimime başvururum” seçeneğini işaretlemiştir. Literatür incelendiğinde, sorumuza benzer olarak yeni gelişen sağlık

şikayetinde hangi sağlık kuruluşuna başvurdukları sorulan bir çalışmada katılımcıların yeni gelişen sağlık şikayetlerinde en çok %33,7 ile devlet hastanesine, daha sonra %33,3 ile ASM'ye başvurdukları ortaya konmuştur (66). İngiltere'de aile hekimlerine başvuru nedenleri arasında ilk sırada sağlam çocuk muayenesi yer almaktadır (78).

Katılımcılara yönlendirilen “şu anda kardiyoloji/dahiliye/aile hekimliği polikliniğine niçin başvurduunuz” sorusuna, %47,2'si (n=135) “normal takiplerimde aile hekimime başvuruyorum yılda bir iki kez kardiyoloji polikliniğine kontrole geliyorum” cevabını verirken, %41,6'sı (n=119) “üniversite hastanelerindeki hekimlere daha çok güveniyorum” cevabını vermiştir. Katılımcıların hipertansiyon nedeni aile hekimine başvurularının önemli oranda en sık sebebi ilaç yazdırma amaçlıdır (%78,1). Sri Lanka'da bir eğitim hastanesinde HT hastalarında yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun tanısını ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerde aldığı ve takiplerini büyük oranda bu merkezlerde yaptırdığı saptanmıştır (65). Bizim çalışmamızın da benzer olarak üniversite/eğitim hastanesinde yapılması katılımcıların izlemlerini ağırlıklı 3. basamak sağlık kuruluşunda yaptırdığı bulgusunu desteklemektedir. Ancak bu sonuç HT tanılı hastaların izlemleri için ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih etme eğilimini desteklemeyebilir. Çünkü Sri Lanka'da yapılan çalışmada da olduğu gibi çalışmanın yapıldığı kurum doğal olarak bir ön seçim nedeni olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda ilk tanı alınan sağlık kuruluşu seçeneğinde azımsanmayacak ölçüde birinci basamak kuruluşların bulunması Sri Lanka'da yapılan çalışmadan ayırmaktadır. Hastaların takip tercihlerine bakıldığında ise bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon takip yönetimi ile ilgili nedenleri doğrudan sorgulamasak da aile hekimliğinde yürütölen bir çalışmada, hipertansiyon yönetimi ile ilgili olabilecek hasta özellikleri hakkında bilgi edinmek için hasta görüşmeleri gerçekleştirilmiş olup hipertansiyonun yönetim kalitesini etkileyen faktörler arasında, hasta yönetimi zaman kısıtlamaları, doktor uygulama farklılıkları, ilaç yan etkileri ve mevcut tedavi rejimini izlemenin zorluğu, tedaviye uyum eksikliği, sağlık merkezine sınırlı erişim, ilaçların maliyetiyle

ilgili finansal engeller ve kontrolsüz hipertansiyonun ciddiyeti hakkında bilgi eksikliği olduğu düşünölmektedir (79). Bu sonuç da çalışmadaki katılımcıların izlem tercihinde ileri basamak sağlık kuruluğu tercih nedenini açıklayabilir.

Çalışmamızın güçlü yönleri bu konuda daha önce Manisa ilinde yapılmış bir çalışma bulunmaması ve diğer çalışmalardan farklı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmış olup aile hekimine güven durumunu doğrudan soran bir çalışma olmasıdır.

Çalışmamızın kısıtlı yönleri ise sadece üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılmış ve ağırlıklı olarak tek poliklinik üzerinden yürütölmüş olmasıdır. Araştırmamızın üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda yapıldığı için sonuçların topluma genellenmesi hususunda kısıtlılık oluşturabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1 Kasım 2021 – 1 Ocak 2022 tarihleri arasında, yaş ortalaması 61,53 olan 286 olgu ile yapılan çalışmamızda katılımcıların çoğunun kadınlardan oluştuğu, çoğunluğun evli olduğu, ev hanımlarının ağırlıkta olduğu ve çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunun çoğunluğu 10 yılı aşkın süredir hipertansiyon hastası olup, yarısından fazlası hipertansiyon tanısını devlet hastanesinde almıştır.

