



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN HİPERTANSİYON
HASTALIĞI TEŞHİSİNDE ROLÜ VE ÖNEMİ**

ÖMER İYİŞENYÜREK

KLİNİK ECZACILIK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. BARKIN BERK

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği, koruyucu ve kolay ulaşılabilir hekimlik anlayışının sağlık politikalarında önem kazanmasıyla birlikte dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan, birinci basamak sağlık hizmetini daha efektif bir biçimde sunmayı amaçlayan bir tıp disiplini dir.

Aile Hekimliği tıp anlayışı, tüm topluma daha etkin, kapsayıcı ve üst düzeyde hizmet sunmayı hedeflerken aynı zamanda hastayı daha sık ve yakından izleme imkânı sağlayarak erken tanı ve doğru tedavinin uygulanmasını amaçlamaktadır. Her yaştan, çeşitli şikâyetlerle başvuran hastaların arasında; yüksek tansiyon komplikasyonlarıyla ya da doğrudan yüksek tansiyon şikâyeti ile başvuran hastalar, toplumumuzda hipertansiyon görülme sıklığı ve kalp-damar hastalıkları da göz önüne alındığında oldukça önemli pay teşkil etmektedir.

Bu çalışmada, hipertansiyon teşhisi alarak eczaneye ilaçlarını temin etmek için başvuran hastalarda, hastalık tanısının aile sağlığı merkezlerinde konmuş olup olmadığının araştırılması; hasta geri bildirimlerinin yüz yüze gerçekleştirilen anket çalışması ve literatür taraması ışığında incelenerek açıklanması amaçlanmıştır.

Çalışmanın planlanmasında, araştırılma ve yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendirerek değerlendiren Sayın Hocam Prof. Dr. Barkın Berk'e ve bu süreçte bana verdikleri destek için ayrıca aileme teşekkür etmek isterim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Hipertansiyon.....	5
4.2. Aile Hekimliği.....	13
4.2.1. Dünyada Aile Hekimliği.....	16
4.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliği.....	16
4.3. Aile Hekimliğinde Komorbidite	17
4.4. Aile Hekimliğinde Polifarmasi	20
4.5. Konsültasyon ve Sevk.....	23
5. MATERYAL VE METOT.....	27
6. BULGULAR	28
6.1. Anket soruları.....	32
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	42
7.1. Hipertansiyonun Cinsiyet ve Yaş Parametrelerine Göre İncelenmesi .	42
7.2. Eğitim.....	51
7.3. Anket Soruları	57

7.3.1.	Multimorbidite	57
7.3.2.	Tansiyon ölçümü	61
7.3.3.	Tanıyı Koyan Hekim	70
7.3.4.	Tedavi Programı Uygulanan Hekimin Branşı	78
7.3.5.	Hipertansiyon Teşhisinin Konma Şekli	79
7.3.6.	Aile Hekiminin Aile Hipertansiyon Öyküsü Sorgulaması	82
7.3.7.	Aile Hekiminin Hastayı Uzman Hekime Yönlendirmesi	84
7.4.	Çalışmanın Korelasyon Analizi	86
8.	KAYNAKLAR.....	88
9.	ETİK KURUL ONAYI	98
10.	ÖZGEÇMİŞ	100

KISALTMALAR VE SİMGELER

- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- ESC : European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
- ESH : European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
- PATENT : Prevalence, Awareness And Treatment Of Hypertension İn Turkey
(Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması)
- TAHUD : Türkiye Aile hekimliği ve uzmanlıkları derneği
- TEKHARF : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
- WHO : World Health Organization
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic
Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1 2013 ESH/ESC'ye Göre Kan Basıncının Doğru Şekilde Ölçülmesinin Kriterleri.....	7
Tablo 4.2 Ofis ve ofis dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımlarının 2013 ESH/ESC'ye göre sınıflandırılması	8
Tablo 4.3 Ofis Ölçümlerinden Elde Edilmiş Olan Kan Basıncı JNC8'e Göre Sınıflaması	9
Tablo 4.4 2013 ESH/ESC'ye Göre Antihipertansif İlaç Tedavisinin Başlama Kriterleri Öneri Sınıfı ve Kanıt Düzeyleri	11
Tablo 4.5 2013 ESH/ESC'ye Göre Antihipertansif İlaçların Kullanımı İçin Kesin ve Olası Kontrendikasyonlar.....	11
Tablo 4.6 2013 ESH/ESC'ye Göre Hekimin Önerilerine Uyumu Artırmak İçin Yöntemler.....	12
Tablo 6.1 Tanımlayıcı İstatistikler	29
Tablo 6.2 Cinsiyete Göre Hipertansiyon Dağılımı	29
Tablo 6.3 Hipertansiyon Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	31
Tablo 6.4 Anket Sorularının Tanımlayıcı İstatistikleri	32
Tablo 6.5 Multimorbidite Dağılımı Çıkarımsal İstatistikleri	33
Tablo 6.6 Hipertansiyon Tanısı İçin Laboratuvar Testi Yapılmasıyla İlgili Çıkarımsal İstatistikleri	34
Tablo 6.7 Hipertansiyon Tanısını Tespit Eden Hekimlerin Branşa Göre Çıkarımsal İstatistikleri.....	35
Tablo 6.8 Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?.....	36
Tablo 6.9 Hipertansiyon Tanısı İle İlgili Çıkarımsal İstatistikler	37
Tablo 6.10 Aile Hekiminin Ailede Hipertansiyon Varlığını Sorgulaması.....	38
Tablo 6.11 Aile Hekiminin Hastayı Uzman Hekime Yönlendirmesi Çıkarımsal İstatistiği.....	39
Tablo 6.12 Anket Soruları ve Çıkarımsal İstatistikleri	41
Tablo 7.1 Cinsiyet Faktörünün Çalışmamızdaki Belirleyiciliğinin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	45

Tablo 7.2 Patent2 Çalışmasına Göre Hipertansiyon Farkındalığına ve kontrolüne Etki Eden Faktörler	50
Tablo 7.3 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Parametrelerinin İncelenmesi ...	56
Tablo 7.4 Olguların Morbidite Varlığının Göre Uzman Hekime Yönlendirilmesinin Sorgulanması.....	58
Tablo 7.5 Olguların Tansiyon Ölçümüne Göre Aile Öyküsü Sorgulanması Durumu	67
Tablo 7.6 Olguların Tansiyon Ölçümüne Göre Uzman Hekime Sevk Edilme Durumu	68
Tablo 7.7 Tanıyı Koyan Hekim Branşına Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekim.....	72
Tablo 7.8 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Tanı Konma Şekli.....	73
Tablo 7.9 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Aile Öyküsünün Sorgulanması	75
Tablo 7.10 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Multimorbidite.....	78
Tablo 7.11 Çalışmanın Korelasyon Katsayısı (r).....	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Doğru Tansiyon Ölçüm Şekli	7
Şekil 4.2 2013 ESH/ESC'ye Göre Antihipertansif İlaç Sınıflarının Olası Kombinasyonları	12
Şekil 6.1 Hipertansiyon Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımları.....	30
Şekil 6.2 Hipertansiyon Hastalarının Yaşa Göre Histogram Grafiği.....	31
Şekil 6.3 Hipertansiyon Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımları.....	32
Şekil 6.4 Multimorbidite Dağılım Grafiği	33
Şekil 6.5 Soru 2: Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?	34
Şekil 6.6 Soru 3: Hipertansiyon Ön Tanısını Hangi Hekim Tespit Etti?	35
Şekil 6.7 Hipertansiyon Hastalığının Tedavisi İçin, Tedavi Programını Uygulanan Branş	37
Şekil 6.8 Soru 5: Hipertansiyon Hastası Olduğunuzu Nasıl Öğrendiniz?	38
Şekil 6.9 Soru 6: Aile Hekiminin Ailede Hipertansiyon Hastası Varlığını Sorgulaması.....	39
Şekil 6.10 Soru 7: Aile Hekiminin Hipertansiyon Tanısı İçin Hastayı Uzman Hekime Yönlendirmesi	40
Şekil 7.1 Örneklemin Yaş Dağılımının Cinsiyete Göre Histogram Grafiği	42
Şekil 7.2 Örneklemin Cinsiyete Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	44
Şekil 7.3 Aile Hekimi Tarafından Aile Öyküsünün Hastanın Cinsiyetine Göre Sorgulanması.....	46
Şekil 7.4 Uzman Hekime Yönlendirilmenin Hastanın Cinsiyetine Göre Sorgulanması.....	47
Şekil 7.5 TEKHARF Çalışmasının 2007/8 Yıllarındaki Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	49
Şekil 7.6 Örneklemin Yaşa Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	50
Şekil 7.7 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	52
Şekil 7.8 Türkiye'nin Eğitim Durumuna Göre Nüfus Dağılımı, TÜİK.....	53

Şekil 7.9 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Takibinde Olduğu Hekimin Branşı	54
Şekil 7.10 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	54
Şekil 7.11 Örneklemin Multimorbidite Durumuna Göre Detaylı Eğitim Durumu	55
Şekil 7.12 Multimorbidite Varlığına Göre Örneklemin Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	57
Şekil 7.13 Multimorbidite varlığına göre Hastanın Hipertansif Tanısı Alma Şekli	59
Şekil 7.14 Multimorbidite Varlığına Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekimin Branşı	60
Şekil 7.15 Tansiyon Ölçümüne Göre Hastanın Cinsiyeti Arasındaki Fark	62
Şekil 7.16 Tansiyon Ölçümü Göre Tanıyı Koyan Hekimin Branşı	63
Şekil 7.17 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekimin Branşı	64
Şekil 7.18 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Hipertansiyon Tanısı Alması....	65
Şekil 7.19 Örneklemin Tansiyon Ölçümüne Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	66
Şekil 7.20 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Hipertansiyon Öyküsü Sorgulanması.....	68
Şekil 7.21 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Uzman Hekime Sevk Durumu Edilme Durumu.....	69
Şekil 7.22 Örneklemin Tanıyı Koyan Hekime Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	70
Şekil 7.23 Tanıyı Koyan Hekim Branşına Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekim.....	71
Şekil 7.24 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Tanı Konma Şekli.....	73
Şekil 7.25 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Aile Öyküsünün Sorgulanması	74
Şekil 7.26 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Aile Hekiminin Hastayı Yönlendirmesi.....	76

Şekil 7.27 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Multimorbidite.....	77
Şekil 7.28 Örneklemin Tedavi Programı Uygulanan Hekime Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi.....	78
Şekil 7.29 Örneklemin Teşhisin Konma Şekline Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	79
Şekil 7.30 Tanı Konma Şekline Göre Aile Öyküsü Sorgulama.....	80
Şekil 7.31 Tanı Konma Şekline Göre Uzman Hekime Yönlendirme	81
Şekil 7.32 Örneklemin Aile Öyküsü Sorgulanmasına Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	82
Şekil 7.33 Aile Hipertansiyon Öyküsü Sorgulanmasına Göre Uzman Hekime Yönlendirme.....	83
Şekil 7.34 Örneklemin Uzman Hekime Yönlendirmeye Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi	84

1. ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN HİPERTANSİYON HASTALIĞI TEŞHİSİNDE ROLÜ VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü hipertansiyonu önlenebilir ölüm nedenlerinin başında yer alan prevalansı en yüksek sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır. Koruyucu hekimlik ve erken tanı sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, entegrasyonu ve çoğu tıbbi problemi yönetme becerisi, aile hekimlerinin temel özelliklerindedir. Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinin hipertansiyon hastalığı teşhisindeki rolünün güncel literatür ve klinik eczacılık ışığında incelenmesi amaçlanmıştır. Deneklerin demografik bilgilerini ve hipertansiyon ile ilgili olarak hastaların başvurduğu hekimlerin hipertansiyon tanı ve tedavi yaklaşımlarına yönelik sorulardan oluşan sorulardan oluşan anket veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapıldı. Çalışmamızdaki olguların yaş ortalamaları kadınlarda $58,09 \pm 1,92$ ve erkeklerde $56,6 \pm 1,82$ olarak bulunmuş olup cinsiyetin aile öyküsü sorgulanması ve uzman hekime yönlendirilme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Örneklemimiz eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun ilkökul (%68) düzeyinde olduğu görülmüştür. Hipertansiyonlu olguların %40,8'inde diyabet hastalığı saptandı. Örneklemimizin geri kalan %52,6'sının multimorbid olmadığı görülmüştür. Olguların 80,3'ünde tansiyon ölçümünün yapılmadığı saptanmıştır. Örneklemimizin hipertansiyon tanısı %9 oranında aile hekimleri tarafından konurken; %81 dahiliye hekimleri tarafından konulmuştur. Örneklemimizin %17'sinin hipertansiyon tanısının konma şekli rutin kontroldür. Örneklemimizin "Aile hekimi tarafından hipertansiyon aile öyküsü soruldu mu?" ve "Aile hekimi sizi uzmana yönlendirdi mi?" soruları birbiriyle kuvvetli derecede anlamlı ilişkili olup sonuçlar iki parametre için eşit şekilde örneklemimizin %88'inde "Hayır" olarak saptanmıştır. Tansiyon ölçümü yapan hekimlerin diğer tutum yaklaşımlarda da kanıta dayalı tıp ile uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmamız, aile sağlığı merkezlerinin hipertansiyona yaklaşımlarının kanıta dayalı tıp ile uyumsuz olduğunu birçok açıdan göstermektedir. Klinik eczacıların hastalara eczanelerinde danışmanlık yaparak bu problemin azalabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: aile hekimliği, aile sağlığı merkezi, hasta yönlendirme, hipertansiyon, multimorbidite

2. ABSTRACT

THE ROLE OF FAMILY HEALTH CENTERS IN THE DIAGNOSIS OF HYPERTENSION

World Health Organization defines the hypertension as a health problem that is the preventable cause of death with the highest prevalence. Preventative medicine, coordination and integration of early diagnosis and manipulation of most of the medical problems are the basic features of family physicians. In this study it was aimed to search the role of family health centers in the diagnosis of hypertension disease, with the help of current literature and clinical pharmacy. The demographical data of subjects and the questions asked by the physicians throughout the hypertension diagnosis and treatment are the data of this study. The data analysis with the SPSS 23.0 statistical program. The mean age was $58,9 \pm 1.92$ in female subjects and 56.6 ± 1.82 in male subjects and it was found that the gender of patients was related with questioning family history and referral to specialized physician. The education level of the sample is majorly primary school (68%). It was found that the 40.8% of hypertension subjects have diabetes mellitus. The rest of the sample, 52.6%, is not multimorbid. It was found that the blood pressure measurement was not performed in 80.3% of the cases. The diagnosis of hypertension was made by family physicians with 9% rate, and 81% of the cases have been diagnosed by internal medicine physicians. The 17% of the cases have been diagnosed during the routine visit. The questions of “was it asked the family history by the family physician?” and “did the family physician refer you to the specialized physician?” were correlated strongly with each other and the results were 88% “No” for both questions. The overall patient management of the physicians, who checked for the blood pressure, were suitable to the evidence-based medicine. This study showed that the management of hypertension in family health centers is irrelevant at many aspects with evidence-based medicine. It is thought that this problem could be solved by giving consultation to the patients in pharmacies by clinical pharmacists.

Key Words: family health centers, family medicine, hypertension, multimorbidity, patient referral

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü hipertansiyonu önlenabilir ölüm nedenlerinin başında yer alan prevalansı en yüksek sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır (1).

Hipertansiyon hastalarının çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2000 yılı mevcut verilerine göre yaklaşık 1 milyar insan hipertansiyon hastasıdır ve 2025 yılında bu rakamın 1,5 milyarı aşacağı belirtilmiştir (2).

Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin yayımladığı klinik rehberlere göre hastanın uyumunu artırmak için klinik eczane temelli programların birleşimini kapsayan yöntemlerin olduğundan bahsedilmektedir (3).

Koruyucu hekimlik ve erken tanı aile hekimliğinin temel prensiplerindedir. Gerekli bütün sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, entegrasyonu ve çoğu tıbbi problemi yönetme becerisi, aile hekimlerinin maliyet-etkin sağlık hizmeti sunmalarını sağlar (4).

Bilgisayar ekran verilerine bağımlı kalmak bir vaka olarak günümüze ortaya çıkmaktadır. Hekim başına düşen hastanın çok fazla sayıda olması, doktorun bilgisayar ekranına bakarak değerlendirme yapması nedeniyle hastanın semptomlarını ve hislerini kaçırmak değerlendirilmede önemli ipuçlarını kaybetmesine neden olmaktadır. Görünen o ki hekim bir klavyeye hastaya dokunduğundan daha fazla dokunmaktadır. Hekimler laboratuvar ve görüntüleme araçlarına, hastayı fiziksel olarak muayene etmekten fazla güvenmektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütüne göre 21. yüzyılın hastalıklarıyla baş etmenin en iyi yolunun birinci basamak sağlık hizmeti olduğu vurgulanmakta ve mevcut önleyici tedbirlerin daha iyi kullanılmasının, dünya hastalık yükünü %70 kadar azaltabileceğini vurgulanmaktadır (6).

Ülkemizde günümüzde 81 ilde aile hekimliği faal durumdadır. 2023 yılı itibariyle her 2 bin kişiye bir aile hekimi düşmesi hedeflenmektedir. (7).

Yüksek kan basıncının önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Amerika Birleşik Devletleri'nin en önemli kanıta dayalı klinik rehber Ortak Ulusal Komite (The Joint National Committee, JNC) olarak bilinmektedir (8).

Ülkemizde ise Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu yayımlanmış hipertansiyona yaklaşımda ortak bir dil benimsenmiştir (9).

Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF), Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması veya İngilizce adının kısaltması ile Patent (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey) çalışmaları ülkemizde yapılan önemli bir çalışmalardır (2).

Hastaların demografik bilgilerini hipertansiyon ile ilgili olarak hastaların başvurduğu hekimlerin hipertansiyon tanı ve tedavi yaklaşımlarına yönelik parametreler, yukarıda değindiğimiz ülkemiz ve dünyadaki klinik rehberler ve güncel literatür, klinik eczacılığın ışığında değerlendirilerek aile sağlığı merkezlerinin hipertansiyon hastalığı teşhisinde rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece olası problemlerin tespitine ülkemizde yeni olan bir disiplin olan “klinik eczacılığın” bakışı ile yaklaşarak hipertansiyon ile ilgili diğer disiplinlere bu çalışmanın mütevazı ama yeni bir yarar sağlayacağı beklenmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Hipertansiyon

Dünya Sağlık Örgütü hipertansiyonu önlenebilir ölüm nedenlerinin başında yer alan prevalansı en yüksek sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır (1).

Hipertansiyon hastalarının çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2000 yılı mevcut verilerine göre erişkin nüfusun %26,4 hipertansiyon hastası olduğu ve bunun 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı ifade edilmiştir (2).

Hipertansiyon, inatçı olarak yükselmiş arteriyel kan basıncı (KB) olarak tanımlanan sık görülen yaygın bir hastalıktır. 1900'lerin başlarından ortalarına kadar hayati organların yeterli perfüzyonu için yüksek KB'nin “gerekli” olduğu düşüncesi hâkim olsa da günümüzde kardiyovasküler (KV) hastalık için en önemli risk faktörlerinden biri olarak hipertansiyon tanımlanmaktadır. Hipertansiyonun farkındalığının ve teşhisinin artırılması ve uygun tedavi ile KB'nin kontrolünün iyileştirilmesi, KV morbidite ve mortaliteyi azaltmak için kritik halk sağlığı teşebbüsleri olarak kabul edilmektedir (10).

Yüksek kan basıncının önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Amerika Birleşik Devletleri'nin en önemli kanıta dayalı klinik rehber Ortak Ulusal Komite (The Joint National Committee, JNC) olmuştur. Bu kılavuzun yedinci versiyonu, (JNC7) 2003 yılında yayınlandı (8).

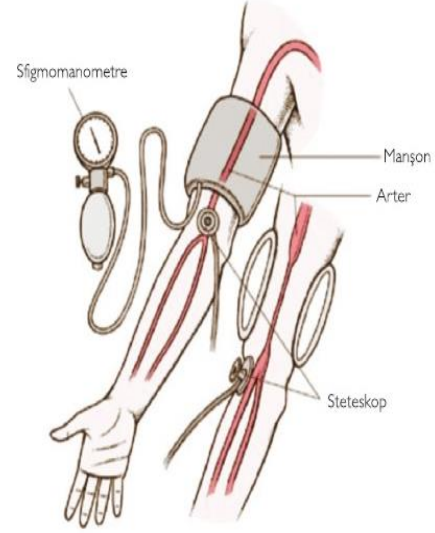
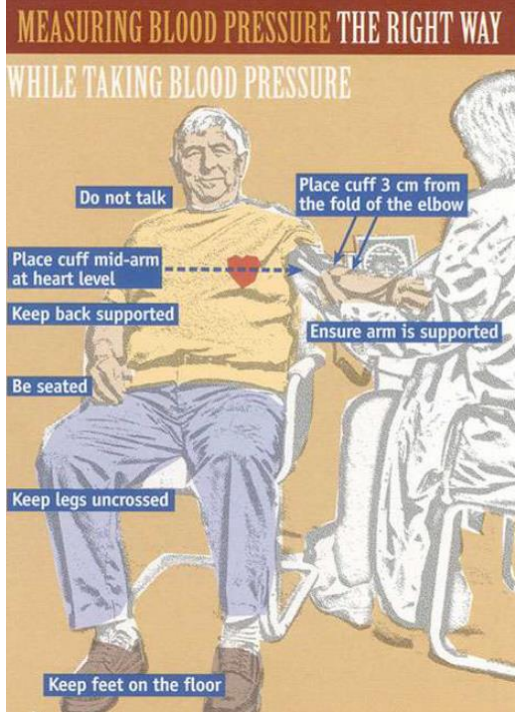
JNC8 ve Amerikan Hipertansiyon Derneği / Uluslararası Hipertansiyon Derneği (American Society of Hypertension/International Society of Hypertension, ASH / ISH) tarafından 2014 yılında rehberler 2014 yılında yayımlanmıştır. 2015 yılında da Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA) / Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology, ACC) tarafından klinik rehberler yayımlanmıştır (11,12,13).

Hipertansiyon, yetişkin birinci basamak sağlık hizmeti uygulamalarında en sık görülen hastalık durumundadır. Kadın ve erkeklerin neredeyse eşit olarak etkilendiği ve 18 yaşından büyük yetişkinlerin üçünden birinin etkilendiği belirtilmektedir (14).

Framingham Kalp Çalışmasından elde edilen veriler, 55 yaşındaki normal tansiyonlu bireylerin hala hipertansiyon gelişimi konusunda %90'lık bir yaşam boyu riske sahip olduğunu göstermiştir (15).

Hipertansiyon tedavi edilmediği takdirde, hipertansiyon zamanla tedaviye dirençli olabilen vasküler ve renal hasara yol açabilir. Neyse ki, hipertansiyon tedavisi kalp yetmezliği, inme, miyokard enfarktüsü, kronik böbrek hastalığı ve bilişsel gerileme riskini azaltmaktadır (16).

Hipertansiyonlu olduğunu bilen, tedavi gören ve kontrollü kan basıncı (KB) olan kişilerin oranı artmıştır. 2005'ten 2010'a kadar, hipertansiyonu olan yetişkinlerin yaklaşık %82'si durumlarının farkındaydı (önceki yıllarda %75) ve yaklaşık %75'i ilaç kullanıyordu. Bu hastaların yaklaşık %53'ünün KB kontrol altındaydı. 55 ve 64 yaşları arasındaki erkek ve kadınların, KB'den etkilenen popülasyonun yaklaşık %52'sine sahip. Bundan önce erkeklerin oranı daha fazla iken bundan sonra da kadınların oranı daha fazladır bir başka deyişle hipertansiyon oranları erkeklerde daha önce başlarken yaşlı kadınlarda hipertansiyon aynı yaştaki erkeklere göre daha fazla olarak bulunmuştur. Siyah kadınlarda en sık hipertansiyon (%43), siyah erkeklerde (%40) görülür. Beyaz erkeklerin yaklaşık %30'u yüksek KB'ye sahipken, beyaz kadınların %27'si etkilenmiştir (17,18).



Şekil 4.1 Doğru Tansiyon Ölçüm Şekli (19)

Manşonun hava kesesi yetişkinlerde kolun en az %80'ini sarmalı iken çocuklarda bu oran %100 olmalıdır. Ayrıca genişliği kolun en az %40 olmalıdır.

Tablo 4.1 2013 ESH/ESC'ye Göre Kan Basıncının Doğru Şekilde Ölçülmesinin Kriterleri (3)

KB ölçümüne başlamadan önce hastanın 3-5 dk süreyle oturmalı.

1–2 dakika arayla, en az iki ölçüm yapılır. İlk iki ölçüm birbirinden çok farklıysa tekrar ölçümler yapılır veya ortalama alınabilir.

Atriyal fibrilasyon gibi aritmileri olan hastalarda, doğruluğunu arttırmak için, KB ölçümleri tekrarlanır.

Standart bir hava kesesi (12–13 cm genişliğinde ve 35 cm uzunluğunda) kullanılmalı, ama kalın (kol çevresi >32 cm) ve ince kollu kişiler için sırasıyla daha geniş ve daha dar da bulundurulmalıdır.

Hastanın pozisyonu ne olursa olsun manşonun yerini kalp seviyesinde tutulmalıdır

Oskültatuar yöntemi uygularken, sistolik ve diyastolik KB'yi belirlemek için sırasıyla Korotkoff faz I ve V'i (kayboluş) kullanılmalıdır.

İlk muayenede KB'yi her iki koldan da ölçerek olası bir fark varsa belirleyin. Daha yüksek değeri olan kolu temel alınmalıdır.

Yaşlı bireyler, diyabetik hastalar ve ortostatik hipotansiyonun sık veya olası olduğu diğer durumlarda, ilk muayene sırasında, KB'yi ayağa kalktıktan 1 ve 3 dakika sonra tekrar ölçülmelidir.

Geleneksel KB ölçümü sırasında, ikinci ölçümden sonra oturur durumdayken nabız palpasyonu ile (en az 30 saniye) kalp hızını ölçülmelidir.

Tablo 4.2 Ofis ve ofis dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımlarının 2013 ESH/ESC'ye göre sınıflandırılması (3)

Kategori	Sistolik KB (mmHg)		Diyastolik KB (mmHg)
Ofis KB	≥140	ve/veya	≥90
Ambulatuvar KB			
Gündüz (veya uyanık)	≥135	ve/veya	≥85
Gece (veya uykuda)	≥120	ve/veya	≥70
24-saat	≥130	ve/veya	≥80
Ev KB	≥135	ve/veya	≥85

ESC 2013 kılavuzuna göre gece ve gündüz ölçümleri arasındaki farka “dipping” denmektedir. Gece tansiyonunun %10'dan fazla düşmesi olarak da tanımlanmaktadır. Basınç düşmesinin gece düşmemesi altta yatan başka bir morbidite ile ilişkili

olabilmektedir. Gündüz tansiyon ölçümlerinin daha sık olarak 15 dakikada bir ölçümü yapılmalı iken; gece ölçümlerinin yarım saatte bir olması önerilmektedir.

Tablo 4.3 Ofis Ölçümlerinden Elde Edilmiş Olan Kan Basıncı JNC8'e Göre Sınıflaması (12)

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	ve <80
Prehipertansiyon	120-139	veya 80-89
Evre 1 HT	140-159	veya 90-99
Evre 2 HT	≥160	veya ≥100

JNC8'de 60 yaş altındaki her bireyde eğer sistolik kan basıncı 140 mmHg'den büyük ve/veya diyastolik kan basıncı 90 mmHg'den büyükse ilaç başlanması hemen önerilmektedir. Bir başka ifade ile yaşam değişikliklerinden bahsedilmemektedir.

Genel olarak hipertansiyon tedavisi için beş grup ilaçtan bahsedilmektedir. Bunlar:

1. Diüretikler
2. Beta blokerler
3. Kalsiyum antagonistleri
4. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
5. Anjiyotensin reseptör blokerleri

Beta blokerler JNC8 kılavuzunda ilk seçenек ilaçlar arasında yer almamaktadır. Bu ilaçların bilhassa yaşlı hastalarda Kardiyovasküler yan etkilerinin olması ve diüretikler ile birlikte kullanıldıklarında diyabet riskini arttırmaları ilk seçenек olarak kullanılmalarını sınırlamıştır.

Diyabetik, kronik böbrek yetmezliği vb. diğer multimorbiditeli bireylerde Avrupa kılavuzlarına göre ilaca başlama değerleri 140/90 olarak belirlenmiştir. ESC 2013'e göre diyabetli bireylerde Diastolik kan basıncım 85 mm cıvanın altında olması hedeflenmelidir.

Hem JNC8 hem de ESC 2013 kılavuzlarına göre yaşlılarda tedaviye başlama sınırları daha yüksek olabilir. Bu bireylerde tedaviye başlama sistolik kan basıncı 150

mmHg'yi aştığında başlarken tercih edilecek ilaç grubu diüretikler ve kalsiyum antagonistleri olarak kabul edilmektedir.

Gebelikte hipertansiyon için kullanımı önerilen ilaçlar metildopa, labetolol ve nifedipindir. Acil durumda hipertansiyon tedavisinde kullanılacak ilaçlar iv labetolol, sodyum nitroprussid ve nitrogliserin olarak kabul edilmektedir.

Düşük kan basıncına yönelik yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır: kilo kontrolü, fiziksel aktivite, alkolden uzak kalma, tuz kullanımını azaltma, hipertansiyonu azaltmak için diyet alışkanlığı ve DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (8).

Kan basıncı ile ilgili olarak kişisel ve ailevi tıbbi öykünün aşağıdaki başlıklarda sorgulanması klinik rehberlerde vurgulanmaktadır (3):

1. KB yüksekliğinin süresi ve ev ölçümleri de dahil olmak üzere önceki kan basıncı yüksekliğinin düzeyi
2. İkincil hipertansiyon
3. Risk faktörleri
4. Organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık öykü ve semptomları
5. Hipertansiyon tedavisi

Sağlık uzmanı aile öyküsünü ve KV risk faktörlerini sorgulamalıdır (8). Bu risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

- Hipertansiyon
- Sigara Kullanma
- Obezite (vücut kitle indeksi > 30)
- Sedanter yaşam
- Dislipidemi
- Diyabet
- Mikroalbuminüri veya GFR <60 mL / dak
- Yaş (> 55 erkek veya > 65 kadın)

- Prematüre kardiyovasküler hastalık aile hikayesi
- Birini derece erkek akrabası <55 yaş, kadın <65 yaş)

Tablo 4.4 2013 ESH/ESC'ye Göre Antihipertansif İlaç Tedavisinin Başlama Kriterleri Öneri Sınıfı ve Kanıt Düzeyleri (3)

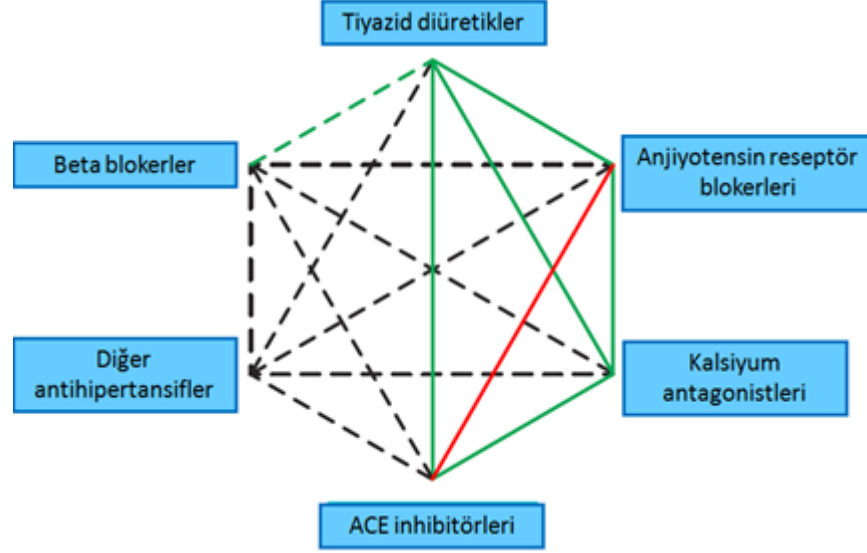
Antihipertansif ilaç tedavisinin başlanması		
Öneriler	Sınıf ^a	Düzye ^b
KV riski hangi düzeyde olursa olsun, 2. ve 3. derecede hipertansiyonu olan bireylerde, yaşam tarzı değişikliklerine başlanmasıyla eşzamanlı olarak veya birkaç hafta sonrasında hemen ilaç tedavisine başlanması önerilir.	I	A
OH, diyabet, KVH veya KBH nedeniyle toplam KV riskin yüksek olduğu durumlarda, hipertansiyon I. derecede olsa bile, ilaçlarla KB'nin düşürülmesi önerilmektedir.	I	B
Düşük ile orta düzeyde risk altındaki I. derece hipertansif hastalarda da, KB tekrarlayan çeşitli muayenelerde bu aralıkta ise veya ayaktan KB kriterlerine göre yüksekse ve makul bir süre yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına rağmen bu aralıkta kalmaya devam ederse, antihipertansif ilaç tedavisine başlanması düşünülmelidir.	IIa	B
Yaşlı hipertansif hastalarda SKB \geq 160 mmHg ise ilaç tedavisi önerilir.	I	A
Yaşlılarda (en azından 80 yaşından gençlerde) SKB 140-159 mmHg aralığındaysa, antihipertansif tedavinin iyi tolere edilmesi koşuluyla, antihipertansif ilaç tedavisi düşünülebilir.	IIb	C
Yüksek-normal KB'de, gerekli kanıtlar olmadığı sürece, antihipertansif ilaç tedavisi başlanması önerilmemektedir.	III	A
Kanıt eksikliği nedeniyle, izole brakıyal SKB artışı olan genç bireylerde antihipertansif ilaç tedavisi başlanması önerilememektedir, ancak bu bireyler yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte yakından izlenmelidir.	III	A

KB = kan basıncı; KBH = kronik böbrek hastalığı; KV = kardiyovasküler; KVH = kardiyovasküler hastalık; OH = organ hasarı; SKB = sistolik kan basıncı
^aÖneri sınıfı.
^bKanıt düzeyi.

Tablo 4.5 2013 ESH/ESC'ye Göre Antihipertansif İlaçların Kullanımı İçin Kesin ve Olası Kontrendikasyonlar (3)

İlaç	Kesin	Olası
Diüretikler (tiyazitler)	Gut	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Gebelik Hiperkalsemi Hipokalemi
Beta-blokerler	Astım A-V blok (2. veya 3. derece)	Metabolik sendrom Glukoz intoleransı Sporcular ve fiziksel açıdan aktif hastalar Kronik tıkaçıcı akciğer hastalığı (vazodilatör beta-blokerler hariçtir)
Kalsiyum antagonistleri (dihidropidinler)		Taşiaritmi Kalp yetersizliği
Kalsiyum antagonistleri (verapamil, diltiazem)	A-V blok (2. veya 3. derece, trifasiküler blok) Ciddi SoV işlev bozukluğu Kalp yetersizliği	
ACE inhibitörleri	Gebelik Anjiyörotik ödem Hiperkalsemi Bilateral renal arter darlığı	Çocuk doğurma olasılığı olan kadınlar
Anjiyotensin reseptör blokerleri	Gebelik Hiperkalsemi Bilateral renal arter darlığı	Çocuk doğurma olasılığı olan kadınlar
Mineralokortikoid reseptör antagonistleri	Akut veya ciddi böbrek yetersizliği (hGFH <30 ml/dk) Hiperkalsemi	

Hipertansiyon tedavisinde birçok ilaç kombinasyonu kullanılabilir. Ancak anjiyotensin reseptör blokerleri ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri kombinasyonundan kesinlikle kaçınılmalıdır.



Şekil 4.2 2013 ESH/ESC'ye Göre Antihipertansif İlaç Sınıflarının Olası Kombinasyonları (3)

ESH/ESC'ye göre hastanın uyumunu artırmak için klinik eczane temelli programların birleşimini kapsayan yöntemlerin olduğundan bahsedilmektedir.

Tablo 4.6 2013 ESH/ESC'ye Göre Hekimin Önerilerine Uyumu Artırmak İçin Yöntemler (3)

Daha kolay kullanılabilen tedaviler	Aile tedavisi
Bilgiler	Psikolojik tedavi
Hatırlatıcılar	Manuel telefon izlemi
Hastanın kendi kendisini izlemesi	Kriz girişimi
Danışmanlık	Destekleyici bakım
Teşvik	Eczane temelli programların birleşimini kapsar

Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF) ülkemiz özelinde yapılan önemli bir çalışma olup buna göre 1991 yılındaki hipertansiyon prevalansı %33,7; 1995 yılında %33; 2002 yılında %48 olarak tespit edilmiştir.

Tedavi olduktan sonra hipertansiyon kontrol oranları %18’lerden günümüzde %28’lere çıkmıştır.

4.2.Aile Hekimliği

Aile hekimliğinin öncüsü olarak kabul edilen Dr. Peabody, toplumda sıkça karşılaşılan sorunlara genel yaklaşımın gerekli olduğunu belirterek aile hekimliğinin temelini atmıştır (4).

İngiltere ve Amerika’da 1800 yılından sonra kurumsallaşmıştır. ABD’de sağlık hizmeti olarak kabul edilmiştir. Millis ve Willard aile hekimliğinin bağımsız bir bilim dalı olarak kabul edilmesine öncülük yapmıştır. Sonuç olarak Amerika Aile Hekimleri Akademisi AAFP (American Academy of Family Physicians) kurulmuştur (20).

Bu yeni bilim dalı hastaya bütüncül yaklaşmayı prensip edinmiştir ve dünyanın birçok yerinde en etkin birinci basamak sağlık sistemi olmuştur (21).

Aile hekimliği, birey ve aile için sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti veren biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini kapsayan tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Her yaş ve cinsiyetten, her organ ve sistemden ve her tür hastalıktan sorumlu hekimlik dalıdır. Kişiye özel sağlık hizmetini o anki hastalığın varlığından veya şikâyetten bağımsız olarak hastanın mahremiyetini gözeterek bir sırdaş gibi sağlar. Aile hekimliği, ilk temastan ve ilk değerlendirmeden, kronik hastalıkların tedavisine kadar, sağlık hizmetlerinin bütününden sorumludur. Aile hekimliği, diğer klinik disiplinlerle birçok ortak yanı olan, ortak bilgiyi birleştiren ve birincil sağlık hizmeti sunmak için özel olarak kullanan yegâne uzmanlık alanıdır. İçeriği diğer tıbbi uzmanlıklarla paylaşmanın yanı sıra, aile hekimliği kurumu hastaların tıbbi bakımına odaklanan klinik bir alandır. İçeriği diğer tıbbi uzmanlıklarla paylaşmanın yanı sıra, aile hekimliği kurumu hastaların tıbbi bakımına odaklanan klinik bir alandır (4).

Aile hekimlerinin eğitimi müfredatı, hekimlerin pratikte ihtiyaç duyacağı bilgi ve beceriyi gerçek anlamda ortaya koymak üzere tasarlanmıştır. Bu müfredat, görülen problemlerin analizine ve aile hekimlerinin kendi uygulamalarında kullandıkları becerilere dayanmaktadır. Rastgele eğitilmiş hekim, uygulamada karşılaşılabilecek problem türlerini ele almak için özel olarak eğitilmiş olarak aile hekimine evrilmiş olur (4).

Aile hekimi, aile hekimliği disiplini konusunda öğrenim görmüş bir hekimdir. Aile hekimleri, bir ailenin cinsiyet, yaş veya sorun türünden bağımsız olarak, her bir bireyine sürekli ve kapsamlı medikal bakım, sağlık bakımı ve koruyucu sağlık hizmetleri sağlamak için belirgin tutum, beceri ve bilgiye sahiptir. Bu uzmanlar, geçmiş deneyimleri ve ailelerle olan etkileşimleri nedeniyle, sağlık hizmetlerindeki danışmaların uygun kullanımı da dahil olmak üzere, sağlıkla ilgili tüm konularda her bir hastanın destekçisi olarak hizmet etmek için gereken en iyi yeterliliktedirler (4).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA), aile hekimini, tıbbi bakım için başvuran her bireye kapsamlı sağlık hizmeti vermektten ve gerektiğinde hizmet sağlamak için diğer sağlık personelinin düzenlemekten sorumlu olan doktor olarak tanımlamaktadır (22).

Bir aile hekiminin sahip olması gereken temel özellikler şunlardır (23):

Birinci basamak sağlık hizmetini yönetebilmek, kişiye özel sağlık bakımı sunabilmek, özgün olarak problemleri çözebilme yeteneğine sahip olmak, sorunlara bakabilmek geniş kapsamlı bakabilmek, toplumsal yönelimleri gözetebilmek, bütüncül (Holistic) biyopsikososyal bakabilmek.

Birinci basamak sağlık hizmeti, erişilebilir, koordine ve devam eden kapsamlı sağlık hizmetidir. Özel olarak öğrenim görmüş ve ilk temasta geniş bakma yeteneğine sahip, hastalara sağlık hizmetini sürekli sunan doktorlar tarafından sunulur. Birinci basamak sağlık hizmeti gerektiğinde diğer sağlık profesyonellerine danışan veya sevk eden için kişisel bir hekim tarafından gerçekleştirilir ve idare edilir. Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık bakım sisteminin en önemli ayağıdır. Hasta için sağlık bakım sistemine giriş noktası olarak hizmet veren ilk temas yeri olması, hastalara ve sağlıklı bireylere sürekli sağlık hizmeti vermesi, tüm geleneksel temel disiplinlerden gelişen

kapsamlı bir dal olması, hastanın tüm sağlık ihtiyaçları için koordinasyon işlevi görmesi, kişisel hasta takibi ve toplum sağlığı sorunları için devamlı sorumlu olması, çok iyi bir şekilde kişiselleştirilmiş olması aile hekimliğinin temel işlevlerindedir (4).

Dünya Sağlık Örgütüne göre 21. yüzyılın hastalıklarıyla baş etmenin en iyi yolunun birinci basamak sağlık hizmeti olduğu vurgulanmakta ve mevcut önleyici tedbirlerin daha iyi kullanılmasının, dünya hastalık yükünü %70 kadar azaltabileceğini vurgulanmaktadır (24).

Kısa vadede bir önceliği diğerine sürüklemekten ziyade, ülkeler için önleyici sağlık hizmetlerine odaklanmak uzun süreli bakım gerektiren kronik hastalıklarda odaklanmaktan kadar önemli olmalıdır. Ayrıca, 2009 yılı 62'inci Dünya Sağlık Örgütü'nün Toplantısında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlerini ve ilkelerini dünya çapında sağlık bakım sistemlerini güçlendirmenin temeli olduğunu sağlam bir şekilde tekrar vurgulayarak teyit etmiştir (25).

Hastalar iyi bir hekimin, onlara gerçek ilgi gösteren bir kişi olduğuna inanmaktadırlar. Problemlerini iyice değerlendiren; kendilerine şefkat, anlayış sıcaklık gösteren; neyin yanlış neyin doğru olduğunu kavrayan ve onları düzeltmek için neyin yapılması gerektiğini anlatan kişiler olarak tanımlarlar (26).

Aile hekiminin her hastayla olan ilişkisi, entelektüel dürüstlikle birlikte şefkati, anlayışı ve sabrı da yansıtmalıdır. Aile Hekimi, problemlere yaklaşmakta kusursuz olmalı, aynı zamanda hastasının suyuna giden onu memnun eden bir anlayışa da sahip olmalıdır. Aile Hekimi hastasına iyimserliği, cesaret vermeyi, kavrayış kazandırmayı ve disiplini iyileşme için gerekli olan birer unsur olarak hastasına verebilir yeterlilikte olmalıdır (4).

Sağlık sisteminin günümüzde ekonomik çıkarlar doğrultusunda rasyoneliz olduğu çağımızda, Amerikalılar şefkati göz ardı edebilirler. Elimizde bilimsel olan birçok tedavi seçeneği vardır diye şefkati dışlayarak bunu bilimin dışındaki şifacılarla bırakmak bir trajedi olurdu (27).

4.2.1. Dünyada Aile Hekimliği

Kanada'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimliği uzun bir geçmişe sahiptir. Kuzey Amerika dışındaki ülkelerde aile hekimliği ve genel hekimlik çeşitli şekillerde gelişmiştir. Örneğin İspanya'da, 1978 Kraliyet Kararnamesi, aile hekimliği uzmanlığını onaylamıştır: “Aile hekimi, sağlık sisteminin temelini oluşturur” denmektedir (28).

Günderlik sağlık uygulamaları ülkeden ülkeye değişiklikler gösterebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada gibi bazı bölgelerde aile hekimliği daha çok hastanelerde uygulanmaktadır. Birleşik Krallık ve Latin Amerika'da olduğu gibi diğer bölgelerde, aile hekimliği, genellikle evde bakımla desteklenmiş, ofis bakımı olarak uygulanmaktadır (29).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) uluslararası düzeyde aile hekimliği ve genel pratisyenliği birleştiren, dünya çapında 300.000 aile hekiminin katıldığı 102 üye ülkedeki 126 üye kuruluşundan oluşan bir topluluktur. 2015 yılında İstanbul, Türkiye, 20. WONCA Avrupa Konferansına ev sahipliği yaptı (29).

4.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliği

Türkiye’de 1983 yılında Aile Hekimliği Uzmanlığı kabul edilmiş ve eğitim İstanbul, Ankara ve İzmir’de 1985 yılında başlamıştır. Ardından 1993 yılında Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı olarak Trakya Üniversitesi’nde asistan kabulüne başlamıştır (30).

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) kuruluşundan 3 yıl sonra 2001 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği’nde (WONCA) ülkemizi temsil etmeye başlamıştır (30).

1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ülkemizi alanında dünyada temsil etme yetkisini kazanmıştır. 2001’de Dünya Aile Hekimleri Birliği’ne (WONCA) temsilci gönderilmiştir (24).

Türkiye’de aile hekimliği 24.11.2004 tarihli kanun ve 06.07.2005 tarihli yönetmelik ile ve pilot uygulaması 15.09.2005 Düzce’de başlamıştır. Halen 81 ilimizde birinci basamakta aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarihli pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. Aile hekimliği günümüzde halen başarı ile sürdürülmektedir. 2009 yılı sonu itibariyle 35 ilde toplam 6 bin 557; 2010 ocak ayında 40 ilde 7 bin 160; günümüzde 81 ilde aile hekimliği faal durumdadır. 2023 yılı itibariyle her 2 bin kişiye bir aile hekimi düşmesi hedeflenmektedir. (31).

4.3.Aile Hekimliğinde Komorbidite

Halk sağlığında ve sağlığın daha geniş belirleyici faktörlerindeki iyileştirmelerin yanı sıra hastalıkların tedavisindeki gelişmeler ile yirminci yüzyılda ortalama yaşam beklentisinde dünya çapında bir artış olmuştur (32).

Eşzamanlı olarak, birden fazla hastalık ile mücadele eden kişilerde de bir artış olmuştur. Hastalara ya da tek tek organ sistemlerine değil, bireye bütüncül odaklanan aile hekimleri, multimorbiditeli hastalara hitap eden başlıca tıp uzmanlarıdır. Multimorbiditeyi düşünürken karşılaşılan ilk zorluk, tanımında yatmaktadır. Çeşitli araştırma çalışmalarında kullanılan multimorbidite tanımlarında geniş farklılıklar vardır.

Multimorbidite aynı kişide aynı anda birden fazla tıbbi durumun meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimliğinde göz önünde bulundurulması gereken karakteristik özelliklerden biridir. Çünkü aile hekimleri açık bir şekilde hastalarına karşı kapsamlı bir yaklaşım sorumluluğunu gösterirler. Bu da multimorbiditenin diğer tıbbi branşlardan daha büyük bir yer tutmasını gerektirir. Multimorbidite aile hekimliği uygulamalarını birçok açıdan etkilemektedir:

Sağlık hizmeti sunumu karmaşıktır ancak bu hizmetin bireysel hastaya sunumu daha da karmaşıktır. Aile hekimleri, vakitlerinin üçte birinden fazlasını üç ve daha fazlası problemi değerlendirmekle harcarlar (33).

Klinik uygulama rehberleri genellikle tek bir hastalığa hakkında olur ve hedef aldıkları hastaların çoğunun bu rehberlerin kapsamından daha fazla hastalığa sahip

olduğunu dikkate almazlar. Klinik rehberler gibi onları destekleyen randomize kontrollü çalışmalar da multimorbiditeli bireyleri dışlarlar. Bu da aile hekimliği için bu rehberlerin uygulanabilirliğini şüpheli kılmaktadır (34).

Multimorbiditenin aile hekimliğinin zaman yönetimi üzerinde önemli bir etkisi vardır (35).

Multimorbidite aile hekimlerinin bilişsel stratejilerini etkilemektedir (36).

Starfield, Lemke, Bernhardt ve arkadaşları (2003), hem belirti koşulları hem de komorbiditeleri için, birinci basamak hekimlerine yapılan ziyaretlerin uzmanlara yapılan ziyaretleri büyük ölçüde aştığını, tek istisnanın ise bazı nadir görülen kronik rahatsızlıklar olduğunu buldu (36).

Birleşik krallık'ta yapılan bir videolu hasta hekim görüşmesi çalışmasında görüşme başına ortalama 2,5 sorun olduğu ve hastaların %41'inde 3 veya daha fazla sorun olduğu saptanmıştır. Ortalama konsültasyon süresi 11,9 dakika olarak hesaplandı ve bu süre her ek sorun için 2 dakika artmıştır (37).

Araştırmalar multimorbiditeye aile hekimliğinde daha fazla rastlanıldığını göstermektedir (38,39).

Hastalık ile ilgili raporlarda yaşlılarda daha fazla biyopsikososyal yük mevcuttur bu da yaşlı sağlık hizmetine daha fazla destek gerektirmektedir (40).

Multimorbiditenin prevalans çalışmalarında, birden fazla kronik rahatsızlığı olan bireyler ruhsal bozuklukları içermektedir. 12 ülkede 70 milyondan fazla hastayı içeren 39 multimorbidite çalışmasının sistematik bir derlemesinin prevalans sonuçları %12,9 ile %95,1 arasında bulunmuştur. Tutarlı bir şekilde, kadınlarda prevalans daha yüksekti. Yaşın ve sosyoekonomik durumun artışıyla birlikte arttığı görülmüştür (41).

Ekonomik olarak yoksun bölgelerde, multimorbidite oranı daha genç yaşlarda ortaya çıkma eğilimindedir ve bu durumlarda ruhsal sağlık problemlerinin ortaya çıkması daha sık olmaktadır (42).

Benzer konuda yapılmış bir diğer araştırma sonucuna göre sekiz veya daha fazla kronik durum düşünüldüğünde, 45-65 yaş arası yetişkinlerin yaklaşık %50'sinde

birden fazla kronik hastalık vardı ve bu durum 75 yaşın üzerindekielerde %80'e yükseldi (43).

2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki doktor ofislerine yapılan ziyaretlerin %15,5'inde üç veya daha fazla tıbbi durum söz konusudur (44).

Multimorbiditenin aile hekiminin çalışması ve hastanın yaşam kalitesi ve yetenekleri üzerindeki etkisi sadece prevalansa değil aynı zamanda tanı tiplerine de bağlıdır. Bazı koşullar diğerlerinden daha büyük etkiye sahiptir. Çoğu zaman hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi risk faktörleri, bireyin yaşam kalitesi üzerinde sağlık hizmetleri sağlayıcıları ile randevuların ötesinde, reçetelenen ilaçların maliyeti ve yaşam tarzı değişikliklerinin çok az bir etkisi olsa da multimorbidite sayılan hastalıklar arasında listelenir. Bu örneğin gelişmiş amfizem veya osteoartrit ile başa çıkmaktan oldukça farklıdır. Şiddet faktörü derecesini saptamak için Kümülatif Hastalık Derecelendirme Ölçeği (CIRS, Chronic Illness Rating Scale) kullanılır. Elektronik sağlık kayıtlarına uyarlanabilen CIRS'in elektronik versiyonu geliştirilmiş ve güvenilir ve geçerli bulunmuştur (45).

Diğer yandan Charlson indeksi, multimorbiditeli hastalarda mortaliteyi ele almaktadır. Hastalık yükü; birinci basamak seviyesindeki hekim ziyaretleri, hastaneye yatış gibi ikincil bakım hizmetlerinin kullanımı dahil, sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi ve bunların hepsinin maliyeti olarak da ölçülebilir.

Bireylerin multimorbidite ile başa çıkma deneyimleri arasında, kısıtlı hareketlilik, fiziksel kısıtlamalar, ağrı, yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı, uykusuzluk, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete, öfke, sinirlilik, kızgınlık, yalnızlık hissi aşığılanma ve yetersizlik gibi belirtilerden kaynaklanan zorluklar sayılabilir. Bunlar, ailevi faaliyetlere katılma kabiliyetinin azalmasına, boşanmalar da dahil olmak üzere birçok ailevi problemlere yol açabilir (46).

Multimorbiditeli hastaların beklentileri:

1. Sağlık hizmeti mensuplarına, tercihen kendilerini iyi tanıyan birine kolay erişim;
2. Bakımın sürekliliği, aşına tanıdık birinin olması;

3. Yazılı materyal de dahil olmak üzere bakım planlarının açık anlaşılır bir şekilde iletilerek iletişim sağlanması;

4. Kendilerini iyi tanıyan biri tarafından sağlanan bireyselleştirilmiş ve koordine edilmiş bakım; ve

5. Dinlenilmek ve anlaşılmak. Bu iletişim açısından, aktif olarak dinleyebilen ve şefkatli bir tutum sergileyen bir hekimin varlığını gerekli kılar (47).

4.4. Aile Hekimliğinde Polifarmasi

İlaçlar günümüzde doğal olarak kronik hastalıklar ile başa çıkmanın ve aile hekimlerinin her zaman başvurduğu en yaygın tedavi metodu olup hastaların yaşamlarının ayrılmaz bir parçası durumundadır. Çoğu kişi için ilaç kullanımı hayatidir. İlaç bir yandan, “normal bir yaşamı” sürdürmek için gerekli görülürken, öte yandan kişiye “normal” olmadığını sürekli hatırlatan onu karmaşık duygusal çelişiklere sevk eden paradoksal bir etmendir (48).

İlaç rejimlerine bağlı kalmak, insanların yaşam tarzına müdahale eder ve yan etkilere ve bunlarla koordinasyona yol açan sorunlara neden olur. İlaç yazdırma işi aile hekimine yapılan ziyaretlerin sık bir parçasıdır ve hastalar hekimle bu işin bir çatışma kaynağı olabileceğini düşünmektedir (49,46).

Multimorbidite yaşla birlikte arttığından, yaşlılardaki ilaç etkileri özellikle önemlidir. Bu etkiler farmakokinetik etkiler (absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve eliminasyon) ve farmakodinamik etkiler (ilaçların vücut üzerindeki etkisi) olarak ikiye ayrılabilir.

İnsanlar yaşlandıkça, vücut yağ oranlarında artış olmakta ve vücut su oranındaki azalma meydana gelmektedir. Lipid çözünebilir ilaçların daha uzun bir yarı ömrüne sebep olur ve suda çözülebilir ilaçlarda daha yüksek bir suda çözünebilir konsantrasyona yol açar. Karaciğer hacmi yaşla birlikte azalır, birçok ilacın (örn. benzodiazepinler, morfin, lipit çözünen beta-blokerler) metabolizmasını azaltır. Bu durumda ayrıca yarı ömürleri uzar. İlaçların renal klirensi de yaşla birlikte azalır ve bu

da her on yılda glomerüler filtrasyon hızında (GFR) yaklaşık %10'luk bir azalma ile sonuçlanır. Çoğu GFR ölçümü kas kütesini dikkate almaz ve zayıf yaşlılarda böbrek fonksiyonunu abartır. Değişen farmakokinetiğe ek olarak, farmakodinamik olarak, yaşlanma, birçok ilaca karşı bireysel duyarlılıklara ve bireysel farmakodinamik değişikliklere yol açar. Yaşlılarda bu kategoride öne çıkan benzodiazepinler, bilinç bulanıklığına ve düşmelere (dolayısıyla kemik kırılmalarına) yol açabilir (50).

Kronik hastalıkların sayısı ve kullanılan ilaçların sayısı arttıkça, aile hekimleri özellikle yeni semptomları tespit etmekte zorlanmaktadır. Karşılaşılan yeni durum, yeni semptomların varlığı veya mevcut olanların kötüleşmesi mi daha fazla hastalığın ortaya çıkması mı, yeni bir hastalığa mı bağlı, ilaç veya ilaçların yan etkisini mi, ilaç etkileşimi mi, organ işlevlerinin yaşlanmayla birlikte azalması mı yoksa bunların tümü mü olduğu konusunda aile hekimi kararsız kalır. Bu zorluğu isimlendirmek için yararlı bir terim, “karışık morbiditedir” (51).

Klinisyen için, çeşitli kronik rahatsızlıkları olan ve çeşitli ilaçları olan yaşlı bir hastada yeni bir akut durumun başlangıcının tanısını koymak, tıpta en zor durumlardan biridir.

Aile hekimlerin multimorbidite ile ilgili algıları üzerine yapılan nitel bir meta-etnografik araştırmanın sonucunda, dört zorluk alanı vurgulanmıştır: sağlık sisteminin dağılımı ve parçalanması; kılavuzların ve kanıt temelli tıbbın yetersizliği, hasta merkezli sağlık hizmeti sunmaya çalışırken karşılaşılan zorluklar ve ortak karar vermenin önündeki engeller (52).

Kılavuzlar (klinik rehberler) genellikle tek hastalıklara özgüdür ve multimorbiditeye, yaşam kalitesini ve hasta tercihlerini dikkate almazlar (53,54,55).

Bu sorunun üstesinden gelmek için öneriler mevcuttur ama bunları başarmak biraz zaman alacaktır (56).

Her halükârda, bu kılavuz ve rehberlerin uygulanması birçok açıdan sınırlı olacaktır. Herhangi bir kronik hastalıkta, çevre, hastanın özellikleri ve hastanın tercihleri, daha fazla önem kazanır ve birden fazla kronik hastalık mevcut olduğunda (multimorbidite) bunlar daha da önem kazanır.

Bu zorlukların çözümü için birtakım yaklaşımlar önerilmiştir. Amerikan Geriatri Derneği, birden fazla şikâyeti olan hastaların karşılaştığı sorunlara klinik yaklaşımı yönlendirmek için beş alan belirlemiştir. Bunlar: hasta tercihleri, kanıtları yorumlama, prognoz, klinik fizibilite ve tedavi ve bakım planlarını optimize etmektir. Her alan için, uygulamayı nasıl bilgilendirdikleri konusunda öneriler sunulur. Sıra, hastanın durumuna bağlı olarak değişecektir (57).

İlk prensip, ilaç-ilaç, ilaç-hastalık etkileşim olasılığını göz önünde bulundurarak, kapsamlı bir etkileşim değerlendirmesidir. Hastanın mevcut tüm hastalıklarının yanı sıra bakımıyla ilgilenen diğer tüm hekimlerin ve terapistlerin güncel bir listesini tutmak önemlidir. Etkileşim değerlendirmesi, ruhsal sağlık, psikolojik ve bilişsel durumun sürekli izlenmesi ve sosyal statüdeki değişiklikler ile günlük yaşam aktivitelerinde yardım ihtiyacını etkileyebilecek değişimleri dahi içerir. İkinci prensip, planlanmış tedaviler arasında öncelikli olanı belirlemektir. Buna öncelikle hasta tercihlerini onunla tartışmak ile başlamalıdır. Aile hekimlerinin ve hastalarının uzun süreli ilişkileri bağlamında, hasta tercihlerinin de değişen yeni koşullar, yeni hastalıklar veya durumlar ile zamanla değişebileceği kabul edilmelidir. Bu tercihler düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir. Üçüncü prensip, ortak, gerçekçi hedefleri karşılayan ve tedavi edici, izleme, önleyici ve hastanın kendi başına yönetmesini dikkate alan bir bakım planı oluşturmaktır (58).

Aile hekimliğinde polifarmasinin yönetimi şimdikinden çok daha fazla dikkat gerektirmektedir. Hastanın önceliklerini anlamak, ilaç kullanımı konusunda ortak bir zemin oluşturmak için gereklidir. Hastalarının hayatlarını, aile ve sosyal ortamını bilen aile hekimleri, onların iş görmesini sağlayabilecek hem farmasötik hem de non-farmasötik tedavi konularında yardımcı olacak iyi bir konumdadır. Birden fazla ilaç kullanan hastaların, ilaçların hepsini gerçekten kullanmaları gerektiğini doktorlarına sormaları yaygındır. Bu, bireyin kendi deneyimlerini gözden geçirme ve her ilacın amacını anlamalarına yardımcı olma fırsatı sunar. Bununla birlikte, hekimin hastalık merkezli yaklaşımdan vazgeçilmesi ve “Bu ilacın bu kişinin kendi kendini yönetmesine ve hedeflerine ulaşmasına nasıl katkıda bulunur” düşüncesini dikkate alması önemlidir (59).

START (Screening Tool to Alert doctor to Right Treatment, Doğru Tedavi İçin Doktoru Uyarma Tarama Aracı) / STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription, Yaşlı Kişilerde Reçete Tarama Aracı) kriterleri gibi araçlar, özellikle yaşlılarda ilaç incelemesi yapmak için çok yardımcı olan yöntemlerdir (60).

4.5. Konsültasyon ve Sevk

Aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biri, tüm sağlık ve sosyal kaynakları hastalarına uygun bir şekilde paylaşmaktır. Aile hekiminin sürekli bakım ve sorumluluğu olmadan, başka başka branşlardaki parçalanmış uzmanlıkların koordine olmayan bakım çabası hem israftır hem de tehlikelidir. Bu nedenle hem kendi aralarında hem de diğer sağlık mensuplarıyla etkili iletişim, aile hekimlerinin mutlaka sahip olması gereken bir beceridir. İletişim hataları, hastaya yanlış tanı veya yanlış uygulanan tedavi olarak yansiyabilir. Modern tıbbın karmaşıklığı, sorumlulukların bölünmesiyle tehlikeli bir şekilde risklerle karşı karşıyadır.

Avustralya'da yapılan bir çalışmada bir yılda çoğunlukla bir uzmana, sağlık hizmetlerine, hastaneye ve acil servise sevk her 100 kişide 10,6 olarak tespit edilmiştir. Uzmana sevk, ortopedik cerrahlara, göz doktorlarına, cerrahlara ve jinekologlara en sık olmakla beraber 100 kişi başına 7,7 oranında olmuştur (61).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, ofis ziyaretlerinin %5,1'i sevk ile sonuçlanmıştır; cerrahlar ve diğer uzmanlar bu sevklerin %76'sından fazlasını oluşturmuştur (62).

Güneybatı Ontario'da 23 aile hekimliği biriminde 5 yılda 29.303 hasta 544.398 başvuru yapmış. Bu zaman diliminde birim başına ortalama sevk 2.694 idi ve her hasta için ortalama 2 sevk gerçekleşmiştir (63).

1993'ten 2009'a kadar ki Birleşik Devletler Ulusal Ambulatuvar Tıbbi Bakım Araştırması ve Ulusal Hastane Ayaktan Sağlık Araştırması verilerine göre, hekime ayaktan muayenelerin başka bir doktora sevk olasılığının %4,8'den %9,3'e arttığı tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti için bu artış %5,8 ile %9,9 arasındaydı (64).

Konsültasyonda hekim hastadan sorumlu olup sadece bir başka hekimin veya başka sağlık personelinin tavsiyesini almaktadır. Her ne kadar bu tavsiye önemli olsa da bağlayıcı değildir. Aile hekimleri genelde bir uzmandan tavsiye alsa da bir aile hekimi diğer bir aile hekiminden de tavsiye alabilmektedir

Pratisyen hekimler, özellikle kırsal veya uzak bölgelerde, genellikle meslektaşları tarafından başvuru alan bir yetenekleri olmaktadır (örneğin anestezi ve ameliyat Kadın Hastalıkları). Bu tür düzenlemelerin özel bir tanımı yoktur, ancak bölgelerindeki tıbbi talepleri karşılamak için gereklidir. Son zamanlarda, şehir aile hekimleri özel ilgi alanları kendilerini geliştirdiler. Birleşik Krallık'ta, özel ilgi alanlarına (GPwSI, General Practitioners with Special Interest) sahip olan pratisyen hekimlerin meslektaşlarına bu ek hizmetleri sunarken topluma birinci basamak sağlık hizmeti vermeyi sürdürmeleri beklenmektedir. Bu yan yetenek, sağlık giderlerini ve gereksiz ikincil basamak sevkleri azaltmayı amaçlamaktadır. Ayrıca birinci basamakta hastalara daha etkili sağlık hizmetini gecikme olmadan eve yakın bakım hizmetlerini sunmayı amaçlamaktadır. Eşzamanlı olarak var olan multimorbiditelere bütüncül bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu kişilerin akreditasyonu, yetkinlik kapsamlarını ve aynı zamanda bölgenin ihtiyaçlarını dikkate almaktadır (65).

Birçok ülkede yapılan çalışmalar hastaların sevk edilme konusunda hekimleri üzerinde yüksek derecede etkili olduğunu göstermektedir (66, 67).

Sevk, hastanın bakım sorumluluğunun bazı yönleriyle aktarımı anlamına gelir. Aile hekimi için, sorumluluk transferi hiçbir zaman tam olarak gerçekleşemez, çünkü her zaman hastanın refahı için genel bir sorumluluk taşımak zorundadır. Hasta uzak bir tıbbi merkezde büyük bir ameliyat geçirse bile, aile hekimi hem hasta hem hastanın ailesi ve hem de cerrah (vb. diğer sağlık çalışanı) için ulaşılabilir olmalıdır. Yönlendiren hekim ve yönlendirilen uzman arasındaki sorumluluk paylaşımı açıkça tanımlanmalıdır. Parçalanmış sağlık hizmetinin tehlikesi, bölünmüş sorumluluk paylaşımıdır. Bu, "danışıklı döğüş gibi sorumluluktan kaçmalar" olarak adlandırılan şeylere kolayca yol açabilir. Bu, kimin sorumlu olduğu konusunda net bir anlayışa sahip olmayan bir hastanın yönetimi anlamına gelmektedir. Ekip çalışması iyi bir hasta bakımı için gerekli olsa da takımlar karar vermemelidir. Klinik kararlar için hastadan kimin sorumlu olduğu her zaman açık olmalıdır (68)

Sevk etme kararı karmaşıktır ve iyi anlaşılmamaktadır. Bir müdahale olarak görülmeli ve muhtemel sonuçlarla ilgili olarak diğer müdahaleler gibi titizlikle üzerinde durulmalıdır. Sevk için yaygın olarak kabul edilen bir kılavuz (rehber) yoktur ve hekim alışkanlıklarından diğer her şeyden daha fazla etkilenmektedir (69).

Sevk oranı genellikle, her 100 başvuru için (ofis veya ev) olan sevk sayısı olarak ifade edilir. Sevk modelleri üzerine yapılan çalışmalar hekimler arasında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir (70).

Sevk oranı ile; uygulama popülasyonların yaşı, sosyal sınıfı, sevk olan vakalar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Hollanda da yapılan iki çalışma hastaneden konumsal uzaklık ve doktorun defansif doktorluğuna yönelik tutumunun sevk oranlarıyla zayıf bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur (71).

15 Avrupa ülkesinde yapılan bir araştırma, sevk oranları ile doktora başvuru sayısı arasında güçlü bir ters ilişki göstermiştir. Düşük sevk oranı olan doktorların iş günlerinde yüksek sevk oranı olan doktorlardan daha fazla hastaya hizmet verdiği saptanmıştır. Daha yüksek güven oranı ve tanı kesinliği olan doktorlarda yapılan iki çalışmada da daha yüksek sevk oranlarının olduğu saptanmıştır (72,73).

Bu çalışmalardan, sevkin çok karmaşık bir süreç olduğu ve sevk oranları ile sağlık hizmetinin kalitesi arasındaki ilişkilerle ilgili sonuçlara atlamamanın önemli olduğu açıktır. Nicel tanımlayıcı verilerin iyi bir şekilde anlaşılması sağlanmıştır ve bu konuların sayısal yöntemlerle araştırılması ve bazı kavramsal çerçeveler üzerinde araştırmaların yapılmaktadır. 45 doktorla görüştü ve yüksek sevk oranları ile doktorların kendine güven eksikliği ve sevk konusundaki defansları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Literatürdeki bazı çalışmalar aile hekimleri, konsultanlar ve hastalar arasındaki güveni tatminini sevkin referansı olarak tanımlamışlardır. Diğer bazı çalışmalar da hem nicel hem de nitel yöntemler kullanan bir sevk kararını analitik bir çerçevede değerlendirmişlerdir (74).

Başarılı bir sevkin en önemli şartı hekim, konsültan yani sevk edilen hekim ve hasta arasında iyi bir iletişime bağlıdır ve bu iyi iletişim, sağlık hizmetlerinin birincil, ikincil ve üçüncül sektörleri arasındaki entegrasyon derecesinin bir yansımasıdır. Bu

birimler arasındaki iletişim problemlerini incelerken, süreçteki şu sayılan tüm katılımcılara kulak vermek önemlidir: hastalar, sevk eden doktorlar, konsültan hekimler, hemşireler, yöneticiler ve personel. İletişim sorunları nadiren herhangi bir kişi veya grubun hatasıdır. Çözüm için muhtemelen iletişim ağında çeşitli noktalarda müdahaleye etmeyi gerektirir.

Yönlendiren hekimler ve uzmanlar arasındaki iletişimi geliştirmeyi amaçlayan yöntemler geliştirilmiştir. Sevk formları ve süreçlerinin bazı standardizasyonlara ihtiyaçları olduğunu vurgulanmaktadır (75).

5. MATERYAL VE METOT

Ocak 2016 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında İstanbul Avrupa yakasında bulunan eczanelere ilaç temini için gelen hastalardan ankete katılmayı kabul eden toplam 76 reçete sahibin olguları değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil etme kriterleri: Çalışmanın yapılacağı eczaneye çalışma süresi içerisinde başvuran ve anket yapma teklifini kabul eden tüm hipertansiyon hastası tanısı almış ve hipertansiyon ilacı içeren reçete sahipleri çalışmaya dahil edilmiştir. Bu konuda herhangi bir ayırım yapılmamıştır. Bu şartları sağlamayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Tez konusuna uygun olarak oluşturulan anket formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Anket formu, deneklerin demografik bilgilerini hipertansiyon ile ilgili olarak hastaların başvurduğu hekimlerin hipertansiyon tanı ve tedavi yaklaşımlarına yönelik sorulardan oluşan sorulardan oluşmaktadır. Anket soruları hipertansiyon ile ilgili literatür incelenerek hazırlanmış olup anket hastalarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Onam vermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Verilerin analizi “Statistical Package of Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) 23.0 for Windows” istatistik paket programında yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma ve yüzde şeklinde ifade edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu One sample Kolmogorov-Smirnov testi ile araştırıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ve standart hata ortalaması şeklinde ifade edildi. İstatistiksel analiz için Kruskal Wallis, Ki-Kare (Pearson Chi-Square gerektiğinde Fisher's Exact) ve t testi kullanılmış, nominal olarak ölçülen değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edildi. Değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönü korelasyon katsayısı (r) ile değerlendirilmekte olup; buna göre pozitif değerler aynı yönde ilişkiyi, negatif değerler ise birbirine ters yönde ilişkiyi göstermektedir. İlişkinin gücü 0,10-0,25 arasında ise zayıf; 0,26-0,50 arasında ise orta; 0,51-1,0 ise güçlü olarak değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ olasılık değeri anlamlı kabul edildi.

6. BULGULAR

Çalışmamıza, 76 hasta onamları alındıktan sonra dahil edilmiştir. Çalışmamızda yaş parametresi normal dağılım (One sample Kolmogorov-Smirnov test) göstermekte iken cinsiyet ve eğitim durumu parametrelerimiz normal olmayan dağılım göstermektedir. Benzer şekilde anket sorularımız olan:

- (1) Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?
- (2) Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?
- (3) Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?
- (4) Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?
- (5) Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?
- (6) Aile Hekiminiz, ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sordu mu?
- (7) Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi? parametleri de normal olmayan dağılım göstermektedir.

Çalışmamızda, cinsiyete göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ki-kare=0,842; p=0,359). Aşağıdaki tablo ve grafikten kadın ve erkek frekans ve yüzdeleri görülmektedir.

Tablo 6.1 Tanımlayıcı İstatistikler

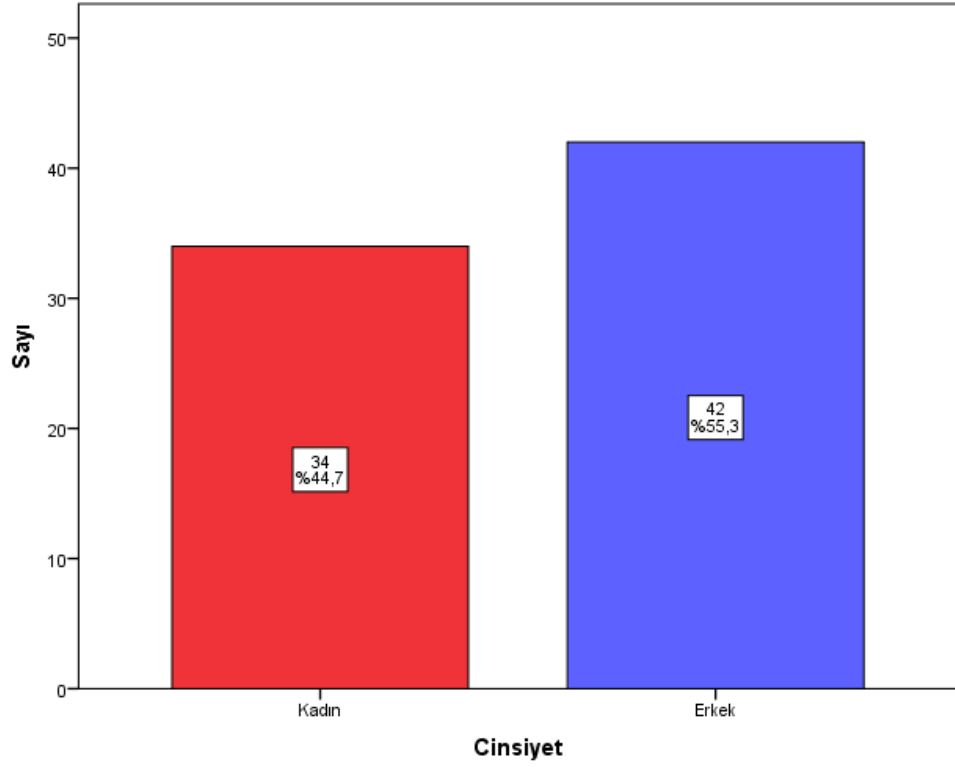
	Cinsiyet	Yaş
N	76	76
Ortalama	-	56,90
Standart Hata (Ort)	0,057	1,46
Standart Sapma	0,501	12,72
Minimum	-	30
Maksimum	-	90

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere 76 bireyden oluşan örneklemimizin yaş ortalaması 57,3; yaş aralığı 30-90 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6.2 Cinsiyete Göre Hipertansiyon Dağılımı

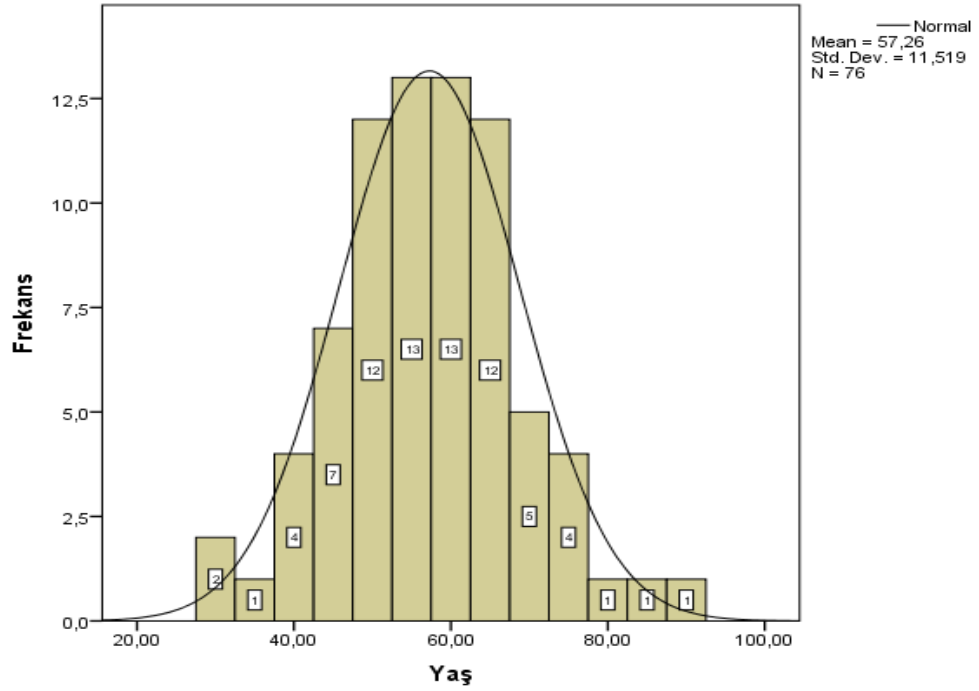
	Frekans	Yüzde
Kadın	34	44,7
Erkek	42	55,3
Total	76	100,0

Örneklemimizin %44,7'sinin erkek %55,3'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 6.1 Hipertansiyon Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımları

Çalışmamızda, yaşa göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ki-kare=31,053; p=0,659). Bir başka deyişle hipertansiyon olma durumu örneklemimizin yaş aralığı olan 30 ile 90 arasındaki yaşlarda farklı değildir.

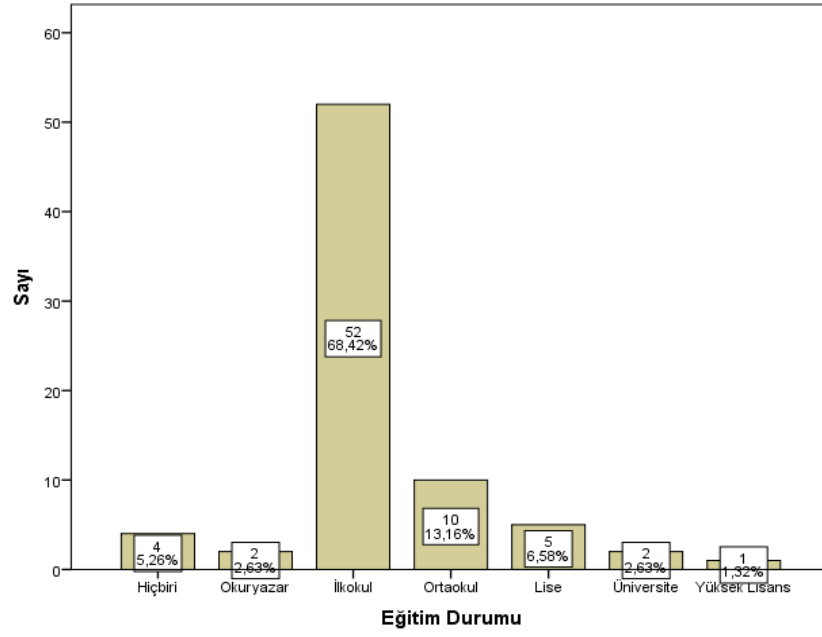


Şekil 6.2 Hipertansiyon Hastalarının Yaşa Göre Histogram Grafiği

Çalışmamızda, eğitim durumuna göre hipertansiyon durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=186,868; p=0,001). Hipertansiyonlu hastalarda eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Azalan sıralama; ilkokul> ortaokul> lise> hiç> üniversite=okuryazar> yüksek lisans şeklinde olup ilkokul örneklemimizin %68,4'ünü oluşturmaktaydı.

Tablo 6.3 Hipertansiyon Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

	Frekans	Yüzde
Hiç	4	5,3
Okuryazar	2	2,6
İlkokul	52	68,4
Ortaokul	10	13,2
Lise	5	6,6
Üniversite	2	2,6
Yüksek lisans	1	1,3



Şekil 6.3 Hipertansiyon Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

6.1. Anket soruları

Aşağıdaki tablodan örneklemimizin anket sorularına verdiği cevapların tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. 76 hipertansiyon hastasının cevapladığı sorular ile ilgili olarak daha açıklayıcı tablo ve şekiller ve bu cevapların istatistiksel olarak anlam değerleri aşağıda verilmektedir.

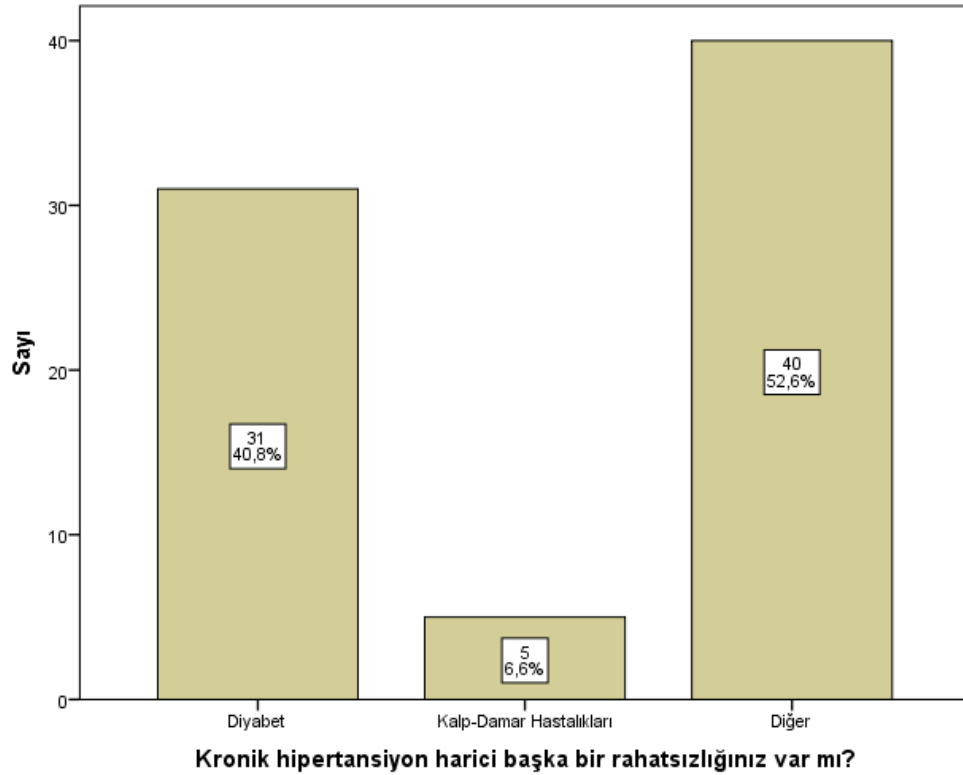
Tablo 6.4 Anket Sorularının Tanımlayıcı İstatistikleri

	SORU 1	SORU 2	SORU 3	SORU 4	SORU 5	SORU 6	SORU 7
N	76	76	76	76	76	76	76
Std. Hata	0,111	0,046	0,033	0,022	0,043	0,037	0,037
Std. Sapma	0,966	0,401	0,291	0,196	0,379	0,325	0,325
Varyans	0,932	0,161	0,085	0,038	0,144	0,106	0,106
Değer.Aralığı	2	1	1	1	1	1	1

Tablo 6.5 Multimorbidite Dağılımı Çıkarımsal İstatistikleri

Soru 1: Kronik Hipertansiyon Harici Başka Bir Rahatsızlığınız Var Mı?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Diyabet	31	25,3	5,7
Kalp-Damar Hastalıkları	5	25,3	-20,3
Diğer	40	25,3	14,7
Total	76		

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?” sorusuna “Diyabet” diyenlerin sayısının %31 olduğu “Kalp-damar hastalıkları” diyenlerin ise bunun 5’te 1’inden az olduğu saptanmıştır. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=26,079; p=0,001).

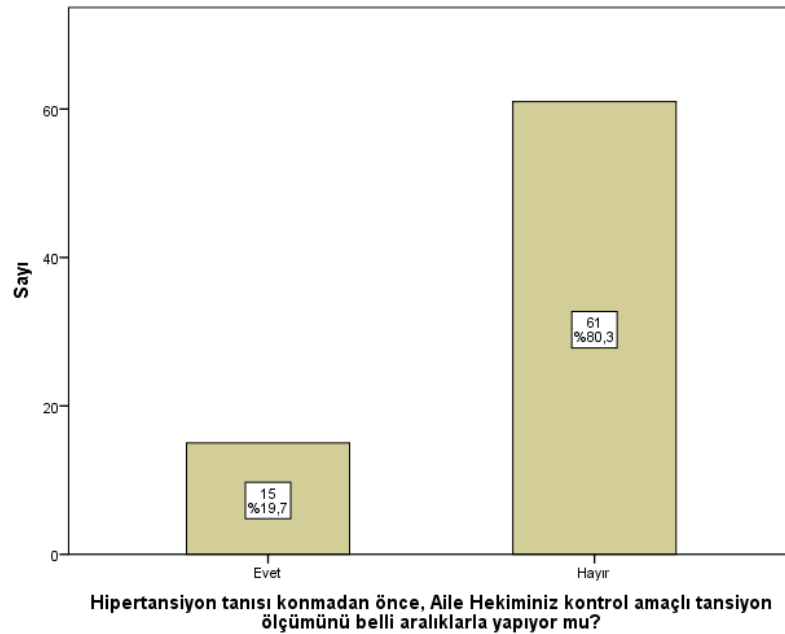


Şekil 6.4 Multimorbidite Dağılım Grafiği

Tablo 6.6 Hipertansiyon Tanısı İçin Laboratuvar Testi Yapılmasıyla İlgili Çıkarımsal İstatistikleri

	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	15	38	-23
Hayır	61	38	23

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?” sorusuna “Hayır” diyenlerin sayısının “Evet” diyenlerin sayısından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. “Hayır” diyenler ile “Evet” diyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ki-kare=27,842; p=0,001).



Şekil 6.5 Soru 2: Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?

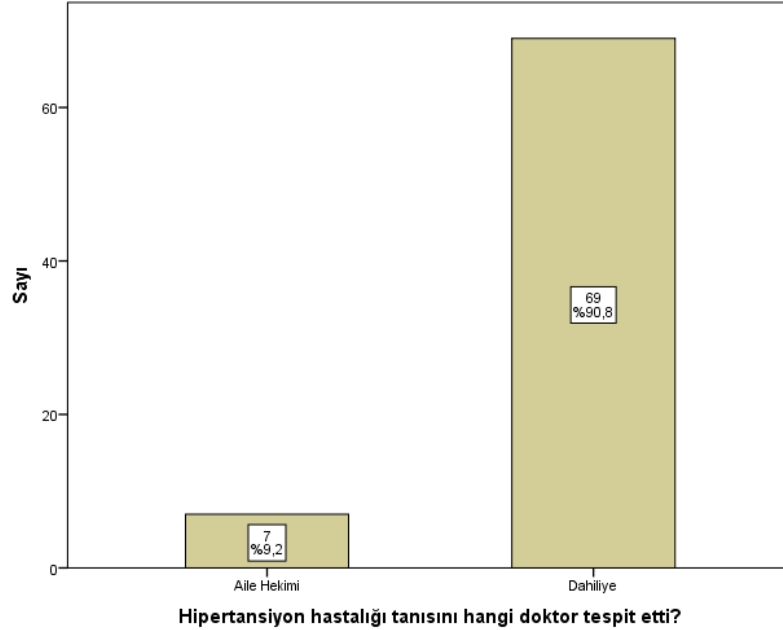
Aile hekimlerinin tanı konmadan önce örnekleminizin %19,7'sinden belli aralıklarla laboratuvar testi istedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 6.7 Hipertansiyon Tanısını Tespit Eden Hekimlerin Branşa Göre Çıkarımsal İstatistikleri

Soru 3: Hipertansiyon Hastalığı Tanısını Hangi Doktor Tespit Etti?

	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Aile Hekimi	7	38	-31
Dahiliye	69	38	31

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti? Sorusu sorgulandığında “Aile Hekimi” diyenlerin sayısının “Dahiliye” diyenlerin sayısının nerdeyse ancak 10’da 1’i olduğu tespit edilmiştir. Branşlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=50,579; p=0,001).



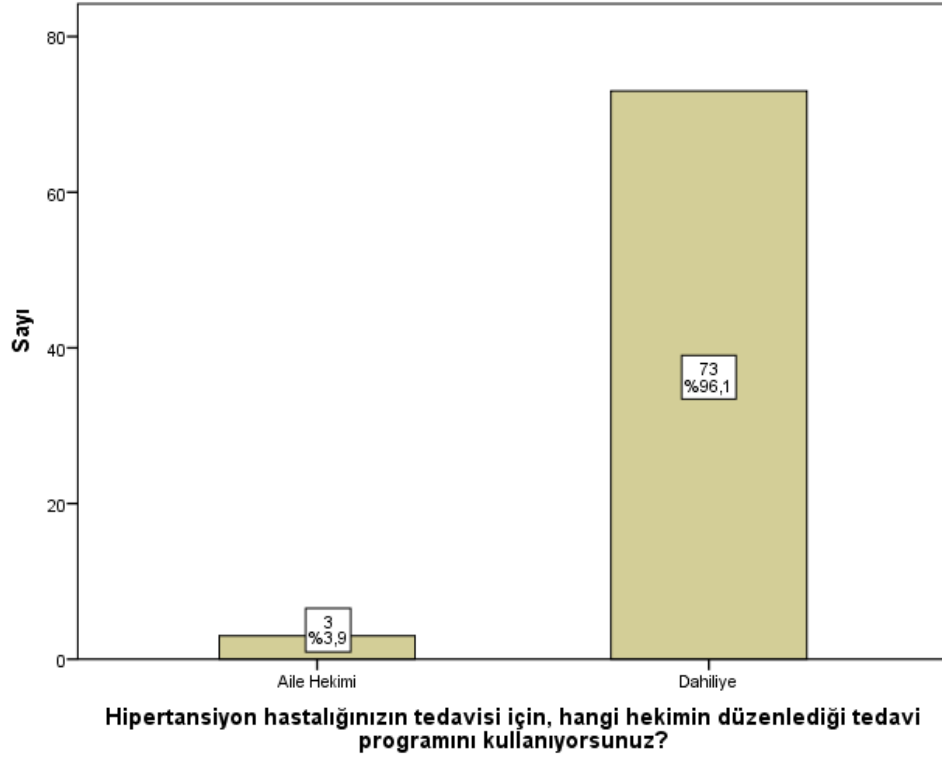
Şekil 6.6 Soru 3: Hipertansiyon Ön Tanısını Hangi Hekim Tespit Etti?

Örnekleminiz hipertansiyon ön tanısı konma bakımından incelendiğinde aile hekimlerinin hastaların %9,2’inde hipertansiyonun ön tanısını tespit ettiği görülmüştür.

Tablo 6.8 Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?

Soru 4: Hipertansiyon Hastalığınızın Tedavisi İçin, Hangi Hekimin Düzenlediği Tedavi Programını Kullanıyorsunuz?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Aile Hekimi	3	38	-35
Dahiliye	73	38	35
Total	76		

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?” sorusu sorgulandığında “Aile Hekimi” diyenlerin sayısının “Dahiliye” diyenlerin sayısının nerdeyse ancak %4’ü olduğu tespit edilmiştir. Branşlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=64,474; p=0,001).



Şekil 6.7 Hipertansiyon Hastalığının Tedavisi İçin, Tedavi Programını Uygulanan Branş

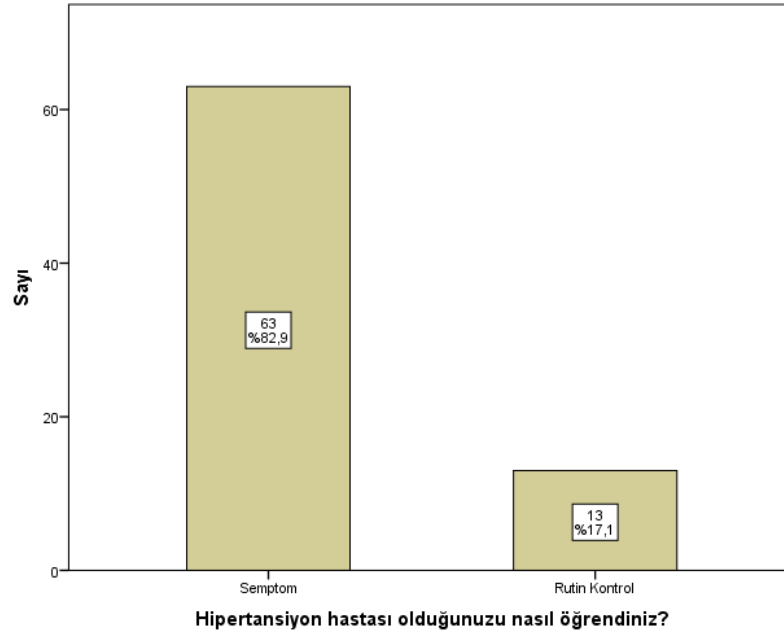
Örnekleminiz hipertansiyon hastalığının tedavisi için, tedavi programını uygulanan branş bakımından incelendiğinde aile hekimlerinin hastaların %3,9'unun hipertansiyon tedavi için aile hekimlerinin tedavi programını uyguladıkları tespit edilmiştir.

Tablo 6.9 Hipertansiyon Tanısı İle İlgili Çıkarımsal İstatistikler

Soru 5: Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Semptom Var	63	38	25
Rutin Kontrol	13	38	-25

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere hipertansiyonun tanısı veya ön tanısını nasıl aldıkları ile ilgili olarak “Semptom Var” diyenlerin sayısının “Rutin Kontrol” diyenlerin sayısından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. “Semptom Var” diyenler ile

“Rutin Kontrol” diyenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=32,895; p=0,001).



Şekil 6.8 Soru 5: Hipertansiyon Hastası Olduğunuzu Nasıl Öğrendiniz?

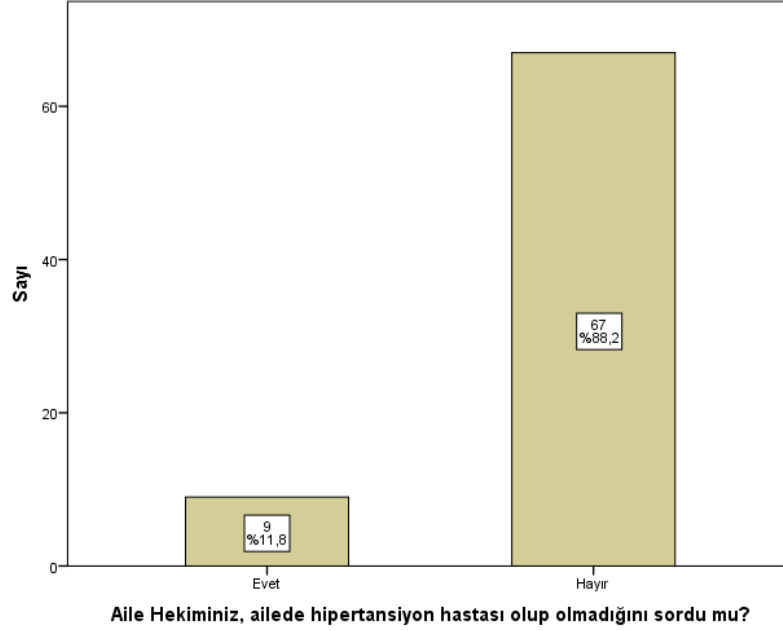
Örneğimiz hipertansiyon tanısı alma bakımından incelendiğinde hastaların %82,9’unun semptomları olduğu; %17,1’inin rutin kontrol esnasında hipertansiyon ön tanısını aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 6.10 Aile Hekiminin Ailede Hipertansiyon Hastası Varlığını Sorgulaması

Soru 6: Aile Hekiminiz, Ailede Hipertansiyon Hastası Olup Olmadığını Sordu Mu?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	9	38	-29
Hayır	67	38	29

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere hastalara aile hekiminin hipertansiyonla ilgili aile öyküsü varlığını sorgulamasına “Hayır” diyenlerin sayısının daha fazla

olduğu tespit edilmiştir. “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=44,263; p=0,001).



Şekil 6.9 Soru 6: Aile Hekiminin Ailede Hipertansiyon Hastası Varlığını Sorgulaması

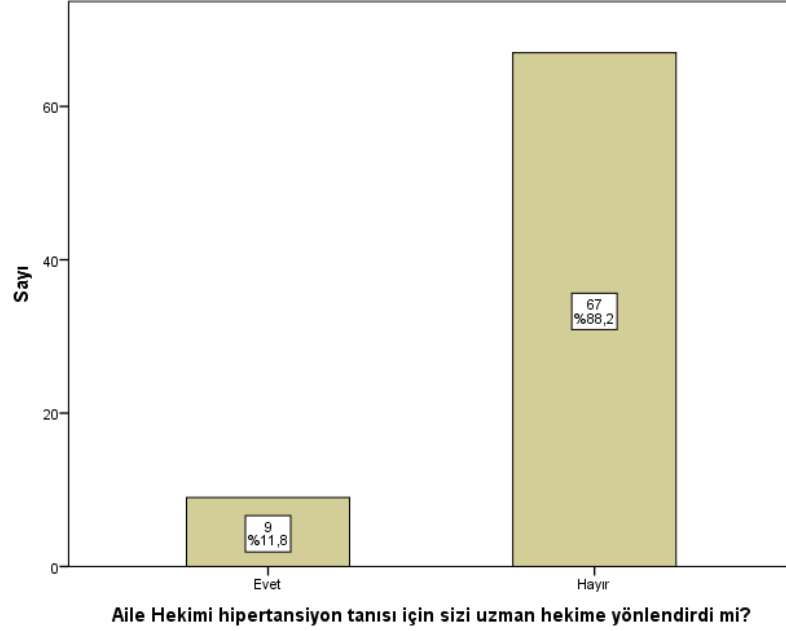
Örnekleminiz hipertansiyon ile ilgili olarak hastanın aile öyküsünü sorgulama bakımından incelendiğinde aile hekimlerimizin % 11,8’unun aile öyküsü varlığını sorguladığı görülmüştür.

Tablo 6.11 Aile Hekiminin Hastayı Uzman Hekime Yönlendirmesi Çıkarımsal İstatistiği

Soru 7: Aile Hekimi Hipertansiyon Tanısı İçin Sizi Uzman Hekime Yönlendirdi mi?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	9	38	-29
Hayır	67	38	29

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere hastalara aile hekimlerinin kendilerini uzman hekime yönlendirmesi sorulduğunda “Hayır” diyenlerin sayısının daha fazla

olduğu tespit edilmiştir. “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=44,263; p=0,001).



Şekil 6.10 Soru 7: Aile Hekiminin Hipertansiyon Tanısı İçin Hastayı Uzman Hekime Yönlendirmesi

Örnekleminizde hipertansiyon tanısı için hastayı uzman hekime yönlendiren aile hekimi yüzdesi %11,8 olarak tespit edilmiştir.

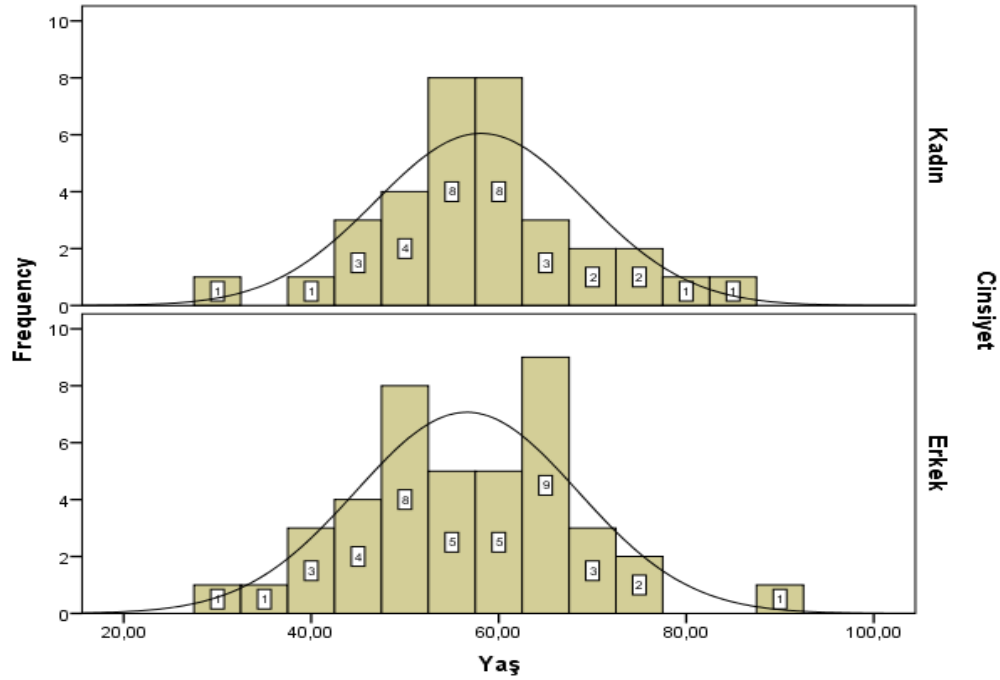
Tablo 6.12 Anket Soruları ve Çıkarımsal İstatistikleri

Sorular	Ki-kare	df	p
1. Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?	26,079	2	0,001
2. Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?	27,842	1	0,001
3. Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?	50,579	1	0,001
4. Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?	64,474	1	0,001
5. Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?	32,895	1	0,001
6. Aile Hekiminiz, ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sordu mu?	44,263	1	0,001
7. Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi?	44,263	1	0,001

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Hipertansiyonun Cinsiyet ve Yaş Parametrelerine Göre İncelenmesi

Çalışmamızca olguların yaşları cinsiyetlerine göre incelenmiştir. Grupların yaş ortalamaları ortalama \pm standart hata ortalaması şeklinde ifade edildiğinde kadın ($58,09 \pm 1,92$) ve erkekler ($56,6 \pm 1,82$) olarak tespit edilmiştir. Grupların istatistiksel olarak birbirinden farklı olup olmadığı bağımsız örneklem testi ile analiz edilmiş buna göre kadınlar ve erkeklerin yaşlarının anlamlı olarak birbirinden farklı olmadığı tespit edilmiştir (independent t-test; $p=0,578$).



Şekil 7.1 Örneklem Yaş Dağılımının Cinsiyete Göre Histogram Grafiği

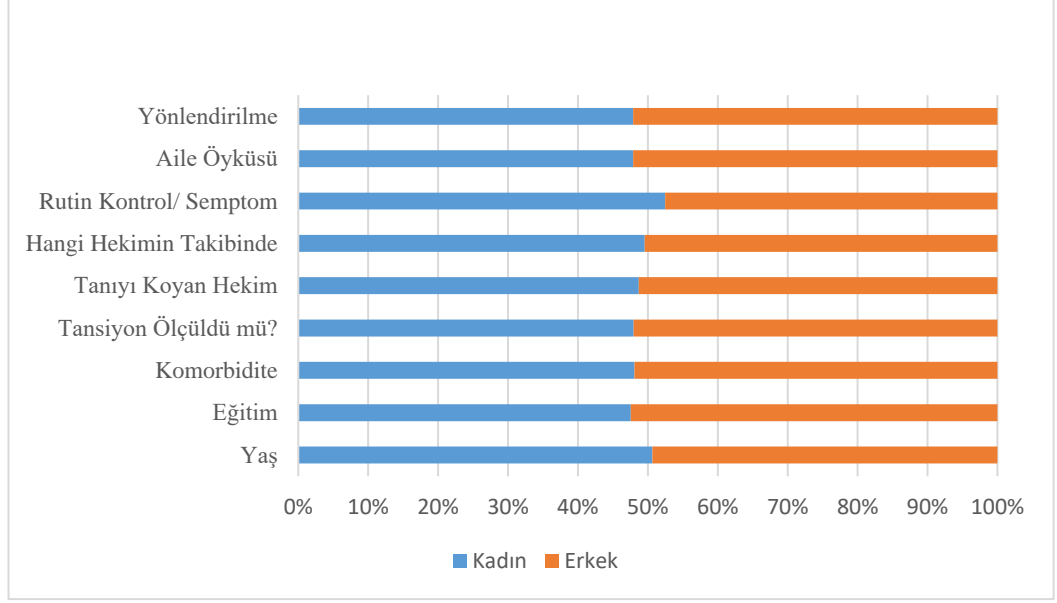
Histogram grafiğinden de daha ayrıntılı görüleceği üzere örneklemimizin başka bir ifadeyle hipertansiyon hastalarından ilacını almaya gelip anket çalışmasına katılmayı kabul edenlerden kadınların yaş ortalamasının daha fazla olmasına karşın ilacını eczaneden almaya gelen kitle olması klinik eczacıların hastaya yaklaşımında yaşlı kadınları göz ardı etmemesi gerektiğini onların görüldüğü üzere en az erkekler kadar

eczaneden ilaç alma eylemi içerisinde olduğunu göstermektedir. Kadınların ilaca olan uyumunun daha düşük olduğu ve bizlerin kadın hastalara daha fazla ilgilenmemiz gerektiği hususu ülkemizde yapılan çalışmalara konu olmuş bu husus tavsiye olarak belirtilmiştir (76).

Yine klinik eczacının hasta ile olan iletişimi noktasında bahse konu yaş ortalamalarını ve cinsiyetleri dikkate almaları ve bu doğrultusunda kendilerini geliştirmeleri veya eczacılık fakültesinde eczacıların eğitilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Literatürde hipertansiyon hastalarının ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile ilaçla ilgili bilgilendirilmeleri ile anlamlı ilişki gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin ülkemizde Cingil ve ark. yaptığı “Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi” çalışmasında sonuç bölümünde Hipertansiyonlu hastalar sağlık personeli tarafından ilaç kullanımı konusunda mutlaka eğitilmeli ve izlenmeli olduğu ve hipertansiyon hastalarının Hastaların yaklaşık üçte birinin uyuncunun (compliance, adherence) iyi olmadığı ifade edilmektedir (77).

Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının cinsiyet faktörü açısından birbirinden farklı olup olmadığı incelendiğinde eğitim durumu ile anket sorularından aile hekiminin aile hipertansiyon öyküsü sorgulaması ve aile hekiminin hastayı uzman hekime yönlendirme açılarından cinsiyet faktörünün etkili olduğu görülmektedir. Bir başka ifade ile kadın veya erkek olmak bunlarda belirleyici olmaktadır.



Şekil 7.2 Örneklemin Cinsiyete Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

Cinsiyete göre örnekleminiz incelendiğinde erkek ve kadın hastaların tek tek dağılımı yukarıdaki şekilden de açık bir şekilde görülmektedir. Örnekleminizdeki hipertansiyon hastaların cinsiyet açısından birbirinden farklı olmadığı istatistiksel olarak tespit edilmiştir.

Benzer şekilde aşağıdaki tablodan da görüleceği üzere her iki cinsiyet de “multimorbidite, aile hekiminin kontrol amaçlı tansiyon ölçümü yapması, hipertansiyon tanısını teşhis eden hekimin branşı, hipertansiyon tedavisi için tedavi programını uygulanan hekimin branşı” değişkenleri birbirinin aynıydı. Buna karşın aile hekiminin hastalık öyküsünü sorgulama ve hastasını başka bir hekime yönlendirme eğilimlerinin istatistiksel olarak anlamlı olması çalışmamızda tespit ettiğimiz rasyonel olmayan ve kanıta dayalı tıp ile uyuşmayan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bahse konu aşağıda daha ayrıntılı tartışılmaktadır.

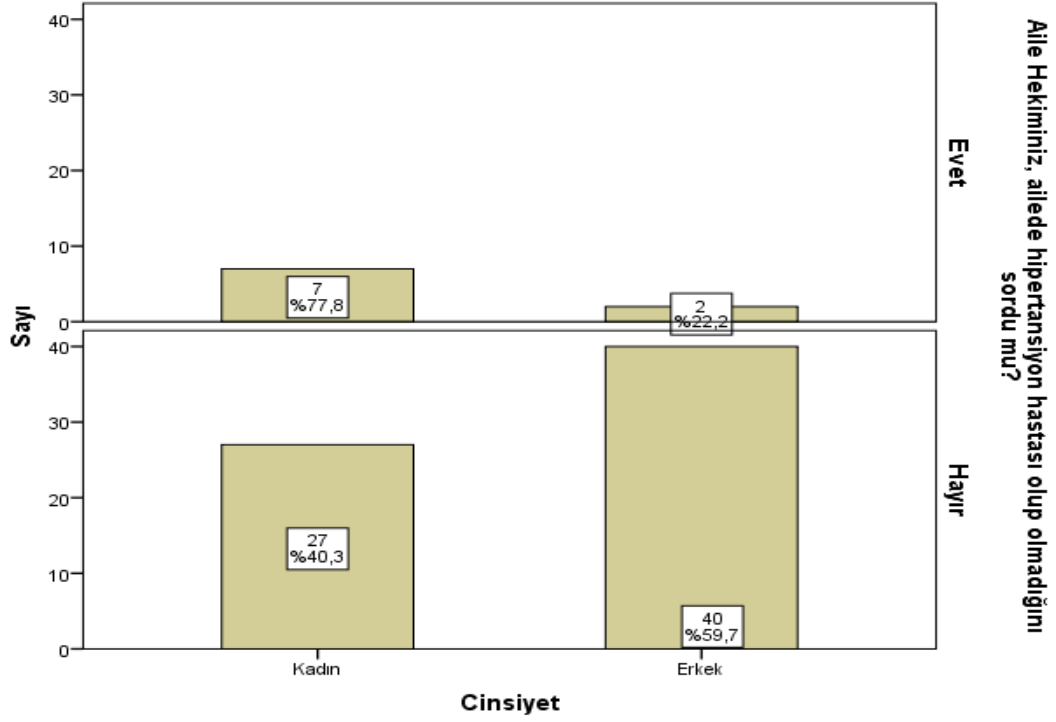
Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?

Tablo 7.1 Cinsiyet Faktörünün Çalışmamızdaki Belirleyiciliğinin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Parametreler	Pearson Ki-Kare	p
Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?	0,766	0,381 !
Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?	3,635	0,057
Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?	2,222	0,232 ”
Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?	0,608	0,584 ”
Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?	1,791	0,181
Aile Hekiminiz, ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sordu mu?	4,508	0,070 ”
Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi?	4,508	0,070 ”

**p ≤ 0,005 olduğundan anlamlıdır. “Fisher’s Exact Testi.! Analiz için hücre birleştirmesi yapılarak gruplar morbidite olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır.*

Cinsiyetin morbidite, aile hekiminin kontrol amaçlı tansiyon ölçümü yapmasında, tanıyı koyan hekimin branşında, tedavi programı uygulanan hekimin branşında, tansiyon tanısının konmasında (rutin kontrol- semptom varlığı) etkili olmadığı tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile kadın veya erkek olmak bu parametreleri etkileyen bir faktör olmamıştır.

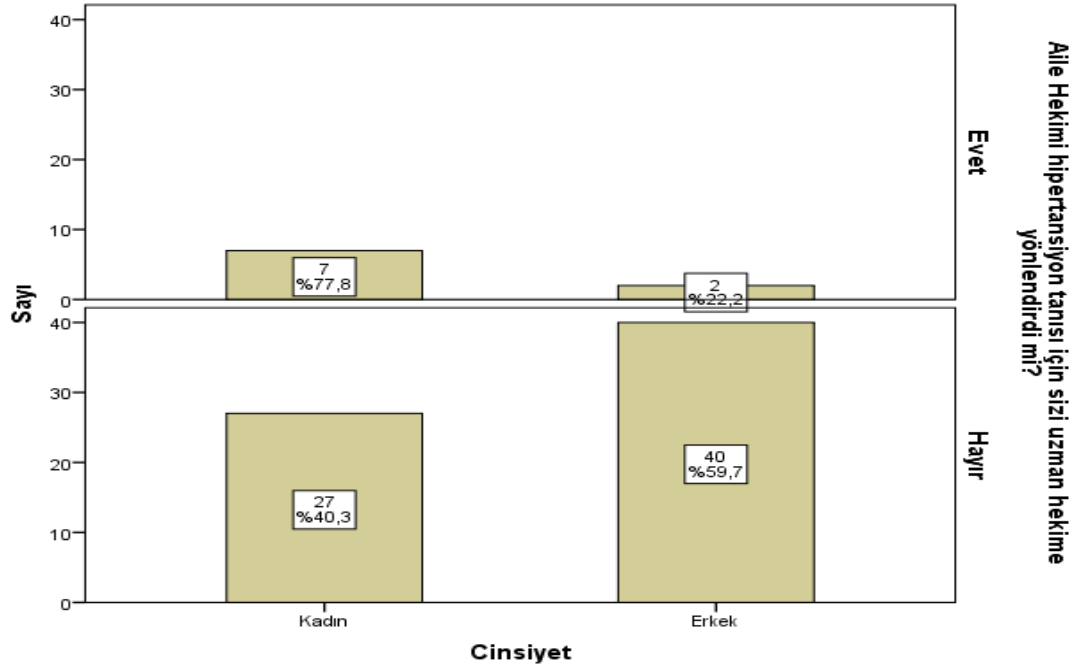


Şekil 7.3 Aile Hekimi Tarafından Aile Öyküsünün Hastanın Cinsiyetine Göre Sorgulanması

Ancak aile hekiminin aile HT öyküsünü sorgulamasında cinsiyetin belirleyici olması ve aşağıdaki tablodan görüleceği üzere aile öyküsünü sorguladığı kişilerin %77,8'inin kadın olması tedavinin rasyonelliği açısından sorgulanmalıdır.

Aile hekimin kadın hastayı uzman hekime daha fazla yönlendirmesi hastaya erkek hastayı daha az yönlendirmesi hastaya aile öyküsünün sorgulanması ile benzer şekilde olması aile hekimlerinin erkeklerdeki hipertansiyon olma durumunun önemsiyor olabileceğini göstermektedir.

“Hayır sorgulanmadı” diyen erkeklerin “Hayır” diyenler arasında fazla olması ile beraber düşünüldüğünde aile hekimlerinin hastalarına yaklaşırken Hipokrat yemininde olan “cinsiyet farkı gözetmeyeceğime” esasının tekrar sorgulanması veya bunun sebebinin başka bir çalışmanın konusu olabileceği düşünülmektedir.



Şekil 7.4 Uzman Hekime Yönlendirilmenin Hastanın Cinsiyetine Göre Sorgulanması

Ülkemizde yapılan en geniş çalışmalardan biri olan TEKHARF çalışması ile bu bizim çalışmamızı karşılaştırmak istediğimizde aile hekimlerinin rasyonel olmayan bazı tedavi yaklaşımları daha da dikkati çekmektedir. Bahse konu çalışmaya göre 30-74 (çalışmamıza benzer yaş aralığı) yaşındaki bireylerin kardiyovasküler riski algoritmasında “her iki cinsiyette de yaş, diyabet, SKB’nin yer aldığı görülmüştür. Ölüm risk algoritmasında ise diyabet ve şiddetli sistolik hipertansiyonun belirleyici faktörler arasında bulunduğu ifade edilmektedir (78).

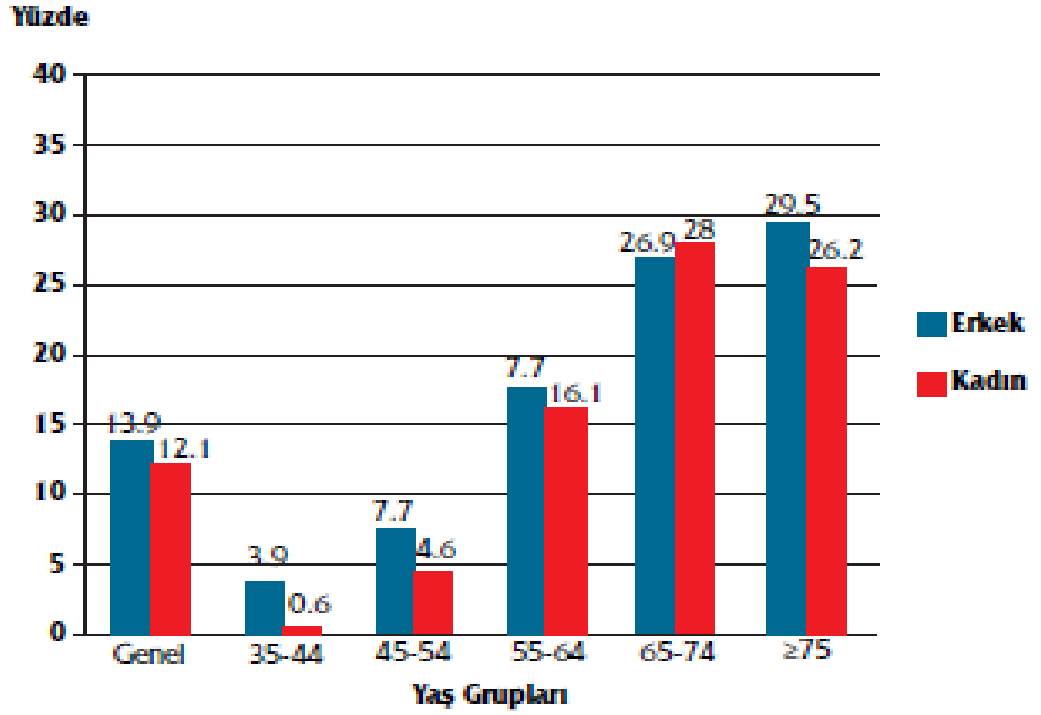
Aile hekimleri ve diğer hekimleri kadın hastalar konusunda daha müteyakkız yapan ve dolayısıyla erkekler konusunda daha az duyarlı yapan hataya sürükleyen şeyin -evet ülkemizdeki kadın mortalite oranının diğer ülkelerdeki kadınlara kıyasla- fazla olduğu ancak yine de bu oranın erkeklerin nerdeyse hala yarısı olduğunu gözden kaçırıyor olmaları olabilir.

Aile hekimlerini bu hataya sevk eden şeyin aile hekimliği resmi internet sitesinde mevcut olan istatistik yıllığındaki “Yaş ve Üzeri Bireylerde Hastalık/Sağlık Sorunu Yaşadıklarını Belirtenlerin Cinsiyet ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı, (%), 2012” tablosundaki hipertansiyon hastalığı oranlarının ülkemiz genelinde erkekler için %8,7

ve bu değerin kadınlar için nerde ise iki kat %17,6 olarak geğmesi de olabilir. Bu veriyi yine aynı istatistik yıllığındaki “On beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Son 12 Ay İçerisinde Tansiyon, Kolesterol veya Kan Şekeri Ölçümü Yaptırma Durumunun Cinsiyet ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı, 2012” tablosundaki tansiyon ölçümü yaptırmanın erkeklerde %39,8 iken bu oranın kadınlarda %56,8 olması ile beraber değerlendirdiğimizde kadınların daha evhamlı, müteyakkız olabileceği nedeniyle her an hekimden memnun kalmayarak bir diğer hekime sevk edilmiş olabileceği akla gelmektedir (79).

Günümüze dek yapılmış olan kardiyovasküler çalışmaların sadece %24’ünde cinsiyetle ilişkili alt grup analizleri mevcuttur. Randomize çalışmalarda ise erkek katılımcı hakimiyeti mevcuttur. 2008 yılında yayımlanmış olan 31 randomize kontrollü çalışmanın meta analizine göre majör kardiyovasküler sonuçlar açısından kadınlarla erkekler arasında farklılık yoktur (80).

Cinsiyete göre hipertansiyon tanısı konması ile ilgili olarak “Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporunda” hastanın risk faktörlerini belirlemek se sekonder HT nedenlerini sorgulamak amacıyla mutlaka ayrıntılı tıbbi öyküsü alınmalı, muayene ve laboratuvar incelemelerinden bahsedilmektedir (9).



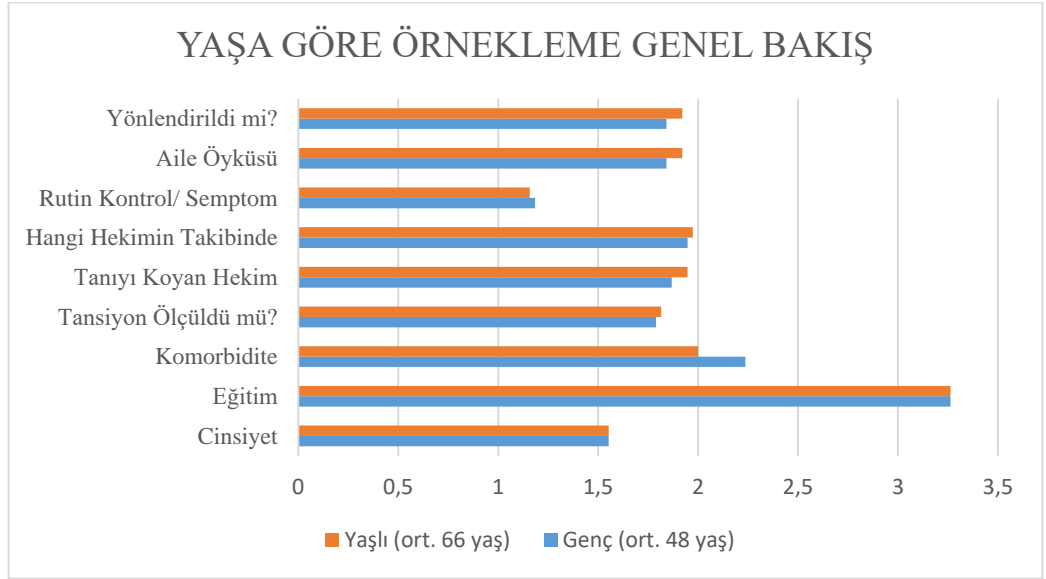
Şekil 7.5 TEKHARF Çalışmasının 2007/8 Yıllarındaki Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Antihipertansif ilaç kullanma toplamda %47,4 iken cinsiyete göre ilaç kullanma ise erkeklerde %33,5 ve kadınlarda %59,7’dir (81,82).

Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu’na göre kadınlarda kan basıncı 50 yaşından sonra hızla yükselir ve bu yaştan sonra hipertansiyon erkeklerden daha sıktır.

Tablo 7.2 Patent2 Çalışmasına Göre Hipertansiyon Farkındalığına ve kontrolüne Etki Eden Faktörler (81)

HİPERTANSİYON FARKINDALIĞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER	HİPERTANSİYON KONTROLÜNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER
Yaş (Her bir yaş artışı)	Yaş (Her bir yaş artışı)
Cinsiyet (Kadın olmak)	Cinsiyet (Kadın olmak)
Yerleşim Yeri (Kent'te yaşamak)	Yerleşim Yeri (Kent'te yaşamak)
Günlük ekmek tüketimi (Her bir tam ekmek)	Eğitim düzeyi*
Fiziksel Aktivite Düzeyi (Ev ve İş)	
Ailede HT Öyküsü (Ailede HT öyküsü olmak)	
Sigara (Sigara kullanmamak)	
Doktora başvuru (Doktora başvurmuş olmak)	
Diyabet varlığı (Diyabet hastası olmak)	
BKİ Grubu (Aşırı kilolu veya şişman olmak)	



Şekil 7.6 Örneklemin Yaşa Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

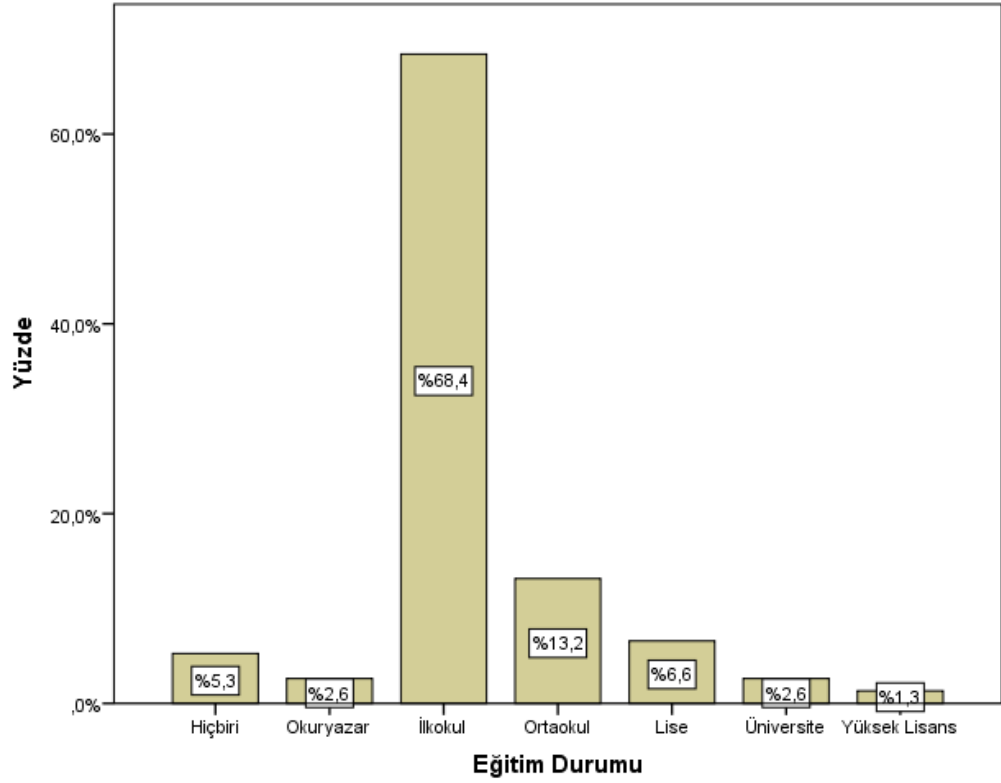
7.2. Eğitim

Hipertansiyonun önlenmesi ve farkındalığının artırılması için ülkemizde faaliyetler dünya sağlık örgütü ile iş birliği yapılarak faaliyetler yürütülmektedir (83).

Örneklelimiz eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun ilkokul (%68) eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu oran ülkemizde hipertansiyon hastaları ile yapılan çalışmalarla uyumlu olarak bulunmuştur. Örneğin Karaman ilinde yapılan bir çalışmada ilkokul düzeyinde eğitim görenlerin oranı %62 olarak görülmektedir (77).

Eğitim durumu düşük olmasına karşın hipertansiyon hastalarının hipertansiyon ilaçları ile ilgili olarak sağlık kuruluşunda eğitim alma isteklerini ölçen bir çalışmada evet isteriz diyenlerin oranının %72 olduğu ancak tansiyon ilaçlarıyla ilgili sağlık personelinin eğitim aldığını söyleyenlerin oranının %76 olduğu görülmüştür. Eğitim alanların ilaçlarını daha düzenli kullandığı bilinmektedir.

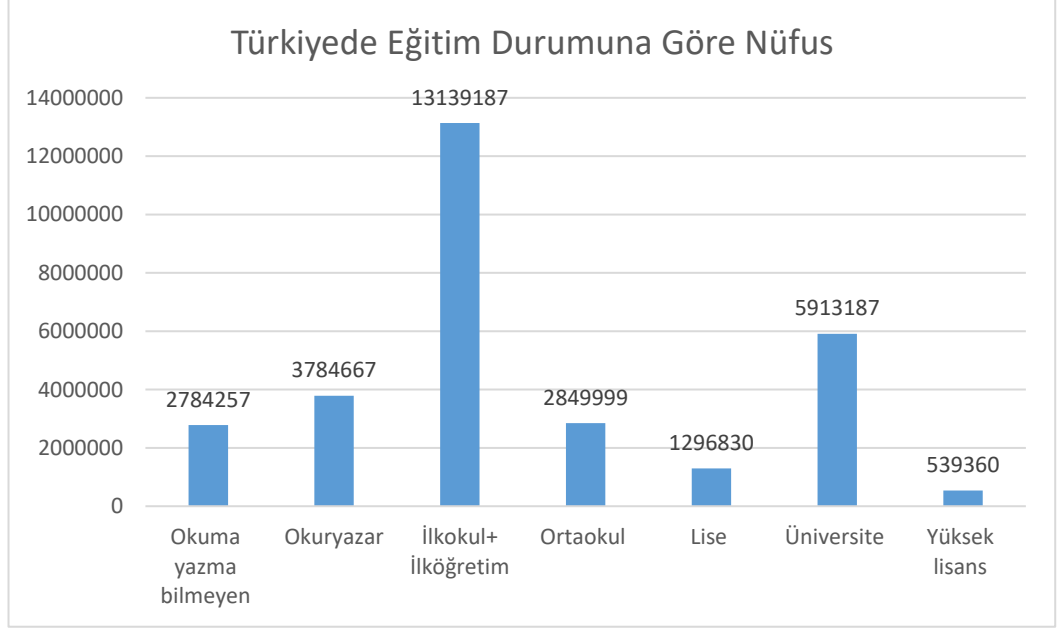
Örneklelimiz olan hipertansiyon hastalarının %40,8'ine diyabet hastalığının ve %6,6'sına kalp damar hastalıklarının eşlik ettiğini düşündüğümüzde düşük eğitim durumunun hastalık ile ilişkili olabileceği değerlendirilmesi gereken önemli bir husustur.



Şekil 7.7 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

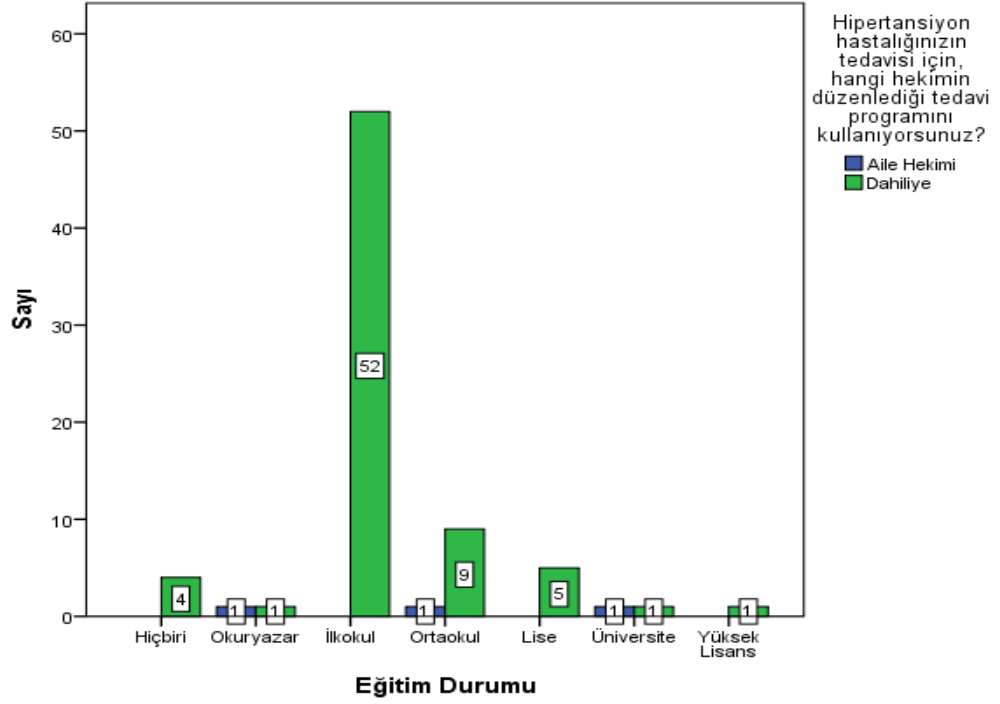
Tablodan görüleceği üzere örnekleminizin eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde sadece “Hipertansiyon hastalığının tedavisi için, tedavi programı kullanılan hekimin branşı” açısından istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Buna göre ilkokula gidenlerin ekserisinin dahiliye hekimine gittiği şekilden de görülmektedir. 2013 yılı TÜİK verilerine göre eğitim durumuna bakıldığında 15 yaş eğitim durumu olan okuma yazma bilmeyen %5, okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen %7 insanımız var. %49 İlkokul mezunu ve %5 ortaokul %22 lise mezunumuz var. Fakülte mezunlarının sayısı %11, Yüksek lisans %1, doktora mezunu %0 olarak tespit edilmiştir.

Örnekleminizin eğitim durumuna göre dağılımı ile karşılaştırıldığında üniversite hariç benzer şekilde olduğu görülmektedir. Bu sapmanın yani üniversite grubunun nedeni başka bir çalışmanın konusu olabilir.



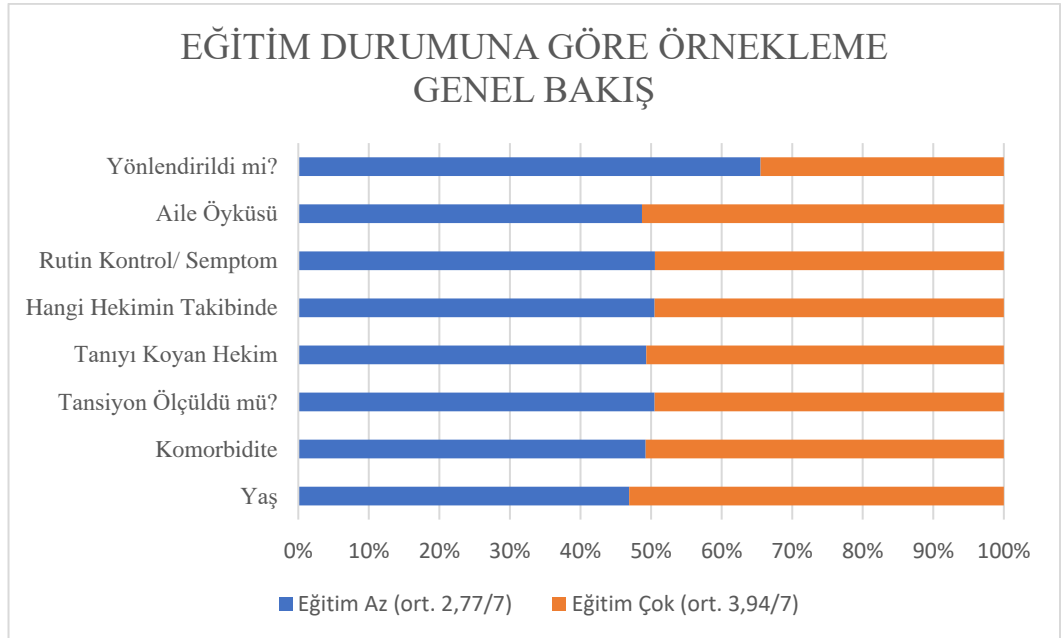
Şekil 7.8 Türkiye'nin Eğitim Durumuna Göre Nüfus Dağılımı, TÜİK

Yukarıdaki ve aşağıdaki tablolardan eğitim durumu üniversite olanlar arasında hariç örnekleminizin eğitim durumunun Türkiye'dekinden farklı olmadığı söylenebilir. Yani hipertansiyon hastalığında üniversiteli veya üzeri eğitilmiş olmak riski azaltıyor hipotezi kurulabilir.

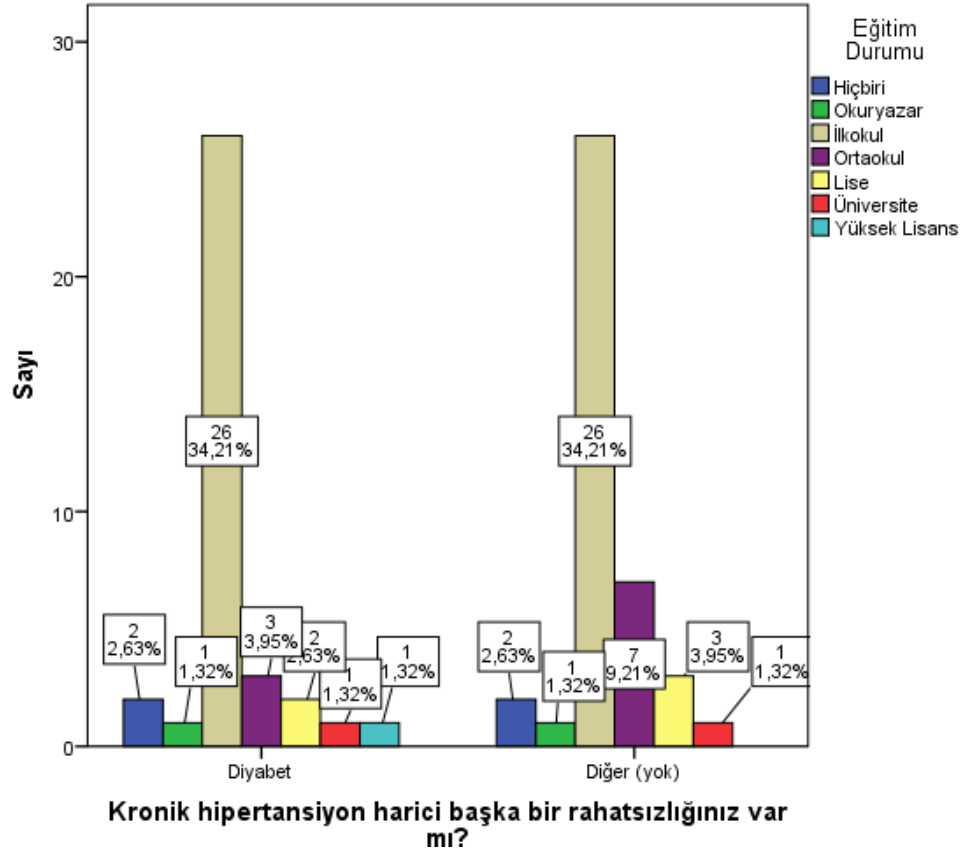


Şekil 7.9 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Takibinde Olduğu Hekimin Branşı

Eğitim durumu açısından örnekleminizi az eğitilmiş ve çok eğitilmiş olarak ayırdığımızda ise aşağıdaki şekli elde ederiz.



Şekil 7.10 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi



Şekil 7.11 Örneklemin Multimorbidite Durumuna Göre Detaylı Eğitim Durumu

Tablo 7.3 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Parametrelerinin İncelenmesi

Parametreler	Ki-kare	df	p
Cinsiyet	5,945	6	0,429
Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?	3,239	6	0,778
Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?	4,654	6	0,589
Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?	9,004	6	0,173
Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?	25,548	6	0,001*
Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?	8,936	6	0,177
Aile Hekiminiz, ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sordu mu?	8,285	6	0,218
Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi?	8,285	6	0,218

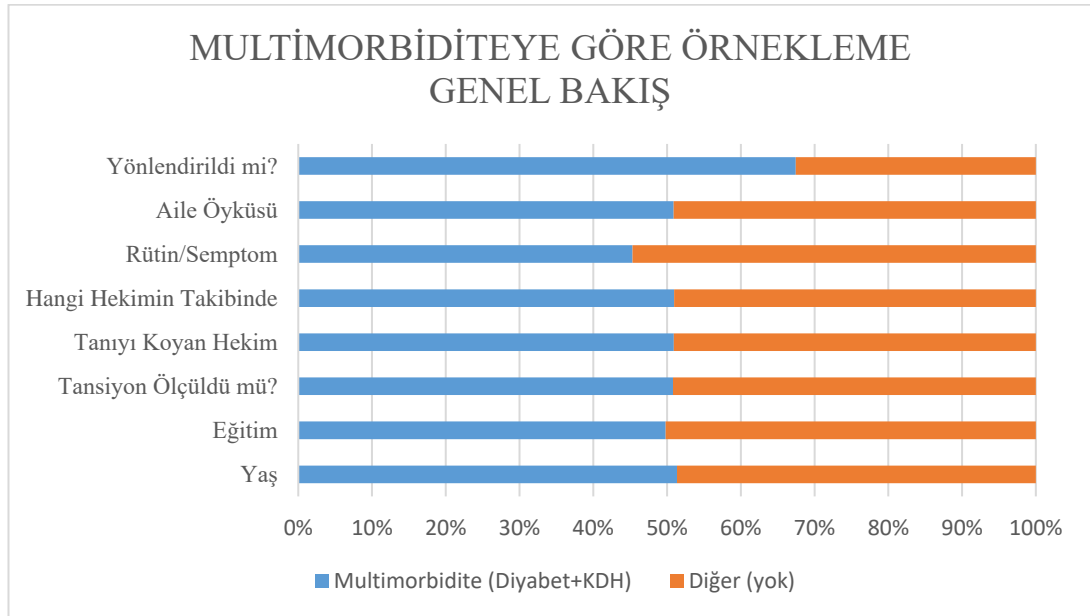
* $p \leq 0,005$ olduğundan anlamlıdır.

Buna göre bir yuvarlama ile 2,77/7 (ilkokul ve altı) ve 3,94/7 (ortaokul ve üstü) olarak kabul edilebilir.

7.3. Anket Soruları

7.3.1. Multimorbidite

Multimorbidite ile ilgili olan anket sorusu “Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?” sorusudur. Buna göre hipertansiyonlu olguların %40,8’inde diyabet ve %6,6’sında Kalp Damar Hastalıkları vardı. Örneklem geri kalanında yani 52,6’sında eşlik eden başka bir kronik hastalık olmadığı görülmüştür.



Şekil 7.12 Multimorbidite Varlığına Göre Örneklem Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

Multimorbidite açısından örneklem multimorbidite olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılarak genel olarak değerlendirildiğinde yönlendirme, aile öyküsü sorgulama, HT hastalığının tanısının konma şekli (rutin kontrol/ semptom), Tanıyı koyan hekimin branşı, aile hekimin tansiyon ölçümü yapması, hastanın demografik özellikleri açısından bir fark olmadığı görülmektedir.

Olgularımız ayrıca 3 grup olarak yani hipertansiyona eşlik eden hastalığın diyabet, kalp damar hastalığı ve hiçbirini olarak değerlendirildiğinde de istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı tespit edilmiştir.

Örnekleminizin hiçbir parametresi eşlik eden hastalığın diyabet olması, kalp damar hastalığı olması veya bunlardan hiçbirinin olmaması bakımından birbirinden farklı değilken Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporunda Diyabet hastalarında hedeflenen tansiyon daha düşüktür ve dolayısıyla ilaca diğer hasta gruplarına göre daha erken başlanabilmek veya diyabetiklerde tedaviye ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlar ile başlanması önerilmesi gibi konularda farklılar olabilmektedir (9).

Örnekleminizin hipertansiyona eşlik eden bir hastalık varlığına göre analiz edildiğinde aşağıdaki tablo ortaya çıkmaktadır. İstatistiksel olarak (Pearson Chi-Square=0,807; Fisher's Exact Test p= 0,486) birbirinden farklı olmadığı görülmektedir.

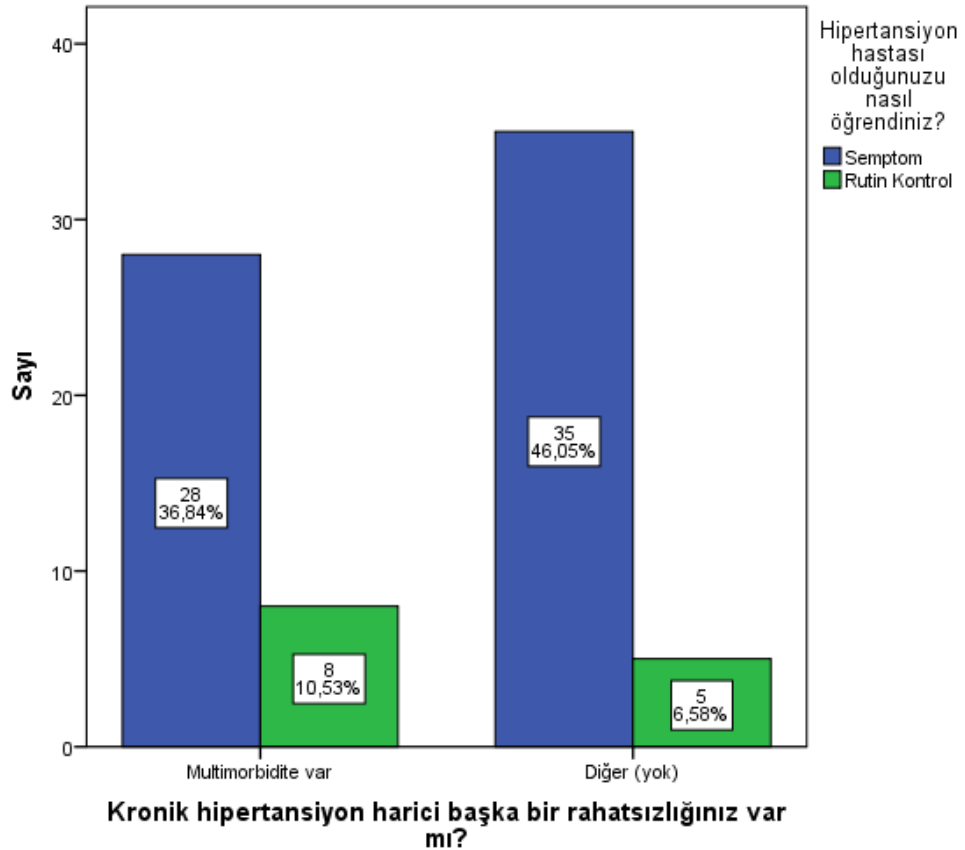
Tablo 7.4 Olguların Morbidite Varlığının Göre Uzman Hekime Yönlendirilmesinin Sorgulanması

	Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi?	Toplam		
		Evet	Hayır	
Kronik hipertansiyon harici başka bir rahatsızlığınız var mı?	Diyabet	3	33	36
	Diğer(yok)	6	34	40
Toplam		9	67	76

Diyabet veya başka hastalığa sahip olup olmamanın aile hekiminin uzman hekime yönlendirme konusunda dahi etkili olmaması aile hekimlerinin bu konuda rasyonel olmadığını düşündüren önemli bir veridir.

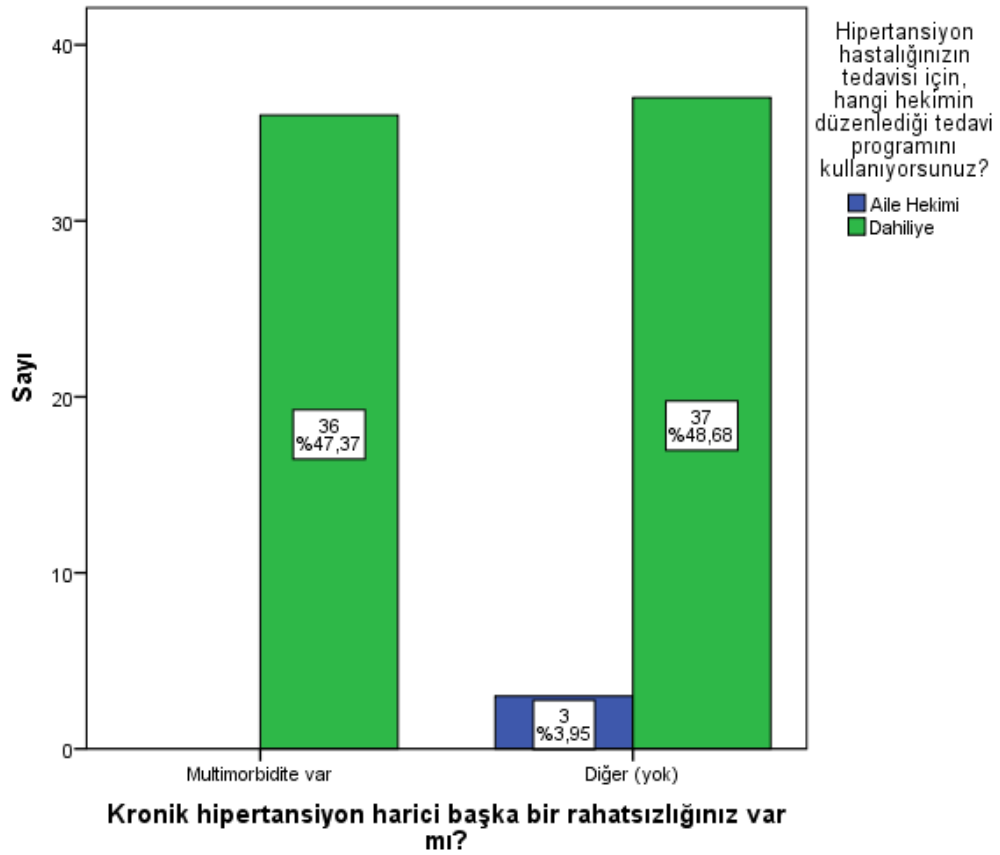
Aile hekimi tanımı ve sorumluluğu gereği kendisine gelen hastanın ailesinden de sorumludur. Buna göre olgularımızın multimorbiditesi olanlarda “Aile Hekiminiz, ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sordu mu?” sorusu açısından evet diyenlerin anlamlı derece farklı olması beklenirdi. Ancak yapılan istatistiksel analizde bunun farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=0,807; Fisher's Exact Test p= 0,486) tespit edildiğinden hareketle aile hekimlerinin sorumluluklarını tam olarak yerine getirmedikleri söylenebilir.

Multimorbiditesi olanların hekime daha sık gittiği önermesini kabul ettiğimizde bunların hipertansiyon tanısının semptomdan çok rutin kontrolde konması gerekirdi. Ancak bunun böyle olmadığı aşağıdaki grafikten de görülmektedir (Pearson Chi-Square=1,263; Fisher's Exact Test p= 0,261).



Şekil 7.13 Multimorbidite varlığına göre Hastanın Hipertansif Tanısı Alma Şekli

Bilindiği gibi ülkemizde uzman hekim sayısı henüz istenen seviyede değildir ve hastaların aile hekimlerine gitme davranışının daha sık olması gerektiği aile hekimliğinin tanımı gereği olduğu bilinmektedir. Ancak multimorbiditesi olanların ve olmayanların hipertansiyon tedavisi için nerdeyse eşit derecede aile hekimi ve dahiliye uzmanının düzenlediği tedaviyi uyguluyor olması, aile hekimliği tanımının aleyhine aile hekimliğinin misyonuna muhalif rasyonel olmayan bir durum olarak aile hekimliğinin hipertansiyon ve ona eşlik eden multimorbidite takibi için yeterli olmadığı fikrini güçlendirmektedir. Yine de multimorbiditesi olmayan olguların sadece aile hekiminin tedavi programını uyguluyor olmaları aile hekimliği adına sevindiricidir ancak olguların sadece %4'ü bile olmaması bu iyimserliğin yeterli olmadığı olarak değerlendirilmelidir.



Şekil 7.14 Multimorbidite Varlığına Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekimin Branşı

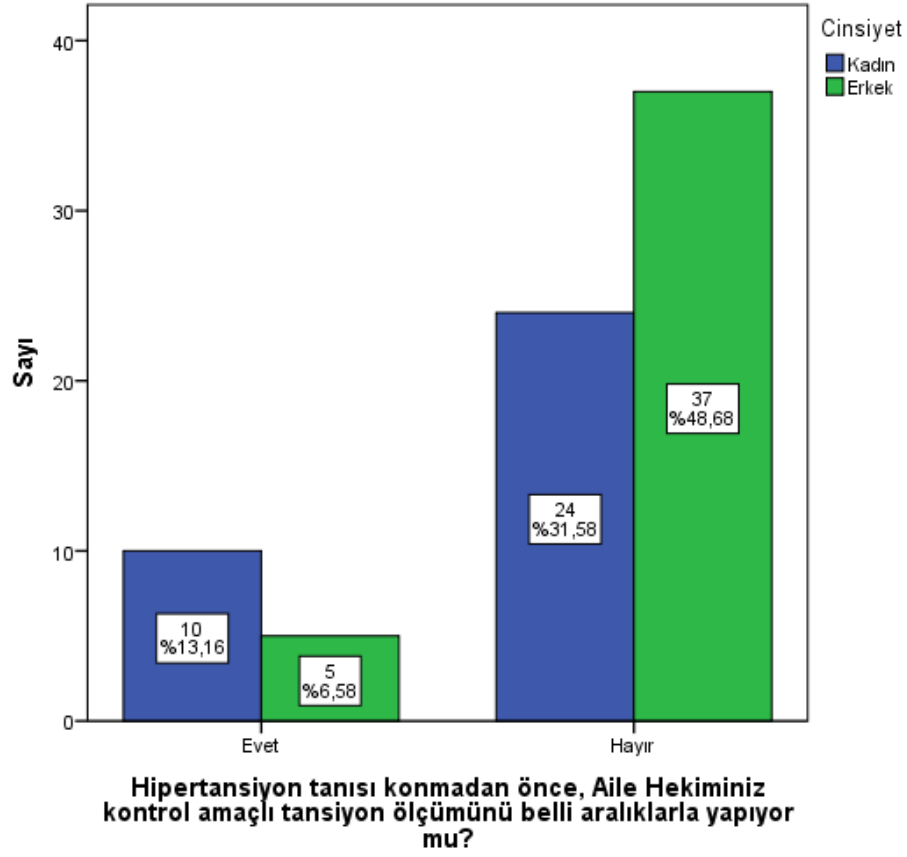
7.3.2. Tansiyon ölçümü

Hipertansiyon tanı ve tedavisinde önde gelen derneklerin katılımı ile bir uzlaşma raporu hazırlanmış bu rapor hem ülkemizdeki hem de dünyadaki literatüre göre ortak bir dil oluşturmuştur. Bu rapora göre kan basıncı, her klinik muayenede ölçülmelidir. Çalışmamızda tansiyon ölçüm oranı %19,7 olarak tespit edilmiştir. Yani %80,3'ünde tansiyon ölçümü yapılmadığı tespit edilmişti. Bu oran literatüre ile karşılaştırıldığında açık ara yüksektir (9).

Şengül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hiç tansiyon ölçümü yapmayanların oranı %32 iken. 2012 yılında yapılan çalışmada ise bu oran %22 olarak bulunmuştur sadece bu veri dahi çalışmamızdaki trajediyi ortaya koymaktadır ancak çalışmamızdakilerin ilaç kullanan hastalar olduğu düşünüldüğünde vahametinin boyutları daha da artmaktadır. Bunun için ilgililerin tansiyon ölçümüne gereken önemi vererek farkındalığı arttırmaya ya da klinik muayenelerde tansiyon ölçüm şartını yerine getirmek için gerekli tedbirleri almaları gerektiği düşünülmektedir.

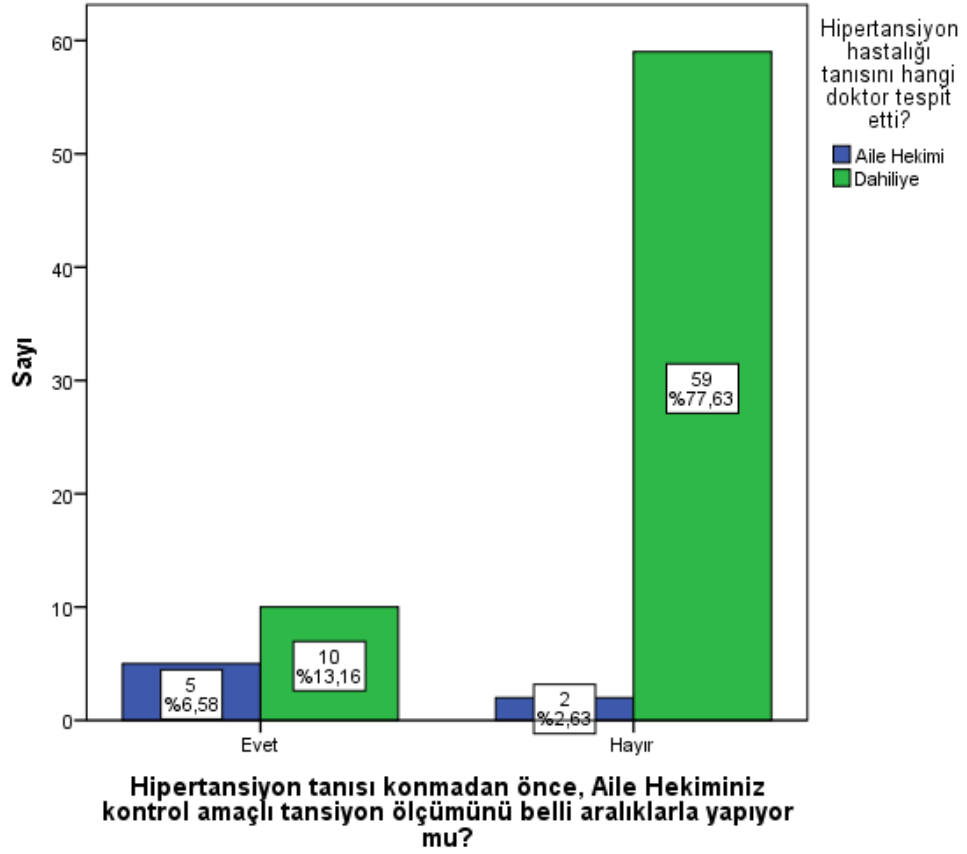
Şimdi de tansiyon ölçüm parametresine daha yakından bakalım ve diğer parametrelere göre değişip değişmediğine inceleyelim. Aşağıdaki istatistik veriler ve grafikler konuyu detaylı görmemize yardım edecektir.

Çalışmamızdaki olgular bu açıdan irdelendiğinde tansiyon ölçümünün cinsiyete bağlı olmadığı (Pearson Chi-Square=3,635; Fisher's Exact Test p= 0,057) bulunmuştur. Ancak anlamlılık değerine bakıldığında cinsiyete göre nerdeyse anlamlı derece cinsiyetler arasında fark var denebilecek. Kadın ve erkek arasında tansiyon ölçümü aşağıdaki tablodan ayrıntılı görülmekte olup kadınlarda tansiyon ölçülme oranının %29,4 iken; erkeklerde ise %11,9 olarak yarından dahi az olmasının kanıta dayalı tıp açısından uygun olmadığı düşünülmektedir. Bu konu yukarıda cinsiyet bölümünde daha ayrıntılı açıklanmıştır.



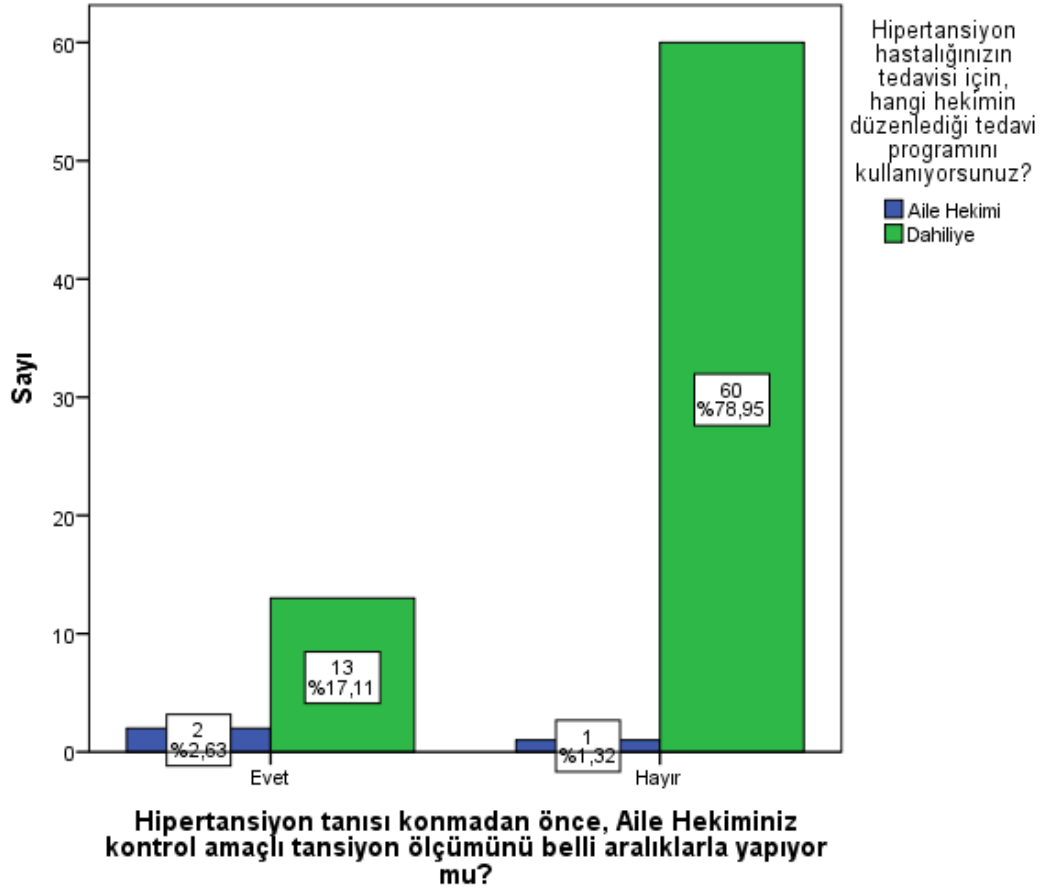
Şekil 7.15 Tansiyon Ölçümüne Göre Hastanın Cinsiyeti Arasındaki Fark

Tansiyon ölçümüne göre hipertansiyon tanısını koyan hekimin branşı farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square=13,005; Fisher's Exact Test $p= 0,003$) tespit edilmiştir. Hastaların aile hekiminin belli aralıklarla tansiyon ölçümü yapması aile hekimlerinin tanı koyduklarında %71,4 dahiliye hekiminin tanı koyduklarında %14,5 olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin oranı yeterli gibi görünse de tanıyı koyan kişinin aile hekimi olduğu kişilerde bu oranın daha iyi olması gerektiği düşünülmektedir.



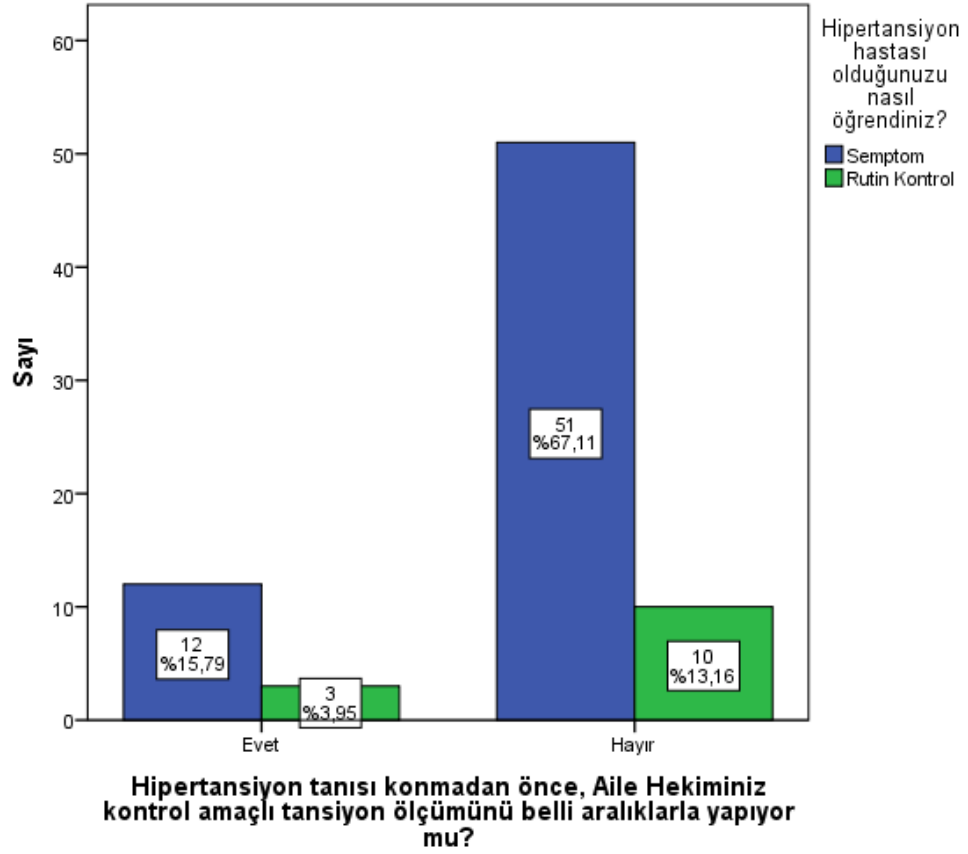
Şekil 7.16 Tansiyon Ölçümü Göre Tanıyı Koyan Hekimin Branşları

Tansiyon ölçümüne göre hipertansiyon tedavisi için hastanın tedavisini uyguladığı hekimin branşının farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=4,342; Fisher's Exact Test p=0,098) tespit edilmiştir. Buradan hareketle hekimin branşının tansiyon ölçümünde etkili olmadığı söylenebilir. Sadece 3 kişi yani olguların yüzde %4'ü aile hekiminin düzenlediği tedaviyi uygulaması, tanıyı koyan hekim anket sorusuna 7 kişinin yani olguların %9'unun aile hekimi demesi beraber değerlendirildiğinde tanısı aile hekimi tarafından konan olgulardan %67'si dahiliye hekimlerine kaymıştır. Aile hekimlerinin tedavi hipertansiyon tedavisi uygulama oranları sadece %4 olması ile beraber değerlendirildiğinde hipertansiyon tanı ve tedavisinde aile hekimlerinin daha fazla rol alması gerektiği anlaşılacaktır.



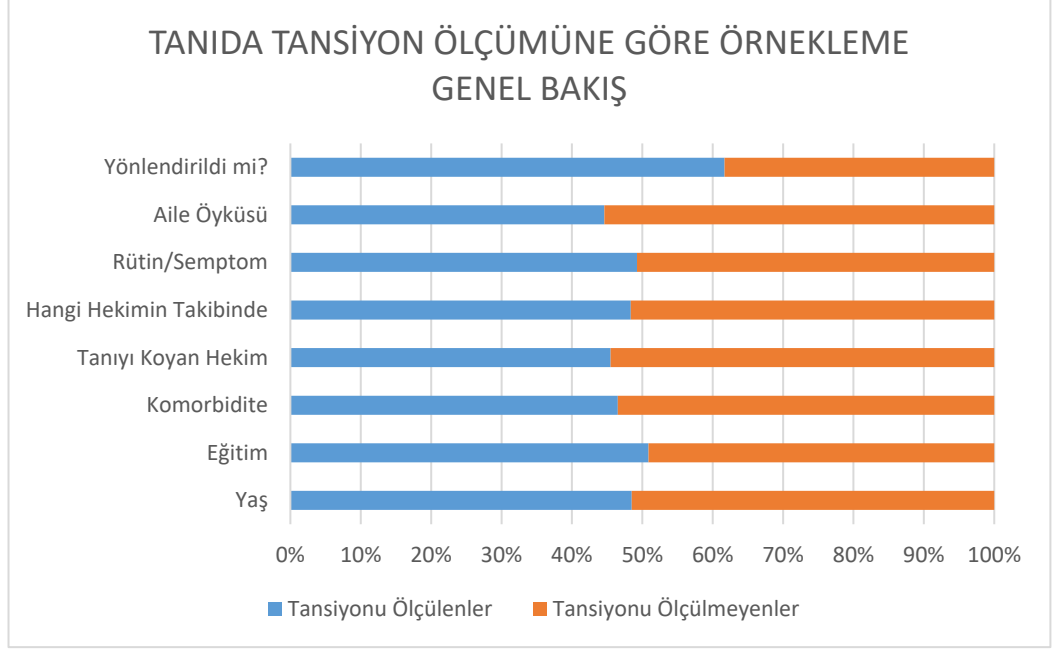
Şekil 7.17 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekimin Branşı

Örneklemin tansiyon ölçümüne göre hipertansiyon tanısı alma durumları açısından (semptom/rutin kontrol) farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=0,110; Fisher's Exact Test $p= 0,713$) tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi daha önce anlatıldığı gibi örnekleminizdeki tansiyon ölçüm oranları olması gerekenin altında olduğu gibi ülkemizde yapılmış olan çalışmaların dahi çok altındadır.



Şekil 7.18 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Hipertansiyon Tanısı Alması

Aşağıdaki şekil ile örnekleme genel olarak ortalama sayısal verilerinin ortalamasına gruplar arasındaki parametrelerin birbirinin aynı olup olmadığı açısından bakıldığında tansiyonu ortalamasının komorbidite ve eğitim açısından ortalama değer olarak farklı olduğu görülmektedir. İstatistiksel anlamlılık ve ayrıntılı tartışma yukarıda yapılmıştır.



Şekil 7.19 Örneklemin Tansiyon Ölçümüne Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

Örneklemin tansiyon ölçümüne göre ailede hipertansiyon öyküsü sorgulaması durumları açısından farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square=14,193; p= 0,001) tespit edilmiştir.

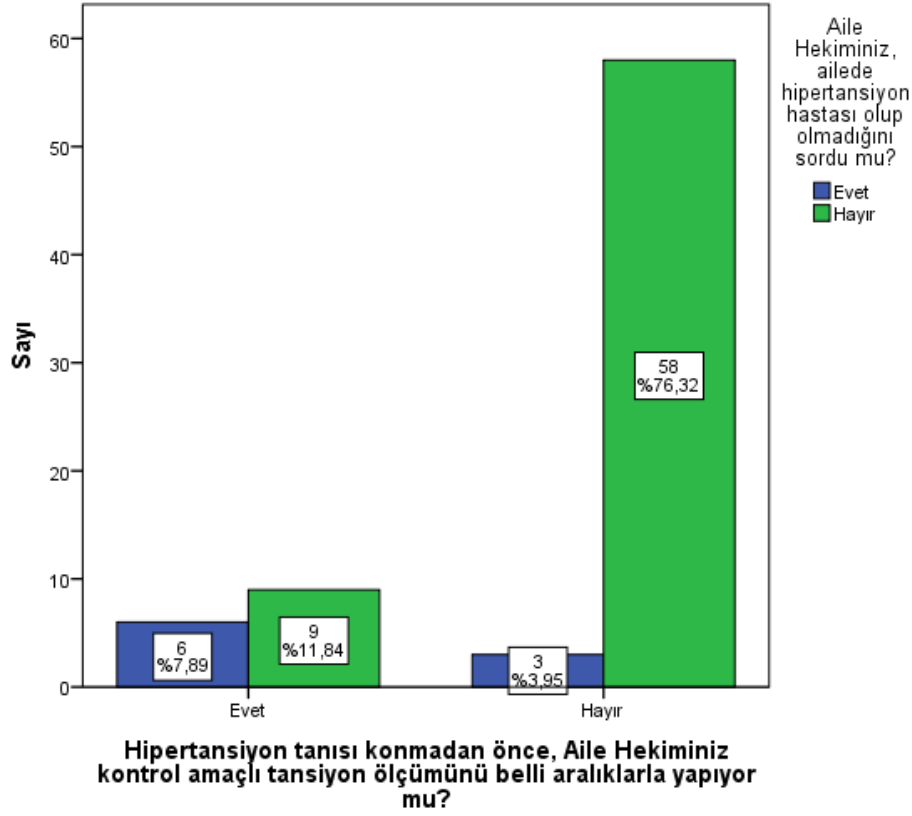
Aile hekimlerinin ailede hipertansiyon hastası öyküsü varlığını tansiyon ölçümü yapılan olguların %6,7'sinde sorguladığı buna karşın tansiyon ölçümü yapılmayan olguların %13,4'ünde aile öyküsü sorgulandığı tespit edilmiştir. Aşağıdaki ayrıntıları grafikten görüleceği gibi hem tansiyon ölçümü yapılan hem de aile öyküsü sorulanların oranının sadece 6 kişi (%7,9) olduğu görülmektedir.

Hipertansiyon uzlaşma raporu tanı ve tedavi bölümünde ayrıntılı bir şekilde amacıyla mutlaka tıbbi öykünün alınması ve klinik muayenede tansiyon ölçümünün yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (9). Oysa olgularımızın %80,3'ünde bunlardan en az biri eksik olarak bulunmuştur.

Tablo 7.5 Olguların Tansiyon Ölçümüne Göre Aile Öyküsü Sorgulanması Durumu

	Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi?		Toplam	
	Evet	Hayır		
Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?	Evet	6	9	15
	Hayır	3	58	61
Toplam	9	67	76	

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere en olumsuz durum 58 (%76) kişiyle en fazla olarak gözlenmiştir. Bu verilerin aile hekimleri için tespitten çok ikaz olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.



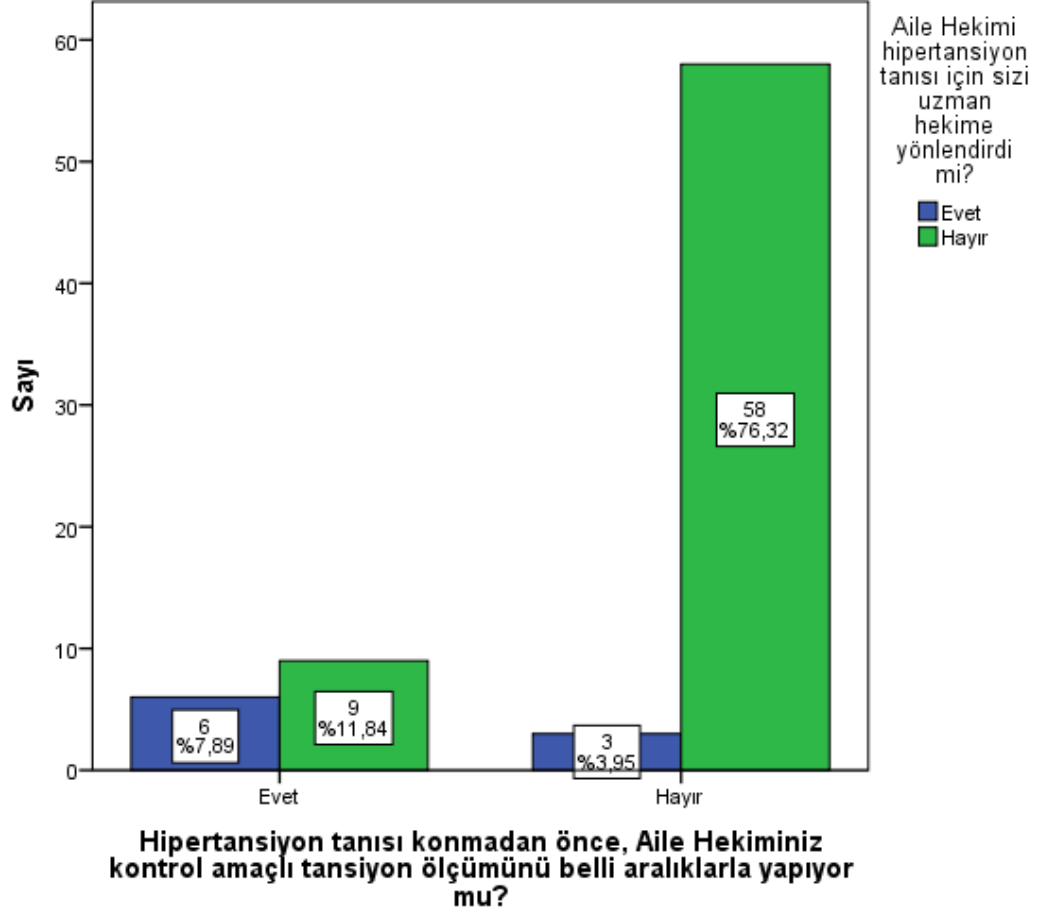
Şekil 7.20 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Hipertansiyon Öyküsü Sorgulanması

Örneklemin tansiyon ölçümüne göre hastayı uzman hekime yönlendirme durumları açısından farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square=14,193; p= 0,001) tespit edilmiştir. Aile öyküsünün sorgulanmasına benzer şekildedir.

Tablo 7.6 Olguların Tansiyon Ölçümüne Göre Uzman Hekime Sevk Edilme Durumu

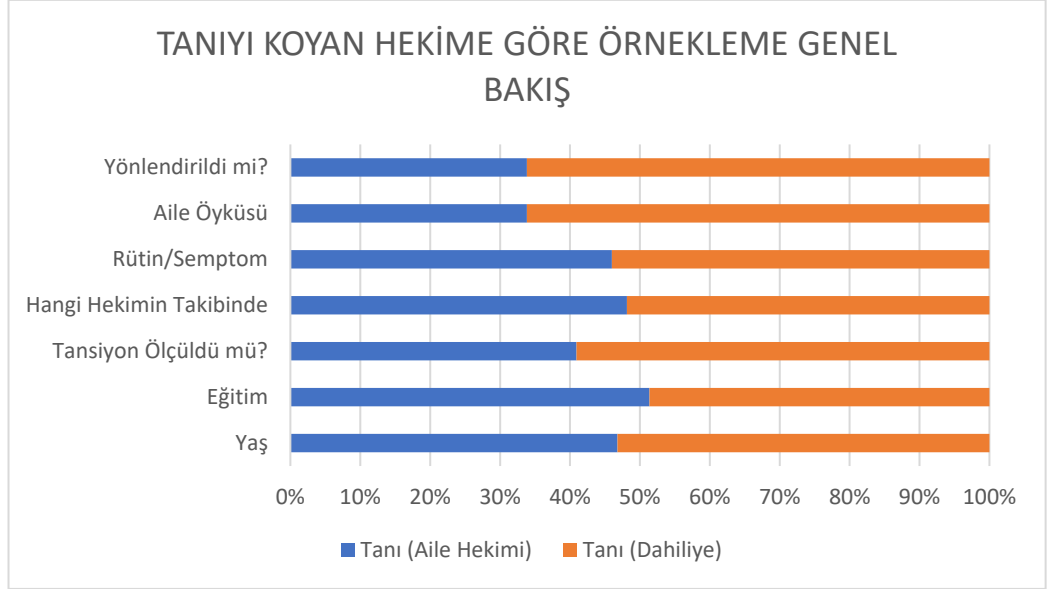
	Aile Hekimi hipertansiyon tanısı için sizi uzman hekime yönlendirdi mi?		Toplam
	Evet	Hayır	
Hipertansiyon tanısı konmadan önce, Aile Hekiminiz kontrol amaçlı tansiyon ölçümünü belli aralıklarla yapıyor mu?	Evet	6	9
	Hayır	3	58
Toplam	9	67	76

Hipertansiyon uzlaşı raporunda tansiyon kontrolünün en az biri diüretik olan üç ilaçla sağlanamadığı durumunda hastanın bir uzmana sevk edilmesinden bahsedilmektedir (9).



Şekil 7.21 Hastanın Tansiyon Ölçümüne Göre Uzman Hekime Sevk Durumu Edilme Durumu

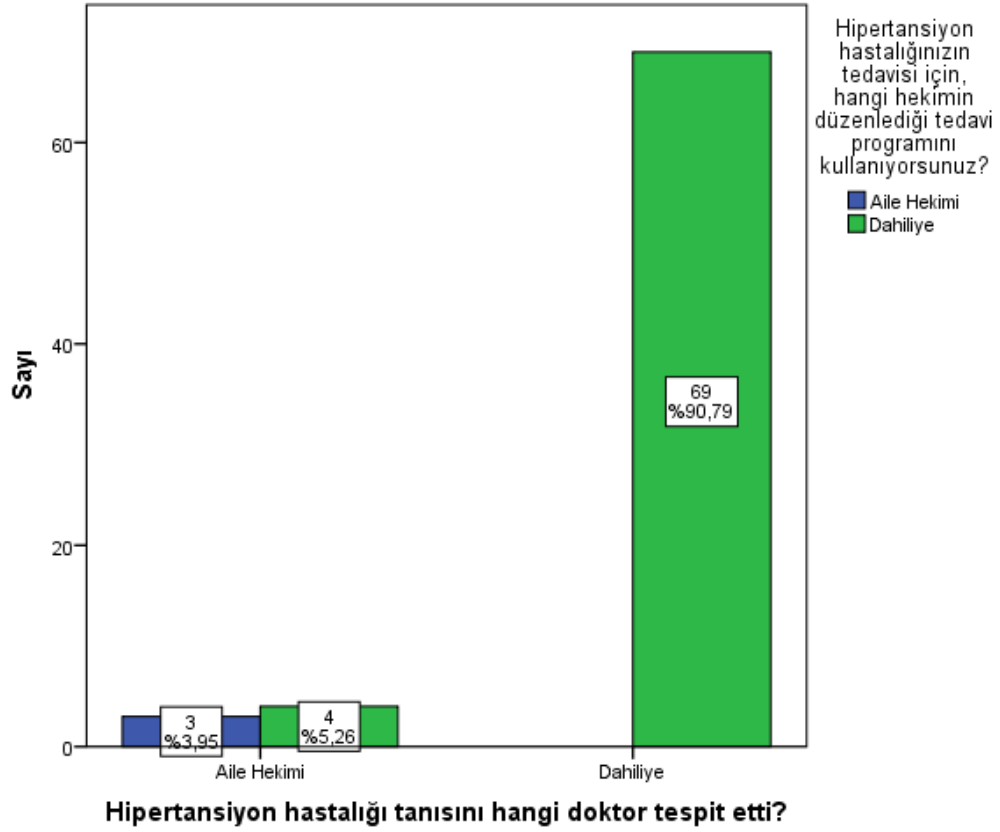
7.3.3. Tanıyı Koyan Hekim



Şekil 7.22 Örneklemin Tanıyı Koyan Hekime Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

Tanısını dahiliye hekimlerinin tanısını koyduğu hastaların hepsi (%100) dahiliye hekiminin tedavi programına devam etmektedir. Ancak aile hekimlerinin tanısını koyduğu hastaların ancak %42,9'u aile hekimleri ile tedavi programına devam etmektedir.

Örneklemin tanıyı koyan hekimin branşına göre hasta tarafından tedavi programı uygulanan hekim branşı açısından farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square=30,787; Fisher's Exact Test p= 0,001) tespit edilmiştir.



Şekil 7.23 Tanıyı Koyan Hekim Branşına Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekim

Türk hipertansiyon uzlaşısı raporunda hastanın uyumu ile ilgili olarak “Hastaya yeterince zaman ayrılmalı, hastanın kendini anlatmasına izin verilmeli ve hastayla iyi bir iletişim kurulmalıdır.” denmektedir (9).

Bayliss ve arkadaşları aile hekimliğinin hatırı sayılır kitaplarından biri olan kaynak kitapta hastaların kendilerini iyi tanıyan biri tarafından sağlanan bireyselleştirilmiş ve koordine edilmiş bir sağlık bakımını istediklerini ayrıca dinlenilmek ve anlaşılacak istediklerini belirtmiştir. Devamında bunun için iletişim açısından, aktif olarak dinleyebilen ve şefkatli bir tutum sergileyen bir hekiminin varlığı gerekmektedir demektedir (47).

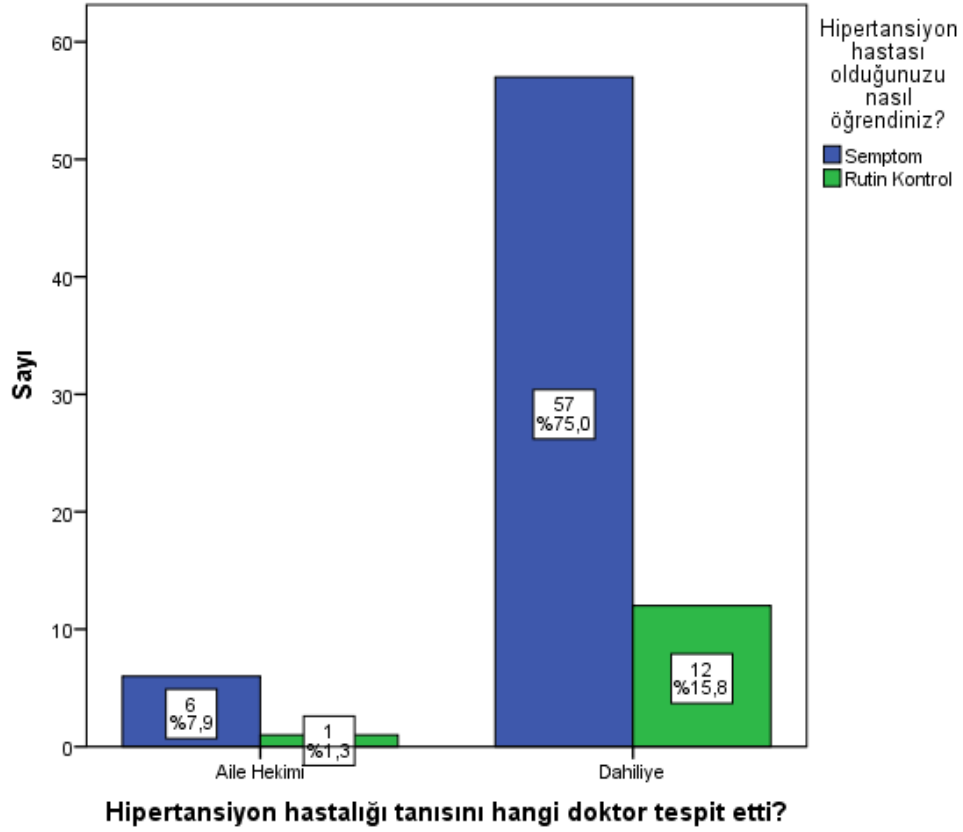
Şüphesiz uzman hekimlerimiz bu eğitimi almışlardır ancak aile hekiminin uzmanlık alanı tam da bu bahsedilen şekilde hastaya bütüncül yaklaşabilmektir. Ancak yukarıdaki üç şekilden ve tespitlerden de anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin tanısını koyduğu hastaların ancak %42,9’u aile hekimleri ile tedavi programına devam ederken bu oranın dahiliye hekimlerinde %100 olması dahiliye hekimlerinin hipertansiyon

hasta takibinde aile hekimi gibi çalıştığı veya hastaların aile hekimlerine güvenmediğini göstermektedir.

Tablo 7.7 Tanıyı Koyan Hekim Branşına Göre Tedavi Programı Uygulanan Hekim

		Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?		Toplam
		Aile Hekimi	Dahiliye	
Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?	Aile Hekimi	3	4	7
	Dahiliye	0	69	69
Toplam		3	73	76

Yukarıdaki tespitler yetkili idari veya yetkili uzman kişilerin bu kaynak savurganlığını çözmesi için bir veri olarak değerlendirilmelidir. Aile hekimliği gibi bir sağlık kuruluşunun daha verimli kullanılması gerektiği düşünülmektedir.



Şekil 7.24 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Tanı Konma Şekli

Örneklemin tanıyı koyan hekimin branşına göre hipertansiyon tanısı konma şekli (semptom/ rutin kontrol) açısından farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=0,043; Fisher's Exact Test p= 1,000) tespit edilmiştir.

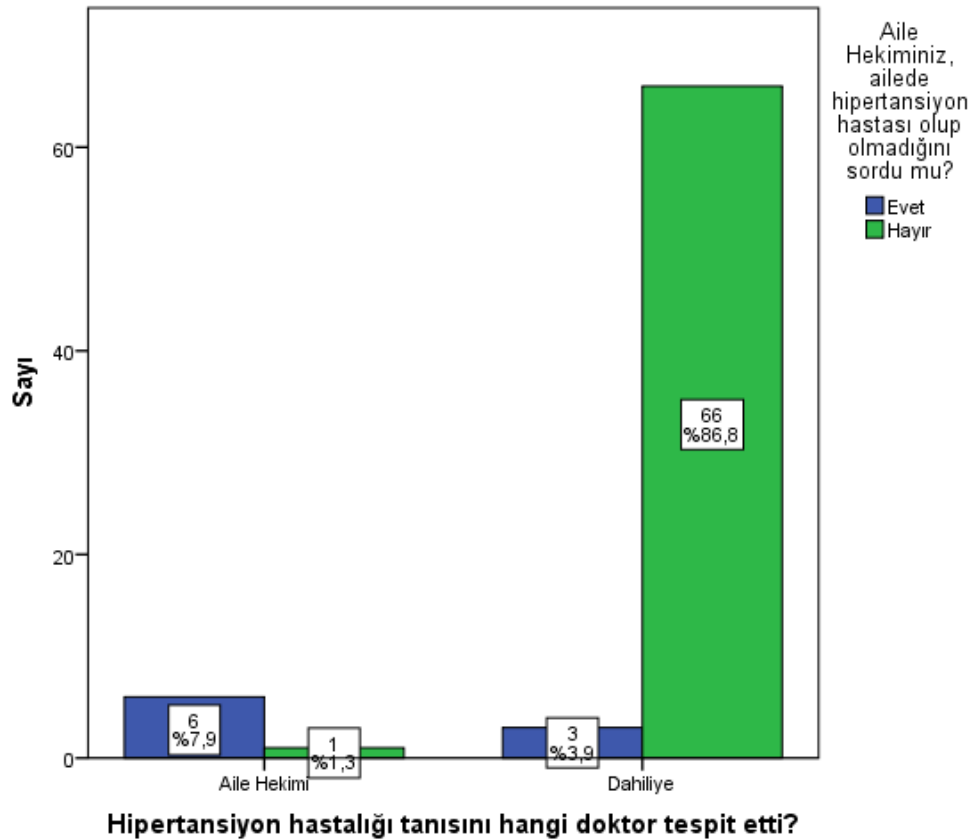
Tablo 7.8 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Tanı Konma Şekli

		Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?		Toplam
		Semptom	Rutin kontrol	
Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?	Aile Hekimi	6	1	7
	Dahiliye	57	12	69
Toplam		63	13	76

Yukarıdaki tablo ve grafiklerden anlaşılacağı üzere aile hekimlerinin tanısını koyduğu hastalardan rutin kontrolde hipertansiyon tanısı alınanlar oranı %14,3 iken dahiliye hekimlerinde bu oran %17,4 olarak tespit edilmiştir. Bu oranın aile hekimlerinde daha yüksek çıkması beklenmekteydi çünkü aile hekimlerine hastalar daha sık ziyaret yapmaktadır.

Starfield, Lemke, Bernhardt ve arkadaşları (2003), hem belirti koşulları hem de komorbiditeleri için, birinci basamak hekimlerine yapılan ziyaretlerin uzmanlara yapılan ziyaretleri büyük ölçüde aştığını, tek istisnanın ise bazı nadir görülen kronik rahatsızlıklar olduğunu tespit etmiştir (36).

Örneklemin tanıyı koyan hekimin branşına göre hastanın aile hekiminin ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sorgulaması açısından farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square=40,303; Fisher's Exact Test p= 0,001) tespit edilmiştir.



Şekil 7.25 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Aile Öyküsünün Sorgulanması

Yüksek kan basıncının önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Amerika Birleşik Devletleri'nin en önemli kanıta dayalı klinik rehberi Ortak Ulusal Komite (The Joint National Committee, JNC) olmuştur. JNC7'ye göre Sağlık uzmanı aile öyküsünü sorgulamalıdır (8).

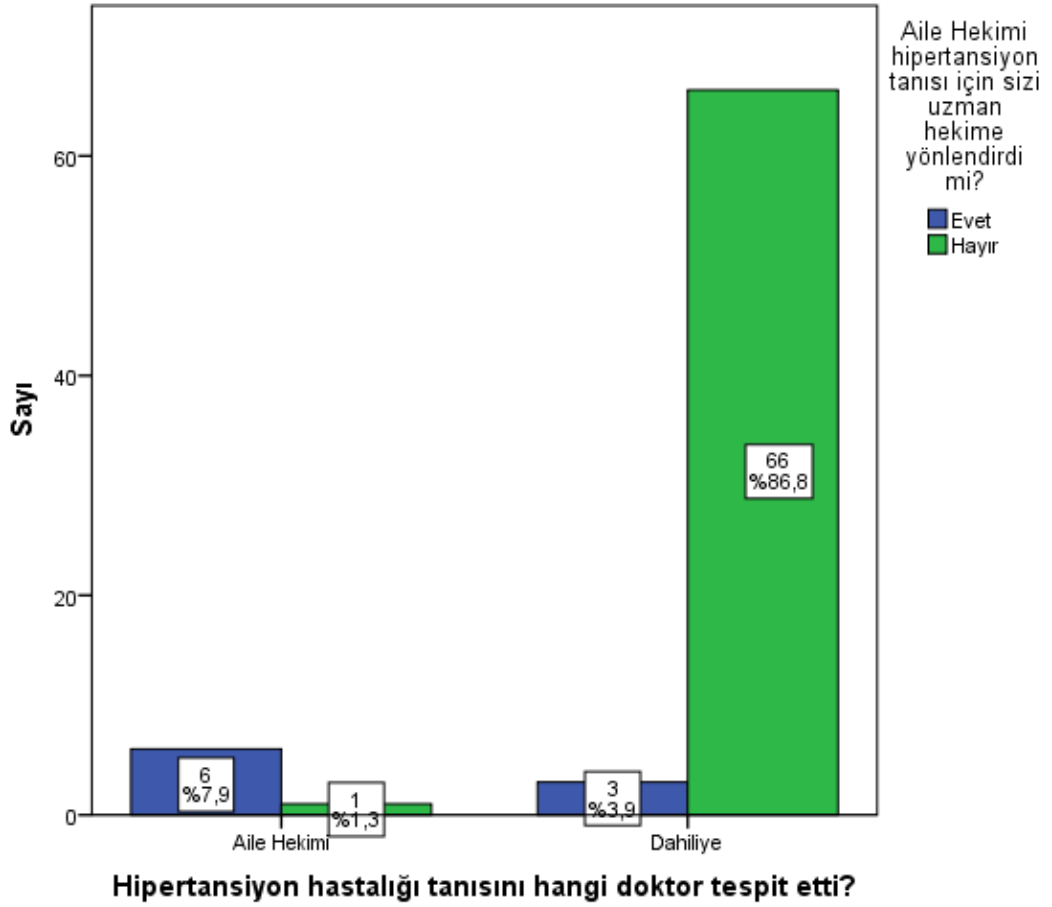
Avrupa'daki klinik rehberlerde bu durumla ilgili olarak kişisel ve ailevi tıbbi öykünün vurgulamaktadır (3).

Tablo 7.9 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Aile Öyküsünün Sorgulanması

		Aile Hekiminiz, ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sordu mu?		Toplam
		Evet	Hayır	
Hipertansiyon hastalığı tanısını hangi doktor tespit etti?	Aile Hekimi	6	1	7
	Dahiliye	3	66	69
Toplam		9	67	76

Aile hekimlerinin tanısını koyduğu hastaların %86'sında (örneklem sadece %8'i) aile hipertansiyon varlığını sorgularken; dahiliye hekimlerine giden hastalarda bu oran aşırı şekilde düşüktür. En iyimser senaryoyu dahi düşünecek olursak aile hekimlerinin sorgulamadığı bu hastaların dahiliye giderek muayene olduğu kabul edilecek olur ki bu durumda da aile hekimlerinin yapması gereken tanı tedavi sorgulaması sorumluluğunu yerine getirmediği gerçeği değiştirmez.

Örneklem tanıyı koyan hekimin branşına göre hastanın aile hekiminin hipertansiyon tanısı için hastayı uzman hekime yönlendirme açısından farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square=40,303; Fisher's Exact Test p= 0,001) tespit edilmiştir.



Şekil 7.26 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Aile Hekiminin Hastayı Yönlendirmesi

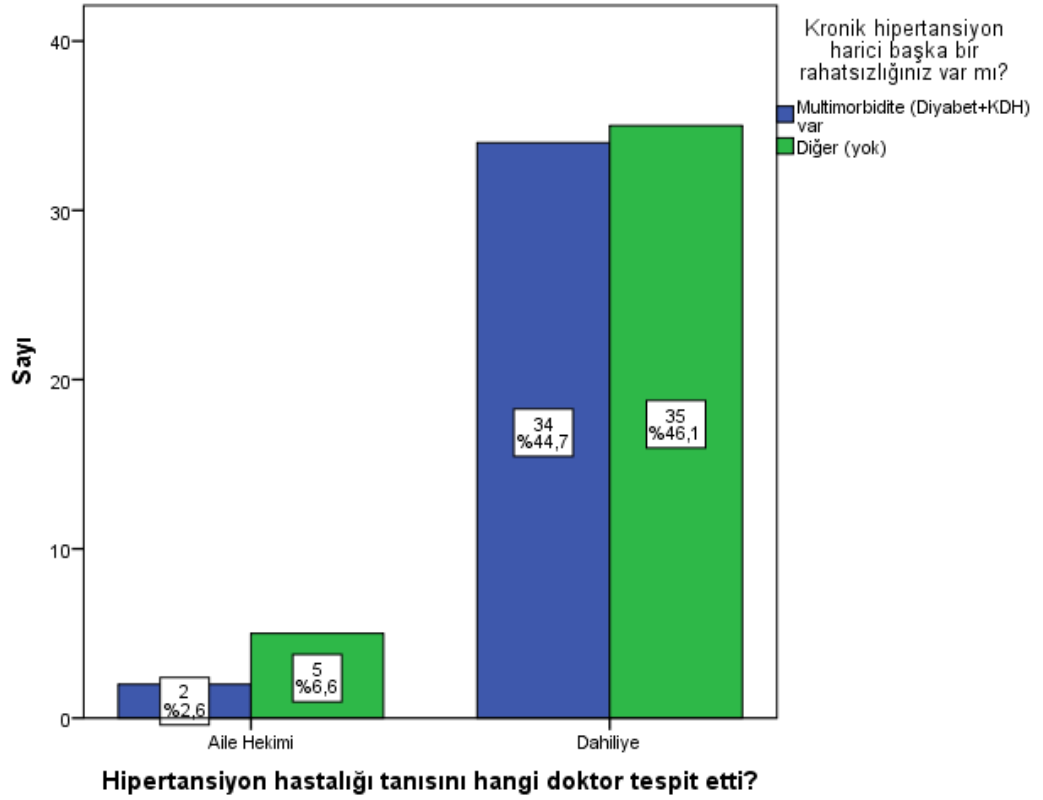
Aile hekimlerinin tanısını koyduğu hastaların %86'sı hipertansiyon için uzman hekime yönlendirilmiştir.

1993'ten 2009'a kadar ki ABD araştırma verilerine göre, hekime ayaktan muayenelerin başka bir doktora sevk olasılığının %4,8'den %9,3'e arttığı tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti için bu artış %5,8 ile %9,9 arasındaydı (64).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada bir yılda çoğunlukla bir uzmana, sağlık hizmetlerine, hastaneye ve acil servise sevk her 100 kişide 10,6 olarak tespit edilmiştir. Uzmana sevk, ortopedik cerrahlara, göz doktorlarına, cerrahlara ve jinekologlara en sık olmakla beraber 100 kişi başına 7,7 oranında olmuştur (61).

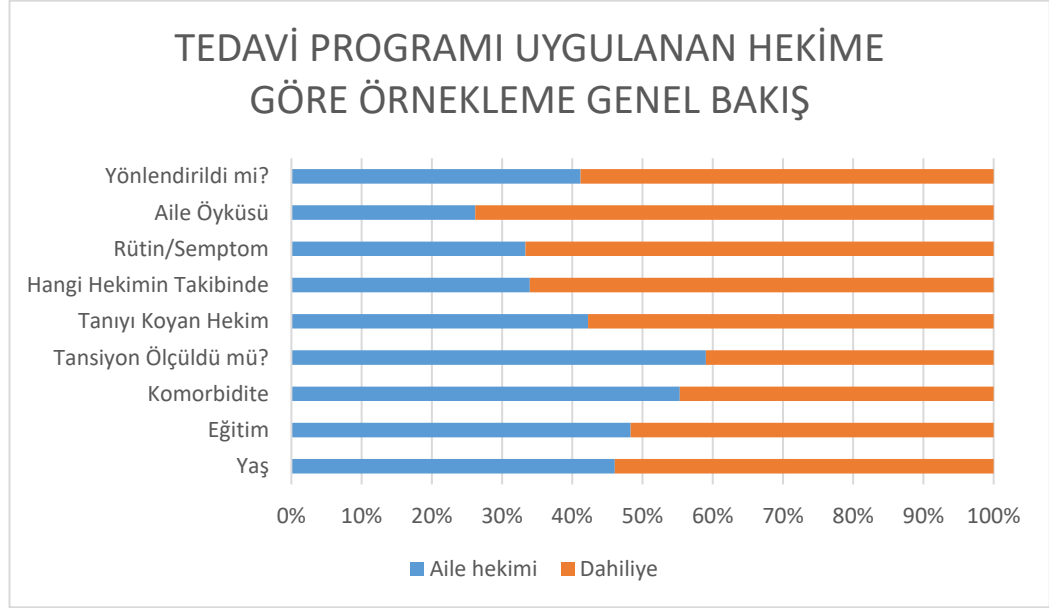
Bizim çalışmamızda bu oran %86 bu oranın çok fazla olması ülkemizdeki temayülün dünyadakinden farklı olduğunu göstermektedir.

Örneklemin tanıyı koyan hekimin branşına göre multimorbidite durumu açısından farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=1,093; Fisher's Exact Test p= 0,435) tespit edilmiştir.



Şekil 7.27 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Multimorbidite

7.3.4. Tedavi Programı Uygulanan Hekimin Branşı



Şekil 7.28 Örneklemin Tedavi Programı Uygulanan Hekime Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

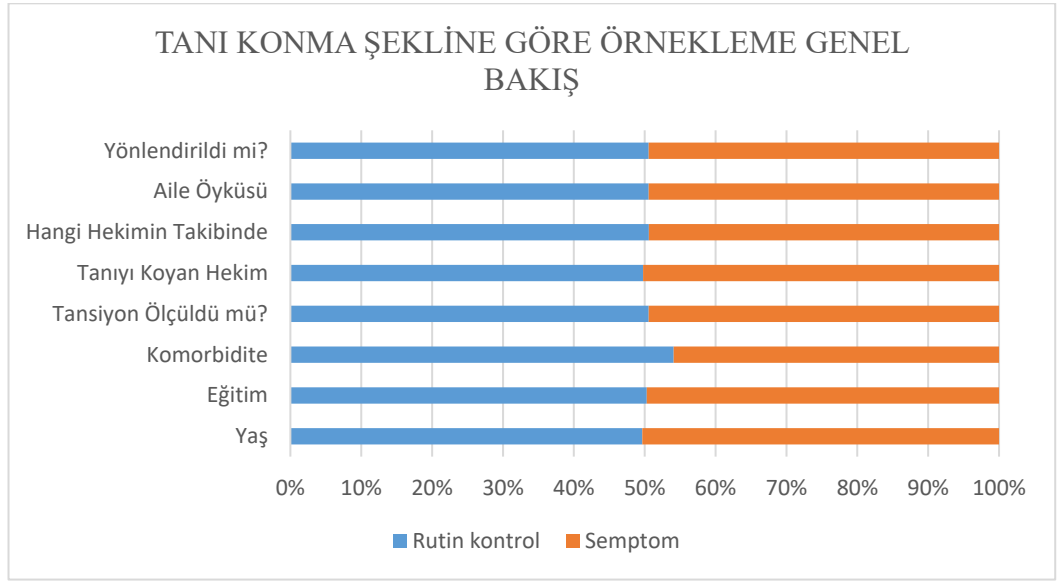
Örneklemin tedavi programı uygulanan hekimin branşına göre tanının konma şekli açısından farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=0,580; Fisher's Exact Test p= 0,435) tespit edilmiştir.

Tablo 7.10 Tanıyı Koyan Hekimin Branşına Göre Multimorbidite

		Hipertansiyon hastası olduğunuzu nasıl öğrendiniz?		Toplam
		Semptom	Rutin Kontrol	
Hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için, hangi hekimin düzenlediği tedavi programını kullanıyorsunuz?	Aile Hekimi	2	1	3
	Dahiliye	61	12	73
Toplam		63	13	76

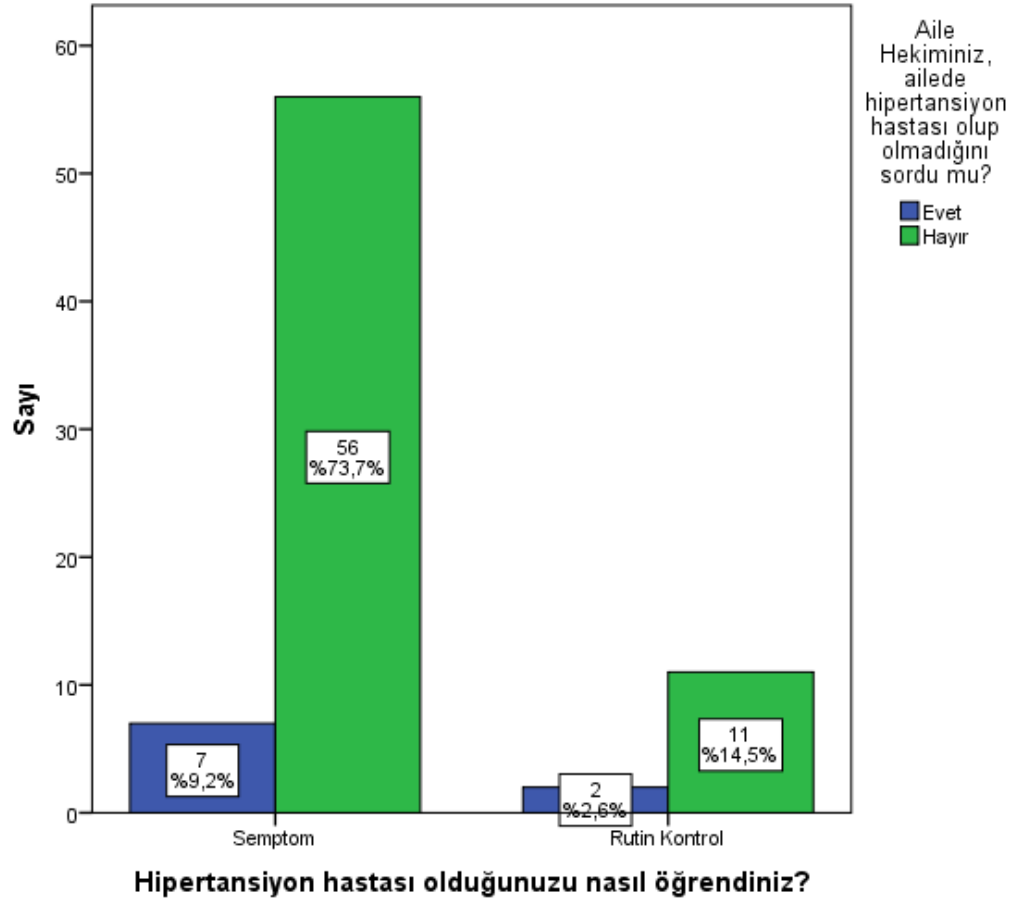
Çalışmamızda aile hekimlerinin çok yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu durum literatür ile uyumluydu. Çünkü kronik hastalıkların sayısı ve kullanılan ilaçların sayısı arttıkça, aile hekimleri özellikle yeni semptomları tespit etmekte zorlanmaktadır. Karşılaşılan yeni durum, yeni semptomların varlığı veya mevcut olanların kötüleşmesi mi veya kısır bir döngü mü aile hekimi kararsız kalır (51).

7.3.5. Hipertansiyon Teşhisinin Konma Şekli (Rutin Kontrol- Semptom)



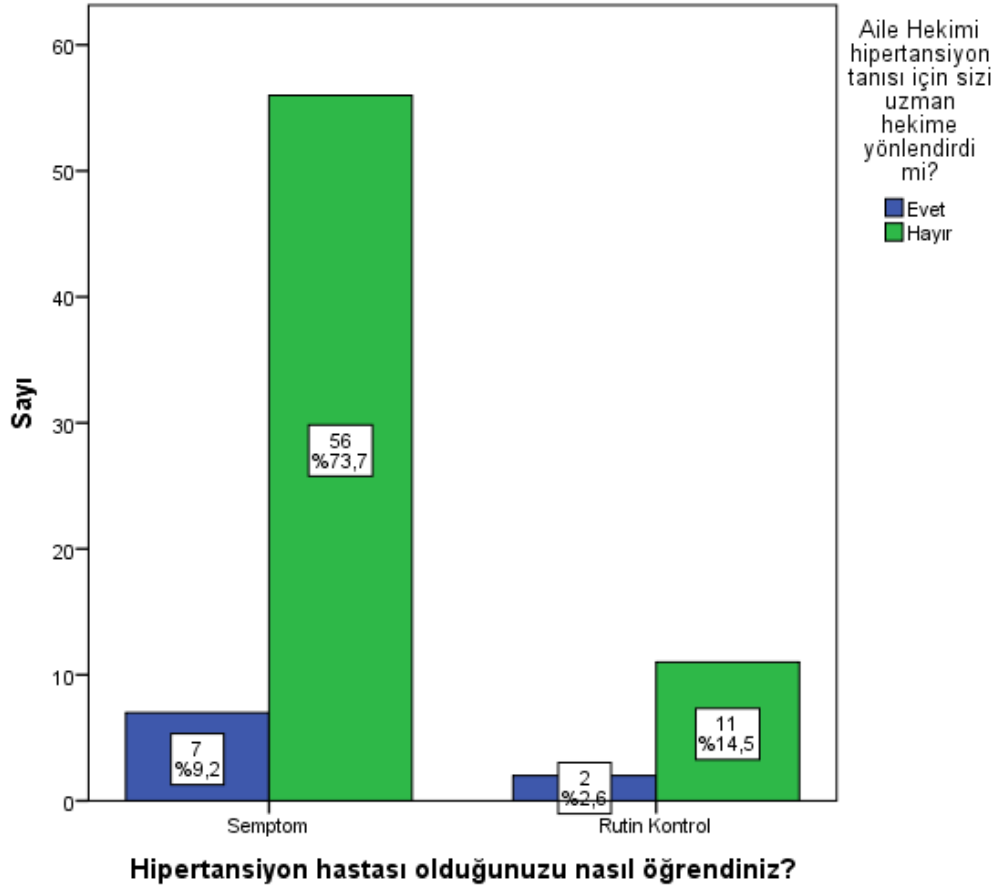
Şekil 7.29 Örneklemin Teşhisin Konma Şekline Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

Örneklemin tanı konma şekline göre (rutin kontrol-semptom) göre aile hekiminin hastaya aile öyküsü sorgulaması açısından farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=0,189; Fisher's Exact Test p= 0,647) tespit edilmiştir.



Şekil 7.30 Tanı Konma Şekline Göre Aile Öyküsü Sorgulama

Örneklemin tanı konma şekline göre (rutin kontrol-semptom) göre aile hekiminin uzman hekime yönlendirmesi açısından farklı olmadığı (Pearson Chi-Square=0,189; Fisher's Exact Test p= 0,647) tespit edilmiştir.



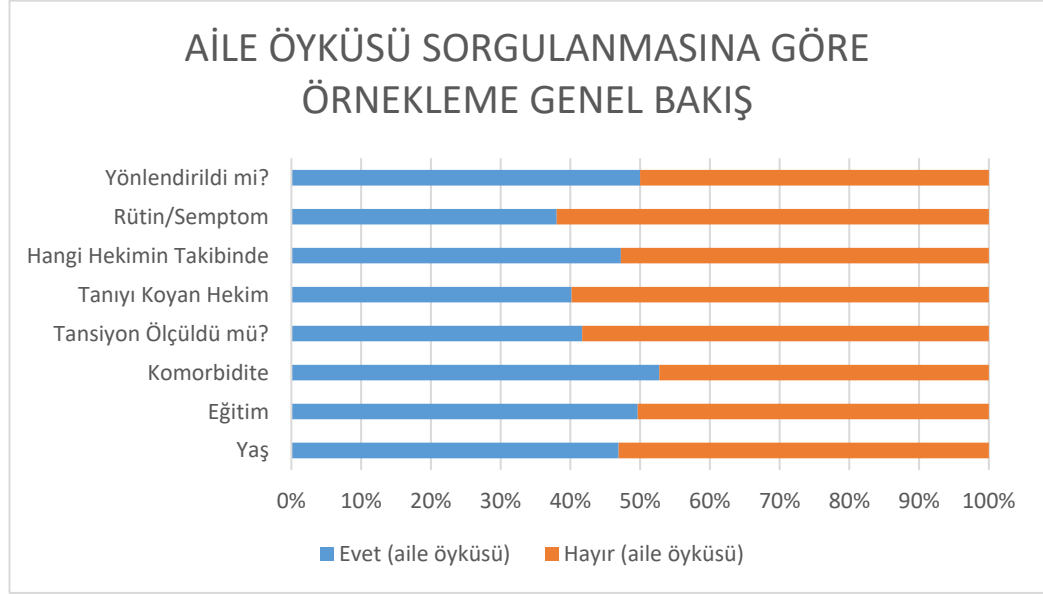
Şekil 7.31 Tanı Konma Şekline Göre Uzman Hekime Yönlendirme

Kan basıncı ile ilgili olarak kişisel ve ailevi tıbbi öykünün aşağıdaki başlıklarda sorgulanması klinik rehberlerde vurgulanmaktadır (3).

KB yüksekliğinin süresi ve ev ölçümleri de dahil olmak üzere önceki kan basıncı yüksekliğinin düzeyi, İkincil hipertansiyon, risk faktörleri, organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık öykü ve semptomları, hipertansiyon tedavisi alıp almadığı hususlarında sorgulanmalıdır.

Sağlık mensubu uzman aile öyküsünü ve KV risk faktörlerini sorgulamalıdır. Bu risk faktörleri arasında kardiyovasküler hastalık aile hikayesi de bulunmaktadır (8).

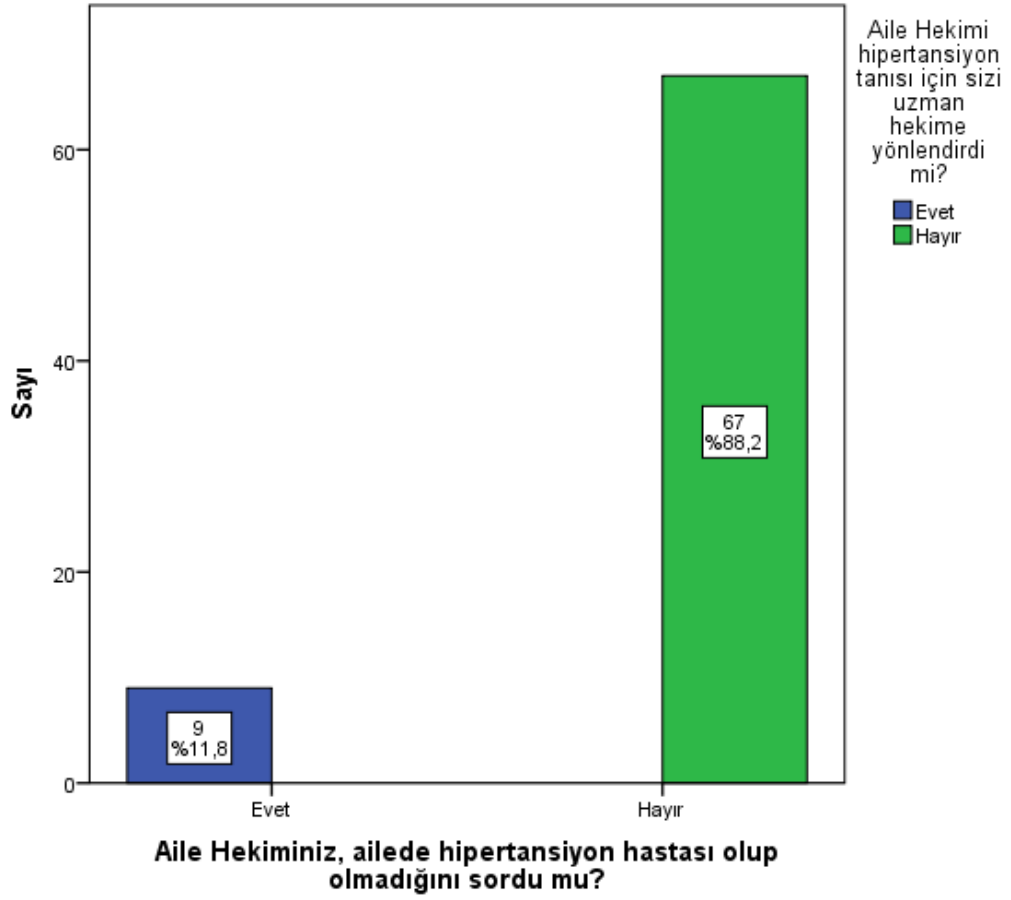
7.3.6. Aile Hekiminin Aile Hipertansiyon Öyküsü Sorgulaması



Şekil 7.32 Örneklemin Aile Öyküsü Sorgulanmasına Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

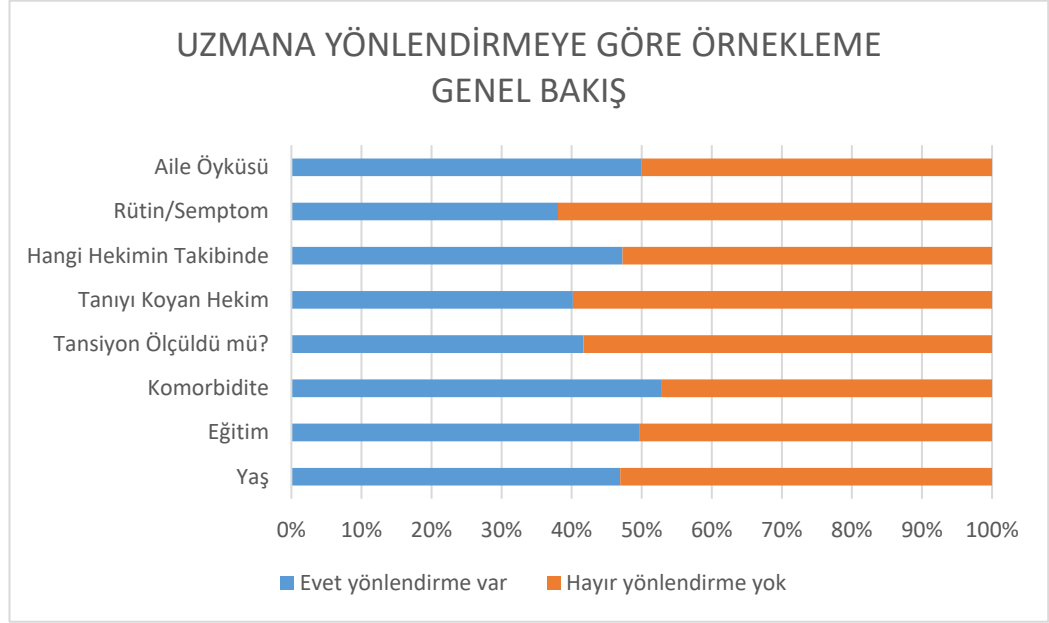
Örneklemin aile hekiminin aile hipertansiyon öyküsü sorgulamasına göre aile hekiminin uzman hekime yönlendirmesi açısından farklı olduğu ve bu farkın anlamlı (Pearson Chi-Square=76,000; Fisher's Exact Test p= 0,001) tespit edilmiştir.

Buna göre aile hekiminin ailede hipertansiyon hastası olup olmadığını sorguladığı herkes aile hekimince uzman hekime yönlendirmiştir. Benzer şekilde sorgulamadığı kimse de yönlendirilmemiştir. Yani diyebiliriz ki ya hep ya hiç. Yani aile hekimi ya hastasıyla tam ilgiliydi ya da hiç. Bunda aile hekimliklerine ilaç yazdırma için gelinmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü bilindiği gibi ülkemizde aile hipertansiyon gibi kronik hastalıkların reçeteleri raporlu olmakta ve düzenli olarak yazdırılmalı ki hasta ilacı eczaneden alabilsin.



Şekil 7.33 Aile Hipertansiyon Öyküsü Sorgulanmasına Göre Uzman Hekime Yönlendirme

7.3.7. Aile Hekiminin Hastayı Uzman Hekime Yönlendirmesi



Şekil 7.34 Örneklemin Uzman Hekime Yönlendirmeye Göre Parametrelerinin Ortalama Değerlerinin İncelenmesi

Yönlendirme (sevk), hastanın bakım sorumluluğunun bazı yönleriyle aktarımı anlamına gelir. Aile hekimi için, sorumluluk transferi hiçbir zaman tam olarak gerçekleşemez, çünkü her zaman hastanın refahı için genel bir sorumluluk taşımak zorundadır.

Sevk oranı ile; uygulama popülasyonların yaşı, sosyal sınıfı, sevk olan vakalar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Hollanda da yapılan iki çalışma hastaneden konumsal uzaklık ve doktorun defansif doktorluğuna yönelik tutumunun sevk oranlarıyla zayıf bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur (71).

15 Avrupa ülkesinde yapılan bir araştırma, sevk oranları ile doktora başvuru sayısı arasında güçlü bir ters ilişki göstermiştir (72,73).

Bizim çalışmamızda aile hekiminin hipertansiyon tanısı için hastayı uzman hekime yönlendirmesi ile; cinsiyet, aile hekiminin kontrol amaçlı tansiyon ölçümü yapması, tedavi programı uygulanan hekim ve hipertansiyon tanısını tespit eden hekim arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Üstelik hipertansiyon tanısını koyan hekim ile

hekimin uzman hekime yönlendirmesi arasındaki ilişki derecesi güçlüdür (spearman $r=0,728$; $p=0,001$).

7.4. Çalışmanın Korelasyon Analizi

Tablo 7.11 Çalışmanın Korelasyon Katsayısı (r)

r	Multimorbidite	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Multimorbidite	Tans. Ölçüm	Tanı Koyan	Tedavisi Uygulanan H.	Rutin/Semptom	Aile Öyküsü
Cinsiyet	0,1									
Yaş	-0,15	-0,072								
Eğitim	0,069	0,166	-0,175							
Multimorbidite	0,975**	0,086	-0,126	0,039						
Tans. Ölçüm	-0,073	0,219	0,081	0,005	-0,076					
Tanı Koyan	-0,12	0,171	0,224	-0,01	-0,105	0,414**				
Tedavisi Uygulanan H.	-0,192	0,089	0,083	-0,105	-0,188	0,239*	0,636**			
Rutin/Semptom	-0,129	-0,153	0,041	-0,103	-0,129	-0,038	0,024	-0,087		
Aile Öyküsü	-0,103	0,244*	0,19	0,088	-0,085	0,432**	0,728**	0,344**	-0,05	
Yönlendirme	-0,103	0,244*	0,19	0,088	-0,085	0,432**	0,728**	0,344**	-0,05	1,000**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$; 0,10-0,25 ise zayıf; 0,26-0,50 ise orta; 0,51-1,0 ise güçlü

Korelasyon analizi tablosuna göre değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönü korelasyon katsayısı (r) ile değerlendirilmekte olup; buna göre pozitif değerler aynı yönde ilişkiyi, negatif değerler ise birbirine ters yönde ilişkiyi göstermektedir. İlişkinin gücü 0,10-0,25 arasında ise zayıf; 0,26-0,50 arasında ise orta; 0,51-1,0 ise güçlü olarak değerlendirilmiştir.

Bu veriler ışığında tabloyu değerlendirecek olursak:

- Cinsiyetin; aile öyküsü sorgulanması ve uzman hekime yönlendirilme pozitif yönde ilişkili olduğu
- Tansiyon lmnn; tanıyı koyan hekim, tedavisi uygulanan hekim, aile öyküsü sorgulanması, uzman hekime yönlendirme ile pozitif yönde ilişkili olduğu
- Tanıyı koyan hekimin; tedavisi uygulanan hekim ile güçlü, aile öyküsü sorgulanması ile güçlü, uzman hekime yönlendirme ile güçlü pozitif yönlü ilişkili olduğu
- Aile yks sorgulamanın; uzman hekime yönlendirme ile güçlü pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Cinsiyetin aile öyküsü sorgulanmasıyla ilişkili olması ve aile hekiminin aile öyküsü sorgulamasının yönlendirme ile ilişkili olması, aile hekimlerinin hipertansiyona yaklaşımlarının kanıta dayalı tıp ile bağdaşmadığını göstermektedir.

Tansiyon lm yapan hekimlerin diğer tutum yaklaşımlarda da kanıta dayalı tıp ile uyumlu davranışlar sergilemesi dikkat çeken bir sonuç olmuştur.

Tanıyı koyan hekim ile ilişkili parametreler çalışmanın bütünüyle beraber değerlendirildiğinde aile hekimlerinin hipertansiyon için hastaları uzman dahiliye hekimine yönlendirdiği düşünülmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Laffin LJ, Laffin LJ, Bakris GL. Hypertension and new treatment approaches targeting the sympathetic nervous system. *Curr Opin Pharmacol.* 21:20-24;2015.
2. Arıcı, M., Altun, B., Erdem, Y., Derici, Ü., Nergizoğlu, G., Turgan, Ç., ... & Çağlar, Ş. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. 2003.
3. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc and in *Blood Pressure*, doi: 10.3109/08037051.2013.812549.2013.
4. Rakel RE. *Essentials of Family Medicine. Textbook of Family Practice.* 9th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia p:1-180;2016.
5. Verghese A, Horwitz RI. In praise of the physical examination. *BMJ.* 2009;339:1385–6.,2009
6. World Health Organization: *Primary Health Care—Now More Than Ever*, Geneva, 2008, WHO.,2008.
7. Aile Hekimliği Resmi İnternet Sitesi. <http://ailehekimligi.gov.tr/> (Erişim tarihi:24.04.2018)
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL 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.,2003.
9. Arıcı, M., Birdane, A., Guler, K., Yildiz, B. O., Altun, B., Erturk, S., ... Erdem, Y. [Turkish Hypertension Consensus Report]. *Türk Kardiyoloji Derneği arşivi : Türk Kardiyoloji Derneğinin yayın organıdır*, 43(4), 402–409.,2015.
10. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach.* 10th edition. Joseph T. DiPiro, Robert L. Talbert, Gary C. Yee, Gary R. Matzke, Barbara G. Wells, L. Michael Posey,2017.

11. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens* 16(1):14–26;2014.
12. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. 2014 evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure <http://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1861&i...> 62 of 70 22/12/2016 10:26 in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 311(5):507–520;2014.
13. Rosendorff C, Lackland DT, Allison M, Aronow WS, Black HR, Blumenthal RS, et al. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease a scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. *J Am Coll Cardiol* 65:1998–2038;2015.
14. Winter KH, Tuttle LA, Viera AJ. Hypertension. *Prim Care*. 40(1):179–94;2014.
15. 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. *JAMA*. 287:1003–10;2002.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. Nice clinical guideline 127; 2011.
17. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, et al. Heart disease and stroke statistics – 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 129:e28–292;2014.
18. Yoon SS, Gu Q, Nwankwo T, Wright JD, Hong Y, Burt V. Trends in blood pressure among adults with hypertension: United States, 2003 to 2012. *Hypertension*. 65(1):54–61;2015.

19. <http://www.nefroloji.org.tr/pdf/31kongre/presentationTND2014.pdf> (erişim tarihi:01/07/2018)
20. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul, 2004:s:188. 2004.
21. Özcan S, Ünlüoğlu İ, Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları (1. Aşama) TC Sağlık Bakanlığı Revize edilmiş Materyal Ankara, 24-30:2008.
22. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems, Victoria, Australia, WONCA, 1991.
23. Heyrman J. EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in GeneBeasley JW, Hankey TH, Erickson R, et al. 2004. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN Study. *Annals of Family Medicine* 2(5):405– 410.,2004.
24. World Health Organization: Primary Health Care—Now More Than Ever, Geneva, WHO, 2008.
25. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors, London, Radcliffe Publishing, 2013.
26. Tumulty PA: What is a clinician and what does he do? *N Engl J Med* 283:20–24, 1970.
27. Bulger RJ: The Quest for Mercy: the Forgotten Ingredient in Health Care Reform, Charlottesville, VA, Carden Jennings, 1998.
28. Gascon TG. La medicina familiar e comunitaria en Espana. *Rev Int Med Fam.*3:167–70;1991.

29. Paulman P.M., Taylor R.B., Paulman A.A., Nasir L.S Family Medicine: Principles and Practice, , pp. 1-1863;2016.
30. Ak M. Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17(4):403-5;2010.
31. Aile Hekimliği Resmi İnternet Sitesi. <http://ailehekimligi.gov.tr/> (erişim tarihi:06.07.2018)
32. Gaydos LM. The nature and etiology of disease. In: Fried BJ, Gaydos, LM, eds., World Health Systems: Challenges and Perspectives, 2nd ed. Chicago: Association of University Programs in Health Administration; Health Administration Press, 2012.
33. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN Study. Annals of Family Medicine 2(5):405– 410;2004.
34. Fortin M, Dionne J, Pinho G Gignac J, Almirall J, Lapointe L.. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? Annals of Family Medicine 4(2):104– 108;2006.
35. Ostbye T, Yarnall YSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Annals of Family Medicine 3:209– 214;2005.
36. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the importance of primary care in “case” management. Annals of Family Medicine 1(1):8– 14;2003.
37. Gaydos LM. 2012. The nature and etiology of disease. In: Fried BJ, Gaydos, LM, eds., World Health Systems: Challenges and Perspectives, 2nd ed. Chicago: Association of University Programs in Health Administration; Health Administration Press.
38. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Annals of Family Medicine 3(3):223– 228;2005.

39. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker MV, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: A comparative study of two sources. *BMC Health Services Research* 10:111;2010.
40. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Senior's self-reported multimorbidity captured biopsychosocial factors not incorporated into two other data-based morbidity measures. *Journal of Clinical Epidemiology* 62(5):550–557;2009.
41. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Vladeras JM. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One* 9(7):e102149, 2014.
42. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* 380(9836):37–43;2012.
43. Erny-Albrecht K, McIntyre E. The growing burden of multimorbidity. *PHCRIS RESEARCH ROUNDup* Issue 31, August, 2013.
44. National Ambulatory Care Medical Survey. http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2010_namcs_web_tables.pdf (erişim tarihi:06.07.2018), 2010.
45. Fortin M, Steenbakkens K, Hudon C, Poitras ME, Almirall J, van den Akker M. The electronic Cumulative Illness Rating Scale: A reliable and valid tool to assess multi-morbidity in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6):108;2011.
46. Noel PH, Frueh C, Larme AC, Pugh JA. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expectations* 8(1):54–63;2005.
47. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice* 25:287–293;2008.
48. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: A qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ* 327:837;2003.

49. Dowell J, Williams B, Snadden D. Patient-centred prescribing: Seeking concordance in practice. Oxford, New York: Radcliffe Publishing.,2007.
50. Riley V, Avery T, Jackson S. Pharmacokinetics and pharmacodynamics. In: Gosney M, Harris T, eds., *Managing Older People in Primary Care: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.,2009.
51. Upshur REG, Tracy S. Chronicity and complexity: Is what's good for the diseases always good for the patients? *Canadian Family Physician* 54(12):e1655– e1658.,2008.
52. Sinnott C, McHugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 3:e003610.,2013.
53. Boyd CM, Darer J, Boult J, Fried LP, Boult L, Wu AW. Quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *Journal of the American Medical Association* 294(6):716– 724;2005.
54. Fortin M, Contant E, Savard C, Hudon C, Poitras M- E, Almirall J. Canadian guidelines for clinical practice: An analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Family Practice* 12:74;2011.
55. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: The challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age and Ageing* 42(1):62– 69;2013.
56. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 345:e6341;2012.
57. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society *Journal of the American Geriatric Society* 60(10):1957–1968;2012.
58. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, Becker A, Beyer M, Gensichen J, Kirchner H, Perera R, Prados-Torres A, Scherer M, Thiem U, van den Bussche H, Glasziou PP. The Ariadne principles: How to handle

multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine* 12:223. doi: 10.1186/s12916-014-0223-1.,2014

59. Britten N. Commentary: Does a prescribed treatment match a patient's priorities? *BMJ* 327:841–842;2003.

60. Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter. September. http://www.ngna.org/_resources/documentation/chapter/carolina_mountain/STARTandSTOPP.pdf (erişim tarihi:06.07.2018), 2011.

61. Britt H, Miller GC, Knox S, Charles J, Valenti L, Henderson J, et al. General Practice Activity in Australia 2002– 03. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.,2003.

62. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: Results From the ASPN Referral Study. *Journal of Family Practice* 51(3):215– 222;2002.

63. Thind A, Stewart M, Manuel D, Freeman T, Terry A, Chevendra V, Maddocks H, Marshall N. What are wait times to see a specialist? An analysis of 26,942 referrals in Southwestern Ontario. *Healthcare Policy* 8(1):80– 91;2012.

64. Barnett ML, Song Z, Landon BE. Trends in physician referrals in the United States 1999– 2009. *Archives of Internal Medicine* 172(2):163– 170;2012.

65. Royal College of General Practitioners. GPs with a Special Interest (GPwSI) Accreditation. <http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/clinical-resources/gp-with-a-special-interest-gp-wsi-accreditation.aspx> (erişim tarihi:06.07.2018).

66. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. Report to the Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. Occasional paper 56. Royal College of General Practitioners.,1992.

67. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived need for investigations, referral, and prescribing in primary care: Nested observational study. *BMJ* 328:444;2004.

68. Balint M. 1964. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pitman Medical. Katz MH. How can we know so little about physician referrals? *Archives of Internal Medicine* 172(2):100;2012.
69. Katz MH. How can we know so little about physician referrals? *Archives of Internal Medicine* 172(2):100;2012.
70. Fleming DM, Cross KW, Crombie DL. An examination of practice referral rates in relation to practice structure, patient demography, and case mix. *Health Trends* 23:100;1991.
71. Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch, and Belgian general practitioners. *British Journal of General Practice* 40:134;1990.
72. Reynolds GA, Chitnis JG, Roland MO. General practitioner out-patient referrals: Do good doctors refer more patients to hospital? *British Journal of Medicine* 302:1250;1991.
73. Calman NS, Hyman RB, Licht W. Variability in consultation rates and practitioner level of diagnostic certainty. *Journal of Family Practice* 35(1):31;1992.
74. Bailey J, King N, Newton P. Analyzing general practitioners' referral decisions. II. Applying the analytical framework: Do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions? *Family Practice* 11(1):9;1994.
75. Canadian Medical Association. 2014. Streamlining Patient Flow From Primary to Specialty Care: A Critical Requirement for Improved Access to Specialty Care. <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-01.pdf>. College of Family Physicians of Canada, Section of Family Physicians with Special Interests or Focused Practice (SIFP). Project Update. [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Sections/SIFP%20Progress%20Update%20\(FINAL%20ENG%20July%205%202013\).pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Sections/SIFP%20Progress%20Update%20(FINAL%20ENG%20July%205%202013).pdf) (erişim tarihi:06.07.2018), 2014.
76. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 6:11-4;1999.

77. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 37(8):551-556 551;2009.
78. <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> (Erişim tarihi: 01/06/2018),2017
79. http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/istatistik/saglik_istatistikleri_yilligi_2012.pdf (Erişim tarihi: 01/06/2018), 2012.
80. Mutluay R, Hipertansiyon tedavisinde cinsiyet ayırımı yoktur? http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/GAZETE_TANSIYON_2018_1GUN.PDF (Erişim tarihi: 01/06/2018), 2018.
81. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php PATENT (Erişim tarihi: 01/06/2018)
82. <http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/dunyasagligunu/10.pdf> (Erişim tarihi: 01/06/2018)
83. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İle Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Arasında Orta Dönem İşbirliği Programı 2000/2001. İnternet erişimi: http://undp.un.org.tr/who/mpt00_01_tr.pdf. (erişim tarihi:06.07.2018).

9. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı : 108400987-225
Konu: Etik Kurulu Kararı

16/04/2015


Sayın Ömer İYİŞENYÜREK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Aile Sağlığı Merkezlerinin Hipertansiyon Hastalığı Teşhisindeki Rolü ve Önemi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

16/04/2015-İ. FİL 

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Sağlığı Merkezlerinin Hipertansiyon Hastalığı Teşhisindeki Rolü ve Önemi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ömer İYİŞENYÜREK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Eczacı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	03.04.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.04.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 206		Tarih: 16.04.2015	
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVÇİMKİ	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ömer	Soyadı	İyişenyürek
Doğum Yeri	Konya	Doğum Tarihi	06.11.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	omeriyisenyurek@hotmail.com	Tel	0532-5646586

Eğitim Düzey

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	2007
Lise	Selçuklu Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Eczacı	Anadolu Eczanesi	2008- halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68,2	69,2	64,5
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi Program	Kullanma Becerisi
Eczanem	Çok iyi
Microsoft Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin