



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SAKARYA İLİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE GENEL
YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ONUR ÜNLÜ
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SAKARYA İLİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN HİPERTANSİYON
YÖNETİMİNE GENEL YAKLAŞIMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ONUR ÜNLÜ
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi
Program türü : Uzmanlık Tezi
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği
Tez Sahibi : Onur ÜNLÜ
Sınav Tarihi : **Saat:**
Tez Başlığı :

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2025 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2025

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 11/12/2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2025

Dr. Onur ÜNLÜ

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında aldığım uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen değerli Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Dr. Öğretim Üyesi Abdülkadir Aydın’a,

Tez danışmanım ve kıymetli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın’a,

Bu çalışmanın bütün aşamalarında ve tezimin oluşum ve tamamlanma süreçlerinde yardımcı olarak büyük destek sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Erkut Etçioğlu’na,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma imkânı bulduğum Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin tüm akademisyenlerine, uzman ve asistan hekimlerine,

Bugünlere gelmemde emeği çok büyük olan kıymetli annem Hava Ünlü ve babam Nejat Ünlü’ye,

Her türlü desteğini esirgemeyen canım eşim Zeynep Ünlü ve kıymetli oğullarım Ahmet Ozan Ünlü, Mehmet Kaan Ünlü ve Ali Tuğkan Ünlü’ye,

Tez sürecinde desteğini ve yardımını benden esirgemeyen, her zaman fikir teatisinde bulunduğum kıymetli abim Uzm. Dr. Raşit Karaaytaç’a,

En içten dileklerimle teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Saygılarımla

Dr. Onur ÜNLÜ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hipertansiyon Tanımı ve Tanı Kriterleri.....	3
2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Kan Basıncı Ölçümü ve Ölçüm Yöntemleri	5
2.4. Hipertansiyon Sınıflandırılması ve Tipleri.....	7
2.4.1. Klinik prezentasyon ve ölçüm paternlerine göre hipertansiyon.....	7
2.4.2. Etiyolojik sınıflandırma.....	8
2.4.3. Kan basıncına göre sınıflandırma.....	9
2.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri	11
2.5.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri	11
2.5.2. Değiştirilebilen risk faktörleri	12
2.6. Hipertansiyonda Tarama	14
2.7. Hipertansiyon Tedavisi	15
2.8. Hipertansiyon Komplikasyonları	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21

3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	21
3.5. Verilerin Analizi.....	21
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIşMA VE SONUÇ.....	55
6. KAYNAKLAR.....	69
7. EKLER	75
7.1. EK-1: Etik kurul kararı.....	75
7.2. EK-2: Anket formu.....	76
ÖZGEÇMİş	84

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ACC/AHA: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti
ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
AF: Atrial fibrilasyon
AKBİ: Ambulatuvar kan basıncı izlemi
ARB: Anjiyotensin II reseptör blokerleri
DKB: Diyastolik kan basıncı
EKBİ: Evde kan basıncı izlemi
ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği
İSH: İzole sistolik hipertansiyon
KAH: Koroner arter hastalığı
KB: Kan basıncı
KKB: Kalsiyum kanal blokerleri
KY: Kalp yetmezliği
MH: Maskeli hipertansiyon
MRA: Mineralokortikoid reseptör antagonisti
NSAİİ: Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar
OKBİ: Ofis kan basıncı izlemi
OOKBİ: Otomatik ofis kan basıncı izlemi
OUA: Obstrüktif uyku apnesi
PAH: Periferik arter hastalığı
RAAS: Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi
SDBY: Son dönem böbrek yetmezliği
SKB: Sistolik kan basıncı
SVH: Serebrovasküler hastalık
TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
THBHD: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği
VKİ: Vücut kitle indeksi
WCH: Beyaz önlük hipertansiyonu
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Güncel kılavuzlara göre hipertansiyon tanı kriterleri	3
Tablo 2.4. Kan basıncına göre hipertansiyon sınıflandırması ve evreleme.....	10
Tablo 2.6. Kılavuzlara göre hipertansiyon tarama önerilerinin karşılaştırılması.....	15
Tablo 2.7. Kılavuzlara göre hipertansiyon tedavi önerilerinin karşılaştırılması.....	17
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	24
Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumu özellikleri.....	25
Tablo 4.3. Katılımcıların hastalarının polikliniğe en sık başvuru nedeni.....	26
Tablo 4.4. Katılımcıların karşılaştığı en sık kronik hastalıklar.....	26
Tablo 4.5. Katılımcıların tanı ve takibinde en sık sorun yaşadığı kronik hastalıklar.....	27
Tablo 4.6. Katılımcıların hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanma durumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre dağılımı.....	29
Tablo 4.7. Katılımcıların hipertansiyon yönetiminde kullandıkları kılavuzlar ve unvanlara göre dağılımı.....	31
Tablo 4.8. Katılımcıların verilen vaka sorusu için doğru tanı koyma durumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre dağılımı.....	33
Tablo 4.9. Katılımcıların hipertansiyon tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve unvana göre dağılımı	36
Tablo 4.10. Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu.....	37
Tablo 4.11. Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedavi başarı oranı ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu.....	39
Tablo 4.12. Katılımcılara göre aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon yönetimindeki başarısızlık nedenleri ve unvanlara göre dağılımı.....	42
Tablo 4.13. Katılımcıların hipertansiyon tarama, takip ve tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve unvana göre dağılımı	45

Tablo 4.14. Katılımcıların hipertansiyon yönetimindeki yeterlilik algısı ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu.....	47
Tablo 4.15. Katılımcıların hipertansiyon hastalarına yönelik tedavi ve takip önerileri ve unvanlara göre dağılımı.....	50
Tablo 4.16. Katılımcıların hipertansiyon hastalarını uzman hekime sevk etme nedenleri ve unvanlara göre dağılımı.....	53



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ:Hipertansiyon, yüksek prevalansa sahip, çoğunlukla nonspesifik semptomlarla ve metabolik disfonksiyonlarla birlikte seyreden bir hastalıktır. Aile hekimleri, hipertansiyonun erken tanısı ve etkin yönetiminde önemli rol üstlenmektedir. Bu çalışmada; hipertansiyon yönetimi konusunda, Sakarya ilinde görev yapan aile hekimlerinin bilgi birikimini, bu birikimi etkileyebilecek etmenleri belirlemek ve hekimlerin bu konuda farkındalık düzeylerinin artırılması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM:1 Nisan - 30 Nisan 2025 tarihleri arasında Sakarya'da görev yapan 212 aile hekiminin katılımıyla kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma yürütülmüştür. Veriler, 22 maddelik bir çevrimiçi anket kullanılarak toplanmış ve istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

BULGULAR:Katılımcıların %66,5'ini pratisyen hekimler, %17,5'ini aile hekimliği asistanları ve %16,0'ını aile hekimliği uzmanları oluşturmuştur. Hekimlerin çoğunun (%72) altı yıldan fazla deneyime sahip olduğu, yüksek sayıda (3000-4000) kayıtlı hastayı yönettiği ve kısıtlı muayene süresine (≤ 5 dakika) sahip olduğu görülmüştür. Hipertansiyon, en sık karşılaşılan kronik hastalık (%19,0) olarak bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının, pratisyen hekimler ve aile hekimliği asistanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük sevk oranlarına sahip olduğu ($p<0,05$) ve klinik kılavuzları kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu ($p<0,001$) tespit edilmiştir.

SONUÇ:Çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlarının hipertansiyon hastalarının tanı, takip ve tedavi süreçlerinde güncel ulusal ve uluslararası kılavuzlara uyum, hasta sevk oranları ve öz yeterlilik algısı açısından üstünlük gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgular, hipertansiyon yönetim kalitesinin artırılmasında ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde aile hekimliğinin merkezi rolünü ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, aile hekimliği disiplininin güçlendirilmesi, çalışma koşullarının optimize edilmesi ve sürekli mesleki gelişim programlarının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler:Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetleri, hipertansiyon, hipertansiyon yönetimi.

ABSTRACT

Evaluation of the general approaches to hypertension management of family physicians working in family health centers in Sakarya province

AIM:Hypertension is a high-prevalence disease, often presenting with nonspecific symptoms and associated with metabolic dysfunctions. Family physicians play an important role in the early diagnosis and effective management of hypertension. This study aims to assess the knowledge of family physicians practicing in Sakarya province regarding hypertension management, to identify factors that may affect this knowledge, and to increase the awareness of physicians on this topic.

MATERIALS AND METHODS:A cross-sectional and descriptive study was conducted between April 1 and April 30, 2025, with the participation of 212 family physicians practicing in Sakarya. Data were collected using a 22-item online questionnaire and subjected to statistical analysis.

RESULTS:The participants consisted of 66.5% general practitioners, 17.5% family medicine residents, and 16.0% family medicine specialists. It was observed that the majority of physicians (72%) had more than six years of professional experience, managed a high volume of registered patients (3000-4000), and had limited consultation times per patient (≤ 5 minutes). Hypertension was identified as the most frequently encountered chronic disease (19.0%). It was determined that family medicine specialists had statistically significantly lower referral rates ($p < 0.05$) and a significantly higher tendency to use clinical guidelines ($p < 0.001$) compared to general practitioners and family medicine residents.

CONCLUSION:Our study determined that family medicine specialists show superiority in the diagnosis, follow-up, and treatment processes of hypertensive patients in terms of adherence to current national and international guidelines, patient referral rates, and perceived self-efficacy. These findings reveal the central role of family medicine in increasing the quality of hypertension management and improving patient outcomes. Accordingly, strengthening the discipline of family medicine, optimizing working conditions, and expanding continuing professional development programs is important.

Keywords:Family medicine, primary health care, hypertension, hypertension management.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, küresel çapta milyarlarca insanı etkileyen ve kardiyovasküler hastalıklar (KVH) başta olmak üzere ciddi sağlık sorunlarına yol açan önde gelen bir halk sağlığı problemidir. Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease) çalışmaları, yüksek sistolik kan basıncının, önlenebilir ölüm ve engelliliğe yol açan risk faktörleri arasında ilk sıralarda yer aldığını göstermektedir (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Arteriyel kan basıncının kronik olarak yüksek seyretmesi durumu olarak tanımlanan hipertansiyon, sıklıkla belirgin semptomlar vermeden ilerlediği için "sessiz katil" olarak da nitelendirilmektedir. Bu durum, hastalığın farkındalığının düşük olmasına ve pek çok bireyin tanı almadan veya yetersiz tedavi ile yaşamasına neden olabilmektedir (Unger ve ark., 2020).

Hipertansiyon tanısının önemi, sadece hastalığın varlığını saptamakla kalmaz, aynı zamanda bireyin genel kardiyovasküler risk profilini belirleyerek uygun tedavi stratejisinin oluşturulmasına olanak tanır. Güncel kılavuzlar, tanıda standardize edilmiş ofis ölçümlerine ek olarak, beyaz önlük hipertansiyonu veya maskeli hipertansiyon gibi durumları ekarte etmek için ambulatuvar kan basıncı izlemi (AKBİ) veya evde kan basıncı izlemi (EKBİ) gibi ofis dışı yöntemlerin kullanımını giderek daha fazla önermektedir (Stergiou ve ark., 2021; Unger ve ark., 2020). Doğru tanı yöntemlerinin kullanılması, gereksiz tedavilerin önüne geçilmesini sağlarken, gerçek risk altındaki hastaların zamanında ve etkin bir şekilde tedavi edilmesini mümkün kılar. Erken tanı, aynı zamanda hedef organ hasarının (kalp, beyin, böbrekler, gözler) henüz gelişmediği veya erken evrede olduğu dönemde müdahale şansı vererek uzun dönem prognozu iyileştirir (Whelton ve ark., 2018).

Tanı kadar önemli olan bir diğer unsur ise etkin ve sürekli tedavidir. Randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler, kan basıncının farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle düşürülmesinin inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetersizliği, kronik böbrek hastalığı progresyonu ve genel mortalite riskini anlamlı ölçüde azalttığını kanıtlamıştır (Brunström ve Carlberg, 2018; Ettehad ve ark., 2016;

Rahimi ve ark., 2017). Özellikle 2020 sonrası yayımlanan küresel kılavuzlar, bireyselleştirilmiş tedavi hedeflerinin belirlenmesi, tedaviye erken başlanması ve tedavi uyumunun artırılması yönünde güçlü önerilerde bulunmaktadır (Olsen ve ark., 2020; Unger ve ark., 2020). Ancak, küresel ölçekte hipertansiyon kontrol oranlarının hala istenilen düzeyde olmaması, tanı konulan hastalarda bile tedavi hedeflerine ulaşmada ve tedavinin sürdürülmesinde önemli zorlukların devam ettiğini göstermektedir (Zhou ve ark., 2021). Bu durum, hipertansiyon yönetiminin sadece ilaç reçete etmekten ibaret olmadığını, aynı zamanda hasta eğitimi, yaşam tarzı değişikliklerinin teşviki, düzenli takip ve tedaviye uyumun sağlanması gibi birden fazla faktörden etkilendiğini göstermektedir.

Hipertansiyon yönetiminin başarısı büyük ölçüde birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğine bağlıdır ve bu noktada aile hekimleri merkezi bir rol oynamaktadır. Toplumla ilk temas noktası olan aile hekimliği birimleri, hipertansiyonun erken tanısı için en uygun ortamlardan birini sunar (Unger ve ark., 2020). Düzenli sağlık kontrolleri, farklı nedenlerle yapılan başvurular veya asemptomatik bireylerde fırsatçı taramalar yoluyla, aile hekimleri kan basıncı yüksekliğini tespit etme ve tanı sürecini başlatma konusunda kritik bir işleve sahiptir. Hastaların sağlık sistemine kolay erişimini sağlamaları ve genellikle uzun süreli bir hekim-hasta ilişkisi kurmaları, hipertansiyon gibi kronik ve sessiz seyreden bir hastalığın farkındalığının artırılmasında ve tanı konulmasında aile hekimlerinin önemini pekiştirmektedir (Olsen ve ark., 2020).

Sonuç olarak, hipertansiyonun yaygınlığı, sessiz seyri ve yol açtığı ciddi komplikasyonlar dikkate alındığında, erken ve doğru tanı ile etkin ve sürekli tedavinin önemi yadsınamaz (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018). Kronik hastalık yüküne önemli bir katkı sağlayan hipertansiyonun birinci basamakta erken tespiti ve sürekli yönetiminin gerekliliğinden hareketle, bu çalışma Sakarya'daki aile hekimlerinin hipertansiyonlu hasta yönetimi konusundaki genel pratiklerini ve perspektiflerini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı ve Tanı Kriterleri

Hipertansiyon, kardiyak debi ve periferik direnç bileşenlerinin etkisiyle damar duvarına uygulanan kan basıncının normal sınırların üzerine çıkması olarak tanımlanmaktadır. Tanımlamalar, kılavuzlar arasında farklılıklar göstermekle birlikte temel hedef kan basıncının 130/80 mm-Hg veya altında tutulması olarak gösterilmektedir (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA) 2017 kılavuzu, hipertansiyon tanısını sistolik kan basıncı (SKB) ≥ 130 mmHg veya diyastolik kan basıncı (DKB) ≥ 80 mm-Hg olarak revize ederek daha agresif bir yaklaşım benimsemiştir. Bu revizyon, SPRINT çalışmasında düşük kan basıncı hedeflerinin mortaliteyi %27 azalttığını gösteren verilere dayanmaktadır (Wright ve ark., 2021). Buna karşılık, Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) 2023 ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2024 kılavuzu geleneksel eşik değerleri korumuş (SKB ≥ 140 mm-Hg) ve risk tabanlı tedaviyi ön plana çıkarmıştır (Mancia ve ark., 2023). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) ise yerel epidemiyolojik verileri dikkate alarak SKB ≥ 140 mm-Hg'yı tanı kriteri olarak kabul etmiş, ancak diyabetli hastalarda hedefi $< 130/80$ mm-Hg olarak belirlemiştir (TEMED, 2022; Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Güncel kılavuzlara göre hipertansiyon tanı kriterleri

Kılavuz	Ofis Ölçümleri	Ambulatuvar Ölçüm (24 Saat)	Ev Ölçümleri	Ek Notlar
ACC/AHA 2017	$\geq 130/80$ mm-Hg	$\geq 130/80$ mm-Hg	$\geq 130/80$ mm-Hg	Ambulatuvar/ev ölçümleriyle doğrulama zorunludur.

Tablo 2.1. Güncel kılavuzlara göre hipertansiyon tanı kriterleri (devamı)

ESH 2023	$\geq 140/90$ mm-Hg	$\geq 130/80$ mm-Hg	$\geq 135/85$ mm-Hg	Beyaz önlük ve maskeli hipertansiyon ayırımı için ambulator ölçüm önerilir.
ESC 2024	≥ 140 mm-Hg veya ≥ 90 mm-Hg	$\geq 130/80$ mm-Hg	$\geq 135/85$ mm-Hg	Ambulator/ev ölçümleriyle çoklu doğrulama önerilir
TEMD 2022	$\geq 140/90$ mm-Hg	$\geq 130/80$ mm-Hg	$\geq 135/85$ mm-Hg	Maskeli hipertansiyon vurgusu; çoklu ölçüm yöntemleri esas alınır.

ACC/AHA: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti, ESH: Avrupa Hipertansiyon Derneği, ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği, TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

2.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık 1.3 milyarını etkileyen ve kardiyovasküler morbidite ile mortalitenin önde gelen risk faktörlerinden biri olarak kabul edilen kronik bir halk sağlığı sorunudur (Mills ve ark., 2020). Küresel prevalansın %30-45 arasında değiştiği tahmin edilmekte olup, bu oran düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksektir (WHO, 2021). Hipertansiyonun artan yükü, yaşlanan nüfus, obezite salgını, sedanter yaşam tarzı ve işlenmiş gıda tüketimindeki artışla ilişkilendirilmektedir. Özellikle metabolik sendrom ve diyabet komorbiditeleri, hipertansiyonun kontrolünü zorlaştıran faktörler arasında öne çıkmaktadır (Oparil ve ark., 2023).

Türkiye’de yapılan çalışmalar, hipertansiyon prevalansının %35-40 düzeyinde olduğunu ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek görüldüğünü ortaya koymaktadır (Satman ve ark., 2021). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği’nin (THBHD) 2022 verilerine göre, hipertansif bireylerin yalnızca %54’ü durumunun farkında olup, %28’i etkin tedavi almaktadır (THBHD, 2022).

Pandemi döneminde hipertansiyon yönetimi önemli ölçüde aksamıştır. Rutin takiplerin azalması, stres düzeylerindeki artış ve fiziksel aktivitenin kısıtlanması, kan basıncı kontrolünü olumsuz etkilemiştir. Bir meta-analiz, pandemi sırasında hipertansif hastaların %42'sinde kan basıncı değerlerinin yükseldiğini rapor etmiştir (Kario ve ark., 2022). Ayrıca, hipertansiyonun COVID-19 enfeksiyonu ile ilişkili mortalite riskini 2.3 kat artırdığı belirlenmiştir (Live ark., 2021).

Hipertansiyonun epidemiyolojisi, coğrafi, kültürel, sosyal ve ekonomik şartlara bağlı olarak farklılık göstermektedir. Sahra Altı Afrika'da tuz tüketiminin yüksek olması, Güney Asya'da genetik yatkınlık ve Batı toplumlarında obezite, temel risk faktörleri arasındadır (Ezzati ve ark., 2022). Türkiye'de ise sedanter yaşam (%65), aşırı tuz alımı (günde 15-18g) ve sigara kullanımı (%32) en önemli değiştirilebilir risk faktörleridir (Erdem ve ark., 2023).

2.3. Kan Basıncı Ölçümü ve Ölçüm Yöntemleri

Arteriyel kan basıncının (KB) hassas ve tutarlı bir şekilde ölçülmesi, hipertansiyonun tanısı, sınıflandırılması, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve tedavi etkinliğinin izlenmesi süreçlerinin temelini oluşturur (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). Yetersiz veya hatalı ölçüm teknikleri, yanlış tanıya, gereksiz veya eksik tedaviye ve sonuç olarak suboptimal klinik sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle güncel kılavuzlar, standartlaştırılmış protokollerin uygulanmasına ve farklı ölçüm yöntemlerinin avantajları ile sınırlılıklarının anlaşılmasına büyük önem atfetmektedir (Whelton ve ark., 2018).

Ofis Kan Basıncı İzlemi (OKBİ), klinik pratikte en yaygın kullanılan yöntemdir. Otomatik ölçüm cihazları veya manşonlu sfigmomanometre ile manuel olarak kan basıncı ölçümü yapılabilir. Hastanın ölçüm öncesiminimum 5 dakika sessiz bir ortamda dinlenmiş olması, oturur pozisyonda ve 30 dakikalık zaman zarfı içerisinde tütün ve tütün ürünleri, kafein veya egzersizden kaçınmış olması gereklidir. Mesane boş olmalıdır. Manşonlu sfigmomanometre ile ölçümün doğruluğu, ölçüm tekniğinin titizlikle uygulanmasına bağlıdır (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). Manşon, brakiyal arter üzerine, dirsek kıvrımının 2-3 cm üzerine yerleştirilmelidir.

Kol çevresine uygun boyutta manşon ile ölçüm yapılmalıdır. Minimum iki ölçüm, aralarında 1-2 dakika bekledikten sonra yapılmalı ve bulunan sonuçların ortalaması esas alınmalıdır. Ölçümler arasında >5 mmHg fark varsa ek ölçümler gerekebilir. İlk vizitte her iki koldan ölçüm yapılarak anlamlı fark ($>10-15$ mmHg) olup olmadığı değerlendirilmelidir; fark varsa sonraki ölçümlerde yüksek değer veren kol kullanılmalıdır. Otomatik ölçüm cihazları gözlemci hatalarını minimize eder ve çoklu ölçümlerle ortalamalar sunar.

Ambulatuvar Kan Basıncı İzlemi (AKBİ) hastanın normal günlük aktiviteleri sırasında, genellikle 24 saat boyunca, belirli aralıklarla (örn. gündüz 15-30 dk, gece 30-60 dk) otomatik olarak KB ölçümü yapan taşınabilir bir cihazla gerçekleştirilir. Gece, gündüz ve 24 saatlik zaman dilimlerine ait ortalama KB sonuçlarını elde etme imkânı tanır. Gece KB düşüş paternini (dipping durumu) değerlendirir. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon tanısını koymada altın standarttır. OKBİ'ye göre hedef organ hasarı ve kardiyovasküler olaylarla daha güçlü korelasyon gösterir. Tedavi etkinliğinin 24 saat boyunca değerlendirilmesini sağlar. Maliyet, cihazın her zaman erişilebilir olmaması ve bazı hastalarda uyku kalitesini veya günlük aktiviteleri etkileyebilmesi dezavantaj olarak sayılabilir (Mancia ve ark., 2023; Williams ve ark., 2018).

