

# Aile hekimlerinin hipertansif hastalara yaklaşımı: e-posta grubu üzerinden tanımlayıcı bir araştırma

## The approach of family physicians to hypertensive patients: a descriptive study through an e-mail group

İDinçer Atıla<sup>1</sup>, İYasemin Kılıç Öztürk<sup>2</sup>, İMurat Pala<sup>3</sup>, İİstemihan Tengiz<sup>4</sup>, İErtuğrul Ercan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Menemen 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Menemen, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup>24 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Buca, İzmir, Türkiye

<sup>4</sup>Medical Park İzmir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Cite this article as/Bu makaleye atıf için: Atıla D, Kılıç Öztürk Y, Pala M, Tengiz İ, Ercan E. Aile hekimlerinin hipertansif hastalara yaklaşımı: e-posta grubu üzerinden tanımlayıcı bir araştırma. Anatolian Curr Med J 2020; 2(4); 105-111.

### ÖZ

**Amaç:** Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzün başlıca kronik hastalıklarını oluşturmaktadır. Ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda Türkiye'de hipertansiyon yaygınlığının %30 olduğu bildirilmiştir. Bu araştırma aile hekimlerinin hipertansif hastalara yaklaşımlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, 25.11.2018 ile 25.12.2018 tarihleri arasında aile hekimliği uzman ve uzmanlık eğitimi gören kişilerin üye olduğu elektronik haberleşme grubu aracılığıyla 1560 üyeden 148'ine ulaşılarak (%9,5) internet ortamında gerçekleştirilmiştir. Yapılan post hoc örneklem analizinde 1560 kişilik sayısı bilinen bir toplum için %56,9'uk bir beklenen frekans %95 güven aralığında 0,08'lik bir hata marjı ile saptayabilmek için 136 kişilik bir örneklemin gerektiği hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Verileri analiz edilen 148 kişinin 88'i (%59,5) erkek, 60'ı (%40,5) kadındı. Yaş ortalaması 50,51±7,62 (en küçük 32, en büyük 66) idi. Araştırmaya katılan hekimlerin %91'i (n=135) 10 yıldan fazla, %6'sı (n=9) 5-10 yıl arası ve %3'ü (n=4) de 5 yıldan az süredir aile hekimliği yapmaktaydı. Anketeye katılan aile hekimlerinin %81,5'i (n=121) 3000'den fazla kayıtlı nüfusa hizmet vermekteydi. Hekimlerin %71,9'unda (n=106) günlük ortalama muayene sayısı 30-69 arasındaydı. Rutin kan basıncı kontrolü yapan hekim oranı %56,9 (n=84), rutin kan basıncı kontrolü yapmayan hekim oranı ise %9 (n=14) idi.

**Sonuç:** Hipertansiyon konusunda aile hekimlerinin donanımının artırılması ve hipertansiyonun tedavi ve takibine aktif olarak dâhil edilmeleri faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimi, hipertansiyon, yaklaşım

### ABSTRACT

**Aim:** Cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases, and diabetes constitute today's main chronic diseases. In studies conducted at the national level prevalence of hypertension was reported to be 30% in Turkey. This research aims to reveal the approaches of family physicians to hypertensive patients.

**Material and Method:** This cross-sectional and descriptive study was carried out on between the internet by reaching 148 of the 1560 members (9.5%) in an e-mail group where specialists and specialist training people were members of between 25.11.2018 and 25.12.2018. In the post hoc sample analysis, it was calculated that a sample of 136 people was required to determine an expected frequency of 56.9% (n=84) with a margin of error of 0.08 in a 95% confidence interval for a society with a known number of 1560 people.

**Results:** Of the 148 individuals whose data were analyzed, 88 (59.5%) were male and 60 (40.5%) were female. The mean age was 50.51±7.62 (minimum 32, largest 66). The duration of practice as family physicians was more than 10 years in 91% (n=135), 5-10 years in 6% (n=9), and 5 years or less in 3% (n=4) of the participants. Of the family physicians surveyed, 81.5% (n=121) had more than 3000 registered persons. In 71.9% (n=106) of the physicians, the average number of daily examinations was 30-69. The rate of physicians performing routine blood pressure control was 56.9% (n=84), and the rate of physicians who did not control routine blood pressure was 9% (n=14).

**Conclusion:** It will be beneficial to increase the equipment of family physicians about hypertension and to actively engage in the treatment and follow-up of hypertension.

