

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİNDE HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE
HASTA BAKIŞI

Uzmanlık Tezi

Dr. Feyzanur ÇELİK TEYMUR

TRABZON 2021

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİNDE HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE
HASTA BAKIŞI

Uzmanlık Tezi

Dr. Feyzanur ÇELİK TEYMUR

(ORCID: 0000-0002-4323-1461)

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Turan SET

(ORCID: 0000-0001-5931-0861)

TRABZON 2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi birikimi, hoşgörüsü ve deneyimlerini esirgemeyen, her zaman örnek aldığım ve yanında çalışmaktan onur duyduğum değerli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Turan Set'e,

Eğitim sürecim boyunca desteğini yanımda hissettiğim, mesleki bilgi ve deneyimlerimi arttırmamda sonsuz katkısı olan değerli hocam Doç. Dr. Elif Ateş'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, asistanlık süresi boyunca birlikte çok güzel anlar paylaştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışan asistan arkadaşlarıma,

Hem akademik kişiliğiyle, hem de insani vasıflarıyla bana her daim örnek olan babama, hayatımın her anında desteği ve sevgisiyle beni saran canım anneme, meslektaş olmaktan gurur duyduğum biricik kardeşime,

Her adımında desteği ve sevgisiyle yanımda olan, hayattaki en büyük şansım, biricik eşim Aykut TEYMUR'a

Teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Feyzanur ÇELİK TEYMUR

ÖZET

Aile Hekimliğinde Hipertansiyon Yönetimine Hasta Bakışı

Amaç: Hipertansiyon aile hekimliğinde karşılaşılan en yaygın kronik hastalıktır. Bu araştırmanın amacı; aile hekimliğinde hipertansiyon yönetimine hasta bakışının değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem: Çalışmamız; kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olup, Trabzon ilindeki 4 farklı aile sağlığı merkezinde, Aralık 2020 ile Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya 1 yıldan uzun süredir esansiyel hipertansiyonu olan, 18 yaş üstü 384 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Birinci Basamakta Hipertansiyon Yönetimine Hasta Bakışını Değerlendirme Anketi" yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması 60,1 ($\pm 10,3$) yıl olup %56,8'i kadınlardan oluşuyordu. Hastaların aile hekimliğinde HT tanısı alma oranı %6,5 (n=25) iken, HT tedavisi başlanma oranı ise %5,7'dir (n=22). Hipertansiyon takibinde aile hekimliğine başvurma oranı ise %18,8 (n=72) olarak bulunmuştur. Hastaların HT tanı, tedavi ve takibinde en sık başvurduğu branş dahiliye iken ikinci sırada kardiyoloji gelmekteydi. Dahiliyede tanı alan hastaların yaş ortalaması (p=0,000) ve HT süresi (p=0,000) kardiyoloji ve aile hekimliği ile kıyaslandığında anlamlı derecede yüksekti. Kardiyolojide takip edilen hastalar, diğerlerine kıyasla HT takibine daha düzenli gidiyordu (p=0,000). Hastaların %55,5'i (n=213) HT tedavisinin aile hekimleri tarafından yapılmadığını düşünüyordu, bu oran kardiyolojide takip edilen hastalarda, diğerlerine kıyasla anlamlı derecede yüksekti (p=0,001).

Sonuç: Hipertansiyon tanı, tedavi ve takibinde aile hekimliğinin istenilen etkinlikte olmadığı görülmüştür. Hastaların büyük kısmının, hipertansiyon tedavisinin aile hekimi tarafından yapılmadığını düşündüklerini, bu konuda aile hekimlerine yeterince güvenmediklerini ve başka bir uzmana gitme gerekliliği duyduklarını tespit ettik.

Anahtar sözcükler: Hipertansiyon, Aile hekimliği, Hasta tercihi, Hasta memnuniyeti

SUMMARY

Patient View on Hypertension Management in Family Medicine

Aim: Hypertension is the most common chronic disease encountered in family medicine. The aim of this research; evaluation of patient view on hypertension management in family medicine.

Method: The research; It is cross-sectional and descriptive and was conducted in 4 different family health centers in Trabzon between December 2020 and April 2021. The research included 384 patients over 18 years of age with essential hypertension for more than 1 year. "Patient View Evaluation Questionnaire on Hypertension Management in Primary Care" prepared by the researchers was applied to the participants by face to face interview method.

Results: The mean age of the participants was 60.1 (± 10.3) years, and 56.8% were women. While the rate of patients being diagnosed with HT in family medicine is 6.5% (n=25), the rate of patients in whom HT treatment is initiated is 5.7% (n=22). The rate of applying to family medicine in the follow up of hypertension was found 18.8% (n=72). Internal medicine was the most frequently applied branch in the diagnosis, treatment and follow up of HT, followed by cardiology. The mean age (p=0.000) and duration of HT (p=0.000) of patients diagnosed in internal medicine were significantly higher when compared to cardiology and family medicine. Patients followed in cardiology were more regularly going to follow up of HT compared to others (p=0.000). 55.5% of the patients (n=213) thought that HT treatment was not administered by their family physicians, this rate was significantly higher in patients followed in cardiology compared to others (p=0.001).

Conclusion: It has been observed that family medicine is not effective in the diagnosis, treatment and follow up of hypertension. We found that most of the patients thought that the treatment of hypertension was not done by their family physician, they did not trust their family physician enough in this regard, and they felt the need to go to another specialist.

Keyword: Hypertension, Family practice, Patient preference, Patient satisfaction



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
------------------	----------

SUMMARY	II
İÇİNDEKİLER	III
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI	3
2.2. HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	3
2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI.....	4
2.3.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre.....	4
2.3.2. Etiyolojisine Göre	5
2.4. HİPERTANSİYON TARAMASI	6
2.5. HİPERTANSİYONUN TANISAL DEĞERLENDİRİLMESİ.....	8
2.5.1. Kan Basıncı Ölçümü	8
2.5.2. Anamnez	12
2.5.3. Fizik Muayene.....	13
2.5.4. Laboratuvar	14
2.6. HİPERTANSİYONUN TEDAVİSİ.....	14
2.6.1. Nonfarmakolojik Tedavi	14
2.6.2. Farmakolojik Tedavi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	20
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ.....	20
3.3. ÖRNEKLEM	21
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21
3.5. ÇALIŞMANIN YÜRÜTÜLMESİ.....	21

3.6. ÇALIŞMAYA ALINMA VE ÇALIŞMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ ...	21
3.6. İSTATİKSEL ANALİZ.....	22
3.7. ETİK KURUL	22
4. BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
7.KAYNAKLAR.....	48
8.EKLER.....	56
Ek-1. AİLE HEKİMLİĞİNDE HİPERTANSİYON YÖNETİMİNE HASTA BAKIŞINI DEĞERLENDİRME ANKETİ	56
Ek-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.. HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.	
Ek-3. ETİK KURUL ONAYI HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.	

KISALTMALAR DİZİNİ

ESC/ESH: European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension

SKB: Sistolik kan basıncı

DKB: Diyastolik kan basıncı

ACC/AHA: American College of Cardiology/ American Heart Association

KKH: Koroner kalp hastalığı

HT: Hipertansiyon

KB: Kan basıncı

KVH: Kardiyovasküler hastalık

USPSTF: United States Preventive Services Task Force

KVO: Kardiyovasküler olay

VKİ: Vücut kitle indeksi

EKBÖ: Evde kan basıncı ölçümü

AKBÖ: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü

DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension

KKB: Kalsiyum kanal blokerleri

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri

KBY: Kronik böbrek yetmezliği

DM: Diyabetes mellitus

ASCVD: Atherosclerotic Cardiovascular Disease

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların yaş dağılımı	23
Şekil 2. Katılımcıların hipertansiyon süresi	24
Şekil 3. Hipertansiyon tanı ve tedavisinde başvuru branşların dağılımı	26
Şekil 4. "Aile hekiminiz mevcut hipertansiyon tedavinizde bir değişiklik yaptı mı? "	
sorusuna verilen yanıtlar	26
Şekil 5. Hastaların hipertansiyon takibinde başvurduğu branşların dağılımı	27



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. ESH/ESC kılavuzuna göre HT sınıflandırması	4
--	---

Tablo 2. ACC/AHA kılavuzuna göre HT sınıflandırması.....	5
Tablo 3. Yetişkinlerde hipertansiyon taraması.....	6
Tablo 4. Kan basıncına göre hipertansiyon taraması.....	7
Tablo 5. Antihipertansif tedavi almayan yetişkinlerde, beyaz önlük HT veya maskeli HT tanı algoritması	11
Tablo 6. Genel anamneze ek olarak hipertansif hastada sorgulanması gereken	12
Tablo 7. Hipertansiyon hastalarında fizik muayene	13
Tablo 8. Hipertansiyonda tedavi yaklaşımı	17
Tablo 9. Yaşa göre ilaç tedavisi için eşik ve hedef kan basıncı düzeyleri	18
Tablo 10. Antihipertansif ilaçların kontrendikasyonları	18
Tablo 11. Katılımcıların demografik özellikleri.....	23
Tablo 12. Hipertansiyon hastalarının aile hekimlerinden memnuniyet durumu ve aile hekimlerinin HT konusundaki tutumu	25
Tablo 13. Hipertansiyon hastalarının takibe gitmeme sebepleri	27
Tablo 14. Hastaların HT yönetimi konusunda aile hekimlerine bakışı	28
Tablo 15. Hastaların demografik özellikleri ile aile hekimliğinde KB ölçüm sıklığı ilişkisi	29
Tablo 16. Hastaların demografik özelliklerine göre aile hekimlerinin HT konusunda bilgilendirme yapma sıklığı	30
Tablo 17. Demografik özellikler ve HT yönetimine aile hekiminin katılımı ile "HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum" önermesine verilen yanıtların ilişkisi.....	31
Tablo 18. Demografik özellikler ve HT yönetimine aile hekiminin katılımı ile HT hastalarının takibe gitme sıklığı ilişkisi	32
Tablo 19. Demografik özellikler ile evde KB takibi yapma ilişkisi.....	33
Tablo 20. "Hangi hekim tarafından HT tanısı aldınız?" sorusuna verilen yanıtlar ile demografik özellikler ilişkisi.....	34
Tablo 21. "Aile hekiminiz mevcut HT tedavinizde bir değişiklik yaptı mı?" sorusuna verilen yanıtlarla demografik özellikler ve aile hekimliğinde KB ölçüm sıklığı ilişkisi	35
Tablo 22. "Aile hekimi HT tedavisi yapsa bile başka bir uzmana muayene olmak gerekir" önermesine verilen yanıtlarla demografik özellikler ilişkisi	36

Tablo 23. Hastaların "Aile hekimimin bu konudaki bilgi ve donanımının yeterli olduğunu düşünmüyorum" önermesine verdikleri yanıtlarla demografik özellikler ilişkisi	37
---	----



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon aile hekimliğinde yönetilebilen en yaygın kronik hastalıktır. Kan basıncındaki yükselme; kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalıklar ve ölüm riskini arttırmaktadır. Hipertansiyon tedavisi bu riskleri azaltır (1). DSÖ verilerine göre, hipertansiyon önlenabilir ölüm sebepleri içinde birinci sıradadır (2). Hipertansiyon prevalansı 65 yaşında yaklaşık %50'dir ve 80 yaşında %90'ın üzerine çıkar (3). Bu nedenle; aile hekimliğinde karşılaşılan en yaygın kronik hastalığın hipertansiyon, en çok reçete edilen ilaçların da antihipertansif ilaçlar olması şaşırtıcı değildir.

Dünya üzerinde hipertansiyonu olan kişi sayısı yaklaşık 1 milyardır. Nüfusun giderek yaşlanması, obez birey sayısının artması nedeniyle 2025 yılı için, hipertansiyonu olan hasta sayısının 1,5 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Ayrıca sebep olduğu kardiyovasküler mortalite nedeniyle, en önde gelen ölüm nedeni olarak yer almaktadır (4,5).

Birinci basamak hekimlerinin önemli bir kısmı; sistolik kan basıncı 140 mmHg, diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nin altında olduğu durumlarda JNC tedavi hedeflerini uygulamamaktadır (6). Hipertansiyon tedavisi ile ilgilenen hekimlerin hastalık ve tedavisi ile ilişkili özel durumları bilmesi ve güncel bilgileri takip etmesi önemlidir (7). Birinci basamak hekimlerinin hipertansiyon tedavisindeki uygulamaları, kan basıncı hedef değerlerine ulaşılma oranlarını önemli ölçüde etkiler (6). Birçok kronik hastalık doğru medikal tarama, görüntüleme ve takiple birinci basamakta etkin bir şekilde yönetilebilir. Kanada'da hipertansiyon hastalarının çoğu, birinci basamakta yönetilmektedir ve hipertansiyon birinci basamağa başvurunun en yaygın sebebidir (8).

Hasta memnuniyeti; hastanın cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum ve komorbidite gibi özelliklerinden ve bakım-ilke beklentisinin yerine getirilmesiyle elde edilen sağlık sonuçlarından etkilenir. Bunun yanında, hasta memnuniyetinin hasta davranışları üzerinde etkisi vardır. Özellikle, sağlık hizmetlerinden memnun olan kişilerin tedavi rejimlerine uyma olasılıkları daha yüksektir (9). Birinci basamak aracılığıyla sağlanan bakım kalitesi; hastaların birinci basamağa başvuru

sayısından ziyade hipertansiyonu olan hastaların etkin bir biçimde yönetilmesiyle ilişkilidir (8).

Meksika'da, farklı sağlık basamaklarında hizmet veren farklı kurumlarda yapılan bir dizi çalışma hasta memnuniyetini değerlendirmiştir. Ayaktan sağlık hizmeti alan hastalardaki memnuniyet oranı % 64,8 ile % 88,0 arasında bulunmuştur. Doktor tarafından çok az bilgi verilmesi, randevu alma zorluğu, uzun bekleme süreleri ve ilaç kısıtlılığı gibi durumların hastaların memnuniyetsizliğiyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (9).

Ülkemizde, birinci basamakta hipertansiyon yönetimine ilişkin mevcut durumun araştırılması ve birinci basamağın işlevselliğinin artırılmasına yönelik araştırmalar yararlı olacaktır. Bu araştırmanın amacı; aile hekimliğinde hipertansiyon yönetimine hasta bakışının değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Arteryal hipertansiyon; *European Society of Cardiology* (ESC/ESH) kılavuzuna göre, hekim tarafından yapılan tekrarlayan kan basıncı ölçümleri neticesinde, sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olması durumu olarak tanımlanmıştır (10).

American College of Cardiology (ACC/AHA) kılavuzuna göre ise yüksek kan basıncı tanımında; eşik değer 140/90 mmHg yerine 130/80 mmHg üzerindeki değerler olarak kabul edilmiştir (11).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon (HT); Dünya genelinde 1,4 milyar yetişkini ve Amerikalıların yaklaşık üçte birini etkileyen, koroner kalp hastalığı (KKH), inme ve böbrek yetmezliği açısından önemli bir risk oluşturan kronik bir hastalıktır (12). Amerika’da yapılan NHANES 3 çalışması sonuçlarına göre HT prevalansı 60 yaşından sonra artmaktadır ve Afro-Amerikanlar en yüksek HT prevalansına sahiptirler (13).

Her yıl HT komplikasyonlarına bağlı olarak 9,4 milyon kişi hayatını kaybetmektedir (14). Amerika’da, hipertansiyon ve ilişkili olduğu durumlar önlenebilir ölüm sebepleri içerisinde sigaradan sonra ikinci sırada gelmektedir (15).

Çok-uluslu bir çalışma olan PURE çalışması sonuçlarına göre HT prevalansı %27,7 olarak tespit edilmiştir ve düşük gelirli ülkelerde; HT farkındalık, tedavi ve kontrol oranları diğer ülkelere oranla daha düşük bulunmuştur (16).

HT prevalansı; ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde (%37,3), gelişmekte olan ülkelere (%22,9) oranla daha fazla olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerin nüfusunun daha fazla olması sebebiyle toplam hasta sayısı daha yüksektir (17).

Cinsiyet ile HT ilişkisi değerlendirildiğinde; 45 yaşına kadar erkeklerde HT kadınlara kıyasla daha sık gözlenirken, 45-64 yaş arası HT oranları kadın ve erkeklerde benzer, 65 yaş üzerinde ise kadınlarda daha fazladır (18). Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında KKH’ye bağlı yıllık mortalite oranları Avrupa

ülkelerine kıyasla yüksek bulunmuş, erkeklerde binde 8 kadınlarda ise binde 4,7 olarak tespit edilmiştir (19).

Türkiye’de, 2015 yılında yaşanan ölümlerin %13’ü hipertansiyona bağlı olarak gelişmiştir (20). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki, birçok sanayileşmiş ülkede yaşayan yetişkin nüfusta, hipertansiyon prevalansı % 25-55 arasındadır (21).

PATENT Türkiye 2003 çalışması verilerine göre yaşa ve cinsiyete göre ayarlanmış HT prevalansı % 31,8’dir ve kadınlarda (%36,1), erkeklerden (%27,5) daha yüksektir. HT prevalansı yaşla birlikte artmıştır ve 40-79 yaş arası her grupta kadınlar erkeklerden daha yüksek yaşa özgü HT oranına sahiptir (22). Bu verilere göre, Türkiye’de yetişkin nüfusun neredeyse üçte biri hipertansiftir. HT prevalansı yüksek olmasına rağmen, hastaların üçte birinden daha azı farmakolojik tedavi almaktadır ve hastaların % 10’undan daha azının kan basıncı (KB) kontrol altındadır (22).

2012 yılında yapılan PATENT 2 çalışması da HT prevalansı açısından benzer sonuç vermiştir ve %30 olarak bulunmuştur. 2003 yılında yapılan çalışmada HT farkındalığı %40,7 iken 2012 yılında bu oran %54,7’ye çıkmıştır. HT tedavisi alma oranı %31,1’den %47,4’e yükselmiştir ve hastalığın kontrol altına alınma oranı ise %8,1’den, %28,7’ye yükselmiştir (23).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.3.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre

Kan basıncı sınıflandırmasında farklı kılavuzlar bulunmaktadır. Tablo 1’de 2018 yılında yayınlanan ESH/ESC kılavuzuna göre HT sınıflandırması yer almaktadır (24).

Tablo 1. ESH/ESC kılavuzuna göre HT sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)	ve/veya	DKB (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89

Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole sistolik HT	≥ 140	ve	< 90

Tablo 2’de 2017 yılında yayınlanan ACC/AHA kılavuzuna göre HT sınıflandırması yer almaktadır (25).

Tablo 2. ACC/AHA kılavuzuna göre HT sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)	ve/veya	DKB (mmHg)
Normal	< 120	ve	< 80
Yüksek	120-129	ve	< 80
Evre 1 HT	130-139	veya	80-89
Evre 2 HT	≥ 140	veya	≥ 90

ACC kılavuzunda prehipertansiyon üst sınırı ESH kılavuzundan farklıdır; ESH kılavuzunun yüksek normal olarak sınıflandırdığı grup, evre 1 HT olarak kabul edilmiştir (25). Evre 1 HT grubundaki hastaların kardiyovasküler hastalık (KVH) açısından 2 kat daha riskli olması, böyle bir değişikliği getirmiştir. Bunun sonucunda, Amerika’daki hipertansiyon prevalansının %14 artması beklenmektedir (25).

2.3.2. Etiyolojisine Göre

Esansiyel Hipertansiyon

Hipertansiyon vakalarının küçük bir kısmında spesifik neden belirlenebilir iken yaklaşık %90’lık kısmında etiyoloji belirsizdir. Bu sebeple esansiyel HT tabiri kullanılır (26). Esansiyel hipertansiyon genellikle; yaşlanma, fazla kilo, diyabet, insülin direnci, hiperlipidemi gibi kardiyovasküler açıdan risk oluşturan diğer durumlarla birliktelik gösterir (27).

Etiyolojisinin multifaktöriyel olduğu ve genetik, çevresel ve davranışsal olmak üzere birçok faktörden etkilendiği düşünülmektedir. Kan basıncı artışını

sağlayan ve sonrasında onu tekrardan normalleştiren mekanizmalar arasında oluşan bir dengesizlik durumu, hipertansiyon ile sonuçlanmaktadır (26,28).

Ailesinde hipertansiyon öyküsü olan genç normotansif erkeklerin, aile öyküsü olmayanlara kıyasla daha yüksek sempatik sinir sistemi aktivitesine sahip olduğu görülmüştür (29). Yapılan bir çalışmada, ailelerinde hipertansiyon öyküsü olan ikizlerin mental stres anında aile öyküsü olmayan ikizlere kıyasla daha yüksek sempatik sistem aktivitesi gösterdiği görülmüştür (30). Esansiyel hipertansiyon etiyolojisinde, vakaların %50'den fazlasının nörojenik kaynaklı (sempatik aktivasyon) olduğu düşünülmektedir (31).

Esansiyel HT; yaşlanma, duygusal stres, obezite, diyabet, sedanter yaşam, fazla tuz tüketimi ve düşük potasyum alımı ile ilişkili olarak gelişebilir (26).

Sekonder Hipertansiyon

Sekonder HT etiyolojik olarak bilinen bir sebebe bağlı, artmış sistemik kan basıncıdır. Hipertansif hastaların %5-10'u bu gruba girmektedir (32).

Çocuklarda ve adolesanlarda, sekonder hipertansiyonun en yaygın sebepleri; renal hastalıklar ve aort koarktasyonudur (32). Erişkinlerde de en sık sebep renal parenkimal veya vasküler hastalıktır. Ancak son dönemde yapılan çalışmalarda obstrüktif uyku apnesinin, sekonder hipertansiyonun oldukça yaygın bir sebebi olduğu görülmüştür (33).

Sekonder hipertansiyonla ilişkili en yaygın endokrin sebepler ise sırasıyla; primer aldosteronizm, tiroid bezi hastalıkları, hiperkortizolizm (Cushing) ve feokromasitoma olarak sıralanabilir (32).

2.4. Hipertansiyon Taraması

United States Preventive Services Task Force (USPSTF), 18 yaşından büyük kişilerde HT taramasını önermektedir (34). Tablo 3'de USPSTF önerileri özetlenmiştir (34).

Tablo 3. Yetişkinlerde hipertansiyon taraması

Popülasyon	Bilinen HT tanısı olmayan 18 yaşından büyük kişiler
Öneriler	Yüksek KB açısından tarama

	HT tanısını doğrulamada ofis dışı ölçümler önerilir (Grade A)
Risk Değerlendirmesi	Riskli olan kişiler; ✓ Yüksek-normal KB olanlar (130-139/85-89 mmHg) ✓ Fazla kilolu veya obezler ✓ Afro-Amerikanlar
Tarama Testleri	✓ Ofis KB ölçümü manuel veya otomatik bir sfigmomanometre ile yapılır. ✓ Hasta en az 5 dakika dinlendirildikten sonra, oturur pozisyonda 2 KB ölçümü yapılarak ortalaması alınır. ✓ Hastanın kol boyutuna uygun manşon seçimi yapılır ve ölçüm esnasında hastanın kolu sağ atriya hizasında tutulur.
Tarama Aralığı	✓ 18-39 yaş aralığında olan, risk faktörü taşımayan ve normal KB'ye (<130/85 mmHg) sahip kişiler 3-5 yılda bir taranmalıdır. ✓ 40 yaş ≤ kişilerde artan risk sebebiyle yıllık tarama gerekmektedir.

USPSTF verilerine göre; HT açısından tarama yapılması ve hipertansif kişilerin tedavi edilmesi, yetişkinlerde kardiyovasküler olay (KVO) insidansını önemli ölçüde azaltmaktadır (34).

2018 yılında yayınlanan ESH/ESC kılavuzuna göre HT taraması tablo 4'de gösterilmiştir (24).

Tablo 4. Kan basıncına göre hipertansiyon taraması

Kategori	Tarama sıklığı
Optimal (< 120/80 mmHg)	5 yıllık periyotla tarama
Normal (120-129/ 80-84 mmHg)	3 yıllık periyotla tarama

Yüksek normal (130-139/ 85-89 mmHg)	Yıllık tarama (maskeli HT dışlanması açısından ofis dışı ölçüm yapılmalıdır.)
HT ($\geq 140/90$ mmHg)	Tanıyı doğrula; -ofis dışı ölçümler (ambulatoriyer veya ev ölçümü) -tekrarlayan ofis ölçümleri

2.5. Hipertansiyonun Tanısal Değerlendirilmesi

2.5.1. Kan Basıncı Ölçümü

Kan basıncı geleneksel olarak, manşon yardımıyla üst koldan ölçülmektedir (35). Ölçen kişinin yorumuna bağlı olan oskültatuar KB ölçüm yöntemi, geçmişte klinik uygulamada altın standart olmuştur (36). Ancak civalı sfigmomanometrelerin güvenilirliği ve oskültatuar tekniğin doğruluğu açısından endişelerin olması ve de kullanım kolaylığı açısından otomatik osilometrik cihazlar giderek yaygınlaşmıştır (12).

Osilometrik sfigmomanometreler, başlangıçta evde kan basıncı ölçümü (EKBÖ) için tasarlanmıştır. Ancak birden fazla ölçüm sağlayıp, kaydetmesi ile ofis kullanımına da taşınmıştır (37). Ofis kullanımı için özel tasarlanmış osilometrik sfigmomanometreler, hasta sessiz bir yerde tek başına dinlenirken otomatik olarak 3-5 KB ölçümü elde etmeyi mümkün kılmıştır. Bu ölçümlere otomatik ofis KB denir (37).

Kan basıncı ölçümü için üç tip manometre kullanılabilir; civalı, aneroid ve elektronik (38). Aneroid cihazlar yüksek oranda doğru ölçümler sağlasa da, tekrarlayan kullanımda, belli aralıklarla kalibre edilmeleri gerekmektedir (37). Aneroid ve otomatik osilometrik cihazların kalibrasyonu altı ayda bir civalı sfigmomanometrelerle karşılaştırılarak yapılmalıdır (38). Osilometrik cihazlarla bilekten KB ölçümlerinin güvenilirliği sınırlıdır, bu sebeple üst kol ölçümleri önerilir (27).

Hipertansiyon teşhisi, kılavuzlarda belirtildiği gibi ideal olarak farklı günlerde alınan birkaç kan basıncı ölçümüne dayanmalıdır (27). Ofis dışı KB ölçümü, medikal çevre dışında bir ortam sağladığı için HT tanı ve tedavisinde son dönemlerde önerilen yöntem olmuştur (39).

Ofis Kan Basıncı Ölçümü

Ofis kan basıncı ölçümünde, otomatik cihaz kullanılmış ise SKB ≥ 135 mmHg veya DKB ≥ 85 mmHg olması, eğer oskültatuar yöntemle ölçüm yapılmışsa, SKB ≥ 140 mmHg veya DKB ≥ 90 mmHg olması yüksek olarak kabul edilir (35).

Son kılavuzlar, HT tanısında ambulator kan basıncı ölçümü (AKBÖ) veya evde kan basıncı ölçümünü önermektedir. Ofis dışı ölçümler, kardiyovasküler risk değerlendirmesinde çok daha iyi olmasına rağmen, ofis KB ölçümleri hala çoğu doktor tarafından kullanılmaktadır (37).

Ofiste kan basıncı ölçümü yaparken dikkat edilmesi gerekenler (27,24);

- ✓ KB ölçümü yapılmadan önce, hasta sessiz bir odada birkaç dakika dinlenmelidir.
- ✓ Ağrı, stres, dolu mesane veya yeni yenmiş bir yemek kan basıncını etkiler.
- ✓ Ölçüm sırasında konuşma veya aktif dinleme yapılmamalıdır.
- ✓ Hastanın kol çevresine uygun bir manşon kullanılmalıdır. Standart manşon ölçüsünün uzunluğu 12–13 cm, genişliği 35 cm'dir.
- ✓ Ölçüm sırasında kolu sıkı giysiler gevşetilmeli, kol çıplak olmalıdır.
- ✓ Hastanın sırtı ve kolu desteklenmeli, manşon kalp hizasında yerleştirilmelidir.
- ✓ İlk ziyarette, her iki koldan kan basıncı ölçülmeli ve daha yüksek olan değer referans alınmalıdır.
- ✓ 1-2 dakika aralıkla en az iki ölçüm yapılmalı ve ortalaması alınmalıdır.
- ✓ Ortostatik HT tanısını dışlamak için, ilk ölçümde tüm hastalar oturur pozisyondan ayağa kaldırılarak 1. ve 3. dakika kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.

KB ölçümünde en sık yapılan hatalar; küçük boyutta manşon kullanması, manşonun kıyafetin üzerinden sarılması, ölçüm yapılan kolun sallanması, mesane dolu iken ölçüm yapılması, hastanın bacaklarını çaprazlaması veya sallamasıdır (40).

Ofis ölçümü ile (osilometrik veya oskültatuar) ortalama SKB ≥ 180 mmHg ve/veya DKB ≥ 110 mmHg olarak gelmesi durumunda, HT tanısı konulabilir. Eğer osilometrik ölçümle SKB 135-179 mmHg ve/veya DKB 85-109 mmHg olarak

gelirse veya oskültatuar ölçümle SKB 140-179 mmHg ve/veya DKB 90-109 mmHg olarak tespit edilirse ofis dışı KB ölçümü önerilir (35).

Evde Kan Basıncı Ölçümü

Evde kan basıncı ölçümünde, ortalama SKB ≥ 135 mmHg veya DKB ≥ 85 mmHg olması hipertansiyon tanısı koydurur. EKBÖ için, ilk gün ölçümünün dahil edilmediği günde 2 kere (sabah ve akşam olmak üzere), 7 günlük tansiyon ölçümü istenir (35).

Birçok kılavuz (Japonya, Amerika ve Avrupa kılavuzları) tedavi altındaki tüm HT hastalarına ve klinik ölçümlerle HT açısından şüpheli olan tüm kişilere EKBÖ önermektedir (41).

Yapılan çalışmalar, yüksek ev ölçümlerinin, ofis ölçümlerinden bağımsız olarak kardiyovasküler olay, inme ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskinde artış ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (34).

Ofis dışı KB ölçümü (AKBÖ veya EKBÖ) için klinik endikasyonlar (24);

- ✓ Beyaz önlük hipertansiyonu veya maskeli HT şüphesinde
- ✓ Postural veya post-prandiyal HT durumunda
- ✓ Dirençli HT'nin değerlendirilmesinde
- ✓ Tedavi altındaki yüksek riskli HT hastalarında, KB kontrol durumunun değerlendirilmesinde
- ✓ Egzersize abartılı KB yanıtı olan kişilerde
- ✓ Ofis ölçümleri arasında belirgin farklılıklar olan kişilerde
- ✓ Tedavi sonrası hipotansiyonla uyumlu semptomları olan kişilerde
- ✓ Noktürnal HT şüphesinde (AKBÖ için endikasyon)

Eğer hastanın ofis KB ölçümleri yüksek iken, ortalama EKBÖ $< 135/85$ mmHg olursa ölçümlerin tekrarlanması veya 24 saatlik AKBÖ yapılması önerilir. Tekrarlayan ev ölçümlerinde ortalama KB $< 135/85$ mmHg olarak kalıyor veya 24 saatlik AKBÖ $< 130/80$ mmHg olarak geliyorsa beyaz önlük hipertansiyonu tanısı konulabilir (35).

Beyaz önlük HT; ofis KB ölçümleri yüksek olan bir kişinin, ev ölçümleri veya 24 saatlik AKBÖ neticesinde normotansif olması durumudur (27).

Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

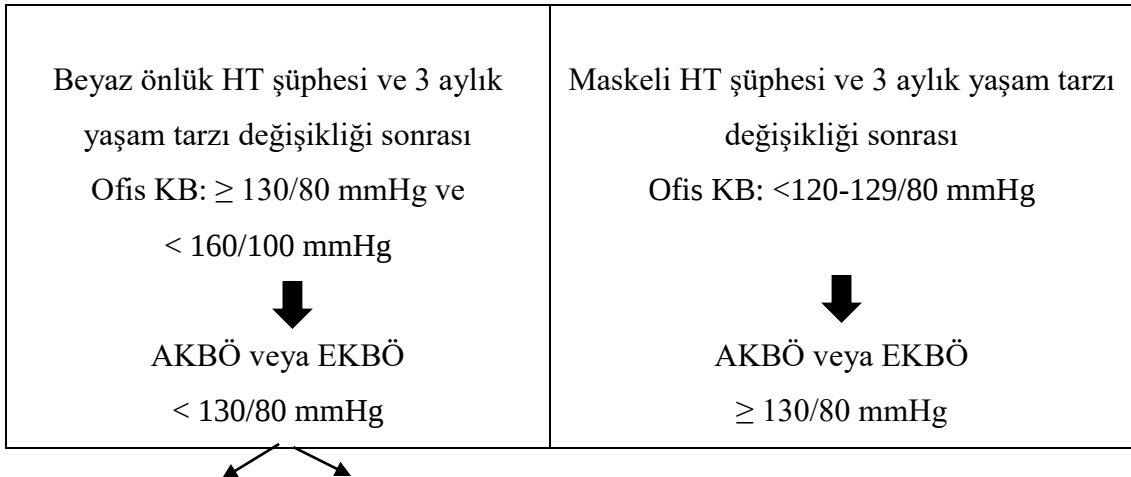
AKBÖ yöntemi, manşon-osilometrik metoda dayalı otomatik cihazların geliştirilmesiyle yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 24 saatlik süre boyunca yaklaşık 15-30 dakikalık periyotlarla ölçümler sağlar. Ayrıca gece boyunca, gün içinde ve sabah erken saatler gibi özel periyotlara ait ölçümleri de verir (39). USPSTF; hipertansiyon tanısında en iyi yöntemin AKBÖ olduğuna dair güçlü kanıtlar bulmuştur. Yapılan çalışmalarda, ofis ölçümlerine göre antihipertansif tedavi alan çoğu hastanın 12 ve 24 saatlik AKBÖ'leri normal olarak gelmiş ve tedavi ihtiyaçları kalmamıştır. Bu sebeplerle USPSTF, hipertansiyon tanısının doğrulanmasında altın standart olarak AKBÖ önermektedir (34).

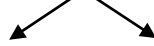
AKBÖ'de, uyanıklık ortalama SKB ≥ 135 mmHg veya DKB ≥ 85 mmHg olması, 24 saatlik kan basıncı ortalaması baz alınır ise SKB ≥ 130 mmHg veya DKB ≥ 80 mmHg olması HT tanısı koydurur (35).

Maskeli HT; ofis KB ölçümleri normal olarak gelen bir hastanın aslında hipertansif olması durumudur. Hipertansif hastaların üçte birinde tespit edilmiştir ve HT hastalarına benzer şekilde artmış KVH riski mevcuttur (25,27).

ACC/AHA antihipertansif tedavi kullanmayan yetişkinlerde, beyaz önlük HT ve maskeli HT tansında; AKBÖ ve EKBÖ önermektedir, tablo 5'de gösterilmiştir (25).

Tablo 5. Antihipertansif tedavi almayan yetişkinlerde, beyaz önlük HT veya maskeli HT tanı algoritması



			
Evet	Hayır	Evet	Hayır
Beyaz Önlük HT Yaşam tarzı değişikliği ve yıllık kontrol	Hipertansiyon Yaşam tarzı değişikliği ve beraberinde antihipertansif tedavi	Maskeli HT Yaşam tarzı değişikliği ve beraberinde medikal tedavi	Yüksek KB Yaşam tarzı değişikliği ve yıllık kontrol

2.5.2. Anamnez

Hipertansiyon hastaları genellikle asemptomatiktir. Ancak bazı hastalarda sabah erken saatlerde başlayan baş ağrısı olabilir (18). HT hastalarında, genel anamnezin yanı sıra risk faktörleri ve hipertansiyon ilişkili organ hasarı sorgulaması yapılmalıdır, tablo 6'da gösterilmiştir (24,42).

Tablo 6. Genel anamneze ek olarak hipertansif hastada sorgulanması gereken

HT risk faktörlerinin sorgulanması ✓ HT, KVH, inme ve böbrek hastalığı varlığı veya aile öyküsü varlığı ✓ Sigara içme durumu ve alkol tüketimi ✓ Tuz tüketimi ✓ Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel egzersiz durumu ✓ Erektile disfonksiyon varlığı ✓ Horlama ve uyku apnesi varlığı
Hipertansiyon ilişkili organ hasarı açısından semptom sorgulaması ✓ Beyin ve gözler: baş ağrısı, vertigo, senkop, görme bulanıklığı, duyuusal veya

motor kayıp, kognitif bozukluk ✓ Kalp: çarpıntı, göğüs ağrısı, kesik solunum, ayak bileğinde şişlik ✓ Böbrek : poliüri, hematüri, noktüri, idrar yolu enfeksiyonu ✓ Periferik arterler: soğuk ekstremiteler, intermittan kladikasyo
Sekonder HT açısından semptom sorgulaması ✓ 40 yaşından önce oluşan evre 2 veya 3 HT, aniden oluşan HT veya yaşlılarda kan basıncında ani kötüleşme ✓ Böbrek hastalığı öyküsü ✓ Kortikosteroidler, kemoterapi, nonsteroid antiinflamatuvarlar, burun damlası, yohimbin gibi ilaçların kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı ✓ Feokromasitomayı düşündüren terleme, baş ağrısı, anksiyete, çarpıntı gibi atakların olması ✓ Hiperaldosteronizm bulguları (hipokalemi, kas güçsüzlüğü)

2.5.3. Fizik Muayene

Hipertansiyon hastalarının fizik muayenesinde dikkat edilmesi gereken noktalar tablo 7’de özetlenmiştir (42,18,24);

Tablo 7. Hipertansiyon hastalarında fizik muayene

Genel görünüm ✓ Boy, kilo, bel çevresi ölçümü ✓ Cildin inspeksiyonu (nörofibratozis açısından cafe au lait lekelerinin değerlendirilmesi) ✓ Üst ve alt ekstremiteler kan basıncı ölçümü (aort koarktasyonu açısından) ✓ Cushing sendromu bulguları, yağ dağılımı, cilt lezyonları
Gözler ✓ Fundoskopik inceleme (hipertansif retinopati açısından)
Baş-Boyun ✓ Karotis üfürümü yönünden oskültasyon

✓ Boyun ven dilatasyonu ve büyümüş tiroid bezi açısından muayene
Kalp
✓ Oskültasyon, hız ve ritim anormallikleri
✓ Ekstra kalp sesi yönünden değerlendirme
Akciğerler
✓ Ral-ronküsler, sırtta üfürüm
Karın
✓ Renal arter stenozuna bağlı oluşan abdominal üfürüm
✓ Büyümüş böbrekler, renal kitle
Ekstremiteler
✓ Periferik nabızlar, ödem
Nörolojik değerlendirme
✓ Kas güçsüzlüğünün ve kognitif durumun değerlendirilmesi

2.5.4. Laboratuvar

HT hastalarında istenmesi gereken rutin laboratuvar tetkikleri (24);

- ✓ Hemoglobin ve/veya hematokrit
- ✓ Açlık kan şekeri
- ✓ Kan lipidleri (total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol, trigliserit)
- ✓ Potasyum ve sodyum
- ✓ Ürik asit
- ✓ Kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı
- ✓ Karaciğer fonksiyon testleri
- ✓ İdrar analizi (dipstik ile üriner protein atılımı veya mümkünse daha ideal olan albümin /kreatinin oranıdır)
- ✓ 12 derivasyonlu elektrokardiyografi

2.6. Hipertansiyonun Tedavisi

2.6.1. Nonfarmakolojik Tedavi

ACC/AHA 2017 kılavuzu önerilerine göre; ilaç dışı tedavi yaklaşımları kan basıncını düşürmede, temel ve tamamlayıcı bir role sahiptir. Bu tarz girişimler; fazla kilolu veya obez hastalarda kilo kaybı, *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) diyeti, sodyum kısıtlaması, potasyum takviyesi, artmış fiziksel aktivite,

ölçülü alkol tüketimi olarak sıralanabilir. Randomize çalışmalarda gösterildiği üzere, bu tarz girişimler SKB’de 5-10 mmHg arasında bir düşüş sağlamaktadır. DASH diyetinin uygulanması SKB’de yaklaşık 11 mmHg düşüş sağlarken, hastaların 1kg kaybetmesi SKB’de 1 mmHg’lik düşüş sağlamaktadır (15).

Tuz kısıtlaması;

Hipertansiyonun önde gelen nedenlerinden biri olan tuz tüketimi, Türkiye’de kişi başına önerilen günlük tuz tüketim düzeyinden üç kat daha fazladır (20). 2017 yılında Türkiye’de yapılan SALTURK 2 çalışmasına göre; tuz alımı açısından kullandığımız kaynaklar sırasıyla; ekmek (%34), yiyecekler hazırlama aşamasında ilave edilen tuz (%30), işlenmiş gıdalarda bulunan tuz (%21) ve yemek yeme esnasında ilave edilen tuz (%11) olarak sayılabilir. Tuz tüketimi erkeklerde kadınlara göre ve kırsal alanda yaşayanlarda kentlerde yaşayanlara göre daha fazla olarak tespit edilmiştir (43).

INTERSALT çalışmasında, bir popülasyonun günlük sodyum alımının 100 mmol (yaklaşık bir çay kaşığı) düşürülmesi durumunda, ortalama SKB’nin 2-3 mmHg daha düşük olacağı bildirilmiştir. SKB’deki her 2 mmHg’lik fark için, KKH’den ölüm % 4, inmeden ölüm % 6 ve tüm ölümler % 3 oranında azalacaktır (44).

Cutler ve arkadaşları, diyetle sodyum alımında günde ortalama 77 mmol’lük bir azalmanın, DKB’de 1.9 mmHg, SKB’de 1.1 mmHg düşüşle sonuçlandığını öne sürdü (45). HT hastalarında; tuz kısıtlaması, sağlıklı bir diyetle (DASH diyeti) birleştirildiğinde, kan basıncında yaklaşık 11,5 mmHg’lik düşüş olur (20).

DASH diyeti;

1997’de yapılan orijinal DASH çalışması; doymuş yağ asitlerinin az tüketildiği, az yağlı süt ürünlerinin kullanıldığı, sebze ve meyve yönünden zengin bir diyetin yetişkinlerde kan basıncını önemli ölçüde düşürdüğünü göstermiştir (46).

Türkiye’de yapılan son çalışmalara göre, KKH’lere bağlı hastalık yükünün azaltılmasında en büyük katkı payı diyetel değişikliklere (doymuş yağlardan ve tuzdan fakir, daha çok meyve ve sebze tüketimi) aittir (43).

Fiziksel aktivite;

Normotansif kişilerde ve HT hastalarında, günlük rutin aktivitelerin yanı sıra haftanın 4-7 günü, günlük ortalama 30-60 dk. süreli orta yoğunlukta dinamik egzersiz (yürüme, koşma, bisiklete binme, yüzme gibi) önerilir (35).

Kilo verme;

Kan basıncının düzenlenmesinde sağlıklı bir kilo önem taşır. VKİ 18,5-24,9 arasında tutulmalı ve bel çevresi erkeklerde <102 cm, kadınlarda <88 cm olmalıdır (35).

Sağlıklı beslenme;

Sebze, taze meyve, balık ve kuruyemiş tüketiminin artırılması ve doymamış yağ asitlerinden (zeytin yağı gibi) zengin beslenilmesi önerilir. Aynı zamanda kırmızı et tüketimi azaltılıp, az yağlı süt ürünleri kullanılmalıdır (24).

Alkol tüketiminin azaltılması;

Alkol tüketimi, erkekler için en fazla 20-30 g/gün etanol, kadınlar için en fazla 10-20 g/gün etanol ile sınırlandırılmalıdır (47).

Sigaranın bırakılması;

Tütün kullanımı, kan basıncında ani bir artışla ilişkilidir (48). Sigaranın bırakılması ile inme ve Mİ oranları azalır (49).

Stres yönetimi;

Hipertansif hastalarda stres, kan basıncında yükselmeye sebep olabilir. Bu sebeple hastalara gevşeme teknikleri önerilmelidir (47).

2.6.2. Farmakolojik Tedavi

Diüretikler, kalsiyum-kanal blokerleri (KKB), anjiyotensin-dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin-reseptör blokerleri (ARB) antihipertansif tedavi başlarken monoterapide sınıf 1A öneri düzeyine sahiptir (50). Hipertansiyon tedavi sürecinde bu ilaçlar tek ya da kombinasyon şeklinde kullanılabilir (42). Beta-blokerler; atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği veya KAH gibi hastalıklarda hipertansiyon tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir (47).

ACC/AHA 2017 kılavuzu önerilerine göre;

Yüksek riskli hastalarda, HT tedavisi başlama eşiği, KB'nin 130/80 mmHg $\leq$ olduğu durumlardır. Bu hasta grubunda hedef KB <130/80 mmHg'dir. Yüksek riskli durumlar aşağıdaki gibidir (40);

- ✓ Diyabetes mellitus (DM)
- ✓ Kronik böbrek yetmezliği (KBY)
- ✓ Post-renal transplantasyon
- ✓ Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği
- ✓ KVK
- ✓ Periferik arter hastalığı
- ✓ *Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD)* risk skoru $\geq$ %10

Düşük riskli hastalarda ise, HT tedavisi başlama eşiği, KB'nin 140/90 mmHg $\leq$ olduğu durumlardır. Bu hasta grubunda da hedef KB < 130/80 mmHg'dir. Düşük riskli hastalar aşağıdaki gibidir (40);

- ✓ < 65 yaş
- ✓ Yukarıdaki yüksek risk faktörlerinin bulunmaması ve
- ✓ ASCVD risk skoru < %10

ESC/ESH 2018 kılavuzuna göre tedavi yaklaşımı tablo 8'de özetlenmiştir (24).

Tablo 8. Hipertansiyonda tedavi yaklaşımı

Yüksek-normal KB (130-139/85-89 mmHg)	Yaşam tarzı değişikliği ve ✓ İlaç tedavisini çok yüksek riskli hastalarda düşün (özellikle KAH bulunması durumunda)
Evre 1 HT (140-159/90-99 mmHg)	Yaşam tarzı değişikliği ve ✓ KVK, böbrek hastalığı veya HT ilişkili organ hasarı olanlarda hemen beraberinde ilaç tedavisi başlanır. ✓ KVK, böbrek hastalığı veya HT ilişkili organ hasarı açısından düşük riskli hastalarda 3-6 aylık yaşam tarzı değişikliği sonrası hedef KB değerlerine ulaşamamışsa ilaç tedavisi başlanır.
Evre 2 HT (160-179/100-109 mmHg)	Yaşam tarzı değişikliği ve beraberinde ilaç tedavisi başlanır. (3 ay içerisinde KB kontrolünü sağlamayı hedefle)

mmHg)	
Evre 3 HT (≥180/110mmHg)	Yaşam tarzı değişikliği ve beraberinde ilaç tedavisi başlanır. (3 ay içerisinde KB kontrolünü sağlamayı hedefle)

American College of Physicians (ACP)/ American Academy of Family Practice (AAFP) önerilerine göre 60 yaş ≤ kişilerde antihipertansif tedavi başlama eşiği SKB 150 mmHg < olduğu durumlardır. Aynı zamanda tedavi hedefi de SKB < 150 mmHg'dir (50). 2019 yılında yayınlanan Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporuna göre ise; yaşı ≥80 olan HT hastalarında antihipertansif tedavi için eşik SKB ≥150 mmHg'dir (47). 60 yaşından büyük yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda, 150/90 mm Hg'den daha düşük bir hedefe yönelik tedavi ile toplam mortalite, KVH mortalitesi ve SVO insidansında azalma olduğu görülmüştür (51).

Hipertansiyon hastalarının, eşlik eden hastalık durumlarından bağımsız olarak Yaşa göre ilaç tedavisi için eşik ve hedef kan basıncı düzeyleri tablo 9'da gösterilmiştir (47).