Evde Kan Basıncı İzlemi (EKBİ), hastanın kendi kan basıncını ev ortamında, genellikle sabah ve akşam olmak üzere belirli bir protokol dâhilinde ölçmesini içerir. OKBİ'deki gibi hazırlık ve pozisyon kurallarına uyulur. Valide edilmiş, tercihen otomatik bir cihaz kullanılır. Genellikle tedavi kararı öncesi veya takipte 3-7 gün boyunca, sabah (uyanıp tualete gittikten sonra, kahvaltı ve ilaç öncesi) ve akşam (yatmadan önce) ikişer ölçüm yapılır. Ölçümler arası 1-2 dk olmalıdır. Çok sayıda ölçüm imkânı sunar. Beyaz önlük etkisini ortadan kaldırır ve maskeli hipertansiyonu saptamaya yardımcı olabilir. Hastanın tedaviye katılımını ve uyumunu artırabilir. AKBİ'ye göre daha ucuz ve erişilebilirdir. Hastanın doğru tekniği uygulama becerisi, cihazın doğruluğu, ölçüm sonuçlarının doğru kaydedilmesi ve potansiyel hasta anksiyetesi yöntemin kısıtlılıkları arasındadır (Mancia ve ark., 2023).

Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, kullanılan sfigmomanometrelerin (aneroid veya otomatik) uluslararası kabul görmüş protokoller (örn. AAMI, ESH-IP) ile klinik olarak valide edilmiş olması esastır (Mancia ve ark., 2023).

2.4. Hipertansiyon Sınıflandırılması ve Tipleri

2.4.1. Klinik prezentasyon ve ölçüm paternlerine göre hipertansiyon

Sürekli (Sustained) Hipertansiyon: Hem ofis ölçümlerinde hem de ofis dışı ölçümlerde KB değerlerinin yüksek olduğu en yaygın hipertansiyon formudur (Whelton ve ark., 2018).

Beyaz Önlük Hipertansiyonu (White Coat Hypertension - WCH): Ofis ortamında KB ölçümleri yüksek ($\geq 140/90$ mmHg veya ACC/AHA'ya göre $\geq 130/80$ mmHg) iken, ofis dışında (AKBİ veya EKBİ ile) KB değerlerinin normal sınırlarda olduğu durumdur (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). WCH prevalansı %15-30 arasında değişebilir. Kardiyovasküler riskin sürekli hipertansiyona göre daha düşük, ancak normotansif bireylere göre daha yüksek olabileceği düşünülmektedir ve bu hastaların sürekli hipertansiyona ilerleme riski vardır, bu nedenle düzenli takip önerilir (Mancia ve ark., 2023). Tanı için mutlaka ofis dışı KB ölçümü gereklidir.

Maskeli Hipertansiyon (Masked Hypertension - MH): Ofis KB ölçümleri normal ($< 140/90$ mmHg veya ACC/AHA'ya göre $< 130/80$ mmHg) iken, ofis dışı ölçümlerde KB değerlerinin yüksek olduğu durumdur (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). Prevalansı %10-15 civarındadır. MH, ofiste normal KB nedeniyle gözden kaçabilen, ancak sürekli hipertansiyona benzer şekilde yüksek kalp damar hastalıkları riski ve end organ hasarı ile ilişkili sinsi bir durumdur. Özellikle hedef organ hasarı bulguları olan veya yüksek normal KB'ye sahip bireylerde şüphelenilmeli ve ofis dışı ölçümlerle taranmalıdır (Mancia ve ark., 2023).

Dirençli Hipertansiyon (Resistant Hypertension): KB'nin, optimal veya tolere edilebilen en yüksek dozlarda, biri diüretik olmak üzere minimum üç ayrı sınıftan antihipertansif ilacın kullanılmasına rağmen hedef değerlerin üzerinde kalması veya

KB kontrolü için dört ya da daha fazla ilaca ihtiyaç duyulması olarak tanımlanır (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018).

Nocturnal ve Non-Dipper Hipertansiyon: AKBİ ile tanı konulan bu türlerde, gece KB'deki düşüşün yetersiz olması (%10-20'den az) kardiyovasküler riski artırır. Diyabet ve kronik böbrek hastalığı (KBH) ile sık ilişkilidir (Hermida ve ark., 2020).

İzole Sistolik Hipertansiyon (İSH): Artmış sistolik KB (genellikle ≥ 140 mmHg) ile birlikte normal diyastolik KB (< 90 mmHg) varlığı olarak tanımlanır ve özellikle yaşlı popülasyonda artan aterosklerozun bir göstergesi olarak sıkça görülür (Williams ve ark., 2018).

2.4.2. Etiyolojik sınıflandırma

Primer (Esansiyel) Hipertansiyon: Hipertansiyon olgularının büyük çoğunluğunu (~%90-95) oluşturan ve altta yatan spesifik, tek bir nedenin tanımlanamadığı formdur (Mancia ve ark., 2023). Primer hipertansiyonun patogenezi multifaktöriyel olup genetik yatkınlık, çevresel faktörler (yüksek tuz alımı, obezite, sedanter yaşam tarzı, stres), sempatik sinir sistemi aktivasyonu, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) disregülasyonu ve endotel disfonksiyonu gibi karmaşık mekanizmaların etkileşimini içerir (Whelton ve ark., 2018). Tanı, genellikle sekonder nedenlerin dışlanmasıyla konulur.

Sekonder Hipertansiyon: Hipertansiyon olgularının daha küçük bir kısmını (~%5-10) oluşturan bu formda, KB yüksekliğine neden olan tanımlanabilir bir altta yatan patoloji mevcuttur (Mancia ve ark., 2023). Sekonder hipertansiyonun erken tanısı, altta yatan nedenin potansiyel olarak tedavi edilebilir veya düzeltilebilir olması nedeniyle klinik olarak büyük önem taşır. En sık görülen sekonder hipertansiyon nedenleri arasında şunlar bulunmaktadır:

Renal Nedenler: KBH (parankimal hastalık), renal arter stenozu (renovasküler hipertansiyon).

Endokrin Nedenler: Primer aldosteronizm, feokromositoma/paraganglioma, Cushing sendromu, tiroid veya paratiroid hastalıkları.

Vasküler Nedenler: Aort koarktasyonu.

İlaçlar ve Maddeler: Non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ), oral kontraseptifler, dekonjestanlar, bazı antidepresanlar, kortikosteroidler, sempatomimetikler, aşırı alkol tüketimi, meyan kökü.

Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA): Giderek daha fazla tanınan önemli bir sekonder hipertansiyon nedenidir (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018).

Sekonder hipertansiyon şüphesi, özellikle genç yaşta (<30 yaş) veya ileri yaşta (>65 yaş) ani başlangıçlı veya şiddetli/dirençli hipertansiyon, hipokalemi gibi elektrolit anormallikleri veya altta yatan hastalığa özgü klinik belirti ve bulguların varlığında artar ve ileri tetkik gerektirir (Mancia ve ark., 2023).

2.4.3. Kan basıncına göre sınıflandırma

Hipertansiyonun etkin yönetimi, doğru tanı konulmasının ardından, durumun ciddiyetini belirlemek ve uygun tedavi stratejilerini seçmek amacıyla yapılan sınıflandırma ve evreleme ile başlar. Bu süreç, hastanın kardiyovasküler riskini değerlendirmek, tedaviye başlangıç zamanını ve yoğunluğunu belirlemek ve tedavi hedeflerini saptamak için temel bir çerçeve sunar (Williams ve ark., 2018).

Güncel uluslararası kılavuzlar, KB düzeylerine göre farklı sınıflandırma ve evreleme sistemleri önermektedir. Bu sistemler arasında en çok referans alınanlardan ikisi ACC/AHA ve ESC/ESH kılavuzlarıdır. Her iki ana kılavuz sistemi de İzole Sistolik Hipertansiyon (İSH) durumunu tanımaktadır. İSH, tespit edilen SKB değerine göre ilgili kılavuzun evreleme sistemine dâhil edilir ve kalp damar hastalıkları açısından spesifik bir risk faktörü olarak görülür (Tablo 2.4.).

Tablo 2.4. Kan basıncına göre hipertansiyon sınıflandırması ve evreleme

Kılavuz	ACC/AHA 2017	ESH 2023	TEMED 2022
Normal Kan Basıncı	SKB <120 mm-Hg ve DKB <80 mm-Hg	SKB <130 mm-Hg ve DKB <85 mm-Hg	SKB <130 mm-Hg ve DKB <85 mm-Hg
Yüksek Normal	SKB 120-129 mm-Hg ve DKB <80 mm-Hg	SKB 130-139 mm-Hg veya DKB 85-89 mm-Hg	SKB 130-139 mm-Hg veya DKB 85-89 mmHg
Evre 1 Hipertansiyon	SKB 130-139 mmHg veya DKB 80-89 mm-Hg	SKB 140-159 mm-Hg veya DKB 90-99 mm-Hg	SKB 140-159 mm-Hg veya DKB 90-99 mm-Hg
Evre 2 Hipertansiyon	SKB $\geq$ 140 mm-Hg veya DKB $\geq$ 90 mm-Hg	SKB $\geq$ 160 mm-Hg veya DKB $\geq$ 100 mm-Hg	SKB $\geq$ 160 mm-Hg veya DKB $\geq$ 100 mm-Hg
İzole Sistolik Hipertansiyon	SKB $\geq$ 130 mm-Hg ve DKB <80 mm-Hg	SKB $\geq$ 140 mm-Hg ve DKB <90 mm-Hg	SKB $\geq$ 140 mm-Hg ve DKB <90 mm-Hg

ACC/AHA: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti, ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği, TEMED: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı

Hipertansiyonun evrelendirilmesi, klinik karar verme sürecinin merkezinde yer alır. KB seviyesi yükseldikçe, hedef organ hasarı (kalp, beyin, böbrekler, gözler, periferik arterler) ve majör kardiyovasküler olay riski logaritmik olarak artar (Williams ve ark., 2018). Hipertansiyonun doğru bir şekilde sınıflandırılması ve evrelendirilmesi, hastanın risk profilini belirlemek, bireyselleştirilmiş tedavi planları oluşturmak ve uzun vadeli komplikasyonları en aza indirmek için temel adımlardır. Farklı kılavuzlar arasındaki eşik değer farklılıkları devam etmekle birlikte, kılavuzlar kan basıncı yüksekliğinin derecesine göre artan riske işaret etmekte ve klinik yönetime rehberlik etmektedir (Whelton ve ark., 2018).

2.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Arteriyel hipertansiyon, tüm dünyada kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm ve hastalık yükünün başlıca müdahale edilebilir risk etmenlerinden biri olarak kabul görmektedir (Mills ve ark., 2020). Hipertansiyonun patogenezi, genetik yatkınlık ve çevresel tetikleyiciler gibi çok sayıda faktörün dinamik etkileşimini içeren kompleks bir süreçtir. Bu risk faktörlerinin tanımlanması ve anlaşılması, hem birincil korunma stratejilerinin geliştirilmesi hem de hipertansif bireylerde etkin tedavi ve yönetim planlarının oluşturulması açısından kritik öneme sahiptir (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). Hipertansiyon risk faktörleri genellikle değiştirilemeyen (non-modifiable) ve değiştirilebilen (modifiable) faktörler olarak iki ana grupta incelenir.

2.5.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

İlerleyen Yaş: Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte belirgin şekilde artmaktadır. Arteriyel duvarlarda yaşla ortaya çıkan yapısal değişiklikler (sertleşme, elastikiyet kaybı) ve nöro hormonal sistemlerdeki değişimler bu artışa katkıda bulunur (Whelton ve ark., 2018). Özellikle sistolik kan basıncı yaşla birlikte daha belirgin artış gösterir.

Cinsiyet: Genel olarak, erken ve orta yetişkinlik döneminde hipertansiyon görülme sıklığı, erkeklerde kadınlara kıyasla daha fazladır. Ancak postmenopozal dönemde kadınlarda prevalans hızla artarak erkekleri yakalar ve hatta geçebilir (Mancia ve ark., 2023).

Genetik Yatkınlık ve Aile Öyküsü: Ailesinde (soygeçmişinde) hipertansiyon öyküsü bulunan bireylerde hipertansiyon gelişme riski anlamlı derecede yüksektir. Hipertansiyon poligenik bir özellik olup, çok sayıda genetik varyantın kan basıncı regülasyonu üzerindeki küçük etkilerinin birikimiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Williams ve ark., 2018).

Etnik Köken: Bazı etnik gruplarda hipertansiyon prevalansı, başlangıç yaşı ve şiddeti farklılık gösterebilir. Örneğin, Afrika kökenli bireylerde hipertansiyon daha erken

yaşıta başlama, daha şiddetli seyretme ve komplikasyonlara daha yatkın olma eğilimindedir (Whelton ve ark., 2018).

2.5.2. Değiştirilebilen risk faktörleri

Yüksek Sodyum (Tuz) Alımı: Aşırı tuz tüketimi, hipertansiyon gelişiminde en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir. Toplum düzeyinde tuz alımının azaltılması, kan basıncını düşürmede etkili bir stratejidir (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). INTERSALT çalışmasının güncel analizleri, günlük tuz tüketiminin 5 gramın altına düşürülmesinin SKB’de 2-8 mmHg azalma sağlayabileceğini göstermiştir (He ve MacGregor., 2003).

Düşük Potasyum Alımı: Potasyumun KB’yi azaltıcı etkisi vardır ve düşük potasyum alımı hipertansiyon riskini artırabilir. Meyve, sebze ve baklagillerden zengin diyetler potasyum alımını artırır (Whelton ve ark., 2018).

Sağlıksız Diyet Paternleri: Doymuş yağ, trans yağ ve kolesterolden zengin, işlenmiş gıdaların ağırlıkta olduğu diyetler hipertansiyon riskini artırır. Buna karşılık, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti gibi meyve, sebze, tam tahıllar, düşük yağlı süt ürünleri ve yağsız protein kaynaklarından zengin diyetlerin endotel disfonksiyonunu ve oksidatif stresi azaltarak antihipertansif etki gösterdiğini belirtmektedir (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2023).

Fazla Kilo ve Obezite: Vücut kitle indeksi (VKİ) ve bel çevresi ile kan basıncı arasında güçlü, pozitif ve sürekli bir ilişki vardır. Obezite, insülin direnci, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve RAAS aktivasyonu gibi mekanizmalarla hipertansiyona yol açar (Mancia ve ark., 2023). Kilo kaybı, KB’yi azaltmada başarılı ve etkin bir stratejidir.

Fiziksel İnaktivite: Düzenli aerobik egzersiz kan basıncını düşürürken, sedanter yaşam tarzı hipertansiyon ve başka kalp damar hastalıklarının oluşumu açısından ciddi bir risk faktörü olarak kabul görmektedir (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

Aşırı Alkol Tüketimi: Sürekli ve yüksek miktarda alkol alımı KB'yi yükseltir ve hipertansiyon riskini artırır. Alkol alımının sınırlandırılması önerilmektedir (Mancia ve ark., 2023).

Sigara Kullanımı: Sigara içimi akut olarak kan basıncını yükseltse de, kronik etkisinin primer hipertansiyon gelişimindeki doğrudan rolü tartışmalıdır. Ancak sigara, kardiyovasküler sistem için önemli bir risk faktörüdür, endotel hasarına yol açar ve hipertansif hastalarda kardiyovasküler olay riskini katlayarak artırır (Whelton ve ark., 2018).

Psikososyal Faktörler ve Stres: Akut stres kan basıncını geçici olarak yükseltirken, kronik stresin hipertansiyon gelişimine katkıda bulunabileceğine dair kanıtlar artmaktadır, ancak mekanizmalar karmaşıktır (Mancia ve ark., 2023). Bununla birlikte, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sağlık okuryazarlığı eksikliği ve çevresel kirlenmelere maruziyet gibi faktörler de hipertansiyon yönetimini zorlaştıran ek riskler olarak öne çıkmaktadır (Rajagopalan ve ark., 2023).

Eşlik Eden Tıbbi Durumlar: Bazı hastalıklar veya durumlar da hipertansiyon riskini artırır veya hipertansiyonla sıkça birlikte bulunur.

Diabetes Mellitus: Diyabet ve hipertansiyonun bir arada seyretmesi sık karşılaşılan bir klinik tablodur ve birbirlerinin olumsuz kardiyovasküler etkilerini potansiyalize ederler (Mancia ve ark., 2023).

Dislipidemi: Yüksek kolesterol ve trigliserid seviyeleri genellikle hipertansiyonla birlikte görülür ve aterosklerotik risk profilini ağırlaştırır (Williams ve ark., 2018).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH): Hipertansiyon hem KBH'nin bir nedeni hem de bir sonucudur; aralarında kompleks ve karşılıklı bir etkileşim mevcuttur (Mancia ve ark., 2023).

Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA): Obstrüktif uyku apnesi (OUA) olan bireylerde, hipoksiye bağlı sempatik aktivasyonun kronik kan basıncı yüksekliğine yol açtığı gösterilmiştir (Javaheri ve ark., 2023). Özellikle dirençli hipertansiyon başta olmak

üzere, hipertansiyon için önemli ve giderek daha fazla tanınan bağımsız bir risk faktörüdür (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018).

2.6. Hipertansiyonda Tarama

Hipertansiyon, kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin önlenabilir en önemli nedenlerinden biridir. Hipertansiyonun erken tespiti, hayat tarzı değişiklikleri ve gerektiğinde ilaç tedavisi ile KB'nin etkin bir şekilde kontrol altına alınması miyokard enfarktüsü, inme, kalp ve böbrek yetmezliği gibi yıkıcı komplikasyonların gelişme riskini anlamlı ölçüde azaltır (Whelton ve ark., 2018; Mancia ve ark., 2023). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023 Raporu, düşük ve orta gelirli ülkelerde tarama programlarının yaygınlaştırılmasının kardiyovasküler mortaliteyi %15 azaltabileceğini öne sürmektedir (WHO, 2023). Hastaların farklı sağlık sorunları veya rutin kontroller için aile hekimlerine yaptıkları düzenli ziyaretler, KB ölçümü yoluyla fırsatçı tarama için mükemmel olanaklar sunar (Whelton ve ark., 2018).

Tarama programlarının etkinliği, sadece yöntemin doğruluğuna değil, aynı zamanda erişilebilirlik, sürdürülebilirlik ve hasta uyumuna da bağlıdır. 2022'de Türkiye'de yapılan bir çalışma, aile hekimlerinin %78'inin hipertansiyon taraması için kan basıncı ölçümü ve anamnez kombinasyonunu kullandığını, ancak AKBİ gibi ileri yöntemlere erişimde eksiklikler olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, özellikle kırsal bölgelerde tanı doğruluğunu sınırlayan bir faktördür (Kaya ve ark., 2022).

Hipertansiyon taraması için temel yöntem, standardize edilmiş koşullarda yapılan ofis kan basıncı ölçümleridir. ACC/AHA 2017 Kılavuzu, hipertansiyon tanısında OKBİ'nin yanı sıra AKBİ ve EKBİ'yi zorunlu kılar (Whelton ve ark., 2017). Tarama sıklığı olarak, 18 yaş üstü bireylerde yılda en az bir kez ölçüm önerilirken, yüksek-normal KB (130-139/80-89 mmHg) olanlarda daha sık takip vurgulanmıştır. ESH 2023 ise, taramada otomatik ofis kan basıncı izlemlerini (OOKBİ) önceliklendirerek, özellikle diyabet ve kronik böbrek hastalığı olan bireylerde yılda iki kez ölçüm yapılmasını önermektedir (Parati ve ark., 2023). TEMD 2022 ise Türkiye'ye özgü epidemiyolojik veriler ışığında, 30 yaş üstü tüm erişkinlerde yıllık tarama yapılmasını ve kırsal bölgelerde mobil tarama birimlerinin kullanımını

desteklemektedir (Altun ve ark., 2022). Kılavuzların ortak noktası, hipertansiyon taramasında ofis dışı ölçümlerin tanı doğruluğunu artırdığı yönündedir. Ancak, ACC/AHA ve ESH kılavuzları, yüksek riskli gruplara odaklanırken, TEMD 2022 toplum tabanlı taramayı öne çıkarmaktadır (Tablo 2.6.).

Tablo 2.6. Kılavuzlara göre hipertansiyon tarama önerilerinin karşılaştırılması

Kılavuz	ACC/AHA 2017	ESH 2023	TEMD 2022
Tarama Başlangıç Yaşı	18+ yaş	18+ yaş	30+ yaş
Ölçüm Yöntemi	OKBİ + AKBİ/EKBİ	OOKBİ + EKBİ	OKBİ + EKBİ
Tarama Sıklığı	Yılda 1 kez (yüksek riskte 6 ayda 1)	Yüksek risk gruplarında yılda 2 kez	30+ yaşta yılda 1 kez
Özel Risk Grupları	Diyabet, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek hastalığı	Obezite, aile öyküsü, sigara kullanımı	Kırsal bölge sakinleri, düşük sosyoekonomik düzey

ACC/AHA: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti, ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği, TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, OKBİ: Ofis kan basıncı izlemi, EKBİ: Evde kan basıncı izlemi, AKBİ: Ambulatuvar kan basıncı izlemi, OOKBİ: Otomatik ofis kan basıncı izlemi

2.7. Hipertansiyon Tedavisi

Arteriyel hipertansiyon, küresel ölçekte kalp damar hastalıkları açısından morbidite ve mortalitenin önde gelen önlenabilir nedenlerinden biridir (Mancia ve ark., 2023). Hipertansiyonun etkin yönetim, ölümcül komplikasyonların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem arz eder. Bu durum sebebiyle, ACC/AHA, ESH ve ulusal dernekler gibi kuruluşlar tarafından düzenli olarak güncellenen klinik uygulama kılavuzları, hekimler için kanıta dayalı önerilere yer vermektedir (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

KB ölçümü ve hipertansiyon tanımı, tedavi stratejilerinin temelini oluşturur. ACC/AHA (2017) kılavuzu, hipertansiyonu $\geq 130/80$ mm-Hg olarak tanımlarken, tedaviye başlama eşikleri ve hedefleri konusunda daha agresif bir tutum sergilemiştir (Whelton ve ark., 2018). Buna karşın, ESH (2023) kılavuzu, genel olarak evre 1 hipertansiyonu $\geq 140/90$ mm-Hg olarak tanımlamakta ve tedavi eşiklerini bireysel risk faktörlerine göre kademelendirmektedir (Williams ve ark., 2018). TEMD (2022) kılavuzunun da ESH ile benzer bir yaklaşımı benimseyerek, Türkiye'deki hasta popülasyonu ve sağlık sistemi özelliklerini dikkate alarak tedavi yaklaşımını belirlemektedir (TEMD, 2022).