**Keywords:** Family physician, hypertension, approach

**Corresponding Author / Sorumlu Yazar:** Dinçer Atıla, Menemen 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Kasımpaşa Mah. Atatürk Cad. Menemen, İzmir, Türkiye

**E-mail / E-posta:** dinceratila35@hotmail.com

**Received / Geliş:** 10.05.2020 **Accepted / Kabul:** 19.08.2020



## GİRİŞ

Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan hastalıkları oluşturmaktadır (1). Mortalite ve morbidite verileri bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmekte olan ülkelerde artış eğiliminde olduğunu göstermektedir. Türkiye’de kalp hastalıkları 1989’da %40, 1993’de %45, 2009’da %40 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (1,2). Diğer taraftan, bütün poliklinik başvurularının %72’sinin kronik bir hastalık nedeniyle yapıldığı bildirilmiştir (3). Ülkemizde, 5 ay boyunca aile hekimliği polikliniğine ilk kez başvuranların kaydedildiği bir araştırmada bu kişilerin %67,4’ünün kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır (4).

Hipertansiyon (HT) çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olup mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir. Ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda Türkiye’de Hipertansiyon yaygınlığı 1991 yılında %33,7, 2002 yılında %28,9, 2003 yılında %31,8, 2010 yılında %31,3, 2012 yılında ise %30,3 olarak saptanmıştır (5-9). Aile hekimleri ile iş birliği halinde yürütülen “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı” çalışmasında ise Türkiye’de hipertansiyon prevalansı %24 olarak saptanmıştır (10).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde daha çok kronik hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar yürütülürken gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetleri ise kronik hastalıklardan çok, akut enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele etmek için yapılandırılmışlardır (11). Kronik hastalıklar, kişiye ve topluma ekonomik ve sosyal yükü fazla olan hastalıklar olduğundan bu hastalıkların kontrolüne yönelik sağlık politikalarına ve etkin girişimlere gereksinim vardır. Ülkemiz yaşlanmakta olan nüfusu ve değişmekte olan yaşam şekli nedeniyle kronik hastalıklarla mücadeleye hazırlıklı olmalıdır (12). Bu açıdan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli etkinlikte olması büyük önem arz etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilme durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek daha akılcı sağlık politikaları geliştirmeye katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada hipertansiyonun birinci basamakta tanı, tedavi ve izlemi için program oluşturulması ve aile hekimlerinin birinci basamak sağlık kurumlarında antihipertansif ilaç başlamalarına ilişkin yaklaşımları amaçlamıştır.

Hipertansiyonla etkin mücadele birinci, ikinci ve üçüncü basamakta koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler açısından ortak bir yaklaşım ve eşgüdüm gerektirir. Bu araştırma aile hekimlerinin hipertansif hastalara yaklaşımlarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırma Tasarımı

Bu çalışma, üniversite/yerel insan araştırmaları etik kurulu tarafından onaylanmış ve insan katılımcıları içeren çalışmalarda gerçekleştirilen tüm prosedürler, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına, 1964 Helsinki Bildirgesi ve daha sonra yapılan değişikliklere veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun olarak yapılmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel nitelikte planlanmıştır. Çalışma raporlaması STROBE rehberine göre yapılmıştır (13). Bu araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden 22.11.2018 tarih ve 2018/14-14 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

### Ortam

Bu araştırma Hipertansiyonla Mücadele Derneği ve İzmir Aile Hekimleri Derneği iş birliği çerçevesinde 25.11.2018 ile 25.12.2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirildiği Aile Hekimliği uzmanı ve uzmanlık eğitimi gören kişilerle haberleşme platformu 21 Kasım 1998 tarihinde kurulmuş olup araştırma tarihinde 1560 üyesi bulunmaktaydı.

### Katılımcılar

Araştırmanın yapıldığı tarihte 3000 civarında aile hekimliği uzmanı ve 1000 civarında aile hekimliği uzmanlığı eğitimi gören kişi mevcuttu (14). Bunlardan 1560’ı (yaklaşık %39) e-mail haberleşme grubuna üyeydi. Gruba gönderilen bir mesajla grup üyeleri araştırmaya katılmaya davet edildi. Toplam 148 kişi (%9,5) çalışmaya katılmayı kabul etti.

### Örneklem Hesabı

Yapılan post hoc örneklem analizinde 1560 kişilik sayısı bilinen bir toplum için %56,9’uk bir beklenen frekansı %95 güven aralığında 0,08’lik bir hata marjı ile saptayabilmek için 136 kişilik bir örneklemin gerektiği hesaplanmıştır (15).

### Değişkenler

Hazırlanan veri toplama formu Google formları aracılığıyla (<https://docs.google.com/forms/>) katılımcılara ulaştırılmıştır. Yirmi iki sorudan oluşan anket online olarak doldurulmuştur. Araştırmanın ana sonuç ölçütü hizmet alanların kan basınçlarının rutin olarak ölçülme durumudur. Ayrıca birinci basamakta hipertansiyona yönelik tanı, değerlendirme, ilaç başlama ve takip yaklaşımları hakkında sorular sorulmuştur.

### Hata Önleme

Veri güvenliğini sağlamak için katılımcıların kimlik bilgilerinin alınmayacağı ve verilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı belirtilmiştir. Aynı bilgisayardan ikinci bir giriş kabul edilmemiştir.

## İstatistiksel Yöntemler

Veriler Microsoft Excel programına girilerek analiz edilmiş ve sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Herhangi bir önemlilik testi uygulanmamıştır.

## BULGULAR

Verileri analiz edilen 148 kişinin 88'i (%59,5) erkek, 60'ı (%40,5) kadındı. Yaş ortalaması  $50,51 \pm 7,62$  (en küçük 32, en büyük 66) idi. Araştırmaya katılan hekimlerin %91'i (n=135) 10 yıldan fazla, %6'sı (n=9) 5-10 yıl arası ve %3'ü de (n=4) 5 yıldan az süredir aile hekimliği yapmaktaydı.

Ankete katılan aile hekimlerinin %81,5'i (n=121) 3000'den fazla kayıtlı nüfusa hizmet vermekteydi. Hekimlerin %71,9'unda (n=106) günlük ortalama muayene sayısı 30-69 arasındaydı. Rutin kan basıncı kontrolü yapan hekim oranı %56,9 (n=84), rutin kan basıncı kontrolü yapmayan hekim oranı ise %9 (n=14) idi.

Hekimlerin %50'si (n=74) hizmet verdikleri nüfustaki hipertansif hasta oranını %10-20 arasında olduğunu, %53'ü ise (n=78) hipertansif hastaların %75'den fazlasının ilaç kullandığını belirtmiştir. Hastaların %50'sinden fazlasının antihipertansif ilaç kullandığını söyleyen hekim oranı %86 (n=127) bulunmuştur. Diğer taraftan, katılımcıların %45'i (n=67) hastalarının %50-70 oranında kan basınçlarının kontrol altında olduğunu belirtmiştir (**Grafik**).



**Grafik.** Hekimlerin hastalarının kan basıncı kontrolleri hakkındaki görüşlerinin dağılımı

Hekimlerin çoğunluğu (%81,5; n=121) tansiyon tanısında uzun süreli ölçümlere güvenmektedir. Ancak hekimlerin sadece üçte biri evde kan basıncı takiplerini uyguladığını belirtmiştir. Yeni tanı hastalarda, hekimlerin yarısından fazlası ilaç tedavisinde acele etmemekte, YTD ile kontrol sağlanamaz ise tedaviye başlamakta veya ilgili uzmana sevk etmektedir. Hekimlerin %37'si yeni tanıli hastalarda YTD ile birlikte

ilaç başlamayı tercih etmektedir. KB regülasyonu sağlanamaması durumunda hekimlerin yarısı tedaviye aktif katılmakta; diğer yarısı ise yaşam tarzı değişikliği ile veya ilgili uzmana sevk ederek kontrol sağlamayı seçmektedir.

Hastaların yarısına ilaç tedavisi bizzat aile hekimleri tarafından başlanırken; diğer yarısına başka bir hekim tarafından başlanmaktadır.

Hekimlerin büyük çoğunluğu (%88; n=130) hipertansiyon tedavisine güncel kılavuzların önerisi doğrultusunda başladıklarını ifade etmiştir.

Hekimlerin %70'i risk (n=104) grubundan etkilenmeden ilaç tedavisine başlamakta; ancak %30'luk (n=44) kısmı özellikle yüksek risk grubunda ilaç tedavisine başlamakta ise ilgili uzmana sevk ettiğini belirtmiştir.

Hekimlerin %60'ı (n=89) ilaç tedavisine monoterapi ile başlamaktadır. Doğrudan kombinasyon başlanma oranı sadece %14,5 (n=21) bulunmuştu. Monoterapide en çok tercih edilen ilaç grubu bariz şekilde anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleridir. Bu grubu kalsiyum kanal blokerleri (KKB) takip etmektedir. İlaç gruplarına göre belirtilen en sık çekinceler, ACE inhibitörleri için öksürük, KKB'leri için pretibial ödem, beta blokerler için bradikardi, diüretikler için ise hipopotasemi olarak saptanmıştır.

Kombinasyon tercihlerinin yarısından fazlasını ACE inh.+Diüretik, yaklaşık üçte birini ise RAAS inh.+KKB oluşturmaktadır.

En sık tercih edilen ilaç sınıfı, genç ve ileri yaş gruplarının her ikisinde de RAAS inhibitörleri olarak saptanmıştır. Genç yaş hastalarda BB tercihi %22 (n=33) iken; ileri yaş hastalarda KKB tercihi %21,5 (n=32) bulunmuştur.

Hekimlerin %86'sı (n=127), hipertansiyon ile en etkili mücadelenin birinci basamak sağlık kurumlarında yapılabileceğini belirtmiştir.

Hekimlerin %69'u (n=102) hipertansiyon takibinin birinci basamak sağlık kurumlarında performans sistemine dahil edilmesiyle farkındalık, ilaç alma ve kontrol sağlanma oranlarında düzelme olacağını belirtmekle birlikte, %22 (n=33) oranında malpraktis davalarının artacağı düşüncesi görülmektedir.

Birinci basamak sağlık kurumlarında hipertansiyon takibinin yeteri kadar yapılamamasının en önemli sebebi %44 (n=65) oranında yasal düzenlemelerin yapılmaması olarak belirtilmiştir. Hekimlerin %26'sı (n=39) iş yoğunluğu nedeniyle, %23'ü (n=34) de risk almak istemediklerinden dolayı hipertansiyon takiplerini yapamadıklarını belirtmişlerdir (**Tablo**).

<b>Tablo. Katılımcıların hipertansiyon tanı ve tedavi yaklaşımlarıyla ilgili verdikleri yanıtların dağılımı</b>		
<b>Soru</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Katılımcıların kan basıncı regülasyonu sağlanamaması durumundaki tutumları</b>		
Yaşam tarzı değişikliği ile kontrol altına almaya çalışıyorum	39	26,3
Tedavisini değiştirebilir veya ilaç dozlarını artırabilirim	75	50,7
Varsa takip eden doktoruna veya hipertansiyon ile ilgili uzmana sevk ediyorum	34	23,0
<b>Katılımcıların yeni tanı konmuş olgulardaki tutumlarının dağılımı</b>		
Yaşam tarzı değişikliği ile kontrol altına almaya çalışıyorum. Bu yetmez ise ilaç tedavisi başlıyorum.	73	49,3
Yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte genellikle hemen ilaç tedavisine başlıyorum.	54	36,5
Yaşam tarzı değişikliği önerip hipertansiyon ile ilgili uzmana sevk ediyorum.	21	14,2
<b>Katılımcıların yeni tanı konmuş hipertansiyon olgularındaki tutumlarının dağılımı</b>		
Yaşam tarzı değişikliği ile kontrol altına almaya çalışıyorum. Bu yetmez ise ilaç tedavisi başlıyorum.	73	49,3
Yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte genellikle hemen ilaç tedavisine başlıyorum.	54	36,5
Yaşam tarzı değişikliği önerip hipertansiyon ile ilgili uzmana sevk ediyorum.	21	14,2
<b>Katılımcıların hipertansiyonda ilaç başlama tutumlarının dağılımı</b>		
<%25	45	30,4
%25-50	30	20,3
%50-75	19	12,8
>%75	54	36,5
<b>Katılımcıların hipertansiyonda ilaç başlama kriterlerinin dağılımı</b>		
Düşük risk grubundaki hastalarda rahatlıkla ilaç tedavisine başlıyorum	34	23,0
Yüksek risk grubu hastalarında ilaç tedavisinden kaçınıyorum, genelde uzmana sevk ediyorum.	44	29,7
Hem düşük, hem de yüksek risk grubunda gerekli ise ilaç tedavisine başlıyorum.	70	47,3
<b>Katılımcıların hipertansiyonda ilaç başlama kriterlerinin dağılımı</b>		
Kan basıncı seviyesi	15	10,1
Hastaların kardiyovasküler hastalık riski	2	1,4
Kan basıncı değeri+hastanın kardiyovasküler hastalık riski	131	88,5
<b>Katılımcıların hipertansiyondaki klinik uygulamalarının dağılımı</b>		
Düşük risk grubundaki hastalarda rahatlıkla ilaç tedavisine başlıyorum	34	23,0
Yüksek risk grubu hastalarında ilaç tedavisinden kaçınıyorum, genelde uzmana sevk ediyorum.	44	29,7
Hem düşük, hem de yüksek risk grubunda gerekli ise ilaç tedavisine başlıyorum.	70	47,3
<b>Katılımcıların hipertansiyonda ilaç tercihlerinin dağılımı</b>		
Genellikle monoterapi ile başlıyorum, kontrol sağlanamaz ise kombinasyonageçiyorum	90	60,8
Genellikle monoterapi ile başlıyorum, çünkü çoğu hastada monoterapi yetersiz kalıyor	21	14,2
Genellikle kemonoterapi ile başlıyorum, kontrol sağlanamaz ise uzmana sevk ediyorum	37	25,0
<b>Katılımcıların hipertansiyonda monoterapi tercihlerinin dağılımı</b>		
ACE inhibitörü	111	75,0
ARB	4	2,7
Kalsiyum kanal blokörü	22	14,9
Beta blokör	4	2,7
Diüretik	7	4,7
<b>Katılımcıların hipertansiyonda kombinasyon tedavisi tercihlerinin dağılımı</b>		
RAAS inhibitörü+diüretik	79	53,4
RAAS inhibitörü+kalsiyum kanal blokörü	40	27,0
Beta blokör+kalsiyum kanal blokörü	10	6,8
Diüretik+kalsiyum kanal blokörü	19	12,8
<b>Katılımcıların genç yaş hipertansiflerdeki ilaç tercihlerinin dağılımı</b>		
ACE inhibitörü veya ARB	70	47,3
Kalsiyum kanal blokörü	38	25,7
Beta blokör	32	21,6
Diüretik	8	5,4
<b>Katılımcıların ileri yaş hipertansiflerdeki ilaç tercihlerinin dağılımı</b>		
ACE inhibitörü veya ARB	85	57,4
Kalsiyum kanal blokörü	32	21,6
Beta blokör	8	5,5
Diüretik	23	15,5
<b>Katılımcıların hipertansiyonla mücadele hakkındaki görüşlerinin dağılımı</b>		
Birinci basamak	127	85,8
İkinci ve üçüncü basamak	19	12,8
Fikrim yok	2	1,4
<b>Katılımcıların birinci basamak sağlık kurumlarında kan basıncı ölçümü hakkındaki görüşlerinin dağılımı</b>		
Hipertansiyon farkındalık, ilaç alma oranları ve kontrol sağlanma oranları daha iyi olur	102	68,9
Birinci basamak sağlık kurumlarında hipertansiyon tanı, tedavi takibi yapılamaz	13	8,8
Malpraktis davaları artar	32	21,6
Negatif performans da dahil edilirse sıkıntı olur	1	0,7

## TARTIŞMA

Bu araştırma ‐aile‐ elektronik haberleşme grubunda çalışmaya katılan hekimler arasında yüksek kan basıncı hususunda belirli bir duyarlılığın olduğunu, bununla birlikte, geliştirilebilecek noktaların da bulunduğunu göstermektedir. Bulgular arasında hekimleri büyük çoğunluğunun 3000'den fazla kayıtlı nüfusa hizmet vermekte olduğu ve yarıya yakınının rutin kan basıncı kontrolü yapmadıkları dikkat çekicidir.

Son yıllarda kronik hastalıklarda etkin tedaviye yönelik çok sayıda ilerleme olmuş, ancak toplumun bütününde, bu hastalıkların etkin yönetimi konusunda belirlenen hedeflere ulaşılamamıştır (16). Öte yandan, toplumda kronik bir hastalığı olduğu halde tanı konmamış çok sayıda kişi olduğu bildirilmektedir (17).

Kronik hastalıkların iyi yönetilememesine yol açan önemli nedenlerden biri akut sorunların klinik pratiğe hâkim olmasıdır (18). Hekim, öncelikle akut sorunlara yönelmekte, çoğu zaman kronik sorunlarla ilgilenecek yeterli zamanı kalmamaktadır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %81,5'inin 3000'den fazla kayıtlı nüfusa hizmet vermekte olduğu ve hekimlerin %71,9'unda günlük ortalama muayene sayısının 30-69 arasında olduğu bulunmuştur. Akut sağlık hizmeti vermeye odaklı sağlık sistemlerinde hastanın kendi kendine bakım becerisinin desteklenmesi mümkün olmamaktadır. ABD'de yapılan bir araştırmada buradaki problemin zaman yetersizliğinden değil, iş bölümü hatalarından ve hasta-hekim görüşmesinin kronik hastalığa odaklanmamasından kaynaklandığı öne sürülmüştür. Türkiyede önerilen kişi başına düşen muayene süresi 20 dakika olmakla birlikte, araştırmamızdan da anlaşılacağı üzere muayene süresi oldukça kısadır; ancak bir bulgusu yoktur (19).

Benzer şekilde bizim çalışmamızda da rutin kan basıncı kontrolü yapan hekim oranı %56,9 bulunmuştur. Hekimlerin %34'ü eğer hasta hipertansif olduğunu beyan ediyorsa kan basıncı kontrolü yaptığını belirtmiştir. Bu oranın birçok hastanın yakalanamamasında etkili olduğu aşikârdır. Nitekim hekimlerin %50'si hizmet verdikleri nüfustaki hipertansif hasta oranının %10-20 arasında olduğunu bildirmiş olup, bu oranlar beklenenin oldukça altındadır. Çalışmamıza dahil olan hekimlerin %86'sı hastaların %50'sinden fazlasının antihipertansif ilaç kullandığını, %45'i de hastalarının %50-70 oranında kan basınçlarının kontrol altında olduğunu belirtmiştir. Türkiye geneline bakıldığında bu oranlar oldukça iyimser görünmektedir. Bu iyimser oranlar, hekim kontrolünden ziyade, hasta beyanlı verilere dayalı olmasından kaynaklı olabilir.

Kronik hastalık yönetiminde başarısızlığa yol açan bir diğer neden de hekimlerin klinik pratiklerinin

kanıta dayalı kılavuzlarla uyumlu olmamasıdır (20). Hekimlerin kılavuzları uygulamaya istekli olması yeterli değildir. Hekim ihtiyaç duyduğunda kanıta dayalı bilgiye ulaşabilmeli ve gerekli basamaklarda hatırlatıcı mekanizmalar oluşturulmalıdır. Anket çalışmamıza katılan hekimlerin güncel hipertansiyon kılavuzları ile uyumlulukları değerlendirildiğinde çelişkili sonuçlar göze çarpmaktadır. Hekimlerin büyük çoğunluğu (%88) hipertansiyon tedavisine güncel kılavuzların önerisi doğrultusunda, yani kan basıncının nümerik değeri ve hastanın toplam kardiyovasküler riskini göze alarak başlamaktadır. Bununla birlikte, hekimlerin %70'inin risk grubundan etkilenmeden ilaç tedavisine başlayabildiği, ancak %30'luk kısmının özellikle yüksek risk grubunda ilaç tedavisine başlamaktansa ilgili uzmana sevk ettiği göze çarpmaktadır. Tanı aşamasında ankete katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%81,5) uzun süreli ölçüm metotlarını tercih ettiği ancak bu metotlardan evde KB monitorizasyonunu sadece üçte birlik kesimin kullandığı görülmüştür. Birinci basamak düzeyinde 24 saatlik tansiyon holter yönteminin imkansızlığı göz önüne alındığında, aile hekimlerinin doğru tanı ve takip aşamasında önemli bir araçtan mahrum olduğu bir gerçektir.

Yeni tanı alan hastalarda, hekimlerin yarısından fazlası ilaç tedavisinde acele etmemekte, YTD ile kontrol sağlanamaz ise tedaviye başlamakta veya ilgili uzmana sevk etmektedir. Hekimlerin %37'si yeni tanıli hastalarda YTD ile birlikte ilaç başlamayı tercih etmektedir. Hastaların yarısına ilaç tedavisi bizzat aile hekimleri tarafından başlanırken; diğer yarısının tedavi kararı başka bir hekime bırakılmaktadır. Benzer şekilde, KB regülasyonu sağlanamaması durumunda hekimlerin yarısı tedaviye aktif katılmakta; diğer yarısı ise yaşam tarzı değişikliği ile veya ilgili uzmana sevk ederek kontrol sağlamayı seçmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin %60'ının ilaç tedavisine monoterapi ile başladığı, doğrudan kombinasyon başlanma oranının ise sadece %14,5 olduğu görülmüştür. Kontrol altında olan hastaların %20-30'unda monoterapi, geri kalan %70-80 hasta grubunda kombinasyon tedavisi kullanıldığı bilgisi ile karşılaştırıldığında, bu tedavi dağılımı ile kontrol altında olma olasılığı oldukça düşüktür (21). Aile hekimlerinin bu bağlamda, kombinasyon tedavisinin gerekliliği açısından bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesi elzem görünmektedir.

Çalışmamızda, monoterapide en çok tercih edilen ilaç grubunun bariz şekilde ACE inhibitörleri olduğu, bu sınıfı KKB'lerinin takip ettiği görülmektedir. Yaşa göre ilaç tercihlerine bakıldığında, genç ve ileri yaş gruplarının her ikisinde de RAAS inhibitörlerinin bariz üstünlüğü görülmektedir. Çalışmamıza katılan

hekimlerin %22'si genç yaş hastalarda BB tercih ederken, %21,5'inin ileri yaş hastalarda KKB tercih ettikleri görülmüştür. Güncel kılavuzların yaşa göre ilaç tercihleri göz önüne alındığında bu oranlar kılavuz önerilerinden oldukça uzaktır (22). İlaç gruplarına göre belirtilen en sık çekinceler (ACE inhibitörleri için öksürük, KKB'leri için pretibial ödem, beta blokerler için bradikardi, diüretikler için ise hipopotasemi) tüm toplum ve uzmanlık alanları ile uyumludur (23).

Kombinasyon tercihlerinin yarısından fazlasını ACE inhibitörü+diüretik, yaklaşık üçte birini RAAS inhibitörü+KKB oluşturmaktadır. Türkiye'de tuz tüketiminin diğer toplumlara göre oldukça fazla olduğunu düşünürsek, kombinasyon tercihleri yerinde ve haklı durmaktadır (24). Günlük klinik uygulama, kanıta dayalı kılavuzlarla daha da uyumlu hale getirilmeli, ihtiyaç duyan hekimin kanıta dayalı bilgiye ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Tedavi kararları veren sağlık profesyonellerinin, etkinliği kanıtlanmış sürekli mesleki eğitimlere katılımları desteklenmelidir. Dal uzmanları birinci basamakla bütünleşerek karmaşık vakaların çözümlenmesine ve tedavi kararlarına destek olabilirler. Bu durum, aynı zamanda iyi bir sürekli mesleki eğitim modeli de oluşturacaktır.

Kronik hastalıkların iyi yönetilememesine yol açan diğer etkenler arasında hastaya bağlı nedenler (tedaviye uyum, sağlık/hastalık algısı vs.) ve sağlık sistemine bağlı nedenler (sistemin kronik sorunlar yerine sadece akut sorunlara odaklı organizasyonu, yetersiz iş gücü, yetersiz finansman vs.) sayılabilir (25). Hastanın sağlığının izlenmesinde ana rol kendisinin olmalıdır. Etkin özbakımı destekleyen, değerlendirme, hedef belirleme, eylem planlama, problem çözme ve izlemeyi içeren stratejiler kullanılmalıdır. Özbakım desteği, hastaların kendi diyet, egzersiz, ilaç kullanımı ve kan basıncı veya kan şekeri gibi ölçümlerini yapabilir hale gelmeleri anlamına geldiği gibi gerekli özbakım araçlarının (glukometre, diyet listeleri, tansiyon aleti vs.) sağlanmasını da kapsar (26). Bu nedenle, hizmet sunumu etkili ve verimli bir klinik bakım ve özbakım desteği sunulmasını garanti altına alacak biçimde yapılandırılmalıdır. Bu amaçla reaktif (kişi rahatsızlandığında yanıt veren) bir sistemden proaktif (kişiyi mümkün olduğunca sağlıklı tutmaya odaklanmış), bir sisteme geçilmelidir. Bir başka deyişle, iş bölümü net olmalı, akut ve kronik bakım birbirinden ayrılmalıdır. Bunun için planlanmış hasta görüşmeleri çok yararlı olacaktır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %86'sı, hipertansiyon ile en etkili mücadelenin birinci basamak sağlık kurumlarında yapılabileceğini belirtmiştir. Hekimlerin %69'u hipertansiyon takibinin birinci basamak sağlık kurumlarında performans sistemine dahil edilmesiyle farkındalık, ilaç alma ve kontrol sağlanma oranlarında

düzelme olacağını belirtmekle birlikte; %22 oranında da malpraktis davalarının artacağını belirtmişlerdir. Birinci basamak sağlık kurumlarında hipertansiyon takibinin yeteri kadar yapılamamasının en önemli sebebi %44 oranında yasal düzenlemelerin yapılmaması olarak belirtilmiştir. Hekimlerin %26'sı iş yoğunluğu nedeniyle, %23'ü de risk almak istemediklerinden dolayı hipertansiyon takiplerini yapamadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık sistemi çalışanları kronik hastalıklarda tanı, tedavi ve izlem sonuçlarını iyileştirmek için değişime hazır ve istekli olmalıdır. Yöneticiler, hizmet sunumunun iyileştirilmesini önemsemeli, net politika ve hedefler tarif edilmesini sağlamalıdır. Sağlık sisteminin mutlaka açık ve sistematik bir geri bildirim mekanizması olmalıdır. Böylece hizmet sunumundaki problemler ve yanlış klinik ya da organizasyon uygulamaları saptanarak gerekli önlemler alınabilir.

Bu araştırmanın bulguları yorumlanırken bazı kısıtlılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Öncelikle katılımcılarımız aile hekimlerinin haberleşme platformunu kullanan, internet kullanıcısı hekimlerdir. Dolayısıyla bulgularımız da ancak bu evreni temsil etme iddiasında olabilir. Aile hekimlerinin tamamı hakkında çıkarım yaparken dikkatli olunmalıdır. Anket soruları kayıtlı nüfus üzerinden hizmet veren hekimlere yönelik olduğundan aile hekimliği uygulaması yapmayan üyelerin soruları cevaplanmaması beklenir. Yine de araştırmanın tasarımı bu husustan emin olmamıza izin vermemektedir. Diğer taraftan, araştırma bulguları kendi kendine bildirim dayalı olup, anket çalışmalarının bilinen kısıtlılıklarını taşımaktadır. Gözleme dayalı veri toplamak suretiyle benzer bir araştırma yapılması bu konuda daha değerli bilgiler sağlayacaktır.

## SONUÇ

Günümüzde HT dahil kronik hastalık yükünün giderek artması ile birlikte kronik hastalıkların ve bunlardan belki de en önemlisi hipertansiyonun yönetiminde birinci basamak sağlık kurumları odaklı ve merkezinde aile hekiminin olduğu bir yapılanma en doğru sağlık yönetimi olacaktır. Hipertansif olguların, hastanede tedavi göreceği seviyede komplike olması, hem hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini hem de ülke bütçesini olumsuz etkilemektedir. Bunun engellenmesi, ancak birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan aile hekimleri tarafından hipertansif bireylerin yakından takibi ve erken müdahalesi ile mümkün olabilir. Kronik bir hastalık olan hipertansiyonun hem toplum sağlığına etkisi hem de ülke bütçesine etkisini olumlu olarak şekillendirecek olan aile hekimleridir. Hipertansiyon konusunda aile hekimlerinin ve hastaların farkındalığının artırılması hipertansiyonun tedavisi, takibi ve ülke bütçesine katkıda faydalı olacaktır.

## ETİK BEYANLAR

**Etik Kurul Onayı:** Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel nitelikte planlanmıştır. Çalışma raporlaması STROBE rehberine göre yapılmıştır (13). Bu araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 22.11.2018 tarih ve 2018/14-14 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

**Aydınlatılmış Onam:** Bu çalışmaya katılan hasta(lar)dan yazılı onam alınmıştır.

**Hakem Değerlendirme Süreci:** Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

**Çıkar Çatışması Durumu:** Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Yazar Katkıları:** Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

- Bloom DE, Cafiero ET, Jane-Llopies E, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum. <http://www.weforum.org/Economics/OfNCD.Ref:080911> (accessed April 07, 2020). 2011.
- Ölüm nedeni istatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> (accessed May 15, 2019). 2015.
- Sipkoff M. Health plans begin to address chronic care management. *Manag Care* 2003; 12: 24-5.
- Aladağ N, Ciğerli Ö, Topsever P, Topallı R, Görpelioglu S, Filiz TM. Tıp fakültesi aile hekimliği polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: deüirmendere deneyimi. *Türkiye Aile Hekim Derg* 2007; 7: 165-70.
- Onat A, Şenocak M, Örnek E, Gözükara Y, Şurdum-Avcı G, Karaaslan Y. Türkiye'de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 5. hipertans ve sigara içimi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1991; 19: 169-77.
- Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25: 1551-6.
- Altun B, Arici M, Nergizoglu G, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Turkish society of hypertension and renal disease. J Hypertens* 2005; 23: 1817-23
- Satman I, Omer B, Genc AS, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Toumillehto J; TURDEP-II Study Group. Eur J Epidemiol* 2013; 28: 169-80
- Altun B, Erdem Y, Derici U. Türk hipertansiyon prevalans çalışması (PatenT2). *Türk Hipertans ve Böbrek Hast Dern* 2012; 1-27.
- Ünal B, Ergör G. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2013: 69-86.
- Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *Jama* 2004; 291: 2616-22.
- Mandracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Derg* 2010; 49.
- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Götzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med* 2007; 4: 1623-7.
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na (THSK) verilmek üzere hazırlanan kısa rapor. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Der. [https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK\\_Rapor\\_Toplam.pdf](https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK_Rapor_Toplam.pdf) (accessed March 20, 2019). 2017.
- Lenth R. Java applets for power and sample size [computer software]. <https://homepage.divms.uiowa.edu/~rlenth/Power/> (accessed July 01, 2019). 2009.
- Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann Fam Med* 2006; 4: 117-23.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
- Moore G. Escaping the tyranny of the urgent by delivering planned care. *Fam Pract Manag* 2006; 13: 37-40.
- Yardım MS, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? *Turkish J Public Heal* 2017; 15: 58-67.
- Feifer C, Ornstein SM, Jenkins RG, et al. The logic behind a multimethod intervention to improve adherence to clinical practice guidelines in a nationwide network of primary care practices. *Eval Health Prof* 2006; 29: 65-88.
- Paz MA, de-La-Sierra A, Saez M, et al. Treatment efficacy of anti-hypertensive drugs in monotherapy or combination: ATOM systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials according to PRISMA statement. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e4071.
- Gu A, Yue Y, Argulian E. Age differences in treatment and control of hypertension in US physician offices, 2003-2010: a serial cross-sectional study. *Am J Med* 2016; 129: 50-8. e4.
- Tedla YG, Bautista LE. Drug side effect symptoms and adherence to antihypertensive medication. *Am J Hypertens* 2016; 29: 772-9.
- Erdem Y, Arici M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood* 2010; 19: 313-8.
- Chang H, Hawley NL, Kalyesubula R, et al. Challenges to hypertension and diabetes management in rural Uganda: a qualitative study with patients, village health team members, and health care professionals. *Int J Equity in Health* 2019; 18: 38.
- Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse* 2017; 53: 607-21.