Tablo 9. Yaşa göre ilaç tedavisi için eşik ve hedef kan basıncı düzeyleri

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

İlaç seçiminde; ilaç kontrendikasyonları, hasta yanıtı ve tolere edilebilirlik dikkate alınmalıdır. Antihipertansif ilaçların kesin ve olası kontrendikasyonları tablo 10'da gösterilmiştir (52,42).

Tablo 10. Antihipertansif ilaçların kontrendikasyonları

İlaç	Kesin Kontraendikasyon	Olası Kontraendikasyon
Tiyazid diüretikler	Gut	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı

		Gebelik
KKB (dihidropiridinler)	-	Taşiaritmi Kalp yetersizliği
KKB (verapamil, diltiazem)	AV blok (2. veya 3. derece) Kalp yetersizliği	-
ACE inhibitörleri	Gebelik Anjionörotik ödem Hipertansiyon Bilateral renal arter darlığı	Gebelik planı olan kadınlar
ARB	Gebelik Hipertansiyon Bilateral renal arter darlığı	Gebelik planı olan kadınlar
Beta blokerler	Astım AV blok (2. ya da 3. derece)	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Sporcu veya aktif kişiler KOAH Periferik arter hastalığı



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olup, Trabzon ilindeki 4 farklı aile sağlığı merkezinde (Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi, Farabi Aile Sağlığı Merkezi, Ortahisar Üniversite Aile Sağlığı Merkezi ve Mısırlı Aile Sağlığı Merkezi), Aralık 2020 ile Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini; Trabzon ili Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi, Farabi Aile Sağlığı Merkezi, Ortahisar Üniversite Aile Sağlığı Merkezi ve Mısırlı Aile

Sağlığı Merkezi'ne başvuran 1 yıldan uzun süredir esansiyel hipertansiyonu olan, 18 yaş üstü gönüllü hastalar oluşturmaktadır.

3.3. Örneklem

Birey sayısı bilinmeyen bir toplumdaki primer hipertansiyon hastalarının, hipertansiyon yönetiminde aile hekimliğini kullanma sıklığı %50 alındığında %95 güvenilirlikle ve %5 sapmayla tip 1 hata 0.05 öngörülerek örneklem hacmi 384 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı OpenEpi Version 3 ile yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 26 sorudan oluşan "Birinci Basamakta Hipertansiyon Yönetimine Hasta Bakışını Değerlendirme Anketi" kullanılmıştır (Ek-1).

Anket formu iki bölümden oluşmakta olup, birinci bölümde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili 7 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise katılımcıların aile hekimlerinden memnuniyet durumuna ilişkin 5'li likert tarzında hazırlanmış 5 soru ve sonrasında HT tanı, tedavi ve takibinin hangi branşlarca yapıldığını sorgulayan 6 soru ve son olarak katılımcıların, aile hekimliğinde HT yönetimine ilişkin fikirlerini sorgulayan 5'li likert tipinde hazırlanmış 8 soru olmak üzere toplamda 19 soru bulunmaktadır.

3.5. Çalışmanın Yürütülmesi

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara gönüllü onam formu doldurtuldu. Anketler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme usulü ile uygulandı.

3.6. Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri:

1. Bir yıldan uzun süredir hipertansiyon hastası olmak
2. Primer hipertansiyon hastası olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Sekonder hipertansiyon hastası olmak

2. Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve/veya ruhsal bozukluğa sahip olmak

3.6. İstatiksel Analiz

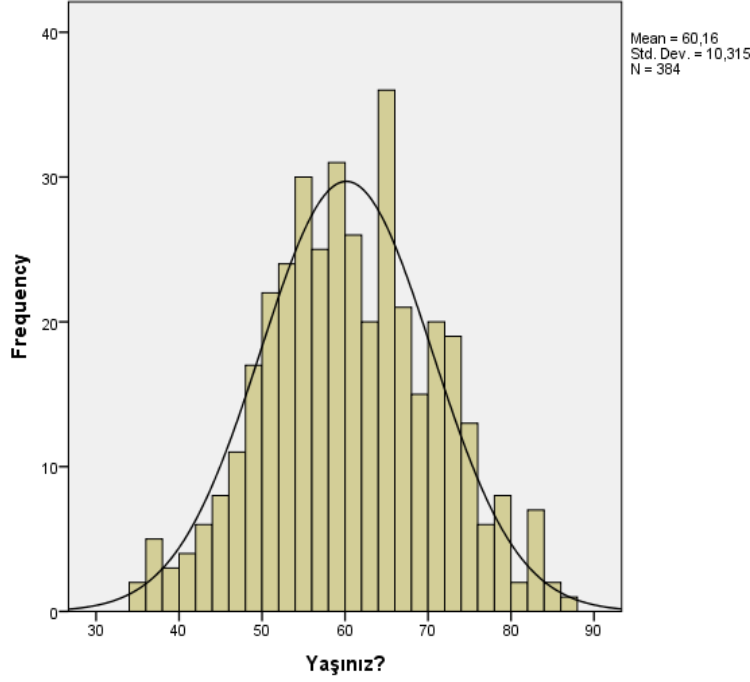
Çalışmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edildi. Değişkenler arasındaki karşılaştırmalar Ki kare testi, Kruskal Wallis testi, Bağımsız örneklemlerde t testi ve Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.7. Etik Kurul

Araştırmaya katılan gönüllü bireylere, araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili açıklama yapılarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek-2). KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 19.10.2020 tarihli 24237859-637 sayılı etik kurul onayı (Ek-3) alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya 384 hipertansiyon hastası dahil edilmiştir, katılımcıların yaş ortalaması 60,1 ($\pm 10,3$) yıl olup, yaş dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların yaş dağılımı

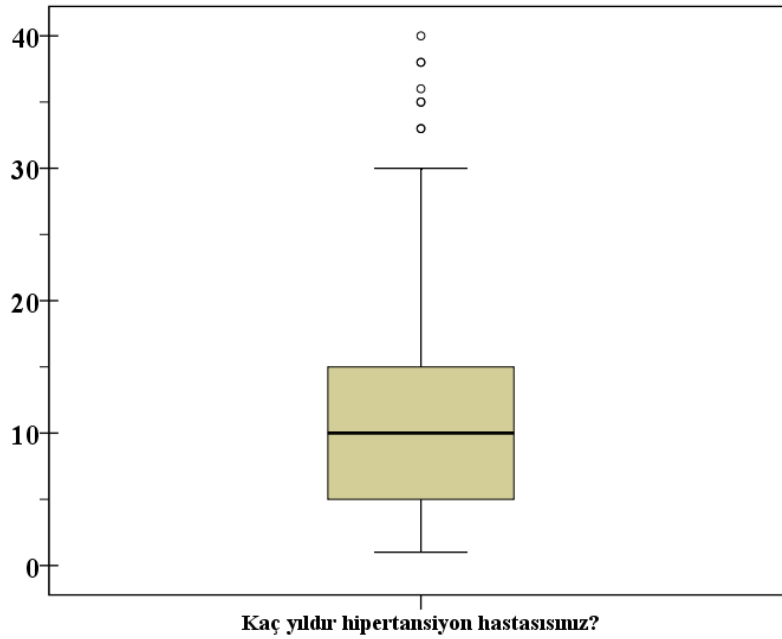
Katılımcıların %56,8’i (n=218) kadın, %43,2’si (n=166) erkekti. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında; %47,4’ü ilkokul ve altı, %10,7’si ortaokul, %22,1’i lise ve %19,8’i üniversite ve üzeri olarak ayrıldı. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların demografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	218	56,8
	Erkek	166	43,2
Medeni durum	Bekar	10	2,6
	Evli	335	87,2
	Dul	39	10,2

Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	37	9,6
	Okur yazar	26	6,8
	İlkokul mezunu	119	31,0
	Ortaokul mezunu	41	10,7
	Lise mezunu	85	22,1
	Üniversite ve üzeri	76	19,8
Meslek	Ev hanımı	149	38,8
	Kamu sektörü	90	23,4
	Özel sektör	25	6,5
	Emekli	111	28,9
	Serbest meslek	9	2,3

Katılımcıların gelir düzeyi ortalanca 3500 (İQR: 2.500-5.000) Türk lirasıydı ve katılımcıların hipertansiyon süresi ortalanca 10 (İQR: 5-15) yıldır. Katılımcıların HT süresi Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların hipertansiyon süresi

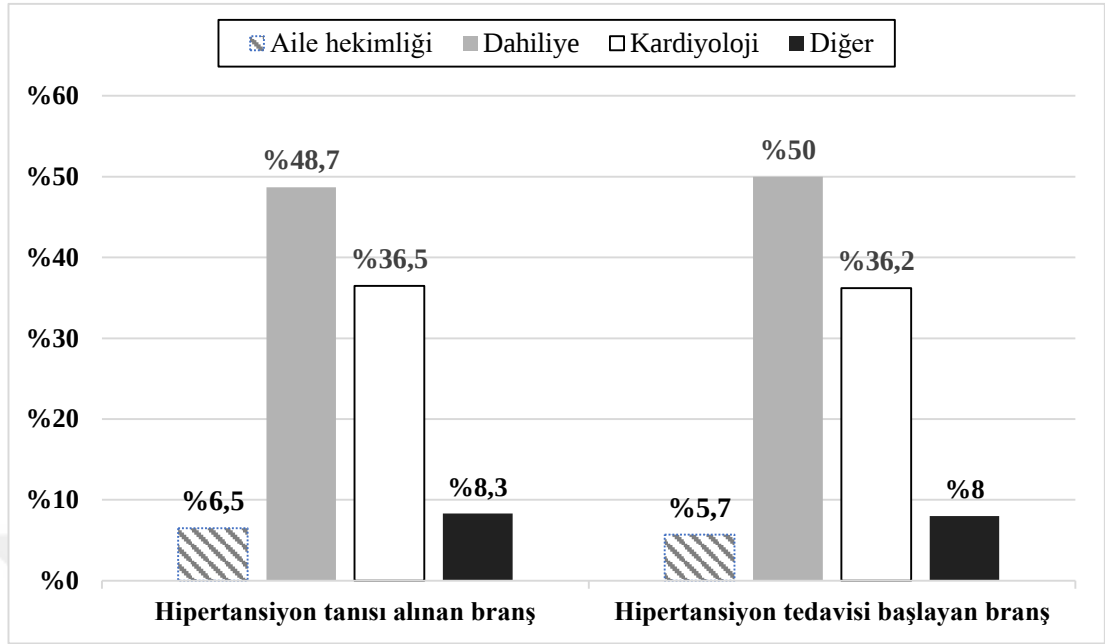
Hipertansiyon hastalarına, aile hekimlerine başvurdıkları zaman tansiyonlarının ölçülüp ölçülmediği sorulduğunda; %27’si her zaman, %21’ i ise sıklıkla ölçüm yapıldığını ancak %10’u hiç ölçüm yapılmadığını belirtmiştir.

Hastaların aile hekimlerinden memnuniyet durumuna ilişkin sorulara ve aile hekimlerinin, HT konusunda tutumuna ilişkin sorulara verilen yanıtlar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Hipertansiyon hastalarının aile hekimlerinden memnuniyet durumu ve aile hekimlerinin HT konusundaki tutumu

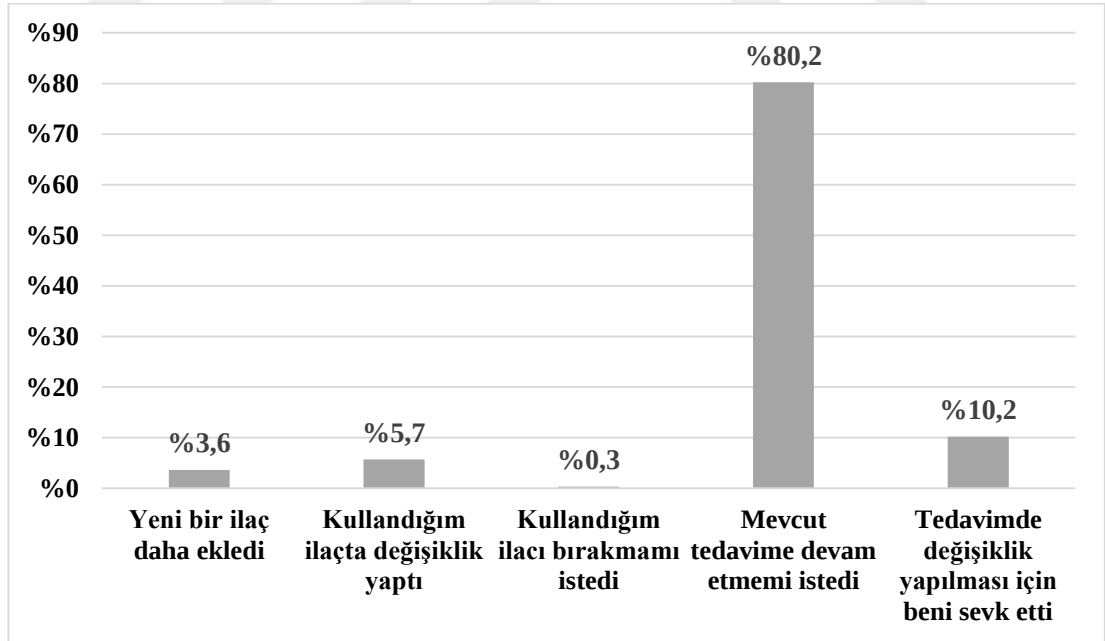
		n	%
Aile hekiminize başvurduğunuzda kan basıncınız ölçülür mü?	Her zaman	103	27
	Sıklıkla	81	21
	Ara sıra	83	22
	Nadiren	80	21
	Asla	37	10
Aile hekiminizin size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?	Her zaman	110	29
	Sıklıkla	174	45
	Ara sıra	52	14
	Nadiren	38	10
	Asla	10	3
Aile hekiminize yönelttiğiniz sorulara tatmin edici cevaplar alabiliyor musunuz?	Her zaman	115	30
	Sıklıkla	175	46
	Ara sıra	61	16
	Nadiren	25	7
	Asla	8	2
Aile hekiminiz hipertansiyon hastalığınızla ilgili bilgilendirme yapıp, önerilerde bulunur mu?	Her zaman	71	18
	Sıklıkla	97	25
	Ara sıra	75	20
	Nadiren	98	26
	Asla	43	11
Aile hekiminiz hipertansiyon ilacınızı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili bilgilendirme yapar mı?	Her zaman	89	23
	Sıklıkla	83	22
	Ara sıra	75	20
	Nadiren	94	24
	Asla	43	11

Hastalara, hipertansiyon tanısını nerede aldıkları sorulduğunda en sık dahiliye polikliniğinde (%48,7), ikinci sırada ise kardiyoloji polikliniğinde (%36,5) tanı aldıkları görüldü. Hipertansiyon tedavisine nerede başlandığı sorusu da benzer şekilde, %50 oranında dahiliye polikliniği ve %36,2 oranında kardiyoloji polikliniği şeklinde yanıtladı. Aile hekimliğinde; HT tanısı alma oranı %6,5 iken, HT tedavisi başlanma oranı ise % %5,7’dir. Bu duruma ilişkin bilgiler Şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Hipertansiyon tanı ve tedavisinde başvuru alan branşların dağılımı

"Aile hekiminiz mevcut HT tedavinizde bir değişiklik yaptı mı? " sorusuna verilen cevaplar Şekil 4'de gösterilmiştir.



Şekil 4. "Aile hekiminiz mevcut hipertansiyon tedavinizde bir değişiklik yaptı mı? " sorusuna verilen yanıtlar

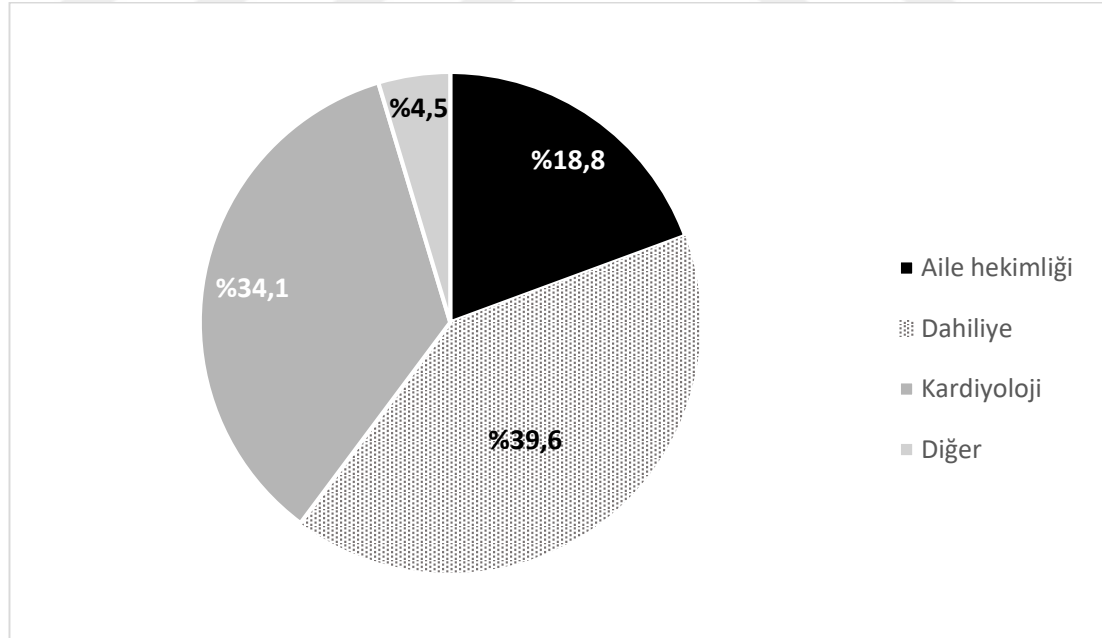
Hipertansiyon hastalarına düzenli kontrole gidip gitmedikleri sorulduğunda; %12,8'i her zaman, %20,8'i sıklıkla, %37'si ara sıra, %24,5'i nadiren ve %4,9'u hiç

takibe gitmediklerini söyledi. Hastaların takibe gitmeme sebeplerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar ise Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Hipertansiyon hastalarının takibe gitmeme sebepleri

		n	%
Hipertansiyonun takip edilmesi gereken bir hastalık olduğunu biliyordum.	Hayır	275	90,8
	Evet	28	9,2
Aile hekimim takip ettirmem gerektiğini söylemedi.	Hayır	256	84,5
	Evet	47	15,5
Başvurduğum diğer doktorlar takip ettirmem gerektiğini söylemedi.	Hayır	271	89,4
	Evet	32	10,6
Tansiyonumu kendim evde ölçerek takip ediyorum.	Hayır	75	24,8
	Evet	228	75,2
Tansiyon yüksekliği bende herhangi bir sıkıntı yaratmıyor.	Hayır	226	74,6
	Evet	77	25,4

Hastalara hipertansiyon takibinde hangi doktora başvurdukları sorulduğunda, en sık (%39,6) dahiliye doktoruna başvurulduğu, aile hekimine gitme oranının ise %18,8 olduğu görüldü (Şekil 5).



Şekil 5. Hastaların hipertansiyon takibinde başvurduğu branşların dağılımı

Hastaların, HT yönetimi konusunda aile hekimlerine bakışlarını değerlendirmek için kurulan önermeler Tablo 14’de gösterilmiştir. Hastaların

%55,5'i HT tedavisinin aile hekimleri tarafından yapılmadığını düşünüyordu. Hastaların %71,4'ü aile hekimlerinin yalnızca raporlanmış HT ilaçlarını reçete edebileceğini düşünürken, %83,9'u aile hekimleri HT tedavisi yapsa bile başka bir uzmana (dahiliye, kardiyoloji doktoru gibi) muayene olmak gerektiğini düşünüyordu. Kurulan önermelere verilen diğer yanıtlara ilişkin bilgiler tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Hastaların HT yönetimi konusunda aile hekimlerine bakışı

	Katılıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılmıyorum n (%)
HT tedavisi aile hekimi tarafından yapılmaz	213 (55,5)	59 (15,4)	112 (29,2)
Aile hekimim, HT hastalığının kontrolü ve takibinde kendisine başvurabileceğimi söylemedi	205 (53,4)	53 (13,8)	126 (32,8)
Aile hekimim yalnızca raporlanmış HT ilaçlarımı reçete edebilir	274 (71,4)	55 (14,3)	55 (14,3)
Aile hekimi HT tedavisi yapsa bile başka bir uzmana muayene olmak gerekir	322 (83,9)	33 (8,6)	29 (7,6)
Aile hekimimin bu konudaki bilgi ve donanımının yeterli olduğunu düşünmüyorum	158 (41,1)	91 (23,7)	135 (35,2)
Aile hekimim HT tedavim için beni başka bir bölüme yönlendirdi	186 (48,4)	55 (14,3)	143 (37,2)
Aile sağlığı merkezinin teknik donanım ve şartlarını yeterli bulmuyorum	149 (38,8)	100 (26)	135 (35,2)
Aile sağlığı merkezine gittiğimde muayene olmak için uzun süre beklemem gerekiyor	43 (11,2)	49 (12,8)	292 (76)

Hastaların aile hekimlerine başvurduklarında, KB ölçüm sıklığı ile demografik özellikler karşılaştırıldığında; cinsiyet açısından anlamlı bir fark yokken ($p > 0,05$) yaş, meslek, eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$, Tablo 15). Yine hastaların KB ölçüm sıklığı ile HT süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p = 0,024$, Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların demografik özellikleri ile aile hekimliğinde KB ölçüm sıklığı ilişkisi

		Aile hekimine başvuruda kan basıncı ölçümü			
		Her zaman veya sıklıkla	Ara sıra	Nadiren veya asla	p
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	102 (55,4)	47 (56,6)	69 (59)	0,833
	Erkek	82 (44,6)	36 (43,4)	48 (41)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur Yazar	42 (22,8)	13 (15,7)	8 (6,8)	0,012
	İlkokul	74 (40,2)	33 (39,8)	53 (45,3)	
	Lise	32 (17,4)	19 (22,9)	34 (29,1)	
	Üniversite	36 (19,6)	18 (21,7)	22 (18,8)	
Meslek [n(%)]	Ev Hanımı	79 (42,9)	31 (37,3)	39 (33,3)	0,035
	Çalışan	54 (29,3)	29 (34,9)	41 (35)	
	Emekli	51 (27,7)	23 (27,7)	37 (31,6)	
Yaş (Ortalama±SD)		61,2 (±10,8)	60,3 (±9,9)	58,2(±9,4)	0,046*
HT süresi [Ortanca (IQR:%25-%75)]		10 (6-15)	7 (4-12)	10 (4-17)	0,024**

*Post-Hoc Tukey her zaman veya sıklıkla grubu ile nadiren veya asla grubu arasında (p=0,036) anlamlı fark vardı. **Post-Hoc Tamhane her zaman veya sıklıkla grubu ile ara sıra grubu arasında (p=0,025) anlamlı fark vardı.

Katılımcıların demografik özellikleri ve HT süreleri ile, aile hekimlerinin HT konusunda bilgilendirme yapma sıklığı karşılaştırıldığında; cinsiyet (p=0,003), eğitim durumu (p=0,022) ve meslek (p=0,006) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, yaş ve HT süresi açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05, Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların demografik özelliklerine göre aile hekimlerinin HT konusunda bilgilendirme yapma sıklığı

		Aile hekiminin HT ile ilgili bilgilendirme yapma durumu			
		Her zaman veya sıklıkla	Ara sıra	Nadiren veya asla	p
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	89 (53)	34 (45,3)	95 (67,4)	0,003
	Erkek	79 (47)	41 (54,7)	46 (32,6)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur Yazar	33 (19,6)	9 (12)	21 (14,9)	0,022
	İlkokul	55 (32,7)	32 (42,7)	73 (51,8)	
	Lise	40 (23,8)	16 (21,3)	29 (20,6)	
	Üniversite	40 (23,8)	18 (24)	18(12,8)	
Meslek [n(%)]	Ev Hanımı	62 (41,6)	20 (13,4)	67 (45)	0,006
	Çalışan	64 (51,6)	24 (19,4)	36 (29)	
	Emekli	42 (37,8)	31 (27,9)	38 (34,2)	
Yaş (Ortalama±SD)		60,1 (±10,7)	60,3 (±10,5)	60,1 (±9,7)	0,984
HT süresi [Ortanca (IQR:%25-%75)]		10 (5-15)	10 (5-15)	10 (5-17)	0,405

Katılımcıların "HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum." önermesine verdikleri yanıtlarla demografik özellikler karşılaştırıldığında; cinsiyet ve meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0,05$), eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 17).

Katılımcıların "HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum." önermesine verdikleri yanıtlarla; "HT tanısını hangi hekimde aldınız? " sorusuna verilen yanıtlar ($p > 0,05$, Tablo 17) ve "HT tedaviniz hangi hekim tarafından başlandı?" sorusuna verilen yanıtlar ($p > 0,05$, Tablo 17) karşılaştırıldığında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Ancak, "HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum." önermesine verilen yanıtlarla, "HT takibinde hangi hekime başvurursunuz?" sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p = 0,000$, Tablo 17).

Tablo 17. Demografik özellikler ve HT yönetimine aile hekiminin katılımı ile "HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum" önermesine verilen yanıtların ilişkisi

		HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum			p
		Katılıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılmıyorum n (%)	
Cinsiyet	Kadın	106 (48,6)	42 (19,3)	70 (32,1)	0,005¹
	Erkek	107 (64,5)	17 (10,2)	42 (25,3)	
Eğitim durumu	Okur Yazar	31 (49,2)	10 (15,9)	22 (34,9)	0,120
	İlkokul	84 (52,5)	21 (13,1)	55 (34,4)	
	Lise	47 (55,3)	17 (20)	21 (24,7)	
	Üniversite	51 (67,1)	11 (14,5)	14 (18,4)	
Meslek	Ev Hanımı	70 (47)	24 (16,1)	55 (36,9)	0,010²
	Çalışan	67 (54)	21 (16,9)	36 (29)	
	Emekli	76 (68,5)	14 (12,6)	21 (18,9)	
HT tanısı alınan branş	Aile Hekimliği	16 (64)	1 (4)	8 (32)	0,173
	Dahiliye	91 (48,7)	35 (18,7)	61 (32,6)	
	Kardiyoloji	87 (62,1)	18 (12,9)	35 (25)	
	Diğer	19 (59,4)	5 (15,6)	8 (25)	
HT tedavisi başlanan branş	Aile Hekimliği	12 (54,5)	2 (9,1)	8 (36,4)	0,256
	Dahiliye	95 (49,5)	34 (17,7)	63 (32,8)	
	Kardiyoloji	87 (62,6)	20 (14,4)	32 (23)	
	Diğer	19 (61,3)	3 (9,7)	9 (29)	
HT kontrolünde gidilen branş	Aile Hekimliği	32 (44,4)	7 (9,7)	33 (45,8)	0,000³
	Dahiliye	83 (54,6)	29 (19,1)	40 (26,3)	
	Kardiyoloji	87 (66,4)	19 (14,5)	25 (19,1)	
	Diğer	5 (29,4)	3 (17,6)	9 (52,9)	

¹Post-Hoc Tukey katılıyorum ve kararsızım arasında (p=0,009) anlamlı fark vardı. ²Post-Hoc Tukey ev hanımı ve emekli arasında (p=0,001) anlamlı fark vardı. ³Post-Hoc Tukey aile hekimi ile kardiyoloji arasında (p=0,001), kardiyoloji ile diğer arasında (p=0,008) anlamlı fark vardı.

HT hastalarının kontrole gitme sıklığı ile demografik özellikler karşılaştırıldığında; yaş, meslek, eğitim durumu ve cinsiyet açısından anlamlı fark

bulundu ($p < 0,05$, Tablo 18). HT hastalarının kontrole gitme sıklığı ile HT tanısını aldıkları hekim ($p=0,008$, Tablo 18), HT tedavisini başlayan hekim ($p=0,005$, Tablo 18) ve HT kontrolünde başvurdukları hekim ($p=0,000$, Tablo 18) ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 18. Demografik özellikler ve HT yönetimine aile hekiminin katılımı ile HT hastalarının takibe gitme sıklığı ilişkisi

		HT için kontrole gitme sıklığı			
		Her zaman veya sıklıkla (a)	Ara sıra (b)	Nadiren veya asla (c)	p
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	53 (24,3)	103 (47,2)	62 (28,4)	0,000¹
	Erkek	76 (45,8)	39 (23,5)	51 (30,7)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur Yazar	13 (20,6)	30 (47,6)	20 (31,7)	0,000²
	İlkokul	40 (25)	62 (38,8)	58 (36,3)	
	Lise	40 (47,1)	26 (30,6)	19 (22,4)	
	Üniversite	36 (47,4)	24 (31,6)	16 (21,1)	
Meslek [n(%)]	Ev Hanımı	31 (20,8)	69 (46,3)	49 (32,9)	0,000
	Çalışan	56 (45,2)	40 (32,3)	28 (22,6)	
	Emekli	42 (37,8)	33 (29,7)	36 (32,4)	
Yaş (Ortalama $\pm$ SD)		58,5($\pm$ 10)	60,2($\pm$ 10)	61,8($\pm$ 9)	0,039³
HT tanısı alınan branş [n(%)]	Aile Hekimliği	8(32)	5 (20)	12 (48)	0,008
	Dahiliye	54 (28,9)	81 (43,3)	52 (27,8)	
	Kardiyoloji	60 (42,9)	45 (32,1)	35 (25)	
	Diğer	7 (21,9)	11 (34,4)	14 (43,8)	
HT tedavisi başlanan branş [n(%)]	Aile Hekimliği	6 (27,3)	5 (22,7)	11 (50)	0,005*
	Dahiliye	58 (30,2)	82 (42,7)	52 (27,1)	
	Kardiyoloji	60 (43,2)	43 (30,9)	36 (25,9)	
	Diğer	5 (16,1)	12 (38,7)	14 (45,2)	
HT kontrolünde gidilen branş [n(%)]	Aile Hekimliği	21 (29,2)	21 (29,2)	30 (41,7)	
	Dahiliye	43 (28,3)	65 (42,8)	44 (28,9)	

Kardiyoloji	63 (48,1)	43 (32,8)	25 (19,1)	0,000**
Diğer	2 (11,8)	9 (52,9)	6 (35,3)	

¹Post-Hoc Tukey a ile b arasında (p=0,000), b ile c arasında (p=0,010) anlamlı fark vardı. ²Post-Hoc Tukey okuryazar ile lise arasında (p=0,029), okuryazar ile üniversite (p=0,025), ilkokul ile lise (p=0,003), ilkokul ile üniversite (0,003) arasında anlamlı fark vardı. ³Post-Hoc Tukey a ile c arasında (p=0,030) anlamlı fark vardı. *Post-Hoc Tukey kardiyolog ve diğer arasında (p=0,017) anlamlı fark vardı. **Post-Hoc Tukey aile hekimi ile krdiyolog arasında (p=0,002), kardiyolog ile dahiliye (p=0,008), kardiyoloji ile diğer arasında (p=0,044) anlamlı fark vardı.

Düzenli kontrole gitmeyen hipertansiyon hastalarının, evde KB takibi yapma durumu ile demografik özellikler karşılaştırıldığında; cinsiyet, eğitim durumu ve meslek açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p > 0,05$, Tablo 19). Ancak hastaların yaşı (p=0,049) ve HT süresi (p=0,049) ile evde KB takibi yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (Tablo 19).

Tablo 19. Demografik özellikler ile evde KB takibi yapma ilişkisi

		Evde kan basıncı ölçümü yapma durumu		
		Hayır	Evet	p
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	43 (24)	136 (76)	0,723
	Erkek	32 (25,8)	92 (74,2)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur yazar	14 (25)	42 (75)	0,619
	İlkokul	36 (26,3)	101 (73,7)	
	Lise	11 (18,3)	49 (81,7)	
	Üniversite	14 (28)	36 (72)	
Meslek [n(%)]	Ev hanımı	30 (23,1)	100 (76,9)	0,335
	Çalışan	27 (30,3)	62 (69,7)	
	Emekli	18 (21,4)	66 (78,6)	
Yaş (Ortalama±SD)		58,8 (±9,3)	61,4 (±10,3)	0,049
HT süresi [Ortanca (IQR:%25-%75)]		10 (4-15)	10 (5-17)	0,049

Hastalara yöneltilen, "Hangi hekim tarafından HT tanısı aldınız?" sorusuna verilen yanıtlar ile demografik karşılaştırıldığında; cinsiyet (p=0,003), eğitim durumu

(p=0,000), meslek (p=0,000), yaş (p=0,000) ve HT süresi (p=0,000) açısından anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Hipertansiyon tanısı alınan branş ile demografik özellikler ilişkisi

		Hipertansiyon tanısı alınan branş				
		Aile Hekimliği n (%)	Dahiliye n (%)	Kardiyoloji n (%)	Diğer n (%)	P
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	15 (6,9)	123 (56,4)	64 (29,4)	16 (7,3)	0,003*
	Erkek	10 (6)	64 (38,6)	76 (45,8)	16 (9,6)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur yazar	4 (6,3)	41 (65,1)	10 (15,9)	8 (12,7)	0,000**
	İlkokul	11 (6,9)	96 (60)	39 (24,4)	14 (8,8)	
	Lise	5 (5,9)	28 (32,9)	47 (55,3)	5 (5,9)	
	Üniversite	5 (6,6)	22 (28,9)	44 (57,9)	5 (6,6)	
Meslek [n(%)]	Ev hanımı	9 (6)	93 (62,4)	35 (23,5)	12 (8,1)	0,000
	Çalışan	4 (3,2)	45 (36,3)	66 (53,2)	9 (7,3)	
	Emekli	12 (10,8)	49 (44,1)	39 (35,1)	11 (9,9)	
Yaş (Ortalama±SD)		58,1 (±9,4)	61,9 (±9,9)	57,2 (±9,7)	64 (±11,9)	0,000¹
HT süresi [Ortanca (IQR:%25-%75)]		9 (4-10)	10 (6-18)	6,5 (3-10)	15 (5-21)	0,000²

*Post-Hoc Tukey dahiliye ve kardiyoloji arasında anlamlı fark vardı (p=0,002). **Post-Hoc Tukey dahiliye ve kardiyoloji arasında (p=0,000), kardiyoloji ve diğer arasında (p=0,001) anlamlı fark vardı. ¹Post-Hoc Tukey dahiliye ve kardiyoloji arasında (p=0,000), kardiyoloji ve diğer arasında (p=0,003) anlamlı fark vardı. ²Post-Hoc Tamhane aile hekimi ve dahiliye arasında (p=0,004), dahiliye ve kardiyoloji arasında (p=0,000) anlamlı fark vardı.

Hastalara yöneltilen "Aile hekiminiz mevcut HT tedavinizde bir değişiklik yaptı mı?" sorusuna verilen yanıtlarla demografik özellikler karşılaştırıldığında; cinsiyet, eğitim durumu ve meslek açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p> 0,05, Tablo 21).

Hastaların aile hekimliğindeki kan basıncı ölçüm sıklığı ile "Aile hekiminiz mevcut HT tedavinizde bir değişiklik yaptı mı?" sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi (p=0,001, Tablo 21).

Tablo 21. "Aile hekiminiz mevcut HT tedavinizde bir değişiklik yaptı mı?" sorusuna verilen yanıtlarla demografik özellikler ve aile hekimliğinde KB ölçüm sıklığı ilişkisi

		Aile hekiminiz mevcut HT tedavinizde bir değişiklik yaptı mı			
		Değişiklik yaptı* n (%)	Mevcut tedavimin devamını önerdi n (%)	Sevk etti n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	21 (9,6)	173 (79,4)	24 (11)	0,816
	Erkek	16 (9,6)	135 (81,3)	15 (9)	
Eğitim durumu	Okur yazar	8 (12,7)	49 (77,8)	6 (9,5)	0,509
	İlkokul	14 (8,8)	124 (77,5)	22 (13,8)	
	Lise	7 (8,2)	72 (84,7)	6 (7,1)	
	Üniversite	8 (10,5)	63 (82,9)	5 (6,6)	
Meslek	Ev hanımı	15 (10,1)	120 (80,5)	14 (9,4)	0,376
	Çalışan	14 (11,3)	101 (81,5)	9 (7,3)	
	Emekli	8 (7,2)	87 (78,4)	16 (14,4)	
Aile hekimliğinde KB ölçüm sıklığı	Her zaman veya Sıklıkla	18 (9,8)	139 (75,5)	27 (14,7)	0,001¹
	Ara sıra	14 (16,9)	63 (75,9)	6 (7,2)	
	Nadiren veya Asla	5 (4,3)	106 (90,6)	6 (5,1)	

*Yeni bir ilaç ekledi, kullandığım ilacı değiştirdi veya kullandığım ilacı kesmemi istedi. ¹Post-Hoc Tukey mevcut tedavi devamı ile sevk grubu arasında anlamlı fark vardı (p=0,009).

Hastaların, "Aile hekimi HT tedavisi yapsa bile başka bir uzmana (dahiliye, kardiyoloji gibi) muayene olmak gerekir." önermesine verdikleri yanıtlar ile demografik özellikler karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve HT süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p> 0,05, Tablo 22).

Tablo 22. "Aile hekimi HT tedavisi yapsa bile başka bir uzmana muayene olmak gerekir" önermesine verilen yanıtlarla demografik özellikler ilişkisi

		Aile hekimi HT tedavisi yapsa bile başka bir uzmana muayene olmak gerekir			p
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	184 (84,4)	22 (10,1)	12 (5,5)	0,127
	Erkek	138 (83,1)	11 (6,6)	17 (10,2)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur Yazar	52 (82,5)	9 (14,3)	2 (3,2)	0,073
	İlkokul	132 (82,5)	11 (6,9)	17 (10,6)	
	Lise	68 (80)	9 (10,6)	8 (9,4)	
	Üniversite	70 (92,1)	4 (5,3)	2 (2,6)	
Meslek [n(%)]	Ev Hanımı	121 (81,2)	16 (10,7)	12 (8,1)	0,571
	Çalışan	103 (83,1)	10 (8,1)	11 (8,9)	
	Emekli	98 (88,3)	7 (6,3)	6 (5,4)	
Yaş (Ortalama±SD)		60,5 (±10,2)	58,8 (±11,1)	57,7(±10,4)	0,296
HT süresi [Ortanca (IQR:%25-%75)]		10 (5-15)	10 (3,5-20)	9 (3,5-12,5)	0,412

Hastaların, "Aile hekimimin bu konudaki bilgi ve donanımının yeterli olduğunu düşünmüyorum." önermesine verdikleri yanıtlarla demografik özellikler karşılaştırıldığında; cinsiyet (p=0,016), eğitim durumu (p=0,023), yaş (p=0,015), HT süresi (p=0,032) açısından anlamlı fark gözlenirken, meslek açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p> 0,05, Tablo 23).

Tablo 23. Hastaların "Aile hekimimin bu konudaki bilgi ve donanımının yeterli olduğunu düşünmüyorum" önermesine verdikleri yanıtlarla demografik özellikler ilişkisi

		Aile hekimimin bu konudaki bilgi ve donanımının yeterli olduğunu düşünmüyorum			
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	p
Cinsiyet [n(%)]	Kadın	80 (36,7)	63 (28,9)	75 (34,4)	0,016¹
	Erkek	78 (47)	28 (16,9)	60 (36,1)	
Eğitim durumu [n(%)]	Okur Yazar	19 (30,2)	25 (39,7)	19 (30,2)	0,023
	İlkokul	74 (46,3)	27 (16,9)	59 (36,9)	
	Lise	31 (36,5)	21 (24,7)	33 (38,8)	
	Üniversite	34 (44,7)	18 (23,7)	24 (31,6)	
Meslek [n(%)]	Ev Hanımı	57 (38,3)	45 (30,2)	47 (31,5)	0,215
	Çalışan	53 (42,7)	25 (20,2)	46 (37,1)	
	Emekli	48 (43,2)	21 (18,9)	42 (37,8)	
Yaş (Ortalama±SD)		60,1 (±9,5)	62,6 (±11,1)	58,5 (±10,2)	0,015²
HT süresi [Ortanca (IQR:%25-%75)]		10 (5-15)	10 (5-20)	10 (3-15)	0,032³

¹Post-Hoc Tukey katılıyorum ile kararsızım arasında anlamlı fark vardı (p=0,012). ²Post-Hoc Tukey kararsızım ile katılmıyorum arasında anlamlı fark vardı (p=0,011). ³Post-Hoc Tamhane katılmıyorum kararsızım arasında anlamlı fark vardı (p=0,022).

5.TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü, hipertansiyon ile daha iyi mücadelede sağlamak için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttırılması gerektiğine dikkat çekmiştir (73). Sağlık sistemimizde hastanın ilk karşılaştığı kişi olan aile hekiminin eğitimi oldukça önemlidir. Aile hekimi, hastanın güncel izlem, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek, gerekirse diğer branşlara sevkini yapabilecek ve birinci basamağın ihtiyaçları doğrultusunda multi-disipliner bir yaklaşım sağlayabilecek vasıfta olmalıdır (72).

Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının yaş ortalaması $60,1 \pm 10,3$ yıl olarak tespit edildi. Ornstein ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, HT hastalarının yaş ortalaması $61,9 \pm 14,9$ yıldır (56). Arslantaş ve ark. tarafından yapılan birinci basamak çalışmasında ise, dahil edilen HT hastalarının yaş ortalaması $56,2 \pm 11,5$ yıl olarak belirtilmiştir (53). Bu açıdan çalışmamız literatür ile uyum gösteriyordu.

Çalışmamıza katılan kadınların oranı erkeklerden yüksekti ve literatürle benzerlik gösteriyordu. Kayseri’de 513 HT hastasının dahil edildiği, birinci basamakta uygulanan bir çalışmada, katılımcıların %55’ini kadınlar oluşturuyordu (53). Yine Aydın ilinde yapılan bir birinci basamak çalışmasında, 2618 başvuru retrospektif olarak değerlendirilmiş ve kadınların oranı %62 olarak tespit edilmiştir (54). Tevfik ve ark. yaptığı birinci basamak çalışmasında kadınların oranı %59’dur (55). Ornstein ve ark. tarafından ABD’de yapılan, HT hastalarının dahil edildiği bir birinci basamak çalışmasında ise kadınların oranı %57 olarak tespit edilmiştir (56). Bu durum, hipertansiyonun kadınlarda daha sık görülmesine bağlı olarak oluşmuş olabilir veya kadınlar birinci basamağa daha sık başvurarak sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmak istiyor olabilirler. Ayrıca çalışmamıza katılan kadınların büyük oranda ev hanımı olmaları sebebiyle, yakınlık açısından aile sağlığı merkezleri (ASM) tercih ediliyor olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısı ilkokul mezunuydu veya okula gitmemişti. Araştırmamızın bu açıdan benzerlik gösterdiği, Kayseri’de yapılan birinci basamak çalışmasında hastaların %55,8’i ilkokul mezunuydu, üniversite mezunlarının oranı ise %13,9’dur (53). Yine Meksika’da HT hastalarında yapılan birinci basamak çalışmasında, hastaların %62,9’u ilkokul mezunuydu (9). Samsun’daki birinci basamak çalışmasında katılımcıların %39’u ilkokul mezunu iken, %6,5’i üniversite mezunuydu (55). Eğitim durumu açısından çalışmamızın farklılık gösterdiği, Düzce’de yapılan birinci basamak çalışmasında ise, ilkokul mezunlarının oranı (%19,7) iken, üniversite mezunlarının oranı daha yüksek (%46,4) olarak tespit edilmiştir (57). Çalışmamızdaki kadınların sayısının fazla olmasına bağlı olarak, okula gitmemiş veya ilkokul mezunu kişilerin oranı fazla çıkmış olabilir. Çünkü eğitim durumu açısından kadınlar ve erkekler kıyaslandığında, kadınların %72’sinin eğitim durumu ilkokul ve altı iken, erkeklerde bu oran %39,8’dir.

Çalışmamızda, hastaların %10’unun aile hekimliğine başvurduklarında kan basınçları hiç ölçülmezken, %48’inin her zaman veya sıklıkla ölçülüyordu. Kılıç ve ark. tarafından, birinci basamağa başvuran 1094 katılımcı ile yapılan çalışmada, katılımcıların %12,2’sinin araştırma anına kadar, kan basınçlarının hiç ölçülmediği görülmüştür (58). Ancak sadece HT hastaları baz alındığında, bu oran %2’ye düşmektedir (58). ABD’de 14 farklı eyalette yapılan, birinci basamakta HT yönetiminin değerlendirildiği çalışmada, son 6 ayda kan basıncı ölçülenlerin oranı %67,4 iken, son 1 yılda ölçüm yapılanların oranı %82,3’dür (56). Hastaların eğitim durumu arttıkça, hipertansiyon farkındalığının ve kan basıncı ölçüm sıklığının artmasını beklediğimiz halde, çalışmamızda eğitim durumu arttıkça kan basıncı ölçüm sıklığı azalıyordu. Bu durum, eğitim durumu yüksek kişilerin hipertansiyon takibinde ASM’lere başvurmamasından kaynaklanıyor olabilir. Hastaların yaş ortalaması ve HT süresi arttıkça, daha düzenli KB ölçümü yaptırdıkları görüldü. Bu durum genç ve HT süresi daha kısa olan hastalarda, HT farkındalığı ve hastalık bilincinin yerleşmediğini gösteriyor olabilir.

Düzenli kan basıncı ölçümü, hastaların takibinde ve HT yönetimine etkin katılımlarının sağlanmasında büyük önem taşımaktadır. Hastalarda hedef kan basıncı bilincinin gelişmesi, yalnızca semptomatik olunan dönemlerde değil düzenli

aralıklarla KB kontrolünü sağlayacaktır. Bu takibin yapılmasında ve hasta doktor ilişkisinin devamlılığı açısından, aile hekimleri kilit öneme sahiptir.

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biri olan hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanabilir. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu (%74), aile hekimlerinin kendilerine yeterince zaman ayırdığını ve yine büyük çoğunluğu (%76) sordukları sorulara tatmin edici cevaplar alabildiklerini belirtmişlerdir. Çetinkaya ve ark. tarafından birinci basamakta yapılan bir çalışmada, katılımcıların %80,8'i aile hekimlerinden aldıkları hizmeti çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir (59). Düzce ilinde yapılan bir birinci basamak çalışmasında yine benzer şekilde katılımcıların %78'i aile hekimlerinden aldıkları hizmeti çok iyi/iyi olarak değerlendirmişti (57). Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi, ülke genelinde %81,2 olarak bulunmuştur (60). Samsun'da birinci basamakta yapılan 383 kişinin dahil edildiği çalışmada, benzer şekilde katılımcıların %79'u kendilerine yeterli zaman ayrıldığını ifade etmiştir (55). Yine aynı çalışmada katılımcıların %89'u, aile hekimlerinin hipertansiyon ile ilgili bilgi verdiğini, %98'i de ilaç kullanımının tarif edildiğini söylemişti. Bizim çalışmamızda ise bu oranlar daha düşüktü, hastaların %37'si hipertansiyonla ilgili bilgilendirilmediklerini, %35'i de ilaç kullanımının tarif edilmediğini söylemişti. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların olumlu cevaplar verme oranı artıyordu, ayrıca kadınlar erkeklere oranla anlamlı derecede olumsuz yanıtlar verdiler. Bu durum çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Eğitim düzeyi arttıkça, sağlık okuryazarlığı artıyor ve hekimin verdiği bilgiler daha iyi anlaşılıyor olabilir veya hekimler eğitim düzeyi yüksek kişilere hastalıklarını daha iyi anlatma eğiliminde olabilir.

Çalışmamızda, birinci basamaktaki genel memnuniyet oranının yüksek olmasına rağmen, HT özelinde hastaların yaklaşık yarısının yetersiz bilgilendirildiği gözlemlendi. Bu durum; aile hekimlerinin temel görevlerinden olan kronik hastalık yönetimi ile ilgili henüz hedeflenen oranlara ulaşamadığını gösteriyor olabilir. Sağlık hizmetlerini alanların yaptığı değerlendirmeler, verilen hizmet kalitesinin ölçülmesini sağlayıp, eksikliklerin giderilmesine ve şartların iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmamıza katılan hastaların, aile hekimliğinde hipertansiyon tanısı alma oranı %6,5 iken HT tedavisi başlanma oranı ise %5,7'ydi. Hastaların yaklaşık yarısı, tanı ve tedavi için dahiliye bölümüne başvurmuştu, ikinci sırada ise kardiyoloji branşı gelmekteydi. Ülkemizde daha önce yapılan ve bizimki ile benzer sonuçlara ulaşmış, 286 HT hastasının dahil edildiği bir araştırmada, hastaların %7,7'sinin tanısı aile hekimliğinde konmuştu, hastaların en sık tanı aldığı branş dahiliye, ikinci sırada ise kardiyoloji olarak tespit edilmiştir (61). Ülkemizdeki oranların aksine, İspanya'da birinci basamakta hipertansiyon yönetiminin değerlendirildiği bir çalışmada, HT hastalarının %97'si birinci basamakta tanı almıştır, bu oran Avrupa ortalamasının (%92,3) üstünde olarak tespit edilmiştir (62). Aynı çalışmada HT hastalarının %92,9'unun tedavisi birinci basamakta başlanmıştır (62).

Çalışmamızda kadınlar en sık olarak dahiliyede, erkekler ise kardiyolojide HT tanısı almıştır, aile hekimliğinde tanı alma durumu cinsiyetler açısından farklılık göstermiyordu. Dahiliyede tanı alanların eğitim seviyesi, kardiyolojiye oranla daha düşüktü. Bu durum cinsiyetler arasındaki eğitim seviyesi farklılığına bağlı oluşmuş olabilir. Dahiliyede tanı alan hastaların yaş ortalaması ve HT süresi kardiyoloji ve aile hekimliğine oranla anlamlı derecede yüksekti.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olarak, 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı resmi gazetede yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkındaki kanun ile aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce'de başlatılmıştır (63). 2011 yılında aile hekimliği uygulamasına ülke çapında geçilmiştir (63). Aile hekimliği sisteminin dahiliyeye oranla daha yeni bir sistem olması, uzun süreli HT hastalarının tanısında daha geri planda kalmasına neden olmuş olabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, HT süresi 1-8 yıl olanların %16,3'ü aile hekimliğinde tanı alırken, HT süresi 9-20 yıl olanların %1,5'i sağlık ocağında, 21 yıl ve üzeri tanı yılı olanların tamamı ikinci basamak sağlık kuruluşlarında HT tanısı almıştır (61). Bizim çalışmamızda da dahiliyede tanı alanların HT süresinin fazla olması, bu durumu destekler nitelikteydi.

Dünya Sağlık Örgütü, 2014 yılında Türkiye'deki bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili, "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi İçin Zorluklar ve Fırsatlar" başlıklı rapor değerlendirmesi yapmıştır. Bu

raporda kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet yönetimi için, ülkemizde aile hekimliğinin güçlendirilmesi gerektiği ancak aile hekimlerinin KVH, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet gibi hastalıkların tanısında ve takibinde halen tam olarak yer almadığı, bu hastalıklara yönelik taramaların etkin ve düzenli yapılamadığı, hastalıkların teşhisinin ikinci basamak doktorları tarafından konduğunu ve kronik vakaların yönetiminin de genellikle ikinci basamakta yapıldığı vurgulanmaktaydı (64). Ayrıca aile hekimlerinin, bu tür hastalarda klinik karar verme süreçlerini destekleyecek uygulama kılavuzları ve görsel araçlarının bulunmadığından ve aile hekimleri ile uzman doktorlar arasında sistemik bir koordinasyon ve bilgi aktarımı bulunmadığından bahsedilmektedir (64).

Aile hekimlerinin hipertansiyon tedavisine katılımını değerlendirdiğimizde, hastaların çok büyük bir bölümünün tedavisi aynen devam ettirilmişti, ikinci sıklıkta yapılan davranış ise sevk etmektir. İspanya’da 80 yaş üstü HT hastalarının birinci basamakta yönetiminin araştırıldığı 1540 kişinin katıldığı bir çalışmada; kontrolsüz kan basıncı olan hastaların %27,4’ü için tedavi modifikasyonu yapılmıştır, yapılan en sık değişiklik başka bir antihipertansif ajanın eklenmesiydi (65). Bizim çalışmamızda ise hastaların %3,6’sında tedaviye yeni bir ilaç eklenmişti. Tedaviye müdahale oranlarının düşük olması, kan basıncı ölçüm sıklığının az olmasıyla ilişkili olabilir. Yapılan ileri incelemede, kan basıncı hiç ölçülmeyen grupta aile hekiminin tedaviye müdahale oranı anlamlı derecede düşük olarak tespit edildi. Kan basıncı hiç ölçülmeyen grupta tedavinin aynen devam ettirilme oranı %90,6 iken, kan basıncı ölçümü yapılan grupta bu oran %75’dir. Aile hekimlerinin HT yönetimine katılımının sağlanmasında ilk basamağı, hastaların kan basınçlarının düzenli takip edilmesi oluşturmaktadır.

Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının; %33,6’sı çoğunlukla takibe giderken, %24,5’i nadiren, %4,9’u ise hiç takibe gitmiyordu. Hastaların eğitim durumu arttıkça, daha düzenli takibe gidiyorlardı ve erkeklerin takibe gitme oranı daha yüksekti. Bu durum erkeklerin eğitim durumunun daha yüksek olması ile alakalı olabilir. Kayseri’de HT hastalarında yapılan bir çalışmada; düzenli doktor kontrolü yaptıranların oranı %62,9 olup, bu oran çalışmamızın da desteklediği şekilde erkeklerde daha yüksekti (53).

Düzenli takibe gitme oranlarının en yüksek olduğu grup kardiyolojide takip edilen hastalar iken, dahiliyede takip edilenler ikinci sırada, aile hekimliğinde takip edilenler ise üçüncü sırada gelmekteydi. Aslında, ASM'lerin ulaşım açısından yakın olması ve maliyet olarak daha uygun olmaları sebebiyle, kontrol için aile hekimliğine başvuran HT hastalarının daha düzenli takibe gitmesini bekliyorduk. Ancak, branşların spesifitesi arttıkça, hastaların takibe gitme sıklığının artması hastalık ciddiyeti ile orantılı olabilir. Kardiyolojide takip edilen hastalarda, hipertansiyonun yanısıra eşlik eden kardiyak patolojilere bağlı olarak hastalık farkındalığı daha yüksek olabilir.

Yaş ortalaması düşük olan hastalar daha düzenli takibe gitme eğilimindeydiler ve çalışmamızdaki erkeklerin yaş ortalaması kadınlardan daha düşüktü. Çalışmamızda erkeklerin en sık takibe gittiği bölüm, kardiyoloji olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar ışığında kardiyolojide takip edilen erkeklerin daha düzenli kontrole gittiğini söyleyebiliriz.

Kronik hastalık yönetiminde birinci basamağın istenilen etkinlikte olmamasının bir sebebi de, toplumun aile hekimliği uygulaması hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması olabilir. Ülkemizde birinci basamakta yapılan bir çalışmada, katılımcıların %30,7'si aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığını söylemişlerdir (59). Delican ve ark. tarafından 5 farklı ilde yapılan, birinci basamak hastalarıyla gerçekleştirilen görüşmelerin kayıt altına alındığı bir çalışmada; katılımcılar aile hekimliklerinin daha ziyade ilaç yazdırma yeri olduğunu, muayene olmak için hastaneleri tercih ettiklerini anlatmışlardır (66). Katılımcıların büyük bir çoğunluğu daha çok küçük rahatsızlıklarda, mesela gribal enfeksiyonlarda ilk tercih olarak aile hekimlerine başvurumaktadırlar (66).

Hastaların HT için takibe gitmemelerinin en sık sebebi kan basınçlarını evde takip etmeleriydi, evde ölçme eğilimde olan hastaların yaşı daha büyüktü. EKBÖ, hastaların tedaviye katılımını sağladığından, hipertansiyon yönetiminde önemli bir faktördür. Çalışmamızda takibe gitmeyen hastaların evde KB ölçümü yapma sıklığı %75'di. Ülkemizde yapılan ve 2747 hipertansiyon hastasının dahil edildiği bir çalışmada, evde kan basıncı ölçüm cihazı bulundurma sıklığı %46,6'ydı (67). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların KB ölçüm cihazları incelenmiş ve

incelenen cihazların %59,3'ünün yanlış ölçüm yaptığı görülmüştür (68). Bu sebeple hastaların kendilerini yalnızca evde takip etmesi sakıncalı olabilir.

Hipertansiyon hastalarının takibe gitmemesinde bir diğer önemli faktör hastaların semptomatik olmamasıydı. Bu durum, hastaların kendileri için hedeflenen KB konusunda bilgilerinin eksik olabileceğini düşündürdü. ABD'de yapılan bir çalışmada, HT hastalarının kan basınçları ölçülmüş ve yaklaşık yarısının kontrol altında olduğu görülmüştür, daha sık takibe giden hastalarda, KB kontrolünün daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (56).

Hipertansiyonda tedavi ve kontrollerin düzenli olması hastalığın doğuracağı tehlikeli sonuç ve komplikasyonları engeller. Hipertansiyon ve onunla ilişkili kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde ilaç dışı tedavi ya da yaşam şekli değişiklikleri hastalığın seyrinde büyük öneme sahiptir (69).

HT takibi açısından aile hekimliğine başvurma oranı, aile hekimliğinde hipertansiyon tanı ve tedavi oranına göre daha yüksek bulundu. Ancak yine de HT takibinde en sık başvuru branş dahiliye, ikinci sırada ise kardiyolojiydi. Çetinkaya ve ark. tarafından yapılan bir birinci basamak çalışmasında, hastaların yaklaşık yarısının herhangi bir sağlık problemi yaşadığında ilk olarak aile hekimine gitmeyi tercih ettiği görülmüş. Bu tercihin en önemli sebepleri birinci sırada yakın olması, ikinci sırada ise güvenilir olması olarak belirlenmiştir (59).

Topluma aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilendirmenin daha yoğun bir şekilde yapılması, sistemle ilgili farkındalığın ve taleplerin artmasını sağlayacaktır. Bu sayede kişiler tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu hizmetlerden de yararlanmış olacaktır.

Barbados'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada DM ve HT hastalarının karşılaştığı engeller ve hastalıkları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları araştırılmış, çalışmanın sonunda, hastaların şikayetçi olduğu temel konular; personel davranışları, hizmetin kesintiye uğraması ve bütüncül değerlendirilmeme olarak tespit edilmiştir (70). Hasta-sağlık personeli etkileşimi, hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür. Hastaların önceden kullandıkları hastaneyi tekrar seçme eğilimlerini, hastanenin teknik şartlarının etkilemediği, aynı sağlık kurumunun tercih

edilmesinde en etkili faktörün, kurum personelinin tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir (71).

Araştırmamızda, hastaların büyük kısmı eğitim durumlarından bağımsız olarak, hipertansiyon tedavisinin aile hekimi tarafından yapılmadığını düşünüyorken, yaklaşık %30'luk kısmı aile hekimi tarafından yapıldığını düşünüyordu. Erkekler kadınlara oranla anlamlı düzeyde, HT tedavisinin aile hekimliğinde yapılmadığını düşünüyordu. Hastaların düşünceleri takibe gittikleri branşa göre farklılık gösteriyordu, takip için kardiyolojiye başvuranlar sıklıkla HT tedavisinin aile hekimliğinde yapılmadığını düşünüyorken, takibe aile hekimliğine gidenler HT tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünüyordu.

Katılımcıların büyük bir kısmı (%83,9) aile hekimi hipertansiyon tedavisi yapsa bile başka bir uzmana muayene olmak gerektiğini düşünüyorlardı. Bu durum ülkemizde sevk zincirinin yeterince uygulanmamasına bağlı olarak oluşmuş olabilir. Ayrıca bu durumun başka bir sebebi de aile hekiminin bilgi ve donanımına yeterince güvenmeme olabilir, katılımcıların %41'i aile hekimini bu konuda yeterli bulmuyordu. Delican ve ark. yaptığı bir çalışmada katılımcılar, aile hekimlerinin mesleki bilgilerine güvenmediklerini söyleyip, ciddi bir hastalıkları olduğunu düşündüklerinde direkt bir uzmana görünmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir (66).

ASM'lere başvurunun önündeki bir diğer engel ise teknik donanım ve şartlar konusundaki endişeler olabilir. Hastaların %38,8'i ASM şartlarını yeterli bulmuyordu. Delican ve ark. yaptığı bir çalışmada, çalışmamızın da desteklediği şekilde katılımcılar teknik açıdan ASM şartlarını yeterli bulmuyordu, malzemeler ve aletler eksik olduğu için gerekli tetkiklerin yapılamadığını, aile planlaması hizmetlerini alamadıklarını söylemişlerdir (66).

Çalışmamızdaki hastaların büyük bir kısmı (%76) aile sağlığı merkezine gittiklerinde uzun süre bekleme gereklemediğini ifade ettiler. Baltacı ve ark. yaptığı çalışmada, ASM'de harcadığınız zaman sorusuna hastaların %73'ü çok iyi/iyi yanıtını vermiştir (57). Tefvik ve ark. yaptığı çalışmada ise katılımcıların daha az bir kısmı (%33'ü) bekleme süresini az olarak değerlendirmiştir (55). Sonuç olarak çalışmamız, uzun bekleme sürelerinin hastaların ASM'ye başvurusunda bir engel oluşturmadığını desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak alt yapısının sağlam kurulduğu, insan gücünün ve diğer kaynakların dengeli dağıldığı ülkelerde, sağlık sorunları daha çabuk ve kolay çözümlenmektedir. Günümüzde hem halkın birinci basamak konusunda daha bilinçli olması, hem de artan aile hekimliği uzmanları sayesinde kronik hastalık yönetiminde aile hekimliğinin etkinliğinin artacağı görüşündeyiz. Bu açıdan; aile hekimliğinde en sık karşılaşılan kronik hastalık olan hipertansiyonun yönetiminde, birinci basamağın etkinliğini değerlendirmeyi amaçladığımız bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar şöyledir:

- Hastaların aile hekimlerinden genel memnuniyet oranları yüksek iken, HT konusunda bilgilendirilme oranları düşüktü. Kadınlar erkeklere göre daha olumsuz yanıtlar verdiler ve eğitim düzeyi arttıkça hastaların bilgilendirilme oranlarının arttığı görüldü. Bu bağlamda aile hekimlerinin kronik hastalıklar konusunda gerekli danışmanlığı vermesi önemlidir.
- Hastaların aile hekimliğine başvurdıklarında kan basıncı ölçüm durumu, eğitim seviyesi arttıkça azalmaktaydı. Ayrıca yaş ortalaması ve HT süresi arttıkça, daha düzenli KB ölçümü yaptırdıkları görüldü. Genç hastalar, kısa süreli HT hastaları ve eğitim seviyesi yüksek kişilerde HT farkındalığının artırılması, aile hekimlerinin hastalarını düzenli ölçümlerle takip etmesi önemlidir.
- Çalışmamız sonucunda hipertansiyon tanı, tedavi ve takibinde aile hekimliğinin istenilen etkinlikte olmadığı görülmüştür. Hastaların hipertansiyon yönetiminde en sık başvurduğu bölüm dahiliye iken sonrasında kardiyoloji gelmekteydi. Dahiliyede tanı alan hastaların yaş ortalaması ve HT süresi kardiyoloji ve aile hekimliğine oranla yüksekti. Erkeklerin, eğitim durumu yüksek kişilerin ve kardiyolojide takip edilen hastaların düzenli kontrole gitme oranı anlamlı derecede fazlaydı.
- Aile hekimlerinin hipertansiyon tedavisine katılımını değerlendirdiğimizde, hastaların çok büyük bir bölümünün tedavisi aynen devam ettirilmişti. Kan

basıncı hiç ölçülmeyen grupta aile hekimlerinin tedaviye müdahale oranı daha düşüktü.

- Hastaların HT için takibe gitmemelerinin en sık sebebi kan basınçlarını evde takip etmeleri idi, sonrasında ise hastalığa bağlı semptomlarının olmaması geliyordu.
- Araştırmamız sonucunda; eğitim durumlarından bağımsız olarak hastaların büyük kısmının, hipertansiyon tedavisinin aile hekimi tarafından yapılmadığını düşündüklerini, bu konuda aile hekimlerine yeterince güvenmediklerini ve başka bir uzmana gitme gerekliliği duyduklarını tespit ettik.

Aile hekimliğinde hipertansiyonun daha etkin yönetilebilmesi için, aile hekimlerinin uzmanlık eğitiminde yeterli donanımı kazanmasının yanında, destekleyici eğitim ve kurslar faydalı olacaktır. Ayrıca toplumun aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgisi yeterli olmayabilir. Bu konuda halkın bilinçlendirilmesi ve birinci basamak kullanımının teşvik edilmesi oldukça önemlidir.



7.KAYNAKLAR

1. Langan R, Jones K, Luke S, Residency M. Common Questions About the Initial. Am Fam Physician. 2015;91(3):172–7.
2. Laffin LJ, Bakris GL. Hypertension and new treatment approaches targeting the sympathetic nervous system. Curr Opin Pharmacol. 2014;21:20–4.
3. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D’Agostino RB, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. J Am Med Assoc. 2002;287(8):1003–10.
4. Guilbert JJ. The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Educ Heal. 2003;16(2):230–230.
5. Ezzati M. EZZATI, Majid, et al. Selected major risk factors and

global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002;360(9343):1347–60.

6. Hyman D, Medicine VP-A of internal, 2000 U. hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med*. 2000;160:2281–6.
7. ERYILMAZ U, AKGÜLLÜ Ç. Aile Hekimliği Uygulamasında Hipertansiyon Tanı Süreci ve Yönetim. *J turkish Fam physician*. 2012;3(2):14–8.
8. Adhikari K. Association between Primary Health Care Access and Acute Care Utilization for Hypertension: A Systematic Review. *Prim Heal Care*. 2019;9:1.
9. Doubova S, ... RP-C-S publica, 2009 U. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2009;51:231–9.
10. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial hypertension-diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(33–34):557–8.
11. Ioannidis JPA. Diagnosis and treatment of hypertension in the 2017 ACC/AHA guidelines and in the real world. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;319(2):115–6.
12. Johnson KC, Whelton PK, Cushman WC, Cutler JA, Evans GW, Snyder JK, et al. Blood pressure measurement in SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial). *Hypertension*. 2018;71(5):848–57.
13. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000. *J Am Med Assoc*. 2003 Jul 9;290(2):199–206.
14. Dastan I, Erem A, Cetinkaya V. Awareness, treatment, control of hypertension, and associated factors: Results from a Turkish national study. *Clin Exp Hypertens*. 2018;40(1):90–8.
15. Cifu AS, Davis AM. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2017;318(21):2132–4.
16. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension

- in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2013 Sep 4;310(9):959–68.
17. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005 Jan 15;365(9455):217–23.
 18. South-paul JE, Matheny SC, Pisacano NJ, Lewis EL, Associate A. *CURRENT Diagnosis & Treatment : Family Medicine.* 2015. 369–380 p.
 19. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar O, Yıldırım B, Erer B, Ceyhan K, Eryonucu B S V. Prevalence of Coronary Mortality and Morbidity in the Turkish Adult Risk Factor Study: 10-year Follow-up Suggests Coronary “Epidemic.” *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2001;29(1):8–19.
 20. Yurekli AA, Bilir N, Husain MJ. Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015-2030. *PLoS One.* 2019;14(9):2015–30.
 21. Wolf-Maier K, Cooper R, Banegas J, Jama SG-, 2003 U. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA.* 2003;289(18):2363–9.
 22. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens.* 2005;23(10):1817–23.
 23. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens.* 2016;34(6):1208–17.
 24. Guidelines ESHH. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2019;72(2):160.
 25. Carey RM, Whelton PK, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Ann Intern Med.* 2018;168(5):351–8.

26. J Bolívar J. Essential Hypertension: An Approach to Its Etiology and Neurogenic Pathophysiology. *Int J Hypertens*. 2013;2013:547809.
27. Messerli FH, Williams B, Ritz E. Essential hypertension. *Lancet*. 2007;370(9587):591–603.
28. Mullins LJ, Bailey MA, Mullins JJ. Hypertension, kidney, and transgenics: A fresh perspective. Vol. 86, *Physiological Reviews*. 2006. p. 709–46.
29. Ferrier C, Cox H, Science ME-C, 1993 U. Elevated total body noradrenaline spillover in normotensive members of hypertensive families. *Clin Sci*. 1993;84(2):225–30.
30. Noll G, Wenzel RR, Schneider M, Oesch V, Binggeli C, Shaw S, et al. Increased activation of sympathetic nervous system and endothelin by mental stress in normotensive offspring of hypertensive parents. *Circulation*. 1996 Mar 1;93(5):866–9.
31. DiBona GF, Esler M. Translational medicine: The antihypertensive effect of renal denervation. Vol. 298, *American Journal of Physiology - Regulatory Integrative and Comparative Physiology*. 2010. p. R245–53.
32. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: When, who, and how to screen? *Eur Heart J*. 2014;35(19):1245–54.
33. Pedrosa RP, Drager LF, Gonzaga CC, Sousa MG, De Paula LKG, Amaro ACS, et al. Obstructive sleep apnea: The most common secondary cause of hypertension associated with resistant hypertension. *Hypertension*. 2011;58(5):811–7.
34. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman D, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for high blood pressure in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;163(10):778–86.
35. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*. 2018;34(5):506–25.
36. Borhani NO, Applegate WB, Cutler JA, Davis BR, Furberg CD,

- Lakatos E, et al. Part 1: Rationale and Design. Hypertension. 1991;17(3_supplement):II2.
37. Myers MG, Asmar R, Staessen JA. Office blood pressure measurement in the 21st century. J Clin Hypertens. 2018;20(7):1104–7.
 38. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu [Internet]. 2000 [cited 2021 May 6]. Available from: <https://tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>
 39. Metoki H. Ambulatory Blood Pressure Measurement and Home Blood Pressure Measurement. In: Preeclampsia. Singapore: Springer; 2018. p. 199–208.
 40. Flack JM, Adekola B. Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. Trends Cardiovasc Med. 2020;30(3):160–4.
 41. Chen Y, Zhang D-Y, Li Y, Wang J-G. The Role of Out-of-Clinic Blood Pressure Measurements in Preventing Hypertension. Curr Hypertens Rep. 2018;20(10):1–5.
 42. Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, et al. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği - Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2019. 82 p.
 43. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, et al. Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients. 2017;9(9):1–10.
 44. Stamler R. Implications of the INTERSALT study. Hypertension. 1991;17(1):I16.
 45. Cutler JA, Follmann D AP. Randomized trials of sodium reduction: an overview. Am J Clin Nutr. 1997;65(2):643S–51S.
 46. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. N Engl J Med. 1997 Apr 17;336(16):1117–24.
 47. Aydogdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abaci A, et al. 2019 Turkish hypertension consensus report. Turk Kardiyol Dern Ars. 2019;47(6):535–46.
 48. Groppelli A, Omboni S, ... GP-J of hypertension, 1990 U. Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and

- after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition. *J Hypertens*. 1990;8(5):S35-40.
49. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994 Oct 8;309(6959):901.
 50. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: A clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(6):430–7.
 51. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenh ger WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet*. 1997 Sep 13;350(9080):757–64.
 52. Aydogdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici  , Abaci A, et al. 2019 Turkish hypertension consensus report. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2019;47(6):535–46.
 53. Arslanta  EE, Sevin  N,  etinkaya F, Günay O, Aykut M, Toplum ZM, et al. Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları Attitudes and practices of hypertensive patients on hypertension. *Ege J Med*. 2019;58(4):319–29.
 54.  ensoy Nazlı, Başak Okay, Gemalmaz Ayfer. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimi Ne  l  de Kar ılıyor? *Kocatepe Tıp Derg*. 2009;10:49–56.
 55. Tevfik S, Dabak  ennur, Canbaz Sevgi. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *OM  Tıp Derg*. 2003;20(3):135–9.
 56. Ornstein SM, Nietert PJ, Dickerson LM. Hypertension Management and Control in Primary Care: A Study of 20 Practices in 14 States. *Pharmacotherapy*. 2004;24(4):500–7.
 57. D. Baltacı. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi; Pilot  alı ma. *Konuralp Tıp Derg*. 2011;3(2):9–15.
 58. Kılıç Mahmut. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına

- Başvuranlarda Hipertansiyon Prevalansı, Farkındalığı, Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull [Internet]. 2013 [cited 2021 May 31];12(1):79–86. Available from: www.korhek.org
59. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. TAF Prev Med Bull. 2013;12(4):417–24.
60. S M, Kosdak M, Sanisoğlu Y. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti” R. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı [Internet]. Akdağ R, editor. Ankara: Opus Basın Yayın; 2010 [cited 2021 Jun 3]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Mollahaliloğlu+S%2C+Kosdak+M%2C+Sanisoğlu+Y%2C+Boz+D%2C+Demirok+AB.+“Birinci+Basamak+Sağlık+Hizmetlerinde+Hasta+Memnuniyeti”&btnG=
61. Altuntas Mehmet. Arteriyel Hipertansiyon Tanısında Hasta Eğitim Düzeyi ve Aile Hekimliği Uygulamasının Rolü. Selcuk Med J. 2019;35(1):31–6.
62. Piedra SC, S garcia perez. Patients with Hypertension in Primary Care in Spain: Management, Self-Perception and Satisfaction. Value Heal [Internet]. 2013 [cited 2021 May 14];16:A323–636. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S1098301513032324>
63. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında Kanun. Kabul Tarihi 24.11.2004 Resmi Gazete Sayı:25665 Cilt:44. 2004.
64. Jakab Mellita, Hawkins Loraine LB. Better noncommunicable disease outcomes challenges and opportunities for health systems, Turkey Country Assessment. 2014.
65. Rodriguez-Roca GC, Llisterri JL, Prieto-Diaz MA, Alonso-Moreno FJ, Escobar-Cervantes C, Pallares-Carratala V, et al. Blood pressure control and management of very elderly patients with hypertension in primary care settings in Spain. Hypertens Res. 2014 Feb;37(2):166–71.
66. Delican O, Yılmaz E. Families satisfaction and getting services from family medicine. J Turkish Fam Physician. 2019;10(1):18–34.
67. Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Erturk S, Caglar S, Hasanoglu E, et

- al. Use of home sphygmomanometers in Turkey: a nation-wide survey. *Hypertens Res.* 2012;35:356–61.
68. Dilek M, Adibelli Z, Aydogdu T, Koksall AR, Cakar B, Akpolat T. Self-measurement of blood pressure at home: Is it reliable? *Blood Press.* 2008;17(1):34–41.
69. Bilir D, Çöl M KD. Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı/Hipertansiyon. Ankara: Onur Matbaacılık Ltd. Şti; 2003. 21–35 p.
70. Peter Adams O, Carter AO. Knowledge, attitudes, practices, and barriers reported by patients receiving diabetes and hypertension primary health care in Barbados: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2011;12(1):1–7.
71. Kavuncubaşı Şahin, Selami Y. HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ. Ankara: Siyasal Kitapevi; 2000. 291–304 p.
72. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara; 2004.
73. Dağıstan A, Gözüm S. Determination and management of cardiovascular disease risk on primary health care centers. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(6):575–82.

8.EKLER

Ek-1. Aile Hekimliğinde Hipertansiyon Yönetimine Hasta Bakışını Değerlendirme Anketi

Sosyodemografik Özellikler

1) Yaşınız ?	2) Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek				
3) Medeni durumunuz? a) Bekar b) Evli c) Dul	4) Eğitim durumunuz? a) Okuma yazma bilmiyor b) Okur yazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite ve üzeri				
5) Mesleğiniz? a) Ev hanımı b) Kamu sektörü c) Özel sektör d) Emekli e) Serbest meslek	6) Gelir düzeyiniz?				
7) Kaç yıldır hipertansiyon hastası/sınız?					
	Her zaman	Sıklıkla	Ara sıra	Nadiren	Asla
8) Aile hekiminize başvurduğunuzda tansiyonunuz ölçülüyor mu?					
9) Aile hekiminizin size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?					
10) Aile hekiminize yönelttiğiniz sorulara tatmin edici cevaplar alabiliyor musunuz?					
11) Aile hekiminiz hipertansiyon hastalığınızla ilgili bilgilendirme yapıp, önerilerde bulunuyor mu?					
12) Hipertansiyon için ilaç kullanıyorsanız, aile hekiminiz ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili bilgilendirme yapar mı?					

13) Hangi hekim tarafından hipertansiyon tanısı aldınız?

- a) Aile hekimim
- b) Dahiliye doktoru
- c) Kardiyolog
- d) Nefrolog
- e) Diğer
- f) Hatırlamıyorum

14) Hipertansiyon için ilaç kullanıyorsanız, tedaviniz hangi hekim tarafından başlandı?

- a) Aile hekimim
- b) Dahiliye doktoru
- c) Kardiyolog
- d) Nefrolog
- e) Diğer
- f) Hatırlamıyorum

15) Aile hekiminiz mevcut hipertansiyon tedavinizde bir değişiklik yaptı mı?

- a) Yeni bir ilaç daha ekledi
- b) Kullandığım ilaçta değişiklik yaptı
- c) Kullandığım ilacı bırakmamı istedi
- d) Mevcut tedavime devam etmemi istedi
- e) Tedavimde değişiklik yapılması için beni sevk etti

16) Hipertansiyon hastalığınız için düzenli takibe gider misiniz?

- a) Her zaman
- b) Sıklıkla
- c) Ara sıra
- d) Nadiren
- e) Asla

17) Hipertansiyon hastalığınız için takibe gitmiyorsanız sebebi nedir? (birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Hipertansiyonun takip edilmesi gereken bir hastalık olduğunu bilmiyordum.
- b) Aile hekimim takip ettirmem gerektiğini söylemedi.
- c) Başvurduğum diğer doktorlar takip ettirmem gerektiğini söylemedi.
- d) Tansiyonumu kendim evde ölçerek takip ediyorum.
- e) Tansiyon yüksekliği bende herhangi bir sıkıntı yaratmıyor

18) Hipertansiyon hastalığınız kontrolünü ve takibini yaptırıyorsanız, hangi hekime gidiyorsunuz?

- a) Aile hekimim
- b) Dahiliye doktoru
- c) Kardiyolog
- d) Nefrolog
- e) Diğer

Aşağıdaki sorulara uygun yanıtları veriniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19)Hipertansiyon tedavisinin aile hekimi tarafından yapıldığını düşünmüyorum.					
20)Aile hekimim, hipertansiyon hastalığının kontrolü ve takibinde kendisine başvurabileceğimi söylemedi.					
21)Aile hekimim yalnızca raporlanmış hipertansiyon ilaçlarımı reçete edebilir.					
22)Aile hekimi hipertansiyon tedavisi yapsa bile başka bir uzmana (dahiliye uzmanı, kardiyolog, nefrolog) muayene olmak gerekir.					
23)Aile hekimimin bu konudaki bilgi ve donanımının yeterli olduğunu düşünmüyorum.					
24)Aile hekimim hipertansiyon tedavim için beni başka bir bölüme yönlendirdi					
25)Aile sağlığı Merkezinin teknik donanım ve şartlarını yeterli bulmuyorum.					
26)Aile sağlığı merkezine gittiğimde muayene olmak için uzun süre beklemem gerekiyor.					