Yaşam tarzı değişiklikleri, tüm kılavuzlarda hipertansiyon yönetiminin temel taşı olarak kabul edilmektedir. Tuz alımının kısıtlanması, sağlıklı diyet (örneğin DASH diyeti), düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolü, alkol tüketiminin sınırlandırılması ve sigaranın bırakılması, hem ACC/AHA (2017) hem de ESH (2023) tarafından güçlü bir şekilde tavsiye edilmektedir (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018). TEMD (2022) kılavuzunu da bu evrensel önerileri dikkate alarak ve kültürel adaptasyonları da göz önünde bulundurarak tedavi şeması belirlemektedir (TEMD, 2022).

Farmakolojik tedaviye başlama eşikleri ve KB hedefleri kılavuzlar arasında farklılıklar göstermektedir. ACC/AHA (2017), özellikle yüksek kardiyovasküler riski olan bireylerde, KB $\geq 130/80$ mmHg olduğunda ilaç tedavisine başlanmasını ve hedefin $<130/80$ mm-Hg olmasını önermektedir. ESH (2023) kılavuzu ise, genellikle KB $\geq 140/90$ mm-Hg olduğunda tedaviye başlamayı, yüksek riskli hastalarda veya belirli komorbiditeleri olanlarda daha düşük eşikleri (örneğin, KB $\geq 130/85$ mm-Hg) göz önünde bulundurmayı ve genel hedefi $<140/90$ mm-Hg, iyi tolere edildiği takdirde $<130/80$ mm-Hg olarak belirlemektedir (Mancia ve ark., 2023). TEMD (2022) kılavuzunun da ESH'ye paralel olarak, bireyselleştirilmiş risk değerlendirmesine dayalı hedefler ve eşikler sunmaktadır (TEMD, 2022; Williams ve ark., 2018).

İlaç seçimi konusunda, her üç kılavuzun da temel olarak dört ana sınıfı (Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri [ACEİ], Anjiyotensin Reseptör Blokerleri [ARB],

Kalsiyum Kanal Blokerleri [KKB] ve Tiyazid/Tiyazid benzeri diüretikler) ilk basamak tedavi seçenekleri olarak önermektedir. ESH (2023) kılavuzu, hastaların çoğunda tedaviye ACEİ veya ARB ile bir KKB veya bir diüretiğin kombine edildiği ikili tedavi ile başlanmasını güçlü bir şekilde vurgulamaktadır (Mancia ve ark., 2023). ACC/AHA (2017) kılavuzu da kombinasyon tedavisini özellikle evre 2 hipertansiyonda (KB $\geq$ 140/90 mm-Hg) veya hedef KB'den 20/10 mm-Hg'den fazla yüksek olanlarda önermektedir. Beta blokerler, belirli komorbid durumlar (örn. kalp yetersizliği [KY], koroner arter hastalığı [KAH], atrial fibrilasyon [AF] hızı kontrolü)) varlığında önemli bir yer tutmaktadır. THBHD (2022) kılavuzu da benzer kombinasyon stratejilerini ve ilaç sınıflarını, Türkiye'deki ilaç bulunabilirliği ve maliyet etkinliği gibi faktörleri de göz önünde bulundurarak önermektedir (TEMD, 2022; Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

Tedaviye dirençli hipertansiyon, kan basıncı hedeflerine ulaşılamaması durumunda önemli bir zorluk teşkil eder ve tüm kılavuzlarda bu durumun yönetimi için özel stratejiler (örn. mineralokortikoid reseptör antagonistleri [MRA] eklenmesi, yaşam tarzı uyumunun gözden geçirilmesi) tanımlanır. Hasta uyumu ve düzenli takip, tedavinin başarısı için kritik öneme sahiptir ve tüm kılavuzlar bu konuya özel bir vurgu yapar (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018; Tablo 2.7.).

Hipertansiyon tedavi kılavuzları arasında tanı eşikleri ve tedavi hedefleri gibi bazı noktalarda farklılıklar bulunsa da, yaşam tarzı değişikliklerinin önemi, temel ilaç sınıfları ve kombinasyon tedavisinin gerekliliği gibi birçok konuda önemli bir fikir birliği mevcuttur (TEMD, 2022; Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

Tablo 2.7. Kılavuzlara göre hipertansiyon tedavi önerilerinin karşılaştırılması

Özellik	ACC/AHA 2017	ESH 2023	TEMD 2022
Hipertansiyon Tanımı	$\geq$ 130/80 mm-Hg (Evre 1)	$\geq$ 140/90 mm-Hg (Evre 1), farklı evrelemeler mevcut	ESH 2023 ile uyumlu, $\geq$ 140/90 mm-Hg (Evre 1)

Tablo 2.7. Kılavuzlara göre hipertansiyon tedavi önerilerinin karşılaştırılması (devamı)

Tedavi Başlama Eşiği	Genellikle $\geq 130/80$ mm-Hg (özellikle yüksek KV riskte)	Genellikle $\geq 140/90$ mm-Hg (riske göre değişir, bazı durumlarda daha düşük)	ESH 2023 ile uyumlu, riske göre bireyselleştirilmiş
Kan Basıncı Hedefi	Genellikle $< 130/80$ mm-Hg	Genellikle $< 140/90$ mm-Hg, tolere edilirse $< 130/80$ mm-Hg (yaş ve komorbiditeye göre değişir)	ESH 2023 ile uyumlu, tolere edilirse $< 130/80$ mm-Hg
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Temel tedavi, tüm hastalara önerilir	Temel tedavi, tüm hastalara önerilir	Temel tedavi, tüm hastalara önerilir, kültürel adaptasyonlar
İlk Basamak İlaç Seçimi (Sınıflar)	ACEİ, ARB, KKB, Tiyazid/Tiyazid benzeri diüretikler	ACEİ, ARB, KKB, Tiyazid/Tiyazid benzeri diüretikler	ACEİ, ARB, KKB, Tiyazid/Tiyazid benzeri diüretikler
Başlangıç Tedavi Stratejisi	KV risk ve KB düzeyine göre monoterapi veya kombinasyon (Evre 2'de genellikle kombinasyon)	Hastaların çoğunda ikili kombinasyon (ACEİ/ARB + KKB veya Diüretik)	ESH 2023 ile uyumlu, ikili kombinasyon öncelikli
Beta Blokerler	Belirli endikasyonlarda (örn. KAH, KY)	Belirli endikasyonlarda (örn. KAH, KY, AF hızı kontrolü)	Belirli endikasyonlarda (örn. KAH, KY)
Dirençli Hipertansiyon	Üç ilaç (biri diüretik) sonrası hedefe ulaşamaması	Üç ilaç (biri diüretik) sonrası hedefe ulaşamaması, MRA eklenmesi önerilir	Üç ilaç sonrası hedefe ulaşamaması, MRA eklenmesi düşünülür

ACC/AHA: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti, ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği, TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, ACEİ: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri, ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri, KKB: Kalsiyum Kanal Blokerleri, KV: Kardiyovasküler, KAH: Koroner Arter Hastalığı, KY: Kalp Yetmezliği, AF: Atrial Fibrilasyon, MRA: Mineralokortikoid Reseptör Antagonistleri, KB: Kan Basıncı

2.8. Hipertansiyon Komplikasyonları

Arteriyel hipertansiyon, asemptomatik seyredebilen ancak tedavi edilmediğinde veya yetersiz kontrol edildiğinde toplumda sık rastlanan ve yaşamı tehdit eden ciddi

komplikasyonlarla sonuçlanabilen kronik bir hastalıktır. Kalp, beyin, böbrekler ve periferik damarlar gibi hayati organ sistemleri, uzun süreli yüksek kan basıncının olumsuz etkilerine maruz kalır (Mancia ve ark., 2023).

Kardiyovasküler Komplikasyonlar: Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) en önemli risk faktörlerinden biridir. ACC/AHA (2017) kılavuzu, hipertansiyonun koroner arter hastalığı (KAH), miyokard infarktüsü (MI), sol ventrikül hipertrofisi (SVH), kalp yetersizliği (KY) ve atriyal fibrilasyon (AF) gibi durumlarla güçlü ilişkisini vurgulamaktadır. SVH, yüksek KB'ye karşı kalbin artan iş yüküne bir adaptasyon olarak gelişir ancak zamanla diyastolik ve sistolik disfonksiyona, sonuçta kalp yetersizliğine yol açabilir (Whelton ve ark., 2018). ESH (2023) kılavuzu da benzer şekilde, hipertansiyonun kalp üzerindeki yapısal ve fonksiyonel değişikliklere (örn. SVH, sol atriyal dilatasyon) yol açarak aritmilere ve kalp yetersizliğine zemin hazırladığına dikkat çeker (Mancia ve ark., 2023). Kalp yetersizliği, hem korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu (HFpEF) hem de düşük ejeksiyon fraksiyonlu (HFrEF) formlarıyla hipertansiyonla yakından ilişkilidir. Etkin KB kontrolü, bu kardiyovasküler komplikasyonların gelişim riskini önemli ölçüde azaltmaktadır (Whelton ve ark., 2018). TEMD (2022) kılavuzunun da Türkiye'deki yüksek KVH prevalansını göz önünde bulundurarak bu komplikasyonlara özel bir önem atfetmiştir (TEMD, 2022).

Serebrovasküler Komplikasyonlar: Beyin, hipertansiyonun hedef organlarından bir diğeridir. Hem iskemik hem de hemorajik inme, hipertansiyonun en yıkıcı komplikasyonları arasındadır. ACC/AHA (2017) ve ESH (2023) kılavuzları, kan basıncındaki her artışın SVH riskini lineer olarak artırdığını belirtmektedir. Özellikle kontrolsüz hipertansiyon, beyin damarlarında aterosklerotik değişikliklere, laküner infarktlerin gelişimine ve serebral küçük damar hastalığına yol açabilir. Ayrıca, hipertansiyon kognitif bozukluk ve demans (vasküler demans ve Alzheimer hastalığı dâhil) için de önemli bir risk faktörüdür (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018). TEMD (2022) kılavuzunun da inme ve kognitif fonksiyonlar üzerindeki bu olumsuz etkilere dikkat çekmesi ve erken tanı ile agresif KB kontrolünün önemini vurgulamaktadır (TEMD, 2022).

Renal Komplikasyonlar: Böbrekler, hem hipertansiyonun bir nedeni hem de hedef organı olabilir. Kronik yüksek kan basıncı, glomerüler filtrasyon bariyerinde hasara, proteinüriye (özellikle mikroalbüminüri) ve glomerüler filtrasyon hızında (GFR) ciddi ve ilerleyici bir azalmaya yol açarak KBH' ye neden olabilir (Mancia ve ark., 2023). ACC/AHA (2017) ve ESH (2023) kılavuzları, hipertansif nefropatinin son dönem böbrek yetmezliğinin (SDBY) başlıca nedenlerinden biri olduğunun altını çizer. Mikroalbüminürinin erken tespiti ve KB'nin etkin kontrolü (özellikle RAAS blokerleri ile), KBH progresyonunu yavaşlatmada kritik öneme sahiptir (Whelton ve ark., 2018). TEMD (2022) kılavuzunun, Türkiye'deki KBH ve SDBY yükünü dikkate alarak, hipertansiyonun renal komplikasyonlarının taranması ve yönetimi konusunda detaylı öneriler sunması beklenir (TEMD, 2022).

Periferik Arter Hastalığı ve Retinopati: Hipertansiyon, periferik arter hastalığı (PAH) gelişiminde de önemli bir rol oynar. Bacaklarda kladikasyon, kritik ekstremite iskemisi ve amputasyon riskini artırır (Whelton ve ark., 2018). Ayrıca, hipertansif retinopati, göz dibi muayenesinde saptanabilen ve sistemik vasküler hasarın bir göstergesi olan bir komplikasyondur. Retina damarlarındaki daralmalar, kanamalar, eksüdalar ve papil ödemi, hipertansiyonun şiddeti ve süresi ile ilişkilidir (Mancia ve ark., 2023). Tüm kılavuzlar, bu komplikasyonların erken tanısı ve yönetimi için düzenli taramaların ve etkin KB kontrolünün önemini vurgular (TEMD, 2022; Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

Hipertansiyon, tedavi edilmediğinde veya yetersiz kontrol edildiğinde kalp, beyin, böbrekler ve periferik arterlerön planda olmak üzere birçok organ sisteminde ciddi komplikasyonlara yol açan sistemik bir hastalıktır. ACC/AHA (2017), ESH (2023) ve TEMD(2022) gibi güncel kılavuzlar, bu komplikasyonların önüne geçilmesi ve yönetimi için kanıta dayalı bilgi ve yöntemler sunmaktadır. Kan basıncının etkin bir şekilde düşürülmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi ve uygun farmakolojik tedavi, hipertansiyona bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmanın temelini oluşturmaktadır (TEMD, 2022; Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimindeki genel yaklaşımlarının değerlendirilmesini amaçlayan kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

01.04.2025 ile 30.04.2025 tarihleri arasında, Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu çevrimiçi platformlar üzerinden uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sakarya ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan 325 aile hekimi oluşturmaktadır. Araştırmada bütün aile hekimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, anket formunu eksiksiz dolduran toplam 212 aile hekimi araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere literatürde yapılan benzer çalışmalardan, uzman fikirlerinden faydalanarak hazırlanan ve katılımcıların hipertansiyon yönetimi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan 22 sorudan oluşan anket (EK-2) uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada veri analizi, 212 katılımcıdan elde edilen ve hiçbir hatalı veri içermeyen tamamlanmış veri seti üzerinden gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ait verilerin tamamı analize dahil edilmiş olup herhangi bir veri çıkarılamıştır. İlk aşamada demografik ve çalışma ile ilişkili değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri

hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) değerleri ile sunulurken, sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma değerleri hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kategorik değişkenlerin analizinde frekans (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ya da birbirinden farklı olma durumunu incelemek amacıyla ki-kare testleri kullanılmıştır. İki kategorili değişkenlerin karşılaştırıldığı 2x2 boyutundaki tablolarda öncelikle Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Ancak ki-kare testi varsayımlarından olan beklenen değerin 5'in altında olduğu göz (hücre) sayısının, toplam göz sayısının %20'sinden fazla olduğu durumlarda Fisher'in Kesin Testi (Fisher's Exact Test) sonuçları dikkate alınmıştır. İki'den fazla kategori içeren RxC şeklindeki çapraz tabloların analizinde de benzer şekilde Pearson ki-kare testi kullanılmış; beklenen değerin 5'in altında olduğu göz sayısının %20'den fazla olması durumunda ise Fisher-Freeman-Halton Exact Testi uygulanmıştır.

Likert tipinde maddeler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (%25 Çeyreklik-%75 Çeyreklik) değerleri hesap edilmiştir. Bu yapıdaki sıralı verilerin gruplara göre karşılaştırılmasında non-parametrik testler tercih edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki farkların analizinde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkların analizinde ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis H testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandığında, bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla post-hoc analiz olarak Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar (pairwise comparisons) yapılmıştır.

Araştırmanın verileri IBM SPSS Statistics 27.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiş, ayrıca $p < 0,001$ düzeyindeki anlamlılıklar da raporlanmıştır. Araştırma sonuçları tablolar ve açıklamalarla desteklenerek sunulmuştur.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tek merkezde tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırma olarak yürütüldüğünden sonuçlar tüm evrene genellenemez. Araştırmada Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan ile hekimlerinin tümüne ulaşılması hedeflenmiş olmasına karşın aile hekimlerinin tamamına ulaşılammıştır. Çalışmada da anket ile veri toplandığından anketin kullanımının içerdiği genel kısıtlılıkları içerir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 11/12/2024 tarihli ve E-43012747-050.04-428246-191 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir (EK-1). Katılımcılara araştırmanın amacı, verecekleri yanıtların gizliliği ve verilerin kullanımıyla ilgili yazılı ve sözlü olarak ayrıntılı bilgilendirme yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü aile hekimleri çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların kimlik bilgileri ve kişisel verileri araştırma etiği çerçevesinde gizli tutulmuştur. Toplanan veriler güvenli bir ortamda saklanmış ve sadece araştırma amaçlı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 212 aile hekiminin yaşları 26 ile 63 arasında olup ortalaması (Ort $\pm$ Std. Sap) $42,5 \pm 8,8$ yıl, ortancası 42 yıldır. Katılımcıların %49,1'i kadın, %50,9'u erkektir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş ve cinsiyet özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişkenler	Sayı (n=212)	Yüzde (%)
Yaş (Ort $\pm$ Std. Sap./Ortanca [Min-Max] / = $42,5 \pm 8,8$ / 42 [26-63])		
Cinsiyet	Kadın	104
	Erkek	108

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %5,2'sinin (n=11) 0-5 yıl, %24,5'inin (n=52) 6-10 yıl, %16,5'inin (n=35) 11-15 yıl ve 16-20 yıl, %37,3'ünün (n=79) 21 yıl ve üzeri süredir hekimlik yaptığı görülmüştür. Katılımcıların çalışma süreleri incelendiğinde %20,3'ünün (n=43) 0-5 yıl, %67,9'unun (n=144) 6-15 yıl ve %11,8'inin (n=25) 16 yıl ve üzeri süredir aile hekimi olarak çalıştığı görülmüştür. Çalışmaya katılanların %66,5'inin (n=141) pratisyen aile hekimi, %17,5'inin (n=37) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı (SAHU) asistanı, %16,0'mın (n=34) aile hekimliği uzmanıdır. Aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısı incelendiğinde %3,3'ünün (n=7) 1500'den az, %7,1'inin (n=15) 1500-2000, %5,2'sinin (n=11) 2001-2500, %14,2'sinin (n=30) 2501-3000, %40,1'inin (n=85) 3001-3500, %30,2'sinin (n=64) 3501-4000 kayıtlı hastası olduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin günlük ortalama hasta muayene sayısı dağılımı incelendiğinde hekimlerin %2,8'inin (n=6) 0-20 hasta, %8,5'inin (n=18) 21-40 hasta, %26,4'ünün (n=56) 41-60 hasta, %38,2'sinin (n=81) 61-80 hasta, %24,1'inin (n=51) 81 ve üzerinde hasta muayenesi yaptığı görülmüştür. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ortalama muayene süresi dağılımı incelendiğinde %20,3'ünün (n=43) 0-3 dakika, %47,6'sının (n=101) >3-5 dakika, %29,2'sinin (n=62) >5-10 dakika ve %2,8'inin (n=6) 10 dakika üzeri olduğu görülmüştür. Bu durumlara ait bilgiler tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumu özellikleri

Değişkenler	Sayı (n=212)	Yüzde (%)
Hekimlik Süresi	0 – 5 yıl	5,2
	6 – 10 yıl	24,5
	11 – 15 yıl	16,5
	16 – 20 yıl	16,5
	21 yıl ve üzeri	37,3
Aile Hekimliği Süresi	0 – 5 yıl	20,3
	6 – 15 yıl	67,9
	16 yıl ve üzeri	11,8
Unvan	Aile Hekimi	66,5
	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	17,5
	Aile Hekimliği Uzmanı	16,0
Kayıtlı Hasta Sayısı	1500'den az	3,3
	1500 – 2000	7,1
	2001 – 2500	5,2
	2501 – 3000	14,2
	3001 – 3500	40,1
	3501 – 4000	30,2
Günlük Ortalama Hasta Sayısı	0 – 20	2,8
	21 – 40	8,5
	41 – 60	26,4
	61 – 80	38,2
	81 hasta ve üzeri	24,1
Ortalama Muayene Süresi	0 – 3 dakika	20,3
	>3 – 5 dakika	47,6
	> 5– 10 dakika	29,2
	10 dakika üzeri	2,8

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin hastalarının polikliniğe en sık başvuru nedenleri %56,6 (n= 120) ile sürekli kullandığı ilaçları yazdırmak, %41,5 (n= 88) ile muayene olmak, %1,4 (n= 3) ile kronik hastalık takibi için tahlil yaptırmak ve %0,5 (n= 1) ile rapor almaktır (sağlık raporu, istirahat raporu, ehliyet vb.). Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların hastalarının polikliniğe en sık başvuru nedeni

Polikliniğe Başvuru Nedeni	Sayı (n=212)	Yüzde (%)
Muayene olmak	88	41,5
Sürekli kullandığı ilaçları yazdırmak	120	56,6
Rapor almak (sağlık raporu, istirahat raporu, ehliyet vb.	1	0,5
Kronik hastalık takibi için tahlil yaptırmak	3	1,4

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin en sık karşılaştığı kronik hastalıklar hipertansiyon (%19,0), diyabet (%17,1), kardiyovasküler hastalıklar (%11,7) ve kas-iskelet sistemi hastalıkları (%9,8) olmuştur. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların karşılaştığı en sık kronik hastalıklar

Kronik Hastalıklar*	Sayı (n=212)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	206	19,0
Diyabet	186	17,1
Kardiyovasküler hastalıklar	127	11,7
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	106	9,8
Hiperlipidemi	105	9,7
Astım- KOAH	96	8,8
Mide-barsak hastalıkları	83	7,6
Tiroid hastalıkları	79	7,3
Psikiyatrik hastalıklar	63	5,8
Cilt hastalıkları	35	3,2
Toplam	1086	

* Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin tanı ve takibinde en sık sorun yaşadığı üç kronik hastalık psikiyatrik hastalıklar (%18,9), kardiyovasküler hastalıklar (%15,8), diyabet ve astım-koah (%14,2) olmuştur. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların tanı ve takibinde en sık sorun yaşadığı kronik hastalıklar

Kronik Hastalıklar*	Sayı (n=212)	Yüzde (%)
Diyabet	78	14.2
Psikiyatrik hastalıklar	104	18.9
Kardiyovasküler hastalıklar	87	15.8
Astım- KOAH	78	14.2
Cilt hastalıkları	47	8.5
Hipertansiyon	43	7.8
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	35	6.4
Mide-barsak hastalıkları	34	6.2
Hiperlipidemi	30	5.4
Tiroid hastalıkları	15	2.7
Toplam	551	

* Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir.