Çalışma grubumuzun büyük çoğunluğu aile hekimine güvenmekte ve aile hekiminin tedavilerini etkin bulmaktadır. 60 yaş ve üzeri, eğitim düzeyi düşük katılımcıların aile hekimine daha çok güvendiği ve aile sağlığı merkezine daha çok başvuru yaptıkları görülmüştür. Katılımcıların aile hekimine çoğunlukla ilaç yazdırma amacıyla başvurdukları ortaya konmuştur.

Tüm bulgular ışığında, katılımcılar aile hekimine genel olarak yüksek oranda güvense de hipertansiyon takibi için aile hekimliğine başvurmayı tercih etmemektedirler. Hipertansiyon hastalığı özelinde sorguladığımız sonuçlara baktığımızda üniversite hastanesinde çalışan hekimlere daha çok güvendikleri sonucuna varılmaktadır. Kişileri birinci basamağı atlayarak doğrudan üst basamaktaki sağlık kuruluşuna yönlendiren en önemli sebeplerden biri de çalışmamızda görüldüğü üzere üniversite hastanesi hekimine daha fazla güvenilmesidir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşunun tercih edilmesi buradaki hekimlerinin daha bilgili olduğu sonucunu tam olarak vermemektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında özellikle üniversite hastanelerinde hipertansiyonla ilgili ekokardiyografi, tansiyon holter (24 saatlik ambulator kan basıncı ölçümü), ileri görüntüleme tetkiklerinin olması, gerektiğinde yatarak tedavi imkanının bulunması hastaların tedavi takiplerinde bu sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde etkili olmaktadır. Bu imkanların birinci basamakta olmayışı, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının tercih edilme nedeninin hekim kaynaklı değil, imkanların olmayışı ile ilgili olduğunu göstermektedir. Aile hekimlerinin toplumdaki yetersizlik algısını düzeltmek için aile hekimliği uzmanlık programı eğitiminin öneminin

vurgulanması, aile hekimliği sisteminde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Çalışmamızın sonucuna dayanarak birinci basamağın periyodik sağlık muayeneleri, gebe-bebek takipleri ve aşılama, aile planlaması hizmetleri gibi kronik hastalık takibi yönünün de geliştirilmesi önerilmektedir.

Özellikle 60 yaş ve şt ile eğitim düzeyi düşük bireylerin aile hekimine daha çok başvurduğu göz önüne alınırsa, genç ve eğitim düzeyi yüksek kesimde farkındalık yaratmak öncelikli hedef olmalıdır. Eğitim seviyesinin artması ve modernleşmeyle beraber sağlık hizmetlerinden beklentilerin giderek arttığu ve bunun karşısında aile hekimliği hizmetinin beklentileri bazen karşılamadığu görülmektedir.

Hipertansiyon takibinde aile hekimliğinin önemiyle ilgili kamuoyu farkındalığını arttırmak için sağlık otoriteleri tarafından kitle iletişim araçlarını kullanarak basit ve tanıdık bir dilde sağlık eğitim programları düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, tüm hipertansiyon hastaları için hipertansiyon takibi ve kontrolünün önemi hakkında gerekli sağlık eğitiminin verilmesini desteklemelidir. Bu şekilde hipertansiyon takibi daha etkin ve kontrollü bir şekilde yapılarak hipertansiyona bağlı komplikasyon gelişiminin azalacağu ve sağlık maliyetlerinin azalmasına da katkısı olacağu kanaatindeyiz.

Tüm bu sonuç ve öneriler dikkate alındığında, bilgi ve becerileri, nitelikleri geliştirilmiş olan birinci basamak hekimleriyle, toplumun aile hekimine güveninin sağlanmasıyla ve aile sağlığu merkezlerinde geliştirilmiş fiziki tıbbi şartlarla ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon takibi uygun olarak yapılabilecektir.

Hipertansiyon hastalarının sağlık kuruluşu başvurularını irdeleyen daha büyük ölçekli örneklem gruplarında farklı çalışmaların yapılmasının faydalı olacağuına inanmaktayız.

7. ÖZET

Hipertansiyon Tanılı Hastaların Tedavi Takiplerinde Sağlık Kuruluşu Tercihleri ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Amaç: Çalışmamızda, hipertansiyon hastalarının hangi sağlık kuruluşuna başvurduklarının belirlenmesi ve bu tercihlerindeki nedenlerin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji ve Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 286 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri 01.11.2021 – 01.01.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak literatür incelenerek hazırlanmış 20 soruluk bir anket formu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %60,1'i kadın, %39,9'u erkek olup yaş ortalamaları $61,53 \pm 12,05$ ' dir (min:22, maks:89). Katılımcıların %52,4'ünün 10 yılı aşkındır hipertansiyon hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların aile hekimine güven oranı %82,9 olup, 60 yaş ve üzerinde, lise öncesi eğitim düzeyinde aile hekimine güven anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). Hipertansiyon tanısını aile hekiminde alan katılımcılar takiplerinde tercihini aile sağlığı merkezi olarak kullanmaktadır. Lise öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılar hipertansiyon takibi için aile hekimliğine anlamlı oranda daha çok başvurmakta ve üniversite hastanesine anlamlı oranda daha az başvurmaktadır. Hipertansiyon tanısını aile hekiminde alan ve 60 yaş üzeri hastalar hipertansiyon takibi için aile hekimliğine anlamlı olarak daha çok sayıda başvuru yapmaktadır ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışma grubumuzun büyük çoğunluğu aile hekimine güvenmekte ve aile hekiminin tedavilerini etkin bulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında özellikle üniversite hastanelerinde hipertansiyonla ilgili ekokardiyografi, tansiyon holter ölçümü, ileri görüntüleme tetkiklerinin olması, gerektiğinde yatarak tedavi imkanının bulunması hastaların tedavi takiplerinde bu sağlık kuruluşunu tercih etmelerinde etkili olmaktadır. Bu seçeneklerin

birinci basamakta olmayışı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının tercih edilme nedeninin hekim odaklı değil, kaynakların olmayışı ile ilgili olduğunu göstermektedir. Özetle bilgi, beceri ve nitelikleri geliştirilmiş olan birinci basamak hekimleriyle, toplumun aile hekimine güveninin sağlanmasıyla ve aile sağlığı merkezlerinin geliştirilmiş fiziki ve tıbbi şartları ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon takibi uygun olarak yapılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Aile Hekimine Güven, Sağlık Merkezi Tercihi



8. ABSTRACT

Health Institution Preferences in Treatment Follow-up of Patients with Hypertension and Factors Affecting Preferences

Objective: Our study aims to determine which health institution patients with hypertension apply to and to reveal the reasons for their preferences.

Materials and Methods: Our research is a descriptive study. The study included two hundred eighty-six individuals who applied to Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital Cardiology and Family Medicine outpatient clinic. Research data were collected between 01.11.2021 and 01.01.2022. A questionnaire with 20 questions prepared by examining the literature was used as a data collection tool.

Results: 60.1% of the participants included in the study were female, and 39.9% were male, with a mean age of 61.53 ± 12.05 (min:22, max:89). 52.4% of the participants have had hypertension for more than ten years. The trust rate of the participants in the family physician was 82.9%. The trust in the family physician was found to be significantly higher at the age of 60 and above, at the level of pre-high school education ($p < 0.05$). Participants who received the diagnosis of hypertension from their family doctor use their preference as a family health center in their follow-up. Participants with prehigh school education levels apply significantly more to family medicine for hypertension follow-up and to university hospitals significantly less. Patients diagnosed with hypertension by their family doctor and over 60 years old apply significantly more to family medicine for hypertension follow-up ($p < 0.05$).

Conclusion: The majority of our study group trusts the family physician and finds the treatments of the family physician compelling. It is effective for patients to prefer secondary and tertiary health institutions in their treatment follow-ups, especially university hospitals, where echocardiography is related to hypertension, blood pressure Holter measurement, advanced imaging examinations, and the possibility of inpatient treatment when necessary. The

lack of these options in primary care shows that choosing secondary and tertiary healthcare institutions is not physician-oriented but related to the lack of facilities. In summary, hypertension follow-up in primary health care services will be possible with improving primary care physicians' knowledge, skills, and qualifications, ensuring the trust of the society in the family physician, and enhancing physical and medical conditions of family health centers.

Keywords: Hypertension, Trust in Family Physician, Health Center Preference



9. KAYNAKLAR

1. A global brief on hypertension. Geneva: Switzerland World Health Organization. WHO. 2013. 8-14.
2. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019.
3. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: Principal results of the Hypertension Optimal Treatment. For the HOT Study Group, Lancet, 1998 Jun, 13;351, 1755-62.
4. Sengul S, ve ark. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012.J Hypertens., 2016, Cilt 34. 1208-17.
5. Arıcı M, Erdem Y, Derici Ü, ve ark. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003.: J Hypertens, 2003. 1817–23.
6. The European definition of general practice/family medicine. Leuven. European Academy of Teachers in GeneralPractice, 2005. 6.
7. KILIÇ, Tuncer ve Üstü Y, Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması,Ankara. Medical Journal, 2012, Cilt 12.
8. Zanchetti A, ve diğerleri. Guidelines for the management of arterial hypertension: European Heart Journal, 2018, Cilt 39.
9. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.
- 10.Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, ve ark.Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019.
- 11.Tekin G, Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2016, Cilt 25.

12. Roth GA, et al, Global, regional and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.10159, Lancet, 2018, Cilt 392.
13. Milss, KT, et al, Global disparities of hypertension prevalence and control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. basım yeri bilinmiyor : Circulation, 2016, Cilt 134. 441-450.
14. World Health Organization. Global Status Report On Noncommunicable Diseases. 2014.
15. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 20109859, Lancet, 2012, Cilt 15;380. 2224-60.
16. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates. Who [Internet]. 2017;1(January):17. WHO. [Çevrimiçi] 2017. [Alıntı Tarihi: 12 01 2022.] http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/index.html.
17. Arıcı M, Artun B, Erdem Y, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması: Journal Of Hypertension, 2005, Cilt 23. 1817-1823.
18. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. 2020. 33710.
19. Babalık, E. Hipertansiyon Patofizyolojisi. 2005, Cilt 18. 25-32.
20. Dluhy RG, Lifton RP. Glucocorticoid-remediable aldosteronism (GRA): diagnosis, variability of phenotype and regulation of potassium homeostasis. Steroids, 1995, Cilt 60. 48-51.
21. Pala E, Palanduz A. Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkları İle İlgili Farkındalık Düzeyleri Ve Tedavi Bilinçlerinin Değerlendirilmesi: TC İstanbul Üniversitesi, 2017.

22. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for The Management of Hypertension in The Community: A Statement by The American Society of Hypertension and The International Society of Hypertension, J Clin Hypertens (Greenwich) 2014 Jan;16(1):14-26.
23. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, 2018, Cilt 39. 3021-3104.
24. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI).: Arch Intern Med , 1997, Cilt 157. 2413-46.
25. Guidelines Subcommittee of the World Health Organization: World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens, 1999, Cilt 17. 83.
26. Izzo JL, Black HR. Hypertension Primer: The essentials of high blood pressure (2th ed): Am Heart Assn, Dallas TX, , 1999 . 274-8.
27. Stamler J, Caggiula A, Grandits GA, Kjelsberg M ,Cutler JA, for the MRFIT research group: Relationship to blood pressure of combinations of dietary macronutrients: findings of the multiple risk factor intervention trial (MRFIT). Circulation, 1996, Cilt 94. 2417-23.
28. Swales JD, Manual of Hypertension. London. Blackwell Science Ltd, 1995, 153-60.
29. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) : European Heart Journal, 2012, Cilt 33. 1635–1701.
30. Cutler JA, Follman D, Allender PS, Randomized trials of sodium reduction: an overview: Am J Clin Nutr, 1997, Cilt 65 . 643-51.
31. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 guide-lines for diagnosis, risk

assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children, Can J Cardiol, 2018, Cilt 34. 506–25.

32. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt in-take in Turkish population: SALTURK study: Blood Press , 2010, Cilt 19. 313–8.

33. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, et al Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. E933, Nutrients, 2017, Cilt 9.

34. Kayıhan G, ve Ersöz G, Hipertansiyon ve Egzersiz, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2009, Cilt VII, 93-101.

35. American College of Sports Medicine Position Stand, “Exercise and Hypertension”: Med Sci Sports Exerc, 2004, Cilt 36. 533–552.

36. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. JAMA , 2002, Cilt 288. 1775-9.

37. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Aff (Millwood) . 12, 2014, Cilt 33. 2247-55.

38. Akalın E, Tanrıöver MD, Sayran F, Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü. Cilt 40. TÜSİADT/2012-06/529.

39. Mollahaliloğlu S ve ark. Türkiye’de Sağlığa Bakış (Eds.), Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık, 2007.

40. Haskett T, Chronic illness management: Changing the system, Home Health Care Management Practice , 2006, Cilt 18. 492-6..

41. Ateş, M. Sağlık Hizmetleri Yönetimi. İstanbul: Beta Yayınları, 2013.

42. Geyman, J. P. Disease management: Panacea, another false hope, or something in between? : Ann Fam Med, 2007, Cilt 5. 257-260.

43. Wagner EH., The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ, 2000, Cilt 320. 569-72.

44. Starfield B, Primary care: balancing health needs, services and technology:
New York Oxford Univ Press, 1998.
45. Phillips R, Starfield B, Why does a US primary care workforce crisis matter?
Am Fam Physician, 2003, Cilt 68. 1494–500.
46. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. Resmi Gazete, 2021.
47. Starfield B, Shi L, Macinko J., Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q, 2005, Cilt 83. 457–50.
48. RE, Rakel. Essentials of Family Medicine. Textb Fam Pract., 2016. 1–180.
49. Godwin M, Williamson T, Khan S, Kaczorowski J, Asghari S, Morkem R, et al. Prevalence and management of hypertension in primary care practices with electronic medical records: a report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. 1, C Open, 2015, Cilt 3. 76–82.
50. Wolff JL, Starfield B, Anderson G, Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med, 2002, Cilt 162. 2269–76.
51. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Sağlık bakanlığı, 2015, Cilt 37.
52. Osterberg L, Blaschke T, Adherence to medication. N Engl J Med. , 2005;, Cilt 353. 487– 97.
53. Costa F, Compliance with antihypertensive treatment. Clin Exp Hypertens, 1996, Cilt 18. 463–72. .
54. Mandıracıoğlu A, Doğan F, Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı, Ege Tıp Dergisi, 1993, Cilt 32. 499-501.
55. ABC of blood pressure management: detecting hypertensive patients, Br Med J, 1982; , Cilt 282. 1211-13..

56. Bannan LT, Beeveres DG, Jackson SHD, Zancheti A, Chalmers J, Arakawa K ve ark. Guidelines for the management of mild hypertension. Memorandum from a WHO/ISH meeting. ISH Hypertension News. Special edition, 1993, Cilt 1.
57. Poulter NR, Zographos D, Mattin R, Sever PS, Thom SM. Concomitant risk factors in hypertensives: a survey of risk factors for cardiovascular disease amongst hypertensives in English general practices, Blood Press, 1996, Cilt 5. 209-15.
58. Akkuş E, Karatay Y, Karadağ G, Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2012, Cilt 28. 85-96.
59. Çetinkaya F, Baykan Z, ve Naçar M, Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu.: TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013, Cilt 12.
60. Kılıç Öztürk Y, ve ark., Bir aile hekimliği birimine başvuran hipertansiyon tanılı bireylerin hastalıkla ilişkili bilgi düzeyi ve tutumları: J Med Palliat Care, 2021, Cilt 2. 66-70.
61. Kırılmaz H, ve Öztürk K, Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma: Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2018, Cilt 5.
62. Oskay E.M, Önsüz M.F, ve Toğuzoğlu A, İzmir'de bir sağlık ocağı'nda başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi.: ADUTıpFakültesiDergisi, 2010, Cilt 11.
63. Derington CG, PharmD MS, King JB, Herrick JS, Schimbo D. Trends in antihypertensive medication monotherapy and combination use among US adults, NHANES 2005–2016.: Hypertension, 2020, Cilt 75. 973-81.
64. Altuntaş M, Arteriyel Hipertansiyon Tanısında Hasta Eğitim Düzeyi ve Aile Hekimliği Uygulamasının Rolü: Selcuk Med J, 2019, Cilt 35. 31-36.

65. Ralapanawa, Udaya , et al. Hypertension Knowledge, Attitude, and Practice in Adult Hypertensive Patients at a Tertiary Care Hospital in Sri Lanka. *Int J Hypertens.*, 2020 , Cilt October.
66. Güven E.A, Aycan S, Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların bir sağlık sorunları olduğunda tutum, davranışları ve buna etki eden faktörler. *Health, Turk J Public.* 1, 2019, Cilt 17.
67. Roos NP, Carrière KC, Friesen D, Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg Canadian Medical Association , 1998, Cilt 159.
68. Ginenus F, Firomsa B, Tadesse T, Getahun F, Ebisa T, Motuma G, Eba A, Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review : *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol*, 2021, Cilt 13. 86-93.
69. Mete, B. Pehlivan, E. Tekin, C. Nacar, E. Unver, E. Baran, A, Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: *Medicine Science*, 2015, Cilt 4.
70. Gürfidan, C, Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti Ve Memnuniyet Kırklareli İl Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kaynaklar İşletme Yönetimi Anabilim Dalı . 2014.
71. Ağdemir, H. Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Çığ Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Mersin : 2012.
72. Özaras G, Dil S, Çankırı'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Sosyo-demografik, Çevresel ve Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi: Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 6. 389-404.
73. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM, How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive

study using the general practice assessment questionnaire: Med J Aust , 2008, Cilt 189.

215-9.

74. Haas JS, Cook EF, Puapolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA, Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?, J Gen Intern Med , 2000, Cilt 15. 122-8.
75. Üstün S, ve Cezlan E.Ç, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma, GÜSBD, 2021, Cilt 10. 353 - 364.
76. LIU Y, et al.Factors influencing choice of health system access level in China: A systematic review: PLoS One, 2018, Cilt 13.
77. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Erişim Tarihi. [Çevrimiçi] 2012. [Alıntı Tarihi: 25 01 2022.] www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223.
78. Green LA, Phillips RL, Fryer GE,Oxford Textbook of Primary Medical Care.1 st ed. New York : Oxford University Press, 2004, Cilt 3.
79. Oliveria S.A,Lapuerta P, Mccarthy BD, et al.Physician-Related Barriers to the Effective Management of Uncontrolled Hypertension.: Arch Intern Med., 2002, Cilt 162. 413-420.