Katılımcıların %54,7'si (n=116) hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullandığını belirtmişken %45,3'ü (n=96) kılavuz kullanmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kadın aile hekimlerinin %61,5'i (n=64) hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullandığını belirtmişken erkek aile hekimlerinin %48,1'i (n=52) hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullandığını belirtmiştir. Cinsiyete göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$).

Hekimlik süresi 0-5 yıl olan katılımcılar kendi grubunda hipertansiyon yönetiminde kılavuzu daha fazla (%81,8) kullandıklarını belirtirken hekimlik süresi 21 yıl ve üzeri olanlar ise kılavuzu daha az (%46,8) kullandıklarını belirtmiştir. Hekimlik süresine göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,128$).

Aile hekimliği süresi 0-5 yıl olan katılımcılar kendi grubunda hipertansiyon yönetiminde kılavuzu daha fazla (%65,1) kullandıklarını belirtirken hekimlik süresi 16 yıl ve üzeri olanlar ise kılavuzu daha az (%48,0) kullandıklarını belirtmiştir. Aile hekimliği süresine göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,279$).

Aile hekimliği uzmanları kendi grubunda hipertansiyon yönetiminde kılavuzu daha fazla (%85,3) kullandıklarını belirtirken aile hekimleri ise kılavuzu daha az (%47,5) kullandıklarını belirtmiştir. Unvana göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görölmüştür ($p<0,001$).

Kayıtlı hasta sayısı 1500'den az olan katılımcılar kendi grubunda hipertansiyon yönetiminde kılavuzu daha fazla (%57,1) kullandıklarını belirtirken kayıtlı hasta sayısı 3501-4000 olanlar ise kılavuzu daha az (%53,1) kullandıklarını belirtmiştir. Kayıtlı hasta sayısına göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,999$).

Günlük ortalama hasta sayısı 21-40 olan katılımcılar kendi grubunda hipertansiyon yönetiminde kılavuzu daha fazla (%61,1) kullandıklarını belirtirken hasta sayısı 0-20 olanlar ise kılavuzu daha az (%33,3) kullandıklarını belirtmiştir. Günlük ortalama hasta sayısına göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,821$).

Günlük ortalama muayene süresi >3-5 dakika olan katılımcılar kendi grubunda hipertansiyon yönetiminde kılavuzu daha fazla (%60,4) kullandıklarını belirtirken muayene süresi 10 dakika üzeri olanlar ise kılavuzu daha az (%33,3) kullandıklarını belirtmiştir. Günlük ortalama muayene süresine göre hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,080$). Bu durumlara ait bilgiler tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanma durumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre dağılımı

Değişken	Kategori	Kılavuz Kullanma Durumu (n=212)		p ^a
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Toplam		116 (54,7)	96 (45,3)	
Cinsiyet	Kadın	64 (61,5)	40 (38,5)	<0,05*
	Erkek	52 (48,1)	56 (51,9)	
Hekimlik Süresi	0-5 yıl	9 (81,8)	2 (18,2)	0,128
	6-10 yıl	32 (61,5)	20 (38,5)	
	11-15 yıl	17 (48,6)	18 (51,4)	
	16-20 yıl	21 (60,0)	14 (40,0)	
	21 yıl ve üzeri	37 (46,8)	42 (53,2)	
Aile Hekimliği Süresi	0-5 yıl	28 (65,1)	15 (34,9)	0,279
	6-15 yıl	76 (52,8)	68 (47,2)	
	16 yıl ve üzeri	12 (48,0)	13 (52,0)	
Unvan	Aile Hekimi	67 (47,5)	74 (52,5)	<0,001**
	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	20 (54,1)	17 (45,9)	
	Aile Hekimliği Uzmanı	29 (85,3)	5 (14,7)	
Kayıtlı Hasta Sayısı	1500'den az	4 (57,1)	3 (42,9)	0,999 ^b
	1500-2000	8 (53,3)	7 (46,7)	
	2001-2500	6 (54,5)	5 (45,5)	
	2501- 3000	17 (56,7)	13 (43,3)	
	3001-3500	47 (55,3)	38 (44,7)	
	3501-4000	34 (53,1)	30 (46,9)	
Günlük Ortalama Hasta Sayısı	0-20 hasta	2 (33,3)	4 (66,7)	0,821 ^b
	21-40 hasta	11 (61,1)	7 (38,9)	
	41-60 hasta	32 (57,1)	24 (42,9)	
	61-80 hasta	43 (53,1)	38 (46,9)	
	81 hasta ve üzeri	28 (54,9)	23 (45,1)	

Tablo 4.6. Katılımcıların hipertansiyon yönetiminde kılavuz kullanma durumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre dağılımı (devamı)

	0-3 dakika	17 (39,5)	26 (60,5)	
Ortalama	>3-5 dakika	61 (60,4)	40 (39,6)	
Muayene Süresi	>5-10 dakika	36 (58,1)	26 (41,9)	0,080 ^b
	10 dakika üzeri	2 (33,3)	4 (66,7)	

a. Pearson Ki-Kare Testi

b. Fisher-Freeman-HaltonExact testi

* p<0,05; ** p<0,001

Araştırmaya katılan katılımcıların en sık kullandıkları kılavuzlar %37,7 (n=75) ile Türk Kardiyoloji Derneği (TKD), %25,1 (n=50) ile Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESH/ESC) ve %24,6 (n=49) ile Dünya Sağlık Örgütü / Uluslararası Hipertansiyon Derneği (WHO/ISH) kılavuzlarıdır.

Katılımcılardan aile hekimliği asistanları kendi gruplarında %32,4 (n=12) ile en yüksek oranda WHO/ISH kılavuzunu kullandığını belirtmiştir. Unvana göre WHO/ISH kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,149).

Katılımcılardan aile hekimliği uzmanları kendi gruplarında %52,9 (n=18) ile en yüksek oranda ESH/ESC kılavuzunu kullandığını belirtmiştir. Unvana göre ESH/ESC kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür (p<0,001).

Katılımcılardan aile hekimliği uzmanları kendi gruplarında %61,8 (n=21) ile en yüksek oranda TKD kılavuzunu kullandığını belirtmiştir. Unvana göre TKD kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür (p<0,05).

Katılımcılardan aile hekimliği uzmanları kendi gruplarında %20,6 (n=7) ile en yüksek oranda ACC/AHA kılavuzunu kullandığını belirtmiştir. Unvana göre ACC/AHA kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür (p<0,05).

Katılımcılardan aile hekimliği uzmanları kendi gruplarında %5,9 (n=2) ile en yüksek oranda Ortak Ulusal Komite (JNC) kılavuzunu kullandığını belirtmiştir. Unvana göre JNC kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,308).

Katılımcılardan aile hekimliği uzmanları kendi gruplarında %2,9 (n=1) ile en yüksek oranda Kanada Hipertansiyon Eğitim Programı (CHEEP) kılavuzunu kullandığını belirtmiştir. Unvana göre CHEEP kılavuz kullanımı açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,325). Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların hipertansiyon yönetiminde kullandıkları kılavuzlar ve unvanlara göre dağılımı

Kılavuzlar ^a	Unvan ^b			Toplam ^c	p ^d
	Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	Aile Hekimliği Uzmanı		
	n (%)	n (%)	n (%)		
WHO / ISH	27 (19,1)	12 (32,4)	10 (29,4)	49 (24.6)	0,149
ESH/ESC	26 (18,4)	6 (16,2)	18 (52,9)	50 (25.1)	<0,001**
TKD	41 (29,1)	13 (35,1)	21 (61,8)	75 (37.7)	<0,05*
ACC / AHA	10 (7,1)	0 (0,0)	7 (20,6)	17 (8.5)	<0,05*
JNC	3 (2,1)	1 (2,7)	2 (5,9)	6 (3.0)	0,308 ^e
CHEEP	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (2,9)	2 (1.0)	0,325 ^e

WHO/ISH: Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Hipertansiyon Derneği, ESH/ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği, TKD:Türk Kardiyoloji Derneği, ACC / AHA:Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti, JNC: Ortak Ulusal Komite, CHEEP: Kanada Hipertansiyon Eğitim Programı

a. Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir.

b. Kılavuzların unvanlara göre kullanılma yüzdesi sunulmuştur.

c. Kılavuzların toplama göre sütun yüzdesi hesaplanmıştır.

d. Pearson Ki-Kare Testi

e. Fisher-Freeman-HaltonExact testi

* p<0,05; ** p<0,001

Katılımcıların %66,5'i (n=141) verilen örnek vaka durumu için doğru tanı koyarken %33,5'i (n=71) doğru tanı koyamamıştır.

Çalışmaya katılan kadın aile hekimlerinin %68,3'ü (n=71) örnek vaka için doğru tanı koymuşken erkek aile hekimlerinin %64,8'i (n=70) doğru tanı koymuştur. Cinsiyete göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,594).

Hekimlik süresi açısından kendi grupları içinde örnek vaka için doğru tanı koyma oranı en yüksek olan %74,3 (n=26) ile 16-20 yıl olan hekimler iken en düşük %62,9 (n=22) ile 11-15 yıl olan hekimlerdir. Hekimlik süresine göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,783).

Aile hekimliği süresi 6-15 yıl olan katılımcılar örnek vaka için doğru tanı koyma oranı en yüksek olan grup iken (%68,8) aile hekimliği süresi 16 yıl ve üzeri olanlar ise en düşük doğru tanı koyma oranına (%60,0) sahiptir. Aile hekimliği süresine göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,587).

Aile hekimliği uzmanları örnek vaka için doğru tanı koyma oranı kendi grubu içerisinde en yüksek olan (%70,6) hekimlerdir. Aile hekimliği asistanları ise örnek vaka için doğru tanı koyma oranı kendi grubu içerisinde en düşük olan (%64,9) hekimlerdir. Unvana göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,853).

Kayıtlı hasta sayısı 1500'den az olan katılımcıların örnek vaka için kendi grubunda %85,7 ile (n=6) en fazla doğru tanı koyduğu tespit edilmiştir. Buna karşın kendi grubunda %53,3 ile (n=8) en az doğru tanı koyanlar 1500-2000 kayıtlı hastası olan hekimlerdir. Kayıtlı hasta sayısına göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,666).

Günlük ortalama hasta sayısı 61-80 olan katılımcılar kendi gruplarında daha fazla (%69,1) örnek vaka için doğru tanı koyarken hasta sayısı 21-40 olanlar ise kendi grubunda daha az (%55,6) doğru tanı koymuştur. Günlük ortalama hasta sayısına

göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,817$).

Günlük ortalama muayene süresi >3-5 dakika olan katılımcılar örnek vaka için doğru tanı koyma oranı %68,3 ($n=69$) ile kendi gruplarında en yüksek orana sahipken muayene süresi >5-10 dakika olanlar ise %62,9 ($n=39$) ile en düşük orana sahiptir. Günlük ortalama muayene süresine göre verilen örnek vaka durumunda doğru tanı koyma açısından çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,920$). Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların verilen vaka sorusu için doğru tanı koyma durumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre dağılımı

Değişken	Kategori	Doğru Tanı Koyma Durumu		p ^a
		(n=212)		
		Evett	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Toplam		141 (66,5)	71 (33,5)	
Cinsiyet	Kadın	71 (68,3)	33 (31,7)	0,594
	Erkek	70 (64,8)	38 (35,2)	
Hekimlik Süresi	0-5 yıl	7 (63,6)	4 (36,4)	0,783
	6-10 yıl	36 (69,2)	16 (30,8)	
	11-15 yıl	22 (62,9)	13 (37,1)	
	16-20 yıl	26 (74,3)	9 (25,7)	
	21 yıl ve üzeri	50 (63,3)	29 (36,7)	
Aile Hekimliği Süresi	0-5 yıl	27 (62,8)	16 (37,2)	0,587
	6-15 yıl	99 (68,8)	45 (31,3)	
	16 yıl ve üzeri	15 (60,0)	10 (40,0)	
Unvan	Aile Hekimi	93 (66,0)	48 (34,0)	0,853
	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	24 (64,9)	13 (35,1)	
	Aile Hekimliği Uzmanı	24 (70,6)	10 (29,4)	

Tablo 4.8. Katılımcıların verilen vaka sorusu için doğru tanı koyma durumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre dağılımı (devamı)

Kayıtlı Hasta Sayısı	1500'den az	6 (85,7)	1 (14,3)	0,666 ^b
	1500-2000	8 (53,3)	7 (46,7)	
	2001-2500	7 (63,6)	4 (36,4)	
	2501- 3000	19 (63,3)	11 (36,7)	
	3001-3500	60 (70,6)	25 (29,4)	
	3501-4000	41 (64,1)	23 (35,9)	
Günlük Ortalama Hasta Sayısı	0-20 hasta	4 (66,7)	2 (33,3)	0,817 ^b
	21-40 hasta	10 (55,6)	8 (44,4)	
	41-60 hasta	36 (64,3)	20 (35,7)	
	61-80 hasta	56 (69,1)	25 (30,9)	
	81 hasta ve üzeri	35 (68,6)	16 (31,4)	
Ortalama Muayene Süresi	0-3 dakika	29 (67,4)	14 (32,6)	0,920 ^b
	>3-5 dakika	69 (68,3)	32 (31,7)	
	>5-10 dakika	39 (62,9)	23 (37,1)	
	10 dakika üzeri	4 (66,7)	2 (33,3)	

a. Pearson Ki-Kare Testi

b. Fisher-Freeman-HaltonExact testi

Katılımcıların %99,1'i (n=210) "Düşük tuzlu, sağlıklı yağlar içeren, taze meyve ve sebze ağırlıklı, lifli besinleri içeren bir diyet öneririm." ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %98,6 ile aile hekimleri katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=1,000).

Katılımcıların %66,5'i (n=141) "Haftada en az 150 dakika orta şiddetli aerobik egzersiz öneririm." ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en fazla (%83,8) aile hekimliği asistanları, en az (%59,6) aile hekimleri katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür (p<0,05).

Katılımcıların %77,4'ü (n=164) "VKİ<30 olduğundan kilo vermesini önermem." ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda

en az %75,2 ile aile hekimleri katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,811$).

Katılımcıların %85,8'i ($n=182$) “İlaç başlamadan 3 ay takip ederim.” ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %75,7 ile aile hekimliği asistanları katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,222$).

Katılımcıların %93,4'ü ($n=198$) “Tedavi hedef kan basıncını 130/80 mmHg ve altı değerler olarak belirlerim.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %91,9 ile aile hekimliği asistanları katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,751$).

Katılımcıların %34,9'u ($n=74$) “Monoterapi ilaç tedavi başlayıp 1 ay sonra kontrole çağırırım.” ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en fazla (%54,1) aile hekimliği asistanları, en az (27,0) aile hekimleri katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$).

Katılımcıların %32,5'i ($n=69$) “Hemen ikili ilaç kombinasyonu başlarım ve ilk aylar yakın takip ederim.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en fazla (%54,1) aile hekimliği asistanları, en az (24,1) aile hekimleri katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,001$).

Katılımcıların %52,4'ü ($n=111$) ilgili branşa sevk edeceğini belirtmiştir. İlgili branşa sevk edeceğini belirtme açısından kendi grubunda en fazla %56,0 ile aile hekimleridir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,241$).

“Düşük tuzlu, sağlıklı yağlar içeren, taze meyve ve sebze ağırlıklı, lifli besinleri içeren bir diyet öneririm.” ifadesi en fazla (%99,1) doğru yanıt verilen madde iken “Hemen ikili ilaç kombinasyonu başlarım ve ilk aylar yakın takip ederim.” ifadesi en az (%32,5) doğru yanıt verilen maddedir. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.9.’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların hipertansiyon tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve unvana göre dağılımı

Hipertansiyon yönetim çalışma uygunluğu	Kategori	Unvan ^a			Toplam ^a (n=212)	p ^c
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	Aile Hekimliği Uzmanı		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Düşük tuzlu, sağlıklı yağlar içeren, taze meyve ve sebze ağırlıklı, lifli besinleri içeren bir diyet öneririm	Katılıyorum ^b	139 (98,6)	37 (100,0)	34 (100,0)	210 (99,1)	1,000
	Katılmıyorum	2 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	
	Fikrim Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Haftada en az 150 dakika orta şiddetli aerobik egzersiz öneririm	Katılıyorum ^b	84 (59,6)	31 (83,8)	26 (76,5)	141 (66,5)	<0,05
	Katılmıyorum	53 (37,6)	5 (13,5)	6 (17,6)	64 (30,2)	
	Fikrim Yok	4 (2,8)	1 (2,7)	2 (5,9)	7 (3,3)	
VKİ<30 olduğundan kilo vermesini önermem.	Katılıyorum	31 (22,0)	7 (18,9)	5 (14,7)	43 (20,3)	0,811
	Katılmıyorum ^b	106 (75,2)	29 (78,4)	29 (85,3)	164 (77,4)	
	Fikrim Yok	4 (2,8)	1 (2,7)	0 (0,0)	5 (2,4)	
İlaç başlamadan 3 ay takip ederim.	Katılıyorum	13 (9,2)	8 (21,6)	2 (5,9)	23 (10,8)	0,222
	Katılmıyorum ^b	123 (87,2)	28 (75,7)	31 (91,2)	182 (85,8)	
	Fikrim Yok	5 (3,5)	1 (2,7)	1 (2,9)	7 (3,3)	
Tedavi hedef kan basıncını 130/80 mmHg ve altı değerler olarak belirlerim.	Katılıyorum ^b	132 (93,6)	34 (91,9)	32 (94,1)	198 (93,4)	0,751
	Katılmıyorum	8 (5,7)	2 (5,4)	2 (5,9)	12 (5,7)	
	Fikrim Yok	1 (0,7)	1 (2,7)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Monoterapi ilaç tedavi başlayıp 1 ay sonra kontrole çağırırım.	Katılıyorum	97 (68,8)	14 (37,8)	17 (50,0)	128 (60,4)	<0,05*
	Katılmıyorum ^b	38 (27,0)	20 (54,1)	16 (47,1)	74 (34,9)	
	Fikrim Yok	6 (4,3)	3 (8,1)	1 (2,9)	10 (4,7)	
Hemen ikili ilaç kombinasyonu başlarım ve ilk aylar yakın takip ederim.	Katılıyorum ^b	34 (24,1)	20 (54,1)	15 (44,1)	69 (32,5)	<0,001*
	Katılmıyorum	102 (72,3)	13 (35,1)	17 (50,0)	132 (62,3)	
	Fikrim Yok	5 (3,5)	4 (10,8)	2 (5,9)	11 (5,2)	

Tablo 4.9. Katılımcıların hipertansiyon tedavisi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve unvana göre dağılımı (devamı)

	Katılıyorum	79 (56,0)	20 (54,1)	12 (35,3)	111 (52,4)	
İlgili branşa sevk ederim.	Katılmıyorum	56 (39,7)	16 (43,2)	20 (58,8)	92 (43,4)	0,241
	Fikrim Yok	6 (4,3)	1 (2,7)	2 (5,9)	9 (4,2)	

a. Kategorilerin unvana ve toplama göre sütun yüzdesi hesaplanmıştır.

b. Doğru tedavi yöntemi.

c. Fisher-Freeman-Halton Exact testi

* p<0,05; ** p<0,001

Katılımcıların kendilerine başvuran hipertansiyon tanılı hastalarının tedaviye uyum ortalaması $3,3 \pm 0,7$, medyanı 3,0'tür. Buna göre hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunun orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların kendilerine başvuran hipertansiyon tanılı hastalarının tedaviye uyumu cinsiyet, hekimlik süresi, aile hekimliği süresi, kayıtlı hasta sayısı, günlük ortalama hasta sayısı ve ortalama muayene süresi değişkenlerine göre istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,914$; $p=0,363$; $p=0,600$; $p=0,589$; $p=0,860$; $p=0,108$). Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunda unvana göre istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Bu farklılaşma aile hekimi uzmanları ile aile hekimliği asistanları arasında olup aile hekimi uzmanları lehinedir. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu

Değişken	Kategori	Ort $\pm$ S.s	Medyan (%25Ç.-%75Ç.)	p
Toplam		3,3 $\pm$ 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
Cinsiyet	Kadın	3,3 $\pm$ 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	0,914 ^a
	Erkek	3,3 $\pm$ 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
Hekimlik Süresi	0-5 yıl	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	0,363 ^b
	6-10 yıl	3,2 $\pm$ 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	11-15 yıl	3,3 $\pm$ 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
	16-20 yıl	3,4 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	21 yıl ve üzeri	3,3 $\pm$ 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	

Tablo 4.10. Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu (devamı)

Aile Hekimliği Süresi	0-5 yıl	3,3 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	0,600 ^b
	6-15 yıl	3,3 ± 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	16 yıl ve üzeri	3,4 ± 0,9	3,0 (3,0 - 4,0)	
Unvan	Aile Hekimi	3,3 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	<0,05 ^{b*}
	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	3,1 ± 0,6	3,0 (3,0 - 3,0)	
	Aile Hekimliği Uzmanı	3,6 ± 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
Kayıtlı Hasta Sayısı	1500'den az	3,6 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	0,589 ^b
	1500-2000	3,1 ± 1,0	3,0 (2,0 - 4,0)	
	2001-2500	3,2 ± 0,6	3,0 (3,0 - 4,0)	
	2501- 3000	3,5 ± 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	3001-3500	3,3 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
	3501-4000	3,3 ± 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
Günlük Ortalama Hasta Sayısı	0-20 hasta	3,2 ± 1,0	3,0 (3,0 - 3,0)	0,860 ^b
	21-40 hasta	3,2 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
	41-60 hasta	3,4 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
	61-80 hasta	3,4 ± 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	81 hasta ve üzeri	3,3 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
Ortalama Muayene Süresi	0-3 dakika	3,1 ± 0,9	3,0 (3,0 - 4,0)	0,108 ^b
	>3-5 dakika	3,3 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
	>5-10 dakika	3,5 ± 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	10 dakika üzeri	2,8 ± 0,4	3,0 (3,0 - 3,0)	

a. Mann Whitney U testi

b. Kruskal Wallis H testi

* p<0,05

Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedavi başarı ortalaması $3,6 \pm 0,7$, medyanı 4,0'tür. Buna göre hipertansiyon hastalarının tedavi başarısının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedavi başarı oranı; cinsiyet, kayıtlı hasta sayısı, hekimlik süresi, aile hekimliği süresi, ortalama muayene süresi, günlük

ortalama hasta sayısı ve değişkenlerine göre istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,832$; $p=0,443$; $p=0,543$; $p=0,752$; $p=0,355$; $p=0,115$). Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedavi başarı oranında unvana göre istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Bu farklılaşma aile hekimi uzmanları ile aile hekimliği asistanları arasında olup aile hekimi uzmanları lehinedir. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedavi başarı oranı ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu

Değişken	Kategori	Ort $\pm$ S.s	Medyan (%25Ç.-%75Ç.)	p
Toplam		3,6 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
Cinsiyet	Kadın	3,6 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	0,832 ^a
	Erkek	3,5 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
Hekimlik Süresi	0-5 yıl	3,9 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	0,443 ^b
	6-10 yıl	3,6 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	11-15 yıl	3,5 $\pm$ 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	16-20 yıl	3,7 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	21 yıl ve üzeri	3,5 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
Aile Hekimliği Süresi	0-5 yıl	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	0,543 ^b
	6-15 yıl	3,5 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	16 yıl ve üzeri	3,6 $\pm$ 0,9	4,0 (3,0 - 4,0)	
Unvan	Aile Hekimi	3,6 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	<0,05 ^{b*}
	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	3,3 $\pm$ 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	Aile Hekimliği Uzmanı	3,8 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
Kayıtlı Hasta Sayısı	1500'den az	3,9 $\pm$ 0,9	4,0 (3,0 - 5,0)	0,752 ^b
	1500-2000	3,4 $\pm$ 0,9	3,0 (3,0 - 4,0)	
	2001-2500	3,5 $\pm$ 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	2501- 3000	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
	3001-3500	3,5 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
	3501-4000	3,6 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	

Tablo 4.11. Katılımcıların hipertansiyon hastalarının tedavi başarı oranı ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu (devamı)

	0-20 hasta	3,2 ± 1,0	3,0 (3,0 - 3,0)	
Günlük Ortalama Hasta Sayısı	21-40 hasta	3,8 ± 0,9	4,0 (3,0 - 4,0)	
	41-60 hasta	3,5 ± 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	0,355 ^b
	61-80 hasta	3,6 ± 0,6	4,0 (3,0 - 4,0)	
	81 hasta ve üzeri	3,5 ± 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
	0-3 dakika	3,4 ± 0,9	4,0 (3,0 - 4,0)	
Ortalama Muayene Süresi	>3-5 dakika	3,5 ± 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	0,115 ^b
	>5-10 dakika	3,7 ± 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	10 dakika üzeri	3,0 ± 0,6	3,0 (3,0 - 3,0)	

a. Mann Whitney U testi

b. Kruskal Wallis H testi

* p<0,05

Katılımcıların aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde en çok tercih ettikleri üç başarısızlık nedeni sırasıyla %18,9 (n=138) ile “Aile Sağlığı Merkezinde yüksek poliklinik sayıları nedeniyle hastalara yeterli sürenin ayrılamaması”, %18,3 (n=134) ile “Hastaların tedaviye uyumsuzluğu” ve %18,2 (n=133) ile “Aile Sağlığı Merkezinde hekimlere yüklenen ve tıbbi olmayan sorumluluklar, hergün artan iş yükü ve maaş kaygısı nedeniyle oluşan motivasyon kaybı”dır.

Katılımcılardan aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Aile hekimliği birimine kayıtlı hasta sayısının fazla olması”nı kendi grubunda en yüksek oranda (%58,8) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliği uzmanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,091).

Katılımcılardan aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Aile Sağlığı Merkezinde yüksek poliklinik sayıları nedeniyle hastalara yeterli sürenin ayrılamaması”nı kendi grubunda en yüksek oranda (%73,5) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliği uzmanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,210).

Katılımcılardan aile sağığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Hastaların tedaviye uyumsuzluğu”nu kendi grubunda en yüksek oranda (%83,8) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliğı asistanları belirtirken en az oranda (%55,9) aile hekimliğı uzmanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görölmüştür ($p<0,05$).

Katılımcılardan aile sağığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Aile Sağığı Merkezinde hekimlere yüklenen ve tıbbi olmayan sorumluluklar, hergün artan iş yükü ve maaş kaygısı nedeniyle oluşan motivasyon kaybı”nı kendi grubunda en yüksek oranda (%63,8) başarısızlık nedeni olarak aile hekimleri belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görölmemiştir ($p=0,861$).

Katılımcılardan aile sağığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Aile hekimleri tarafından başlanan ilaçların ödenmemesi ve ilaç raporu çıkarma yetkisinin bulunmaması”nı kendi grubunda en yüksek oranda (%54,1) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliğı asistanları belirtirken en az oranda (%17,6) aile hekimliğı uzmanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görölmüştür ($p<0,05$).

Katılımcılardan aile sağığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “ASM koşullarının tanı, tetkik ve takip açısından yetersiz olması”nı kendi grubunda en yüksek oranda (%29,7) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliğı asistanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görölmemiştir ($p=0,425$).

Katılımcılardan aile sağığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Kronik hastalıklar takibi konusunda yıllık eğitim ve bilgilendirme toplantılarının yetersizliğı ve etkin olmaması”nı kendi grubunda en yüksek oranda (%35,3) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliğı uzmanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görölmemiştir ($p=0,300$).

Katılımcılardan aile sağığı merkezlerinde hipertansiyon yönetiminde “Hekimlerin hipertansiyon yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması”nı kendi grubunda

en yüksek oranda (%23,5) başarısızlık nedeni olarak aile hekimliği uzmanları belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,421$). Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.12.'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcılara göre aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon yönetimindeki başarısızlık nedenleri ve unvanlara göre dağılımı

Başarısızlık nedenleri ^a	Unvan ^b			Toplam ^c	p ^d
	Aile Hekimi	Aile Hekim. Asistanı (SAHU)	Aile Hekim. Uzmanı		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Aile hekimliği birimine kayıtlı hasta sayısının fazla olması	55 (39.0)	18 (48.6)	20 (58.8)	93 (12.7)	0,091
Aile Sağlığı Merkezinde yüksek poliklinik sayıları nedeniyle hastalara yeterli sürenin ayrılamaması	86 (61.0)	27 (73.0)	25 (73.5)	138 (18.9)	0,210
Hastaların tedaviye uyumsuzluğu	84 (59.6)	31 (83.8)	19 (55.9)	134 (18.3)	<0,05*
Aile Sağlığı Merkezinde hekimlere yüklenen ve tıbbi olmayan sorumluluklar, hergün artan iş yükü ve maaş kaygısı nedeniyle oluşan motivasyon kaybı	90 (63.8)	23 (62.2)	20 (58.8)	133 (18.2)	0,861
Aile hekimleri tarafından başlanan ilaçların ödenmemesi ve ilaç raporu çıkarma yetkisinin bulunmaması	70 (49.6)	20 (54.1)	6 (17.6)	96 (13.1)	<0,05*
ASM koşullarının tanı, tetkik ve takip açısından yetersiz olması	28 (19.9)	11 (29.7)	7 (20.6)	46 (6.3)	0,425
Kronik hastalıklar takibi konusunda yıllık eğitim ve bilgilendirme toplantılarının yetersizliği ve etkin olmaması	39 (27.7)	7 (18.9)	12 (35.3)	58 (7.9)	0,300
Hekimlerin hipertansiyon yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması	21 (14.9)	5 (13.5)	8 (23.5)	34 (4.6)	0,421

a. Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir.

b. Başarısızlık nedenlerinin unvanlara göre kullanılma yüzdesi sunulmuştur.

c. Başarısızlık nedenlerinin toplama göre sütun yüzdesi hesaplanmıştır.

d. Pearson Ki-Kare Testi * $p<0,05$

Katılımcıların %96,7'si ($n=205$) “25 yaş ve üzerindeki tüm bireyler yılda bir kez kan basıncını ölçtürmelidir.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %97,1 ile aile hekimliği uzmanları katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,175$).

Katılımcıların %98,1'i ($n=208$) “Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonun tüm evrelerinde önerilen bir tedavidir.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt

vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %97,3 ile aile hekimliği asistanları katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=1,000$).

Katılımcıların %93,4'ü ($n=198$) “Klinikte yapılan ölçümlerde tansiyonu bir kez yüksek saptanan hastalara, birden fazla ölçüm yapılmasına gerek yoktur.” ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %92,2 ile aile hekimleri katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,121$).

Katılımcıların %99,1'i ($n=210$) “Gebelerde, her prenatal kontrolde kan basıncı izlenmelidir.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %97,3 ile aile hekimliği asistanları katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,559$).

Katılımcıların %16,5'i ($n=35$) “Hipertansiyon hastalarında hedef kilo $VKI < 30$ olacak şekilde belirlenir.” ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %14,9 ile aile hekimleri katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,885$).

Katılımcıların %91,0'i ($n=193$) “Mikroalbuminüri böbrek fonksiyonlarını izlemek amacıyla hipertansiyon hastalarında izlenmesi gereken bir parametredir.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %89,2 ile aile hekimliği asistanları katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,813$).

Katılımcıların %90,1'i ($n=191$) “Yüksek LDL veya düşük HDL gibi lipid bozuklukları hipertansiyon riskini artırır.” ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %88,7 ile aile hekimleri katıldığını

belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,914$).

Katılımcıların %28,8'i ($n=61$) "Hipertansiyon hastalarında orta şiddetteki egzersizler yerine düşük şiddetteki egzersizler önerilir." ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %23,4 ile aile hekimleri katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$).

Katılımcıların %28,8'i ($n=61$) "Hipertansiyon hastalarında orta şiddetteki egzersizler yerine düşük şiddetteki egzersizler önerilir." ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en fazla (%40,5) aile hekimliği asistanları, en az (%23,4) aile hekimleri katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$).

Katılımcıların %31,1'i ($n=66$) "Yeni tanı hipertansiyon hastaları monoterapi ilaç ile en az 3 ay takip edilmelidir." ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en fazla (%55,9) aile hekimliği uzmanları, en az (%19,9) aile hekimleri katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,001$).

Katılımcıların %94,3'ü ($n=200$) "Kreatinin, elektrolitler ve lipid profili gibi testler genellikle her yıl en az 1 kere takip edilmelidir." ifadesine katıldığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %93,6 ile aile hekimleri katıldığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=1,000$).

Katılımcıların %86,3'ü ($n=183$) "Hipertansiyon tedavi sürecinde, tiroid fonksiyon testlerinin izlenmesine gerek yoktur." ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %85,3 ile aile hekimliği uzmanları katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p=0,591$).

Katılımcıların %83,5'i (n=177) "Hipertansiyon metabolik sendrom kriterlerinden biri değildir." ifadesine katılmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Bu maddeye kendi grubunda en az %80,9 ile aile hekimleri katılmadığını belirtmiştir. Unvana göre bu maddeye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,412).

"Gebelerde, her prenatal kontrolde kan basıncı izlenmelidir." ifadesi en fazla (%99,1) doğru yanıt verilen madde iken "Hipertansiyon hastalarında hedef kilo VKİ<30 olacak şekilde belirlenir." ifadesi en az (%16,5) doğru yanıt verilen maddedir. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.13.'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların hipertansiyon tarama, takip ve tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve unvana göre dağılımı

Hipertansiyon tarama, takip ve tedavisine ilişkin önermeler	Kategori	Unvan ^a			Toplam ^a (n=212)	p ^c
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	Aile Hekimliği Uzmanı		
		n (%)	n (%)	n (%)		
25 yaş ve üzerindeki tüm bireyler yılda bir kez kan basıncını ölçtürmelidir.	Katılıyorum ^b	137 (97,2)	35 (94,6)	33 (97,1)	205 (96,7)	0,175
	Katılmıyorum	4 (2,8)	2 (5,4)	0 (0,0)	6 (2,8)	
	Fikrim Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (0,5)	
Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonun tüm evrelerinde önerilen bir tedavidir.	Katılıyorum ^b	138 (97,9)	36 (97,3)	34 (100,0)	208 (98,1)	1,000
	Katılmıyorum	3 (2,1)	1 (2,7)	0 (0,0)	4 (1,9)	
	Fikrim Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Klinikte yapılan ölçümlerde tansiyonu bir kez yüksek saptanan hastalara, birden fazla ölçüm yapılmasına gerek yoktur.	Katılıyorum	9 (6,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (4,2)	0,121
	Katılmıyorum ^b	130 (92,2)	36 (97,3)	32 (94,1)	198 (93,4)	
	Fikrim Yok	2 (1,4)	1 (2,7)	2 (5,9)	5 (2,4)	
Gebelerde, her prenatal kontrolde kan basıncı izlenmelidir.	Katılıyorum ^b	140 (99,3)	36 (97,3)	34 (100,0)	210 (99,1)	0,559
	Katılmıyorum	1 (0,7)	1 (2,7)	0 (0,0)	2 (0,9)	
	Fikrim Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hipertansiyon hastalarında hedef kilo VKİ<30 olacak şekilde belirlenir.	Katılıyorum	112 (79,4)	28 (75,7)	25 (73,5)	165 (77,8)	0,885
	Katılmıyorum ^b	21 (14,9)	7 (18,9)	7 (20,6)	35 (16,5)	
	Fikrim Yok	8 (5,7)	2 (5,4)	2 (5,9)	12 (5,7)	

Tablo 4.13. Katılımcıların hipertansiyon tarama, takip ve tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve unvana göre dağılımı (devamı)

Mikroalbuminüri böbrek fonksiyonlarını izlemek amacıyla hipertansiyon hastalarında izlenmesi gereken bir parametredir.	Katılıyorum ^b	127 (90,1)	33 (89,2)	33 (97,1)	193 (91,0)	0,813
	Katılmıyorum	7 (5,0)	2 (5,4)	1 (2,9)	10 (4,7)	
	Fikrim Yok	7 (5,0)	2 (5,4)	0 (0,0)	9 (4,2)	
Yüksek LDL veya düşük HDL gibi lipid bozuklukları hipertansiyon riskini artırır.	Katılıyorum ^b	125 (88,7)	35 (94,6)	31 (91,2)	191 (90,1)	0,914
	Katılmıyorum	11 (7,8)	2 (5,4)	2 (5,9)	15 (7,1)	
	Fikrim Yok	5 (3,5)	0 (0,0)	1 (2,9)	6 (2,8)	
Hipertansiyon hastalarında orta şiddetteki egzersizler yerine düşük şiddetteki egzersizler önerilir.	Katılıyorum	98 (69,5)	16 (43,2)	18 (52,9)	132 (62,3)	<0,05*
	Katılmıyorum ^b	33 (23,4)	15 (40,5)	13 (38,2)	61 (28,8)	
	Fikrim Yok	10 (7,1)	6 (16,2)	3 (8,8)	19 (9,0)	
Yeni tanı hipertansiyon hastaları monoterapi ilaç ile en az 3 ay takip edilmelidir.	Katılıyorum	100 (70,9)	14 (37,8)	14 (41,2)	128 (60,4)	<0,001*
	Katılmıyorum ^b	28 (19,9)	19 (51,4)	19 (55,9)	66 (31,1)	
	Fikrim Yok	13 (9,2)	4 (10,8)	1 (2,9)	18 (8,5)	
Kreatinin, elektrolitler ve lipid profili gibi testler genellikle her yıl en az 1 kere takip edilmelidir.	Katılıyorum ^b	132 (93,6)	35 (94,6)	33 (97,1)	200 (94,3)	1,000
	Katılmıyorum	8 (5,7)	2 (5,4)	1 (2,9)	11 (5,2)	
	Fikrim Yok	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Hipertansiyon tedavi sürecinde, tiroid fonksiyon testlerinin izlenmesine gerek yoktur.	Katılıyorum	7 (5,0)	3 (8,1)	3 (8,8)	13 (6,1)	0,591
	Katılmıyorum ^b	121 (85,8)	33 (89,2)	29 (85,3)	183 (86,3)	
	Fikrim Yok	13 (9,2)	1 (2,7)	2 (5,9)	16 (7,5)	
Hipertansiyon metabolik sendromkriterlerinden biri değildir.	Katılıyorum	18 (12,8)	1 (2,7)	2 (5,9)	21 (9,9)	0,412
	Katılmıyorum ^b	114 (80,9)	33 (89,2)	30 (88,2)	177 (83,5)	
	Fikrim Yok	9 (6,4)	3 (8,1)	2 (5,9)	14 (6,6)	

a. Kategorilerin unvana ve toplama göre sütun yüzdesi hesaplanmıştır.

b. Önermenin doğru yanıtı.

c. Fisher-Freeman-HaltonExact testi

* p<0,05; ** p<0,001

Katılımcıların hipertansiyon tansiyon yönetimindeki yeterlilik algı ortalaması $3,6 \pm 0,8$, medyanı 4,0'tür. Buna göre katılımcıların yeterlik algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların hipertansiyon tansiyon yönetimindeki yeterlilik algısında cinsiyet, hekimlik süresi, aile hekimliği süresi, kayıtlı hasta sayısı ve günlük ortalama hasta sayısı değişkenlerine göre istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,469; p=0,218; p=0,182; p=0,911; p=0,734). Katılımcıların hipertansiyon tansiyon yönetimindeki

yeterlilik algısında unvana ve ortalama muayene süresine göre istatistiksel bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Unvandaki farklılaşma aile hekimi uzmanları ile aile hekimliği asistanları ve aile hekimleri arasında olup aile hekimi uzmanları lehinedir. Ortalama muayene süresindeki farklılaşma 0-3 dakika ile >5-10 dakika arasında olup ortalama muayene süresi >5-10 dakika olanlar lehinedir. Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.14.'te verilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların hipertansiyon yönetimindeki yeterlilik algısı ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu

Değişken	Kategori	Ort $\pm$ S.s	Medyan (%25Ç.-%75Ç.)	p
Toplam		3,6 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
Cinsiyet	Kadın	3,6 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	0,469 ^a
	Erkek	3,6 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
Hekimlik Süresi	0-5 yıl	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	0,218 ^b
	6-10 yıl	3,5 $\pm$ 0,8	3,0 (3,0 - 4,0)	
	11-15 yıl	3,4 $\pm$ 0,9	3,0 (3,0 - 4,0)	
	16-20 yıl	3,8 $\pm$ 0,6	4,0 (3,0 - 4,0)	
	21 yıl ve üzeri	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
Aile Hekimliği Süresi	0-5 yıl	3,4 $\pm$ 0,9	3,0 (3,0 - 4,0)	0,182 ^b
	6-15 yıl	3,6 $\pm$ 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	16 yıl ve üzeri	3,8 $\pm$ 1,0	4,0 (3,0 - 4,0)	
Unvan	Aile Hekimi	3,5 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	<0,05 ^{b*}
	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	3,5 $\pm$ 0,7	3,0 (3,0 - 4,0)	
	Aile Hekimliği Uzmanı	4,0 $\pm$ 0,6	4,0 (4,0 - 4,0)	
Kayıtlı Hasta Sayısı	1500'den az	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	0,911 ^b
	1500-2000	3,5 $\pm$ 1,0	3,0 (3,0 - 4,0)	
	2001-2500	3,7 $\pm$ 0,6	4,0 (3,0 - 4,0)	
	2501- 3000	3,6 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
	3001-3500	3,5 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
	3501-4000	3,7 $\pm$ 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	

Tablo 4.14. Katılımcıların hipertansiyon yönetimindeki yeterlilik algısı ile demografik ve çalışmaya ilişkin değişkenlere göre farklılaşma durumu (devamı)

	0-20 hasta	3,7 ± 0,8	3,5 (3,0 - 4,0)	
Günlük Ortalama	21-40 hasta	3,6 ± 0,6	4,0 (3,0 - 4,0)	
Hasta Sayısı	41-60 hasta	3,7 ± 0,9	4,0 (3,0 - 4,0)	0,734 ^b
	61-80 hasta	3,5 ± 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
	81 hasta ve üzeri	3,6 ± 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	
	0-3 dakika	3,4 ± 0,9	3,0 (3,0 - 4,0)	
Ortalama	>3-5 dakika	3,6 ± 0,8	4,0 (3,0 - 4,0)	
Muayene Süresi	>5-10 dakika	3,8 ± 0,7	4,0 (3,0 - 4,0)	<0,05 ^{b*}
	10 dakika üzeri	3,3 ± 0,8	3,0 (3,0 - 3,0)	

a. Mann Whitney U testi

b. Kruskal Wallis H testi

* p<0,05

Katılımcıların %59,9'u (n=127) "Yaşam tarzı değişikliklerinin önemi hakkında bilgilendirme yaparım." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %70,3 ile aile hekimliği asistanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,635).

Katılımcıların %61,3'ü (n=130) "Evde bir hafta boyunca, günde 2-3 kez ölçüm yaparak kaydetmesini ve kontrole getirmesini öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %67,6 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,956).

Katılımcıların %45,8'i (n=97) "Hipertansiyonun uzun dönem komplikasyonları hakkında bilgi veririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %52,9 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,933).

Katılımcıların %41,5'i (n=88) "VKİ>25 olan hastalara kilo vermesini öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %50,0 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,895).

Katılımcıların %64,6'sı (n=137) "Diyetinde tuz kısıtlaması öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %76,5 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,570).

Katılımcıların %55,7'si (n=118) "Düzenli egzersiz yapmasını öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %70,6 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,141).

Katılımcıların %70,8'i (n=150) "İlaçlarını düzenli almasını öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %76,5 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,947).

Katılımcıların %58,5'i (n=124) "Sigara ve alkol kullanımı varsa bırakılmasını öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %64,7 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,993).

Katılımcıların %56,1'i (n=119) "Stres faktörlerinden uzak durmasını öneririm." ifadesini "Her zaman" önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi "Her zaman" kategorisinde kendi grubunda en fazla %59,5 ile aile hekimliği asistanları önermiştir.

Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,996).

Katılımcıların %64,6'sı (n=137) “Kontrol muayene ve tahlillerini düzenli yaptırmasını öneririm.” ifadesini “Her zaman” önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi “Her zaman” kategorisinde kendi grubunda en fazla %79,4 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,606).

Katılımcıların %48,1'i (n=102) “Bazı ilaçların (steroid, NSAİ, nazal dekonjestanlar vb.) tansiyon yüksekliğine sebep olabileceği hakkında bilgi veririm.” ifadesini “Her zaman” önerdikleri belirtmişlerdir. Bu ifadeyi “Her zaman” kategorisinde kendi grubunda en fazla %61,8 ile aile hekimliği uzmanları önermiştir. Unvana göre bu öneriye verilen cevaplar için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,568). Bu durumlara ait bilgiler tablo 4.15.'te verilmiştir.

Tablo 4.15. Katılımcıların hipertansiyon hastalarına yönelik tedavi ve takip önerileri ve unvanlara göre dağılımı

Hipertansiyon hastalarına yönelik tedavi ve takip önerileri	Kategori	Unvan ^a			Toplam ^a (n=212)	p ^b
		Aile Hekimi	Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	Aile Hekimliği Uzmanı		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaşam tarzı değişikliklerinin önemi hakkında bilgilendirme yaparım.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,635
	Bazen	6 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,8)	
	Genellikle	47 (33,3)	9 (24,3)	9 (26,5)	65 (30,7)	
	Her zaman	78 (55,3)	26 (70,3)	23 (67,6)	127 (59,9)	
Evde bir hafta boyunca, günde 2-3 kez ölçüm yaparak kaydetmesini ve kontrole getirmesini öneririm.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,956
	Bazen	5 (3,5)	0 (0,0)	1 (2,9)	6 (2,8)	
	Genellikle	42 (29,8)	12 (32,4)	8 (23,5)	62 (29,2)	
	Her zaman	84 (59,6)	23 (62,2)	23 (67,6)	130 (61,3)	

Tablo 4.15. Katılımcıların hipertansiyon hastalarına yönelik tedavi ve takip önerileri ve unvanlara göre dağılımı (devamı)

Hipertansiyonun uzun dönem komplikasyonları hakkında bilgi veririm.	Nadiren/Hiç	13 (9,2)	2 (5,4)	2 (5,9)	17 (8,0)	0,933
	Bazen	12 (8,5)	3 (8,1)	1 (2,9)	16 (7,5)	
	Genellikle	54 (38,3)	15 (40,5)	13 (38,2)	82 (38,7)	
	Her zaman	62 (44,0)	17 (45,9)	18 (52,9)	97 (45,8)	
VKİ>25 olan hastalara kilo vermesini öneririm	Nadiren/Hiç	18 (12,8)	4 (10,8)	3 (8,8)	25 (11,8)	0,895
	Bazen	16 (11,3)	5 (13,5)	3 (8,8)	24 (11,3)	
	Genellikle	53 (37,6)	11 (29,7)	11 (32,4)	75 (35,4)	
	Her zaman	54 (38,3)	17 (45,9)	17 (50,0)	88 (41,5)	
Diyetinde tuz kısıtlaması öneririm.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,570
	Bazen	6 (4,3)	1 (2,7)	1 (2,9)	8 (3,8)	
	Genellikle	41 (29,1)	7 (18,9)	5 (14,7)	53 (25,0)	
	Her zaman	84 (59,6)	27 (73,0)	26 (76,5)	137 (64,6)	
Düzenli egzersiz yapmasını öneririm.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,141
	Bazen	12 (8,5)	1 (2,7)	1 (2,9)	14 (6,6)	
	Genellikle	51 (36,2)	8 (21,6)	7 (20,6)	66 (31,1)	
	Her zaman	68 (48,2)	26 (70,3)	24 (70,6)	118 (55,7)	
İlaçlarını düzenli almasını öneririm.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,947
	Bazen	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
	Genellikle	34 (24,1)	7 (18,9)	6 (17,6)	47 (22,2)	
	Her zaman	96 (68,1)	28 (75,7)	26 (76,5)	150 (70,8)	
Sigara ve alkol kullanımı varsa bırakılmasını öneririm.	Nadiren/Hiç	11 (7,8)	2 (5,4)	2 (5,9)	15 (7,1)	0,993
	Bazen	7 (5,0)	2 (5,4)	1 (2,9)	10 (4,7)	
	Genellikle	42 (29,8)	12 (32,4)	9 (26,5)	63 (29,7)	
	Her zaman	81 (57,4)	21 (56,8)	22 (64,7)	124 (58,5)	
Stres faktörlerinden uzak durmasını öneririm.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,996
	Bazen	8 (5,7)	1 (2,7)	2 (5,9)	11 (5,2)	
	Genellikle	46 (32,6)	12 (32,4)	10 (29,4)	68 (32,1)	
	Her zaman	77 (54,6)	22 (59,5)	20 (58,8)	119 (56,1)	
Kontrol muayene ve tahlillerini düzenli yaptırmasını öneririm.	Nadiren/Hiç	10 (7,1)	2 (5,4)	2 (5,9)	14 (6,6)	0,606
	Bazen	4 (2,8)	1 (2,7)	0 (0,0)	5 (2,4)	
	Genellikle	41 (29,1)	10 (27,0)	5 (14,7)	56 (26,4)	
	Her zaman	86 (61,0)	24 (64,9)	27 (79,4)	137 (64,6)	

Tablo 4.15. Katılımcıların hipertansiyon hastalarına yönelik tedavi ve takip önerileri ve unvanlara göre dağılımı (devamı)

	Nadiren/Hiç	13 (9,2)	2 (5,4)	2 (5,9)	17 (8,0)	
Bazı ilaçların (steroid, NSAİ, nazal dekonjestanlar vb.) tansiyon yüksekliğine sebep olabileceği hakkında bilgi veririm.	Bazen	13 (9,2)	5 (13,5)	3 (8,8)	21 (9,9)	0,568
	Genellikle	53 (37,6)	11 (29,7)	8 (23,5)	72 (34,0)	
	Her zaman	62 (44,0)	19 (51,4)	21 (61,8)	102 (48,1)	

a. Kategorilerin unvana ve toplama göre sütun yüzdesi hesaplanmıştır.

b. Fisher-Freeman-HaltonExact testi

Katılımcıların hipertansiyon hastalarını uzman hekime en çok üç sevk etme nedeni sırasıyla %18,2 (n=184) ile “Direncili hipertansiyon”, %16,9 (n=171) ile “Malign hipertansiyon nedeniyle (180/120 mmHg ve üzeri)” ve %15,4 (n=156) ile “Hipertansiyon kaynaklı organ hasarını düşündüren durumlarda (koroner arter hastalığı, nefropati, serebrovasküler olay vb.)”dır.

Aile hekimliği uzmanları, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %82,4 (n=28) ile hastalarını “Sekonder hipertansiyon şüphesi” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,075).

Aile hekimliği asistanları, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %67,6 (n=25) ile hastalarını “Hemodinamisi veya vitalleri bozuk hastane yatışı gereken durumlar” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,585).

Aile hekimleri, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %84,4 (n=119) ile hastalarını “Malign hipertansiyon nedeniyle (180/120 mmHg ve üzeri)” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,131).

Aile hekimleri, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %75,9 (n=107) ile hastalarını “Hipertansiyon kaynaklı organ hasarını düşündüren durumlar (koroner arter hastalığı, nefropati, serebrovasküler olay vb.)” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,546).

Aile hekimliği uzmanları, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %94,1 (n=32) ile hastalarını “Dirençli hipertansiyon” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,369).

Aile hekimliği asistanları, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %70,3 (n=26) ile hastalarını “Yazılan ilaçların ödenmemesi veya ilaç raporu çıkaramaması” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Bu neden için aile hekimliği uzmanları kendi grubu içinde en düşük orana (%14,7) sahiptir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p<0,001).

Aile hekimleri, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %49,6 (n=70) ile hastalarını “Elektrolit bozukluğu” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=0,104).

Aile hekimleri, kendi grubu içinde en yüksek oran olan %1,4 (n=2) ile hastalarını “Diğer (Kvs kontrolü)” nedeniyle uzman hekime sevk ettiğini belirtmiştir. Unvana göre bu neden için çalışmaya katılanlar arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir (p=1,000). Bu durumlara ait bilgiler Tablo 4.16.’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların hipertansiyon hastalarını uzman hekime sevk etme nedenleri ve unvanlara göre dağılımı

Sevk etme nedenleri ^a	Unvan ^b			Toplam ^c (n=212)	p ^d
	Aile Hekimi	Aile Hekim. Asistanı (SAHU)	Aile Hekim. Uzmanı		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sekonder hipertansiyon şüphesi nedeniyle	89 (63,1)	27 (73,0)	28 (82,4)	144 (14.2)	0,075
Hemodinamisi veya vitalleri bozuk hastane yatışı gereken durumlarda	85 (60,3)	25 (67,6)	19 (55,9)	129 (12.8)	0,585
Malign hipertansiyon nedeniyle (180/120 mmHg ve üzeri)	119 (84,4)	28 (75,7)	24 (70,6)	171 (16.9)	0,131
Hipertansiyon kaynaklı organ hasarını düşündüren durumlarda (koroner arter hastalığı, nefropati, serebrovasküler olay vb.)	107 (75,9)	26 (70,3)	23 (67,6)	156 (15.4)	0,546
Dirençli hipertansiyonda	121 (85,8)	31 (83,8)	32 (94,1)	184 (18.2)	0,369 ^e

Tablo 4.16. Katılımcıların hipertansiyon hastalarını uzman hekime sevk etme nedenleri ve unvanlara göre dağılımı (devamı)

Yazılan ilaçların ödenmemesi veya ilaç raporu çıkaramadığımdan dolayı	97 (68,8)	26 (70,3)	5 (14,7)	128 (12.7)	<0,001*
Elektrolit bozukluğu	70 (49,6)	17 (45,9)	10 (29,4)	97 (9.6)	0,104
Diğer (Kvs kontrolü)	2 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0.2)	1,000

- a. Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmışlerdir.
b. Sevk etme nedenlerinin unvanlara göre kullanılma yüzdesi sunulmuştur.
c. Sevk etme nedenlerinin toplama göre sütun yüzdesi hesaplanmıştır.
d. Pearson Ki-Kare testi e. Fisher-Freeman-HaltonExact testi * p<0,001

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Arteriyel hipertansiyon, küresel ölçekte morbidite ve mortalitenin en önemli önlenabilir nedenlerinden biri olarak konumunu korumaktadır. Güncel epidemiyolojik veriler ve bu çalışmada incelenen literatür, hipertansiyon prevalansının dünya genelinde, özellikle sosyoekonomik geçiş sürecindeki toplumlarda endişe verici düzeylerde seyrettiğini ve sağlık sistemleri üzerindeki yükünün giderek arttığını ortaya koymaktadır (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; Mancia ve ark., 2023). Hipertansiyonun yalnızca bir kan basıncı değeri yüksekliği olmadığı, aksine kalp damar hastalıkları (inme, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği), kronik böbrek hastalığı, demans ve erken ölüm gibi yıkıcı sonuçlarla nedensel ilişkisi kanıtlanmış kompleks bir sendrom olduğu gerçeği, hastalığın tanı ve tedavisinin önemini sürekli olarak vurgulamaktadır (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018).

Hipertansiyon yönetiminin dinamik bir süreç olduğu ve sürekli güncellenen kanıta dayalı verilerle şekillendiği görülmektedir. Tanı yöntemlerindeki gelişmeler, tedavi algoritmalarındaki değişiklikler ve komplikasyonların önlenmesine yönelik stratejiler, hipertansiyonla mücadelede önemli adımlar olsa da, küresel ölçekte kan basıncı kontrol oranları hedeflenen seviyelerin hala altındadır (NCD Risk Factor Collaboration, 2021). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT) hipertansiyon tanısı olanların %40,7'sinin hastalıklarından haberdar olduğu, %31,1'inin tedavi gördüğü ve tedavi görenlerde KB kontrol oranı %20,7 olarak bildirilmiştir. PatenT çalışmasında katılımcıların %32,2'sinin daha önce bir kere bile KB ölçtürmediği de tespit edilmiştir. Farkındalığın artırılması, erken tanı oranlarının yükseltilmesi ve tedaviye uyumun iyileştirilmesi gibi konularda gereken önemli engeller bulunmaktadır (Altun ve ark., 2005).

Çalışmamızda, katılımcı hekimlerin hipertansiyonun taranması, temel tanı prensipleri ve genel yönetim yaklaşımlarına ilişkin temel bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışma, Sakarya'da aile hekimi olarak görev yapmakta olan 212 katılımcı ile

gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %66,5'i pratisyen aile hekimi, %17,5'i SAHU asistanı, %16,0'sı aile hekimi uzmanı olarak tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan kadın, erkek sayısı neredeyse birbirine eşit olduğu görülmüştür. Katılımcıların %94,8'inin 6 yıldan fazla süredir hekim olduğu; %79,7'sinin 6 yıldan fazla süredir aile hekimi olarak görev yaptığı sonucu elde edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %70,3'ünün birimlerine kayıtlı hasta sayısının 3001-4000 arası olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin %62,3'ünün günlük hasta muayene sayısının 60'tan fazla olduğu görülmektedir. Hekimlerin %67,9'unun muayene için en fazla 5 dakika ayırabildiği görülmüştür. Aile hekimine başvuran hastaların %56,6'sının sürekli kullandığı ilaçları yazdırmak, %41,5'inin muayene olmak amacıyla başvurduğu görülmüştür.

Çalışmamızdaki sayısal verilerin analizine göre, hipertansiyonun %19 oranla en sık karşılaşılan kronik hastalık olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Bursa'da aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada da en sık karşılaşılan kronik hastalık %24 ile hipertansiyon olmuştur (Özeren, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2019 yılında yayımlanan Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre, bireyler arasında en sık bildirilen kronik hastalık %16,4 prevalans oranıyla hipertansiyondur (TÜİK, 2019). Çalışmamızdaki veriler bu sonuçlarla paralellik göstermiştir. Buradan hipertansiyonun toplumun çok büyük bir kısmını ilgilendiren, yaygın bir hastalık olduğu sonucuna varılabilir.

Birinci basamakta uygulanacak etkin tarama yöntemlerinin hipertansiyonun erken tanı, takip ve tedavi süreçlerine çok önemli katkılarının olacağı yadsınamaz bir gerçektir. Yetişkinlerde hipertansiyon için ofis tabanlı tarama onlarca yıldır ABD'de standart bakım olarak devam etmektedir. 2015 yılında, ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) yetişkinlerde hipertansiyon taramasının yeri ve önemini incelemiş ve bir öneri raporu yayınlamıştır (Siu, 2015). Bu bağlamda, erken tanı ile nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi süreçlerinin yönetiminde aile hekimlerine önemli sorumluluklar atfedilmektedir (TEMD, 2019). Nitekim sabit bir popülasyona sürekli ve bütüncül bakım sunma prensibine dayanan aile hekimliği modelinde, hekimlerin kendilerine kayıtlı bireyleri daha yakından tanımaları, kronik hastalık yönetiminde proaktif olmaları ve tedavi süreçlerini daha etkin izlemeleri beklenir.

Ayrıca taramalarla tespit edilen prehipertansif riskli grupların daha yakından izlenmesi ve nonfarmakolojik tedavileri ile kümülatif hipertansiyon hasta sayısının ve farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyulan hasta popülasyonunun azalacağı öngörülebilir. Ayrıca, bu durumun ikincil ve üçüncül basamak sağlık kuruluşlarındaki hasta yığılmalarını ve randevu bekleme sürelerini azaltarak, gerçekten uzmanlık düzeyinde takip ve tedaviye ihtiyacı olan hastaların hizmete erişimini kolaylaştıracağı ve genel sağlık hizmeti sunumunun verimliliğini artıracığı öngörülebilir.

Tanı koyma sürecinde güncel hipertansiyon kılavuzlarının takibi de çalışmaya konu edilmiştir. Klinik uygulama kılavuzları, kronik hastalıkların yönetimine dair tarama, tanı ve çağdaş tedavi modalitelerini, bilimsel veriler ve kanıta dayalı tıp metodolojisi ışığında derleyen; hekimleri bu alanlarda en güncel ve etkin yaklaşımlara yönlendirerek klinik pratikte standardizasyon ve kaliteyi artırmayı amaçlayan temel referanslardır (Saygılı ve ark., 2013). Araştırmamıza katılan aile hekimlerinde hipertansiyon kılavuzu kullanma oranı %54,7 olarak tespit edilmiştir. İzmir’de yapılan çalışmada bu oran %63,9 olarak tespit edilmiştir (Güneş, 2014). Kronik hastalıkların yönetimi bağlamında, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda, hekimlerin %45,2’sinin klinik kılavuzları kullandığı saptanmıştır (THSK, 2013). Çalışmamızda daha yüksek bir oran saptanmasının nedeni araştırma evreninin da kısıtlı olması ve tüm hekimlere ulaşamaması olabilir. Samsun ili İlkadım ilçesi’nde görev yapan aile hekimlerinde yapılan çalışmada esansiyel hipertansiyonda kılavuza başvurma oranı %74’ tür (Öz, 2020). İstanbul’da yapılan bir diğer çalışmada ise kılavuz kullanma oranı %79,9 olarak bulunmuştur (Yıldırım, 2022). Referans alınan çalışma ile mevcut araştırmamız arasında gözlemlenen bu önemli farklılığın temel nedeni, ilgili çalışmanın örnekleminin sadece aile hekimliği asistanlarından teşekkül etmesi olabilir.

Çalışmamız, hipertansiyon yönetiminde klinik kılavuzların kullanım sıklığı açısından uzman aile hekimleri ile pratisyen aile hekimleri ve SAHU asistanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymaktadır ($p<0,001$). Uzman aile hekimlerinin %85,3 gibi yüksek bir oranda kılavuzlara başvurduğu gözlemlenirken, bu oranın pratisyen hekimlerde (%47,5) ve SAHU asistanlarında

(%54,1) belirgin şekilde daha düşük olması dikkat çekicidir. İzmir’de yapılan bir çalışmada ise aile hekimliği uzmanı olma durumu ile klinik kılavuz kullanımı arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (Güneş, 2014). Bursa’da yapılan bir diğer çalışmada ise gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının ve aile hekimliği asistanlarının, pratisyen aile hekimlerine göre daha fazla klinik kılavuz kullandığı tespit edilmiş ve çalışmamızdaki verilerle paralellik göstermiştir (Özeren, 2022). Aile hekimliği alanında alınan uzmanlık eğitiminin, hekimlerin kanıta dayalı tıp prensiplerini ve güncel tedavi protokollerini benimseme ve uygulama eğilimlerini önemli ölçüde artırdığının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Uzmanlık eğitimi sürecinde kazanılan derinlemesine bilgi, güncel literatürü takip etme alışkanlığı ve karmaşık vakaları yönetme becerisi, kılavuz temelli yaklaşımların içselleştirilmesinde kritik rol oynuyor olabilir. Pratisyen hekimler ve henüz eğitim sürecindeki asistanların daha düşük oranları, belki de yoğun iş yükü, sürekli eğitim olanaklarına erişimdeki farklılıklar veya uzmanlık eğitimiyle kazanılan sistematik yaklaşım eksikliği gibi faktörlerden kaynaklanmış olabilir. Asistanların pratisyen hekimlere göre nispeten daha yüksek bir orana sahip olması, eğitim kurumlarının güncel kılavuzları vurgulama çabası veya daha yakın zamanda formel eğitimden geçmiş olmalarıyla açıklanabilir; ancak yine de uzmanlık seviyesine ulaşamadığı tespit edilmiştir. Klinik uygulama kılavuzlarının hekimler tarafından daha yaygın bir şekilde benimsenmesini teşvik etmek ve güncel bilimsel verilerin etkin takibinin sağlanması için, kronik hastalıklara yönelik sürekli tıp eğitimi (STE) faaliyetlerinin (eğitimler, kongreler vb.) düzenlenmesi ve bilgiye erişim kanallarının iyileştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca ülkemiz için kolay anlaşılır sosyodemografik verilerle uyumlu, takip edilebilir ve sadeleştirilmiş ortak bir kılavuzun oluşturulması standardizasyon açısından önemli olduğu söylenebilir.

Kılavuz kullanım eğilimlerini belirledikten sonra hangi kılavuzlara ağırlık verildiği değerlendirilmesi de çalışmamızda yer almaktadır. Hipertansiyon yönetiminde referans alınan spesifik klinik kılavuzların kullanım pratikleri, katılımcıların mesleki unvanlarına göre analiz edilmiştir. Bulgularımız, aile hekimliği uzmanlarının, hem ESH/ESC hem de ulusal TKD kılavuzlarının kullanımında diğer katılımcı hekimlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranlara sahip olduğunu

göstermektedir. Edirne’de aile hekimleri ile yapılan çalışmada Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu’nun tüm kılavuzlar içinde en çok tercih edilen ve kullanılan klinik kılavuz (%13,1) olduğu bildirilmiştir (Memi, 2020). Bursa’da yapılan çalışmada ise hekimlerin çok büyük bir çoğunluğu (%89) Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu’nu kullandıkları tespit edilmiştir (Özeren, 2022). Araştırmamızda özellikle aile hekimi uzmanları kendi grupları içerisinde %52,9 (n=18) ile en sık ESH/ESC kılavuzunu ve %61,8 (n=21) gibi daha da yüksek bir oranla TKD kılavuzunu kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu iki kılavuz için de unvanlar arası kullanım sıklığı farkının istatistiksel olarak anlamlı olması (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,05$), uzmanlık eğitiminin belirli kılavuzlara yönelik farkındalığı ve benimsemeyi artırdığını düşündürmektedir. Ulusal kılavuz olan TKD’nin, Avrupa kılavuzlarına göre aile hekimi uzmanları arasında daha yüksek bir oranda tercih edilmesi, yerel epidemiyolojik verilere, sağlık sistemi dinamiklerine veya erişilebilirlik gibi faktörlere dayalı bir pratik yansıma olabilir.

Çalışmamızda, hipertansiyon ön tanısı alan hastaların ikincil veya üçüncül basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilme pratikleri incelendiğinde, aile hekimliği uzmanları ile diğer hekim grupları (pratisyen aile hekimleri ve aile hekimliği asistanları) karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bulgularımız, aile hekimi uzmanlarının, hipertansiyon şüphesi olan hastaları daha ziyade birinci basamakta kendilerinin takip etmeyi ve kesin tanıyı bu düzeyde koymayı tercih ettiklerini göstermektedir. Adana’da yapılan çalışmada katılımcıların hipertansiyon tedavisi nedeniyle takip edildiği sağlık merkezi sorgulandığında %16,7’si birinci basamakta, %67’si ikinci basamak, %16,3’ü üçüncü basamak olarak tespit edilmiştir (Zıba, 2022). Sri Lanka’da yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının %6,5’i birinci basamak, %22’si ikinci basamak, %50’si üçüncü basamakta tanı aldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %58’i takiplerini tanı aldıkları merkezde %8,6’sı ulaşımı kolay herhangi bir hastanede %6’sı üçüncü basamakta %6’sı hiç bir yerde takip edilmediğini belirtmiştir (Ralapanawa ve ark., 2020). Van’da yapılmış bir diğer çalışmada hipertansiyon hastalarının takip edildiği yer sorgulandığında %43’ü üniversite veya devlet hastanesinde, %35’i birinci basamak sağlık kuruluşları olduğu tespit edilmiştir (Eryonucu ve ark., 1999).

Kanada’da yapılan bir çalışmada ise birinci basamakta kayıtlı hipertansiyon tanılı hastaların takip yeri sorgulandığında birden fazla merkezi takip yeri için tercih ettikleri ve en sık üçüncü basamak hastanelerine ve özel sağlık kuruluşlarına başvurdıkları saptanmıştır (Roos ve ark., 1998). Çalışmamızda uzman hekimlerin, sahip oldukları bilgi birikimi ve deneyimle, hipertansiyon gibi yaygın bir kronik hastalığın ilk değerlendirmesini ve yönetimini, birinci basamak koşullarında etkin bir şekilde üstlenebildikleri anlaşılmaktadır. Bu durum, aile hekimliği alanında alınan uzmanlık eğitiminin, hekimlere tanı koyma, ayırıcı tanı yapma ve takip süreçlerini yönetme konusunda daha fazla yetkinlik ve özgüven kazandırdığının bir göstergesi olabilir. Birinci basamakta daha fazla uzman aile hekiminin görev alması, sağlık sisteminde kaynakların daha etkin kullanımına ve hasta akışının optimize edilmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca tedavisi ve takibi birinci basamakta yapılabilecek olan hipertansiyon gibi kronik hastalıkların takibinin birinci basamakta yapılması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları gibi daha komplike vakaların tanı ve tedavisinin yapıldığı sağlık kuruluşlarındaki başvuru oranlarını ve gereksiz başvuruları azaltabilir.

Çalışmamızda, araştırma kapsamındaki hipertansiyon yönetimine ilişkin temel konularda katılımcı hekimler arasında oldukça yüksek düzeyde bir bilgi birikimi ve fikir birliği olduğu görülmüştür. Özellikle, 25 yaş üstü bireylerde yıllık kan basıncı taramasının gerekliliği (%96,7), yaşam tarzı değişikliklerinin tüm evrelerde önerilmesi (%98,1), tek bir yüksek ölçümün tanı için yeterli olmadığına dair doğru bilgi (%93,4), gebelikte düzenli kan basıncı takibinin önemi (%99,1), mikroalbuminürinin böbrek hasarı takibindeki yeri (%91,0) ve dislipideminin hipertansiyon riskini artırdığı bilgisi (%90,1) gibi temel prensiplerde katılımcıların büyük çoğunluğu doğru yanıtları vermiştir. Bu yüksek doğruluk oranları, söz konusu temel bilgilerin hekimler arasında yaygın olarak bilindiğini ve kabul gördüğünü ortaya koymaktadır. İstanbul’da yapılan uzmanlık tezi çalışmasında hekimlerin %61’inin hipertansiyon tanısı, komplikasyonları ve tedavisi konusunda bilgilerini yeterli bulduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Yıldırım, 2022). Bu temel bilgi maddelerinin hiçbirinde katılımcıların mesleki unvanlarına (aile hekimliği uzmanları, aile hekimliği asistanları, pratisyen aile hekimleri) göre istatistiksel açıdan anlamlı

bir farklılık saptanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$). Bu durum, hipertansiyon yönetimine ilişkin bu çekirdek bilgilerin, farklı eğitim ve deneyim seviyelerindeki birinci basamak hekimleri tarafından benzer düzeyde benimsendiğini göstermektedir. Uzmanlık eğitiminin veya mesleki deneyim süresinin, bu spesifik temel bilgiler üzerindeki hakimiyeti anlamlı ölçüde değiştirmedeği anlaşılmaktadır. Bu, temel tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim faaliyetlerinin bu konulardaki mesajları etkin bir şekilde ilettiğini düşündürülebilir.

Katılımcı hekimlerin yeni tanı almış hipertansiyon hastalarının başlangıç farmakoterapisi ve uzun dönem laboratuvar takibine ilişkin bilgi ve yaklaşımları da inceleme konusu olarak ele alınmıştır. Bulgular, rutin laboratuvar takibi ve tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi gibi konularda genel bir bilgi birliği ve yüksek doğruluk oranları sergilerken, başlangıç medikal tedavi stratejileri konusunda önemli bir bilgi eksikliği ve unvanlar arası heterojenite olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, "Kreatinin, elektrolitler ve lipid profili gibi testler genellikle her yıl en az 1 kere takip edilmelidir." ifadesine katılımcıların %94,3'ünün doğru şekilde katılması ve "Hipertansiyon tedavi sürecinde, tiroid fonksiyon testlerinin izlenmesine gerek yoktur." şeklindeki yanlış ifadeye %86,3'ünün doğru şekilde katılmaması, bu temel izlem parametrelerinin öneminin hekimler arasında yaygın olarak kabul gördüğünü göstermektedir. Bu iki konuda da mesleki unvanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmaması (sırasıyla $p=1,000$ ve $p=0,591$), söz konusu bilgilerin farklı eğitim ve deneyim seviyelerindeki hekimlerce benzer düzeyde içselleştirildiğini düşündürmektedir. İstanbul'da gerçekleştirilen bir çalışmada, hekimlerin hipertansiyon hastalarının yıllık laboratuvar takipleri konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmış olup, bu bulgu çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Yıldırım, 2022). Buna karşın, "Yeni tanı hipertansiyon hastaları monoterapi ilaç ile en az 3 ay takip edilmelidir." şeklindeki, güncel kılavuzların çoğu durumda daha erken değerlendirme ve gerekirse tedavi yoğunlaştırmasını önerdiği yaklaşımla çelişen ifadeye katılmayarak doğru yanıt verenlerin oranı genel olarak oldukça düşüktür (%31,1). Bu durum, hipertansiyonun başlangıç farmakoterapisinde ve tedaviye yanıtın değerlendirilme zamanlamasında önemli bir bilgi boşluğu veya güncel olmayan pratiklerin devam ettiğini işaret

etmektedir. Daha da önemlisi, bu konudaki bilgi düzeyinin hekimlerin mesleki unvanlarına göre kıyas edildiğinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,001$). Aile hekimliği uzmanlarının %55,9 ile bu yanlış ifadeye katılmama (doğru yanıt) oranının en yüksek olduğu grup olması, uzmanlık eğitiminin güncel tedavi stratejileri ve kılavuz temelli yaklaşımlar konusundaki farkındalığı artırdığı söylenebilir. Pratisyen aile hekimlerinin ise sadece %19,9'unun doğru yanıt vermesi, bu grupta başlangıç tedavi yönetimi konusunda ciddi bir eğitim ve güncelleme ihtiyacı olduğu söylenebilir.

Hekimlerin tedavi sürecindeki başlangıç farmakoterapi yaklaşımlarının ardından hipertansiyon yönetiminin temelini oluşturan yaşam tarzı değişiklikleri ve konusu üzerinde de inceleme yapılmıştır. Bulgular, bazı temel prensiplerde yüksek düzeyde bir fikir birliği olduğunu, ancak belirli uygulama detaylarında önemli farklılıklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, düşük tuzlu, sağlıklı yağ ve lif ağırlıklı diyet önerisi gibi temel bir yaşam tarzı modifikasyonu konusunda katılımcıların neredeyse tamamının (%99,1) doğru yaklaşımı benimsediği ve bu konuda unvanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p=1,000$) gözlenmiştir. İlaç başlamadan önce 3 ay beklemenin uygun olmadığına dair görüş (%85,8) ve tedavi hedef kan basıncının 130/80 mmHg altı olarak belirlenmesi (%93,4) gibi konularda da genel olarak yüksek oranda doğru yanıtlar verilmiş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,811$, $p=0,222$, $p=0,751$). Bu durum, hipertansiyon yönetiminin bu köşe taşı niteliğindeki ilkelerinin, farklı eğitim ve deneyim seviyelerindeki hekimler tarafından genel olarak iyi bilindiğini ve kabul gördüğünü göstermektedir. Samsun'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %67,1'inin hipertansiyonu önlemek ve kontrol altına almak için yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgilerini yeterli gördüğü bulunmuştur (Bakır, 2022). Hipertansiyon yönetiminde egzersiz önerilerine ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde, dikkat çekici bir bulgu ortaya çıkmıştır. "Hipertansiyon hastalarında orta şiddetteki egzersizler yerine düşük şiddetteki egzersizler önerilir." şeklindeki yanlış ifadeye katılmayarak doğru yanıt veren katılımcıların oranı genel olarak oldukça düşük (%28,8, $n=61$) bulunmuştur. Bu durum, güncel kılavuzların genellikle orta şiddette aerobik egzersizi önermesine rağmen, katılımcıların önemli bir bölümünün bu konuda ya bilgi eksikliği yaşadığını

ya da yanlış bir kanıya sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, önceki maddelerde saptanan diyet gibi diğer yaşam tarzı önerilerindeki yüksek bilgi düzeyi ile belirgin bir tezat oluşturmaktadır ve egzersiz reçetelendirmesinin birinci basamakta daha fazla dikkat gerektiren bir alan olduğuna işaret etmektedir. Bu konudaki bilgi düzeyinin katılımcıların mesleki unvanlarına göre de farklılık gösterdiği saptanmıştır. Aile hekimliği asistanları, kendi gruplarında %40,5 ile bu yanlış ifadeye katılmama oranının en yüksek olduğu grubu oluştururken, pratisyen aile hekimleri %23,4 ile en düşük oranı sergilemiştir ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$). Bu durum eğitim sürecindeki hekimlerin güncel kılavuz önerilerine daha yakın olabileceği veya pratisyen hekimlerdeki daha düşük oran, belki de yerleşik eski pratiklerin devam etmesi veya egzersiz önerilerinin karmaşıklığına yönelik çekincelerinin var olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin hipertansiyon yönetimindeki başarısızlık algılarının altında yatan nedenler de detaylı olarak incelenmiştir. Katılımcıların genelinde, hipertansiyon yönetimindeki zorlukların kaynağı olarak üç ana tema öne çıkmaktadır: Sistemsel iş yükü ve zaman kısıtlamaları ("Yüksek poliklinik sayıları nedeniyle hastalara yeterli sürenin ayrılamaması", %18,9), hasta kaynaklı faktörler ("Hastaların tedaviye uyumsuzluğu", %18,3) ve hekim motivasyonunu etkileyen mesleki ve idari sorunlar ("Hekimlere yüklenen tıbbi olmayan sorumluluklar, artan iş yükü ve maaş kaygısı nedeniyle oluşan motivasyon kaybı", %18,2). Bu üç nedenin birbirine çok yakın oranlarda belirtilmesi, birinci basamakta hipertansiyon yönetiminin başarısını etkileyen faktörlerin çok boyutlu olduğunu ve hem sistemden hem hastadan hem de hekimin çalışma koşullarından kaynaklandığını göstermektedir. Bu temel sorunlar tüm hekim grupları tarafından önemli ölçüde paylaşılmakla birlikte, "hasta tedavi uyumsuzluğu" ve "ilaç raporu/ödeme ile ilgili bürokratik engeller" konularının algılanmasında aile hekimliği uzmanları ile aile hekimliği asistanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. İstanbul'da gerçekleştirilen bir çalışma, hipertansiyon yönetimindeki engelleri sistemsel ve hasta kaynaklı faktörler olarak iki ana başlıkta ele almaktadır. Hekimlerin ezici bir çoğunlukla (%82,5) belirttiği zaman yetersizliği, en önemli sistemsel engel olarak öne çıkmaktadır. Hasta kaynaklı engeller arasında

ise sosyoekonomik kısıtlılıklar nedeniyle yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluk (%49) ve hipertansiyon hastalığını önemsememe (%46,9) önemli bir yer tutmaktadır. (Yıldırım, 2022). Bursa’da yapılan bir diğer çalışma hipertansiyon yönetimindeki engellerin temel belirleyicisinin hasta kaynaklı faktörler olduğunu göstermektedir. Hekimlerin büyük kısmı (%82) yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğu en büyük sorun olarak görürken, ilaç uyumsuzluğu (%49) da önemli bir engel olarak öne çıkmaktadır. Sistemsal bir sorun olan zaman kısıtlılığı ise bu çalışmada (%49) hasta kaynaklı bir faktörle eşit düzeyde bulunmuştur (Özeren, 2022). İzmir’deki bir diğer çalışmada ise kronik hastalık yönetimindeki güçlükler; ilaç dışı tedaviye uyumsuzluk (%78,4), ilaç tedavisine uyumsuzluk (%61,6) ve sağlık siteminden kaynaklı hastaya yeterince zaman ayıramamak olduğu bildirilmiştir (Tüzüner, 2018). TÜİK’in 2012 yılı çalışması, hekimlerin perspektifinden kronik hastalık yönetimindeki engellerin büyük ölçüde hasta uyumuna dayandığını göstermektedir. Hekimler, en büyük zorluk olarak ilaç tedavisine uyumsuzluğu (%61,4) ve ikinci sırada ilaç dışı tedavilere uyumsuzluğu (%25,3) rapor etmiştir. Sistem kaynaklı bir sorun olan zaman yetersizliği ise (%2,4) daha düşük bir oranda bildirilmiştir (Ergör ve ark., 2013). Hem poliklinik yoğunluğunu azaltacak hem de hekimlerin motivasyonunu artıracak ve bürokratik yüklerini hafifletecek sistemsal düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Ayrıca ilaç raporu ve geri ödeme gibi konularda aile hekimlerinin yetki ve sorumluluklarının gözden geçirilmesi, özellikle asistanların belirttiği engellerin aşılmasında faydalı olabilir.

Çalışmamızdaki hekimlerin %62,3’ünün günlük hasta muayene sayısının 60 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Bursa’da yapılan çalışmada aile hekimlerinin günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 55,8’dir (Özeren, 2022). Çalışmamızda ayrıca hekimlerin %67,9’unun başvuran hastalara toplamda 5 dakika ve daha az süre ayırabildiği bulgusu elde edilmiştir. Hipertansiyon yönetiminde karşılaşılan engeller arasında, olan yetersiz muayene süresi, aile hekimliği uzmanları tarafından belirtilen en önemli faktör (%73,5) olarak saptanmıştır. Bu durum uzmanların belki de ideal hasta yönetimi için daha fazla zamana ihtiyaç duyduklarını hissetmelerinden kaynaklanabilir, ancak bu sorun genel bir problem olarak tüm grupları etkilemektedir. İzmir’de yapılan bir çalışmada muayene süresi %81,9 oranında 5

dakikadan daha az olarak bildirilmiştir (Güldal ve ark., 2005). Yayımlanmış bir diğer çalışmada da mesleki doyum ve hasta tatmini için muayene süresinin 10 dakikadan daha az olmaması gerektiği söylenmiştir (Yardım ve Eser, 2017). 5 dakika gibi kısıtlı sürede hipertansiyon için etkin bir tarama, takip ve tedavi yapılabilmesi neredeyse imkânsızdır. Yapılan bir diğer çalışmada kardiyovasküler risklerin önlenmesi için danışmanlık hizmetlerini hekimlerin %50'sinden azının yerine getirebildiği bildirilmiştir (Tsui ve ark., 2004). Aile hekimlerinin verdiği poliklinik hizmeti süresi kadar, asli görevlerinden biri olan kronik hastalıkların taranması ve takibine de yeterli süreyi ayırabilmesi için gerekli şartlar oluşturulmalıdır. Bu şartlar arasında hizmet vermekle yükümlü olduğu hasta sayısının kaliteli hizmet verebileceği düzeye düşürülmesi öncelikli olmakla birlikte, hizmet verilen binaların fiziki şartları, teknik donanımları ve yetkin yardımcı sağlık personeli istihdamının da çok önemli olduğu söylenebilir.

Muayene süresini etkileyen bir unsur da aile hekimine kayıtlı nüfus sayısıdır. Aile hekimlerinin hizmet verdiği hasta sayısının daha kaliteli hizmet verebileceği seviyeye düşürülmesi kaçınılmaz bir gerekliliktir. Nitekim ki çalışmamızda aile hekimlerinin %70,3'ünün 3000-4000 arası hasta nüfusuna hizmet verdiği görülmüştür. AB genelinde aile hekimi başına düşen hasta sayısı için ulusal farklılıklar bulunmakla birlikte OECD'nin "Health at a Glance" gibi yayınlarının verilerine göre kabaca 1300-1800 bandında olduğu belirtilmektedir (OECD, 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin ideal kayıtlı nüfusunun 2000-2300 olması gerektiği belirtilmiştir (Çiçeklioğlu ve ark.,2013). Aile hekimliği modelini benimsemiş birçok ülkede aile hekimine bağlı nüfus 1200 dolaylarındadır (Üstü ve Uğurlu, 2015).

Çalışmamızda, katılımcı hekimlerin kendi hastalarının hipertansiyon tedavisine uyumuna ilişkin algıları da değerlendirilmiştir. Elde edilen $3,3 \pm 0,7$ 'lik ortalama skor ve 3,0'lük medyan değer, hekimlerin genel olarak hastalarının tedaviye uyumunu "orta düzeyde" olarak değerlendirdiğine işaret etmektedir. Bu bulgu, literatürdeki hasta uyumunun kronik hastalıklarda sıklıkla suboptimal olduğuna dair genel kanıyla uyumludur ve birinci basamakta hipertansiyon yönetiminde önemli bir zorluk alanını yansıtmaktadır. Kuveyt'te yapılan bir çalışmada düzenli kontrollere giden

hipertansiyon hasta grubunda 1.aydaki ilaç uyumu %74 olarak bulunmuşken, 12.ayda ilaç uyum oranı %55'e düşmüştür. Kontrollere düzensiz giden hastalarda 1.aydaki ilaç uyumu %29 olarak bulunmuşken, 12.ayda ilaç uyum oranı %6'ya gerilemiştir (Al-Mehza ve ark., 2009). Bursa'da yapılan çalışmada hipertansiyon hastalarında kan basıncı regülasyonunun sağlanamamasının en önemli sebebi, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluğu (%82) olarak ortaya çıkmıştır (Özeren, 2022). Moğolistan'da yapılan bir diğer çalışmada da hastaların yaşam tarzı değişikliğindeki önemi kavrayamaması hipertansiyon regülasyonu için önemli bir engel olarak belirtilmiştir (Myanganbayar ve ark., 2019). Tuzla'da yapılan bir çalışmada ise tedavi sürecinde hastanın kendisi ve hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması; kendisini ve hastalığını tanımadığı için hangi önlemleri alması gerektiğini bilememesinin, hastanın tedaviye uyum sağlayamaması açısından önemli bir yer tuttuğu bildirilmiştir (Bahadır, 2020). Hekimlerin cinsiyeti, toplam mesleki deneyimi, aile hekimliğindeki hizmet süresi, kayıtlı hasta sayısı, günlük hasta yoğunluğu ve muayeneye ayrılan ortalama süre gibi demografik ve iş yüküyle ilişkili faktörlerin, hastaların tedavi uyumuna ilişkin hekim algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmaması (tüm p değerleri >0,05) dikkat çekicidir. Bu durum, hasta uyumunun algılanmasının veya belki de gerçek uyum düzeyinin, bu spesifik hekim veya sistem özelliklerinden ziyade, daha çok hasta faktörleri, hekim-hasta iletişimi niteliği veya ölçülemeyen başka değişkenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda, hekimlerin mesleki unvanının, hastalarının tedavi uyumuna ilişkin algıları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın aile hekimliği uzmanları ile aile hekimliği asistanları arasında olduğunu ve aile hekimi uzmanlarının, asistanlara kıyasla hastalarının tedaviye uyumunu daha yüksek algıladıklarını göstermiştir. Bu bulgu birkaç şekilde yorumlanabilir; birincisi, uzman hekimler daha uzun süreli hasta takibi, daha oturmuş hekim-hasta ilişkisi veya daha gelişmiş iletişim ve motivasyon teknikleri kullanarak hastalarında gerçekten daha iyi bir tedavi uyumu sağlıyor olabilirler. İkincisi, uzman hekimler, deneyimleriyle birlikte hasta davranışlarını ve uyum düzeylerini değerlendirmede daha farklı bir perspektif veya beklenti geliştirmiş olabilirler. Asistanların ise eğitimleri sırasında ideal uyum beklentileri daha yüksek olabilir veya uyumsuzluk durumlarını daha net tespit ediyor/raporluyor olabilirler.

Her iki durumda da, uzmanlık statüsünün, hekimin hasta uyumunu değerlendirmesi ve potansiyel olarak etkilemesi üzerinde bir rol oynadığı söylenebilir. Hekimlerin demografik özellikleri ve iş yükü parametrelerinin bu algı üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmazken, mesleki unvanın belirleyici faktör olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, hekimlerin hipertansiyon yönetimindeki öz yeterlilik algıları da değerlendirilmiştir. Hipertansiyon yönetimindeki yeterlilik algı ortalaması $3,6 \pm 0,8$, medyanı 4,0'tür. Buna göre katılımcıların yeterlik algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir. İstanbul'da yapılan çalışmada hekimler %61 oran ile hipertansiyon tanısı, komplikasyonları ve tedavisi hakkında kendilerini yeterli gördüğü tespit edilmiştir (Yıldırım, 2022). Samsun'da yapılan bir diğer çalışmada ise hipertansiyonu önlemek ve kontrol etmek için yaşam tarzı değişikliği önermek hakkında hekimlerin %67,1'inin kendini yeterli gördüğü bulunmuştur (Bakır, 2022). Çalışmamızda hekimlerin hipertansiyon yönetimi konusundaki yeterlilik algılarının hem mesleki unvanlarına hem de hastalarına ayırabildikleri ortalama muayene süresine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur (her iki karşılaştırma için $p < 0,05$). Mesleki unvan açısından incelendiğinde, aile hekimliği uzmanlarının hem aile hekimliği asistanlarına hem de pratisyen aile hekimlerine kıyasla hipertansiyon yönetiminde kendilerini anlamlı düzeyde daha yeterli algıladıkları tespit edilmiştir. Bu bulgular sonucunda, uzmanlık eğitimi sürecinde kazanılan derinlemesine bilgi, klinik deneyim ve karmaşık vakaları yönetme becerisinin, hekimlerin öz yeterlilik duygusunu pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Uzman hekimlerin, hipertansiyon gibi kronik ve çok faktörlü bir hastalığın yönetimi konusunda daha fazla özgüvene sahip olmaları beklenen bir sonuçtur ve bu, aldıkları kapsamlı eğitimin bir yansıması olabilir. Dikkat çekici bir diğer bulgu ise, ortalama muayene süresinin hekimlerin yeterlilik algısı üzerindeki etkisidir. Ortalama muayene süresi $>5-10$ dakika olan hekimlerin, $0-3$ dakika gibi çok kısıtlı bir süre ayıran hekimlere göre hipertansiyon yönetiminde kendilerini anlamlı düzeyde daha yeterli hissettikleri görülmüştür. Bu bulgu, yeterli muayene süresinin, hekimin hastayı kapsamlı değerlendirebilmesi, gerekli bilgilendirmeyi yapabilmesi, tedavi planını oluşturup hasta ile ortak karar alabilmesi ve dolayısıyla yaptığı işe hâkimiyet hissini pekiştirmesi açısından kritik öneme sahip olduğu

söylenbilir. Aile hekimliği uzmanları, diğer hekim gruplarına kıyasla kendilerini bu alanda daha yeterli algıırken, hastalarına >5-10 dakika gibi daha makul bir süre ayırabilen hekimler de, çok kısıtlı sürelerde çalışan meslektaşlarına göre daha yüksek bir yeterlilik algısına sahiptir. Bu bulgular, uzmanlık eğitiminin hekimlerin öz yeterlilik duygusunu artırmadaki rolünü ve birinci basamakta etkin kronik hastalık yönetimi için yeterli muayene süresinin sağlanmasının elzem olduğu söylenebilir. Hekimlerin hipertansiyon yönetimindeki yeterliliklerini ve dolayısıyla sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için, hem uzmanlaşmanın teşvik edilmesi hem de çalışma koşullarının iyileştirilerek hekimlerin hastalara yeterli zaman ayırabilmelerinin sağlanması, hekimlerin mesleki tatminini artırırken, hasta sonuçlarını da olumlu yönde etkileyebilir.

Bu çalışmayla Sakarya ilindeki aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine yaklaşımlarında, özellikle mesleki uzmanlık düzeyinin kritik bir belirleyici olduğunu ortaya konulmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının, hipertansiyonlu hastaların tanı, takip ve tedavi süreçlerinde güncel ulusal ve uluslararası kılavuzlara daha yüksek oranda uyum sağladığı, hastaları daha az oranda üst basamaklara sevk ettiği ve bu alandaki öz yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, tüm hekim gruplarında, özellikle spesifik egzersiz önerileri, güncel vücut kitle indeksi hedefleri ve başlangıç farmakoterapisi stratejileri gibi nüanslı konularda farklı tutumlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Birinci basamaktaki aşırı hasta yükü ve yetersiz muayene süreleri gibi sistemsel sorunların ise, hekimlerin hipertansiyon yönetimi performansını ve yeterlilik algısını olumsuz etkileyen önemli engeller olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular doğrultusunda, hipertansiyon yönetim kalitesinin yükseltilmesi ve hasta sonuçlarının optimizasyonu amacıyla; aile hekimliği disiplininin güçlendirilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve hedef odaklı sürekli mesleki gelişim programlarının etkin bir şekilde planlanarak yaygınlaştırılmasının, birinci basamak temelli klinik kılavuzlar oluşturulmasının kritik önemi vurgulanabilir. Bu bağlamda, söz konusu alanda ulusal düzeyde yürütülecek daha kapsamlı ve ileri analitik çalışmalara gereksinim vardır.

6. KAYNAKLAR

Altun, B., Arici, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., Hasanoğlu, E., Çağlar, S., & Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of hypertension*, 23(10), 1817–1823.

Altun, B., Ateş, K., & Erdem, Y. (2022). *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

Aydoğdu, S. (2019). 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. *Türk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol*, 47(6), 535-546.

Bahadır, A.E. (2020). Kronik Hastalık Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hastaların Algısını Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma. Marmara Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Akman).

Bakır, H. (2022). Türkiye' deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin esansiyel hipertansiyon hakkında bilgi, algı ve tutumları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Samsun (Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici)

Brunström, M., & Carlberg, B. (2018). Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 391(10137), 2215-2225.

Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140.

Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, et al. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*; 2013. 185.

Erdem, Y., et al. (2023). Salt intake and hypertension in Turkey: Data from the SALTurk-3 study. *Journal of Human Hypertension*, 37(2), 123-129.

Ergör G, Ünal G, Horasan GD, Kalaça S, Sözman K. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Anıl Matbaası; 2013. 271-81.

Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 1999; 6(4):11-14.

Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., ... Rahimi, K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 957-967.

Ezzati, M., et al. (2022). Global disparities in hypertension prevalence and control: A population-based study. *The Lancet Global Health*, 10(3), e342-e350.

GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223-1249.

Güldal D, Ulusel B, Özçakar N, Yeniçeri N, Dontlu Ç. The challenge of clinical interviewing and physical examination performance for general practitioners in Turkey. *Fam Med*. 2005;37(5):354–9.

Güneş, N.G. (2014). Birinci Basamaktaki Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Tanı Tedavi Rehberlerini Kullanma Durumları ve Kullanılmasının Önündeki Engeller. Dokuz Eylül Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Vildan Mevsim).

He, F. J., & MacGregor, G. A. (2003). How far should salt intake be reduced? *Hypertension*, 42(6), 1093–1099.

He, F. J., Tan, M., Ma, Y., & MacGregor, G. A. (2023). Salt reduction to prevent hypertension and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(6), 632-647.

Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, et al. (2020). Bedtime Hypertension Treatment Improves Cardiovascular Risk Reduction: The Hygia Chronotherapy Trial. *Eur Heart J*, 41(48), 4565-4576.

Javaheri, S., Barbe, F., Campos-Rodriguez, F., et al. (2023). Sleep apnea: Types, mechanisms, and clinical cardiovascular consequences. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(8), 841-858.

Kario, K., Williams, B., Mancia, G., Kreutz, R., Zanchetti, A., & Weber, M. A. (2022). Impact of COVID-19 pandemic on hypertension management: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 40(5), 879-888.

Kaya, A., Yılmaz, E., & Demir, B. (2022). Türkiye’de birinci basamakta hipertansiyon tarama uygulamaları: Kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 26(3), 145-152.

Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., & Collins, R. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet*, 360(9349), 1903-1913.

Li, J., Huang, Y., Zhang, X., Liu, Y., Wang, Y., & Xu, D. (2021). Hypertension and COVID-19 mortality: A meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, 23(7), 1-9.

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., ... & Zanchetti, A. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874–2071.

Memi, Z.G. (2020). Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin klinik uygulamalarında kılavuzları kullanım tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Edirne (Danışman:Prof. Dr. Serdar Öztora).

Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223–237.

M. Myanganbayar Bmedsc *et al.*, “Hypertension knowledge, attitudes, and practices of nurses and physicians in primary care in Ulaanbaatar Mongolia,” *J Clin Hypertens*, vol. 21, pp. 1202–1209, 2019.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, 398(10304), 957-980.

OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Olsen, M. H., Angell, S. Y., Asma, S., Boutouyrie, P., Burger, D., Chirinos, J. A., ... & Whelton, P. K. (2020). A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: The Lancet Commission on hypertension. *The Lancet*, 396(10261), 1682-1701.

Oparil, S., Acelajado, M. C., & Bakris, G. L. (2023). Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 1-20.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

Öz, E. (2020). Samsun İli ilkadım ilçesi'nde görev yapan aile hekimlerinin esansiyel hipertansiyon hakkında bilgi, algı ve tutumları. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Samsun (Danışman: Doç. Dr. Erdinç Yavuz).

Özeren, A.M. (2022). Bursa ilinde görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine genel yaklaşımları. Uludağ Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Bursa (Danışman: Prof. Dr. Alis Özçakır).

Parati, G., Stergiou, G. S., & Mancia, G. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-1891.

Rahimi, K., Bidel, Z., Nazarzadeh, M., Copland, E., Canoy, D., Ramakrishnan, R., ... & Woodward, M. (2017). Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *The Lancet*, 397(10285), 1625-1636.

Rajagopalan, S., Landrigan, P. J., & Brook, R. D. (2023). Air pollution and cardiovascular disease: A window of opportunity. *Nature Reviews Cardiology*, 18(10), 679-680.

Ralapanawa U, Bopeththa K, Wickramasurendra N, Tennakoon S. Hypertension Knowledge, Attitude, and Practice in Adult Hypertensive Patients at a Tertiary Care Hospital in Sri Lanka. *Int J Hypertens*. 2020; 2020:4642704.

Roos NP, Carrière KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1998; 159(7):777-83.

Satman, I., et al. (2021). TURDEP-II study: Trends in the prevalence and management of diabetes and hypertension in Turkey (2010-2020). *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 25(3), 145-156.

Saygılı, M., Kaya, S., Songur, C., & Özer, Ö. (2013). Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve bilgi arama davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 104-110.

Siu AL; ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü. Yetişkinlerde yüksek tansiyon taraması: ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü öneri beyanı. *Ann Intern Med* . 2015;163(10):778-786.

Stergiou, G. S., Palatini, P., Parati, G., O'Brien, E., Asmar, R., Bilo, G., ... Mancia, G. (2021). 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*, 39(7), 1293-1302.

Tsui JJ, Dodson K, Jacobson TA. Cardiovascular disease prevention counseling in residency: resident and attending physician attitudes and practices. *J Natl Med Assoc*. 2004;96(8):1080-8.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2022). *Türkiye’de hipertansiyon prevalansı ve kontrol oranları: 2022 raporu*. Ankara.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019. *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019*, Ankara. ISBN: 978-605-4011-34-6.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı 2013*, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (2019). *Türkiye Sağlık Araştırması 2019*, Ankara.

Tüzüner, S.B. (2018). İzmir’deki Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimi Algısı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi. İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Esra Meltem Koç).

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.

Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? *Ankara Med J*. 2015;15(4):244–8.

Whelton, P. K., Carey, R. M., & Aronow, W. S. (2023). 2023 AHA/ACC Guideline for the Management of Hypertension: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 81(18), 1–45.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright, J. T., Jr. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248.

Williams, B., Mancia, G., & Spiering, W. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227-3337.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104.

World Health Organization (WHO). (2021). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. WHO Press.

Wright, J. T., et al. (2021). SPRINT findings revisited: Updated outcomes in the context of global hypertension management. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(15), 1487-1498.

Yardımlı M, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? *Turk J Public Heal*. 2017;15(1):58–67.

Yıldırım, M. (2022). İstanbul'daki aile hekimliği asistanlarının esansiyel hipertansiyon hakkındaki bilgi, algı ve tutumları. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. Reşat Dabak).

Zhou, B., Carrillo-Larco, R. M., Danaei, G., Riley, L. M., Paciorek, C. J., Stevens, G. A., ... & Ezzati, M. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, 398(10304), 957-980.

Zıba, F. (2022). Birinci basamakta hipertansiyon hastalarının bilgi ve tutumlarının belirlenmesi ve kan basıncı kontrolüne etki eden faktörlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Adana (Danışman: Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy).

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.12.2024-E.428246



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu

Sayı : E-43012747-050.04-428246 -191
Konu : Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik
Kurul Başvuru Dosyası

11.12.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 22.11.2024 tarih ve 191 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Pelin TANYERİ
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanı



Güvenli Elektronik
İmza ile Aynıdır
...11...12...2024...

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSLL9E0IH7 Pin Kodu :33352

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5783&eD=BSLL9E0IH7&eS=428246>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İşçi



7.2. EK-2: Anket formu

Sakarya İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı; Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “**Sakarya İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi**” isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz nedir? Erkek () Kadın ()
3. Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?
0-5 yıl ()
6-10 yıl ()
11-15 yıl ()
16-20 yıl ()
21 yıl ve üzeri ()
4. Kaç yıldır aile hekimliği yapıyorsunuz?
0-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 yıl ve üzeri ()
5. Unvanınız nedir?
Aile Hekimi ()
Aile Hekimliği Asistanı (SAHU) ()
Aile Hekimliği Uzmanı ()

6. Çalıştığınız birimde kayıtlı hasta sayınız nedir?

- a. ☐ 1500'den az b. ☐ 1500-2000 c. ☐ 2001-2500
d. ☐ 2501- 3000 e. ☐ 3001-3500 f. ☐ 3501-4000

7. Genellikle günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?

0-20 hasta ☐

21-40 hasta ☐

41-60 hasta ☐

61-80 hasta ☐

81 hasta ve üzeri ☐

8. Hastalarınıza ortalama kaç dakika muayene süresi ayırabiliyorsunuz?

- a. ☐ 0-3 b. ☐ >3-5 c. ☐ >5-10 d. ☐ 10 üzeri

9. Aile hekimi biriminize gelen hastaların en sık başvuru nedeni nedir?

- a. ☐ Muayene olmak
b. ☐ Sürekli kullandığı ilaçları yazdırmak
c. ☐ Rapor almak(sağlık raporu, istirahat raporu, ehliyet vb.
d. ☐ Kronik hastalık takibi veya şikayeti için tahlil yaptırmak
e. ☐ Pansuman veya enjeksiyon
e. ☐ Bebek ve çocuk izlemleri
f. ☐ Gebelik izlemleri
g. ☐ Aşı olmak

10. Polikliniğinizde en sık karşılaştığınız kronik hastalıklar nelerdir? (Birden fazla şık tercih edilebilir.)

- a. ☐ Diyabet b. ☐ Hipertansiyon c. ☐ Kardiyovasküler hastalıklar
d. ☐ Astım-KOAH e. ☐ Hiperlipidemi f. ☐ Kas-iskelet sistemi hastalıkları
g. ☐ Psikiyatrik hastalıklar h. ☐ Tiroid hastalıkları
ı. ☐ Mide-barsak hastalıkları. i. ☐ Cilt hastalıkları j. ☐ Diğer.....

11. Tanı ve takibinde en sık sorun yaşadığınız kronik hastalıklar nelerdir?(Birden fazla şık tercih edilebilir.)

- a. ☐ Diyabet b. ☐ Hipertansiyon c. ☐ Kardiyovasküler hastalıklar
d. ☐ Astım- KOAH e. ☐ Hiperlipidemi f. ☐ Kas-iskelet sistemi hastalıkları
g. ☐ Psikiyatrik hastalıklar h. ☐ Tiroid hastalıkları
ı. ☐ Mide-barsak hastalıkları. İ. ☐ Cilt hastalıkları j. ☐ Diğer.....

12. Hipertansiyon yönetiminde herhangi bir kılavuzun kriterlerini kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 15. Soruya geçiniz.)

- a. ☐ Evet b. ☐ Hayır

13. Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzlarından hangisini veya hangilerini kullanıyorsunuz?

- a. ☐ WHO / ISH (Dünya Sağlık Örgütü / Uluslararası Hipertansiyon Derneği)
b. ☐ ESH/ESC (Avrupa Hipertansiyon Derneği/ Avrupa Kardiyoloji Derneği)
c. ☐ TKD (Türk Kardiyoloji Derneği)
d. ☐ ACC / AHA Amerikan Kardiyoloji Koleji / Amerikan Kalp Derneği
e. ☐ JNC (Ortak Ulusal Komite)
f. ☐ CHEEP (Kanada Hipertansiyon Eğitim Programı)
g. ☐ Diğer:.....

14. 47 yaş kadın hasta son birkaç haftadır özellikle akşam saatlerinde baş ağrıları ve zaman zaman halsizlik şikayetleri ile polikliniğe başvuruyor. Ayrıca, sağ kolunda zaman zaman uyuşma hissi ve çarpıntı yaşadığını belirtiyor. Mesleğinin öğretmen olduğu öğrenilen hastanın sedanter yaşama sahip olduğu, düzensiz beslendiği, sigara içtiği, alkol kullanımının nadir olduğu öğreniliyor. Annesinde hipertansiyon, babasında hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olduğu tespit edilen hastanın yapılan ölçümlerde TA:165/100 mmHg , VKİ:29,7 olarak tespit edilen hasta için tanınız nedir?

- a. () Normotansiyon b. () Yüksek normal c. () Grade 1 hipertansiyon
d. () Grade 2 hipertansiyon e. () Grade 3 hipertansiyon

15. Bir önceki soruda hastanın aile hekimi olsanız tedavi yaklaşımınız nasıl olur?

		Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
1	Düşük tuzlu, sağlıklı yağlar içeren, taze meyve ve sebze ağırlıklı, lifli besinleri içeren bir diyet öneririm			
2	Haftada en az 150 dakika orta şiddetli aerobik egzersiz öneririm			
3	VKİ<30 olduğundan kilo vermesini önermem.			
4	İlaç başlamadan 3 ay takip ederim.			
5	Tedavi hedef kan basıncını 130/80 mmHg ve altı değerler olarak belirlerim.			
6	Monoterapi ilaç tedavi başlayıp 1 ay sonra kontrole çağırırım.			
7	Hemen ikili ilaç kombinasyonu başlarım ve ilk aylar yakın takip ederim.			
8	İlgili branşa sevk ederim.			

16. Hipertansiyon hastalarınızın tedaviye uyumunu 1 ile 5 puan arasında değerlendiriniz. (1 çok kötü, 5 çok iyi)

Çok kötü	1	2	3	4	5	Çok iyi
	()	()	()	()	()	

17. Hipertansiyon hastalarınızın tedavi başarı oranını 1 ile 5 puan arasında değerlendiriniz. (1 çok kötü, 5 çok iyi)

Çok kötü	1	2	3	4	5	Çok iyi
	()	()	()	()	()	

18. Aile sağlığı merkezlerinde hipertansiyon yönetimindeki başarısızlık nedenleri nelerdir? (3 şık tercih edilebilir.)

- a. () Aile hekimliği birimine kayıtlı hasta sayısının fazla olması
- b. () Aile Sağlığı Merkezinde yüksek poliklinik sayıları nedeniyle hastalara yeterli sürenin ayrılamaması
- c. () Hastaların tedaviye uyumsuzluğu
- d. () Aile Sağlığı Merkezinde hekimlere yüklenen ve tıbbi olmayan sorumluluklar, hergün artan iş yükü ve maaş kaygısı nedeniyle oluşan motivasyon kaybı
- e. () Aile hekimleri tarafından başlanan ilaçların ödenmemesi ve ilaç raporu çıkarma yetkisinin bulunmaması
- f. () ASM koşullarının tanı, tetkik ve takip açısından yetersiz olması
- g. () Kronik hastalıklar takibi konusunda yıllık eğitim ve bilgilendirme toplantılarının yetersizliği ve etkin olmaması
- h. () Hekimlerin hipertansiyon yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması

19. Aşağıdaki önermeleri değerlendirip tabloda uygun yerleri işaretleyiniz

		Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
1.	25 yaş ve üzerindeki tüm bireyler yılda bir kez kan basıncını ölçtürmelidir.			
2.	Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyonun tüm evrelerinde önerilen bir tedavidir.			
3.	Klinikte yapılan ölçümlerde tansiyonu bir kez yüksek saptanan hastalara, birden fazla ölçüm yapılmasına gerek yoktur.			
4.	Gebelerde, her prenatal kontrolde kan basıncı izlenmelidir.			
5.	Hipertansiyon hastalarında hedef kilo VKİ<30 olacak şekilde belirlenir.			
6.	Mikroalbuminüri böbrek fonksiyonlarını izlemek amacıyla hipertansiyon hastalarında izlenmesi gereken bir parametredir.			
7.	Yüksek LDL veya düşük HDL gibi lipid bozuklukları hipertansiyon riskini artırır.			
8.	Hipertansiyon hastalarında orta şiddetteki egzersizler yerine düşük şiddetteki egzersizler önerilir.			
9.	Yeni tanı hipertansiyon hastaları monoterapi ilaç ile en az 3 ay takip edilmelidir.			
10.	Kreatinin, elektrolitler ve lipid profili gibi testler genellikle her yıl en az 1 kere takip edilmelidir.			
11.	Hipertansiyon tedavi sürecinde, tiroid fonksiyon testlerinin izlenmesine gerek yoktur.			
12.	Hipertansiyon metabolik sendrom kriterlerinden biri değildir.			

20. Hipertansiyon yönetiminde kendinizi yeterli görüyor musunuz?(1 çok kötü, 5 çok iyi)

Çok kötü 1 2 3 4 5 Çok iyi
() () () () ()

21. Hipertansiyon hastalarınızda aşağıdaki tedavi ve takip önerilerini uygulama durumunuza göre işaretleyiniz.

		Nadiren/ Hiç	Bazen	Genellikle	Her zaman
1.	Yaşam tarzı değişikliklerinin önemi hakkında bilgilendirme yaparım.				
2.	Evde bir hafta boyunca , günde 2-3 kez ölçüm yaparak kaydetmesini ve kontrole getirmesini öneririm.				
3.	Hipertansiyonun uzun dönem komplikasyonları hakkında bilgi veririm.				
4.	VKİ>25 olan hastalara kilo vermesini öneririm.				
5.	Diyetinde tuz kısıtlaması öneririm.				
6.	Düzenli egzersiz yapmasını öneririm.				
7.	İlaçlarını düzenli almasını öneririm.				
8.	Sigara ve alkol kullanımı varsa				

	bırakılmasını öneririm.				
9.	Stres faktörlerinden uzak durmasını öneririm				
10.	Kontrol muayene ve tahlillerini düzenli yaptırmasını öneririm.				
11.	Bazı ilaçların (steroid, NSAİ, nazal dekonjestanlar vb.) tansiyon yüksekliğine sebep olabileceği hakkında bilgi veririm.				

22. Şimdiye kadar hipertansiyon hastalarınızı hangi koşul veya durumlarda başka bir uzman hekime sevk ettiniz?

- a. ☐ Sekonder hipertansiyon şüphesi nedeniyle
- b. ☐ Hemodinamisi veya vitalleri bozuk hastane yatışı gereken durumlarda
- c. ☐ Malign hipertansiyon nedeniyle (180/120 mmHg ve üzeri)
- d. ☐ Hipertansiyon kaynaklı organ hasarını düşündüren durumlarda (koroner arter hastalığı, nefropati, serebrovasküler olay vb.)
- e. ☐ Dirençli hipertansiyonda
- f. ☐ Hemodinamisi veya vitalleri bozuk hastane yatışı gereken durumlarda
- g. ☐ Yazılan ilaçların ödenmemesi veya ilaç raporu çıkaramadığımdan dolayı
- h. ☐ Elektrolit bozukluğu
- i. ☐ Diğer:.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Onur	Soyadı	ÜNLÜ
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma