



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



**Dünya
Sağlık Örgütü**
Avrupa Bölge Ofisi

TÜRKİYE'DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ



DEĞERLENDİRME RAPORU

Ankara, Türkiye 2021



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



**Dünya
Sağlık Örgütü**
Avrupa Bölge Ofisi

TÜRKİYE'DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ

DEĞERLENDİRME RAPORU

Ankara, Türkiye 2021

Hipertansiyon, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, bulaşıcı olmayan hastalıklar

DSÖ Avrupa Bölgesinin yayınları aşağıdaki adresten istenebilir: Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Alternatif olarak, Bölge Ofisinin web sitesindeki çevrimiçi talep formu doldurularak doküman, sağlıkla ilgili bilgi veya alıntı ya da çeviri izni istenebilir (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Türkiye’de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilme Projesi, Değerlendirme Raporu, 2021, Yazarlar: Ekinci B., Üçüncü İ., Özkan Z.A., Nayir T., Sis S., Özkan S., Yılmaz E.A., Çobanoğlu N., Sarıoğlu G., Gürbütürk F.T., Toker S., Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara 2021.

© Dünya Sağlık Örgütü 2021

Tüm hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi yayınlarının kısmen veya tamamen çoğaltılması veya çevrilmesi konusundaki talepleri memnuniyetle karşılamaktadır.

Bu yayında kullanılan işaretlerde ve materyalin sunuşunda herhangi bir ülkenin, bölgenin, kentin, alanın veya bunların otoritelerinin yasal statüsü ile ilgili veya sınırları ya da sınır bölgelerinin sınırlandırılmasına dair Dünya Sağlık Örgütüne ait hiçbir ifade veya fikir ima edilmemektedir. Haritalardaki noktalı çizgiler, üzerinde henüz fikir birliği sağlanmama ihtimali bulunan yaklaşık sınır çizgilerini temsil etmektedir.

Bazı şirketlerden veya bazı üreticilerin ürünlerinden bahsedilmiş olması, bunların Dünya Sağlık Örgütü tarafından burada belirtilmemiş benzerlerine tercihen onaylandığı veya önerildiği anlamına gelmez. Hata ve istisnalar dışında tescilli ürünlerin adları baş harfleriyle belirtilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü bu yayında yer alan bilgileri doğrulamak için her türlü makul önlemi almıştır. Ancak, yayınlanan materyal, ifade veya ima edilmiş hiçbir garanti ile dağıtılmamaktadır. Bu materyali yorumlama ve kullanma sorumluluğu okura aittir.

Dünya Sağlık Örgütü, bunun kullanılmasından doğabilecek hiçbir zarardan sorumlu tutulamaz. Yazarlar, editörler veya uzman grup tarafından ifade edilen görüşler, Dünya Sağlık Örgütünün kararlarını veya beyan edilmiş politikasını yansıtmak durumunda değildir.

TÜRKİYE'DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ

DEĞERLENDİRME RAPORU

Proje Ekibi

Uzm. Dr. Banu EKİNCİ

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY

Dr. Esin YILMAZ ASLAN

Tıb. Tek. Nevin ÇOBANOĞLU

Uz. Tıb. Tek. Gülay SARIOĞLU

Hem. Fatma TAMKOÇ GÜRBÜZTÜRK

Danışman Ş. Seçil SİS

Sağ. Uzm. Ahmet ARIKAN

Sağ. Uzm. İlayda ÜÇÜNCÜ

Prof. Dr. Toker ERGÜDER

Doç. Dr. Tufan NAYIR

Sıla Saadet TOKER

Dr. Melda KEÇİK

İçindekiler

Kısaltmalar	III
Tablolar Dizini.....	IV
Şekiller Dizini.....	VIII
Teşekkür.....	X
Ön Söz.....	XI
Yönetici Özeti.....	1
BÖLÜM 1.....	5
GİRİŞ	5
Amaç.....	7
Proje Uygulama Aşamaları ve Değerlendirme Süreci	8
I. Proje hazırlık aşaması.....	8
II. Proje uygulama aşaması	8
III. İlave müdahaleler.....	10
IV. Proje izleme ve değerlendirme.....	11
BÖLÜM 2.....	12
YÖNTEM.....	12
Başlangıç ve Final Değerlendirmesi Yöntemi.....	13
Ara Değerlendirme Yöntemi	20
Eğitim Değerlendirme Yöntemi.....	21
Odak Grup Görüşmesi Değerlendirme Yöntemi	21
BÖLÜM 3.....	22
BAŞLANGIÇ DEĞERLENDİRMESİ BULGULARI	22
Sağlık Kayıtlarında HT Prevalansı	22
Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi	22
Tanıların Varlığı ve İlk Tanı Tarihinin Değerlendirilmesi	32
İlaç Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi.....	38
Başlangıç Değerlendirmesi Sonuçları.....	44
BÖLÜM 4.....	45
TÜRKİYE'DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	45
Hekim ve ASÇ'lerin Eğitime Katılım ve İl Bazında Başarı Durumları	45
Hekimlerin İl Bazında Sınav Sonuçlarının Dağılımı, Basıklık ve Çarpıklık Değerleri.....	47
Hekimlerin ve ASÇ'lerin Ön Test ve Son Test Ortalamaları Arasındaki Farkın Önemlilik Testi.....	49
Ön Test ve Son Test Ortalama Başarı Artış Oranları.....	50

Eğitim Memnuniyeti Analizi	51
Eğitim Değerlendirme Sonuçları ve Öneriler	52
BÖLÜM 5.....	55
ARA DEğerLENDİRME BULGULARI	55
Hasta Kayıtlarına Dair İstatistikler	55
Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) Yapılan İşlemler.....	65
BÖLÜM 6.....	69
FİNAL DEğerLENDİRME Sİ BULGULARI	69
Sağlık Kayıtlarında HT Prevalansı ve Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumları.....	69
Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi.....	70
Tanıların Varlığı ve İlk Tanı Tarihinin Değerlendirilmesi	71
İlaç Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi.....	77
Final Değerlendirmesi Sonuçları	82
BÖLÜM 7.....	83
TÜRKİYE’DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ RAPORU	83
Aile Hekimleri Odak Grup Görüşmesi	83
Aile Sağlığı alışanları Odak Grup Görüşmesi.....	85
Eczacı Odak Grup Görüşmesi	87
Hasta Odak Grup Görüşmesi	90
BÖLÜM 8.....	95
PROJE SÜREÇLERİNİN VE SONUÇLARININ DEğerLENDİRİLMESİ	95
EKLER.....	103
Ek-1 Proje Göstergeleri.....	103
Ek-2 Başlangıç ve final değerlendirmesi anket formu.....	104
Ek 3- Süpervizyon ziyaret dokümanları.....	107
Proje Katılımcı Listesi	111
KAYNAKLAR	114

Kısaltmalar

AH	Aile Hekimi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASÇ	Aile Sağlığı Çalışanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AHB	Aile Hekimliği Birimi
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
ARB	Anjiyotensin II Reseptor Blokerleri
ASA	Asetil Salisilik Asit
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HT	Hipertansiyon
ICD	International Classification of Diseases
KB	Kan Basıncı
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
RTSL	Resolve to Save Lives
SCORE	Sistemik Koroner Risk Hesaplama/Systematic Coronary Risk Estimation
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SVH	Serebrovasküler Hastalık
SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
TEB	Türk Eczacılar Birliği
THSA	Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
WHO	World Health Organization

Tablolar Dizini

Tablo 1 Evren ve örneklem büyüklüğü	13
Tablo 2 İllere bağlı ilçelerin 2018 yılı nüfusları ve ilçelerde bulunan ASM sayıları (n).....	14
Tablo 3 Çankırı’da örnekleme alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları ve ilçelere göre sayıları (n).....	15
Tablo 4 Erzincan’da örnekleme alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları ve ilçelere göre sayıları (n)	16
Tablo 5 Uşak’ta örnekleme alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları ve ilçelere göre sayıları (n).....	16
Tablo 6 İllere göre gerçekleşen örneklemin yaş ve cinsiyete göre dağılımı (n)	17
Tablo 7 Klinik KB düzeylerine göre kan basıncı sınıflandırması (mmHg)	18
Tablo 8 Beden kütle indeksi sınıflaması (kg/m^2)	18
Tablo 9 Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) hesaplama formülü.....	19
Tablo 10 Böbrek hastalığının tahmini glomerüler filtrasyon hızına (GFH) göre evrelendirilmesi (K/DOQI)...	19
Tablo 11 Proteinüri düzeyleri (mg/dl).....	19
Tablo 12 Tütün kullanım durumları (n) (%)	23
Tablo 13 Kan basıncı değeri kaydedilen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	23
Tablo 14 Kan basıncı ölçülen bireylerin hipertansiyon evreleri (n) (%)	23
Tablo 15 BKİ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	24
Tablo 16 Beden kütle indeksi değerlerinin illere göre dağılımı (n) (%)	24
Tablo 17 Kolesterol değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	25
Tablo 18 Hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm değerlerinin illere göre dağılımı (n) (%)	25
Tablo 19 Kreatinin değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%).....	25
Tablo 20 Hipertansif bireylerin böbrek yetmezliği derecesinin (e-GFH) illere göre dağılımı (n) (%).....	26
Tablo 21 Proteinüri değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	26
Tablo 22 Hipertansif bireylerin proteinüri düzeyinin illere göre dağılımı (n) (%).....	26
Tablo 23 AKŞ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	27
Tablo 24 Hipertansif bireylerin AKŞ değerinin illere göre dağılımı (n) (%).....	27
Tablo 25 HbA1c değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%).....	29
Tablo 26 Hipertansif bireylerin HbA1c değerinin illere göre dağılımı (n)(%).....	29
Tablo 27 Yıllara ve cinsiyete göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%).....	31
Tablo 28 Cinsiyete ve risk değerlendirme grubuna göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)	31
Tablo 29 Hipertansif bireylerde cinsiyete göre risk faktörleri (n) (%).....	32
Tablo 30 Hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)	33
Tablo 31 HT’ye eşlik eden diyabet tanılı bireylerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	34
Tablo 32 HbA1c sonuçlarına göre diyabet tanısı olması gereken hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığı (n) (%).....	34

Tablo 33 Hipertansif bireylerde KKH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%).....	35
Tablo 34 HT'ye eşlik eden KKH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	36
Tablo 35 Hipertansif bireylerde SVH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%).....	36
Tablo 36 HT'ye eşlik eden SVH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	37
Tablo 37 Hipertansif bireylerin birden fazla hastalığa sahip olma durumları (n) (%).....	38
Tablo 38 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%).....	39
Tablo 39 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%).....	40
Tablo 40 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların KB değerlerinin karşılaştırılması (n) (%)	40
Tablo 41 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların kullandıkları ilaç gruplarının cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	40
Tablo 42 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların, kullandıkları ilaç gruplarının yaşa göre dağılımı (n) (%)...	41
Tablo 43 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	41
Tablo 44 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)	42
Tablo 45 Hipertansif bireylerin kolesterol değerlerine göre statin reçetesi varlığı (n) (%)	42
Tablo 46 Statin türü ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%).....	43
Tablo 47 Statin türü ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%).....	43
Tablo 48 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%).....	43
Tablo 49 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)	44
Tablo 50 Eğitime katılan hekimlerin ortalama ön test sonuçları (n) (puan)	45
Tablo 51 Eğitime katılan hekimlerin ortalama son test sonuçları (n) (puan).....	46
Tablo 52 Eğitime katılan ASÇ'lerin ortalama ön test sonuçları (n) (puan).....	46
Tablo 53 Eğitime katılan ASÇ'lerin ortalama son test sonuçları (n) (puan)	47
Tablo 54 Eğitime katılan hekimlerin ön test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 55 Eğitime katılan ASÇ'lerin ön test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 56 Eğitime katılan hekimlerin başarı artış oranları (puan) (%).....	50
Tablo 57 Eğitime katılan ASÇ'lerin başarı artış oranları (puan) (%)	51
Tablo 58 Kan basıncı ölçüm kayıtları incelenen hastaların illere, yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n).....	55
Tablo 59 İllere göre kan basıncı ölçüm sıklığı (n) (%)	55
Tablo 60 Kan basıncı ölçülen bireylerin hipertansiyon evreleri (n).....	55
Tablo 61 Hipertansif hastalarda eşlik eden tanıların varlığı (n) (%).....	64
Tablo 62 Hipertansif hastaların ilaç kullanımı (n) (%)	64
Tablo 63 AHB'de kan basıncı yönetimi (n) (%).....	65
Tablo 64 HT olgularının kaydı ve raporlanması (n) (%)	66
Tablo 65 Hasta görüşmelerine yönelik bulgular (n) (%).....	66
Tablo 66 Tütün kullanım durumları (n) (%)	70

Tablo 67 Kan basıncı değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	71
Tablo 68 Proje saha uygulama süresince dört periyotta ölçüm sayıları (n) (%)	71
Tablo 69 Kan basıncı ölçülen bireylerin hipertansiyon evreleri (n) (%)	71
Tablo 70 BKİ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	72
Tablo 71 Beden kütle indeksi değerlerinin illere göre dağılımı (n)(%)	72
Tablo 72 Kolesterol değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	73
Tablo 73 Hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm değerlerinin illere göre dağılımı (n) (%)	74
Tablo 74 Kreatinin değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	75
Tablo 75 Hipertansif bireylerin böbrek yetmezliği derecesinin (e-GFH) illere göre dağılımı (n) (%)	75
Tablo 76 Proteinüri değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	75
Tablo 77 Hipertansif bireylerin proteinüri düzeyinin illere göre dağılımı (n) (%)	75
Tablo 78 AKŞ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	76
Tablo 79 Hipertansif bireylerin AKŞ değerinin illere göre dağılımı (n) (%)	76
Tablo 80 HbA1c değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)	77
Tablo 81 Hipertansif bireylerin HbA1c değerinin illere göre dağılımı (n) (%)	78
Tablo 82 Cinsiyete göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)	79
Tablo 83 İllere göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)	79
Tablo 84 Yaşam tarzı değişikliği önerilerinin illere göre dağılımı (n)	80
Tablo 85 Hipertansif bireylerde cinsiyete göre risk faktörleri (n) (%)	80
Tablo 86 Hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)	82
Tablo 87 HT'ye eşlik eden diyabet tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	82
Tablo 88 HbA1c sonuçlarına göre diyabet tanısı olması gereken hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığı (n) (%)	82
Tablo 89 Hipertansif bireylerde KKH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)	83
Tablo 90 HT'ye eşlik eden KKH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	83
Tablo 91 Hipertansif bireylerde SVH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)	84
Tablo 92 HT'ye eşlik eden SVH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	84
Tablo 93 Hipertansif bireylerin birden fazla hastalığa sahip olma durumları (n) (%)	86
Tablo 94 Hastaların ilaç gruplarına göre rapor sahibi olma durumları (n) (%)	87
Tablo 95 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	88
Tablo 96 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)	88
Tablo 97 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların KB değerlerinin karşılaştırılması (n) (%)	88
Tablo 98 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	89
Tablo 99 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)	89
Tablo 100 Hipertansif bireylerin kolesterol değerlerine göre statin reçetesi varlığı (n) (%)	90

Tablo 101 Statin türü ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)	90
Tablo 102 Statin türü ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%).....	90
Tablo 103 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%).....	91
Tablo 104 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)	91

Şekiller Dizini

Şekil 1 Alan araştırması amacıyla üç ilin belirlenmesi.....	12
Şekil 2 HT Prevalansı, Haziran 2018	22
Şekil 3 Kolesterolü ölçülmüş hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm oranı (%).....	24
Şekil 4 Hastaların kolesterol ölçüm oranı (%).....	24
Şekil 5 Hipertansif bireylerin proteinüri değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n).....	27
Şekil 6 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n).....	28
Şekil 7 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin yaşa göre dağılımı (n).....	28
Şekil 8 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)	30
Şekil 9 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)	30
Şekil 10 Türkiye geneli ve proje illerinde hipertansiyon tanısı konulan yerin sağlık hizmet basamağına göre dağılımı, (%) (2018 Ocak)	33
Şekil 11 Diyabet hastalığının izlem ve kontrol düzeyi (%)	35
Şekil 12 Hipertansif bireylerde KBH tanısı alanların illere ve cinsiyete göre dağılımı (n)	37
Şekil 13 Hipertansif bireylerde hastalıkların görülme sıklıkları ve ilk tanı tarihlerinin kayıtlı olma durumu (%).....	38
Şekil 14 Risk faktörleri ve tetkiklerin kayıt durumu (%)	44
Şekil 15 Çankırı'da hekimlerin ön test ve son test bulguları.....	47
Şekil 16 Erzincan'da hekimlerin ön test ve son test bulguları.....	48
Şekil 17 Uşak'ta hekimlerin ön test ve son test bulguları.....	48
Şekil 18 HT Prevalansı, Haziran 2019	69
Şekil 19 Türkiye'de hipertansif bireylerin hipertansiyon tanısıyla ortalama sağlık kuruluşu ziyaret sayısı (n)	70
Şekil 20 Hipertansif bireylerin BKİ ölçüm değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n).....	73
Şekil 21 Hipertansif bireylerin BKİ ölçüm değerlerinin yaşa göre dağılımı (n).....	73
Şekil 22 Hastaların kolesterol değerleri (%)	74
Şekil 23 Kolesterolü ölçülmüş hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm oranı (%).....	74
Şekil 24 Hipertansif bireylerin proteinüri değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n).....	76
Şekil 25 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n).....	77
Şekil 26 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin yaşa göre dağılımı (n).....	77
Şekil 27 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)	78
Şekil 28 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)	78
Şekil 29 Türkiye geneli ve proje illerinde hipertansiyon tanısı konulan yerin sağlık hizmet basamağına göre	

dağılımı, (%) (2019 Haziran)	81
Şekil 30 Hastaların diyabet durumları (%).....	83
Şekil 31 Hipertansif bireylerde kronik böbrek hastalığı tanısı varlığının illere göre dağılımı (n)	85
Şekil 32 Hipertansif bireylerde hastalıkların görülme sıklıkları (%).....	86
Şekil 33 Risk faktörleri ve tetkiklerin kayıt durumu (%)	92
Şekil 34 Hipertansif hastaların fizik muayene ve laboratuvar tetkik yapılma oranlarındaki değişim (%)....	106
Şekil 35 İllere göre hipertansif hastaların fizik muayene ve laboratuvar tetkik yapılma oranlarındaki değişim (%).....	107

Teşekkür

Yazarlar, proje çalışanları ve WHO olarak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na en içten teşekkürlerimizi ve saygılarımızı sunarız.

Hipertansiyon hastası olan kişilerde kan basıncı kontrol altına alınarak kişilerin komplikasyon geliştirmeden daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlamak amacı ile planlanmış bu projede; özellikle proje illerinde tüm kaynaklarını açan, projenin geliştirilmesinde ve uygulanmasında desteklerini esirgemeyen T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürü Sayın Fatih Kara'ya, Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı Sayın Dr. Bekir Keskinliç'a, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı Sayın Uzm. Dr. Banu Ekinci, Prof. Dr. Seçil Özkan, Prof. Dr. Siren Sezer, Prof. Dr. Gülay Sain Güven, Doç. Dr. Aslı Çarkoğlu, Dr. Zübeyde Özkan Altunay, Dr. Esin Yılmaz Aslan, Nevin Çobanoğlu, Gülay Sarıoğlu, Fatma Tamkoç Gürbüzürk, Ş. Seçil Sis, Ahmet Arıkan, Asiye Kapusuz Navruz ve İlayda Üçüncü'ye teşekkür ediyoruz.

Eski Erzincan Valisi Sayın Ali Arslantaş'a, Eski Vali Yardımcısı Sayın İhsan Ayrancı'ya, Eski Çankırı Valisi Hamdi Bilge Aktaş'a ve Uşak Valisi Sayın Funda Kocabıyık'a ve proje illerimizin değerli sağıktan sorumlu vali yardımcılarına şükranlarımızı bildiririz.

Projenin sahiplenilmesi ve yaygınlaştırılmasında emekleri olan Uşak İl Sağlık Müdürü Sayın Sedat Kavas'a, Erzincan İl Sağlık Müdürü Sayın Erkan Hirik'e ve Çankırı İl Sağlık Müdürü Sayın Hüseyin Sarıkaya'ya ve Halk Sağlığı Başkanlığı bünyesinde proje eğitim ve izlemlerinde yoğun destek veren ekiplerine teşekkür ederiz.

Projenin değerinin artmasına katkıda bulunarak, hastaların izlem ve tedavisinde ekibin bir parçası olarak hekimlerimizin ve hastalarımızın yanında olan eczacılarımıza, Türk Eczacılar Birliği Başkanı Sayın Erdoğan Çolak'a ve değerli oda başkanları, Genel Sekreteri Arman Üney'e ve yardımcısı Vildan Özcan'a iş birliklerinden dolayı teşekkür ederiz.

Eğitimlerde üstün çaba sarf eden, proje ziyaretlerini özveri ile gerçekleştiren, sahadaki en uç noktaya bir gönül köprüsü kurarak projenin değerini arttıran, projenin önemini daha iyi anlaşılması için emeklerini esirgemeyen tüm il yöneticilerimize, proje eğitimcilerimize, il sağlık müdürlüklerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan gönül dostlarımıza teşekkürleri bir borç biliriz.

Ayrıca teknik bilgilerini ve rehberlik yeteneklerini bizimle sürekli paylaşan, proje ile ilgili aksaklıklarda her daim çözüm ortağımız olarak bizimle çalışan ve projenin gerçekleşmesinde büyük destekleri olan Sayın DSÖ Türkiye Temsilcisi Sayın Dr. Batyr Berdyklychev'e, Prof. Dr. Tiina Laatikainen'e, Sayın Danışman Dylan Collins'e, Sayın Jennifer Cohen'e, Sayın Andrew Morran'a, Sayın Marwah Abdalla'ya, Sayın Jill Farrington'a ve Nicola Toffelmeira'ya teşekkür ederiz. Bu projeye olan katkıları ölçülemeyecek kadar büyüktür.

Bu projenin başarılı bir şekilde uygulanması için teknik ve finansal desteklerinden dolayı Resolve to Save Lives (RTSL) girişimine ve ortaklarına teşekkürlerimizi sunarız.

Son olarak sahada uygulamalarda hastalarının sağlıklarına kavuşması için çalışan aile hekimlerine ve sağlık çalışanlarına projeye katkılarından dolayı, kan basıncını kontrol altına alarak daha fazla sağlıklı günler yaşama şansı sundukları hastaları ve DSÖ adına teşekkürlerimizi sunarız.

Ön Söz

Kronik hastalıklar dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hızla artmakta, var olan sağlık hizmetlerini zorlamakta ve sağlığa ayrılan bütçenin büyük bölümünü kapsamaktadır. Görülme sıklığı hızla artan kronik hastalıklar, dünyada ölümlerin ve sakatlıkların en önemli sebeplerindendir.

Yüksek tansiyon hastalığı tüm dünyada yaygın olarak görülen kronik rahatsızlıkların başında gelen küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her yıl 7,6 milyon kişinin ölümüne, 90 milyon kişinin maluliyetine yol açmaktadır.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 araştırmasında 15 yaş ve üzerinde %27,7, 18 yaş ve üzerinde %28,8 oranında hipertansif birey olduğu belirlenmiştir. Hipertansif bireylerde kan basıncı kontrol altında olma oranının 15 yaş ve üzerinde %23,8, 18 yaş ve üzerinde ise %24,1 olduğu ortaya konmuştur.

Halk sağlığı ihtiyacı göz önüne alınarak Türkiye’de kan basıncı kontrolünde iyileşme kaydetmek amacıyla Bakanlığımız ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) işbirliğinde Türkiye’de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi” ile ilgili bir çalışma yürütülmüştür.

Ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının ana hedefi sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Bu çalışma ile birinci basamaktaki çok disiplinli ekiplerin kanıta dayalı klinik protokollerin uygulanması ile kan basıncı kontrolü oranları arttırılarak tüm Türkiye’de uygulanacak modelin haritası çıkarılacaktır.

Çalışmanın kan basıncı kontrolünün iyileştirilmesi mücadelesinde olumlu yansımaları olacağını ümit ediyorum ve emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Fatih KARA
Halk Sağlığı Genel Müdürü

Yönetici Özeti

Hipertansiyon, en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalar her yıl dokuz milyon kişinin ölümünün hipertansiyon kaynaklı olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri (THSA/STEPS) 2017 Araştırması'nda 15 yaş ve üzerinde %27,7, 18 yaş ve üzerinde %28,8 oranında hipertansif birey olduğu belirlenmiştir. Hipertansif bireylerde kan basıncı kontrol altında olma oranının 15 yaş ve üzerinde %23,8, 18 yaş ve üzerinde ise %24,1 olduğu ortaya konmuştur.

THSA/STEPS (2017)'ye göre Kardiyovasküler Hastalık (KVH) risk değerlendirme ve yönetimi birinci basamak sağlık kuruluşlarının %50'sinden daha azında uygulanmaktadır. KVH risk değerlendirmesinin Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygın bir uygulama olmaması nedeniyle de hipertansiyonda bakım kalitesi yetersiz olmaktadır. Buna rağmen, genel sağlık sigortası kapsayıcılığının yüksek (%98) olması, elektronik tıbbi kayıtlar ve ilaçlara erişim kolaylıkları dikkate alınacak olursa Türkiye'de hipertansiyon kontrolü ve kardiyovasküler hastalık çıktılarının geliştirilme potansiyeli mevcuttur.

Türkiye'de kan basıncı kontrolünde iyileşme kaydetmek amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye'de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi'ni başlatmıştır. Bu proje ile potansiyel olarak sürdürülebilir ve ülke çapında yaygınlaştırmaya uygun olan hipertansif hastalara yönelik bir müdahale modeli (müdahale modeli ayrıntıları "Proje Uygulama Aşamaları ve Değerlendirme Süreci" bölümünde yer almaktadır) kullanılarak kan basıncı kontrolünü önemli düzeyde (12 ay içinde başlangıç değerine göre en az %50 iyileşme) artırmak hedeflenmiştir.

Çalışma kapsamında Türkiye genelinde üç ilin (Çankırı, Erzincan, Uşak) proje ili olarak seçilmesine ve projenin bu illerde uygulanmasına karar verilmiştir. Proje illerinde Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) çalışan Aile Hekimleri (AH), hemşire ve diğer sağlık personeli eğitilmiştir. 2019 yılı Şubat ayı ile 2020 yılı Şubat ayı arasında proje illerindeki tüm ASM'lerde modelin uygulaması gerçekleştirilmiş olup müdahalenin değerlendirilmesine yönelik sağlık kayıtlarının incelenmesinde de bu tarih aralığı referans alınmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti reformlarının arka planında, sağlık bilgilerindeki gelişmelerden yararlanan ve daha önceki ulusal ve uluslararası deneyimlerin üzerine inşa edilen bu projenin; eğitim, klinik denetim ve performans izleme aracılığıyla birinci basamaktaki çok disiplinli ekiplerin, kanıta dayalı klinik protokollerin uygulanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Proje kapsamında hipertansiyon tanısı olan 18 yaş ve üstü bireylerin sağlık kayıtlarında yapılan analizler sonucunda;

Son bir yıla ait kan basıncı değerlerinin en az bir kere kayıt edilmiş olma durumu %5'ten %34'e yükselmiştir. Tüm proje, iller bazında değerlendirildiğinde kan basıncı düzeyi kayıt oranlarında ciddi artış olduğu gözlemlenmiştir (Erzincan %5'ten %42'ye, Uşak %4'ten %41'e, Çankırı %7'den %19'a).

İlk değerlendirmede kan basıncı düzeyi kayıt edilen çok az sayıdaki kişinin kan basıncı kontrol altında olma oranı %46 (50 kişiden 23'ünün) iken projenin uygulamasından sonraki final ziyaretinde kan basıncı kayıt edilen hasta sayısı 8 kat artmış ve kan basıncı kontrol altında olma oranı %58'e (323 kişiden 186'sının) yükselmiştir.

Son bir yıla ait beden kütle indeksi (BKİ) ölçülmüş olan kişilerin oranı %12'den, %23'e yükselmiştir. BKİ ölçümü yaş grupları düzeyinde incelendiğinde rakamsal olarak en yüksek sayıda ölçümün 65 yaş ve üzeri için yapıldığı görülmektedir. Final değerlendirmesinde, örnekleme 65 yaş ve üzeri bireylerin %23'ünün son bir yılda en az bir kere BKİ'sinin ölçülmüş olduğu görülmüştür.

Son iki yılda en az bir kere kolesterolü ölçülmüş olan kişilerin oranı %62'den, %69'a yükselmiştir. İlk ziyarette son bir yıl içerisinde kolesterolü ölçülenler arasında kolesterol değeri 190'ın altında olma oranı %31'dir. Bu oran final değerlendirmesinde %38'e yükselmiştir.

Son bir yılda en az bir kere kreatinin değeri ölçülmüş kişilerin oranı %71'den, %79'a yükselmiştir. Tetkikler içinde, örnekleme seçilmiş kişilerin en fazla kreatinin tetkikinin yapılmış olduğu gözlemlenmiştir.

Son bir yılda en az bir kere proteinüri değeri ölçülmüş olan kişilerin oranında %41'den, %40'a, %1 lik bir düşüş gözlenmiştir. Ancak ilk değerlendirmede proteinüri bakılanlar içerisinde %7 pozitif çıkarıken final değerlendirmesinde bu oran %15'e yükselmiştir. Bu da hekimlerin daha doğru kişilere tahlil yaptırdığını gösterebilir.

Son bir yılda en az bir kere açlık kan şekeri (AKŞ) değeri ölçülmüş kişilerin oranı %70'ten, %78'e yükselmiştir. Örnekleme kadınlara ait AKŞ ölçüm oranları erkeklere göre daha fazladır.

Son bir yılda en az bir kere HbA1c değeri ölçülmüş kişilerin oranının %34'ten, %38'e yükseldiği gözlemlenmiştir.

Son bir yıla ait tütün kullanımına ilişkin kayıtlarda da iyileşmeler söz konusudur. İlk değerlendirmede %9 olan tütün kullanımı kayıt oranı %22'ye yükselmiştir.

Proje başlangıç değerlendirmesinde sadece 34 kişinin kardiyovasküler risk skoruna sağlık kayıtlarından ulaşılmışken final raporunda bu sayının 170 olduğu görülmüştür.

Hastaların sağlık kayıtlarında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımına yönelik danışmanlık önerisine dair kayıtlarda ciddi bir artış görülmüştür. Yaşam tarzı değişikliği önerisine dair kayıtlar başlangıç değerlendirilmesinde çok az iken final değerlendirmesinde sağlık personelinin yaklaşımında ciddi bir değişiklik olduğu ve yaşam tarzı önerisi sunulma oranının %23'e yükseldiği görülmüştür.

Bilindiği üzere komorbid durumlar hastalıkların seyrinde çok önemli olup değerlendirme aşamalarında eşlik eden hastalıklar da sorgulanmıştır. Final değerlendirmesinde hipertansif hastaların %39'unda diyabet, %45'inde koroner kalp hastalığı (KKH), %4'ünde böbrek hastalığı ve %19'unda da serebrovasküler hastalık (SVH) olduğu kayıtlarda yer almaktadır.

Hastaların ilaç kullanım durumu da tansiyonun kontrol altında olması açısından gereklilik arz etmektedir. Değerlendirmede antihipertansif, antidiyabetik, asetil salisilik asit (ASA) türü ilaçlar ile statin türü ilaçların sorgulaması yapılmıştır.

Hipertansiyon tanısı aldığı halde sistemde ilk değerlendirmede hiç antihipertansif ilaç yazılmadığı tespit edilmiş kişi oranı %26 iken final değerlendirmesinde bu oranın %19'a düştüğü gözlemlenmiştir. Buna göre tespit edilen hipertansiyon hastalarına hekimlerin antihipertansif ilaç başlama oranları artış göstermektedir. Düzenli antihipertansif ilaç kullanımında (raporlu hastaların 3 ayda bir düzenli olarak ilaç

yazdırması) da iyileşme kaydedilmiş olup %49 olan oran %61'e yükselmiştir. Antihipertansif ilaç reçeteleme durumları ve kan basıncı değerlerine birlikte bakıldığında final değerlendirmesinde kan basıncı ölçülen hipertansif birey sayısı başlangıç değerlendirmesine göre 6 kat artmış olmakla birlikte, kan basıncı değerleri referans değerlerin üzerinde olanların düzenli ilaç kullanma oranı %65'ten %66'ya yükselmiştir.

Diyabet tanısı aldığı halde sistemde ilk değerlendirmede hiç ilaç yazılmadığı tespit edilmiş kişi oranı %60 iken final değerlendirmesinde bu oranın %24'e düştüğü gözlemlenmiştir. Düzenli antidiyabetik ilaç kullanımında da iyileşme kaydedilmiş olup %54 olan oran %56'ya yükselmiştir.

İlk değerlendirmede toplamda 175 kişiye araştırmanın konusu ilaçlardan (antihipertansif, antidiyabetik, statin, ASA) hiçbiri yazılmamış iken final değerlendirmesinde bu sayının 122 kişiye düştüğü görülmüştür.

Her üç ilde yapılan eğitimin, hekim ve aile sağlığı çalışanlarının (ASÇ) eğitim konularındaki bilgi düzeyine pozitif yönde katkı sağladığı görülmüştür. Her iki grup içinde eğitim öncesi ve eğitim sonrası başarı oranı değerlendirmesinde %70 artış tespit edilmiştir. Bu artışın uygulamaya da olumlu olarak yansdığı hem aile sağlığı merkezlerine gerçekleştirilen ziyaretlerde hem de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden yapılan değerlendirmelerde gözlemlenmiştir.

Eğitim memnuniyetini ölçmek için katılımcılara; eğiticiler, eğitim organizasyonu, eğitim materyalleri, eğitimin içeriği, süresi, materyal kullanımı konularında anket uygulanmış ve sonucunda tüm proje il katılımcıları tarafından; %82 düzeyinde eğitimin amacına ulaştığı, %78 düzeyinde eğitimin kişisel beklentilerini karşıladığı, %93 düzeyinde eğitim programını meslekleri ile bağlantılı buldukları, %84 düzeyinde eğitimde kullanılan eğitim gereçlerinin ve %83 oranında eğitimin içeriğinin yeterli olduğu, %89 oranında da eğiticilerinin etkili bir iletişim kurduğu belirtilmiştir.

İllere yapılan süpervizyon ziyaretleri, izlemlere dair aile hekimlerinin uygulamalarının değerlendirilmesine katkı sunmuş olup hekimlere ve sağlık müdürlüklerine aksaklıklara dair geribildirim ve önerilerin iletilmesi sağlanabilmiştir. ASM'lere il idarecileri, bakanlık personeli ve DSÖ ülke ofisi tarafından yapılan ziyaretlerde projenin izleme ve değerlendirme çalışmalarının hizmet sunumunu iyileştirmede etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Proje bitiminde AH'ler, ASÇ'ler, eczacılar ve hastalar ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarınca genel olarak projenin, hipertansiyon hakkında toplum farkındalığını arttırması, hastaya yaklaşım algoritması oluşturarak yeni bir algı yaratması, verilerin düzgün bir şekilde kayıt altında tutulması ve gerektiğinde ulaşılabilmesi açısından önemi vurgulanmış, eğitimlerin devamlı olması gerektiği ve diğer illerde de uygulanması konusunda ortak fikir beyan edilmiştir.

Katılımcılar, toplum üzerinde medya organlarının ve kamu spotlarının etkin bir şekilde kullanılması gibi öncüllerin sağlanması halinde projenin etkisinin ve amacının daha somut bir şekilde ortaya çıkacağını belirtmişlerdir.

Projenin uygulanması ile birlikte, ASM'lere başvuran hastalarda tansiyon ölçümünün yaygınlaştığı, ayrıca genç yaşta henüz tanı almamış hipertansiyon hastalarının da erken dönemde tespit edilmesinin sağlanabildiği belirtilmiştir. 18 yaş ve üstü tüm bireylerin tansiyonlarının ölçülmesinin ve hipertansif hastaların da takibinin yapılmasının sağlık çalışanları için ek bir iş yükü getirdiği bildirilmiştir. Bu ek iş yükünün, çalışanların diğer görev ve takiplerini aksatmaması için yeterli sayıda sağlık personelinin

sağlanması ya da günlük iş yoğunluğunun azaltılması ile kaldırılabileceği ve bu durumda hipertansif hastalara daha fazla vakit ayrılabilineceği belirtilmiştir. Hastaların danışmanlık alabileceği sağlıklı hayat merkezi gibi kurumların sayısı ve niteliğinin artırılmasının da faydalı olacağı ifade edilmiştir.

Sonuç olarak; “Türkiye’de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi” kapsamında kronik hastalıklar izlem kılavuzlarının uygulanması, hizmet içi eğitimler ve düzenli izleme ve değerlendirme çalışmaları ile sağlık personelinin farkındalığının artırılması ve hipertansif bireylere etkin/standart hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi ve beraberinde danışmanlık hizmetlerinin bireye özel sunulması ile kan basıncının kontrol altında olma oranlarının artırılabilineceği görülmüştür. Diğer kronik hastalıkların hipertansiyon ile birlikte görülme sıklığı ve sumasyon şeklinde zararlı etkileri göz önüne alındığında sağlık sisteminde bu hastalıkların takip ve izlemlerinin beraber yapılmasının önemi ve faydası büyüktür.

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), diğerk bir ifade ile kan basıncı (KB) yüksekliği, bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olup tüm dünyada erken ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Yapılan çalışmalar, dünyada dokuz milyon kişinin ölümünün HT kaynaklı olduğunu ortaya koymaktadır [1]. Ayrıca HT, ulusal bütçe üzerinde yük oluşturmakta ve hanehalkı harcamalarını artırarak katastrofik etki göstermektedir. Bu nedenle HT'nin ve ilişkili risk faktörlerinin elimine edilmesi gerekir.

HT prevalansı; nüfusun kompozisyonundaki değişim, sedatif yaşam tarzının giderek daha çok benimsenmesi, beslenme tarzı, sağlık okur-yazarlığı düzeyi ve kişisel olmayan sağlık sistemi müdahalelerinin etkililiği ile ilişkili olarak ölkeler nezdinde farklılaşmaktadır [2]. Ayrıca HT prevalansı, sosyo-ekonomik koşullara bağlı olarak değişmekte; birtakım yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenabilir ve birinci basamak sağlık kuruluşlarınca izlenip kontrol edilebilir nitelik göstermektedir [3]. HT'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkili yönetimi ile yüksek KB'ye neden olan risk faktörleri tespit edilebilmekte ve yüksek KB ile ilişkili hastalıklar önlenabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın niteliği, HT ile ilişkili olarak ortaya çıkabilecek kardiyovasküler, serebrovasküler (SVH) ve renal hastalıkların önlenmesinde önem taşıyan faktörlerden biridir. Araştırmalar, KB'nin yetersiz kontrolünün SVH'ler başta olmak üzere uzun dönemli hastalıklar açısından en yaygın risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır [4]. Bu nedenle, KB'nin etkili yönetimi kapsamında, tanılamanın sağlanıp terapötik hedeflerin belirlenerek KB'nin kontrolünün ve takibinin yapılması gerekir. Bu sayede KB yüksekliği ile ortaya çıkabilecek komorbidite ve mortalite düzeyi azaltılabilir. Ayrıca, KB'nin etkili kontrolü ile uzun dönemli hastalıkların sağlık sistemi üzerindeki doğrudan ve dolaylı maliyetleri de etkin olarak kontrol altına alınabilir.

KB'nin kontrol altına alınması ve hipertansiyonun önlenmesinde önem taşıyan diğerk bir faktör sağlık hizmetlerine erişim düzeyidir. Bireysel bazda sağlık kurumlarına müracaat sayılarının yıllar bazındaki artış yönlü eğilimi, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başladığı 2003 yılından itibaren sağlık hizmetlerine erişimin artmakta olduğunu göstermektedir [5]. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına erişimde gerçekleşen artışa rağmen, özellikle sağlık hizmeti arama davranışı ile sonuçlanmayan olgularda KB yüksekliğinin erken dönem tanılanması ve uzun seyirli olanlarda kontrol altına alınması gecikebilmektedir. Yapılan çalışmalar, risk faktörlerinin etkili yönetilmesi sürecinde ilk adımın, hastalığı tanılanan olguların takip ve kontrolünün sağlanması olduğunda birleşmektedir.

Uzun dönemli hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde önem taşıyan bir başka faktör ise sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hizmetten faydalananlara sağlık profesyonellerince verilen sağlık eğitimidir [6]. Kuşkusuz birinci basamak sağlık kuruluşlarının önemli görevlerinden biri danışmanlık ve sağlık eğitimi hizmeti sunmaktır. Verilen bu hizmetlerin kapsam ve niteliği ise doğrudan uzun dönemli hastalıkların ve risk faktörlerinin önlenmesinde pay sahibidir.

Sağlık hizmetlerine erişimdeki artış ve sağlık okuryazarlığını artırma çabalarına karşılık, Türkiye’de hipertansiyon tanısı alanların yaklaşık %10’u, çeşitli nedenlerle medikasyon açısından yetersizlik göstermektedir [7]. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri (THSA/STEPS) 2017 Araştırması’nda 15 yaş ve üzerinde %27,7, 18 yaş ve üzerinde %28,8 oranında hipertansif birey olduğu belirlenmiştir. Hipertansif bireylerde KB kontrol altında olma oranınının 15 yaş ve üzerinde %23,8, 18 yaş ve üzerinde ise %24,1 olduğu ortaya konmuştur. [8].

Önlenebilirliğine rağmen yaygınlığının ve kontrol edilme ihtiyacının giderek artan seyri, HT’nin önde gelen mortalite nedenlerinden biri olarak küresel çapta ele alınması gereken bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir. Diğer yandan, sağlığın geliştirilmesine çok sektörlü yaklaşım boyutunun ilave edilmesi ile uzun dönemli hastalıklar açısından risk oluşturan faktörlerin sektörlerarası iş birliğinin katkısı ile azaltılması beklenmektedir. Bu doğrultuda, Türkiye’de KB kontrolünün etkililiğinin sağlanabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) arasında iş birliği gerçekleştirilmiştir.

Hizmetten faydalananlara en yakın birimler olarak aile sağlığı merkezlerinin (ASM) HT tanısı alan olguların takip ve kontrolü sürecindeki rollerinin belirginleştirilmesi ve güçlendirilmesi sağlık sisteminin etkililiği açısından önemlidir.

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artış içinde olması, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH) doğru kaymasına yol açmıştır. Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte, paralelinde BOH’ların görülme sıklığında artışa neden olmuştur. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerinde BOH’lar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

BOH’lar için gönüllü küresel hedefler arasında yüksek KB’nin kontrol altına alınması hedefi de yer almaktadır. “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” ve “Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” kapsamında; toplumda bulaşıcı olmayan hastalıkların ortak risk faktörlerine yönelik farkındalığın artırılması sağlanarak hastalıkların gelişim riskinin azaltılmasına, kan basıncının kontrol altına alınmasına ve kalp ve damar hastalıkları riskinin hesaplanarak risk skoruna uygun müdahalelerin sağlanmasına, sağlık personeli kapasitesininin hizmet içi eğitimle geliştirilmesine ve sağlık hizmet sunumunun güçlendirilmesine öncelik verilmesi hedeflenmektedir.

Yüksek KB, KKH ve SVH için ana risk faktörüdür. KKH ve SVH’ye ek olarak yüksek KB; kalp yetmezliği, renal yetmezlik, periferik damar hastalığı, retinal kan damarlarında bozulma ve görme kaybına yol açar.

Türkiye’de KB kontrolünde iyileşme kaydetmek amacıyla Sağlık Bakanlığı ve DSÖ işbirliğinde müdahale modeli başlatılmış olup proje illerinde çalışmalar yapılmıştır.

Bu nihai rapor; ilgili çalışma kapsamındaki illerde elektronik sağlık kayıtlarının 24.02.2019- 23.02.2020 tarihleri itibariyle incelenmesi sonucu elde edilen verilerin yorumlanması ve ilk değerlendirme ile karşılaştırılması ile müdahale projesi boyunca gerçekleştirilen tüm nicel ve nitel değerlendirmelerin bir derlemesidir.

Amaç

Potansiyel olarak sürdürülebilir ve ülke çapında yaygınlaştırmaya uygun bir yaklaşım kullanarak, seçilmiş olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında eğitim ve izleme ile KB kontrolünü önemli düzeyde artırmanın (12 ay içinde eğitim ve izleme ile rutin bakıma kıyasla başlangıç değerine göre en az %50 oranında iyileşme sağlanması) mümkün olduğunu göstermek amaçlanmaktadır. Proje başlangıcında durum tespiti yapılması, ASM'lerdeki hekim, ASÇ, yönetici ve ilgili diğer personele eğitim verilmesi, izleme ve değerlendirme çalışmaları ile motivasyon sağlanması ve sağlık personeli ve hastalarda farkındalığı artırarak müdahalenin etkisinin saha ziyaretleri, değerlendirme formları, belirlenmiş olan indikatörler ile ölçülebilmesi hedeflenmiştir.

Proje illerinde klinik protokoller, odaklanmış eğitim, rutin izleme, kayıt tutma sistemleri, klinik denetim desteği, akran desteği ve hasta eğitimi materyallerinin pilot uygulaması için müdahale noktaları olarak belirlenmiş ve aşağıda yer alan çalışmalar sürdürülmüştür:

- Sağlık Bakanlığı tarafından HT, KVH riski için ulusal protokollerini hazırlamış, hazırlanmış olan eğitim materyalleri çerçevesinde sağlık personeli eğitimleri yapılmış, klinisyenlerin hastalar için kullanabileceği hasta eğitimi materyalleri hazırlanmış,
- Sağlık Bakanlığı Ulusal Yönlendirme Komitesi ve DSÖ Ülke Ofisi temsilcilerinin hipertansiyon izlem süreçlerini yerinde incelemek, kayıtlarda sağlanan farklılıkları gözlemlemek ve sürece dair hatırlatmalar yapmak için il süpervizyon ziyaretleri gerçekleştirilmiş,
- İl izlem ekipleri tarafından ASM'ler 3 aylık periyotlarla ziyaret edilmiş, hatırlatmalar ve önerilerde bulunulmuş,
- Proje illerinde ASM personeli ve yöneticileri belli aralıklarla bir araya gelerek yararlı uygulamalar, engeller ve bunlarla başa çıkma yöntemleri, kalite iyileştirmesine yönelik ve karşılıklı destek konusunda fikirler paylaşılmış,
- HT kayıtları ve diğer kayıtların geliştirilmesi, hastaların izlenmesi ve bakımın kalitesinin değerlendirilmesi çerçevesinde yazılım iyileştirme çalışmaları yapılmış,
- Proje başlangıcında ve sonunda proje illerinde saha çalışması yapılmış ve durum değerlendirmiş,
- Sağlık personelleriyle (AH, ASÇ, eczacı) ve hastalarla odak grup görüşmesi yapılarak müdahale hakkında görüşleri alınmış,

tüm bu çalışmalar sonrasında bu müdahalenin etkisini göstermek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan ve projenin final raporu olan bu çalışma; ASM'lerdeki hekim, ASÇ, yönetici ve ilgili diğer personele, proje ile ilgili eğitim verildikten sonra durum tespiti yaparak bu müdahalenin etkisini göstermektedir.

Proje Uygulama Aşamaları ve Değerlendirme Süreci

I. Proje hazırlık aşaması

Kronik hastalıklara yönelik sürveyans sisteminin geliştirilmesi, kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin azalmasının sağlanması ve yapılacak müdahalelerin etkinliğini ölçme ve değerlendirmede yardımcı olması amacıyla Bakanlığımızca 2017-2018 yılları içerisinde “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulaması (İstanbul, Ankara, Erzurum)” çalışması yürütülmüştür. HT ve kardiyovasküler risk değerlendirilmesi izlem kılavuzu hazırlanmıştır.

2018 yılında ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında eğitim ve izleme ile KB kontrolünü önemli düzeyde (12 ay içinde başlangıç değerine göre en az %50 iyileşme) artırmanın mümkün olduğunu göstermek amacıyla DSÖ işbirliği ile yürütülecek “Türkiye’de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi” projesi hazırlık çalışmaları başlatılmıştır.

Projenin Türkiye’de nasıl yürütüleceği konusunda Bakanlığımız ve DSÖ temsilcileri ile ön toplantılar (29 Haziran 2018, 13-14 Temmuz 2018 Ankara) gerçekleştirmiştir. Projenin ilk yılında çalışma protokolü oluşturularak proje hazırlıkları tamamlanmıştır.

Proje, RESOLVE fonundan desteklenerek gerçekleştirilmiştir. Birinci basamak reformlarının arka planında, sağlık bilgilerindeki gelişmelerden yararlanan ve daha önceki ulusal ve uluslararası deneyimlerin üzerine inşa edilen bu proje, eğitim, klinik denetim ve performans izleme aracılığıyla birinci basamaktaki çok disiplinli ekiplerin, kanıta dayalı klinik protokollerin uygulanmasını sağlamıştır.

Proje sonunda, katılan kliniklerde KB kontrolünde %50’lik iyileşme, ülkemize özgü materyaller, bir değerlendirme raporu ve hakemli bir dergide yayın ve ulusal yaygınlaştırma için faaliyet planı hazırlanması hedeflenmiştir.

Proje için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonuna başvurulmuş ve Etik Kurulu Onayı alınmıştır.

Proje kapsamında DSÖ işbirliğinde proje illerinden bir yöneticinin katılımı ile İstanbul’da Ekim 2018 tarihinde proje hazırlık toplantısı yapılmıştır.

II. Proje uygulama aşaması

Müdahale Türkiye’de üç ilde gerçekleştirilmiş ve gerekli şartları sağlayan iller arasından rastgele örnekleme yöntemi ile batı, orta ve doğu Anadolu’dan Uşak, Çankırı ve Erzincan illeri çalışmaya dâhil edilmiştir.

i. Eğitim materyallerinin hazırlanması

Türkiye’de hastaların sağlık okuryazarlığına ilişkin iç görüşleri temel alınarak, HT hastalarının tedavilerini ve eğitimini desteklemek amacıyla ASM’lerdeki AH ve ASÇ’lerin hasta eğitimlerinde kullanabilecekleri “hipertansif hasta broşürü, yaşam tarzı değişikliği broşürü ve hipertansiyon takip kartı” hazırlanmıştır. AH’lerin, hipertansiyonun yönetiminde bireysel tedavi planları/hedeflerinin belirlenmesi ve bu plan ve hedeflere göre hipertansiyonun yönetilmesine yönelik “Hipertansiyon İzlem Şeması” basılarak illere iletilmiştir.

ii. Eğitici eğitimleri (Kasım 2018)

Proje kapsamında AH ve AÇŞ'lere yönelik eğitici eğitimi materyalleri hazırlanmıştır. İl düzeyinde yürütmek üzere her proje ilinden 1 idari personel, izleme değerlendirme ekibi için 1 hekim, illerde eğitici eğitimini yapacak 3 hekim ve 3 AÇŞ olmak üzere toplam 24 kişiye Kasım 2018'de eğitici eğitimi yapılmıştır. Projede eğitici olarak görev alacak sağlık personelinin, risk davranışları ve ilaçlar konusunda motivasyonel görüşme ve etkin hasta danışmanlığının yanı sıra bakımın organizasyonu, kayıt tutma ve klinik denetim gibi pratik beceriler konusunda kazanımlarını sağlayacak eğitimler düzenlenmiştir.

iii. Proje illerinde başlangıç mevcut durum değerlendirmesi (Aralık 2018)

Aralık 2018 tarihinde projenin amacı doğrultusunda ASM'lerdeki hekim, AÇŞ, yönetici ve ilgili diğer personele proje ile ilgili eğitim verilmeden önce, müdahale öncesi hastaların rutin bakım durumlarını görmek, KB kontrolünün başlangıç değerini saptamak ve mevcut durumu tespit etmek için proje ulusal yönlendirme komitesi tarafından iller ziyaret edilmiştir. Ekiplerce saha çalışması yapılan il ve ilçe bilgileri Tablo 3-4-5'de sunulmuştur.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından rastgele örneklem metoduna uygun olarak her proje ili için seçilen 325'er hastanın sağlık kayıtlarından belirlenen indikatörler çerçevesinde anonim bilgi (Aile hekimlerinin AHBS sisteminde kaydettiği kan basıncı ölçümü, ilaç kullanımı vb.) toplanmıştır. Başlangıç değerlendirmesi RESOLVE göstergeleri dikkate alınarak, tıbbi kayıtların klinik denetimi (elektronik) kullanılarak hastaların kan basıncı kayıt ve kontrolünü, hastalarda eşlik eden hastalıkları, ilaç kullanım durumu ve yaşam tarzı uygulamaları konularında mevcut durumu görebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

iv. İl eğitimlerinin yapılması (Ocak-Şubat 2019)

Proje illerinde eğitici eğitimini tamamlamış olan eğitimciler tarafından kullanılması için HT ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi konularını içeren, interaktif eğitim tekniklerinin uygulandığı yüz yüze eğitim programı hazırlanmıştır. Proje illerinde Ocak ve Şubat 2019 tarihleri arasında ilde görev yapan tüm AH ve AÇŞ'lerin eğitimleri gerçekleştirilerek toplamda 247 AH, 237 AÇŞ ve 113 sağlık evi ebesi eğitilmiştir.

v. İl süpervizyon ziyareti (Temmuz 2019)

Sağlık Bakanlığı Ulusal Yönlendirme Komitesi ve DSÖ Ülke Ofisi temsilcileri, Temmuz 2019'da HT izlem süreçlerini yerinde incelemek, kayıtlarda sağlanan farklılıkları gözlemlemek ve sürece dair hatırlatmalar yapmak için rastgele seçilen 5'er ASM ve AHB'yi yerinde ziyaret etmiş, seçilen hekimlere kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansif hastalardan 10-12 hasta rastgele seçilerek incelenmiştir. ASM'ye gelen hastalarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. İzlemlere dair AH'lerin uygulamaları değerlendirilerek, aksaklıklara dair geribildirim ve öneriler ilgili hekimlere ve sağlık müdürlüklerine iletilmiş ve süpervizyon ziyaretleri raporu hazırlanmıştır.

İl süpervizyon ziyaretinde;

- Tedavi Süpervizör/Denetim Formu
- Hasta Görüşme Kartı
- Süpervizyon Ziyaret Özeti formları kullanılmıştır (Ek-3).

vi. Proje illerinde son durum değerlendirmesi (Şubat-Mart 2020)

Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında projenin amacı doğrultusunda proje illerinde müdahale sonrası rutin bakımı görmek, KB kontrolünün başlangıç değerine göre değişimini saptamak ve proje müdahale modelinin etkisini tespit etmek için Sağlık Bakanlığı ve DSÖ ülke ofisi proje ekibi tarafından iller ziyaret edilerek son durum değerlendirmesi yapılmış ve final raporu hazırlanmıştır.

vii. Odak grup görüşmesi (Şubat-Mart 2020)

Proje kapsamında illerde gerçekleştirilen müdahale uygulamalarının etkinliği hakkında görüşmeciler grupların fikirleri alınarak, ulusal düzeyde geliştirilecek olan müdahale programının etkinliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla Şubat-Mart 2020 tarihlerinde odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri her ilden 10 AH, 10 ASÇ, 10 hasta (18 yaş ve üstü hipertansiyonu olan hasta) ve 10 eczacı ile gerçekleştirilerek raporu hazırlanmıştır.

viii. İl izlem ekipleri

Proje illerindeki il izlem ekipleri (idari personel, izleme ve değerlendirme ekibi, eğitim ekibi; 3 hekim, 3 ASÇ) tarafından ASM'ler belirli aralıklarla ziyaret edilmiş ve hatırlatmalar ve önerilerde bulunmuştur. İl izlem ekiplerinin izlem ziyaretlerinde kullanılmasına yönelik öneri formu hazırlanarak illere gönderilmiştir. Gerçekleşen ziyaretler 3'er aylık periyotlar halinde raporlanmıştır. Teşvik amacıyla ziyaretler gerçekleştirilmiş olup her il ziyaret sıklığını kendisi belirlemiş, ayrıca analiz yapılmamıştır. Ziyaretlerde Ek 3'te yer alan hatırlatma dokümanından da faydalanılmıştır.

III. İlave müdahaleler

i. İlave hekim ve ASÇ eğitimi

Proje kapsamında illerden gelen talep üzerine sağlık evlerinde çalışan ebeler, yeni atanan AH'ler ve Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) çalışan hekimlerin ilave eğitim alması sağlanmıştır. Proje illerinde 30 hekime ve 113 sağlık evi ebesine ilave eğitimler yapılmıştır.

ii. RESOLVE proje ekibi ziyareti (Eylül 2019)

Eylül 2019 tarihinde RESOLVE Proje Ekibi tarafından ülkemize ziyaret gerçekleştirilmiştir. Proje ilerlemelerinin ele alınması ve antihipertansif ilaç seçimi ile ilgili uygulamalar konusunda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü yöneticileri, ulusal yönlendirme komitesinin ve ilgili derneklerin katılımıyla toplantı yapılmıştır. Toplantı ertesinde proje illerinden Erzincan'a gidilerek; sağlık müdürlüğü, ASM ve sağlıklı hayat merkezi (SHM) ziyaret edilmiş ve projenin yürütülmesi yerinde incelenmiştir.

iii. Rehber Eczanem Programı işbirliği

25 Aralık 2018 tarihinde Türk Eczacılar Birliği (TEB) ile yapılan teknik toplantıda Rehber Eczanem Programı ile projemizin hedeflerinin örtüştüğü görülmüş ve illerde eczacılar ve AH'lerin ortak çalışabileceği değerlendirilmiştir. Bu bağlamda TEB tarafından proje illerimizde 120 eczacıya eğitimler verilmiştir.

Proje illerinde kronik hastalık izlemi kapsamında düzenlenmekte olan eğitim çalışmalarında eczacılar ve hekimler ile ortak toplantılar yapılmıştır. AH'ler, hemşireler ve eczacıların ortak çalışma zemini

oluşturabilmesi, benzer/birbirini destekleyen bilgilerin hipertansif bireylerle paylaşılması ve süreçlerin uyumlu yürütülmesi hastaların tedaviye uyumunu desteklemiştir.

IV. Proje izleme ve değerlendirme

Proje kapsamında uygulamalarının izlenmesine yönelik belirlenen göstergeler rutin olarak izlenmiştir. Proje süresince;

- Mevcut durum değerlendirmesi
- Eğitimlerin değerlendirmesi
- Ara değerlendirme
- Final değerlendirmesi
- Odak grup görüşmelerinin değerlendirmesi

yapılarak projenin tamamını içeren “Proje Değerlendirme Raporu” hazırlanmıştır.

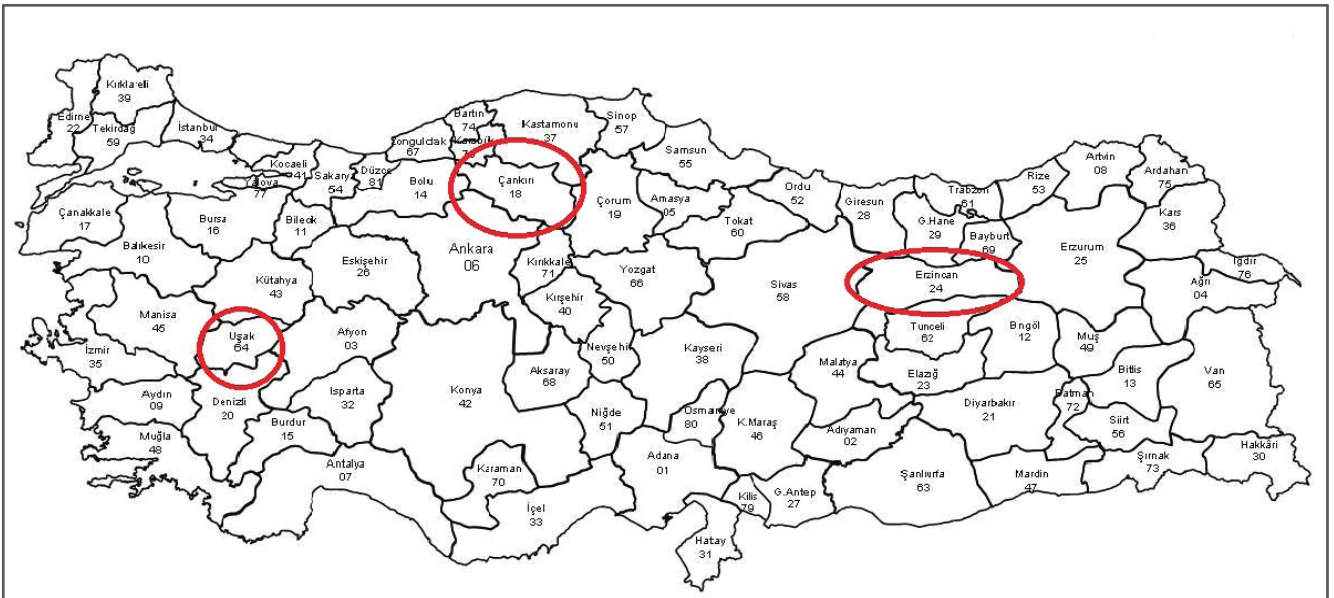
BÖLÜM 2

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma Şubat 2019 ve Şubat 2020 tarihleri arasında Türkiye’de dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan üç pilot ilde birinci basamak düzeyinde sağlık hizmeti sunan ASM’lerde gerçekleştirilmiştir. İl düzeyinde araştırmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır:

- (i) Kardiyovasküler hastalıkla ilişkili mortalite göstergesi açısından ülke ortalamasından %5 sapma aralığında olması,
- (ii) Kırsal ve kentsel düzeyde ASM’lere sahip olması,
- (iii) HT ya da yüksek KVH riski taşıyan olguları tedavi etmede kullanabileceği yeterli düzeyde kaynağa sahip olması,
- (iv) Araştırma süresi boyunca araştırma konusunda mevcut kapasitesini etkileyebilecek yenilikçi uygulama gerektiren bir projenin paydaşları arasında yer almaması,
- (v) İstatistikî bölge birimleri sınıflamasında birinci düzeydeki farklı bölgelerde bulunması.

Araştırma projesi kapsamında belirlenen, dâhil edilme kriterlerini karşılayan iller arasından rastgele örnekleme yöntemi kullanarak Erzincan, Çankırı ve Uşak illeri seçilmiştir. Anılan iller sırasıyla TRA, TR8 ve TR3 bölgelerinde (Türkiye İstatistik Kurumu’nun Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflamasına göre) bulunmaktadır (Şekil 1). İllerin 65 yaş üstü nüfusu, Türkiye nüfusunun sırasıyla %0,4’ünü, %0,4’ünü ve %0,6’sını oluşturmaktadır. 2018 yılı sonu itibariyle Erzincan’da 74, Çankırı’da 59 ve Uşak’ta 123 aile hekimliği birimi (AHB) bulunmaktadır. Bu üç ilde AHB başına düşen nüfus sayısı sırasıyla 3.190, 3.667 ve 2.988’dir. Türkiye’de 81 ilde bulunan AHB sayısı 26.252 olup seçilen üç ilde bulunan AHB sayısı ülke toplamının %1’ini oluşturmaktadır.



Şekil 1 Alan araştırması amacıyla üç ilin belirlenmesi

Başlangıç ve Final Değerlendirmesi Yöntemi

1. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma kapsamına, 2018 yılında sağlık kayıtlarında HT tanısı ile kayıtlı olan hastalar alınmıştır. Hedef nüfus belirlenirken, il düzeyinde “kan basıncının kontrol altında olma oranı” bilinmediğinden her üç il için THSA/STEPS (2017) çalışması ile elde edilen 18 yaş üstü KB kontrol altında olma oranı (%24,1) kullanılmıştır.

Araştırmanın evrenini; Erzincan, Çankırı ve Uşak illerinde bulunan 256 aile hekimliği bölgesindeki 18 yaş ve üstünde ICD-10 kodu I10-I15 aralığındaki HT tanılı olgular oluşturmaktadır.

1.1. Örneklem büyüklüğünün tespiti

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, açık erişimli Epi-info yazılımı kullanılarak kontrollü HT prevalansı %24,1, %95 güven sınırında, %5 hata payı ve 1 desen etkisi alınarak 271¹ olarak hesaplanmış, katılım oranında %20 sapma olabileceği göz önüne alınarak her bir il için 325 olmak üzere toplam 975 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1 Evren ve örneklem büyüklüğü

	Çankırı	Erzincan	Uşak
Hipertansif evren (N)	41.464	50.126	80.026
Evrende beklenen sonuç faktörü sıklığı (p)	24,1% +/-5	24,1% +/-5	24,1% +/-5
Hata payı (d)	%5	%5	%5
Desen etkisi (küme araştırmaları için-DEFF)	1	1	1
%95 güvenirlikte örneklem büyüklüğü	271	271	271
Örneklem büyüklüğü formülü (n)	$[DEFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z_{21-\alpha/2}^2 * (N-1) + p * (1-p)]$		

Küme örneklem yöntemi kullanılarak, hipertansiyon tanılı hastalar içinden 325 kişi (271 (%95 güven aralığı)+54(%20 sapma)); her il için, ilin nüfusundaki yaş grubu ve cinsiyet dağılımını temsil edecek şekilde tabakalı olarak rastgele seçilmiş ve AH’lerin ekranlarında otomatik olarak görüntülenmesi sağlanmıştır.

Örneğin Çankırı Merkezde 13 ASM içinden 3’ü rastgele seçilmiş, seçilen ASM’lerdeki hekimlerden bir tanesi yine rassal olarak seçilmiştir. Nihai olarak da seçilmiş hekimlere kayıtlı hipertansif hastaların listesinden il için belirlenen sayıda kişi için; yaş ve cinsiyet kırılımında rastgele hasta seçimi yapılmıştır.

Hazırlık toplantılarında kan basıncının kontrol altında olma durumunun değerlendirilebilmesi için bir yıllık izlem aralığının görülmesi gerektiği konusunda görüş birliği sağlandığından yeni hasta tespitine yönelik tarama yapılması planlanmamıştır. Çalışma Ek-1 indikatörlere uygun olarak yürütülmüştür.

1.2. İllerde ASM ve AHB belirlenmesi

Çankırı, Uşak ve Erzincan illerinde toplam ASM sayısı 85, toplam AHB sayısı 254’tür. Başlangıç değerlendirmesinde; bu evrenin %10’u örneğe alınarak 254 AHB’den 26’sının örnekleme dahil edilmesi

¹ il düzeyinde sağlık kayıtlarında yer alan hipertansif hasta sayısı da göz önünde bulundurularak seçilen araştırma illeri benzer nüfus sayısına sahiptir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan epi info programı, belli bir nüfus sayısının üzerinde sabit örneklem sayısı vermektedir.

planlanmıştır. Benzer bölgelerden veri alınmasını önlemek adına her bir ASM'den bir hekimden veri alınmasına karar verilmiştir. Bu nedenle proje illerinin nüfuslarına göre ASM sayıları ağırlıklandırılarak dağıtıldığında Uşak'ta 12, Çankırı ve Erzincan'da 7 ASM'ye ulaşılması kararlaştırılmış ve değerlendirme bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir. Ancak başlangıç değerlendirmesinde hekim başına düşen hasta sayısı fazla olduğunda birimin çalışma düzeninin aksadığı tespit edildiğinden, hasta muayenelerinin aksatılmaması amacıyla her bir hekimin listesinden en fazla 30 hasta seçilmesi kararı alınmıştır. ASM başına düşen hasta sayısını tamamlamak için final değerlendirmesinde daha fazla sayıda AHB örnekleme dahil edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2 illere bağlı ilçelerin 2018 yılı nüfusları ve ilçelerde bulunan ASM sayıları (n)

İl	İlçe	Nüfus (n)	ASM sayısı (n)	Başlangıç değerlendirmesinde örneğe alınan AHB Sayısı (n)	Final değerlendirmesinde örneğe alınan AHB Sayısı (n)
Çankırı	Merkez	96.025	10	3	7
	Orta	20.439	1	1	-
	Çerkeş	18.694	1	1	3
	İlgaz	14.891	1	1	2
	Şabanözü	14.080	1	1	-
	Kurşunlu	10.307	1	-	-
	Yapraklı	8.981	2	-	1
	Kızılırmak	8.220	1	-	1
	Eldivan	7.588	1	-	-
	Atkaracalar	7.213	1	-	-
	Korgun	5.666	1	-	-
	Bayramören	4.258	1	-	-
	Çankırı Toplam	216.362	22	7	14
Erzincan	Merkez	157.452	18	5	10
	Tercan	17.623	3	1	2
	Üzümlü	14.390	1	1	-
	Refahiye	12.456	1	-	2
	Çayırlı	9.032	1	-	-
	İliç	8.922	1	-	-
	Kemah	8.167	1	-	-
	Kemaliye	5.555	1	-	-
	Otlukbeli	2.437	1	-	-
	Erzincan Toplam	236.034	28	7	14
Uşak	Merkez	252.044	22	7	7
	Banaz	36.373	4	1	2
	Eşme	34.932	5	1	2
	Sivaslı	20.753	2	1	1
	Ulubey	12.955	1	1	1
	Karahallı	10.457	1	1	1
	Uşak Toplam	367.514	35	12	14
Genel Toplam	819.910	85	26	42	

1.3. İllerde ASM ve AHB nüfusuna göre hasta sayılarının belirlenmesi

Gidilen ASM bölgesindeki nüfusa göre ağırlıklandırılarak belirlenen hasta sayıları aşağıdaki tablolarda sunulmuştur. Gidilecek ASM ve AHB'lerin belirlenmesinden sonra, Sağlık Bakanlığı bilgi sistemlerinde kayıtlı HT tanısı almış (ICD10 kodu I10-I15 aralığında olan) kişiler merkezi sistemde, illere gitmeden Bakanlığın Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenmiştir. Başlangıç ve final değerlendirmesindeki örneklem ayrı ayrı seçilmiş olup illere göre örnekleme alınan hastaların cinsiyet ve yaş dağılımları aşağıdaki tablolarda verilmiştir (Tablo 3-4-5).

Tablo 3 Çankırı'da örnekleme alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları ve ilçelere göre sayıları (n)

Çankırı İlçe Adı	Yaş Grubu (Yıl)	Başlangıç Değerlendirmesi			Final Değerlendirmesi		
		Erkek (n)	Kadın (n)	Heriki cinsiyet (n)	Erkek (n)	Kadın (n)	Heriki cinsiyet (n)
Merkez	18 - 44	7	9	16	7	8	15
	45 - 64	32	45	77	31	44	75
	65+	30	45	75	29	44	73
	Toplam	69	99	168	67	96	163
Orta	18 - 44	0	0	0	-	-	-
	45 - 64	3	4	7	-	-	-
	65+	7	8	15	-	-	-
	Toplam	10	12	22	-	-	-
Yapraklı	18 - 44	-	-	-	0	0	-
	45 - 64	-	-	-	2	4	6
	65+	-	-	-	5	8	13
	Toplam	-	-	-	7	12	19
Kızılırmak	18 - 44	-	-	-	0	1	1
	45 - 64	-	-	-	3	6	9
	65+	-	-	-	6	9	15
	Toplam	-	-	-	9	17	26
Şabanözü	18 - 44	1	1	2	-	-	-
	45 - 64	2	2	4	-	-	-
	65+	4	6	10	-	-	-
	Toplam	7	9	16	-	-	-
Çerkeş	18 - 44	3	2	5	3	2	5
	45 - 64	11	15	26	11	14	25
	65+	17	22	39	17	22	39
	Toplam	31	39	70	31	39	70
İlgaz	18 - 44	1	1	2	1	1	2
	45 - 64	6	10	16	6	10	16
	65+	13	18	31	12	17	29
	Toplam	20	29	49	19	28	47
Genel Toplam		137	188	325	133	192	325

Tablo 4 Erzincan’da örnekleme alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları ve ilçelere göre sayıları (n)

Erzincan İlçe Adı	Yaş Grubu (Yıl)	Başlangıç Değerlendirmesi			Final Değerlendirmesi		
		Erkek (n)	Kadın (n)	Her iki cinsiyet (n)	Erkek (n)	Kadın (n)	Her iki cinsiyet (n)
Merkez	18 - 44	11	14	25	11	13	24
	45 - 64	50	72	122	46	67	113
	65+	48	79	127	45	73	118
	Toplam	109	165	274	102	153	255
Tercan	18 - 44	1	1	2	1	1	2
	45 - 64	5	8	13	5	8	13
	65+	7	10	17	7	9	16
	Toplam	13	19	32	13	18	31
Üzümlü	18 - 44	0	1	1	-	-	-
	45 - 64	3	4	7	-	-	-
	65+	4	6	10	-	-	-
	Toplam	7	11	18	-	-	-
Refahiye	18 - 44	-	-	-	1	0	1
	45 - 64	-	-	-	5	7	12
	65+	-	-	-	11	15	26
	Toplam	-	-	-	17	22	39
Genel Toplam	129	195	324	132	193	325	

Tablo 5 Uşak’ta örnekleme alınan hastaların cinsiyet, yaş grupları ve ilçelere göre sayıları (n)

Uşak İlçe Adı	Yaş Grubu (Yıl)	Başlangıç Değerlendirmesi			Final Değerlendirmesi		
		Erkek (n)	Kadın (n)	Her iki cinsiyet (n)	Erkek (n)	Kadın (n)	Her iki cinsiyet (n)
Merkez	18 - 44	9	12	21	9	12	21
	45 - 64	36	55	91	36	55	91
	65+	32	52	84	32	52	84
	Toplam	77	119	196	77	119	196
Sivaslı	18 - 44	1	1	2	1	1	2
	45 - 64	3	5	8	3	5	8
	65+	4	6	10	4	6	10
	Toplam	8	12	20	8	12	20
Ulubey	18 - 44	0	0	0	0	0	0
	45 - 64	2	3	5	2	3	5
	65+	4	6	10	4	6	10
	Toplam	6	9	15	6	9	15
Banaz	18 - 44	1	1	2	1	1	2
	45 - 64	5	9	14	5	9	14
	65+	7	10	17	7	10	17
	Toplam	13	20	33	13	20	33
Eşme	18 - 44	1	1	2	1	1	2
	45 - 64	7	11	18	7	11	18
	65+	9	14	23	9	14	23
	Toplam	17	26	43	17	26	43
Karahallı	18 - 44	0	0	0	0	0	0
	45 - 64	3	4	7	3	4	7
	65+	4	7	11	4	7	11
	Toplam	7	11	18	7	11	18
Genel Toplam	128	197	325	128	197	325	

Örneklem için belirlenen nüfusun dağılımı Tablo 3-4-5'te verilirken, gerçekleşen örneklem dağılımı ise Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6 İllere göre gerçekleşen örneklemin yaş ve cinsiyete göre dağılımı (n)

Yaş grupları/Cinsiyet		Başlangıç Değerlendirmesi				Final Değerlendirmesi			
		18-44	45-65	65+	Toplam	18-44	45-65	65+	Toplam
Çankırı	Erkek	10	49	70	129	11	41	73	125
	Kadın	10	67	107	184	12	68	102	182
	Her iki cinsiyet	20	116	177	313	23	109	175	307
Erzincan	Erkek	8	58	63	129	12	47	68	127
	Kadın	12	80	104	196	10	72	106	188
	Her iki cinsiyet	20	138	167	325	22	119	174	315
Uşak	Erkek	9	55	62	126	12	49	69	130
	Kadın	12	78	108	198	13	72	110	195
	Her iki cinsiyet	21	133	170	324	25	121	179	325

2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

AHBS'de yer alan hasta kayıtlarındaki veriler incelenerek tetkik türleri, tanı türleri ve kullanılan ilaç bilgilerine ve projenin hedeflerinin takibinde yer alan proje göstergelerine (Ek-1) ulaşılmıştır.

Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet ve risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Yaş grupları, 18-44 yaş, 45-64 yaş ve 65 yaş üzeri olmak üzere üç grupta kategorize edilmiştir. Hipertansiyon açısından risk faktörü olarak; tütün kullanımı, kolesterol düzeyi, beden kütle indeksi (BKİ), kreatinin düzeyi, glukoz düzeyi, HbA1c düzeyi, idrar mikroskopisi değerleri bağımsız değişken olarak belirlenmiş; HT ve kardiyovasküler risk skoru alınmıştır. Elektronik kayıt sisteminde anket yapıldığı tarihten itibaren geriye doğru 3'er aylık periyotlar dikkate alınarak parametrelerin bir yıl içinde kaydedilen değerleri ele alınmıştır. Kayıtlı en son değer veri olarak kabul edilerek analizler gerçekleştirilmiştir.

Proje metninde mutabık kalınan göstergelerin hesaplanmasında kullanılacak olan verilerin AHBS'de mevcudiyetini tespit etmek amacı ile seçilmiş tetkik türleri, seçilmiş tanı türleri ve kullanılan ilaçlar incelenmiştir. Proje illerinde uygulanan ankette, AHBS veri tabanında aşağıda belirtilen değişkenlere ait veriler incelenmiştir:

- (i) Tütün kullanım durumu
- (ii) KB ölçümü yapılmış olanların sistolik kan basıncı (SKB) ve diastolik kan basıncı değeri (DKB)
- (iii) Kolesterol değeri (son iki yıl)
- (iv) Beden kütle indeksi (BKİ)
- (v) Kreatinin değeri
- (vi) İdrar tahlili
- (vii) Açlık kan şekeri (AKŞ)
- (viii) HbA1c değeri
- (ix) Kardiyovasküler risk skoru

- (x) Eşlik eden hastalık durumu
- (xi) İlaç kullanım durumu
- (xii) Yaşam tarzı önerilerine ilişkin yapılanlar

3. Tanımlar

Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm tetkiklerin tanım ve referans değerleri ile ilgili açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

- **HT evreleri:**

Tablo 7 Klinik KB düzeylerine göre kan basıncı sınıflandırması (mmHg)

Evre	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Yüksek Normal	130-139	85-89
Evre 1	140-159	90-99
Evre 2	160-179	100-109
Evre 3	≥ 180	≥ 110

- **Tütün kullanım durumu:** Son bir yıl içinde günde en az 1 adet tütün ürünü kullanımı, “tütün kullanıyor” olarak değerlendirilmiştir.
- **KB durumu:** Elektronik kayıt sisteminde anket yapıldığı tarihten geriye doğru bir yıl içinde kaydedilen en güncel KB değerleri ele alınmıştır.
- **Kolesterol değeri:** Son iki yıl içinde kayıtlı kandaki kolesterol seviyesi değeri ele alınmıştır. Kolesterol sınıflaması için SCORE-Türkiye aralıkları (0-139, 140-189, 190-229, 230-269, 270-309, 310+) kullanılmıştır.
- **Beden kütle indeksi (BKİ= kg/m²):** Son bir yıl içinde kaydedilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna ilişkin sağlık verileri kullanılarak hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi değerlendirmesinde kullanılan parametreler tabloda tanımlanmıştır.

Tablo 8 Beden kütle indeksi sınıflaması (kg/m²)

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,50 – 24,99
Fazla kilolu	25,00-29,9
Obezite	≥30
• Evre 1	30-34,9
• Evre 2	35-39,9
• Evre 3 (Morbid)	≥40,00

Ayrıntılı bilgi için: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/obezite-mucadele-el-kitabi.pdf>

- **Kreatinin değeri:** Son bir yıl içindeki kayıtlı kreatinin değeri ele alınmıştır. Türk Biyokimya Derneği'nin önerdiği ve laboratuvar standartlarında yer alan erişkinler için CKD-EPI hesaplamasında kullanılan algoritmalar vasıtası ile son bir yılın kreatinin değerlerinden, Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH)

hesaplanması için kullanılan formüller aşağıda yer almaktadır.

Tablo 9 Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) hesaplama formülü

Cinsiyet	Serum Kreatinin	CKD-EPI Formülü
Kadın	≤0,7 mg/dl (≤62 µmol/L)	144x (SCr/0,7) – 0,329x 0,993 Yaş (eğer siyah ise x 1,159)
Kadın	>0,7 mg/dl (>62 µmol/L)	144x (SCr/0,7) – 0,329x 0,993 Yaş (eğer siyah ise x 1,159)
Erkek	≤0,9 mg/dl (≤80 µmol/L)	141x (SCr/0,9) – 0,411x 0,993 Yaş (eğer siyah ise x 1,159)
Erkek	>0,9 mg/dl (>80 µmol/L)	141x (SCr/0,9) – 1,209x 0,993 Yaş (eğer siyah ise x 1,159)

Tablo 10 Böbrek hastalığının tahmini glomerüler filtrasyon hızına (GFH) göre evrelendirilmesi (K/DOQI)

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1.73 m ²)
1	Normal ya da artmış GFH	Normal veya GFH ≥ 90 + eşlik eden böbrek hasarına ait kanıtların varlığı
2	Hafif bozukluk	60 - 89 + eşlik eden böbrek hasarına ait kanıtların varlığı
3	Orta düzeyde bozukluk	30 – 59)
4	Ciddi bozukluk	15 - 29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	< 15

- **İdrar tahlili:** Son bir yıl içindeki idrar tahlili bulgularına göre proteinüri varlığı değerlendirilmiştir.

Tablo 11 Proteinüri düzeyleri (mg/dl)

Negatif	Eser	1+	2+	3+	4+
-	10-20 mg/dl	30 mg/dl	100 mg/dl	300 mg/dl	1000-2000 mg/dl

- **Açlık kan şekeri (AKŞ):** Sağlık Bakanlığı kılavuzuna göre AKŞ değerinin, 100 mg/dl küçük olduğu ölçümler, "Normal", 100 mg/dl ile 125 mg/dl arası olan ölçümler "Prediyabet" ve 125 mg/dl'nin üzerinde olan ölçümler ise "Aşikâr Diyabet" olma ihtimali olarak sınıflandırılmıştır.
- **HbA1c değerlendirmesi:** Sağlık Bakanlığı HT kılavuzunda hastaların yıllık takiplerinde AKŞ'nin bir kez bakılması önerilmektedir. Aynı zamanda diyabet kılavuzunda 40 yaş üstü bireylerde AKŞ veya HbA1c veya OGTT diyabet taraması amacıyla önerilmekte olup iki kılavuzun uyumu gözetilmiştir. İlgili kılavuzlara uygun olarak HbA1c değerinin, %5,7'den küçük olduğu ölçümler, "Normal", HbA1c'nin %5,7-%6,5 arası olan ölçümler "Prediyabet" ve %6,5'in üzerinde olan ölçümler ise "Aşikâr Diyabet" olma ihtimali olarak sınıflandırılmıştır.
- **Kardiyovasküler risk skoru:** Kişinin cinsiyeti, yaşı, sigara içme durumu, SKB ölçüm değeri (mmHg) ve toplam kolesterol ölçüm değeri (mg/dl) esas alınarak SCORE Türkiye Ölçeği ile riski hesaplanmıştır.
- **Eşlik eden hastalık durumu:** ICD 10 tanı kodlarına göre hastalık tanısına göre belirlenmiştir.
- **İlaç kullanım durumu:** ATC kodlarına göre ilaç farmasötik isimleri seçilmiştir.
- **Yaşam tarzı önerilerine ilişkin yapılanlar:** Bilgi sistemi kayıtlarında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımına yönelik danışmanlık önerisine dair kayıt olup olmadığı değerlendirilmiştir.

4. Veri Kaynakları

Proje illerindeki hipertansif hastaların tamamının kayıtlarına ulaşmanın çok zaman alması, bu türden bir saha çalışması için proje kaynaklarının yetersizliği ve ileride çıkabilecek hukuki ve etik problemleri gidermek amacı ile Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile örnekleme çıkan AH'lerin ve hastaların sağlık kayıtları illerde yerinde değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve AH sözleşmeleri gereğince bu kişilerin sağlık kayıtları, AH'nin kendisi tarafından yetkili kişilere verilebilmektedir.

Araştırma kapsamında örneklem grubuna ait bağımlı ve bağımsız değişkenlere ilişkin veriler, AHBS'den elde edilmiştir. Seçilen HT tanılı hasta örnekleminde proje metninde mutabık kalınan indikatörlerin girdilerini toplamak amacı ile elektronik ortamda Ek-2'de yer alan anket formu oluşturulmuştur.

Çalışmada AHBS'deki sağlık kayıtlarından, örnekleme alınan hastalar ile yapılan yüz yüze görüşmelerden ve anket formlarından, eğitim verilen AH ve ASÇ'ler ile yapılan odak grup görüşmelerinden farklı zaman dilimlerinde çalışmanın verileri toplanmıştır.

5. Veri Kaybı

975 kişi olarak seçilmiş olan örnekleme başlangıç değerlendirmesinde 13, final değerlendirmesinde ise 28 kişiye ulaşılamamıştır. Ulaşılamama nedenleri; örneklemin belirlendiği ve saha ziyaretinin gerçekleştiği zaman aralığında hastanın vefat etmiş olması, AH'sini değiştirmesi veya bilgilerine ulaşım izni vermemiş olması gibi sebeplerdir.

6. Veri Analizi

Araştırmada ulaşılan verilere ilişkin tanımlayıcı ve istatistikî bilgilere ulaşmada paket programlardan yararlanılmıştır. Örnekleme ait tanımlayıcı verilerin sunumunda frekans, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olup olmadığının belirlenmesinin ardından sürekli ve nicel verilerin istatistikî analizinde parametrik, sürekli olmayan ve kategorik verilerin analizinde parametrik olmayan test yöntemleri kullanılmıştır.

Ara Değerlendirme Yöntemi

22.07.2019- 26.07.2019 tarihleri arasında rastgele seçilen 15 AHB'ye ildeki sağlık yöneticileri ve eğitimciler ile birlikte ziyaret gerçekleştirilmiştir. Ziyaretin kapsamını HT izlem sürecine yönelik AH'lerin uygulamaları, KB ölçüm değerlerinin kaydedilme düzeyi, KB ölçümlerinin sıklığı, KB'si ölçülenlerin kontrol altında olma durumu, hipertansif hastalarda eşlik eden tanıların varlığı, hipertansif hastalarda ilaç kullanım durumu, bu süreçte karşılaşılan sorunların analizi, AHBS'de yer alan ve rastgele belirlenen 174 hastanın kayıtları değerlendirilmiştir.

Çalışma için seçilen proje illerinde HT izlem süreçlerini yerinde incelemek, kayıtlarda sağlanan iyileşmeyi gözlemlemek ve sürece dair hatırlatmalar yapmak için rastgele seçilen 5'er ASM ve AHB yerinde ziyaret edilmiş, seçilen hekimlere kayıtlı 18 yaş ve üzeri hipertansif hastalardan 10-12 hasta da rastgele seçilerek incelenmiştir. Rastgele seçilen toplam 174 hastanın kayıtlarından veriler derlenmiş ve ASM'ye gelen toplam 75 hasta ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.

Eğitim Değerlendirme Yöntemi

Sağlık alışanları eğitimlerinde HT ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi konularının yanısıra hastaların riskli davranışları ve kullanacakları/kullandıkları ilaçlar konusunda motivasyonel görüşme ve etkin hasta danışmanlığı, sağlık hizmetinin organizasyonu, kayıt tutma ve klinik denetim gibi pratik beceriler konusunda da oturumlar yapılmıştır. Eğitimler interaktif eğitim teknikleri kullanılarak, yüz yüze ve üçer gün olarak gerçekleştirilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasında online pretest, post test ve memnuniyet anketi uygulanmıştır.

Çalışma 10.12.2018-19.12.2018 tarihleri arasında ankırı, Erzincan ve Uşak illerinde mevcut hekim ve Aş ile yapılmış ve 20'şer sorudan oluşan test sonuçları ile verilen eğitim hakkındaki memnuniyetin değerlendirilmesi amacı ile doldurulmuş anket sonuçlarının analizini içermektedir.

Eğitimin etkililiğinin değerlendirilmesi amacıyla eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcılara ön test ve son test uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, katılımcıların memnuniyetinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanan anket formu aracılığı ile veriler toplanmıştır. Eğitime ilde görev yapan aile hekimleri ile diğer hekimlerin katılımı planlanmıştır. Hekimlerin ön teste katılım sayısı 238 iken son teste katılım sayısı 240'tır. Aile sağlığı çalışanlarının ön teste katılım sayısı 227 iken bunlardan 225'i son teste dâhil olmuştur. Tanımlayıcı bulguları takip eden istatistiksel analizlerde hem ön teste hem de son teste tabi tutulan formlardaki veriler dikkate alınmıştır.

Analiz kitlesinin genel yapısını ortaya koymak açısından hem il hem de personelin unvanı (hekim, Aş) düzeyinde kategorik değişkenlerin frekans tabloları, sınav sonuçlarının da (yani sayısal değişkenlerin) ort ± ss değerleri şeklinde hesaplama yapılmıştır. Sayısal değişkenler için ANOVA; kategorik değişkenler için de çapraz tabloları yapılmış ve sonuçlar Ki Kare testleri ile değerlendirilmiştir. En son bölümde öneriler sunulmuştur.

Odak Grup Görüşmesi Değerlendirme Yöntemi

Bu alışma kapsamında yapılan uygulamaların AH, Aş, hasta ve eczacıların bakış açısı ile değerlendirilmesi amacı ile odak grup görüşmeleri planlanmıştır. Görüşmeler 4 ayrı grup ile projenin yürütüldüğü 3 ilde şubat 2020 tarihinde toplam 12 oturum ile yapılmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcıların sırası ile fikirleri alınmış, projenin olumlu yönleri, aksayan kısımları ve önerileri sorulmuştur. Verilen cevaplar özetlenerek görüşme gruplarının ortak fikirleri derlenmiştir.

BÖLÜM 3

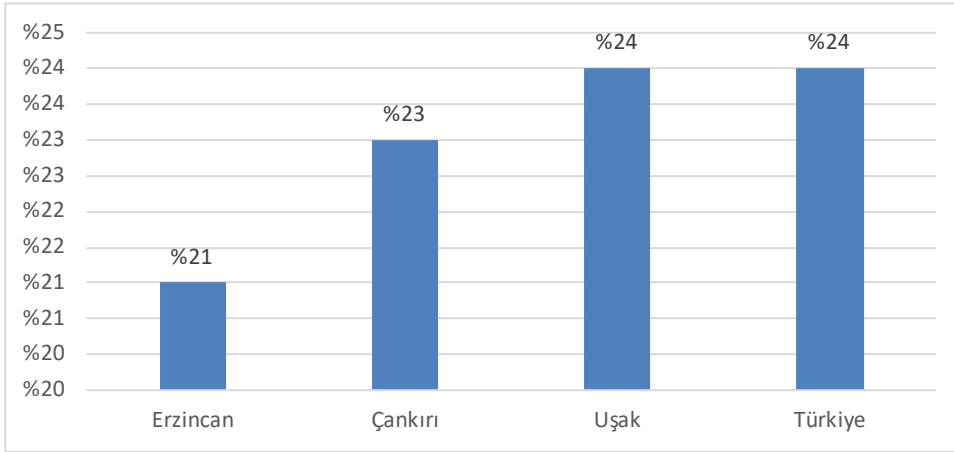
BAŞLANGIÇ DEĞERLENDİRMESİ BULGULARI

Aralık 2018’de müdahale öncesi hastaların rutin bakım durumlarını görmek, KB kontrolünün başlangıç değerini saptamak ve mevcut durumu tespit etmek amacıyla başlangıç değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde hipertansif hastalara ilişkin demografik bulgular ile tütün kullanımı, KB, kolesterol düzeyi, BKİ, kreatinin düzeyi, glukoz düzeyi, HbA1c düzeyi, idrar mikroskopisi değerleri (proteinüri) bulguları yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan örneklem grubunun %98’ine (962) ulaşılmıştır. Hastaların %60’ı (578) kadın, %40’ı (384) erkek; %6’sı (61) 18-44, %40’ı (387) 45-64 yaş aralığında ve %54’ü (514) 65 yaş üzerindedir.

Sağlık Kayıtlarında HT Prevalansı

Başlangıç değerlendirmesinden önce, Sağlık Bakanlığı kayıtlarında 2018 Haziran ayına ait olarak proje illeri ve Türkiye genelinde HT prevalansı incelenmiş olup Erzincan’da prevalansın %21, Uşak’ta %24, Çankırı’da %23 ve Türkiye’de %24 olduğu görülmektedir (Şekil 2).



Şekil 2 HT Prevalansı, Haziran 2018

Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Tütün kullanımı

Tütün kullanım prevalansının belirlenmesinde, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS’de 2018 yılına ait tütün kullanım durumuna ilişkin verinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve araştırma grubunun % 9’unun (54) tütün kullanım verisine ulaşılmıştır.

AHBS’de otomatik olarak kayıt yapıldığı ve bilgilerin güncellenmediği belirlendiği için Uşak değerlendirmeye alınmamıştır. Çankırı ve Erzincan’dan seçilen örneklemin %91’inin (584) tütün kullanım durumuna ilişkin verisinin AHBS’de kayıtlı olmadığı görülmektedir. AHBS’deki mevcut veriler, Çankırı ve Erzincan’da 11 kişinin tütün kullandığını, 43 kişinin ise tütün kullanmadığını göstermektedir. Çalışma kapsamındaki illerde tütün kullanımı durumunun AHBS üzerinden düzenli takibinin yapılmadığı görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 12 Tütün kullanım durumları (n) (%)

Tütün kullanım durumu	Çankırı		Erzincan		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%
Tütün kullanımına dair bilgi kaydedilmemiş	280	89	304	94	584	91
Tütün kullanıyor	8	3	3	1	11	2
Tütün kullanmıyor	25	8	18	6	43	7
Toplam	313	100	325	100	638	100

Kan basıncı

AHBS'de örneklem grubunun %5'inin (50) kan basıncı verisinin kaydedilmiş olduğu buna karşılık %95'inin (912) KB verisinin mevcut olmadığı görülmektedir. KB kayıt oranı, araştırma kapsamında il bazında seçilen örneklem göz önünde bulundurulduğunda Çankırı'da %7 (21), Erzincan'da %5 (16), Uşak'ta ise %4 (13) düzeyindedir (Tablo 13).

Tablo 13 Kan basıncı değeri kaydedilen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan basıncı değeri kaydedilen kişi sayısı	21	7	16	5	13	4	50	5
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

KB verisi bulunan hipertansif hastaların HT evresi açısından değerlendirmesi yapıldığında, %30'unun (15) KB düzeyi yüksek normal olarak bulunmuş olup %16'sının (8) birinci evrede, %8'inin (4) ise ikinci evrede olduğu görülmektedir. Toplam örneklem sayısı ile karşılaştırıldığında KB'si ölçülen hasta sayısı az olduğu için yaşa ve cinsiyete göre oran incelemesi anlamlı bulunmamıştır. KB'si kontrol altında olanlar sırası ile en çok Uşak (%77), Çankırı (%43) ve Erzincan (%25) illerindedir (Tablo 14).

Tablo 14 Kan basıncı ölçülen bireylerin hipertansiyon evreleri (n) (%)

Evre	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yüksek normal	8	38	4	25	3	23	15	30
Evre 1	4	19	4	25	0	0	8	16
Evre 2	0	0	4	25	0	0	4	8
Evre 3	0	0	0	0	0	0	0	0
Kan basıncı kontrol altında	9	43	4	25	10	77	23	46
Kan basıncı ölçülen kişi sayısı	21	100	16	100	13	100	50	100

Beden kütle indeksi

Hastaların BKİ ölçümü değişkenine ait verileri incelendiğinde, AHBS'de örneklem grubunun %12'sinin (113) BKİ verisinin kaydedilmiş olduğu, buna karşılık %88'inin (849) BKİ verisinin mevcut olmadığı görülmektedir (Tablo 15).

Tablo 15 BKİ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ değeri ölçülen kişi sayısı	12	4	2	1	99	31	113	12
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

En fazla BKİ ölçümünün %31 (99) ile Uşak'ta yapıldığı görülmektedir. Araştırmaya dahil edilen kişilerin Çankırı'da %4 (12), Erzincan'da ise %1'inin (2) BKİ ölçümü yapılmıştır.

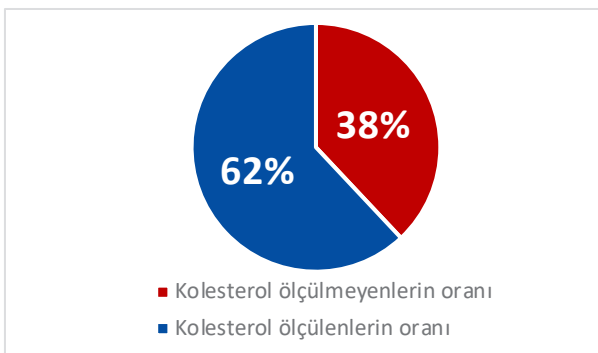
Hastaların BKİ değerlerinin iller bazında dağılımı Tablo 16'da sunulmuştur. Buna göre BKİ değerleri bakımından yoğunluğu en yüksek olan grubun %51 (58) ile 30 ve üstünde değere sahip olanlardan oluştuğu gözlenmektedir. Bu grubu, %37 (42) ile BKİ değeri 25-29,9 arasında olanlar izlemektedir.

Tablo 16 Beden kütle indeksi değerlerinin illere göre dağılımı (n) (%)

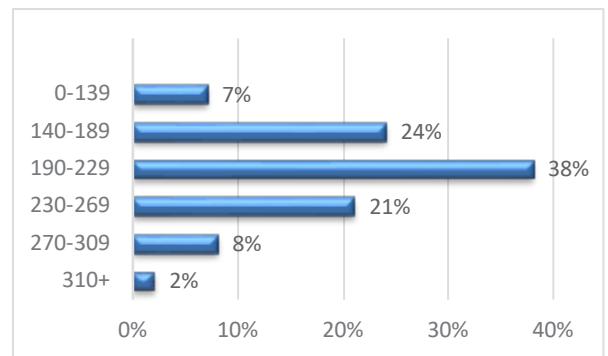
BKİ Sınıflaması	kg/m ²	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Zayıf	<18,5	1	8	-	-	2	2	3	3
Normal	18,5-24,9	1	8	-	-	9	9	10	9
Fazla kilolu	25-29,9	5	42	-	-	37	37	42	37
Obezite	≥30	5	42	2	100	51	52	58	51
• Evre 1	30-34,9	4	33	2	100	26	26	32	28
• Evre 2	35-39,9	1	8	-	-	20	2	21	19
• Evre 3 (Morbid)	≥40	-	-	-	-	5	5	5	4
BKİ değeri ölçülen kişi sayısı		12	100	2	100	99	100	113	100

Kolesterol

Hastaların kolesterol değişkenine ait verileri incelendiğinde, örneklem grubunun %62'sinin (598) kolesterol verisinin AHBS'ye kaydedilmiş olduğu buna karşılık %38'inin (364) kolesterol verisinin sistemde yer almadığı görülmektedir (Şekil 3).



Şekil 3 Hastaların kolesterol ölçüm oranı (%)



Şekil 4 Kolesterolü ölçülmüş hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm değerleri (%)

Tablo 17 Kolesterol değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kolesterolü ölçülen kişi sayısı	243	78	167	51	188	58	598	62
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

Hastaların kolesterol değerlerinin Çankırı, Erzincan ve Uşak illeri bazında dağılımı Tablo 18’de gösterilmektedir. Buna göre kolesterolü ölçülen hipertansif hastalar arasında en çok görülen kolesterol değeri %38 (226) ile 190-229 mg/dl aralığına aittir. Kolesterol değeri bilinen hipertansif hastaların %31’inin (187) kolesterol değeri 189 ve altında, %69’unun (411) ise 190 ve üstünde bulunmuştur.

Tablo 18 Hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm değerlerinin illere göre dağılımı (n) (%)

Kolesterol Değeri (mg/dl)	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-139	19	8	6	4	17	9	42	7
140-189	45	19	35	21	65	35	145	24
190-229	82	34	71	43	73	39	226	38
230-269	59	24	45	27	23	12	127	21
270-309	33	14	8	5	5	3	46	8
310+	5	2	2	1	5	3	12	2
Hipertansif hastaların kolesterol değerlerinin 190 altı veya üstü olma durumları								
<190	64	26	41	25	82	44	187	31
≥ 190	179	74	126	75	106	56	411	69
Kolesterolü ölçülen kişi sayısı	243	100	167	100	188	100	598	100

Kreatinin

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örneklemdaki kişilerin son bir yıla ait kreatinin ölçümleri incelenmiştir. Son bir yılda en az bir kez kreatinin değeri ölçülmüş ve AHBS sistemine kaydedilmiş olan kişilerin toplam örneklem içindeki oranı %71’dir (683) (Tablo 19). Hastalara, anket kapsamında yer alan tetkik türleri içinde, en fazla kreatinin tetkikinin yapıldığı gözlenmektedir.

Tablo 19 Kreatinin değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kreatinin değeri ölçülen kişi sayısı	229	73	230	71	224	69	683	71
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

Kreatinin ölçüm değerleri referans alınarak hesaplanan tahmini GFH (e-GFH) bulgularına göre hipertansif bireylerin böbrek hastalığı sınıflandırması Tablo 20’de gösterilmiştir. 962 hipertansif kişinin %71’inin (683) e-GFH sonucu bilgi sistemlerinde bulunmuştur.

Tablo 20 Hipertansif bireylerin böbrek yetmezliği derecesinin (e-GFH) illere göre dağılımı (n) (%)

Böbrek hastalığının derecesi	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	142	62	157	68	166	74	465	68
Hafif bozukluk	75	33	62	27	50	22	187	27
Ciddi bozukluk	12	5	11	5	8	4	31	5
Kreatinin değeri ölçülen kişi sayısı	229	100	230	100	224	100	683	100

Buna göre üç ilde de hipertansif hastaların e-GFH değerleri çoğunlukla normal referans değer aralığında bulunmaktadır. Ancak Uşak'ta böbrek fonksiyon kaybı diğer iki ile göre görece daha düşük olup böbrek fonksiyonları normal olanların oranı ise diğer iki ile göre daha yüksektir.

Proteinüri

İdrar proteini prevalansının belirlenmesinde, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS'de 2018 yılına ait proteinüri ölçümlerinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve araştırma grubunun %41'inin (390) proteinüri verisine ulaşılmıştır (Tablo 21).

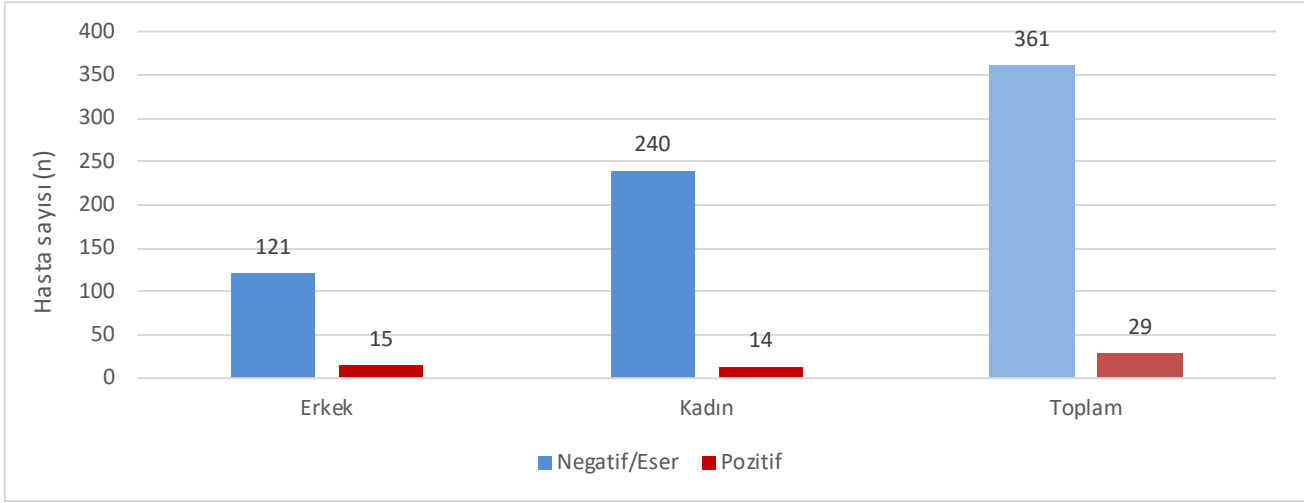
Tablo 21 Proteinüri değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Proteinüri değeri ölçülen kişi sayısı	123	39	144	44	123	38	390	41
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

Tablo 22 Hipertansif bireylerin proteinüri düzeyinin illere göre dağılımı (n) (%)

Dipstick ile Proteinüri	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Negatif/eser	115	93	135	94	111	90	361	93
Pozitif (1+,2+,3+)	8	7	9	6	12	10	29	7
Proteinüri değeri ölçülen kişi sayısı	123	100	144	100	123	100	390	100

Tablo 22'de sunulan sonuçlara göre 390 hastanın %93'ünün idrarında proteine rastlanmazken %7'sinin idrarında farklı düzeylerde protein bulunmuştur. Ek olarak, idrar proteini ölçümünün cinsiyet bazında dağılımı incelendiğinde, kadınlarda (%44) erkeklere (%35) göre daha fazla proteinüri analizi yaptırıldığı tespit edilmiştir. Proteinüri sonuçları incelendiğinde pozitiflik (1+, 2+, 3+) düzeyinin erkeklerde kadınlara göre yaklaşık iki katı fazla oranında olduğu gözlenmiştir (Şekil 5).



Şekil 5 Hipertansif bireylerin proteinüri değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)

Açlık kan şekeri

Öncelikle HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS’de 2018 yılına ait AKŞ ölçüm verisinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve araştırma grubunun %70’inin (675) AKŞ verisine ulaşılmıştır (Tablo 23).

Tablo 23 AKŞ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan şekeri ölçülen kişi sayısı	225	72	222	68	228	70	675	70
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

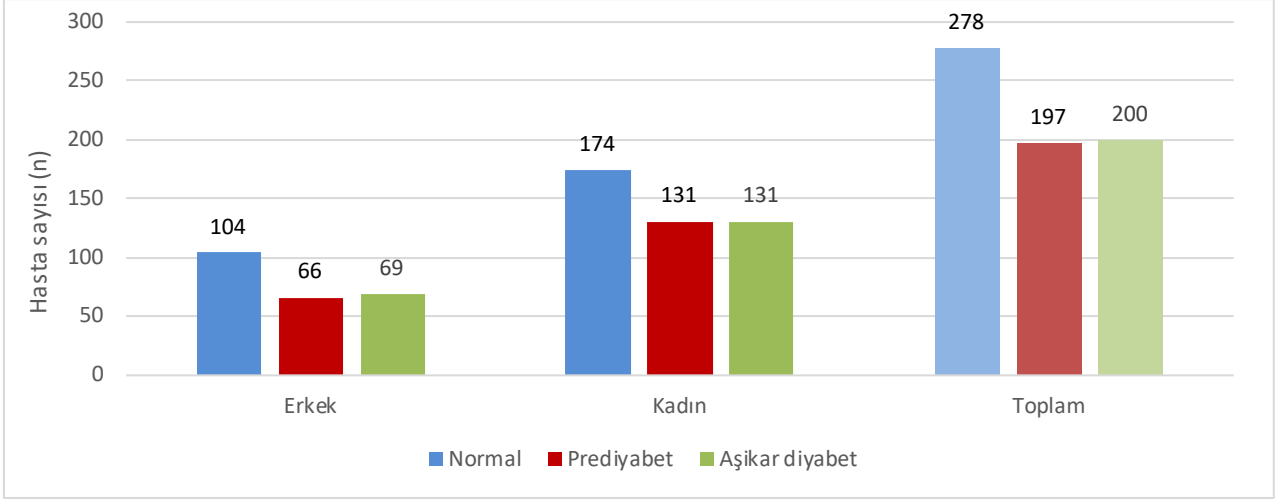
675 hastanın %41’inin (278) AKŞ düzeyi normal, %29’unun (197) prediyabetik ve %30’unun (200) diyabetik olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, AKŞ düzeyinin iller bazında dağılımına bakıldığında diyabetiklerin, kan şekeri ölçümü yapılan bireyler içindeki oranının Çankırı’da (%32) Erzincan (%28) ve Uşak’a (%29) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla beraber, normal AKŞ düzeyine sahip olanların oranı üç ilde de farklılaşmakta olup Çankırı’da görece daha düşük düzeydedir (Tablo 24).

Tablo 24 Hipertansif bireylerin AKŞ değerinin illere göre dağılımı (n) (%)

Diyabet varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	85	38	94	42	99	43	278	41
Prediyabet	67	30	66	3	64	28	197	29
Aşkar diyabet	73	32	62	28	65	29	200	30
Kan şekeri ölçülen kişi sayısı	225	100	222	100	228	100	675	100

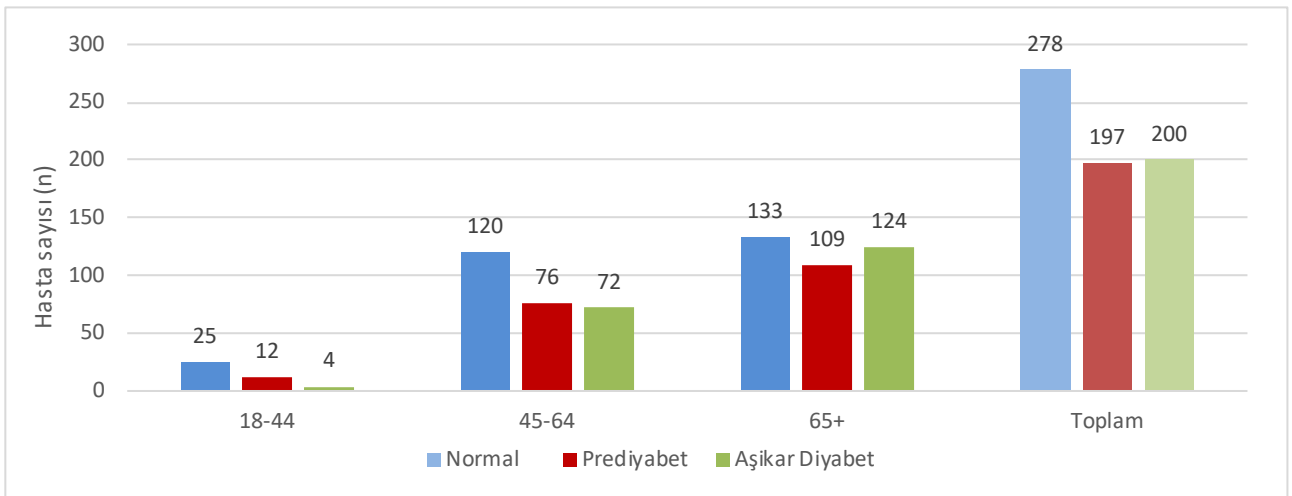
Araştırma grubunun AKŞ düzeylerinin cinsiyet ve yaşa göre dağılımına bakıldığında AKŞ değerlerinin, literatürdeki kanıta dayalı bulgularla tutarlı olarak cinsiyete ve yaşa göre farklılık gösterdiği görülmektedir.

Örnekleme seçilen kadınların %75'inin (436), erkeklerin ise %62'sinin (239) kan şekeri ölçümü yapılmıştır. Kan şekeri ölçülmüş erkeklerin %43'ünün (104) kan şekeri normal iken, %28'i (66) prediyabetik, %29'u (69) ise diyabetik seviyededir. Buna karşılık bu oranların dağılımı kadınlarda erkeklerden farklı gerçekleşmiştir. Kan şekeri ölçülen kadınların, %40'ının (174) kan şekeri normal iken, %30'unun (131) kan şekeri prediyabetik, %30'unun (131) ise diyabetik seviyededir (Şekil 6).



Şekil 6 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)

Diğer yandan kan şekeri düzeyinin yaşa göre dağılımına bakıldığında, kan şekeri ölçülenlerin %54'ü (366) 65 yaş üzerinde, %40'ı (268) 45-64 yaş arasında ve %6'sı (41) 18-44 yaş aralığındadır. Araştırma grubunun yaş grupları bazında yoğunluğu göz önünde bulundurularak yapılan sınıflandırmaya göre ise en fazla %71 (366) ile 65 yaş ve üzeri kişilere yapılan AKŞ ölçümlerine rastlanmış olup bu grubu %69 (268) ile 45-65 yaş grubu izlemektedir. 18-44 yaş arasında diyabet görülme sıklığı 65 yaşın üzerindekiyle kıyasla düşük olduğu, 45-64 yaş grubunun AKŞ taramasının 65 yaş ve üzerindekiyle yakın seviyede gerçekleştirildiği görülmektedir (Şekil 7).



Şekil 7 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)

HbA1c

Öncelikle HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS’de 2018 yılına ait HbA1c ölçümlerinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve araştırma grubunun %34’ünün (324) HbA1c verisine ulaşılmıştır(Tablo 25).

Tablo 25 HbA1c değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

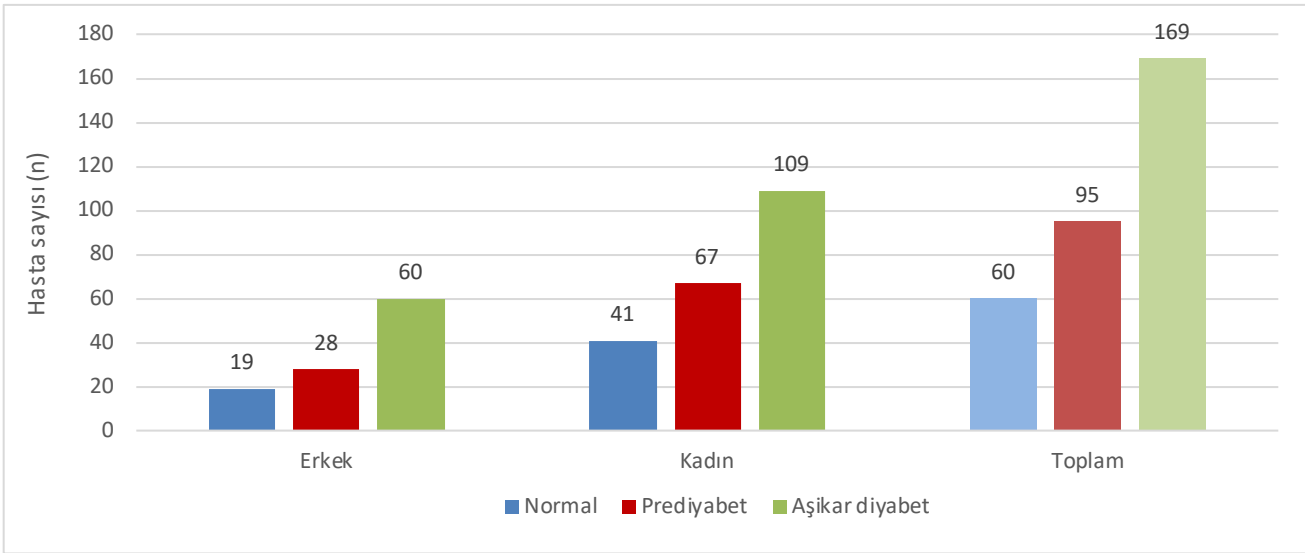
	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HbA1c değeri ölçülen kişi sayısı	112	36	101	31	111	34	324	34
Toplam kişi sayısı	313	100	325	100	324	100	962	100

HbA1c ölçümleri bulunan 324 hastanın %19’unun (60) HbA1c seviyesi normal, %29’unun (95) prediyabetik ve %52’sinin (169) diyabetik olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, HbA1c düzeyinin iller bazında dağılımına bakıldığında diyabetiklerin, HbA1c ölçümü yapılan bireyler içindeki oranının, Uşak’ta (%55), Çankırı (%52) ve Erzincan’a (%49) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla beraber, normal HbA1c’ye sahip olanların oranı üç ilde de farklılaşmakta olup Erzincan’da görece daha düşük ve Uşak’ta daha yüksek düzeydedir (Tablo 26).

Tablo 26 Hipertansif bireylerin HbA1c değerinin illere göre dağılımı (n)(%)

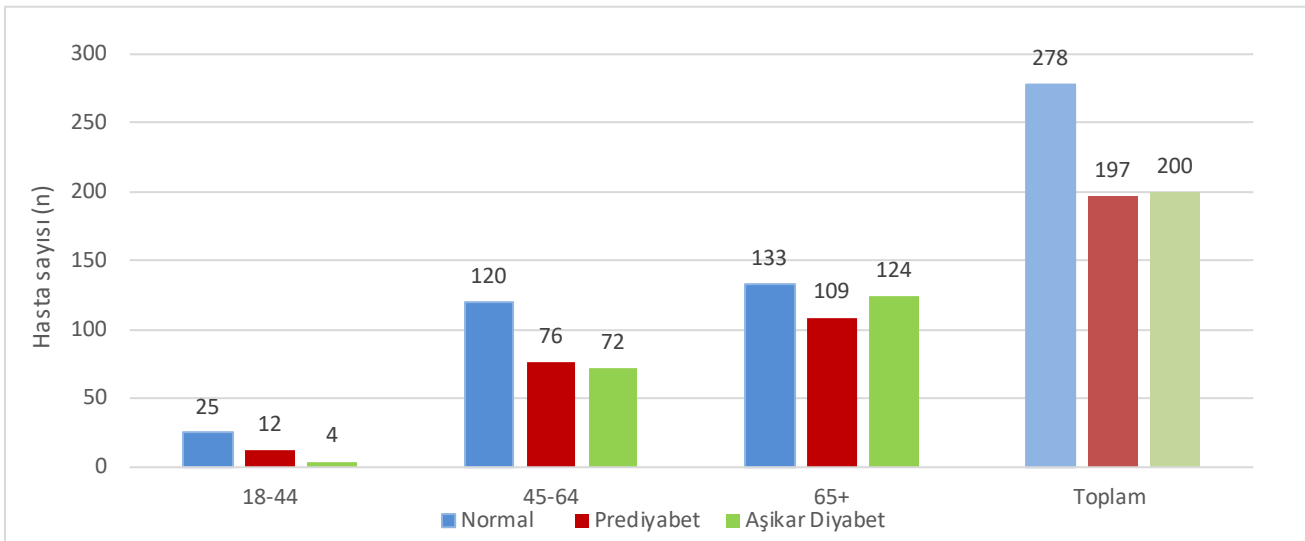
Kan Şekeri Ölçüm Değerine Göre Sonuçlar	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	21	19	17	17	22	20	60	19
Prediyabet	33	29	34	34	28	25	95	29
Aşikar diyabet	58	52	50	49	61	55	169	52
HbA1c değeri ölçülen kişi sayısı	112	100	101	100	111	100	324	100

Hipertansif bireylerin HbA1c değerinin cinsiyete göre dağılımı Şekil 8’de sunulmuştur. HbA1c değeri ölçülmüş erkeklerin %18’inin (19) normal, %26’sının (28) prediyabet ve %56’sının (60) aşikar diyabet olduğu gözlenmiştir. Kadınların ise %19’unun (41) HbA1c değerinin normal aralıkta olduğu, %31’inin (67) prediyabet, %50’sinin (109) aşikar diyabet olduğu görülmüştür.



Şekil 8 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)

Araştırma grubundaki bireylerin HbA1c değerlerinin yaşa göre dağılımı Şekil 9'da yer almaktadır. Yaş grupları bazında en fazla 65 yaş üzerindekiilerin %71'inin (366) HbA1c değerinin mevcut olduğu ve bu grubu %69 (268) ile 45-64 yaş grubunda olanların takip ettiği gözlenmiştir.



Şekil 9 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi

Kardiyovasküler hastalıklar açısından risk değerlendirmesinde, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS'de 2018 yılına ait risk değerlendirme ölçümlerinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve araştırma grubunun %4'ünün (34) verisine ulaşılmıştır. 34 risk değerlendirmesinin 5'i 2014, 3'ü 2015, 2'si 2016, 6'sı 2017 ve 18'i 2018 yılında gerçekleştirilmiştir. Risk değerlendirmesi yapılanların %76'sı (26) kadın, %24'ü (8) erkeklerden oluşmaktadır. Risk değerlendirmesi yapılma sıklığı erkeklerde %2 (8), kadınlarda %4 (26) düzeyindedir (Tablo 27).

Tablo 27 Yıllara ve cinsiyete göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)

Değerlendirme yapılan yıl	Erkek (n)	Kadın (n)	Her iki cinsiyet (n)
2014	1	4	5
2015	0	3	3
2016	1	1	2
2017	1	5	6
2018	5	13	18
Toplam sayı (n)	8	26	34
Yüzde dağılımı (%)	24	76	100

Yıllara göre risk skoru ölçümlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 28’de sunulmaktadır. Risk skorları düşük risk (<%1), orta risk (%1-4), yüksek risk (%5-9) ve çok yüksek risk (≥%10) olarak gruplandırıldığında risk değerlendirmesi yapılan 34 hastanın %35’i (12) çok yüksek, %35’i (12) yüksek, %21’i (7) orta ve %9’u (3) düşük risk grubunda yer almaktadır.

Tablo 28 Cinsiyete ve risk değerlendirme grubuna göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)

Risk skoru		Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
		n	%	n	%	n	%
≥%15	Çok yüksek risk	0	0	4	15	4	12
%10-14		2	25	6	23	8	23
%5-9	Yüksek risk	4	50	8	31	12	35
%3-4	Orta risk	1	12,5	3	11,5	4	12
%2		1	12,5	0	0	1	3
%1		0	0	2	8	2	6
<%1	Düşük risk	0	0	3	11,5	3	9
Toplam		8	100	26	100	34	100

Yaşam tarzı değişikliği önerileri

AHBS’de araştırma grubuna ait sağlık kayıtlarında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımına yönelik danışmanlık önerisine dair kayıt bulunup bulunmadığı incelenmiş ve yaşam tarzı değişikliği önerisinin hipertansif hastaların %9’u (83) için gerçekleştirilmiş olduğu görülmüştür. Yaşam tarzı değişikliği kapsamında 37 kişiye sağlıklı beslenme, 28 kişiye fiziksel aktivite, 12 kişiye tütün kullanımını bırakma, 6 kişiye alkol kullanımını bırakma önerileri sunulmuştur.

Risk Faktörlerinin Cinsiyete Göre Kümülatif Değerlendirmesi

Hipertansif hastalara ait bağımlı ve bağımsız değişkenlere ilişkin ulaşılan sağlık verilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 29’da sunulmaktadır.

Tablo 29 Hipertansif bireylerde cinsiyete göre risk faktörleri (n) (%)

Risk faktörleri	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽²⁾
SKB \geq 140 mmHg	9	2	15	3	24	2
DKB \geq 90 mmHg	5	1	12	2	17	2
Açlık kan şekeri >100	135	35	262	45	397	41
HbA1c \geq 5,7	88	23	176	30	264	27
Kolesterol \geq 5 mmol/L ⁽³⁾	120	31	243	42	363	38
25 \leq BKI <40	35	9	60	10	95	10
BKI \geq 40	2	1	3	1	5	1
Örneklemdaki kişi sayısı	384	100	578	100	962	100

(1) Aynı cinsiyet grubundaki oranı

(2) Tüm bireyler içindeki oranı

(3) Ölçüm birimi mg/dL birimi olan kolesterol değerlerini, mmol/L'ye çevirmek için değerler, 0,02586 katsayısı ile çarpılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerden; erkeklerin %2'sinin (9), kadınların ise %3'ünün (15) SKB'si 140 mmHg veya üzerindedir. Erkeklerin %1 (5), kadınların ise %2'sinin (12) DKB'sinin 90 mmHg veya üzerinde olduğu görülmüştür. AKŞ değerlerine bakıldığında; erkeklerin %35'inin (135), kadınların ise %45'inin (262) AKŞ değeri 100'ün üzerindedir. Erkeklerin %23'ünün (88), kadınların ise %30'unun (176) HbA1c düzeyi 5,7 veya üzerinde olduğu görülmüştür. Benzer şekilde erkeklerin %31'inin (120), kadınların ise %42'sinin (243) kolesterol düzeyi referans değerinin üzerindedir. Ayrıca kadınların (3) ve erkeklerin (2) %1'i morbid obezdir.

Tanıların Varlığı ve İlk Tanı Tarihinin Değerlendirilmesi

Bilindiği üzere komorbid durumlar hastalıkların seyrinde çok önemli olup değerlendirme aşamalarında eşlik eden hastalıklar da sorgulanmıştır. Proje illerinde uygulanan ankette, rastgele seçilmiş 962 kişinin AHBS üzerinde mevcut kayıtlarında aşağıdaki tanılara ait bilgiler aranmıştır.

- Diyabet hastalığı
- KKH
- SVH
- Kronik böbrek hastalığı (KBH)

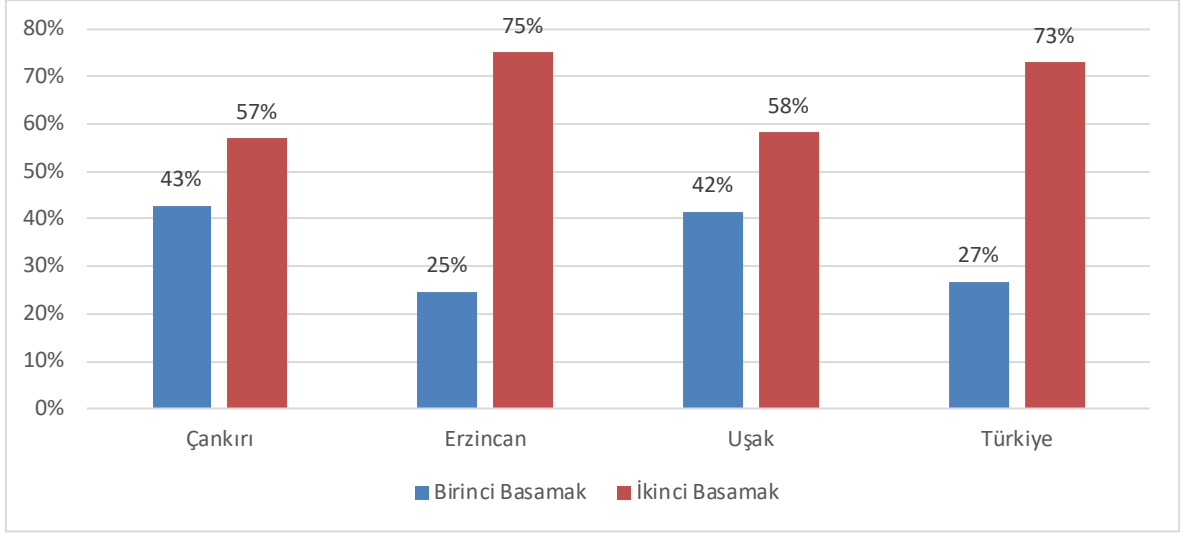
mevcut olup olmadığı araştırılmıştır.

Hepsinin hipertansif olduğu bilinen hastaların verilerinde HT tanı tarihi araştırılmıştır. Her hastalık için ilk olarak dört hastalık tanısının kayıtlarda bulunma oranı, daha sonra da iller, cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı ile ilk tanı tarihleri incelenmiştir.

Hipertansiyon

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin ilk kez HT tanısını almış oldukları tarihler incelenmiştir. AHBS sistemine ilk tanı tarihi kaydedilmiş olanlar, hipertansif hastaların %69'unu (667) oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı kayıtlarından hastalara tanı koyma yerlerine bakıldığında HT tanısının Türkiye genelinde daha çok ikinci basamakta konulduğu görülmüştür. Proje illerimizde Çankırı’da birinci basamakta HT hastalığı tanısı koyma oranının diğer iki ile göre göre yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Şekil 10).



Şekil 10 Türkiye geneli ve proje illerinde hipertansiyon tanısı konulan yerin sağlık hizmet basamağına göre dağılımı, (%) (2018 Ocak)

Diyabet

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak diyabet tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. HT hastalarından (962) %36’sı (349) ek olarak diyabet tanısı da almıştır. HT’ye ek olarak diyabet tanısı alan 349 hastanın %74’ünün (259) AHBS’de ilk tanı tarihi bulunmaktadır. Hipertansif bireylerin, illere göre ICD kodu E10-E14 olarak sınıflanan diyabet tanısına ilişkin durumlarının dağılımları Tablo 30’da sunulmuştur.

Tablo 30 Hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)

Diyabet varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	125	40	96	30	128	40	349	36
Yok	188	60	229	70	196	60	613	64
Toplam	313	100	325	100	324	100	962	100

Buna göre HT’ye ek olarak diyabet tanısı alanların il bazında oranlarına bakıldığında Çankırı’da %40 (125), Erzincan’da %30 (96), Uşak’da ise %40 (128) olduğu görülmektedir. Ayrıca hipertansif bireylerin diyabet tanısına ilişkin durumlarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31 HT'ye eşlik eden diyabet tanılı bireylerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

Yaş grupları	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
18-44	6	2	8	2	14	4
45-64	48	14	70	20	118	34
65+	75	21	142	41	217	62
Toplam	129	37	220	63	349	100

Buna göre HT'ye ek olarak diyabet tanısı alan 349 hastanın %37'si (129) erkek, %63'ü (220) kadındır. Ayrıca, HT'ye ek olarak diyabet tanısı alan 349 hastanın %4'ü (14) 18-44 yaş arasında, %62'si (217) 65 yaşın üzerindedir.

Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerde diyabet görülme sıklığı erkeklerde %34 (129), kadınlarda ise %38'dir (220). Yaş grupları bazında diyabet görülme sıklığı ise; 18-44 yaş için %23 (14), 44-65 yaş için %30 (118) 65 yaş üzeri için ise %42'dir (217).

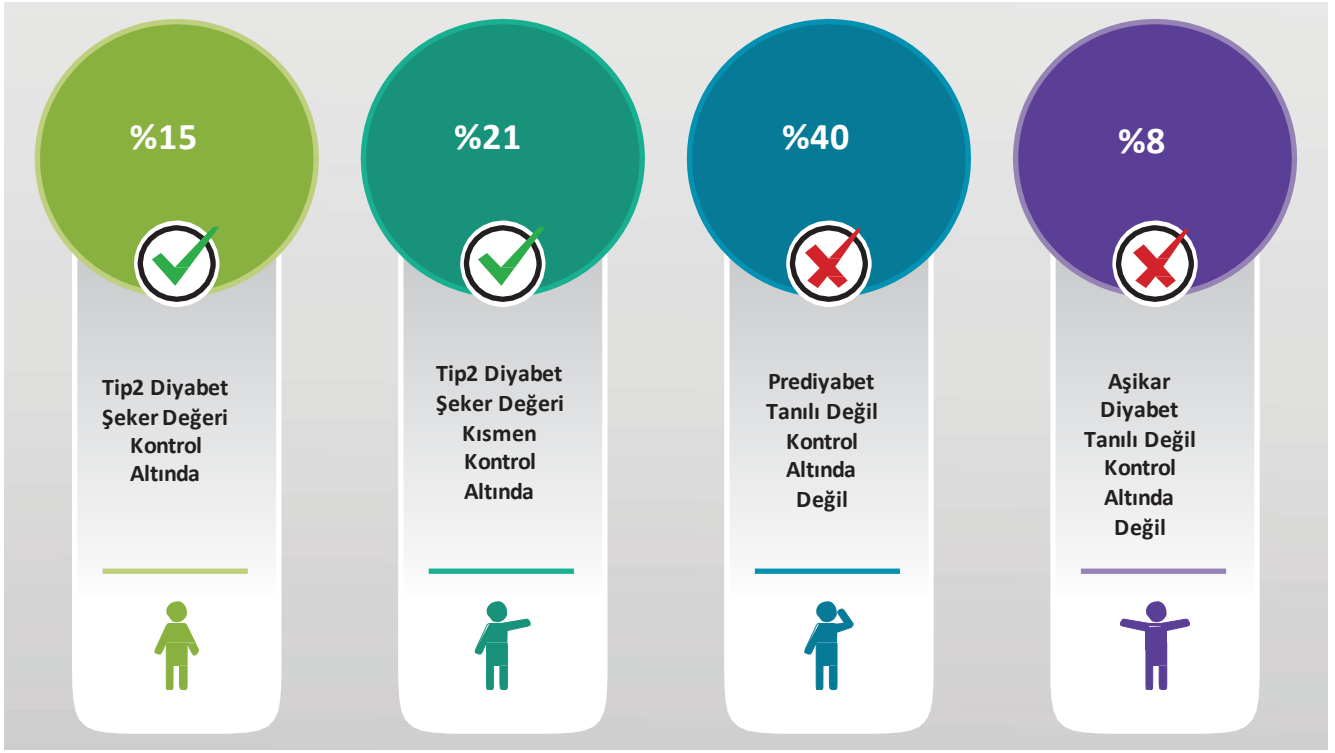
Bununla beraber AHBS verilerinde hastaların laboratuvar tetkiki sonuçlarına göre diyabet tanısı olması gerekenlerde diyabet tanısı konulup konulmadığı incelenmiştir. HbA1c ve AKŞ değerleri ile hali hazırda diyabet tanısı alıp almadığı araştırılmıştır. Buna ilişkin veriler Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32 HbA1c sonuçlarına göre diyabet tanısı olması gereken hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığı (n) (%)

HbA1c sonucu	Diyabet tanısı var		Diyabet tanısı yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aşikâr diyabet	200	21	73	8	273	29
Prediyaabet	109	11*	384	40	493	51
Normal	40	4*	156	16	196	20
Toplam	349	36	613	64	962	100

*Diyabet tanısı olanlar içinde kan şekeri 100-125 mg/ dl arasında olanlar kontrol altında olan grubu temsil etmektedir. Tanısı olmayan bireylerin ölçümleri ile tanısı olan bireylerin ölçümlerinin karşılaştırmasının yapılabilmesi amacıyla tek tabloda belirtilmiştir.

Buna göre, tetkiklerde örneklem genelinde hipertansif kişilerin %64'ünde diyabet tanısı yoktur. HbA1c ve AKŞ sonuçlarına göre örneklemin %16'sının (156) kan şekeri düzeyi normal olarak belirlenen aralıkta bulunmaktadır. HT tanısı alan ancak birlikte diyabet tanısı olmayanların %8'i (73) ise HbA1c ve AKŞ sonuçlarına göre aşikâr diyabet grubunda yer almaktadır. Araştırma grubunun tamamına oranlandığında, hastaların %4'ünün (40) diyabet tanısı almış ve kan şekeri düzeyi kontrol altına alınmıştır. Buna karşılık, araştırma grubunun %11'i (109) diyabet tanısı almış ve kan şekeri kısmen kontrol altına alınmıştır (prediabetik). Diğer yandan, hastaların %40'ı (384) diyabet tanısı almamış ve kan şekeri düzeyi kısmen kontrol altında bulunmaktadır (Tablo 32).



Şekil 11 Diyabet hastalığının izlem ve kontrol düzeyi (%)

Koroner kalp hastalığı

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak KKH tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. HT hastalarından %35'i (333) ek olarak KKH tanısı da almıştır. HT'ye ek olarak KKH tanısı alan 333 hastanın %75'inin (250) AHBS'de ilk tanı tarihi bulunmaktadır. KKH tanısı alan hastaların illere göre dağılımı Tablo 33'te sunulmuştur.

Tablo 33 Hipertansif bireylerde KKH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)

KKH varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	121	39	89	27	123	38	333	35
Yok	192	61	236	73	201	62	629	65
Toplam	313	100	325	100	324	100	962	100

Buna göre HT'ye ek olarak KKH tanısı alan hastaların il bazında dağılımına baktığımızda; Çankırı'da %39 (121), Erzincan'da %27 (89), Uşak'da ise %38 (123) olduğu görülmüştür. HT tanısı alan ancak birlikte KKH tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %65'ini (629) oluşturmaktadır.

Tablo 34 HT'ye eşlik eden KKH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

Yaş grupları (Yıl)	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
18-44	4	1	4	1	8	2
45-64	52	16	51	15	103	31
65+	96	29	126	38	222	67
Toplam	152	46	181	54	333	100

Ayrıca hastaların, HT'ye ek olarak KKH tanısı alıp almama durumlarının cinsiyete ve yaşa göre dağılımı Tablo 34'te sunulmuştur. Buna göre HT'ye ek olarak KKH tanısı alan 333 hastanın %46'sı (152) erkek, %54'ü (181) kadındır. HT'ye ek olarak KKH tanısı alan 333 hastanın %2'si (8) 18-44 yaş aralığında, %31'i (103) 45-64 yaş aralığında ve %67'si (222) 65 yaşın üzerindedir.

Hipertansif bireylerde KKH görülme sıklığı; kadınlarda %31 (181), erkeklerde %40'dır (152). Yaş grupları bazında değerlendirildiğinde ise; 18-44 yaş grubunda %13 (8), 45-64 yaş grubunda %27 (103) ve 65 yaş üzerinde ise %43'tür (222).

Serebrovasküler hastalık

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak SVH tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. Hipertansiyon hastalarından %11'i (110) ek olarak SVH tanısı da almıştır. HT'ye ek olarak SVH tanısı alan 110 hastanın %65'inin (71) AHBS'de ilk tarihi bulunmaktadır. Hipertansif bireylerde illere göre SVH tanısı varlığının dağılımı Tablo 35'te sunulmuştur.

Tablo 35 Hipertansif bireylerde SVH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)

SVH varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	30	10	41	13	39	12	110	11
Yok	283	90	284	87	285	88	852	89
Toplam	313	100	325	100	324	100	962	100

Buna göre HT'ye ek olarak SVH tanısı alan hastaların il bazında dağılımına bakıldığında; Çankırı'da %10 (30), Erzincan'da %13 (41), Uşak'ta ise %12 (39) olduğu görülmektedir. HT tanısı alan ancak birlikte SVH tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %89'unu (852) oluşturmaktadır. Ayrıca HT'ye ek olarak SVH tanısı alan 110 hastanın cinsiyete ve yaşa göre dağılımı Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36 HT'ye eşlik eden SVH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

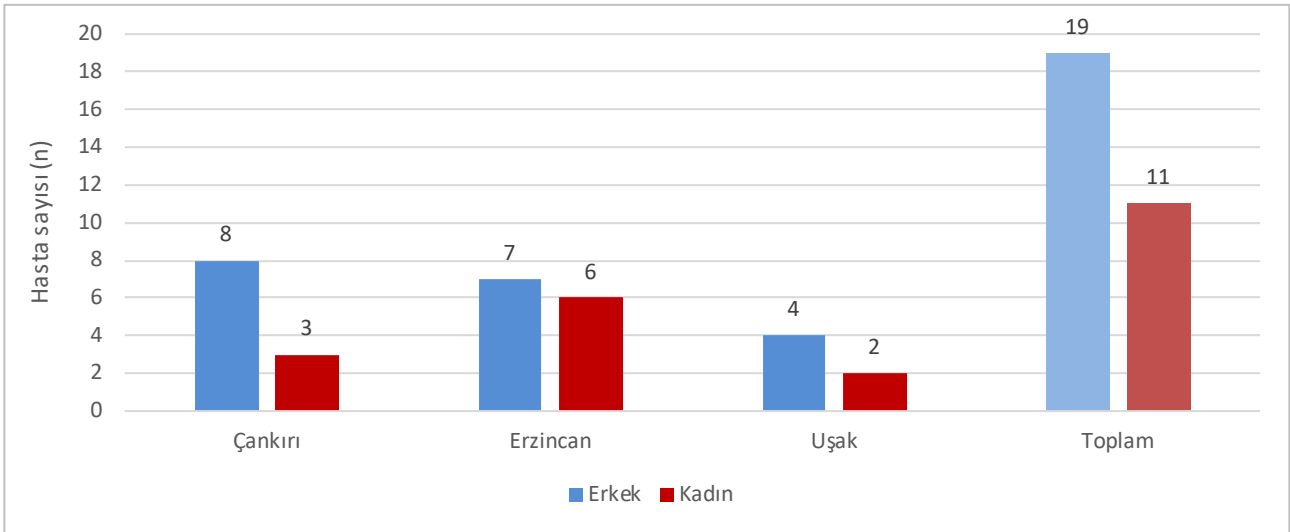
Yaş grupları (Yıl)	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
45-64	10	9	21	19	31	28
65+	30	27	49	45	79	72
Toplam	40	36	70	54	110	100

Buna göre hipertansiyona ek olarak SVH tanısı alan 110 hastanın %36'sı (40) erkek, %54'ü (70) kadındır. HT'ye ek olarak SVH tanısı alan 110 hastanın %28'i (31) 45-64 yaş aralığında, %72'si (79) 65 yaşın üzerindedir (Tablo 36).

Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerde SVH görülme sıklığı; erkeklerde (40) ve kadınlarda (60) %10'dur. Yaş grupları bazında ise 45-64 yaş aralığında %8 (31), 65 yaş üzerinde ise %15'dir (79).

Kronik böbrek hastalığı

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak KBH tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. HT hastalarının %3'ü (30) ek olarak KBH tanısı da almıştır. HT'ye ek olarak KBH tanısı alan 30 hastanın %57'sinin (17) AHBS'de ilk tanı tarihi bulunmaktadır. İllere göre KBH tanısı alan hastaların dağılımı Şekil 12'de sunulmuştur.



Şekil 12 Hipertansif bireylerde KBH tanısı alanların illere ve cinsiyete göre dağılımı (n)

Buna göre HT'ye ek olarak KBH tanısı alan 30 hastanın %37'si (11) Çankırı'da, %43'ü (13) Erzincan'da, %20'si (6) ise Uşak'ta yaşamaktadır. HT tanısı alan ancak birlikte KBH tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %97'sini (932) oluşturmaktadır.

HT'ye ek olarak KBH tanısı alanların %63'ü (19) erkek, %37'si (11) ise kadındır. Araştırmaya dahil edilen hastalarda KBH görülme sıklığı; erkeklerde %5 (19), kadınlarda ise %2'dir (11).

Birden fazla hastalık eşlik etme durumu

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına eşlik eden diğer hastalıklar incelenmiştir. Hastalarda (962) HT tanısına en sık eşlik eden tanının %36 (349) oranında diyabet olduğu gözlenmiştir (Tablo 37).

Tablo 37 Hipertansif bireylerin birden fazla hastalığa sahip olma durumları (n) (%)

Hastalık adı	Kişi sayısı (n)	Kişi yüzdesi (%)
1. Tanıları arasında diyabet hastalığı olanlar	349	36
Sadece diyabet tanısı olanlar	190	20
Diyabet ve SVH olanlar	35	4
Diyabet ve böbrek hastalığı olanlar	15	2
KKH+ SVH+ diyabet olanlar	26	3
2. Tanıları arasında KKH olanlar	333	35
Sadece KKH tanısı olanlar	138	14
KKH ve diyabeti olanlar	149	15
KKH ve SVH olanlar	66	7
KKH ve böbrek hastalığı olanlar	23	2
3. Tanıları arasında SVH olanlar	110	11
Tanıları arasında SVH ve böbrek hastalığı olanlar	5	1
4. Tanıları arasında böbrek hastalığı olanlar	30	3
5. KKH+ SVH + diyabet + böbrek hastalığı tanısı olanlar	2	0
Örnekleme'deki toplam kişi kişi sayısı/oranı	962	100

Diyabetten sonra hipertansiyon tanısına ek olarak eşlik eden diğer hastalık KKH'dır (333). HT tanısına ek olarak hem diyabet hem de KKH tanısı alan hastalar, toplam hipertansif hastaların %15'ini (149) oluşturmaktadır. HT ve diyabete eşlik eden SVH'ların toplam hipertansif hastalara oranı ise %4'tür.



Şekil 13 Hipertansif bireylerde hastalıkların görülme sıklıkları ve ilk tanı tarihlerinin kayıtlı olma durumu (%)

İlaç Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi

AHBS’de yer alan araştırma grubuna ait sağlık kayıtlarında;

- i. Antihipertansif ilaçlar
- ii. Antidiyabetik ilaçlar
- iii. Statin türü ilaçların
- iv. ASA türü ilaçlar

kullanımına dair kayıt bulunup bulunmadığı incelenmiştir. İlaçların reçete edilip edilmediği ve düzenli reçete yazılıp yazılmadığının da analizleri yapılmıştır. Türkiye’de diyabet ve HT hastalarının büyük çoğunluğunun, ilaçları reçete ettirme sıklığını azaltmak ve bunlar için katkı payı ödemesini en aza indirmek için sağlık kurumlarından *uzun dönemli ilaç kullanımına dair sağlık kurulu raporu* aldıkları gözlenmektedir. Bu sayede, bir reçetede uzun dönemli bir hastalık için 3 aylık doz ilaç reçete edilmesi mümkün olabilmektedir. Bu kapsamda, AHBS’de bir hastalık için 3 ayda bir ilaç reçete edilmesi “düzenli ilaç kullanımı” olarak kabul edilmiştir.

Antihipertansif ilaç kullanımı

18 yaş ve üzerinde olan hipertansif hastaların, AHBS kayıtlarında HT tanısı almasına rağmen %26’sına (252) antihipertansif ilaç reçete edilmediği görülmektedir. Buna karşılık örneklem grubunun %49’u (476) düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanmaktadır. Cinsiyete göre antihipertansif ilaç kullanım durumu Tablo 38’de sunulmuştur.

Tablo 38 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	193	50	283	49	476	49
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	90	23	144	25	234	24
Hiç ilaç yazılmamış	101	26	151	26	252	26
Genel Toplam	384	100	578	100	962	100

Buna göre HT tanısı alan erkeklerin %50’si (193) antihipertansif ilacını düzenli kullanırken, %23’üne (90) ise son 3 aydır antihipertansif ilaç reçete edilmemiştir. Ayrıca erkeklerin %26’sına (101) hiç antihipertansif ilaç yazılmadığı görülmüştür. HT tanısı alan kadınların %49’u (283) düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanmaktadır. Kadınların %25’ine (144) son 3 aydır antihipertansif ilaç reçete edilmemiş olup %26’sına (151) ise hiç antihipertansif ilaç yazılmadığı görülmüştür.

Tablo 39 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	8	13	161	42	307	60	476	49
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	14	23	94	24	126	24	234	24
Hiç ilaç yazılmamış	39	64	132	34	81	16	252	26
Genel Toplam	61	100	387	100	514	100	962	100

Antihipertansif ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı Tablo 39’da yer almaktadır. Yaş grubuna göre ilaçlarını en düzenli kullanan grubun 65+ bireyler %60 (307 kişi) olduğu, 45-64 yaş grubundaki hastaların ise %42’sinin (161 kişi) düzenli antihipertansif ilaç kullandığı görülmektedir. Buna karşılık, hiç antihipertansif reçete edilmeyenler arasında yoğunluğun en yüksek olduğu yaş grubu %64 (39) oranıyla 18-44 yaş arasındakilerdir.

Tablo 40 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların KB değerlerinin karşılaştırılması (n) (%)

Kan Basıncı	Düzenli ilaç kullanıyor		3 aydır reçete yazdırmamış		Hiç reçete yazılmamış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SKB \geq 140 veya DKB \geq 90 mmHg	15	65	5	22	3	13	23	100
SKB $<$ 140 ve DKB $<$ 90 mmHg	14	52	6	22	7	26	27	100
Kan basıncı ölçülen kişi sayısı	29	58	11	22	10	20	50	100

Tablo 40’a göre antihipertansif ilaç kullanım durumu ve KB düzeyi birlikte değerlendirildiğinde KB değeri AHBS’de yer alan 50 hastanın 27’sinin KB değeri, referans değer aralığında bulunmaktadır. HT tanısı alan hastalarda farklı grup antihipertansif ilaç kullanımını gözlenmektedir. Söz konusu ilaç gruplarının kullanımının cinsiyete göre dağılımı Tablo 41’de gösterilmektedir.

Tablo 41 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların kullandıkları ilaç gruplarının cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

İlaç grubu	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
ACEI	99	23	96	15	195	18
Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)	90	21	173	28	263	25
Beta bloke edici ajanlar	104	24	137	22	241	23
Diüretik ilaçlar	60	14	101	16	161	15
Kalsiyum kanal blokerleri	64	15	115	18	179	17
Santral etkili alfa1 alfa2 agonistler	17	4	2	0	19	2
Toplam*	434	100	624	100	1.058	100

*Bir kişiye birden fazla ilaç grubu yazılabileceği için kişi sayısının toplam örneklem sayısına eşit olması beklenmemektedir.

Buna göre HT tedavisinde kullanılan ilaçlar, altı farklı gruptan olup en sık kullanılan antihipertansif ilaç grubu, Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB)'dir. HT tanısı alan ve düzenli antihipertansif kullanan erkek hastaların en sık kullandığı ilaç grubu beta blokerler iken kadınlarda bunun ARB olduğu gözlenmektedir. Benzer şekilde HT tanısında kullanılan ilaçların yaşa göre kullanım sıklığı farklılık göstermektedir. Antihipertansif ilaç gruplarının yaşa göre dağılımı Tablo 42'de gösterilmektedir.

Tablo 42 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların, kullandıkları ilaç gruplarının yaşa göre dağılımı (n) (%)

İlaç grubu	18-44		45-65		65+		Tüm yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ACEI	9	45	77	22	109	16	195	18
ARB	3	15	88	25	173	25	264	25
Beta bloke edici ajanlar	4	20	88	25	149	22	241	23
Diüretik ilaçlar- idrar artırıcı ilaçlar	1	5	31	9	118	17	150	14
Kalsiyum kanal blokerleri	3	15	54	16	122	18	179	17
Santral etkili alfa1 alfa2 agonistler	0	0	4	1	15	2	19	2
Toplam*	20	100	347	100	691	100	1.058	100

*Bir kişiye birden fazla ilaç grubu yazılabileceği için kişi sayısının toplam örneklem sayısına eşit olması beklenmemektedir.

Yaş grupları bazında en sık reçete edilen antihipertansif ilaç grupları; 18-44 yaş grubu için ACEI, 45-65 yaş grubu için ARB ve beta bloke edici ajanlar ve 65 yaş üstündekiler için ise ARB'lerdir.

Antidiyabetik ilaç kullanımı

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastaların %36'sı (349) ek olarak diyabet tanısı da almıştır. HT ve diyabet tanısı alanların %54'ünün (188) düzenli olarak antidiyabetik ilaç tedavisi aldığı ve %17'sine (60) hiç antidiyabetik ilaç reçete edilmediği görülmektedir. Diyabet tanısı almasına rağmen son 3 ayda antidiyabetik ilaç reçete edilmeyenlerin diyabet hastalarına oranı ise %29'dur (101) (Tablo 43).

Tablo 43 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	67	52	121	55	188	54
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	36	28	65	30	101	29
Hiç ilaç yazılmamış	26	20	34	15	60	17
Genel Toplam	129	100	220	100	349	100

Cinsiyete göre antidiyabetik ilaç kullanımı durumu Tablo 43'te sunulmuştur. Buna göre erkeklerin %52'si (67) diyabet ilacını düzenli kullanırken, %28'inin (36) son 3 aydır ilaç yazdırmadığı ve %20'sinin (26) ise hiç ilaç kullanmadığı görülmüştür. Kadınların ise %55'i (121) ilaçlarını düzenli kullanırken ve %15'i (34) hiç ilaç yazdırmamıştır.

Tablo 44 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	7	50	62	53	119	55	188	54
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	5	36	37	31	59	27	101	29
Hiç ilaç yazılmamış	2	14	19	16	39	18	60	17
Genel Toplam	14	100	118	100	217	100	349	100

HT ve diyabet tanısı alan hastaların antidiyabetik ilaç kullanım durumlarının yaşa göre dağılımı Tablo 44'te yer almaktadır. Buna göre antidiyabetik ilaçlarını en düzenli kullanan yaş grubu %55 (119) ile 65 yaş üzeri olup, 45-64 yaş grubu ise %53 (62) ile bu grubu takip etmektedir.

Statin türü ilaç kullanımı

AHBS'de 962 hipertansif hastanın %62'sinin (598) kolesterolü ölçüm değeri mevcutken, kolesterolü ölçülmemişlerin oranının ise %38 (364) olduğu görülmüştür. Örneklemde yer alan kişilerin kolesterol ölçüm durumları ile statin reçetelerinin olup olmadığına ilişkin veriler Tablo 45'te sunulmuştur.

Diğer yandan kolesterol düzeyi 190'ın üzerinde olan hipertansif hastaların %77'sine (318) statin reçete edilmemiş iken %23'ünün (93) statin reçetesi bulunmaktadır. Kolesterol düzeyi takip edilmeyen kişilerin %6'sına (21) statin reçete edildiği görülmüştür (Tablo 45).

Tablo 45 Hipertansif bireylerin kolesterol değerlerine göre statin reçetesi varlığı (n) (%)

Kolesterol değeri (mg/dl)	Statin reçetesi var		Statin reçetesi yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<190	46	25	141	75	187	100
≥190	93	23	318	77	411	100
Kolesterolü ölçülmemiş	21	6	343	94	364	100
Toplam	160	17	802	83	962	100

Statin türü ilaçların kullanımının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 46 ve Tablo 47'de sunulmuştur. Statin reçetesi olduğu halde son iki yılda kolesterolü ölçülmemiş 21 kişinin kolesterol değeri bilinmediği için bu kişiler ilaç kullanım durumu analizine dahil edilememiştir.

Tablo 46 Statin türü ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	29	13	40	10	69	12
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	28	13	42	11	70	12
Hiç ilaç yazılmamış	158	73	301	79	459	77
Genel Toplam	215	100	383	100	598	100

Kolesterol değeri bilinen hipertansif hastalar arasında statin türü ilaçlarını en düzenli kullanan grubun %14 (33) ile 45-64 yaş grubu olduğu, hiç statin türü ilaç kullanmayanlar arasında yoğunluğun en yüksek olduğu grubun ise %91 (32) ile 18-44 yaş grubu olduğu görülmüştür.

Tablo 47 Statin türü ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	2	6	33	14	34	11	69	12
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	1	3	23	10	46	14	70	12
Hiç ilaç yazılmamış	32	91	184	77	243	75	459	77
Genel Toplam	35	100	240	100	323	100	598	100

ASA türü ilaç kullanımı

KKH tanısı olan kişilere ASA türü ilaç yazılması önerildiği bilinmektedir. AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme HT'ye ek olarak KKH tanısı almış olan 333 kişinin ASA reçetesi olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 48 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	57	38	55	30	112	34
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	46	30	46	25	92	28
Hiç ilaç yazılmamış	49	32	80	44	129	39
Genel Toplam	152	100	181	100	333	100

HT tanısına eşlik eden KKH tanısı olduğu bilinen erkeklerin %38'inin (57) ASA türü ilaçlarını düzenli kullandığı, %30'unun (46) son 3 ayda, %32'sinin (49) ise hiç ASA türü ilaç yazdırmadığı görülmüştür. Kadınların ise %30'u (55) ASA türü ilaçlarını düzenli kullanmakta olup %25'i (46) son 3 ayda, %44'ü (80) ise hiç ASA türü ilaç kullanmamıştır.

Tablo 49 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

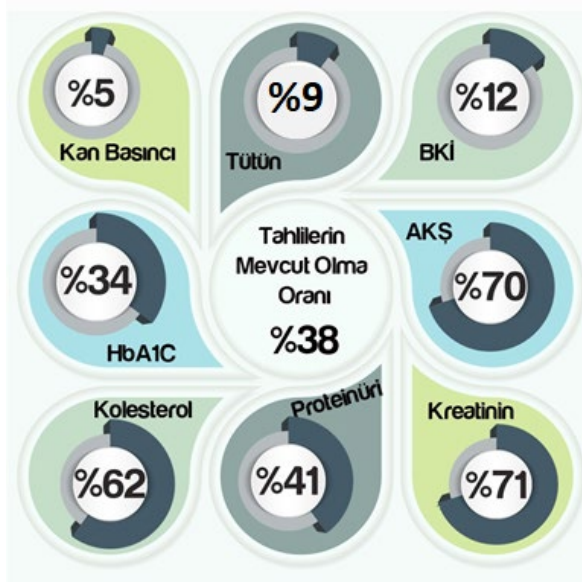
	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	2	25	38	37	72	32	112	34
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	3	38	23	22	66	30	92	28
Hiç ilaç yazılmamış	3	38	42	41	84	38	129	39
Genel Toplam	8	100	103	100	222	100	333	100

Bütün yaş grupları arasında ASA türü ilaçlarını en düzenli kullanan grup; %37 (38) ile 45-64 yaş grubu olup bu gruptaki hastaların %41'i (42) ise hiç ASA türü ilaç yazdırmamıştır.

Sonuç olarak araştırmanın konusu ilaçlardan antihipertansif, antidiyabetik, statin, ASA türünden hiçbirinin reçete edilmemiş olduğu hastalar, örneklemin %18'ini (175) oluşturmaktadır.

Başlangıç Değerlendirmesi Sonuçları

Hipertansif hastaların son bir yılda (kolesterol için son iki yılda) tetkik ve tahlillerin AHBS üzerinde mevcut olma oranları incelendiğinde, araştırma grubunun %9'unun (54) tütün kullanım, %5'inin (50) kan basıncı, %12'sinin (113) beden kütle indeksi, %62'sinin (598) kolesterol, %71'inin (683) kreatinin, %41'inin (390) proteinüri, %70'inin (675) açlık kan şekeri, %34'ünün (324) HbA1c, %4'ünün (34) kardiyovasküler hastalık risk değerlendirme verilerine AHBS'de ulaşılmaktadır (Şekil 14). Tabloda oranlar bulunurken örnekleme çıkan hipertansif hastada her bir verinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve veri bulunabilen her alan için ayrı hesaplama yapılmıştır. Hipertansif hastalar içinde tüm tahlillerin kayıt oranı %38 olarak bulunmuştur.



Şekil 14 Risk faktörleri ve tetkiklerin kayıt durumu (%)

Sonuç olarak HT tanısı almış olan hastaların %36'sı (349) ek olarak diyabet, %35'i (333) ise ek olarak KKH tanısı da almıştır. Ayrıca HT'ye ek olarak SVH tanısı alanların oranı %11 (110), KBH tanısı olanların oranı ise %3'tür (30).

BÖLÜM 4

TÜRKİYE'DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma 10.12.2018-19.12.2018 tarihleri arasında Çankırı, Erzincan ve Uşak illerinde mevcut hekim ve ASÇ ile yapılmış ve 20'şer sorudan oluşan test sonuçları ile verilen eğitim hakkındaki memnuniyetin değerlendirilmesi amacı ile doldurulmuş anket sonuçlarının analizini içermektedir.

Hekim ve ASÇ'lerin Eğitime Katılım ve İl Bazında Başarı Durumları

Planlanan eğitim öncesi 238 katılımcı hekime ön test uygulanmıştır. Ön test formunda kronik hastalıklar, HT tanısı ve tedavi algoritması, KVH risk faktörleri ile motivasyonel iletişim başlıklarından toplam 20 soru yer almaktadır. Her eğitim konusunun puanı belirlenirken; ilk olarak katılımcının 100 puan üzerinden başarı düzeyi değerlendirilerek bireyin ortalama eğitim puanı bulunmuştur. Tüm katılımcıların puanı alınarak eğitim konusunun ortalama başarı puanı hesaplanmıştır.

Ön teste katılanların %21'i (51) Çankırı, %29'u (68) Erzincan ve %50'si (119) Uşak'ta görev yapmaktadır. Katılımcıların kronik hastalıklar alt bölümünden aldığı puan ortalaması 85, HT tanı ve tedavi algoritması başlıklı alt bölümden aldığı puan ortalaması 53, KVH risk faktörleri başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 46 ve motivasyonel iletişim bölümünden aldıkları puan ortalaması 31'dir. Kronik hastalıklar bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Erzincan'dır. HT tanı ve tedavi algoritması bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Erzincan'dır. KVH risk faktörleri başlıklı alt bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Erzincan iken en düşük olan il Çankırı'dır. Motivasyonel iletişim bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Erzincan iken en düşük olan il Çankırı'dır (Tablo 50).

Tablo 50 Eğitime katılan hekimlerin ortalama ön test sonuçları (n) (puan)

İl	Sayı (n)	Kronik hastalıklar (Puan)	Hipertansiyon tanısı ve tedavi algoritması (Puan)	Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri (Puan)	Motivasyonel iletişim (Puan)	Genel ortalama (Puan)
Çankırı	51	81	52	43	23	46
Erzincan	68	75	50	51	40	51
Uşak	119	92	56	45	29	51
Ortalama	-	85	53	46	31	50

Planlanan eğitim sonrası 240 katılımcı hekime son test uygulanmıştır. Son test formunda kronik hastalıklar, HT tanısı ve tedavi algoritması, KVH risk faktörleri ile motivasyonel iletişim başlıklarından toplam 20 soru yer almaktadır. Son teste katılanların %22'si (53) Çankırı, %28'i (67) Erzincan ve %50'si (120) Uşak'ta görev yapmaktadır. Katılımcıların kronik hastalıklar alt bölümünden aldığı puan ortalaması 96, HT tanı ve

tedavi algoritması başlıklı alt bölümden aldığı puan ortalaması 82, KVH risk faktörleri başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 80 ve motivasyonel iletişim bölümünden aldıkları puan ortalaması 76'dır. Kronik hastalıklar bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır.

HT tanı ve tedavi algoritması bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır. KVH risk faktörleri başlıklı alt bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır. Motivasyonel iletişim bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Erzincan iken en düşük olan il Çankırı'dır (Tablo 51).

Tablo 51 Eğitime katılan hekimlerin ortalama son test sonuçları (n) (puan)

il	Sayı (n)	Kronik hastalıklar (puan)	Hipertansiyon tanısı ve tedavi algoritması (puan)	Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri (puan)	Motivasyonel iletişim (puan)	Genel ortalama (puan)
Çankırı	53	88	67	62	46	63
Erzincan	67	96	78	83	86	83
Uşak	120	98	91	86	83	89
Ortalama	-	96	82	80	76	82

Planlanan eğitim öncesi 227 ASÇ'ye ön test uygulanmıştır. Ön test formunda kronik hastalıklar, HT tanısı, KVH, sağlıklı yaşam becerileri ile motivasyonel iletişim başlıklarından toplam 20 soru yer almaktadır. Ön teste katılanların %19'u (43) Çankırı, %29'u (66) Erzincan ve %52'si (118) Uşak'ta görev yapmaktadır. Katılımcıların kronik hastalıklar alt bölümünden aldıkları puan ortalaması 82, HT tanısı başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 47, KVH'lar başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 52, sağlıklı yaşam becerileri başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 75 ve motivasyonel iletişim bölümünden aldıkları puan ortalaması 30'dur. Kronik hastalıklar bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Erzincan'dır. HT tanısı bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır. KVH'lar başlıklı alt bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Erzincan'dır. Sağlıklı yaşam becerileri başlıklı alt bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Erzincan'dır. Motivasyonel iletişim bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Çankırı iken en düşük olan il Uşak'tır (Tablo 52).

Tablo 52 Eğitime katılan ASÇ'lerin ortalama ön test sonuçları (n) (puan)

il	Sayı (n)	Kronik hastalıklar (puan)	Hipertansiyon tanısı (puan)	Kardiyovasküler hastalıklar (puan)	Sağlıklı yaşam becerileri (puan)	Motivasyonel iletişim (puan)	Genel Ortalama (puan)
Çankırı	43	67	41	51	71	41	49
Erzincan	66	62	47	55	69	29	49
Uşak	118	79	49	51	80	28	53
Ortalama	-	72	47	52	75	30	51

Planlanan eğitim sonrası 225 ASÇ'ye son test uygulanmıştır. Son test formunda kronik hastalıklar, HT tanısı, KVH, sağlıklı yaşam becerileri ile motivasyonel iletişim başlıklarından toplam 20 soru yer almaktadır. Son teste katılanların %20'si (44) Çankırı, %28'i (64) Erzincan ve %52'si (117) Uşak'ta görev yapmaktadır.

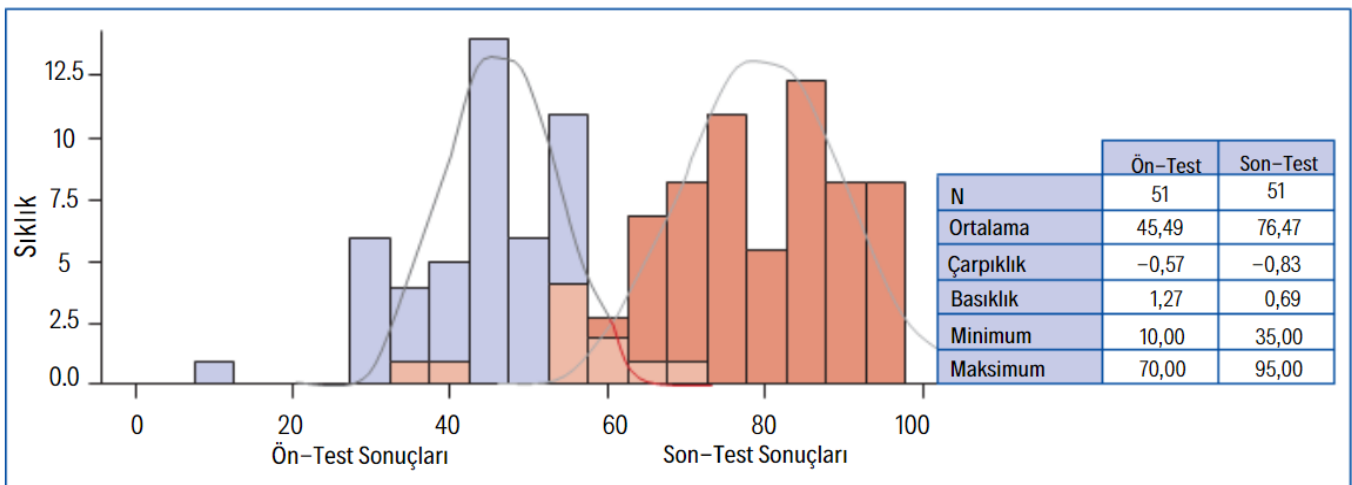
Son testte katılımcıların kronik hastalıklar alt bölümünden aldıkları puan ortalaması 95, HT tanısı başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 85, KVH'lar başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 90, sağlıklı yaşam becerileri başlıklı alt bölümden aldıkları puan ortalaması 90 ve motivasyonel iletişim bölümünden aldıkları puan ortalaması 90'dır. Kronik hastalıklar bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır. HT tanısı bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır. KVH'lar başlıklı alt bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il ise Çankırı'dır. Sağlıklı yaşam becerileri başlıklı alt bölümünün puan ortalaması en yüksek olan il Uşak iken en düşük olan il Çankırı'dır. Motivasyonel iletişim bölümün puan ortalaması en yüksek olan il Erzincan iken en düşük olan il Çankırı'dır (Tablo 53).

Tablo 53 Eğitime katılan ASÇ'lerin ortalama son test sonuçları (n) (puan)

İl	Sayı (n)	Kronik hastalıklar (puan)	Hipertansiyon tanısı (puan)	Kardiyovasküler hastalıklar (puan)	Sağlıklı yaşam becerileri (puan)	Motivasyonel iletişim (puan)	Genel Ortalama (puan)
Çankırı	44	94	75	70	71	63	73
Erzincan	64	93	81	93	93	83	85
Uşak	117	97	92	97	96	82	91
Ortalama	-	95	85	90	90	78	86

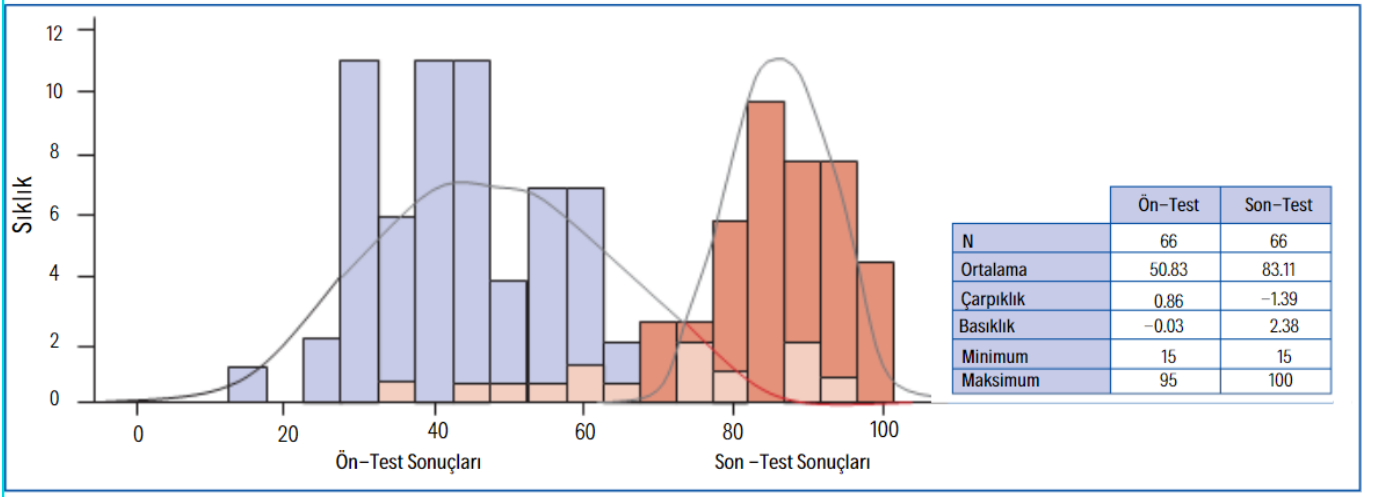
Hekimlerin İl Bazında Sınav Sonuçlarının Dağılımı, Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

Çankırı'da hekimlerin katılımı ile gerçekleştirilmiş olan sınav sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, eğitim sonunda dağılımın sağa doğru çarpıklığında artış gözlenmiştir. Bu durum, eğitim ile ön test ortalamasının arttığını ve katılımcıların ortalamadan daha yüksek test skorları elde ettiklerini göstermektedir. Grafik yüksek puan değerlerine doğru bir seyiri işaret etmektedir. Ayrıca eğitim sonrasında dağılımın basıklığı da azalarak merkezleşmiştir (Şekil 15).



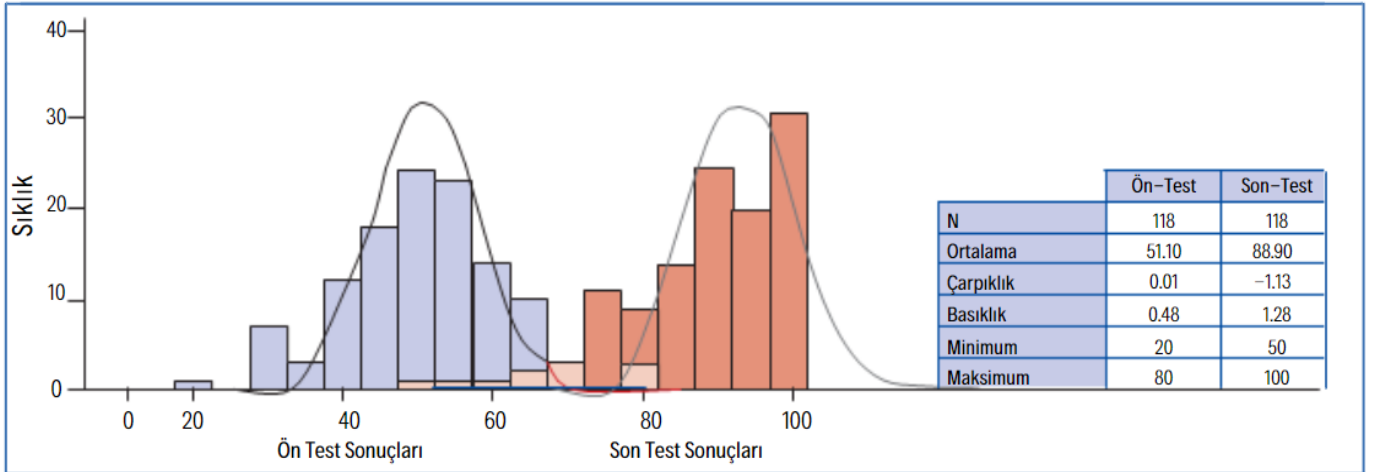
Şekil 15 Çankırı'da hekimlerin ön test ve son test bulguları

Erzincan'da hekimlerin katılımı ile gerçekleştirilmiş olan sınav sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, grafik eğitim sonunda sağa doğru yüksek derece yatıklık göstermiştir (Şekil 16).



Şekil 16 Erzincan'da hekimlerin ön test ve son test bulguları

Uşak'ta hekimlerin katılımı ile gerçekleştirilmiş olan sınav sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, eğitimden önce sola (0 yönünde) doğru yatıklık gösteren başarı oranları eğitim sonunda sağa doğru (100 yönünde) yüksek derece yatıklık göstermiştir (Şekil 17).



Şekil 17 Uşak'ta hekimlerin ön test ve son test bulguları

Hekimlerin ve ASÇ'lerin Ön Test ve Son Test Ortalamaları Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Yukarıda bulguları ortaya konduğu üzere, hekimlerin ve ASÇ'lerin almış olduğu son test puan ortalamalarının ön testte aldıkları puanların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın rastlantısal mı yoksa gerçek bir başarının göstergesi mi olduğunu belirleyebilmek amacı ile iki eş arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 54'te sunulmuştur.

Tablo 54 Eğitime katılan hekimlerin ön test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması

	Ortalama	Std. Sapma	t	df	Sig. (2-tailed)
Son test - ön test toplam	34,766	17,622	30,244	234	,000
Son test- ön test kronik hastalık yönetimi	11,915	29,355	6,222	234	,000
Son test - ön test hipertansiyon	31,596	21,129	22,924	234	,000
Son test - ön test KVH değerlendirmesi	36,525	26,563	21,079	234	,000
Son test - ön test motivasyonel iletişim	49,894	31,309	24,430	234	,000

Tablo 54 incelendiğinde son testte tüm alt bölümlerden alınan toplam puan ön testte alınan puanların ortalamasından istatistikî olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Kronik hastalıklar başlıklı alt bölüme ait ön test ve son test puanları arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Benzer şekilde hekimlerin hipertansiyon tanısı ve tedavi algoritması başlıklı alt bölüme ait ön test ve son test puanları arasındaki farkın, istatistikî olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,000$). Kardiyovasküler hastalıklar başlıklı alt bölümden hekimlerin ön testte ve son testte almış oldukları puanlar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. İletişim alt bölümünden hekimlerin ön testte ve son testte aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,000$). Bir diğer ifade ile eğitim sürecinin son test puanlarının artması üzerinde olumlu etkisi bulunmakta ve bu bulgu eğitimin etkili olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, hekimler dışında benzer eğitimi alan aile sağlığı çalışanlarının ön test ve son testten aldıkları puanları arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Buna ilişkin Tablo 55 aşağıda sunulmuştur.

Tablo 55 Eğitime katılan ASÇ'lerin ön test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması

	Ortalama	Std. Sapma	t	Serbestlik derecesi (df)	Sig. (2-tailed)
Son test toplam- ön test toplam	35,513	13,437	39,555	223	,000
Son test - ön test kronik hastalıklar	23,661	31,736	11,158	223	,000
Son test - ön test hipertansiyon	38,591	17,762	32,519	223	,000
Son test - ön test KVH	38,170	30,034	19,021	223	,000
Son test k- ön test sağlıklı yaşam becerileri	15,476	25,812	8,974	223	,000
Son test - ön test motivasyonel iletişim	48,214	35,310	20,436	223	,000

ASÇ'lerin eğitimi tamamlanmasını takiben son testte tüm alt bölümlerden aldıkları toplam puan, ön testte aldıkları puan ortalamasından istatistikî olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Yine, kronik hastalıklar başlıklı alt bölüme ait ön test ve son test puanları arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Benzer şekilde ASÇ'lerin hipertansiyon tanısı başlıklı alt bölüme ait ön test ve son test

puanları arasındaki farkın, istatistikî olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,000$). Kardiyovasküler hastalıklar başlıklı alt bölümden ASÇ'lerin ön testte ve son testte almış oldukları puanlar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Aynı şekilde ASÇ'lerin sağlıklı yaşam becerileri başlıklı alt bölüme ait ön testte ve son testte almış oldukları puanlar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Motivasyonel iletişim alt bölümünden ASÇ'lerin ön testte ve son testte aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($t=49,894$; $p=0,000$). Bir diğer ifade ile ASÇ'lerin aldıkları eğitim, eğitim öncesine kıyasen test puanlarının artması üzerinde olumlu etkisi bulunmakta ve bu bulgu eğitimin etkililiğine işaret etmektedir.

Ön Test ve Son Test Ortalama Başarı Artış Oranları

Yukarıdaki bulgular hem hekimlerin hem de ASÇ'lerin eğitim öncesi ve sonrası kronik hastalıklar, hipertansiyon tanısı, kardiyovasküler hastalıklar ve motivasyonel iletişim başlıklarındaki bilgi düzeylerinde değişim olduğunu göstermektedir. Hekim eğitimi sürecinde ortaya çıkan iller bazındaki değişim incelenmiş olup verilerin analizinden elde edilen bulgular Tablo 56'da sunulmuştur.

Tablo 56 Eğitime katılan hekimlerin başarı artış oranları (puan) (%)

ii	Kronik hastalıklar			Hipertansiyon tanısı ve tedavi algoritması			Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri			Motivasyonel iletişim			Toplam		
	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)
Çankırı	78	91	16	51	78	53	42	75	76	23	68	202	45	76	68
Erzincan	74	96	30	50	79	57	52	83	60	39	86	117	51	83	63
Uşak	92	98	6	56	91	63	45	86	91	29	83	184	51	89	74
Genel	84	96	14	53	85	59	46	83	79	31	81	163	50	85	70

Tablo 56 incelendiğinde, hekimlerin aldıkları eğitimin tüm başlıklardan alınan puanları tüm illerde artırdığını göstermektedir. Değişimin en fazla gerçekleştiği başlık motivasyonel iletişim iken, en az bilgi değişimi kronik hastalıklarda gerçekleşmiştir. Bu bulgu hekimlerin hali hazırda kronik hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Benzer şekilde tanımlayıcı bulguların değerlendirilmesi ile ASÇ'lerin eğitim öncesi ve sonrası kronik hastalıklar, HT tanısı, kardiyovasküler hastalıklar, sağlıklı yaşam becerileri ve motivasyonel iletişim başlıklarındaki bilgi düzeylerinde değişim olduğu görülmektedir. ASÇ'lerin eğitimi sürecinde ortaya çıkan iller bazındaki değişim incelenmiş olup verilerin analizinden elde edilen bulgular Tablo 57'de sunulmuştur.

Tablo 57 Eğitime katılan ASÇ'lerin başarı artış oranları (puan) (%)

İl	Kronik hastalıklar			Hipertansiyon tanısı ve tedavi algoritması			Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri			Motivasyonel iletişim			Sağlıklı yaşam becerileri			Toplam		
	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)	Ön test (Ort. puan)	Son test (Ort. puan)	Artış (%)
Çankırı	67	94	40	41	76	84	51	72	41	71	72	2	41	65	56	49	74	51
Erzincan	62	93	51	47	81	72	55	92	66	69	93	35	29	82	189	49	85	74
Uşak	79	97	23	49	92	87	51	97	88	80	96	20	27	82	198	53	91	74
Genel	72	96	33	47	86	82	52	91	73	75	90	21	30	79	159	51	86	70

Tablo 57’de sunulan bulgular, her üç ilde ASÇ’lerin aldıkları eğitimin, tüm başlıklardan alınan puanları artırdığını göstermektedir. Değişimin en fazla gerçekleştiği başlık motivasyonel iletişim iken en az bilgi değişimi sağlıklı yaşam becerilerinde gerçekleşmiştir. Bu bulgu ASÇ’lerin hali hazırda sağlıklı yaşam konusunda yetkinlik düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Eğitim Memnuniyeti Analizi

Hekim ve ASÇ’lere verilen eğitim sonrası eğitimden memnuniyet düzeyini ölçmek amacıyla eğiticiler, eğitim organizasyonu, eğitim materyalleri, eğitimin içeriği, süresi, materyal kullanımı konularında 14 adet sorudan oluşan bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Yanıt seçenekleri, 3’lü, olumlu, orta ve olumsuz şekilde oluşturulmuştur. Ayrıca eğitimin katılımcıların kişisel becerisine katkısını ölçmek için; 1’den 10’a kadar derecelendirilmiş likert ölçeği kullanılmıştır.

Eğitimin amaçlarına ulaşıp ulaşmadığı sorusu, Erzincan ve Uşak illerinde, Çankırı iline göre daha olumlu değerlendirilmiştir. Tüm iller genelinde %82 düzeyinde eğitimin amacına ulaştığı yönünde cevap verilmiştir. ASÇ’ler eğitimin amaçlarına ulaşması hususunda hekimlerden daha olumlu değerlendirme yapmıştır. Eğitimin kişisel beklentilere ulaşıp ulaşmadığı sorusu toplamda %78 olarak ulaştığı yönünde cevaplansa da il düzeyinde en yüksek memnuniyet Uşak’ta daha sonra ise Erzincan’da gözlenmiştir. ASÇ’ler eğitimin kişisel beklentilerine ulaşması hususunda hekimlerden daha olumlu değerlendirme yapmıştır. Katılımcıların eğitim programını meslekleri ile bağlantılı bulmaları ile ilgili soru toplamda %93 ile bağlantılı bulunurken il düzeyinde en yüksek memnuniyet Uşak’ta daha sonra da Erzincan’da gözlenmiştir. Her iki unvanda eğitimi meslekleri ile oldukça bağlantılı bulmuştur. Katılımcıların eğitim organizasyonundan toplamda %85 oranında memnun olmuş, il düzeyinde en yüksek memnuniyet Uşak’da daha sonra da Erzincan’da gözlenmiştir. ASÇ’ler eğitim organizasyonundan hekimlere göre daha memnun kalmışlardır.

Eğitimde kullanılan eğitim gereçlerinin yeterli olup olmadığı sorusu ortalama %84 düzeyinde yeterli bulunmuştur. İl düzeyinde en yüksek memnuniyet Uşak’ta daha sonra da Erzincan’da gözlenmiştir. ASÇ’ler eğitimde kullanılan eğitim gereçlerinin yeterli olup olmadığı konusunu hekimlere göre daha olumlu değerlendirmiştir.

İl genelinde katılımcılar ortalama olarak %78 oranında eğitimin yapıldığı yeri uygun bulmuştur. Eğitim yerinden en memnun kalan il Erzincan’dır. ASÇ’ler eğitimin yapıldığı yeri uygun bulma konusunda hekimlerden daha olumlu değerlendirmiştir. İl genelinde katılımcılar ortalama olarak %83 oranında eğitimin içeriğini yeterli bulmuştur. İl düzeyinde en yüksek memnuniyet Uşak’ta daha sonra da Erzincan’da

gözlenmiştir. AÇS'ler eğitim içeriğinin yeterliliği konusunda hekimlere göre daha memnun kalmışlardır. İl genelinde katılımcılar ortalama olarak %89 oranında eğitimcilerinin etkili bir iletişim kurduğunu düşünmektedir. ASÇ'ler eğitimcilerinin etkili bir iletişim kurduğu konusunu hekimlere göre daha olumlu değerlendirmiştir.

Eğiticilerin konusu hakkında coşkulu ve hevesli olması oranı iller genelinde toplamda %91 olarak cevaplanmıştır. ASÇ'ler eğitimcilerini konusu hakkında coşkulu ve hevesli bulma hususunu hekimlere göre daha olumlu değerlendirmiştir. Konunun teorik mi uygulamalı mı işlendiği hususuna Uşak en yüksek oranda "uygulamalı işlendiği" yönünde cevap vermiştir. Keza ASÇ'ler de konunun uygulamalı işlendiği görüşündedir. Eğitimin süresi %84 oranında uygun bulunmuştur. Erzincan ve Uşak'ta eğitimin kişisel becerilere katkısını daha yüksek olarak değerlendirmiştir. ASÇ'ler eğitimin kişisel becerilere katkısını hekimlere göre daha yüksek olarak değerlendirmiştir. Genel itibariyle değerlendirildiğinde eğitimden en memnun ayrılan ilin Uşak daha sonra Erzincan en sonda Çankırı olduğu gözlenmiştir. İllerin başarı düzeyinin de bu sırada olması başarı ve memnuniyet arasında yüksek bir korelasyon olduğunu düşündürmektedir.

Eğitim Değerlendirme Sonuçları ve Öneriler

İllere göre eğitime katılan hekim ve ASÇ'lerin ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Ön testlerde yaklaşık başarılar gösteren katılımcıların son testlerde il düzeyinde farklı başarı artışları sergilemişlerdir. En yüksek başarı artışı Uşak'ta gözlenirken Erzincan ikinci ve Çankırı üçüncü sırada yer almaktadır. Hekim grubu ve ASÇ grubunu kendi arasında karşılaştırdığımızda her iki unvanında mevcut katılımcıların iller genelinde aynı ortalama düzeylerde başarı sağladığı gözlenmiştir. İki unvan grubu da ön test sonuçlarını ortalama %70 arttırmıştır.

Farklı zamanlarda yapılmış eğitimler karşılaştırıldığında; hekimler için illerden bağımsız olarak, farklı zamanlarda verilen eğitimlerde alınan başarı puanlarının homojen varyanslara ve farklı olmayan ortalamalara sahip olduğunu söyleyebilirken ASÇ eğitim sonuçları eğitimin kaçınıcı eğitim olduğu bilgisine göre farklılaşan başarı seviyeleri göstermiştir. ASÇ'lerde 1. grup eğitim puanları 2., 3., ve 4. grup eğitimlerden düşük başarı seviyesine sahiptir. 2. grup eğitimin başarı puanları ise 3. ve 4.'den düşüktür. Ancak 4. seviyedeki eğitimlerde 3. seviyeden düşüktür.

Son test puanlarına göre az sayıda katılımcının beklentinin altında puan aldıkları görülmüş olup bu durumun ulaşım problemleri, eğitime olan istek düzeyi ve benzeri nedenlerden ötürü olabileceği düşünülmektedir. Beklentinin altında puan alan bu katılımcılar tekrar eğitime alınmıştır. Ancak genel itibariyle ön test ve son test sonuçlarına bakıldığında, yapılan eğitimin katılımcıların bilgi düzeyine büyük ölçüde katkı sağladığı görülmüştür. Hekimlerin ve aile sağlığı çalışanlarının mevcut eğitimin davranış düzeylerine yönelik katkısını gözlemleyebilmek için ulusal yönlendirme komitesi ve il yöneticileri tarafından izlem ziyaretleri gerçekleştirilmiştir.

Eğitim sonuçları sağlık personellerinin konulara ilişkin mesleki becerilerini geliştirebilmesi için ülke genelinde eğitim ihtiyacını ortaya koymakta ve eğitimin etkili olduğunu da göstermektedir. Ülke genelinde eğitimin yaygın ve sürekli uygulanması önerilir.

BÖLÜM 5

ARA DEĞERLENDİRME BULGULARI

Kayıtları incelenen hastaların illere, yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 58’de sunulmaktadır. Süpervizyon ziyaretleri için önerilen; birim özellikleri, aile hekiminin kayıtlarına ve hizmet alana bireylere yönelik anket soruları (Ek-3) kullanılarak elektronik ortamda yapılmıştır.

Hasta Kayıtlarına Dair İstatistikler

Tablo 58 Kan basıncı ölçüm kayıtları incelenen hastaların illere, yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	Erkek(n)	Kadın(n)	Erkek(n)	Kadın(n)	Erkek(n)	Kadın(n)	Erkek(n)	Kadın(n)
18-44	0	1	7	4	1	3	8	8
45-65	17	15	1	2	3	0	21	17
65+	12	9	0	0	2	1	14	10
Toplam	29	25	8	6	6	4	43	35

Hastaların KB ölçüm değerleri ile sağlık kayıtlarında bulunma sıklığı incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 59’da sunulmuştur.

Tablo 59 İllere göre kan basıncı ölçüm sıklığı (n) (%)

Sistemde kayıtlı kan basıncı değerleri sayısı ve oranı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
En az 1 kez kayıtlı	29	54	29	48	10	17	68	39
En az 2 kez kayıtlı	8	15	5	8	3	5	16	9
En az 3 kez kayıtlı	1	2	3	5	3	5	7	4

Tabloya göre 174 hastadan 68’inin kan basıncı ölçüm değerleri AHBS’de yer almaktadır. 68 hastanın en az bir kez, 16 hastanın en az iki kez ve 7 hastanın en az üç kez kan basıncı ölçümü yapılmış ve kayıtlara geçirilmiştir. 68 hastanın HT ölçüm değerlerinin, HT evresine göre dağılımı Tablo 60’da sunulmuştur.

Tablo 60 Kan basıncı ölçülen bireylerin hipertansiyon evreleri (n)

Kan basıncı evresi	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
	Kadın (n)	Erkek (n)	Kadın (n)	Erkek (n)	Kadın (n)	Erkek (n)	Kadın (n)	Erkek (n)
Yüksek normal ve Evre 1	7	4	5	4	1	3	13	11
Evre 2	1	0	1	1	1	0	3	1
Evre 3	0	1	0	0	1	1	1	2
Tansiyonu kontrol altında	8	8	8	10	1	2	17	20
Toplam	16	13	14	15	4	6	34	34

68 hastanın 24'ünün kan basıncı 1. evrede, 4'ünün 2. evrede, 3'ünün 3. evrede ve 37'sinin kontrol altında olduğu görülmektedir. Hipertansif hastalarda eşlik eden tanılar ve bunun sıklığı Tablo 61'de sunulmuştur.

Tablo 61 Hipertansif hastalarda eşlik eden tanıların varlığı (n) (%)

Eşlik eden hastalık adı	Tanı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller Toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Diyabet hastalığı	Var	29	44	17	26	31	47	77	44
	Yok	25	38	43	65	29	43	97	56
Koroner kalp hastalığı	Var	23	34	23	34	30	44	76	44
	Yok	31	46	37	55	30	44	98	56
Serebrovasküler hastalığı	Var	5	7	7	10	5	7	17	10
	Yok	49	72	53	78	55	80	157	90
Kronik böbrek hastalığı	Var	2	3	1	1	1	1	4	2
	Yok	52	77	59	87	59	87	170	98

170 hastanın %44'üne (76) diyabet, %44'üne (76) KKH, %10'una (17) SVH ve %2'sine (4) KBH tanısı konulmuştur. Diyabet ve KKH, Uşak'ta diğer iki ilden daha sık görülmekte iken SVH tanısı alan hasta sayısı Erzincan'da diğer iki ilden daha fazladır. Hipertansif hastalarda kullanılan ilaçlar, bunların düzenli kullanım durumu ve il bazında dağılımına yönelik bulgular Tablo 62'de sunulmuştur.

Tablo 62 Hipertansif hastaların ilaç kullanımı (n) (%)

		Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
ASA kullanımı	3 Aydır reçete yazdırmamış	5	9	4	7	3	5	12	7
	Düzenli ilaç kullanıyor	12	22	11	18	18	30	41	24
	Hiç ilaç yazdırmamış	37	69	45	75	39	65	121	70
Antihipertansif kullanımı	3 Aydır reçete yazdırmamış	3	6	8	13	6	10	17	10
	Düzenli ilaç kullanıyor	51	94	46	77	51	85	148	85
	Hiç ilaç yazdırmamış	0	0	6	10	3	5	9	5
Statin kullanımı	3 Aydır reçete yazdırmamış	6	11	1	2	4	7	11	6
	Düzenli ilaç kullanıyor	10	19	5	8	16	27	31	18
	Hiç ilaç yazdırmamış	38	70	54	90	40	67	132	76

Hipertansif hastaların %70'ine hiç ASA reçete edilmemiş iken, %24'ünde düzenli ASA kullanımı gözlenmektedir. Daha önce ASA kullanmasına karşılık son üç ayda reçete yazdırmayan hastalar ise 174 hastanın %7'sini oluşturmaktadır. Antihipertansiflerin kullanımına bakıldığında ise hipertansiyon tanısını almasına karşın hastaların %5'inin antihipertansif kullanmadığı, %85'inin düzenli kullandığı, %10'unun ise düzenli antihipertansif ilaç yazdırmadığı görülmektedir. Statin kullanımının ASA ve antihipertansiflerden daha az düzenli kullanım oranına sahip olduğu ve hipertansiyon tanısı alanların %76'sının statini daha önce hiç kullanmadığı gözlenmektedir. Diğer yandan; ASA, antihipertansifler ve statin kullanımında iller bazında farklılıklar bulunduğu görülmektedir.

Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) Yapılan İşlemler

22.07.2019-26.07.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen ara değerlendirmedeki ziyaretlerde beşer hastanın kan basıncı ölçümü gözlemlenmiştir. Gözlem süresince; yetişkinlere fırsatçı tarama yapılmadığı, en az bir adet çalışan durumda KB ölçüm aletinin bulunup bulunmadığı, KB değeri 140/90 mmHg ve üzerinde olan hastaların aile hekimine yönlendirilip yönlendirilmediği, kan basıncı tedavi algoritmasının herkesçe görülebilir bir yerde bulunup bulunmadığı, yüksek KB tespiti yapılan hastalara sağlık eğitimi verilip verilmediği ile hasta izlem yönetim sisteminin bulunup bulunmadığı kriterleri esas alınmıştır. Hastalardan bilgiler alınırken Ek-3 sorularına göre veriler derlenmiştir. Her ilde 5 ASM ziyaret edilmiş ve ASM değerlendirme formu verileri WHO HEARTS Teknik paketinin önerileri doğrultusunda doldurulmuştur. Bulgular Tablo 63'te sunulmaktadır.

Tablo 63 AHB'de kan basıncı yönetimi (n) (%)

		Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bütün yetişkinlere fırsatçı tarama yapılıyor mu?	Evet	0	0	2	40	3	60	5	33,3
	Hayır	5	100	3	60	2	40	10	66,6
Kuruluştaki en az bir adet çalışan durumda KB ölçüm aleti mevcut mu?	Evet	5	100	5	100	5	100	15	100
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
KB \geq 140/90 bütün hastalar tedavi için aile hekimine yönlendiriliyor mu?	Evet	5	100	5	100	5	100	15	100
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
HT tedavi algoritması duvara asılmış mı / masada var mı?	Evet	4	80	3	60	3	60	10	66,6
	Hayır	1	20	2	40	2	40	5	33,3
Hastalara danışmanlık vermek için personel belirlenmiş mi?	Evet	2	40	0	0	5	100	7	46,6
	Hayır	3	60	5	100	0	0	8	53,3
Hasta danışmanlık araçları / materyalleri var mı?	Evet	5	100	5	100	5	100	15	100
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0
Hastalara bireysel veya grup danışmanlığı vermek için bir sistem var mı?	Evet	1	20	3	60	4	80	8	53,3
	Hayır	4	80	2	40	1	20	7	46,6
Başlangıç tedavisini terkeden hastaları takip için bir sistem var mı?	Evet	0	0	0	0	1	20	1	20
	Hayır	5	100	5	100	4	80	14	93,3

Buna göre, tüm illerdeki AHB'de çalışan durumda en az bir adet kan basıncı ölçüm aleti bulunmaktadır. Yapılan kan basıncı ölçümü sonucu yüksek kan basıncı tespiti yapılan hastalar aile hekimine yönlendirilmektedir. HT tedavi algoritmasının herkesçe görülebilir bir yerde bulunma durumu ile yetişkinlere fırsatçı tarama yapılma sıklığı iller bazında farklılık göstermektedir.

Hasta kayıt ve raporlama sistemi

Aile hekimliği sistemi elektronik kayıt sistemine göre kurgulanmış olup AHB'de fiziki hasta kartı uygulaması bulunmamaktadır. HT hasta sıklığına ve kan basıncı kontrol hızının raporlanmasına yönelik bulgular Tablo 64'de sunulmuştur.

Tablo 64 HT olgularının kaydı ve raporlanması (n) (%)

		Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sorumlu klinik, kuruluştaki KB<140/90 hastaların yüzdesini biliyor mu?	Evet	2	40	1	20	0	0	3	20
	Hayır	3	60	4	80	5	100	12	80
Son çeyreğe ait 6 aylık KB kontrol hızı doğru raporlanmış mı?	Evet	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hayır	5	100	5	100	5	100	15	100

Hizmet sunumuna dair hasta görüşmeleri

HT tanısı alan ve rastgele belirlenen 75 hasta ile görüşülerek hizmet sunumuna dair geribildirim alınmıştır. Yüz yüze yapılan görüşmelerde, hastalara yöneltilen sorular ile alınan cevaplar Tablo 65'te gösterilmektedir.

Hastalarla yapılan görüşmelerde; müdahaleye ilişkin gözlemlerde yapılmış, hastaların %93'ünün kan basıncının ASÇ tarafından doğru ölçüldüğü görülmüştür. Hastaların, %45'inin her başvurusunda kan basıncının ölçüldüğü, %93'ünün reçete edilen tüm ilaçlarını aldığı, %19'unun ilacını almak için cepten ödeme yaptığı, %93'ünün ilaçlarını doğru anladığı, %75'inin kan basıncı ölçüm değerine yönelik bilgi sahibi olduğu, %68'inin kan basıncının referans aralık değerlerine yönelik bilgisinin bulunduğu görülmektedir.

Tablo 65 Hasta görüşmelerine yönelik bulgular (n) (%)

		Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kaç hastanın kan basıncı doğru ölçüldü?	Evet	23	92	22	88	25	100	70	93
	Hayır	2	4	3	12	0	0	5	7
Her başvuruda KB ölçümü yapılmış mı?	Evet	12	48	5	20	17	68	34	45
	Hayır	13	52	20	80	8	32	41	55
Hasta bugün geldiğinde reçete edilen bütün ilaçlarını almış mı?	Evet	24	96	21	84	25	100	70	93
	Hayır	1	4	4	16	0	0	5	7
Hasta geçmişte ilaç için hiç cepten ödeme yapmış mı?	Evet	4	16	9	36	1	4	14	19
	Hayır	21	84	16	64	24	96	61	81
Hasta ilaçlarını doğru anlamış mı?	Evet	24	96	24	96	22	88	70	93
	Hayır	1	4	1	4	3	12	5	7
Hasta geldiğinde ölçülen KB değerini biliyor mu?	Evet	17	68	18	72	21	84	56	75
	Hayır	8	32	7	28	4	16	19	25
Hasta hedef kan basıncı değerini biliyor mu?	Evet	19	76	16	64	16	64	51	68
	Hayır	6	24	9	36	9	36	24	32

Ara değerlendirme görselleri





BÖLÜM 6

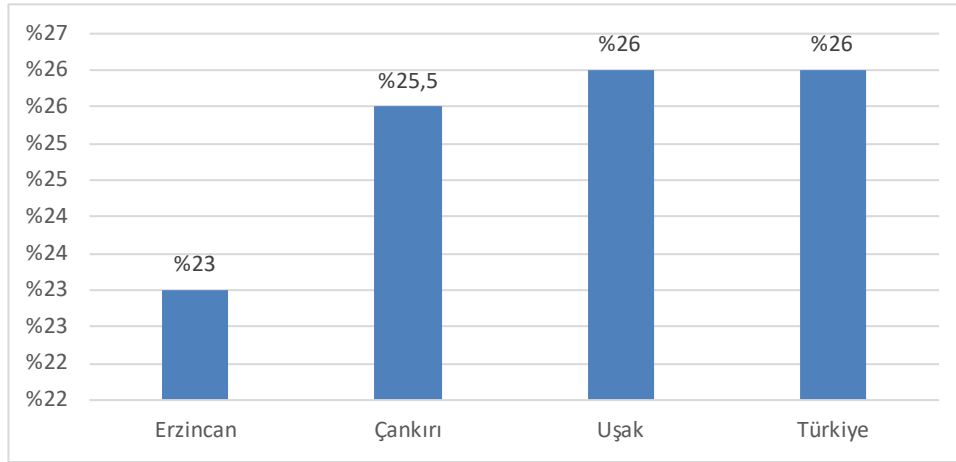
FINAL DEĞERLENDİRMESİ BULGULARI

Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında ise proje illerinde müdahale sonrası rutin bakımı görmek, kan basıncı kontrolünün başlangıç değerine göre değişimini saptamak ve proje müdahale modelinin etkisini tespit etmek amacıyla final değerlendirmesi yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan örneklem grubunun %97'sine (947) ulaşılmıştır. Hipertansif hastaların %60'ı (565) kadın, %40'ı (382) erkek; %7'si (70) 18-44 yaş grubunda, %37'si (349) 45-64 yaş grubunda ve %56'sı (528) 65 yaş üzerindedir.

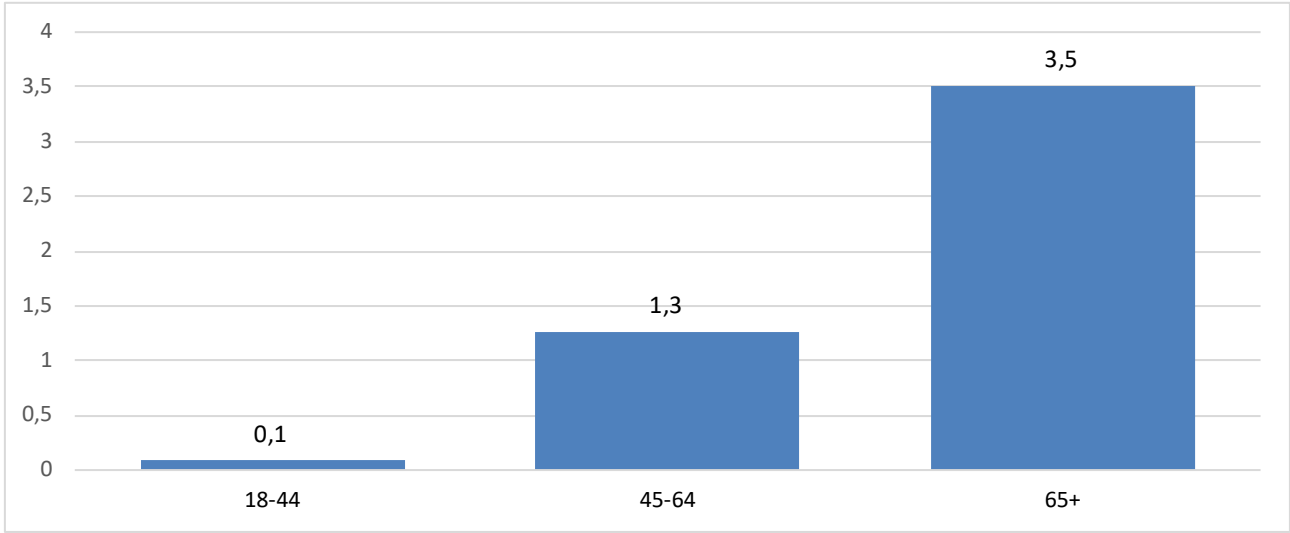
Sağlık Kayıtlarında HT Prevalansı ve Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumları

Sağlık Bakanlığı kayıtlarında 2019 Haziran ayına ait olarak proje illeri ve Türkiye genelinde HT prevalansı incelenmiştir. 2019 Haziran ayında Erzincan'da prevalansın %23, Çankırı'da %25,5, Uşak ve Türkiye genelinde ise %26 olduğu görülmektedir (Şekil 18).



Şekil 18 HT Prevalansı, Haziran 2019

Sağlık Bakanlığı kayıtlarından Türkiye genelinde HT tanısı (I10-I15) olan kişilerin, Ocak 2018-Haziran 2019 aralığında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sayıları değerlendirilmiştir. Türkiye genelinde 18-44 yaş aralığında olan hipertansif birey, bu süreç aralığında HT nedeni ile 0,1 kez sağlık kuruluşlarını ziyaret ederken, 65 yaş üstü hipertansif bireyin ise yılda ortalama 3,5 kez HT nedeni ile sağlık kuruluşunu ziyaret ettiği görülmüştür (Şekil 19).



Şekil 19 Türkiye’de hipertansif bireylerin hipertansiyon tanısıyla ortalama sağlık kuruluşu ziyaret sayısı (n)

Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Tütün kullanımı

Tütün kullanım prevalansının belirlenmesinde, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS’de 2018 yılına ait tütün kullanım durumlarına ilişkin verinin bulunup bulunmadığı incelenmiştir.

Tüm illerde, *tütün kullanıyor* ve *tütün kullanmıyor* olarak kaydedilmiş olanların oranı %22’dir (212). Tütün kullanımına ilişkin AHBS’de veri mevcut olma oranı, Çankırı’da %19 (59), Erzincan’da %38 (120) ve Uşak’ta %10’dur (33) (Tablo 66).

Tablo 66 Tütün kullanım durumları (n) (%)

Tütün kullanım durumu	Çankırı		Erzincan		Uşak		İllertoplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tütün kullanımına dair bilgi kaydedilmemiş	248	81	195	62	292	90	735	78
Tütün kullanıyor	9	3	17	5	13	4	39	4
Tütün kullanmıyor	50	16	103	33	20	6	173	18
Toplam	307	100	315	100	325	100	947	100

Kan basıncı

Final değerlendirmesi anketinde elde edilen verilere illere göre KB kayıt oranları ve HT evresi bulguları Tablo 67’de sunulmuştur. KB verisi mevcut olma oranları il bazında değerlendirildiğinde Erzincan’da %42 (132), Uşak’da %41 (132), Çankırı da ise %19 (59) olduğu görülmüştür.

Tablo 67 Kan basıncı değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan basıncı ölçülen kişi sayısı	59	19	132	42	132	41	323	34
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme seçilmiş kişilerin 24.02.2019-23.02.2020 tarihleri arasında 4 periyotta KB ölçüm değerlerinin sisteme kaydedilip edilmediği kontrol edilmiştir. Kasım 2019'dan 23 Şubat 2020'ye kadar *birinci periyot*, Ağustos, Eylül, Ekim 2019 tarihleri *ikinci periyot*, Mayıs, Haziran, Temmuz 2019 tarihleri *üçüncü periyot*, Şubat, Mart, Nisan 2019 tarihleri aralığı da *dördüncü periyot* olarak adlandırılmıştır. 947 hastanın 24.02.2019-23.02.2020 tarihleri arasında KB değerlerinin ölçüm sıklığı incelenmiş ve bulguların illere ve sıklığa göre dağılımı Tablo 68'de sunulmuştur.

Tablo 68 Proje saha uygulama süresince dört periyotta ölçüm sayıları (n) (%)

Kan basıncı ölçüm sayısı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiç ölçülmemiş	248	81	183	58	193	59	624	66
1 kez ölçülmüş	50	16	94	30	83	26	227	24
2 kez ölçülmüş	8	3	33	10	35	11	76	8
3 kez ölçülmüş	1	0	5	2	9	3	15	2
4 kez ölçülmüş	-	-	-	-	5	2	5	1
Toplam	307	100	315	100	325	100	947	100

24.02.2019-23.02.2020 tarihleri arasında araştırma grubunun %66'sının kan basıncı hiç kaydedilmemiştir.

Tablo 69 Kan basıncı ölçülen bireylerin hipertansiyon evreleri (n) (%)

Evre	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yüksek normal ve Evre 1	25	42	34	26	35	27	94	29
Evre 2	3	5	15	1	10	8	28	9
Evre 3	5	8	4	3	6	5	15	5
Tansiyonu kontrol altında	26	44	79	60	81	61	186	58
Kan basıncı ölçülen kişi sayısı	59	19	132	42	132	41	323	34

KB verisi bulunan hipertansif hastaların HT evresi açısından değerlendirmesi yapıldığında, %58'inin (186) KB düzeyinin kontrol altında bulunduğu, buna karşılık %29'unun (94) KB'sinin yüksek normal sınırları içinde, %9'unun (28) ikinci evrede, %5'inin (15) ise üçüncü evrede olduğu görülmektedir.

KB kontrol altında olma oranları il bazında değerlendirildiğinde; Çankırı’da %44 (26), Erzincan’da %60 (79), Uşak’ta ise %61 (81) olduğu görülmüştür. KB’si yüksek normal olarak kategorize edilen hipertansif hastalar ise Çankırı’daki örneklemin %42’sini (25), Erzincan’da %26’sını (34), Uşak’ta ise %27’sini (35) oluşturmaktadır (Tablo 69).

Beden kütle indeksi

Hastaların BKİ ölçümü değişkenine ait verileri incelendiğinde, AHBS’de örneklem grubunun %23’ünün (218) BKİ verisinin kaydedilmiş olduğu görülmüştür. BKİ değeri ölçülen kişi oranı Uşak’ta %43 (141) olup Erzincan (%21) ve Çankırı’ya (%4) göre yüksektir.

Tablo 70 BKİ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

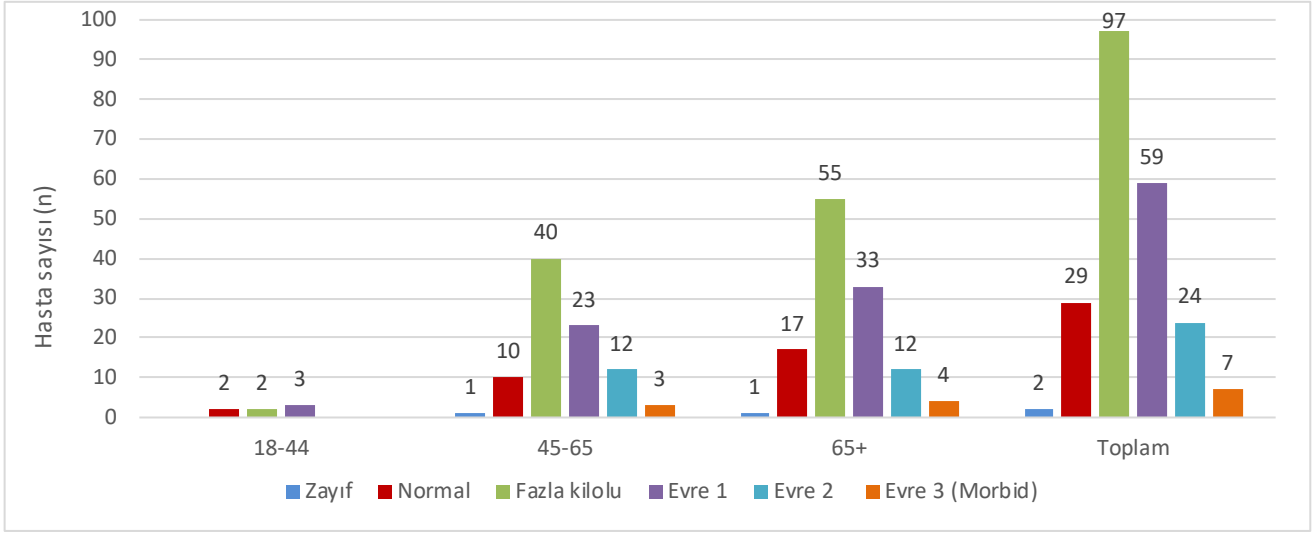
	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ değeri ölçülen kişi sayısı	11	4	66	21	141	43	218	23
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100

BKİ değerlerinin illere göre dağılımı Tablo 71’de sunulmuştur. Buna göre BKİ değerleri bakımından yoğunluğu en yüksek olan grubun %44 (97) ile 25-29,9 arasında değere sahip olanlardan oluştuğu gözlenmektedir. Bu grubu, %41 (90) ile 30 ve üstünde BKİ değeri olanlar izlemektedir.

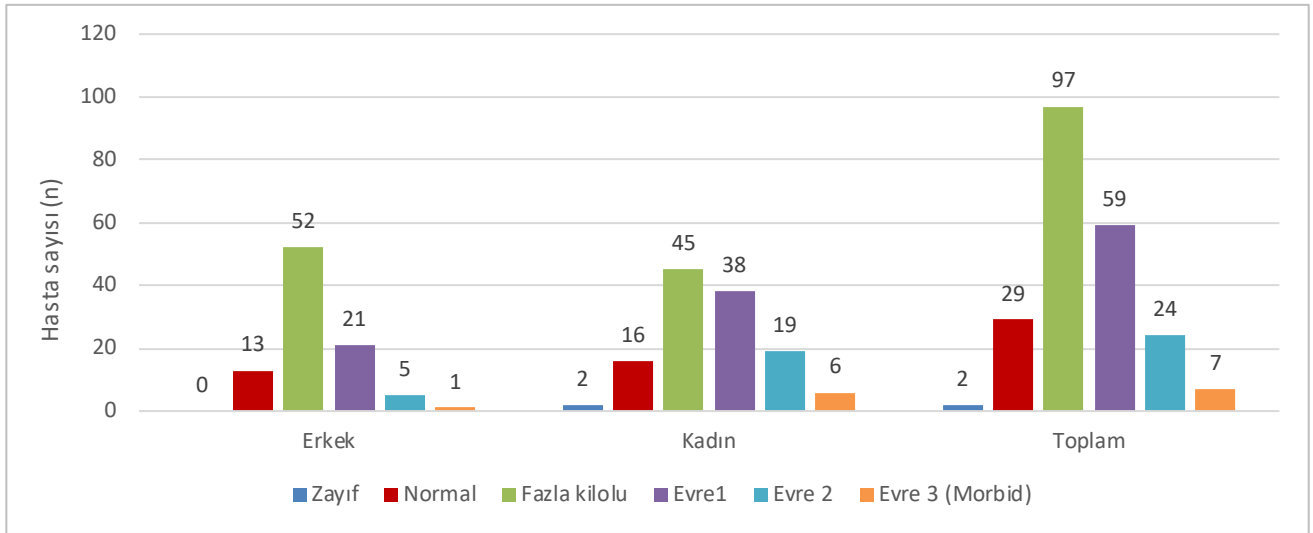
Tablo 71 Beden kütle indeksi değerlerinin illere göre dağılımı (n)(%)

BKİ Sınıflaması	kg/m ²	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Zayıf	<18,5	0	0	0	0	2	1	2	1
Normal	18,5-24,9	0	0	11	17	18	1	29	13
Fazla kilolu	25-29,9	7	64	24	36	66	47	97	44
Obezite	≥30	4	36	31	47	55	39	90	41
• Evre 1	30-34,9	4	36	19	29	36	26	59	27
• Evre 2	35-39,9	0	0	10	15	14	10	24	11
• Evre 3 (Morbid)	≥40	0	0	2	3	5	4	7	3
BKİ değeri ölçülen kişi sayısı		11	100	66	100	141	100	218	100

BKİ ölçümü yaş grupları düzeyinde incelendiğinde en fazla ölçümün 65 yaş ve üzerindeki hipertansif hastalar için yapıldığı görülmektedir (Şekil 20). Örnekleme 65 yaş ve üzeri bireylerin %23’ünün son bir yılda en az bir kere BKİ’sinin ölçülmüş olduğu görülmektedir.



Şekil 20 Hipertansif bireylerin BKİ ölçüm değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)



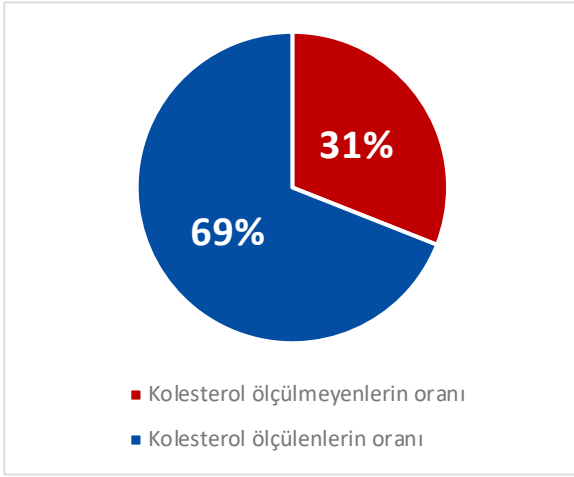
Şekil 21 Hipertansif bireylerin BKİ ölçüm değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)

Kolesterol

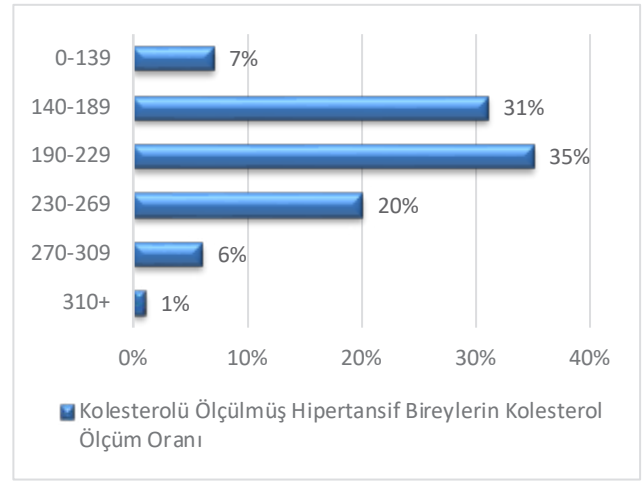
AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme dahil edilmiş kişilerden son iki yılda en az bir kere kolesterol değeri ölçülmüş olanların oranı %69 (655) olarak bulunmuştur (Tablo 72).

Tablo 72 Kolesterol değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kolesterolü ölçülen kişi sayısı	229	75	190	60	236	73	655	69
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100



Şekil 22 Hastaların kolesterol değerleri (%)



Şekil 23 Kolesterolü ölçülmüş hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm oranı (%)

Örnekleme seçilmiş kişilerden son bir yıl içerisinde en az bir kere kolesterol değerini ölçtürmüş olanların illere ve SCORE-Türkiye aralıklarına göre dağılımı Tablo 73'te mevcuttur. Hipertansif hastalar (962) içerisinde en fazla kümelenmenin kolesterol değeri 190-229 aralığında olanlarda %35 (229) olduğu belirlenmiştir. Hipertansif hastalar içinde kolesterol değeri 139 ve altında olan bireylerin oranı %7 (44) düzeyindedir.

Tablo 73 Hipertansif bireylerin kolesterol ölçüm değerlerinin illere göre dağılımı (n) (%)

Kolesterol değeri (mg/dl)	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-139	13	6	16	8	15	6	44	7
140-189	73	32	51	27	82	35	206	31
190-229	78	34	67	35	84	36	229	35
230-269	44	19	45	24	39	17	128	20
270-309	17	7	9	5	16	7	42	6
310+	4	2	2	1	0	0	6	1
<190	86	38	67	35	97	41	250	38
≥ 190	143	62	123	65	139	59	405	62
Kolesterolü ölçülen kişi sayısı	229	100	190	100	236	100	655	100

Kreatinin

Örnekleme dahil edilen kişilerden, son bir yılda en az bir kere kreatinin değeri ölçülmüş ve AHBS sistemine kaydedilmiş olanların oranı %79 (748) olarak bulunmuştur. Değerlendirme kapsamında olan tetkikler içinde, örnekleme seçilmiş kişilerin en fazla kreatinin tetkikini yaptırmış oldukları gözlenmiştir (Tablo 74).

Tablo 74 Kreatinin değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kreatinin değeri ölçülen kişi sayısı	256	83	257	82	235	72	748	79
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100

Kreatinin ölçüm değerleri referans alınarak hesaplanan tahmini GFH (e-GFH) bulgularına göre hipertansif bireylerin böbrek hastalığı sınıflandırması Tablo 75'te gösterilmiştir. 947 hipertansif kişiden 748'inin e-GFH sonucu bilgi sistemlerinde bulunmuştur. Kreatinin ölçüm oranları Çankırı ve Erzincan'da birbirine yakın düzeyde iken Uşak'ta daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 75 Hipertansif bireylerin böbrek yetmezliği derecesinin (e-GFH) illere göre dağılımı (n) (%)

Böbrek hastalığının derecesi	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	168	66	187	73	157	67	512	68
Hafif bozukluk	78	30	62	24	71	30	211	28
Ciddi bozukluk	10	4	8	3	7	3	25	3
Kreatinin değeri ölçülen kişi sayısı	256	100	257	100	235	100	748	100

Proteinüri

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme son bir yılda en az bir kere proteinüri değeri ölçülmüş ve AHBS'ye kaydedilmiş olan kişiler, araştırma grubunun %40'ını (377) oluşturmaktadır (Tablo 76).

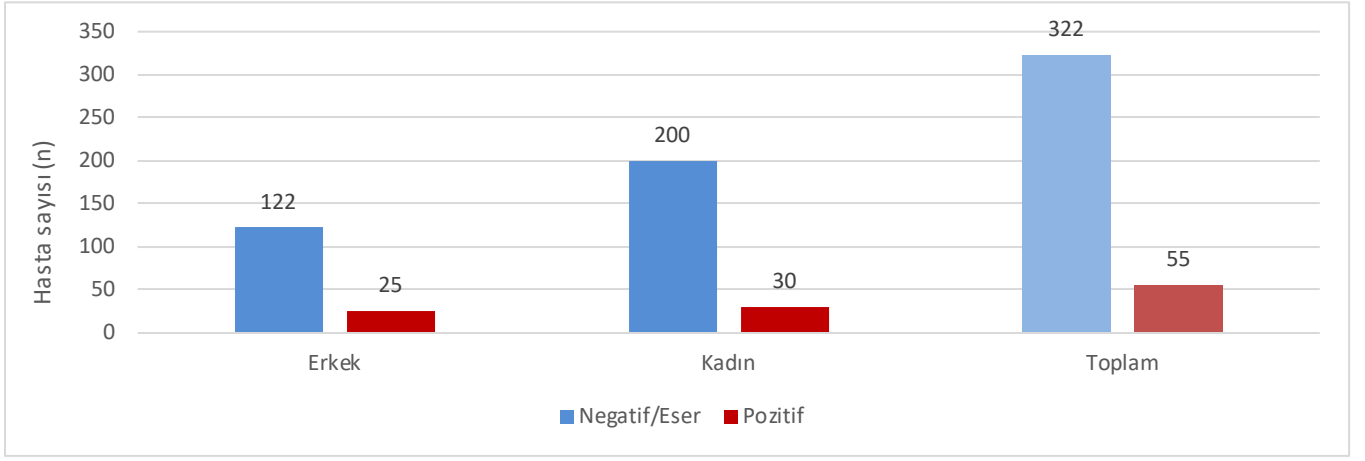
Tablo 76 Proteinüri değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Proteinüri değeri ölçülen kişi sayısı	126	41	143	45	108	33	377	40
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100

Tablo 77 Hipertansif bireylerin proteinüri düzeyinin illere göre dağılımı (n) (%)

Proteinüri	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Negatif/eser	110	87	126	88	86	80	322	85
Pozitif (1+,2+,3+)	16	1	17	12	22	20	55	15
Proteinüri değeri ölçülen kişi sayısı	126	100	143	100	108	100	377	100

Tablo 77'de sunulan sonuçlara göre 377 hastanın %85'inin (322) idrarında proteine rastlanmazken %15'inin (55) idrarında farklı düzeylerde protein bulunmuştur. Bunun yanısıra idrar protein ölçüm sayıları cinsiyet bazlı değerlendirildiğinde; kadınlarda %41 (230), erkeklerde ise %38 (147) olduğu görülmüştür. Pozitiflik düzeyi ise kadınlarda %13 (30), erkeklerde %17 (25) olup kadınlarda erkeklere göre daha düşüktür (Şekil 24).



Şekil 24 Hipertansif bireylerin proteinüri değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)

Açlık kan şekeri

Son bir yılda en az bir kere AKŞ değeri ölçülmüş ve AHBS sistemine kaydedilmiş olan kişilerin oranı %78 (742) olarak bulunmuştur.

Tablo 78 AKŞ değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

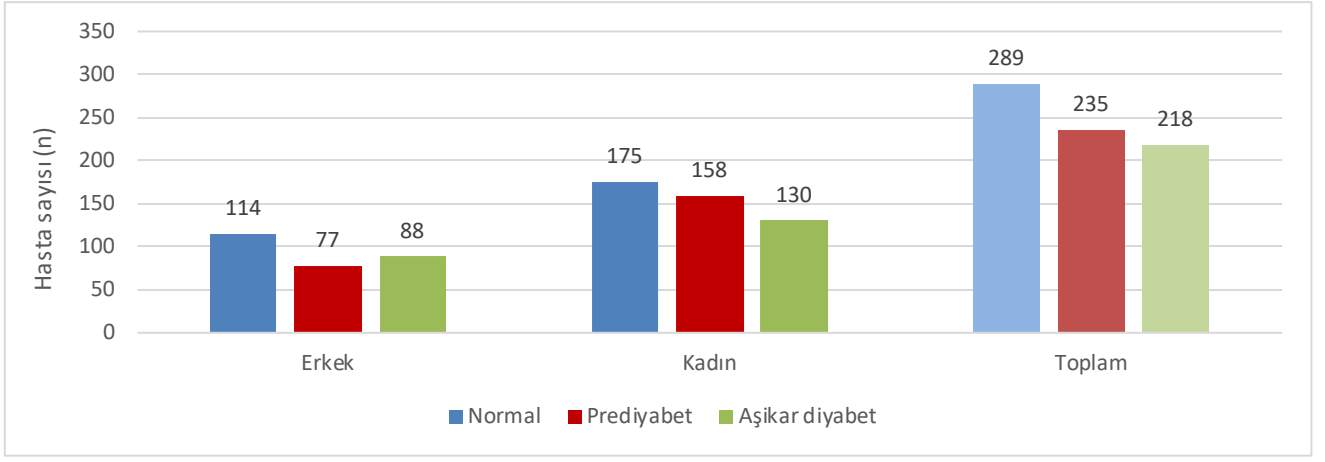
	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan şekeri ölçülen kişi sayısı	252	82	249	79	241	74	742	78
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100

Tablo 79 Hipertansif bireylerin AKŞ değerinin illere göre dağılımı (n) (%)

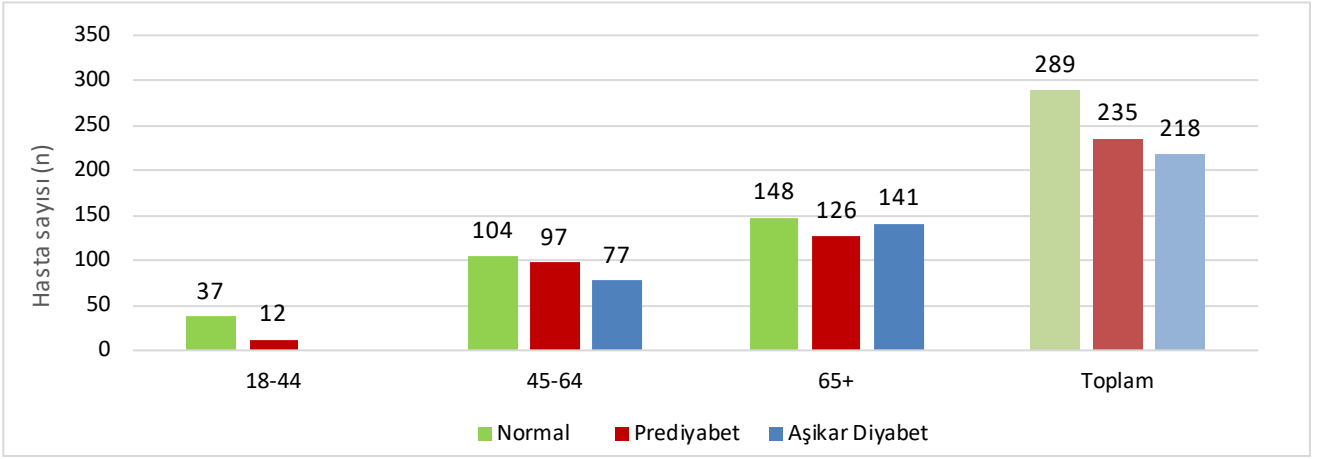
Diyabet tanısı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	89	35	99	40	101	42	289	39
Prediyabet	83	33	75	30	77	32	235	32
Aşikar diyabet	80	32	75	30	63	26	218	29
Kan şekeri ölçülen kişi sayısı	252	100	249	100	241	100	742	100

Örneklem genelinde son bir yıl için sisteme kayıtlı bir AKŞ değeri bulunan kişilerin %29'u (218) aşikar diyabet, %32'si (235) prediyabet ve %39'u (218) da normal olarak sınıflandırılabilir (Tablo 79). AKŞ ölçüm sayıları ve ölçülen değerler cinsiyete ve yaşa göre farklılık göstermektedir.

Örnekleme seçilen kadınların %82'sinin (463), erkeklerin ise %73'ünün (279) kan şekeri ölçümü yapılmıştır. Kan şekeri ölçülmüş erkeklerin %41'inin (114) kan şekeri normal iken, %28'i (77) prediyabetik, %32'sinin (88) ise diyabetik seviyededir. Buna karşılık bu oranların dağılımı kadınlarda erkeklerden farklı gerçekleşmiştir. Kan şekeri ölçülen kadınların %38'inin (175) kan şekeri normal iken, %34'ünün (158) kan şekeri prediyabetik, %28'inin (130) ise diyabetik seviyededir (Şekil 25).



Şekil 25 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)



Şekil 26 Hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)

Şekil 26’da hipertansif bireylerin AKŞ değerlerinin yaşa göre dağılımı sunulmuştur. Yaş grupları bazında yapılan sınıflandırmaya göre örneklem incelendiğinde, ölçüm yapılanlar içinde 45-64 yaş grubunun %28’inin (77), 65 yaş üzerindeki ise %34’ünün (141) diyabetik olduğu görülmüştür.

HbA1c

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş üstü hastalardan oluşan örneklemde, kişilerin son bir yılda en az bir kere HbA1c değeri ölçülmüş ve AHBS sistemine kaydedilmiş olan kişilerin oranı %38 (357) olarak bulunmuştur.

Tablo 80 HbA1c değeri ölçülen hipertansif bireylerin illere göre dağılımı (n) (%)

	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HbA1c değeri ölçülen kişi sayısı	133	43	115	37	109	34	357	38
Toplam kişi sayısı	307	100	315	100	325	100	947	100

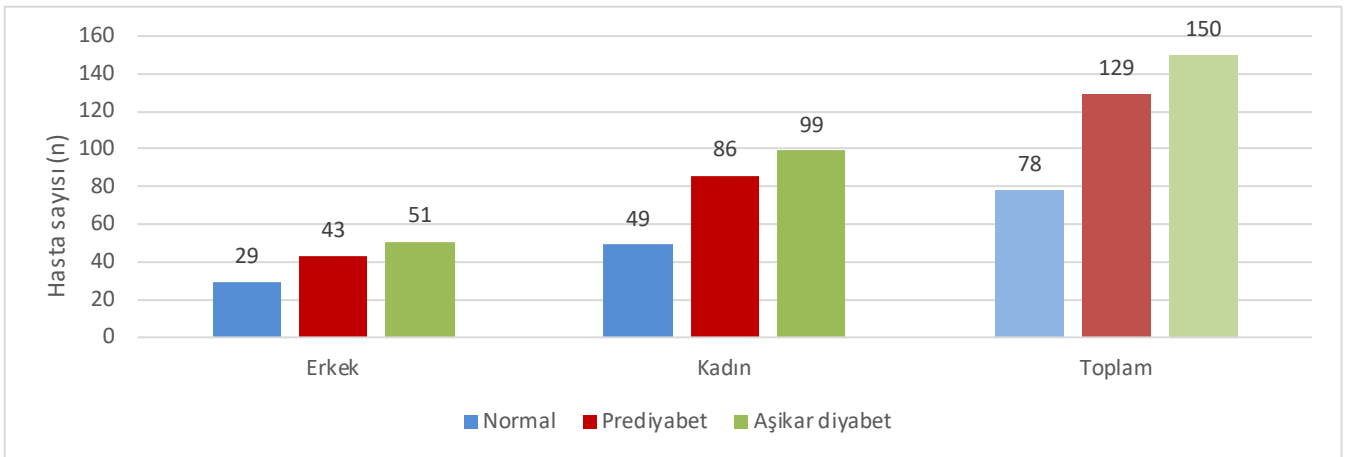
HbA1c ölçümleri bulunan 357 hastanın %22’sinin (78) HbA1c seviyesi normal, %36’sının (129) prediyabetik ve %42’sinin (150) diyabetik olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, HbA1c düzeyinin iller

bazında dağılımına bakıldığında diyabetiklerin, HbA1c ölçümü yapılan bireyler içindeki oranının, Uşak'ta (%45), Çankırı (%41) ve Erzincan'a (%40) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla beraber, normal HbA1c'ye sahip olanların oranı üç ilde de farklılaşmakta olup Erzincan'da görece daha düşük ve Çankırı'da daha yüksek düzeydedir (Tablo 81).

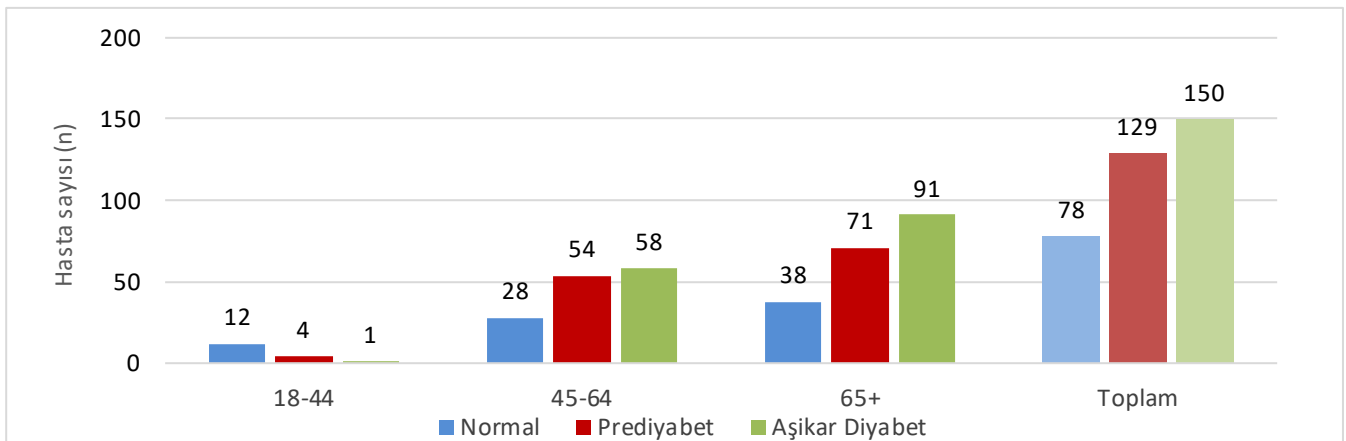
Tablo 81 Hipertansif bireylerin HbA1c değerinin illere göre dağılımı (n) (%)

Diyabet tanısı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	36	27	21	18	21	19	78	22
Prediyabet	42	32	48	42	39	36	129	36
Aşikar diyabet	55	41	46	40	49	45	150	42
HbA1c değeri ölçülen kişi sayısı	133	100	115	100	109	100	357	100

Hipertansif bireylerin HbA1c değerinin cinsiyete göre dağılımı Şekil 27'de sunulmuştur. HbA1c değeri ölçülmüş erkeklerin %24'ünün (29) normal, %35'inin (43) prediyabet ve %41'inin (51) aşikar diyabet olduğu gözlenmiştir. Kadınların ise %21'inin (49) HbA1c değerinin normal aralıkta olduğu, %37'sinin (86) prediyabet, %42'sinin (99) aşikar diyabet olduğu görülmüştür.



Şekil 27 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (n)



Şekil 28 Hipertansif bireylerin HbA1c değerlerinin yaşa göre dağılımı (n)

Araştırma grubundaki bireylerin HbA1c değerlerinin yaşa göre dağılımı Şekil 28’de yer almaktadır. Yaş grupları bazında diyabetiklerin en yoğun olduğu grubun %46 (91) ile 65 yaş üzerinde olduğu ve bu grubu %41 (58) ile 45-64 yaş grubunun takip ettiği görülmüştür.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi

Kardiyovasküler hastalıklar açısından risk değerlendirmesinde, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü bireylerden oluşan örneklem grubunun, AHBS’de araştırma dönemine ait risk değerlendirme ölçümlerinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve araştırma grubunun %18’inin (170) verisine ulaşılmıştır.

Tablo 82 Cinsiyete göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)

Risk skoru		Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
		n	%	n	%	n	%
≥ %15	Çok yüksek risk	10	16	4	4	14	8
%10-14		11	18	22	20	33	19
%5-9	Yüksek risk	10	16	24	22	34	20
%3-4	Orta risk	7	11	8	7	15	9
%2		2	3	17	16	19	11
%1		2	3	9	8	11	6
<%1	Düşük risk	19	31	25	23	44	26
Toplam		61	100	109	100	170	100

170 risk değerlendirmesinin %28’i (47) çok yüksek risk, %20’si (34) yüksek risk, %26’sı (45) orta risk, 44’ü (%26) düşük risk grubundadır (Tablo 82). İllere göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayıları incelendiğinde risk değerlendirmesinin %59’unun (101) Uşak’ta, %41’inin (69) ise Erzincan’da yapıldığı ancak Çankırı’da kardiyovasküler risk değerlendirmesinin hiç yapılmamış olduğu gözlenmiştir (Tablo 83).

Tablo 83 İllere göre kardiyovasküler risk değerlendirme sayısı (n) (%)

Risk skoru		Çankırı (n)	Erzincan (n)	Uşak (n)	İller toplamı (n)
≥ %15	Çok yüksek risk	-	4	10	14
%10-14		-	15	18	33
%5-9	Yüksek risk	-	17	17	34
%3-4	Orta risk	-	7	8	15
%2		-	6	13	19
%1		-	4	7	11
<%1	Düşük risk	-	16	28	44
Toplam (n)		-	69	101	170
Yüzde dağılımı (%)		-	41	59	100

Yaşam tarzı değişikliği önerileri

AHBS’de araştırma grubuna ait sağlık kayıtlarında; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımına yönelik danışmanlık önerisine dair kayıt bulunup bulunmadığı incelenmiş ve yaşam tarzı değişikliği önerisinin hipertansif hastaların %23’ü (218) için gerçekleştirilmiş olduğu görülmektedir (Tablo 84).

Tablo 84 Yaşam tarzı değişikliği önerilerinin illere göre dağılımı (n)

Öneri Türü	Çankırı (n)	Erzincan (n)	Uşak (n)	İllertoplamı (n)
Sağlıklı beslenme	8	63	134	205
Fiziksel aktivite	1	63	49	113
Tütün bırakma	14	64	135	213
Alkol bırakma	1	52	3	56
Toplam öneri sayısı*	24	242	321	587
Kişi sayısı	14	67	137	218

*Bir kişiye birden fazla öneri verilmiştir.

Risk faktörlerinin cinsiyete göre kümülatif değerlendirmesi

Hipertansif hastaların bağımlı ve bağımsız değişkenlere ait ulaşılan sağlık verilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 85’te sunulmaktadır.

Tablo 85 Hipertansif bireylerde cinsiyete göre risk faktörleri (n) (%)

Risk faktörleri	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽²⁾
SKB \geq 140 mmHg	40	10	80	14	120	13
DKB \geq 90 mmHg	30	8	52	9	82	9
Açlık kan şekeri >100	160	42	267	47	427	45
HbA1c \geq 5.7	94	25	185	33	279	29
Kolesterol \geq 5 mmol/L ⁽³⁾	117	31	159	28	276	29
25 \leq BKI <40	78	20	102	18	180	19
BKI ≥ 40	2	1	7	1	9	1
Örneklemdeki kişi sayısı	382	100	565	100	947	100

(1) Aynı cinsiyet grubundaki oranı

(2) Tüm bireyler içindeki oranı

(3) Ölçüm birimi mg/dL birimi olan kolesterol değerlerini, mmol/L’ye çevirmek için değerler, 0,02586 katsayısı ile çarpılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerden; erkeklerin %10’unun (40), kadınların ise %14’ünün (80) SKB’si 140 mmHg veya üzerindedir. Erkeklerin %8 (30), kadınların ise %9’unun (52) DKB’si 90 mmHg veya üzerinde olduğu görülmüştür. AKŞ değerlerine bakıldığında; erkeklerin %42’sinin (160), kadınların ise %47’sinin (267) AKŞ değeri 100’ün üzerindedir. Erkeklerin %25’inin (94), kadınlarının ise %33’ünün (185) HbA1c düzeyinin 5,7’nin üzerinde olduğu görülmüştür. Benzer şekilde erkeklerin %31’inin (117), kadınların ise %28’sinin (159) kolesterol düzeyi referans değerinin üzerindedir. Ayrıca kadınların (7) ve erkeklerin (2) %1’i morbid obezdir.

Tanıların Varlığı ve İlk Tanı Tarihinin Değerlendirilmesi

Proje illerinde uygulanan ankette, rastgele seçilmiş 947 kişinin AHBS üzerinde mevcut kayıtlarında aşağıdaki tanılarına ait bilgiler araştırılmıştır:

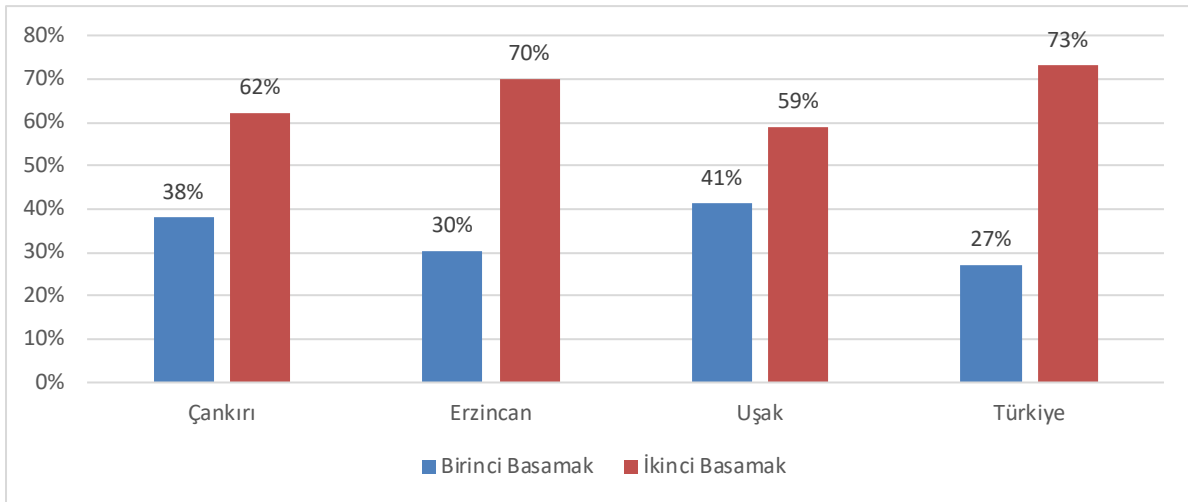
- Diyabet hastalığı
- KKH
- SVH
- Kronik böbrek hastalığı

Hepsinin hipertansif olduğu bilinen hastaların verilerinde de HT tanı tarihi araştırılmıştır. Her hastalık için ilk olarak dört hastalık tanısının kayıtlarda bulunma oranı, daha sonra da iller, cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı ile ilk tanı tarihleri incelenmiştir.

Hipertansiyon

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin ilk kez HT almış oldukları tarihler incelenmiştir. Final değerlendirmesinde örnekleme çıkan 947 kişinin tamamının ilk tanı tarihi olduğu görülmüştür. İlk tanı tarihi olanların oranı %100'dür.

2019 Haziran ayında, Sağlık Bakanlığı kayıtlarından Türkiye geneli ve proje illerinde HT tanısı konulan sağlık hizmeti kuruluşlarının hizmet basamağına göre dağılımı incelenmiş olup Şekil 29'da sunulmuştur. Buna göre Uşak'ta birinci basamakta HT tanısı konulma oranı diğer iki ile göre daha yüksek Erzincan'da ise en düşüktür. Proje illerinin tamamında birinci basamakta HT tanısı konulma oranının Türkiye genelinden yüksek olduğu görülmüştür.



Şekil 29 Türkiye geneli ve proje illerinde hipertansiyon tanısı konulan yerin sağlık hizmet basamağına göre dağılımı, (%) (2019 Haziran)

Diyabet

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak diyabet tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. HT hastalarının %39'u (370) ek olarak diyabet tanısı da almıştır. Hastaların, illere göre diyabet tanısı durumlarına ilişkin dağılımı Tablo 86'da sunulmuştur.

Tablo 86 Hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)

Diyabet varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	130	42	106	34	134	41	370	39
Yok	177	58	209	66	191	59	577	61
Toplam	307	100	315	100	325	100	947	100

Buna göre il bazında HT'ye ek olarak diyabet tanısı alanların oranlarına bakıldığında Çankırı'da %42 (130), Erzincan'da %34 (106), Uşak'da ise %41 (134) olduğu görülmektedir. HT tanısı alan ancak birlikte diyabet tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %61'ini (577) oluşturmaktadır. Ayrıca HT'ye ek olarak diyabet tanısı alan 370 hastanın yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 87'de sunulmuştur.

Tablo 87 HT'ye eşlik eden diyabet tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

Yaş grupları	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
18-44	5	1	3	1	8	2
45-64	44	12	94	25	138	37
65+	80	22	144	39	224	61
Toplam	129	35	241	65	370	100

Buna göre HT'ye ek olarak diyabet tanısı alan 370 hastanın %35'i (129) erkek, %65'i (241) kadındır. Ve bu hastaların %2'si (8) 18-44 yaş arasında, %61'i (224) 65 yaşın üzerindedir. Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerde diyabet görülme sıklığı; erkeklerde %34 (129), kadınlarda ise %43'tür (241). Yaş grupları bazında diyabet görülme sıklığı; 18-44 yaş için %11 (8), 44-65 yaş için %40 (138) 65 yaş üzeri için ise %42'dir (224).

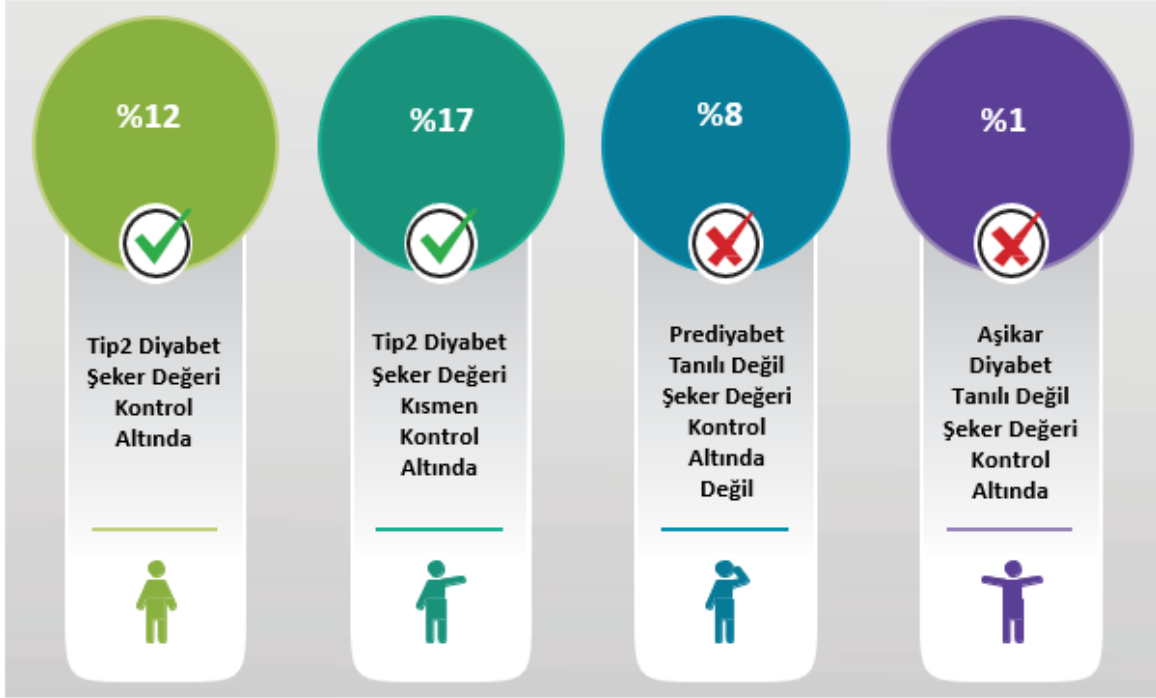
Bununla beraber AHBS verilerine göre hipertansif hastaların laboratuvar tetkiki sonuçlarına göre diyabet tanısı olması gerekenlerde diyabet tanısı konulup konulmadığı da incelenmiştir. Hipertansif hastaların HbA1c ve açlık kan şekeri değerleri ile hali hazırda diyabet tanısı alıp almadığı araştırılmıştır. Buna ilişkin veriler Tablo 88'de sunulmuştur.

Tablo 88 HbA1c sonuçlarına göre diyabet tanısı olması gereken hipertansif bireylerde diyabet tanısı varlığı (n) (%)

HbA1c sonucu	Diyabet tanısı var		Diyabet tanısı yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aşikâr diyabet	159	17	11	1	170	39
Prediyalet	85	9*	74	8	159	37
Normal	32	3*	70	7	102	24
Toplam	276	29	155	16	431	100

*Diyabet tanısı olanlar içinde kan şekeri 100-125 mg/dl arasında olanlar kontrol altında olan grubu temsil etmektedir. Ölçümler ile tanıların örtüşmesinin karşılaştırmasının yapılabilmesi amacıyla tek tabloda belirtilmiştir.

Örneklem genelinde seçilmiş hipertansif bireylerin %46'sında diyabet hastalığı da bulunduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların %29'u son bir yıl içinde HbA1c tetkiki yaptırmış ve %17'sinin diyabetinin kontrol altında olmadığı gözlenmiştir. Örneklem genelinde diyabet tanısı olmadığı halde HbA1c testi yaptırmış kişilerin %1'inde aşikar diyabet gözlenirken %8'inin test sonuçları bu kişilerin prediyabetik olduğuna işaret etmektedir (Şekil 30).



Şekil 30 Hastaların diyabet durumları (%)

Tablo 89 Hipertansif bireylerde KKH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)

KKH varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	140	46	131	42	158	49	429	45
Yok	167	54	184	58	167	51	518	55
Toplam	307	100	315	100	325	100	947	100

Buna göre il bazında HT'ye ek olarak KKH tanısı alan hasta oranlarına bakıldığında Çankırı'da %46 (140), Erzincan'da %42 (131), Uşak'ta ise %49 (158) olduğu görülmektedir. HT tanısı alan ancak birlikte KKH tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %55'ini (518) oluşturmaktadır. Ayrıca HT'ye ek olarak KKH tanısı alan 429 hastanın cinsiyete ve yaşa göre dağılımı Tablo 90'da sunulmuştur.

Tablo 90 HT'ye eşlik eden KKH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

Yaş grupları (Yıl)	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
18-44	6	1	3	1	9	2
45-64	67	16	75	17	142	33
65+	130	30	148	34	278	65
Toplam	203	47	226	53	429	100

Buna göre HT'ye ek olarak KKH tanısı alan 429 hastanın %47'si (203) erkek, %53'ü (226) kadındır. HT'ye ek olarak KKH tanısı alan 429 hastanın %2'si (9) 18-44 yaş arasında, %33'ü (142) 45-64 yaş aralığında ve %65'i (278) 65 yaşın üzerindedir.

Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerde KKH görülme sıklığı erkeklerde %53 (203), kadınlarda ise %40'dır (226). Yaş grupları bazında diyabet görülme sıklığı; 18-44 yaş için %13 (9), 44-65 yaş için % 41 (142) 65 yaş üzeri için ise %53'tür (278).

Serebrovasküler hastalık

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak SVH tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. HT hastalarının %19'u (177) ek olarak SVH tanısı da almıştır. Hastaların SVH tanısı alıp almama durumlarının illere göre dağılımı Tablo 91'de sunulmuştur.

Tablo 91 Hipertansif bireylerde SVH tanısı varlığının illere göre dağılımı (n) (%)

SVH varlığı	Çankırı		Erzincan		Uşak		İller toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	46	15	68	22	63	19	177	19
Yok	261	85	247	78	262	81	770	81
Toplam	307	100	315	100	325	100	947	100

Buna göre HT'ye ek olarak SVH tanısı alan hastaların il bazında oranlarına bakıldığında Çankırı'da %15 (46), Erzincan'da %22 (68), Uşak'da ise %19 (63) olduğu görülmektedir. HT tanısı alan ancak birlikte SVH tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %81'i (770) oluşturmaktadır.

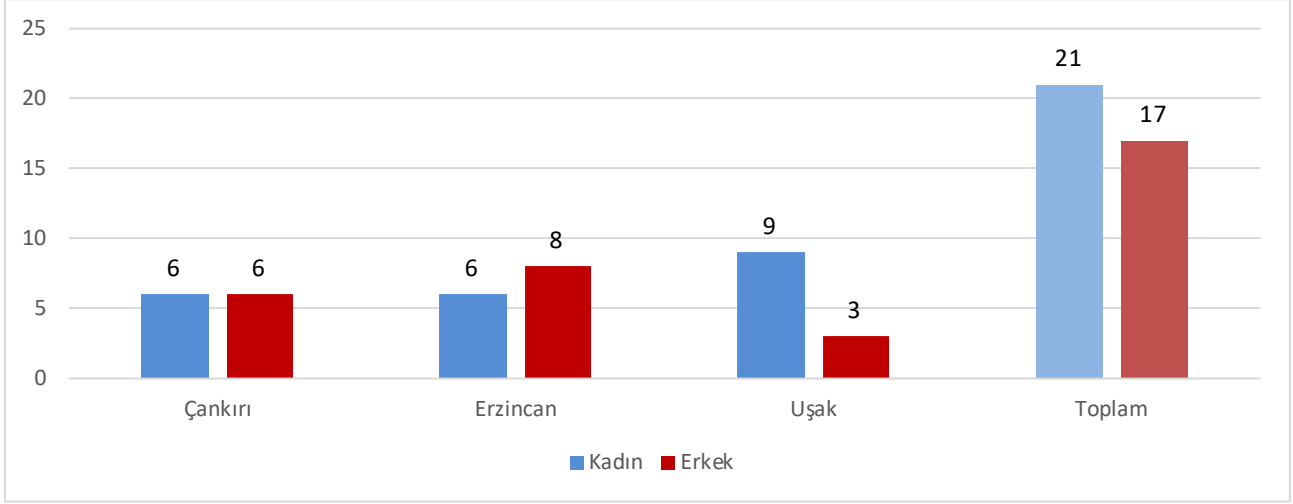
Tablo 92 HT'ye eşlik eden SVH tanılı hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

SVH varlığı	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
18-44	3	2	1	1	4	2
45-65	16	9	25	14	41	23
65+	54	31	78	44	132	75
Genel Toplam	73	41	104	59	177	100

Buna göre HT'ye ek olarak SVH tanısı alan 177 hastanın %41'i (73) erkek, %59'u (104) kadındır. HT'ye ek olarak SVH tanısı alan 177 hastanın %2'si (4) 18-44 yaş arasında, %23'ü (41) 45-64 yaş aralığında ve %75'i (132) 65 yaşın üzerindedir. Araştırmaya dahil edilen hipertansif bireylerde SVH görülme sıklığı erkeklerde %19 (73), kadınlarda ise %19'dur (107). Yaş grupları bazında diyabet görülme sıklığı; 18-44 yaş için %6 (4), 44-65 yaş için % 12 (41) 65 yaş üzeri için ise %25'tir (132) (Tablo 92).

Kronik böbrek hastalığı

AHBS üzerinden seçilmiş, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin HT tanısına ek olarak KBH tanısı almış olup olmadığı incelenmiştir. HT hastalarının %4'ü (38) ek olarak KBH tanısı da almıştır. İllere göre KBH tanısı alan hastaların dağılımı Şekil 31'de sunulmuştur.



Şekil 31 Hipertansif bireylerde kronik böbrek hastalığı tanısı varlığının illere göre dağılımı (n)

Buna göre HT'ye ek olarak KBH tanısı alan 38 hastanın %32'si (12) Çankırı'da, %37'si (14) Erzincan'da, %32'si (12) ise Uşak'ta yaşamaktadır. HT tanısı alan ancak birlikte KBH tanısı almayan hastaların sayısı ise toplam hipertansif hastaların %96'sını (909) oluşturmaktadır.

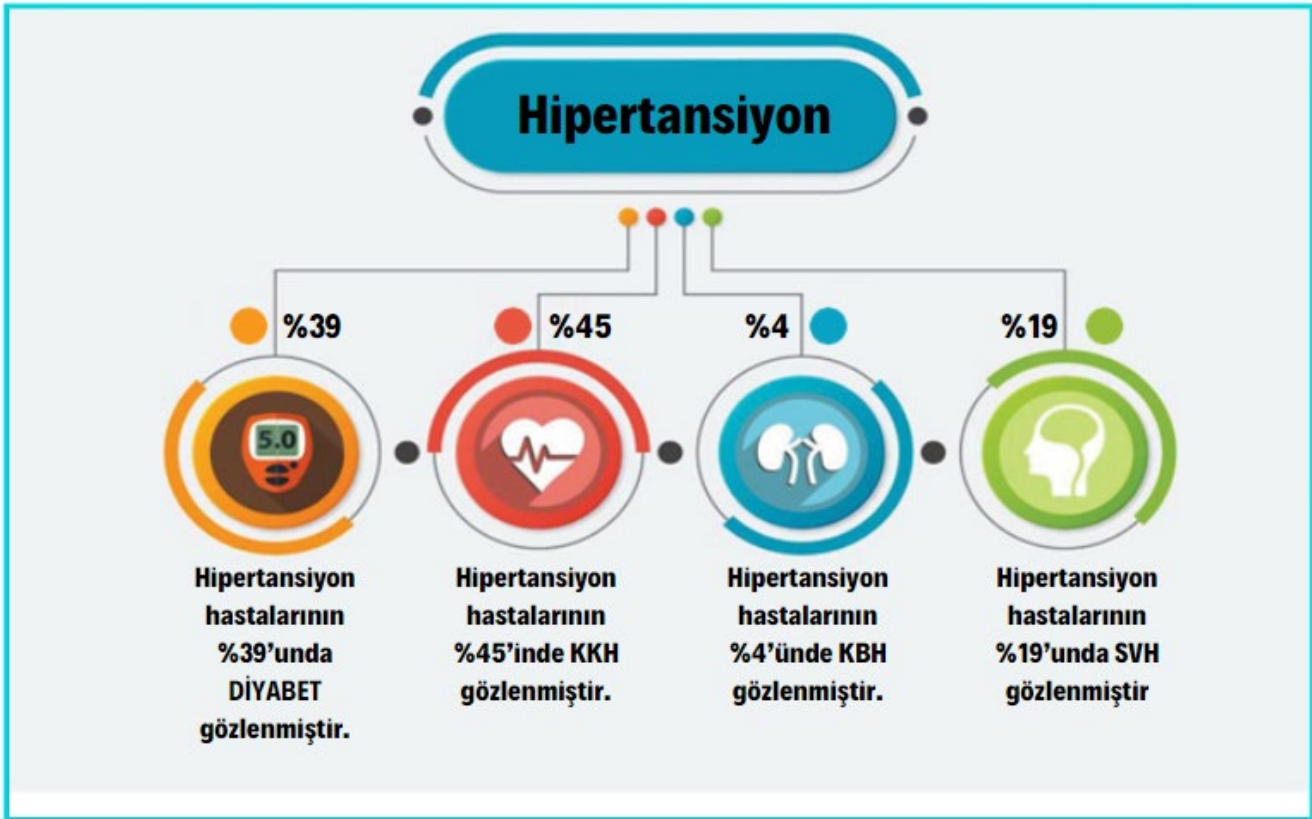
Birden fazla hastalık eşlik etme durumu

AHBS üzerinden seçilmiş, hipertansiyon tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme, kişilerin hipertansiyon tanısına ek olarak eşlik eden diğer hastalıklar incelenmiştir (Tablo 93). Hastaların HT (947) tanısına ek olarak en sık eşlik eden tanının KKH (429) olduğu gözlenmektedir. Her beş hipertansif hastadan birinde diyabet ve koroner kalp hastalığı birlikte bulunmaktadır. Yaklaşık her on hipertansif hastadan birinde koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık birlikte bulunmaktadır.

KKH'dan sonra hipertansiyon tanısına ek olarak eşlik eden diğer hastalığın diyabet (370) olduğu görülmüştür. HT ve KKH'ya eşlik eden SVH'ların toplam hipertansif hastalara oranı ise %5'tir. Hipertansiyon hastalarının %45'inde KKH, %39'unda diyabet, %19'unda SVH ve %4'ünde böbrek hastalığının bulunduğu görülmektedir.

Tablo 93 Hipertansif bireylerin birden fazla hastalığa sahip olma durumları (n) (%)

Hastalık adı	Kişi Sayısı (n)	Kişi Yüzdesi (%)
1. Tanıları arasında KKH olanlar	429	45
Sadece KKH tanısı olanlar	174	18
KKH ve diyabeti olanlar	190	20
KKH ve SVH olanlar	113	12
KKH ve böbrek hastalığı olanlar	21	2
2. Tanıları arasında diyabet hastalığı olanlar	370	39
Sadece diyabet tanısı olanlar	213	22
Diyabet ve SVH olanlar	76	8
Diyabet ve böbrek hastalığı olanlar	22	2
KKH+ SVH+ diyabet olanlar	50	5
3. Tanıları arasında SVH olanlar	177	19
Tanıları arasında SVH ve böbrek hastalığı olanlar	18	2
4. Tanıları arasında böbrek hastalığı olanlar	38	4
5. KKH+ SVH + diyabet + böbrek hastalığı tanısı olanlar	9	1
Örneklemdaki toplam kişi sayısı	947	100



Şekil 32 Hipertansif bireylerde hastalıkların görülme sıklıkları (%)

İlaç Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi

AHBS’de araştırma grubuna ait sağlık kayıtlarında

- i. Antihipertansif ilaçlar
- ii. Antidiyabetik ilaçlar
- iii. Statin türü ilaçların
- iv. ASA türü ilaçlar

kullanımına dair kayıt bulunup bulunmadığı incelenmiştir. İlaçların reçete edilip edilmediği ve düzenli reçete yazılıp yazılmadığının da analizleri yapılmıştır. Türkiye’de diyabet ve HT hastalarının büyük çoğunluğunun, ilaçları reçete ettirme sıklığını azaltmak ve bunlar için katkı payı ödemesini en aza indirmek için sağlık kurumlarından *uzun dönemli ilaç kullanımına dair sağlık kurulu raporu* aldıkları gözlenmektedir. Bu sayede, bir reçetede uzun dönemli bir hastalık için 3 aylık doz ilaç reçete edilmesi mümkün olabilmektedir. Bu kapsamda, AHBS’de bir hastalık için 3 ayda bir ilaç reçete edilmesi “düzenli ilaç kullanımı” olarak kabul edilmiştir.

İlaç raporları

Proje illerinde uygulanan ankette antihipertansifler için düzenlenen *uzun dönemli ilaç kullanımına dair sağlık kurulu raporuna ek olarak* antihiperlipidemik ve antidiyabetiklerin uzun dönemli kullanımı için ilaç kullanım raporu düzenlenip düzenlenmediği incelenmiştir. Buna ilişkin bulgular Tablo 94’te sunulmaktadır.

Tablo 94 Hastaların ilaç gruplarına göre rapor sahibi olma durumları (n) (%)

İlaç grubu	Sayı (n)	Yüzde (%)	İlaç grubu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sadece antihipertansif	333	35	Sadece antidiyabetik	26	3
Sadece antihiperlipidemik	12	1	Antihiperlipidemik, antidiyabetik	20	2
Antihipertansif, antidiyabetik	100	11	Antihipertansif, antihiperlipidemik	81	9
Antihipertansif, antihiperlipidemik, antidiyabetik	126	13	Raporu olmayanlar	249	26

Buna göre hipertansif hastaların %26’sının uzun dönemli ilaç kullanım raporu bulunmamaktadır. Hastaların %35’inin yalnızca antihipertansif, %1’inin yalnızca antihiperlipidemik ve %3’ünün yalnızca antidiyabetik ilaç kullanım raporu bulunduğu görülmektedir. Buna karşılık, hastaların %13’üne her üç grup ilacın uzun süreli kullanımı amacıyla ilaç kullanım raporu düzenlendiği görülmektedir.

Antihipertansif ilaç kullanımı

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların tamamı 18 yaş ve üzerinde olan hipertansif hastalardan oluşmaktadır. AHBS’deki kayıtlardan, HT tanısı almasına rağmen hastaların %19’una (183) antihipertansif ilaç reçete edilmediği görülmektedir. Buna karşılık örneklem grubunun %61’i (575) düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanmaktadır.

Tablo 95 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	224	59	351	62	575	61
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	78	20	111	20	189	20
Hiç ilaç yazılmamış	80	21	103	18	183	19
Genel Toplam	382	100	565	100	947	100

Cinsiyete göre antihipertansif ilaç kullanım durumu Tablo 95'te sunulmuştur. Buna göre HT tanısı alan erkeklerin %59 (224), kadınların ise %62'si (351) düzenli olarak antihipertansif ilaç kullanmakta olup erkeklerin %21'i (80) ile kadınların %18'ine (103) hiç antihipertansif ilaç reçete edilmemiştir. Antihipertansif ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı Tablo 96'da gösterilmiştir.

Tablo 96 Antihipertansif ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	22	31	202	58	351	66	575	61
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	11	16	77	22	101	19	189	20
Hiç ilaç yazılmamış	37	53	70	20	76	14	183	19
Genel Toplam	70	100	349	100	528	100	947	100

Buna göre antihipertansif ilaçlarını en düzenli kullanan grup %66 (351) ile 65 yaş üzeri yaş grubudur. 18-44 yaş grubundaki hipertansif bireylerin %53'üne (37) ise hiç antihipertansif ilaç reçete edilmediği görülmüştür (Tablo 96).

Tablo 97 Antihipertansif ilaç kullanan hastaların KB değerlerinin karşılaştırılması (n) (%)

Kan basıncı	Düzenli ilaç kullanıyor		3 aydır reçete yazdırmamış		Hiç reçete yazılmamış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SKB \geq 140 veya DKB \geq 90 mmHg	122	66	33	18	31	17	186	100
SKB < 140 ve DKB < 90 mmHg	91	66	35	26	11	8	137	100
Kan basıncı ölçülen kişi sayısı	213	66	68	21	42	13	323	100

Son bir yılda KB değerleri kaydedilmiş hastaların antihipertansif ilaç reçeteleme durumu incelendiğinde SKB'si \geq 140 mmHg olanların %66'sının (122) düzenli olarak antihipertansif ilaç kullandığı, %18'inin (33) son 3 ayda antihipertansif ilaç reçetesinin olmadığı ve %17'sinin (31) ise hiç antihipertansif ilaç kullanmadığı görülmüştür.

SKB'si <140 mmHg olanların %66'sının (91) son 3 ayda reçetelerinde antihipertansif ilaç bulunduğu, %26'sının (35) son 3 ayda antihipertansif reçetesinin olmadığı ve %8'inin (11) ise hiç antihipertansif ilaç kullanmadığı görülmüştür.

Antidiyabetik ilaç kullanımı

Örnekleme kayıtlı 947 hipertansif kişinin %39'unun (370) aynı zamanda diyabet hastası olduğu bilinmektedir. HT ve diyabet tanısı alanlar içinde antidiyabetik kullananların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 98 ve Tablo 99'da sunulmaktadır.

Tablo 98 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Heriki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	65	50	141	59	206	56
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	36	28	39	16	75	20
Hiç ilaç yazılmamış	28	22	61	25	89	24
Genel Toplam	129	100	241	100	370	100

Buna göre araştırma grubunda yer alıp diyabet tanısı bulunan erkeklerin %50'si (65) antidiyabetik ilacını düzenli kullanırken, %28'inin (36) son 3 aydır antidiyabetik ilaç yazdırmadığı ve %22'sinin (28) ise hiç antidiyabetik ilaç reçetesinin bulunmadığı görülmüştür. Kadınların %59'u (141) antidiyabetik ilaçlarını düzenli kullanmakta olup %16'sının (39) son 3 ayda %25'inin (61) ise hiç antidiyabetik ilaç reçetesinin bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 99 Antidiyabetik ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	1	13	79	57	126	56	206	56
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	2	25	30	22	43	19	75	20
Hiç ilaç yazılmamış	5	63	29	21	55	25	89	24
Genel Toplam	8	100	138	100	224	100	370	100

HT ve diyabet tanılı hastalardan antidiyabetik ilaçlarını en düzenli kullanan grup %57 (79) ile 45-64 yaş grubu olup, bu grubu %56 (126) ile 65 yaş üzerindeki izlemektedir.

Statin türü ilaç kullanımı

AHBS'de 947 hipertansif hastanın %69'unun (655) kolesterolü ölçüm değeri mevcutken, kolesterolü ölçülmeyenlerin oranının ise %31 (292) olduğu görülmüştür. Örneklemede yer alan kişilerin kolesterol ölçüm durumları ile statin reçetelerinin olup olmadığına ilişkin veriler Tablo 100'de sunulmuştur.

Buna göre kolesterol düzeyi 190'ın üzerinde olan hipertansif hastaların %78'ine (314) statin reçete

edilmemiş iken %22'sinin (91) statin reçetesi bulunmaktadır. Kolesterol düzeyi takip edilmeyen kişilerin %4'üne (13) statin reçete edildiği görülmüştür.

Tablo 100 Hipertansif bireylerin kolesterol değerlerine göre statin reçetesi varlığı (n) (%)

Kolesterol değeri (mg/dl)	Statin reçetesi var		Statin reçetesi yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<190	69	28	181	72	250	100
≥190	91	22	314	78	405	100
Kolesterolü ölçülmemiş	13	4	279	96	292	100
Toplam	173	18	774	82	947	100

Statin türü ilaç kullanımının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 101 ve Tablo 102'de sunulmuştur. Statin reçetesi olduğu halde son iki yılda kolesterolü ölçülmemiş 13 kişinin kolesterol değeri bilinmediği için bu kişiler ilaç kullanım durumu analizine dahil edilememiştir.

Tablo 101 Statin türü ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	41	17	54	13	95	15
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	28	11	37	9	65	10
Hiç ilaç yazılmamış	179	72	316	78	495	76
Genel Toplam	248	100	407	100	655	100

Kolesterol değeri bilinen hastalarda statin kullanımı cinsiyet bazlı değerlendirildiğinde erkeklerde düzenli statin türü ilaç kullanımı oranı %17 (41) iken kadınlarda bu oran %13 (54) düzeyindedir. Her iki cinsiyet toplamında kolesterol değeri bilindiği halde hiç statin türü ilaç yazılmamış kişilerin oranı %76'dır (495).

Tablo 102 Statin türü ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	2	4	36	14	57	16	95	15
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	2	4	23	9	40	11	65	10
Hiç ilaç yazılmamış	43	91	197	77	255	72	495	76
Genel Toplam	47	100	256	100	352	100	655	100

Kolesterol değeri bilinen hipertansif hastalar arasında statin türü ilaçlarını en düzenli kullanan grubun %16 (57) ile 65 yaş üzerindeki olduğu, hiç statin türü ilaç kullanmayanlar arasında yoğunluğun en yüksek olduğu grubun ise %91 (43) ile 18-44 yaş grubu olduğu görülmüştür.

ASA türü ilaç kullanımı

KKH tanısı olan kişilere ASA türü ilaç yazılması önerilmekte olup örnekleme seçilen kişilerden HT'ye ek olarak KKH tanılı 429 hastanın, sağlık kayıtlarında yer alan ASA kullanım durumları cinsiyete ve yaşa göre incelenmiştir.

Tablo 103 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı (n) (%)

	Erkek		Kadın		Her iki cinsiyet	
	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	91	45	67	30	158	37
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	35	17	50	22	85	20
Hiç ilaç yazılmamış	77	38	109	48	186	43
Genel Toplam	203	100	226	100	429	100

ASA kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı Tablo 103'te sunulmuştur. Buna göre HT'ye ek olarak KKH tanılı erkeklerin %45'i (91) ASA türü ilaçlarını düzenli kullanırken; %17'sine (35) son 3 aydır, %38'ine (77) hiç ASA türü ilaç yazılmamıştır. Kadınların ise %30'u (67) ASA türü ilaçlarını düzenli kullanırken; %22'si (50) son 3 ayda, %48'i (109) ise hiç ASA türü ilaç kullanmamıştır.

Sağlık kayıtlarında yer alan veriler ışığında ASA türü ilaç kullanım durumunun yaşa göre dağılımı incelendiğinde, bütün yaş grupları arasında ASA türü ilaçlarını en düzenli kullanan grubun %39 (108) ile 65 yaş üzeri olduğu görülmüştür (Tablo 104).

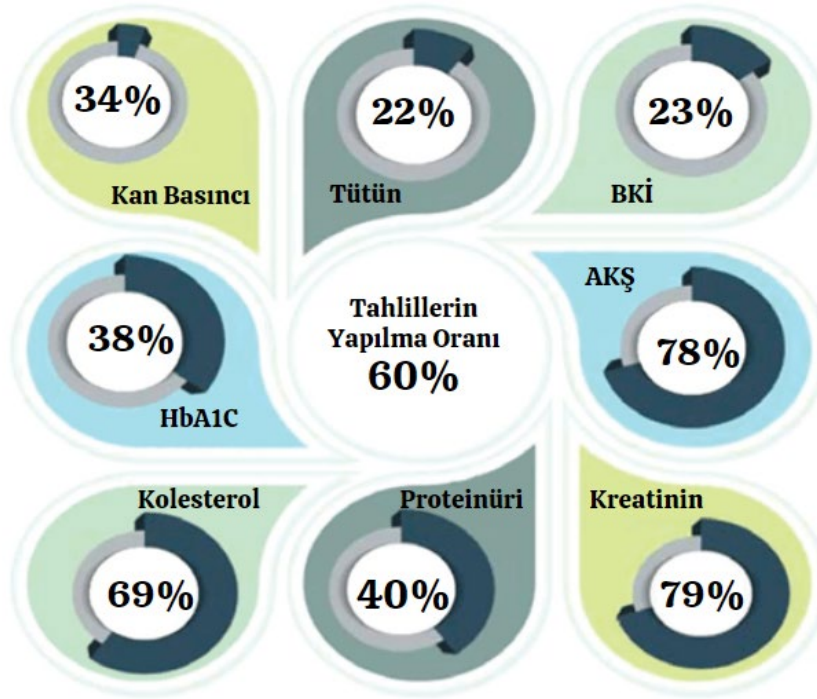
Tablo 104 KKH tanılı hipertansif bireylerde ASA kullanım durumunun yaşa göre dağılımı (n) (%)

	18-44		45-64		65+		Bütün yaş grupları	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli kullanıyor	3	33	47	33	108	39	158	37
Son 3 ayda ilaç yazılmamış	0	0	32	23	53	19	85	20
Hiç ilaç yazılmamış	6	67	63	44	117	42	186	43
Genel Toplam	9	100	142	100	278	100	429	100

Araştırmanın konusu ilaçlardan antihipertansif, antidiyabetik, statin, ASA türünden hiçbirinin reçete edilmemiş olduğu hastalar, hipertansif hastaların %13'ünün (122) oluşturmaktadır.

Final Değerlendirmesi Sonuçları

Final değerlendirmesinde son bir yılda (kolesterol için son iki yılda) tetkik ve tahlillerin AHBS üzerinde mevcut olma oranları incelendiğinde, araştırma grubunun %22'sinin (212) tütün kullanım, %34'ünün (323) kan basıncı, %23'ünün (218) beden kütle indeksi, %69'unun (655) kolesterol, %79'unun (748) kreatinin, %40'ının (377) proteinüri, %78'inin (742) açlık kan şekeri, %38'inin (357) HbA1c, %18'inin (170) kardiyovasküler hastalık risk değerlendirme verilerine AHBS'de ulaşılmaktadır (Şekil 33). Tabloda oranlar bulunurken örnekleme çıkan hipertansif hastada her bir verinin bulunup bulunmadığı incelenmiş ve veri bulunabilen her alan için ayrı hesaplama yapılmıştır. Hipertansif hastalar içinde tüm tahlillerin kayıt oranı %60 olarak bulunmuştur.



Şekil 33 Risk faktörleri ve tetkiklerin kayıt durumu (%)

HT'ye eşlik eden hastalık sorgusunda; hastaların %39'unun (370) ek olarak diyabet %45'inin (429) KKH, %19'unun (177) ise SVH tanısı aldığı görülmüştür. HT'ye ek olarak KBH tanısı alanlar toplam örneklemin %4'ünü (38) oluşturmaktadır.

TÜRKİYE'DE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ PROJESİ ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ RAPORU

Türkiye'de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi kapsamında yapılan uygulamaların AH, ASÇ, hasta ve eczacıların bakış açısı ile değerlendirilmesi amacı ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir.

Aile Hekimleri Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmeleri; Çankırı, Erzincan ve Uşak olmak üzere toplam 3 ilde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye Erzincan'dan 10, Çankırı'dan 10, Uşak'tan 11 olmak üzere toplamda 31 AH katılmıştır. Katılımcılar 27-58 yaş aralığındadır. Katılımcıların 20'si erkek, 11'i kadındır ve 28'i evli, 3'ü bekadır.

Moderatörler tarafından katılımcılara odak grup görüşmesinin konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcılara tanışma kartları dağıtılarak nasıl dolduracakları anlatılmış ve sonrasında tek tek tanışılmıştır. Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılarak aydınlatılmış onamları alınmıştır. Grup kuralları belirlenmiştir. Katılımcılara, görüşmede sorulan sorulara tarafsız bir tutumla fikirlerini samimiyetle paylaşmalarının çok önemli olduğu belirtildikten sonra görüşmelere başlanmıştır.

1. *"Hipertansiyon hastalığı olabileceğini düşündüğünüz bir hastanız geldiğinde genel olarak neler yapıyorsunuz?"*

AH'lerin, HT hastası olabileceğini düşündüğü bir hasta geldiğinde, hastanın öz geçmişi, kilosu, yaşam tarzı alışkanlıkları, ek hastalık varlığı, aile öyküsü gibi kişisel özelliklerini sorguladıkları ve tuzsuz beslenme başta olmak üzere sağlıklı yaşam değişikliği ve tansiyon takibi önerdikleri görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğu ilk olarak tansiyon takibi, böbrek fonksiyon testi yapıp, EKG çekimi yaptıklarını belirtmişlerdir. Kendisi ilaç yazarak tedaviyi planlamayı tercih eden hekimler olduğu gibi hastaları dâhiliye, kardiyoloji gibi uzman hekimlere de sevk etmeyi tercih eden hekimler vardır. Hekimler tansiyon takibi konusunda hemfikir iken birinci basamakta HT tedavisine başlanması konusunda hemfikir değillerdir. Genel olarak ek hastalığı olanları sevk etme görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

2. *"Hastalarınızda hangi durumlarda tansiyon ölçümü yapıyorsunuz? Her hastanın tansiyonunu ölçüyor musunuz?"*

Bazı hekimler, HT kontrol projesi kapsamında verilen eğitimlerin, AH'lerin hasta muayeneleri sırasında tansiyon hastalarını ayırmak için kullandıkları algoritmayı değiştirdiğini ve bunun tanı koyma açısından çok yararlı bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Bazıları proje sonrasında 18 yaş üstü tüm hastaların tansiyonunu ölçmek için ASM'de planlama yaptıklarını belirtmişlerdir.

Bazı hekimlerde kendilerine başvuran hastaların tansiyonunun genellikle ölçülmediğini, ancak risk faktörü varlığında tansiyon ölçüldüğünü ve tansiyon ölçümünün genellikle ASÇ tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Tansiyonu normal olan kişilerden ziyade yüksek olan kişilere önerilerde bulunup takibe aldıkları görülmektedir. Genel olarak HT tanı, tedavi ve takibinde karşılaşılan en büyük sorunun hastanın sağlıksız yaşam alışkanlıkları ve tedavi uyumsuzluğu olduğu konusunda hemfikir oldukları görülmektedir. Ayrıca hastalara takip önerirken evde ölçüm yapanların doğru şekilde tansiyon ölçtüklerinden emin olmadıkları ve bununla ilgili önlem almaya çalıştıkları da görülmektedir.

3. “Genel olarak hastalarınıza sağlıklı beslenme, fizik aktivite, sigara bırakma ya da alkol almama gibi önerilerde bulunuyor musunuz?”

Katılımcılar hastalarının fiziksel aktivite açısından yetersiz olduğunu ve bu durumu hastalarının toplumun kültür yapısına bağladıklarını belirtmişlerdir. Hekimler, özellikle obezitesi olan hastalarına önerilerde bulunduğu, sigara kullanımı ve beslenme durumlarını sorguladıklarını ve tavsiyelerde bulduklarını belirtmişlerdir. Ancak hekimlerin genelinin ortak fikri kendilerinin vereceği sağlıklı yaşam önerilerinin yeterli olmadığı, hastalarının bireysel sağlık bilincinin geliştirilmesi gerektiği yönünde olmuştur. Aynı zamanda sigara kullanımı olan hekimler hastalarına da sigara bırakma önerisinde bulunmadığını belirtmiştir. Sonuç olarak sağlıklı yaşam önerilerinin hekimler tarafından yeterince verilmediği, hastaların anlayıp uygulama oranının ve sürekliliğinin az olduğunu görülmüştür. Hekimlerin büyük çoğunluğu halkı bilgilendirmek için yazılı bilgilendirme materyallerinden daha çok medyanın etkin kullanılması konusunda hem fikir olduklarını belirtmiştir.

4. HT komplikasyon gelişimini takibe yönelik yaklaşımınız nasıl? Nasıl izlem yapıyorsunuz?

Katılımcıların çoğunluğu hastaları artık daha sık çağırdıklarını söylemiştir. Hekimler HT hastalarının genellikle ilaç reçete ettirmek için her 3 ayda bir ASM’ye başvurduğunu belirtmektedir. Ancak komplikasyon gelişimine yönelik herhangi bir takipte bulunmadıklarını, gerekli hallerde hastaları ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk etmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ancak orada da hastaya ne yapıldığı ile ilgili bilgileri olmadığını belirtmişlerdir.

5. “Biliyorsunuz ki ilinizde Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Kapsamında çeşitli uygulamalar/ müdahale programı yapıldı. Bu uygulamaların içeriğinde neler vardı? Siz hangilerine katıldınız?”

KB kontrolünün iyileştirilmesi kapsamında yapılan eğitimden memnun olanlar kadar olmayan hekimler de vardır. Katılımcılardan bazıları bu eğitimlerde bildikleri konuların tekrar edildiğini belirtmişlerdir. Bazılarıda eğitimin hekimler arasında KB kontrolü konusunda farkındalığı arttırdığını en azından kayıt altına almaya başladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca izlem kartlarını kullandıklarını ve tanı sürecini kolaylaştırdığını belirten katılımcılar olmuştur. Proje kapsamında yapılan tansiyon ölçümleri ile hasta yakalama oranının çok düşük olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlerin geneli ise müdahalenin yeterince uygulanmadığını düşünmektedir. Uygulanamama nedeninin iş yoğunluğu, ASM’ye başvurmayan veya aranmaktan hoşlanmayan hastaların varlığından kaynaklandığı görülmektedir. Ancak risk skorlama sistemini kullanıp memnun kaldığını, algoritmadan faydalandığını belirten hekimler de vardır. Eğitimlerin içeriğinin yeterli olduğunu ancak ASM’nin iş yoğunluğu gibi şartlarında uygulamasının zor olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bazı hekimlerde tansiyon kontrolünün, kayıt ve takibinin önemli bir konu olduğunu ama hekimin performans takibinde olmadığı için uygulamada ikinci sırada kaldığını belirtmişlerdir.

6. “Hastalar için toplanan veriler ve verilerin izlenmesi süreci hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?”

Katılımcılar, bu projenin HT açısından tanı ve takip durumlarının arttığını ve projenin katkısıyla bu konuda motivasyonlarının arttığını belirtmişlerdir. Ancak iş yükünün azaltılması durumunda HT kontrolü için daha çok çalışacaklarını belirtmişlerdir. Veri toplama ve izleme süreci için hekimlerin ortak görüşü hastaların bilgilerinin alınmasından rahatsızlık duyabilmesidir. Bir hekim skor hesaplamasının karışık olduğunu belirtmiştir. Sisteme doğru veri kayıt edilmesinin önemli olduğunu diğer sistemler ile entegre bir kayıt sistemi olması gerektiği belirtilmiştir.

7. “Bu müdahale programı sizin hastaya yaklaşımınızı/uygulamalarınızı değiştirdi mi? Ne değiştirdi? Ulusal düzeyde uygulanırken, etkinliğini ve sürdürülebilirliğini artırmak için neler önerirsiniz?”

Katılımcılar, eğitimin ve projenin motivasyonlarını arttırdığını ve diğer illerde de uygulanması gerektiğini savunmuştur. Katılımcılar eğitimin sadece sağlık personeline verilmemesini, aynı zamanda halka da eğitimler düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin çoğu uygulamada zorlandıklarını, iş yoğunluklarının çok olduğunu, hastaların uyumsuz olduğunu ve sistemle ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalara kendi sağlıklarının sorumluluğunun verilmesi gerektiğini ancak bu şekilde izlem ve müdahalenin daha başarılı olacağını düşündüklerini vurgulamışlardır. Tansiyon takibinin – kronik hastalık izleniminin hekimin pozitif performans takip sistemi ile izlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Aile hekimleri odak grup görüşmesi genel sonuç

Katılımcılar projeyi HT hakkında halkın farkındalığını arttırması, kendilerine belirli bir hastaya yaklaşım algoritması oluşturması ve yeni bir algı yaratması, verilerin düzgün bir şekilde kayıt altında tutulması ve gerektiğinde ulaşılabilmesi gibi nedenlerden dolayı beğenmişlerdir ve eğitimlerin devamlılık göstererek diğer illerde de olması gerektiği konusunda ortak fikir beyan etmişlerdir.

Katılımcıların bazılarıysa projenin güzel olduğunu fakat AH'lerin rutin çalışma sisteminin projenin sürdürülebilirliğiyle çelişmesinin, günlük hasta sayısının fazla olması nedeniyle hastaya yeterli vakit ayırmanın zor olmasının ve halkın kendi sağlığı üzerinde yeterli bilinç ve sorumluluk sahibi olmamasının projeyi yetersiz bıraktığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, aile hekimlerinin günlük iş yoğunluğunun azaltılması ve hastalara daha fazla vakit ayrılabilmesi, verileri hızlı ve kolay girebilecekleri bir sistem olması, toplumun üzerinde medya kanallarının ve kamu spotlarının etkin bir şekilde kullanılması gibi koşulların sağlanması halinde projenin etkisinin ve amacının daha etkin bir şekilde ortaya çıkacağını belirtmişlerdir.

Aile Sağlığı Çalışanları Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmeleri; Çankırı, Erzincan ve Uşak olmak üzere toplam 3 ilde gerçekleştirilmiştir. Bu üç ilde toplam 31 aile sağlığı çalışanı ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Katılımcıların tamamı kadındır. Katılımcıların yaşları 26 ile 50 arasında değişmektedir. Katılımcıların mezun olduğu okullara bakıldığında, %41'inin sağlık meslek lisesi, %28'i yüksek okul, %31'inin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların mesleklerine bakıldığında, %52'si hemşire, %42'si ebe, %6,5'inin acil tıp teknisyeni olduğu tespit edilmiştir.

Moderatörler tarafından katılımcılara odak grup görüşmesinin konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcılara tanışma kartları dağıtılarak nasıl dolduracakları anlatılmış ve sonrasında tek tek tanışılmıştır. Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, onamları dâhilinde imzalatılmıştır. Grup kuralları belirlenmiştir. Katılımcılara, görüşmede sorulan sorulara içtenlikle, tarafsız bir tutumla fikirlerini samimiyetle paylaşmalarının çok önemli olduğu belirtildikten sonra görüşmelere başlanmıştır.

1. HT hastalığı olabileceğini düşündüğünüz bir hasta geldiğinde genel olarak neler yaparsınız?

Katılımcılara; yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, kolesterol durumu tespiti, kan şekeri tespiti, ilaç kullanım durumu tespiti, boy, kilogram ve bel çevresi ölçümü gibi hastada araştırılması gereken özellikleri ve uygulamaları nasıl yaptıkları, başka uygulamaları olup olmadığı sorgulanmıştır.

Katılımcıların çoğunluğu hastanın tansiyonunu nabız, bel, kalça çevresi ölçtüklerini ve sisteme ölçüm değerlerini kayıt altına aldıklarını, gerektiği durumlarda diyet ve yaşam tarzı değişikliğini önerdiklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise bir hasta geldiğinde hastayı ilk değerlendirenin hekim olduğunu, kendilerinin daha çok tansiyon takibi planlanmış hastaların veya gebelerin tansiyon ölçümlerini yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar diğer devlet kurumlarında fırsatçı taramalar yaptıklarını ve kan basıncı

yüksek çıkanları aile hekimlerine yönlendirdiklerini belirtmişlerdir.

2. Hastalarda hangi durumlarda tansiyon ölçümü yaparsınız?

Katılımcıların çoğu 18 yaşından büyük hastaların hepsinin en az yılda bir kez tansiyonlarını ölçmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların bazıları ise yoğunluk nedeniyle sadece hekim veya hasta isterse ölçebildiklerini, diğer bir kısmı ise hastanın semptomlarına göre gerektiği durumlarda ölçtüklerini belirtmiştir. Katılımcıların bazıları yeni hastalar tespit ettiklerini örneklerle anlatmıştır. Gebe veya lohusa hastaların mutlaka tansiyonlarını ölçtüklerini belirtmişlerdir.

3. Hastalarınıza genel sağlık konularında danışmanlık verir misiniz?

Katılımcıların çoğu genel danışmanlık hizmeti verdiğini ve bunun çoğunlukla bireysel danışmanlık şeklinde ve broşürler üzerinden olduğunu belirtmiştir. Bazı katılımcılar ise yoğunluk nedeniyle danışmanlık hizmeti veremediklerini veya hızlıca sözel bilgilendirmeler yaptıklarını söylemişlerdir. Danışmanlıkta broşür ve görsel materyalin etkili olduğunu belirtmişlerdir.

4. Hipertansiyon hastalarında tedavi ile ilgili yaklaşımınız nasıldır?

Katılımcıların tamamına yakını tedaviyle ilgili kararları hekimin aldığını belirtmiştir. Katılımcılar hastaların tedaviye uyumu konusundaki gözlemlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bazıları hastaların tedaviye iyi uyum sağladığını düşünürken, bazıları ise hastaların ilaçlarını düzenli kullanmadıklarının belirtmiştir.

5. Hipertansiyon komplikasyon gelişimine yönelik takipleri ve izlemleri nasıl yapmaktasınız?

Katılımcılar genel olarak komplikasyon gelişen hastaları daha sık ve düzenli takip ettiklerini, tansiyon kartlarıyla evdeki tansiyon değerlerini izlediklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar, komplikasyon gelişmiş bazı hastaları ise hastaneye ve uzman hekime yönlendirdiklerini, bazı hastaların randevularını da ayarladıklarını, bazı hastaları ise ambulansla hastaneye yönlendirdiklerini belirtmişlerdir.

6. Türkiye’de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi kapsamında yapılan uygulamalar ve içerikleri hakkında görüşleriniz nelerdir?

Katılımcıların bazıları uygulamalardan ve eğitimden memnun olduğunu belirtep, bu uygulamalardan sonra daha fazla tansiyon ölçtüklerini ve sağlıklı yaşam tavsiyesi verdiklerini belirtmiştir. Bazıları hatalarını fark ettiklerini ve düzelttiklerini, daha fazla kayıt tuttuklarını, doktorun talebi olmadan bazı hastalarda tansiyon ölçtüklerini, diyet vb. konularda bilgilerinin arttığını belirtmişlerdir. Az sayıda katılımcı ise yeni bir şey öğrenmediklerini, sadece bildiklerini tekrar ettiklerini belirtmiştir.

7. Hastaların sağlık kayıtlarının tutulması ve verilerin izlenmesi süreci hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Katılımcıların çoğu verileri kayıt altına alacakları iyi bir sistemleri olmadığını ve çoğu zaman ölçümlerini sisteme kaydedip bakanlığa bildiremediklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar yoğunluk nedeniyle verileri sisteme tam olarak giremediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bazıları ise verileri girdiğini hastanın önceki tansiyonlarını, önceki gelişinde verilen tavsiyeleri sistemde görerek işlerini kolaylaştırdığını belirtmiştir.

8. Türkiye’de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi ulusal düzeyde uygulanacak olsa, programın etkinliğini ve sürdürülebilirliğini artırmak için önerileriniz neler olur?

Katılımcıların bazıları iş yoğunluğunu azaltmak için otomatik tansiyon cihazları kullanılabilirliğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğu halkın bilgilendirilmesi için televizyonun ve kamu spotunun önemine dikkat

çekmiş ve medyadaki bilgilendirmenin artırılmasının faydalı olacağını belirtmişlerdir.

Katılımcıların bazıları sağlık personeline eğitimin belli aralıklarla tekrarlanmasının faydalı olacağını, diğer türlü hangi konuyla alakalı eğitim veya proje varsa ona yoğunlaştıklarını belirtmiştir. İllerde hipertansiyon ile alakalı örnek bir merkez olabilir, toplumun bu hastalıklar hakkında eğitimlerine daha fazla önem verilmeli demişlerdir.

AÇS'ler odak grup görüşmesi genel sonuç

Katılımcıların verdikleri bilgiler doğrultusunda Türkiye'de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi kapsamında yapılan eğitimlerin faydalı olduğu, çalışanların bilgilerini tekrar etmesini, yeni bilgiler öğrenmesini ve hatalarını düzeltmesini sağladığı anlaşılmıştır. Projeden sonra aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalara tansiyon ölçümünün yaygınlaşması ve birçok genç ve yeni hipertansiyon hastasının da erken dönemde tespit edilmesi ülkemizde hipertansiyonla mücadele için önemli bir kazanç olacaktır.

Katılımcıların da belirttikleri gibi 18 yaşından büyük tüm hastalara tansiyon ölçmenin getirdiği büyük bir iş yükü de vardır. Bu yükün çalışanların diğer görev ve takiplerini aksatmaması için yeterli çalışan sayısı sağlanmalıdır. Otomatik tansiyon ölçüm cihazlarının kullanımı yaygınlaştırılabilir, ancak hatalı ölçüm riski nedeniyle kalibrasyonlarının uygun şekilde yapılması gerekir.

Projenin sürdürülebilir olması için eğitimler belli periyotlarla tekrarlanmalıdır. Halkın da bilgilendirilmesi için medya araçları etkin bir şekilde kullanılmalıdır. Kamu spotları yaygınlaştırılmalı, broşür, afiş gibi görsel materyallerden etkin şekilde faydalanılmalıdır. Hipertansiyon tanısı alan hastaların danışmanlık alabileceği SHM gibi kurumların sayısı ve niteliği artırılmalıdır.

Eczacı Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmelerinde, Uşak, Çankırı ve Erzincan illerinde görev yapan ve yaş aralığı 30 ile 68 arasında değişen 26 eczacıya ulaşılmıştır. Katılımcıların yalnızca 1'i bekar, diğerleri evlidir.

Moderatörler tarafından katılımcılara odak grup görüşmesinin konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcılara tanışma kartları dağıtılarak nasıl dolduracakları anlatılmış ve sonrasında tek tek tanışılmıştır. Katılımcılar bilgilendirildikten sonra aydınlatılmış onamları alınmıştır. Grup kuralları belirlenmiştir. Katılımcılara, görüşmede sorulan sorulara içtenlikle, tarafsız bir tutumla fikirlerini samimiyetle paylaşmalarının çok önemli olduğu belirtildikten sonra görüşmelere başlanmıştır.

1. "HT hastalığı olabileceğini düşündüğünüz bir hastanız geldiğinde genel olarak hangi bilgileri sorguluyorsunuz, tansiyon ölçümü yapıyor musunuz, takip öneriyor musunuz?"

Katılımcılar, hastanın tansiyon yüksekliğinin nedenini anlamaya çalıştıklarını, genel olarak yaş, kilo, sigara ve ilaç kullanımı, beslenme alışkanlıkları, ek hastalık, aile öyküsü, yaşam tarzı gibi bilgileri sorguladıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar eczanelerde tansiyon ölçümünün yasak olduğunu, tansiyon ölçme yetkilerinin olmadığını belirtse de hemen hemen hepsinin eczanelerinde tansiyon ölçümü yaptığını anlaşılmıştır. Baş ağrısı gibi şikayetlerle gelen hastalar olduğu gibi, başka hastanın yanında gelen veya yoldan geçerken bile gelip tansiyon ölçtürmek isteyen insanların olduğundan bahsederek, özellikle hekimlerin tansiyonunu takip etmesi gerektiğini belirttiği hastaların tansiyonunu bilgi amaçlı ölçüp, hastaları yakın sağlık kuruluşlarına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların ayrıca, tansiyon ölçtürmek isteyen hastalara bazen tansiyon takip kartı verdikleri, aynı saatlerde düzenli ölçmelerini, imkanları yoksa eczaneye gelerek ölçtürmelerini önerdikleri, sonrasında dahiliye uzmanına veya sağlık kuruluşuna gitmelerini önerdikleri görülmüştür.

2. "Hastalarınızda hangi durumlarda tansiyon ölçümü yapıyorsunuz, hastalar rutin olarak tansiyon

ölçümüne geliyorlar mı, hastaların tansiyonu yüksekse ne yapıyorsunuz, hastaların ilaç kullanımına uyumları nasıl?”

Katılımcılar her gelen hastaya ölçüm yapmadıklarını, çoğunlukla evde tansiyon aleti olmayan ve takip önerilen hastalar ile baş ağrısı, baş dönmesi gibi şikayeti bulunanlara eczanede tansiyon ölçümü yaptıklarını ve yeni teşhis konulan hastaların daha tedirgin olup daha sık ölçüm yaptırmak istediklerini belirtmişlerdir. Tansiyon ölçüm sonucu normal çıkan hastalara bir şey yapmadıklarını, yüksek çıkan hastaları ise dinlendirip tekrar ölçüm yaptıklarını ve yine yüksek çıktığı durumlarda acil servislere veya aile sağlığı merkezlerine yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcıların yüksek tansiyon durumlarında, sağlıklı yaşam önerilerinde buldukları, düzenli takip ve düzenli ilaç kullanımını vurguladıkları anlaşılmaktadır. Birkaç katılımcı hastaların kronik hastalıkları kabullenmekte zorlandıklarını belirtmiştir. Katılımcıların çoğu genelde kadınların ve yaşlıların ilaç uyumunun daha iyi olduğunu, yan etkilerden ve hastalığı kabullenmemekten dolayı erkeklerin uyum sorunu yaşadıklarını, ileri yaşlarda da ölüm korkusundan dolayı uyumların daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Tansiyonu yüksek çıkan hastaların yanlarında genelde kendi ilaçlarının bulunduğunu, bazı dilaltı ilaç isteyenlere vermediklerini, bu hastaları acil servislere yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar devlet hastanesi ve eğitim araştırma hastanesinin yoğun olduğunu, tansiyon hastalarının bazı ilaçlarının aile hekimleri tarafından yazıldığına ödenmediğini, bu sebeple hastanelerde ilaç yazımı ve rapor çıkarılması için gereksiz iş yükü artışı olduğunu söyleyerek; aile hekimlerine de rapor çıkarma yetkisi verilmesi gerektiğini savunmuşlardır.

3. “Genel olarak hastalarınıza sağlıklı beslenme, fizik aktivite, sigara bırakma ya da alkol almama gibi önerilerde bulunuyor musunuz, önerilere uyum nasıl oluyor?”

Katılımcıların her gelen hastaya öneride bulunmasalar da, çoğunlukla tuzsuz diyet, yaşam tarzı değişikliği, fiziksel aktivite ve kilo almamaları gerektiği gibi sağlıklı yaşam önerilerinde buldukları görülmektedir. Genel olarak talep edenleri bilgilendirdiklerini, bazı kişilerin ise talep etmeden böyle bilgilendirmelerden hoşlanmadığını ifade etmişlerdir. Bu önerilere hastaların uyumunun az olduğunu, bazı hastaların kendilerini iyi hissettikleri zaman bu önerilere uyumdan vazgeçtiklerini, bazı hastaların ise psikolojik sorunlardan ötürü ilaca dahi uyum gösteremediklerini belirtmişlerdir. Hastaların bu konularda bilinçsiz olduklarını, bazı bitkisel ürünleri çok tükettiklerini, danıştıkları konuların daha çok gıda takviyeleri olduğunu, sosyal medyadan ve çevrelerinden çok etkilendiklerini ve bu durumların kendi motivasyonlarını çok düşürdüğünü dile getirmişlerdir. Broşürlerin pek işe yaramadığını söyleyen katılımcılar olmuştur. Bazı katılımcılara göre hastaların beslenme uyumlarının düşük olmasının bir nedeni de; hastaların evde yapılan her gıdanın sağlıklı olduğunu düşünmeleri ve tuz tüketiminin azaltılması tavsiyelerini çok önemsememeleridir. Bazı hastaların eczacılardan çok televizyona çıkan kişilerin tavsiyelerine güvendiklerini belirtmişlerdir.

4. “Hipertansiyon tanısı almış ve tedavisi hekim tarafından planlanmış hastalara yaklaşımınız nasıl, ilaç uyum ölçüklerini uyguluyor musunuz, hastalarınızı arayıp bilgilendirebiliyor musunuz?”

Katılımcılar hastalara ilaçlarını kullanmayı bırakmamalarını, düzenli kullanmalarını, yan etki ortaya çıkarsa, hekimleri ile görüşmeleri gerektiğini önerdiklerini, hekimlerin de hastalara yeterli bilgi vermediklerini ve hastaların ilaçlarını sık değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Özellikle yeni tanı koyulan ve ilaca yeni başlayan hastaların kronik hastalık durumunu kabullenemediği, ilacı bırakmaya meyilli olduğu ve çevreden, medyadan duydukları şeylere itibar ettikleri, medikal tedaviye güvenmedikleri, bitkisel tedavilerle şifa bulmaya çalıştıkları görülmektedir. Bazı katılımcılar da, televizyonda ve medyada ilaç kullanımını ile alakalı olumsuz algı yaratan hekimlerden bahsetmiştir. Katılımcılar, hastaları bilgilendirmek için arayamadıklarını, bu durumun ticari nedenlerle yanlış anlaşılabilirliğini belirtmişlerdir. Bazı hastaların ağrı

kesici, antibiyotik gibi ilaçlar aldıkları zaman tansiyon ilaçlarıyla etkileşip etkileşmeyeceğini sordukları anlaşılmaktadır. Katılımcılar, hastaların ilaçları uyumlu aldığını ve almadığını söyleyenler olarak fikir ayrılığı yaşamışlardır. Katılımcıların ilaç uyum ölçüklerini uygulayamadıkları görülmektedir.

5. “Hipertansiyon komplikasyon gelişimine yönelik yaklaşımınız nasıl, bu aşamada özellikle hastanın tedavisini planlayan hekim ile nasıl bir iş birliğiniz var?”

Katılımcılar devlet hastanesindeki hekimler ile görüşemediklerini, bu nedenle de ilaç raporu ve reçete konusundaki eksiklikler/sorunlar için hastaların tekrar hastaneye dönmek zorunda kaldıklarını, bunun özellikle yaşlı hastalar için zor ve yorucu olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar genel olarak hekimlerle iletişim halinde olmadıklarını, özel hastane hekimleri ve aile hekimleriyle kısmen iletişim kurabilseler de hekim ve eczacı ilişkilerinin çok başarılı olmadığını ifade etmişlerdir. Bazı durumlarda hastaları hekimlere yönlendirdiklerini söyleseler de hekimlerin komplikasyon takibi yaptıklarına yönelik geri bildirim alamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların kalabalık ve yoğun olmayan zamanlarda hastalara ilaçların nasıl kullanılacağını tarif ettikleri, gerektiğinde kağıda yazıp verdikleri anlaşılmaktadır.

6. “İlinizde Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi kapsamında çeşitli müdahale programları yapıldı. Duydunuz mu, kimden duydunuz, bu uygulamaların içeriğinde neler vardı, siz hangilerine katıldınız?”

Katılımcıların tamamına yakını bu müdahale programlarını duyduklarını ve ayrıca Türkiye Eczacılar Birliği'nin hazırlamış olduğu “Rehber Eczanem” programına da katıldıklarını belirtmişlerdir. Eğitimin faydalı olduğunu düşündükleri anlaşılmaktadır. Bu programlar dâhilinde hastaların birtakım bilgilerini sisteme kaydetmeleri gerektiği, fakat çok detaylı bilgiler olması nedeni ile kayıt işleminin zaman aldığı ve bunu yapmak için vakitleri olmadığı ve çoğunlukla yapamadıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca hastaların bilgilerini bilgisayara kaydediyor olmalarının hastalar tarafından tereddütle karşılandığını ve bu nedenle bilgileri kâğıtlara yazıp sonrasında bilgisayara geçirdiklerini, bunun da fazla iş yükü olmasından dolayı düzenli yapılamadığını ifade etmişlerdir. Kronik hastalıkların takibi ile ilgili olarak yapılacak programlara ihtiyaç duyulduğunu kendilerinin de klinik eczacılığın bir parçası olarak bu konunun bir parçası olmak istediklerini belirtmişlerdir.

7. “Hastalar için toplanan veriler ve verilerin izlenmesi süreci hakkında bilginiz var mı, düşünceleriniz nedir?”

Katılımcıların Rehber Eczanem Projesi kapsamında veriler topladığı öğrenilmiştir. Katılımcılar dokümantasyon için ayrı bir çalışan gerektiğini ve zaman aldığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların toplanan veriler ve izlenme süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları anlaşılmaktadır. Verilerin sisteme girişinin zor olduğunu ve zaman aldığını, hastaların özel bilgilerinin kayıt altına alınıyor olmasından rahatsızlık duyduklarını tekrarlamışlardır. Bazı katılımcılar verileri girme işleminin bir süre sonra kolaylaştığını ve alışıldığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğu verilerin baştan girilmesi yerine hekimlerle ortak bir sistem oluşturulup oralardan takip edilmesinin daha uygun olacağını ve hekimlerle iletişim için de faydalı olabileceğini ifade etmiştir. Eczanelerde rehber eczanem programı dışında kronik hastalıkların takibine yönelik bir kayıt sistemi bulunmamaktadır.

8. “Bu müdahale programı sizin hastaya yaklaşımınızı/uygulamalarınızı değiştirdi mi, bu müdahale programının ulusal düzeyde uygulanırken, etkinliğini ve sürdürülebilirliğini artırmak için neler önerirsiniz?”

Katılımcılar “Rehber Eczanem” programında sisteme veri girişinin kolaylaştırılması gerektiğini, hekim eczacı ilişkisinin geliştirilmesi gerektiğini, koordinasyonun iyileştirilmesinin faydalı olacağını, hastayla daha

fazla vakit geçirdikleri için hekimlerin gözlerinden kaçan bazı durumları fark edebileceklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların tamamına yakını bu tür eğitim programlarının faydalı olduğunu ve sürekli tekrarlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan, görsel materyallerin ve kamu spotlarının artırılacağı önerileri de alınmıştır. Bu tür programların katılımcıların hastalara yaklaşımlarına katkıda bulunduğu ve farkındalık kazanmalarını sağladığı görülmektedir.

Eczacılar odak grup görüşmesi genel sonuç

Eczacı katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerin neticesinde, hipertansiyon hastalığı olduğunu düşündükleri bir hasta geldiğinde, genel olarak yaş, kilo, sigara ve ilaç kullanımı, beslenme alışkanlıkları, ek hastalık, aile öyküsü, yaşam tarzı gibi bilgileri sorguladıkları öğrenilmiştir. Eczanelerde tansiyon ölçümünün yasak olduğunu, tansiyon ölçme yetkilerinin olmadığını belirtse de hemen hepsinin eczanelerinde tansiyon ölçümü yapıldığı anlaşılmıştır. Her gelen hastaya ölçüm yapmadıkları, çoğunlukla evde tansiyon aleti olmayan ve takip önerilen hastalar ile baş ağrısı, baş dönmesi gibi şikayeti bulunanlara eczanede tansiyon ölçümü yaptıkları, hastalara bazen tansiyon takip kartı verdikleri, sağlıklı yaşam önerilerinde buldukları, düzenli takip ve düzenli ilaç kullanımını vurguladıkları, sonrasında sağlık kuruluşuna gitmelerini önerdikleri görülmüştür.

Hastaların önerilere uyumunun az olduğu, dağıtılan broşürlerin çok etkili olmadığı, medyadan ve çevrelerinden edindikleri yanlış bilgilerle medikal tedavi yerine bitkisel tedavilere yöneldikleri anlaşılmaktadır. Katılımcılar genelde kadınların ve yaşlıların ilaç uyumunun daha iyi olduğunu, yan etkilerden ve hastalığı kabullenmemekten dolayı erkeklerin uyum sorunu yaşadıklarını, ileri yaşlarda da ölüm korkusundan dolayı uyumların daha iyi olduğunu düşünmektedirler. Katılımcılar, hastalara ilaçlarını kullanmayı bırakmalarını, düzenli kullanmalarını, yan etki ortaya çıkarsa hekimleri ile görüşmeleri gerektiğini önerdiklerini, hekimlerin de hastalara yeterli bilgi vermediklerini ve hastaların ilaçlarını sık değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların ilaç uyum ölçeklerini uygulayamadıkları görülmektedir. Genel olarak hekimlerle iletişim halinde olmadıkları, özel hastane hekimleri ve aile hekimleriyle kısmen iletişim kurabilseler de hekim ve eczacı ilişkilerinin çok başarılı olmadığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların Rehber Eczanem Projesi kapsamında veriler topladığı öğrenilmiştir. Bu programlar dahilinde hastaların birtakım bilgilerini sisteme kaydetmeleri gerektiğini, verilerin sisteme girişinin zor olduğunu ve zaman aldığını, hastaların, özel bilgilerinin kayıt altına alınıyor olmasından rahatsızlık duyduklarını dile getirmişlerdir. Katılımcıların çoğu verilerin baştan girilmesi yerine hekimlerle ortak bir sistem oluşturulup oralardan takip edilmesinin daha uygun olacağını ve hekimlerle iletişim için de faydalı olabileceğini ifade etmiştir. Katılımcıların tamamına yakını bu tür eğitim programlarının faydalı olduğunu ve sürekli tekrarlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan, görsel materyallerin ve kamu spotlarının artırılacağı önerileri de alınmıştır. Bu tür programların katılımcıların hastalara yaklaşımlarına katkıda bulunduğu ve farkındalık sağladığı görülmektedir.

Hasta Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmeleri, Uşak, Erzincan ve Çankırı illerinde toplam 35 hipertansif hasta ile yapılmıştır. Hastaların %29'u kadın, %31'i erkek; %89'u evli, %6'sı bekar, %6'sı boşanmış/dul/ayrı yaşıyor. Hastaların %38'i ilköğretim mezunu, %9'u ortaokul mezunu, %23'ü lise mezunu, %31'i yükseköğretim mezunu olup hastaların %50'si emekli, %14'ü memur, %17'si ev hanımıdır.

Moderatörler tarafından hastalara odak grup görüşmesinin konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Hastalara tanışma kartları dağıtılarak nasıl dolduracakları anlatılmış ve sonrasında tek tek tanışılmıştır. Hastalara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, onamları dâhilinde imzalatılmıştır. Grup kuralları belirlenmiştir. Görüşmede sorulan sorulara içtenlikle, tarafsız bir tutumla fikirlerini samimiyetle paylaşımlarının çok

önemli olduğu belirtildikten sonra görüşmelere başlanmıştır.

1. "Aile Sağlığı Birimlerine hangi hizmetleri almak için gidiyorsunuz?"

Hipertansif hastaların çoğunluğu aile hekimliği sisteminden ve aile hekimlerinden memnun olduklarını söylemiş, kalabalık olmadığı için işlerini hemen halledebildiklerini belirtmişlerdir. Neredeyse tamamı aile hekimine ilaç yazdırmak ve soğuk algınlığı gibi akut sağlık sorunlarının yanında, kronik hastalıklarının takibi ve tahlillerini yaptırmak için gittiklerini bildirmişlerdir. Hipertansiyon hastalığından dolayı takibe gelen hastalar çoğunluğu oluşturmaktadır. Aile hekimliğinden ilaç yazdırma ve kan tahlili dahil birçok hizmetin alındığı belirtilmiştir. Ayrıca hastalar kontrole çağrıldıklarında düzenli olarak gittiklerini söylemişlerdir. Hastalar, aile hekimlerine güven duyduklarından ve hastaneye ulaşmaktansa aile hekimliğine ulaşmanın çok daha kolay olduğundan ve aile sağlığı merkezlerinde sıra beklemediklerinden bahsetmişlerdir. Hastalardan bazıları, üniversite ve devlet hastanelerinden randevu alamadığı için kontrol ve takiplerine ya özel sağlık kuruluşlarına ya da özel sağlık kuruluşları pahalı olduğundan mecburen aile hekimlerine gittiğini söylemiştir. İki hasta memnun olmadığı konu hakkında; aile sağlığı merkezlerinin hijyen hususunda yeterli olmadığını, aile hekimlerinin yeterince muayene etmediğini, istedikleri zaman tahlil yaptıramadıklarını ve bunun için özel hastanelere gitmek zorunda kaldıklarını, aile hekimliğinin sadece ilaç yazma yeri olduğunu ve genelde aynı ilaçları yazdığını söylemişlerdir. Bir hasta aile hekiminin bazen uzmanlardan bile daha iyi tanı koyup bilgi verdiğini belirtmiştir. Bir hasta aile hekimliğinde teknolojik imkanların yetersiz olduğunu ve geliştirilmesi gerektiğini ancak hekimlerimizin bilgisinin yurt dışına göre daha üstün olduğunu söylemiştir.

2. "Tansiyon yüksekliğiniz için nerede ve nasıl tanı konuldu?"

Hastaların çoğu hipertansiyon tanılarının uzun süreli ve şiddetli baş ağrısı, çarpıntı, panik atak gibi belirtiler üzerine başvurdukları hastanelerde uzman hekimler tarafından konulduğunu belirtmişlerdir. Bu hastalığın nedenlerinin ise sigara, stres, genetik, tuzlu ve şekerli yiyecekler, uyku ve çalışma düzensizliği olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların bir kısmı düzenli takip yaptırdıklarında ve ilaçlarını düzenli kullandıklarında bir sıkıntı yaşamadıklarını belirtse de düzenli takip yaptıran hasta sayısının az olduğu görülmüştür. Çoğunluğu da ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade etmiştir. Bir kısım hastada bu hastalığın kendilerinde yorgunluğa sebep olduğunu veya bazı aktivitelerden stresli olma ihtimaline karşı kaçınmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

3. "Tansiyon yüksekliğiniz için nerede tedavi ve takip oluyorsunuz? İlacı ulaşmada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?"

Hastalar genel olarak düzenli kontrole gitmediklerini, herhangi bir sıkıntı yaşamadıklarında hekime başvurmadıklarını ve çoğunlukla ilaç raporları bittiğinde rapor yenilemek için uzman hekimlere gittiklerini, aile sağlığı birimlerini çok tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Sadece birkaç hasta düzenli takiplerini yaptırdığını ifade etmiştir.

Hastaların çoğunlukla ilaçlarını düzenli kullandıkları anlaşılmaktadır. Doktora başvurduklarında ise çoğunlukla sadece ilaç raporunun yenilendiğini ve başka bir şey yapılmadığını belirtmişlerdir. Hastalara reçete edilen ilaçları eczanede alırken ek ödemede bulunup bulunmadıkları sorulduğunda, ilaçtan ilaca değişmekle beraber bazen fark ödediklerini söylemişlerdir.

4. "Tansiyon yüksekliği gibi hastalıklarda, neye/nelere gereksinim olduğunu düşünüyorsunuz? Önerileriniz nelerdir?"

Hipertansif hastalar genel olarak bu tür hastalıklarda sağlıklı beslenme ve stressiz hayatın önemli olduğunu, toplumsal önlemlerden, sosyoekonomik gelişmişlikle, iyi şehirleşme ve altyapı hizmetleriyle bu

tür hastalıkların önlenebileceğini söylemişlerdir. Özellikle çocuk yaşlarda sağlıklı beslenme ve egzersiz konularına önem verilmesi gerektiğini, bu konularda annelerin veya çocuğa bakım veren bireylerin eğitilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Ancak bu durumun ilacı almalarını engellemediğini belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin gerek gördüğünde uzman doktor görüşü alma amacıyla hipertansiyon hastalarını hastaneye sevk ettikleri belirtilmiştir. Başvuru sırasında tansiyon ölçümünün yapıldığını, birtakım risk sorularının sorulduğunu ve sağlıklı yaşam önerilerinde bulunduğu belirtilen hasta sayısı çok azdır. Ayrıca hastaların çoğu genellikle talep doğrultusunda birtakım tetkiklerin yapıldığını belirtmişlerdir. Hastalar kendi tansiyonlarını genellikle kendileri ölçtüklerini, çoğunlukla tansiyonlarının yükselebileceğini hissettiklerinde ölçüm yaptıklarını belirtmişlerdir ve bir kısım hasta da tansiyon aletlerini yanlarında taşıdıklarını ifade etmişlerdir.

5. “Genel olarak aile sağlığı merkezinde size sağlıklı beslenme, fizik aktivite, sigara bırakma ya da alkol almama gibi öneriler ne sıklıkla söyleniyor?”

Hipertansif hastalar genel olarak yürüyüş, kilo verme, bol su içme, tuz, şeker ve undan uzak durma gibi önerilerde bulunduğu belirtilmiştir ancak bu önerilerin çok sık olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca kendisi sigara kullanan doktorlar tarafından sigara kullanmama gibi önerilerin yapılmadığını da ifade etmişlerdir. Çoğu hastanın bu önerilere uyum sağlayamadığı, ihmal ettiği veya vakit ayırmadığı, düzenli fiziksel aktivite yapmadığı görülmüş olup beslenme durumlarına kültürel olarak dikkat edemediklerini, karbonhidrat ağırlıklı beslendikleri görülmüştür. Hastaların geneli, ellerinden geldiği kadar yürüyüş yapmaya çalıştıklarını, ancak bazıları bel fıtığı, diz problemi, çarpıntı gibi nedenlerle yeterince spor ve yürüyüş yapamadıklarını söylemişlerdir. Hastaların çoğu aile sağlığı birimlerinden takip için aranmadıklarını belirtmişlerdir, sadece birkaç hasta ise düzenli takibe gittikleri için aranma ihtiyacı olmadığını ifade etmiştir. Hastaların tamamına yakını hipertansiyon için takip kartı verilmediğini ve kardiyovasküler hastalık risk skorlaması yapılmadığını belirtmiştir. Ayrıca broşürlerin dağıtılmadığını, birtakım broşür olsa da tam anlayamadıklarını, sağlıklı yaşam önerilerini içeren broşürlerin de olmadığını belirtmişlerdir.

6. “Aile sağlığı merkezinde hizmet alırken sağlık personeli ve diğer personelle iletişiminizi açıklar mısınız?”

Hastalar genel olarak aile sağlığı birimlerinde herhangi bir sorun yaşamadıklarını, iletişim konusunda memnun olduklarını, anlamadıkları kelimeleri kullanılsa da sordukları takdirde hemen açıklandığını belirtmişlerdir. Bazı hastalar bilmedikleri konularda internetten ve sosyal medyadan bilgi aldıklarını belirtse de bunlara tam güven duymadıkları anlaşılmaktadır ve bir kısım hastanın da bilgi konusunda uzman doktora güven duydukları görülmektedir. Hastalar, muayene sırasında kapıların her zaman kapatıldığını, mahremiyete önem verildiğini belirtmişlerdir. Hastalar takviye olarak sarımsak veya limon kullandıklarını ifade etseler de tamamlayıcı besinler için ilaçlarını bırakmayacaklarını belirtmişlerdir. Hastalar aile sağlığı merkezlerinde broşürleri görmediklerini veya doktorlarının vermediğini, bazı hastalar broşürlerden öğrenecek bir şey olmadığını, broşürlerdeki bilgileri zaten bildiklerini, bilmediklerini ise araştırıp sorarak öğrenebildiklerini, o yüzden broşürlere gerek olmadığını ifade etmişlerdir.

Bir kısım hasta hipertansiyon takibinin aile sağlığı birimlerinde daha kolay olabileceğini ve böylece hastanelerdeki stresli ortamdan uzak kalılabileceğini belirtse de; bazı hastalar ise takip için uzman doktorların özellikle de kardiyoloji doktorlarının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar genel olarak doktora başvurduklarında birtakım tetkiklerin talebe bağlı değil de rutin yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bazı hastalar ise özellikle aile öyküsü olan kişilerde risk değerlendirilmesi yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

Hasta odak grup görüşmesi genel sonuç

Görüşmeler neticesinde hipertansif hastaların çoğunluğu aile hekimliği sisteminden ve aile hekimlerinden memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Hastaların tamamına yakını aile hekimlerine ilaçlarını yazdırmak için gittiklerini, yarısı tansiyon ölçümü, tahlil ve takip için aile hekimine gittiğini, sadece rapor süresi dolunca uzman hekime başvurduğunu söylemiştir. Bu sonuçtan odak grup görüşmesi yapılan hastaların hepsinin birinci basamak aile hekimliği sistemini kullanan hipertansiyon hastalarından oluştuğunu ve odak grubun projenin amacına uygun özelliklere sahip hastalardan oluşturulduğunu söyleyebiliriz. Hastalar genel olarak aile sağlığı birimlerinde herhangi bir sorun yaşamadıklarını, iletişim konusunda memnun olduklarını, anlamadıkları kelimeler kullanılsa da sordukları takdirde hemen açıklandığını belirtmişlerdir.

Az sayıda hasta (iki hasta) aile sağlığı merkezlerinin hijyen hususunda yeterli olmadığını, aile hekimlerinin yeterince muayene etmediğini, istedikleri zaman tahlil yaptıramadıklarını ve bunun için özel hastanelere gitmek zorunda kaldıklarını, aile hekimliğinin sadece ilaç reçete etme yeri olduğunu ve genelde aynı ilaçları reçete ettiklerini söylemişlerdir. Hastalar genel olarak yürüyüş, kilo verme, bol su içme, tuz, şeker ve undan uzak durma gibi önerilerde bulunulduğunu belirtmişlerdir. Ancak bu önerilerin çok sık olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca kendisi sigara kullanan doktorlar tarafından, sigara kullanmama gibi önerilerin yapılmadığını da ifade etmişlerdir. Hastaların tamamına yakını hipertansiyon için takip kartı verilmediğini ve kardiyovasküler hastalık risk skorlaması yapılmadığını belirtmiştir. Ayrıca broşürlerin dağıtılmadığını, birtakım broşür olsa da tam anlayamadıklarını, sağlıklı yaşam önerilerini içeren broşürlerin de olmadığını belirtmişlerdir.

BÖLÜM 8

PROJE SÜREÇLERİNİN VE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde örneklem tanımı çerçevesine uygun olarak Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından rastgele seçilen hastaların kayıtları; hem başlangıç değerlendirmesinde hem de final değerlendirmesinde geriye doğru incelenerek, fizik muayene ve laboratuvar tetkik yapılma oranlarının başlangıçtaki ve finaldeki değişim oranı karşılaştırılmış olup yapılan diğer müdahale ve çalışmaların sonuçlarına da yer verilmiştir.

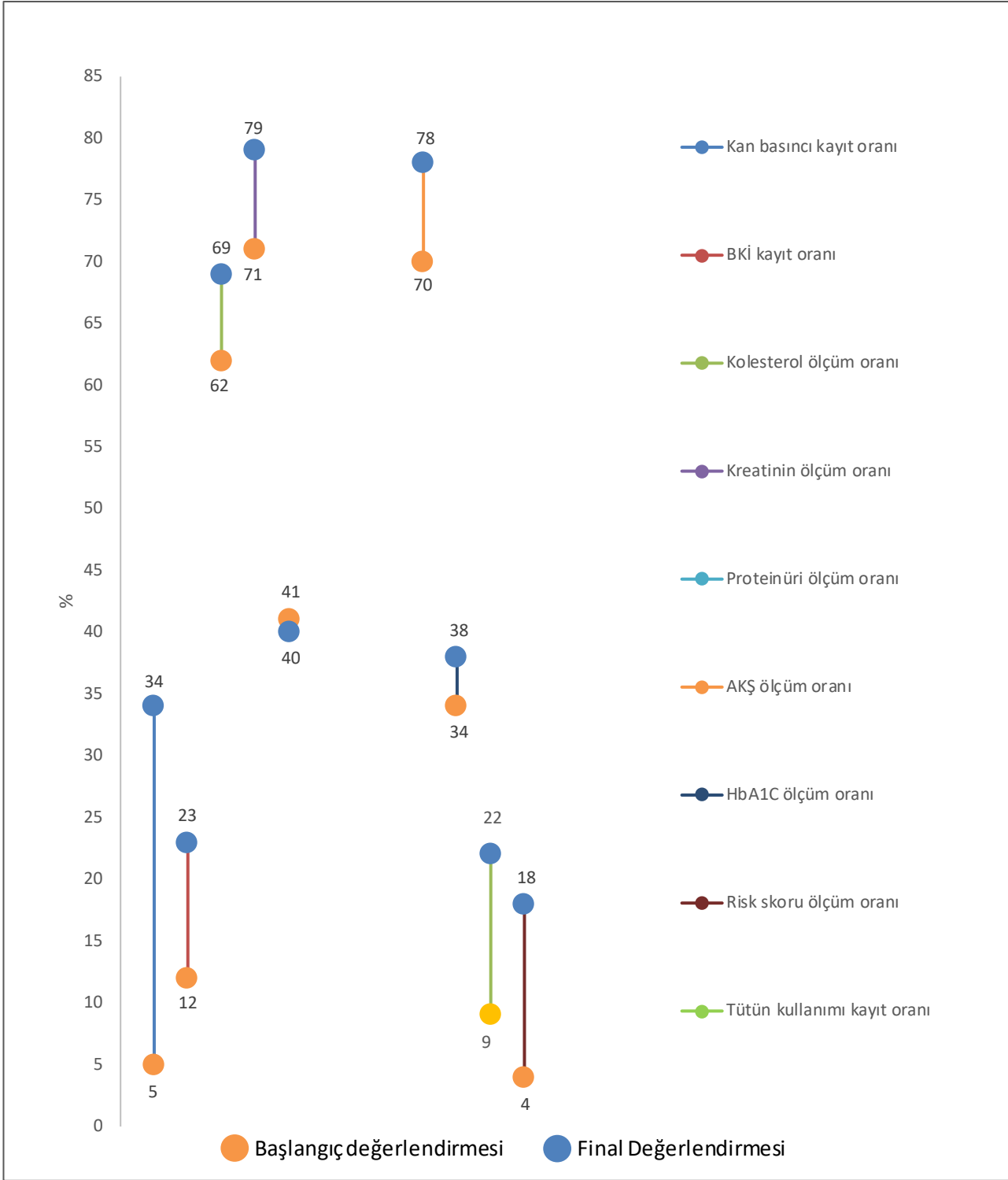
Başlangıç ve final değerlendirmelerinden önce Sağlık Bakanlığı kayıtlarından proje illeri ve Türkiye geneli için HT prevalansı incelenmiştir. Aynı zaman periyodunda her üç proje ilinde ve bunlara paralel olarak Türkiye genelinde HT prevalansında artış gözlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı kayıtları bireylere HT tanısı konulan sağlık kuruluşları bakımından incelendiğinde Türkiye genelinde çoğunlukla ikinci basamakta HT tanısı konulduğu görülmüştür. Proje illerimizde özellikle Çankırı'da, birinci basamakta HT tanısı konulma oranının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca zamansal periyotta 3 proje ilimizde de birinci basamakta HT tanısı koyma oranında artış görülmüştür.

Bunun yanında, hastalara tanı koyma yerlerine bakıldığında Türkiye genelinde daha çok ikinci basamakta HT tanısı konduğu görülmüştür. Proje illerimiz arasında birinci basamakta HT tanısı konulma oranının en yüksek Çankırı'da olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca final değerlendirmesi öncesi yapılan prevalans incelemesinde; zamansal periyotta 3 proje ilimizde de birinci basamakta HT tanısı konulma oranında artış görülmüştür.

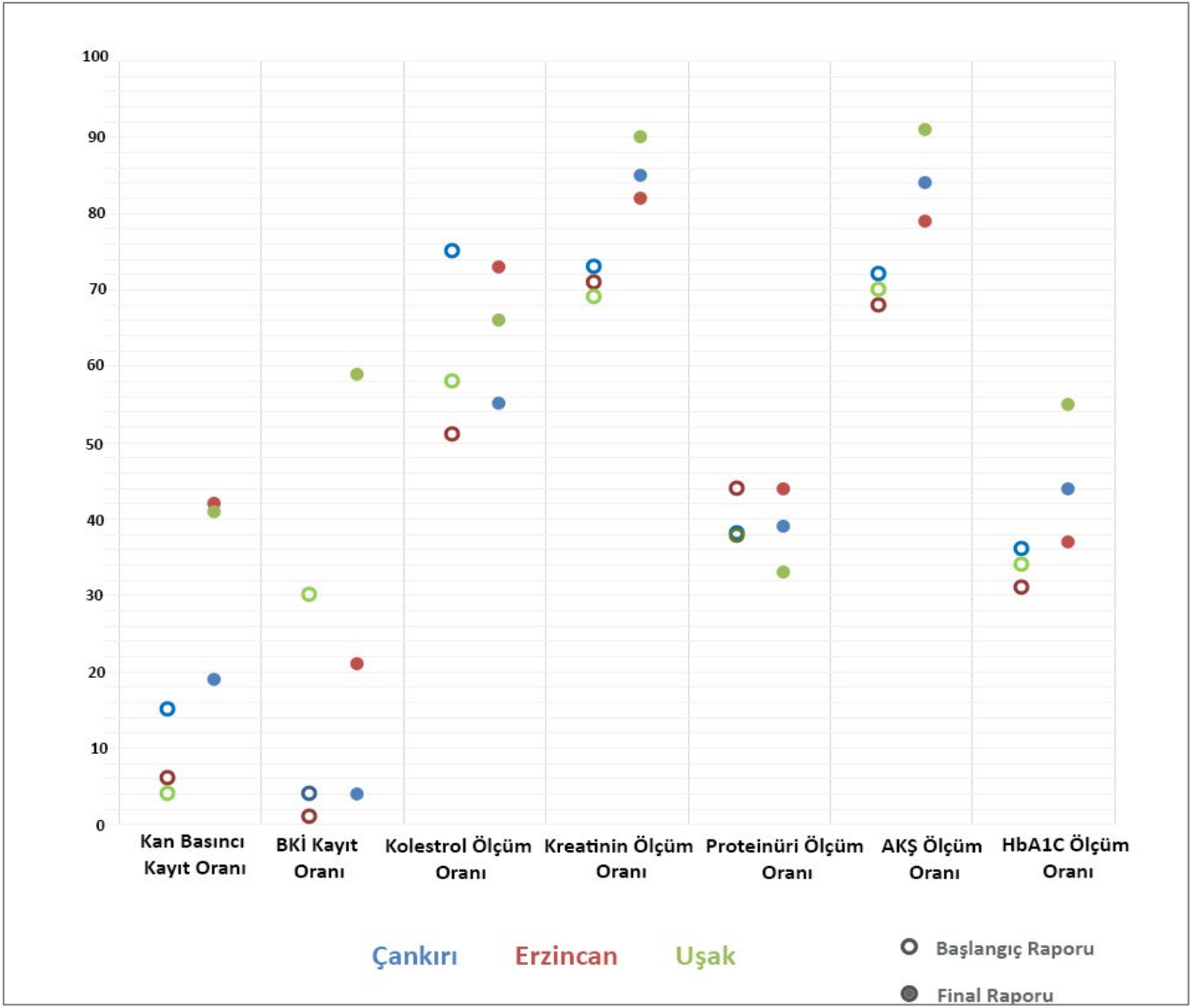
Çalışmada AHBS'deki sağlık kayıtlarından, örnekleme alınan hastalar ile yapılan yüz yüze görüşmelerden ve anket formlarından, eğitim verilen AH'ler ve ASÇ'ler ile yapılan odak grup görüşmelerinden farklı zaman dilimlerinde çalışmanın verileri toplanmış olup ulaşılan verilere ilişkin tanımlayıcı ve istatistikî bilgilere ulaşmada paket programlardan yararlanılmıştır.

HT açısından risk faktörü olarak; tütün kullanımı, kolesterol düzeyi, beden kütle indeksi, kreatinin düzeyi, açlık kan şekeri düzeyi, HbA1c düzeyi, idrar mikroskopisi değerleri ile kardiyovasküler risk skoru ve yaşam tarzı değişikliği önerilerine ilişkin AHBS sistemine kaydedilmiş veriler üzerinde yapılan incelemede başlangıç ve final değerlendirmesi arasında görülen değişim oranları Şekil 34'de sunulmuştur.



Şekil 34 Hipertansif hastaların fizik muayene ve laboratuvar tetkik yapılma oranlarındaki değişim (%)

Çalışma kapsamında takip edilen risk faktörlerinin başlangıç ve final değerlerinin illere göre değişimi Şekil 35'te sunulmuştur.



Şekil 35 İllere göre hipertansif hastaların fizik muayene ve laboratuvar tetkik yapılma oranlarındaki değişim (%)

Başlangıç değerlendirmesinde KB kayıt oranı; Çankırı’da %7 (21), Erzincan’da %5 (16), Uşak’ta %4 (13) olup çalışma kapsamındaki iller toplamında %5 (50) düzeyindedir. Mevcut durum değerlendirmesinde KB kontrol oranı ise; Çankırı’da %43 (9), Erzincan’da %25 (4), Uşak’ta %77 (10) olup toplam %46 (23) düzeyindedir.

Final değerlendirmesinde KB kayıt oranı Çankırı’da %19 (59), Erzincan’da %42 (132), Uşak’ta %41 (132) ve toplamda %34 (323) düzeyine yükseldiği görülmüştür. KB kontrol oranı ise Çankırı’da %44 (26), Erzincan’da %60 (79), Uşak’ta %61 (81) ve iller toplamında %58 (186) düzeyindedir. Başlangıç ve final değerlendirmesinde KB kayıt ve KB kontrol oranları karşılaştırıldığında kayıt oranında %29, kontrol oranında %12’lik bir artış sağlandığı ve ölçüm yapılan birey sayısında da ciddi artış olduğu görülmektedir.

Tütün kullanım bilgilerinin AHBS sistemine kayıt oranı başlangıç değerlendirmesinde %9 (54) oranındadır. Uşak’ta sisteme otomatik olarak “tütün kullanmıyor” verisinin kaydedildiği tespit edildiğinden Uşak verileri başlangıçta değerlendirmeye alınmayarak ilgililere kayıtların sağlıklı bir şekilde yapılması hususunda gerekli uyarılar yapılmıştır. Bu doğrultuda final değerlendirmesinde bütün proje illerinde tütün kullanımına ilişkin yapılan kayıt oranında artış görülmekle birlikte başlangıçta %9 (54) olan kayıt oranı

%22'ye (212) yükselmiştir.

Başlangıç değerlendirmesinde %12 (113) olan BKİ kayıt oranı final değerlendirmesinde %23'e (218) yükselmiştir. Çankırı da BKİ ölçüm oranı %4 düzeyinde aynı kalmakla birlikte, diğer proje illerine göre başlangıç değerlendirmesinde de BKİ ölçüm oranı yüksek olan Uşak'da %31'den %43'e, Erzincan'da ise %1'den %21'e yükselmiştir.

Kolesterol ölçüm oranı başlangıç değerlendirmesinde %62 (598) oranındadır. Kolesterol değeri bilinen hipertansif hastaların %31'inin (187) kolesterol değeri 189 ve altında, %69'unun (411) ise 190 ve üstünde bulunmuştur. Final değerlendirmesinde kolesterolü ölçülen kişi oranı %69'a (655) yükselmiş olmakla birlikte, kolesterol değeri bilinen hipertansif hastaların %38'inin (250) kolesterol değeri 189 ve altında, %62'sinin (405) ise 190 ve üstünde olduğu görülmüştür.

Proje kapsamında değerlendirilen tetkik türleri içerisinde en fazla kreatinin tetkiki yapıldığı görülmüş olup başlangıç değerlendirmesinde kreatinin değeri ölçülen kişi oranı %71'dir (683). Mevcut durum değerlendirmesinde kreatinin ölçümü referans alınarak hesaplanan e-GFH değerleri çoğunlukla normal referans değer aralığında bulunmakla birlikte Uşak'ta böbrek fonksiyon kaybı diğer iki ile göre görece daha düşüktür. Final değerlendirmesinde kreatinin değeri ölçülen hipertansif hasta oranı %79'a (748) yükselmiş olup, e-GFH değerleri incelendiğinde; Çankırı'da böbrek fonksiyon kaybının diğer iki ile göre yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Başlangıç değerlendirmesinde proteinüri değeri ölçülen kişi oranı %41 (390) olup proteinüri düzeyi pozitif olan kişi oranı %7'dir (29). Proteinüri değeri ölçümü yapılmış kişi oranı final değerlendirmesinde %1'lik düşüşle %40 (377) olup proteinüri değeri ölçülenlerin %15'inin (55) değeri pozitifdir.

Hipertansif bireylerde AKŞ ölçümü başlangıç değerlendirmesinde %70 (675) düzeyindedir. Çankırı'da kan şekeri ölçülen bireyler içinde diyabetiklerin oranı %32 (73) olup diğer iki ile göre yüksektir. Final değerlendirmesinde kan şekeri ölçülen kişi sayısı örneklemin %78'idir (742). Final değerlendirmesinde de Çankırı, proje illeri arasında diyabetik yoğunluğu açısından birinci sıradadır.

HbA1c değeri ölçümü, başlangıç değerlendirmesinde örneklemin %34'üne (324) yapılmış olup ölçüm yapılan bireylerin %52'sinin (169) diyabetik olduğu görülmüştür. Final değerlendirmesinde ise örneklemin %38'ine (357) HbA1c ölçümü yapıldığı ve bu bireylerin %42'sinin (150) diyabetik olduğu tespit edilmiştir.

SCORE Türkiye ile ölçeği ile yapılan kardiyovasküler risk değerlendirme oranı, başlangıç değerlendirmesinde araştırma grubunun %4'ü (34) düzeyindeki iken bu oran final değerlendirmesinde %18'e (170) ulaşmıştır.

AHBS'de araştırma grubuna ait sağlık kayıtlarında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımına yönelik danışmanlık önerisine dair kayıt bulunup bulunmadığı incelenmiş ve yaşam tarzı değişikliği önerisinin; başlangıç değerlendirmesinde hipertansif hastaların %9'una (83), final değerlendirmesinde ise %23'üne (218) yapılmış olduğu görülmüştür.

Örnekleme dahil edilen bireylerde HT'ye eşlik eden hastalıklar bakımından; diyabet, KKH, SVH ve kronik böbrek hastalığının varlığı araştırılmıştır.

Başlangıç değerlendirmesinde HT'ye ek olarak diyabet tanısı alanların oranı %36 (349) olup yaş

grupları bazında diyabet görülme sıklığı 65 yaş üzerinde %42 (217) ile birinci sıradadır. Başlangıç değerlendirmesinde, HT tanısı alıp diyabet tanısı konulmamış olanların %8'i (73) aşikar diyabet grubundadır. Final değerlendirmesinde ise HT'ye ek olarak diyabet tanısı alanların toplam örneklem içindeki oranı %39 (370) olup örneklem genelinde diyabet tanısı olmadığı halde HbA1c testi yaptırmış kişilerin %1'inin (11) aşikar diyabet grubunda olduğu görülmüştür.

HT ile birlikte koroner kalp hastalığı tanısı konanlar başlangıç değerlendirmesinde örneklemin %35'ini (333), final değerlendirmesinde ise %45'ini (429) oluşturmaktadır. Yaş grupları bazında değerlendirildiğinde, diyabete benzer olarak 65 yaş üstünde HT ile birlikte KKH görülme sıklığı en yüksektir.

Başlangıç değerlendirmesinde, AHBS üzerinden seçilmiş 18 yaş üstü hipertansif hastalardan oluşan örneklemin %11'inde (110) SVH tanısının mevcut olduğu görülmüştür. HT'ye ek olarak SVH görülme sıklığı erkeklerde ve kadınlarda %10 düzeyindedir. Final değerlendirmesinde HT'ye ek olarak SVH tanısı alanların oranı %19'a (177) yükselmiş olup SVH görülme sıklığı kadınlarda ve erkeklerde %19 düzeyindedir.

HT ye eşlik edip etmediği sorgulanan dört hastalıktan en az görüleni kronik böbrek hastalığı olup başlangıç değerlendirmesinde %3 (30), final değerlendirmesinde ise %4 (38) düzeyindedir.

AHBS'de yer alan araştırma grubuna ait sağlık kayıtlarında; antihipertansif, antidiyabetik, statin türü ve ASA türü ilaçların kullanımına dair kayıtlar incelenmiştir.

18 yaş ve üzeri hipertansif hastalardan oluşan örnekleimde, düzenli antihipertansif ilaç kullanım oranı başlangıç değerlendirmesinde %49 (476) iken finalde %61'e (565) yükselmiştir. Araştırma grubundaki hastalardan daha önce hiç antihipertansif ilaç reçete edilmeyenlerin oranı ise %26'dan (252), %19'a (183) düşmüştür. Antihipertansif ilaç kullanımı ve KB değerleri birlikte incelendiğinde; başlangıç değerlendirmesinde kan basıncı ölçülen hipertansif bireylerin %20'sine (10) hiç reçete yazılmamış iken bu oran finalde %13'e (42) düşmüştür. HT tedavisinde kullanılan ilaçlar, altı farklı gruptan oluşmaktadır. Başlangıç değerlendirmesinde yapılan analizde en sık kullanılan antihipertansif ilaç grubunun %25 (264) ile ARB'ler olduğu ve bu gruba %23 (241) ile beta bloke edici ajanların izlediği görülmüştür. Çalışma kapsamında, HT tedavisinde kullanılan ilaç türleri ile ilgili herhangi bir müdahale gerçekleştirilmediğinden final değerlendirmesinde de bir değişiklik olacağı öngörülmemiş ve en sık kullanılan antihipertansif grupları tekrar incelenmemiştir.

HT'ye ek olarak diyabet tanısı almış hastaların antidiyabetik kullanım durumları incelenmiştir. Bu grupta yer alan hastaların başlangıç değerlendirmesinde %54'ü (188) düzenli olarak antidiyabetik ilaç kullanıyor iken %17'sine (60) hiç antidiyabetik ilaç yazılmamıştır. Final değerlendirmesinde HT ve diyabet tanılı hastaların %56'sının (206) düzenli antidiyabetik ilaç kullandığı ancak %24'üne (89) ise hiç antidiyabetik ilaç reçete edilmediği görülmüştür.

Kolesterol değeri ölçülmüş kişilerin statin kullanım durumları incelenmiştir. Kolesterol değeri bilinen hastaların, başlangıç değerlendirmesinde %12'si (69) düzenli olarak statin türü ilaç kullanıyor iken final değerlendirmesinde bu oran %15'e (95) yükselmiştir. Bunun yanında, kolesterol değeri bilinen HT tanılı hastaların başlangıç değerlendirmesinde %77'sine (459) hiç statin türü ilaç reçete edilmemiş iken bu oran final değerlendirmesinde %76'ya (495) düşmüştür.

Araştırma grubunda yer alan kişilerden HT'ye ek olarak koroner arter hastalığı bulunanlarda ASA kullanım durumları incelenmiştir. Buna göre, bu grupta yer alan kişilerin başlangıç değerlendirmesinde %34'ü (112) düzenli olarak ASA türü ilaç kullanıyor iken finalde bu oran %37'ye (158) yükselmiştir. ASA türü ilaç fiyatlarının

muayene ücretlerinden düşük olması nedeniyle bu grupta yer alan ilaçların hastalar tarafından reçetesiz bir şekilde doğrudan eczaneden alındığı bilinmektedir. Bu sebeple ASA türü ilaçların reçete edilme oranının diğer ilaç türlerinden daha düşük düzeyde gerçekleştiği görülmüştür.

Proje kapsamında AH ve ASÇ'lere yönelik olarak düzenlenen eğitimler neticesinde; illere göre eğitime katılan hekim ve ASÇ'lerin ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiş olup eğitim sonuçları sağlık personellerinin konulara ilişkin mesleki becerilerini geliştirebilmesi için ülke genelinde eğitim ihtiyacını ortaya koymakta ve eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.

AH ve ASÇ'lerin eğitim sonrasında izlem parametreleri doğrultusunda hastalarına müdahale etmeye çalıştıkları görülmüştür. HT izlem rehberi doğrultusunda düzenli izlemlerin gerçekleştirilmesi için zamana ihtiyaç olduğu gözlenmiştir. Hekimler ve aile sağlığı çalışanlarında konuya ilişkin davranış değişikliğinin hatırlatmalarla mümkün olacağı öngörülmüş ve buna ilişkin hatırlatmalar yapılmıştır.

22.07.2019- 26.07.2019 tarihleri arasında rastgele seçilen 15 aile hekimliği birimine ildeki sağlık yöneticileri ve eğitimcileri ile birlikte gerçekleştirilen ziyaret ile ara değerlendirme gerçekleştirilmiştir. HT tanısı alan ve rastgele belirlenen 75 hasta ile görüşülmüş ve hastalarla yapılan görüşmelerde; hastaların %93'ünün (70) kan basıncının ASÇ tarafından doğru ölçüldüğü görülmüştür. Hastaların %45'inin (34) her başvurusunda kan basıncının ölçüldüğü, %93'ünün (70) reçete edilen tüm ilaçlarını aldığı, %19'unun (14) ilacını almak için cepten ödeme yaptığı, %93'ünün (70) ilaçlarını doğru anladığı, %75'inin (56) kan basıncı ölçüm değerine yönelik bilgi sahibi olduğu, %68'inin (51) kan basıncının referans aralık değerlerine yönelik bilgisinin bulunduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında yapılan uygulamaların AH, ASÇ, hasta ve eczacıların bakış açısı ile değerlendirilmesi amacı ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde AH ve ASÇ'ler; genel olarak proje kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların HT farkındalığını artırdığı, tansiyon ölçümünün yaygınlaşmasının HT'nin erken teşhisi yönünde etkisinin olduğu ancak mevcut kapasiteleri ile taramaların istenilen sıklıkta gerçekleştirilmesinin güç olduğu hususunda görüş bildirmişlerdir. AH, ASÇ ve eczacıların ortak görüşü; halkın konuya ilişkin farkındalığının artırılmasının HT kontrolüne katkıda bulunacağı yönündedir.

Seçilmiş olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında eğitim ve izleme ile kan basıncı kontrolünü önemli düzeyde artırmanın mümkün olduğunu göstermek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada; AHBS üzerinden, HT tanısı almış 18 yaş ve üstü hastalardan oluşan örnekleme seçilmiş kişilerin 24.02.2019-23.02.2020 tarihleri arasında dört periyotta kan basıncı ölçüm değerlerinin sisteme kaydedilip edilmediği de kontrol edilmiştir. Sadece bir kez kan basıncı ölçülen hipertansif birey oranında artış söz konusu olsa da Sağlık Bakanlığı kılavuzuna uygun sıklıkta tam izlenen kişi sayısı çok düşük bulunmuştur (5 kişi). Her ne kadar proje kapsamında kan basıncı kontrol oranının hesaplanmasında iki ölçüm sonucunun yeterli olacağı kararlaştırılmış olsa da Sağlık Bakanlığı kılavuzuna uygun şekilde yapılmış izlem sayısının da zaman içinde artacağı düşünülmektedir.

ASÇ'lerin çoğunluğunun tansiyon ölçümünü doğru yaptığı ve aile hekimleri ile iş birliği içinde çalışıyor oldukları gözlemlenmiştir. ASM'lerde HT hastalarının çoğuna hastalıkları, tedavi planları ve sağlıklı yaşam önerileri konusunda danışmanlık hizmetlerinin verildiği belirlenmiştir.

Muayeneye gelen hastalara HT broşürlerinden de verildiği saptanmıştır. AH ve ASÇ'lerde de HT

hastalığı konusunda bir farkındalık oluştuğu gözlemlenmiştir. HT izlem rehberi doğrultusunda düzenli izlemlerin gerçekleştirilmesi için zamana ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Hekimlerin, hastaların kan basıncının düzenlenmesinde AHBS’de kayıtlı olduğu görülen uzun süreli ilaç kullanım raporları doğrultusunda ilaç tedavisi uygulamakta oldukları, ayrıca eşlik eden diğer risk faktörlerinin farklı düzeylerde takibinin gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Diğer yandan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında HT takibi yapılan hastaların bulunabileceği ancak bu hastalara ait takip verileri AHBS’de bulunmadığından aile hekimine kayıtlı olup hizmet almak için fiili başvuru yapmayan hastaların kan basıncı ve risk faktörleri açısından takiplerinin yapılmadığı gözlenmektedir.

Hekimlerin, hastalarının tedavi planlarını düzenlediği veya başka hekim/uzman hekim tarafından yapılmış olan tedavi planını uyguladıkları görülmüştür. Hastaların tedaviye erişim problemi bulunmamaktadır. Sağlık kayıtlarında yer alan veriler incelendiğinde 65 yaş üstü hipertansif bireylerin HT tanısıyla yılda 3,5 kez sağlık hizmetine başvurduğu halde izlemin bulunamaması hizmet kalitesinin artırılması gerektiğine işaret etmektedir. ASM’lerden hizmet almak için başvurmayan hastalara da ek bir çaba ile ulaşılması hekimin popülasyonundaki tedavi durumunu net olarak görmesini sağlayacaktır. Bu açıdan kendisine kayıtlı ama bu birimden hizmet almayan hastalara da ulaşma konusunda çaba sarfetmesinin fayda sağlayabileceği belirtilmiştir.

Hekimlerinin çoğunlukla hastalarının KB değerlerini ölçtüğü fakat bu ölçüm değerlerinin aynı oranda AHBS’de kayıt altına alınmadığı görülmüştür. Bu nedenle her ne kadar ölçüm yapılmasında önemli derecede artış olsa da kaydetme alışkanlığı yeteri kadar gelişmediğinden kayıt altına alınmada istenilen düzeyde olmadıkları görülmüştür. Bunun sebeplerinden birisinin de AHBS olduğu tespit edilmiştir. Kan basıncı değerleri AHBS’ye üç farklı yolla kayıt edilebilmektedir. Fakat bu yöntemlerden birisinde yapılan kayıtlara daha sonra tekrar bakıldığında kaydın mevcut olmadığı görülmüştür. Ülkemizde sağlık kayıtları elektronik kayıt sistemine kayıt edilmekte olup fiziki hasta kartı uygulaması bulunmamaktadır.

Ülkemizde hipertansif hastaların sağlık hizmetine ve ilaca erişimine dair bir sorun olmamakla birlikte proje kapsamındaki eğitimler, rehberler ile tanı koyma ve hastaların kayıtlarını tutmada bir artış olduğu gözlenmiştir. Sunulan hizmetin kalitesinin artırılması, erken teşhisin önemini kavranması, hasta izleminde düzenlilik ve sürekliliğin sağlanması, riskli hastaların daha yoğun ve öncelikli takibi, basit güncel algoritmalar geliştirilmesi, tedaviye uyumun artırılması, risk faktörlerinin yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve multisektörel işbirliklerinin geliştirilmesi kan basıncının kontrol altına alınması için geliştirilecek noktalar arasındadır.

EKLER

Ek-1 Proje Göstergeleri

İndikatör 1: Hipertansiyon tedavisi görenler için kan basıncının altı aylık kontrolü:

Hipertansiyon tedavisi için sağlık tesisinde kayıtlı olan ve kan basıncı tedavinin başlamasından 6 ay sonra kontrol edilen hastaların oranı

İndikatör 2: Hipertansiyonlu kişilerin kan basıncı kontrolü:

Bölge, il ya da eyalet gibi belirli bir coğrafi alandaki sağlık tesislerinde kontrollü kan basıncı olan hipertansiyonlu kişilerin oranı

İndikatör 3: Hipertansiyonlu kişilerin kan basıncı kontrolü:

Nüfusta kontrollü kan basıncı olan tüm hipertansif kişilerin oranı

İndikatör 4: Hipertansiyonlu kişilerin kan basıncı kontrolü:

Kalp hastalıklarını ve felçleri önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık alan (glisemik kontrol dahil) uygun bireylerin* (halen kardiyovasküler hastalığı olanlar da dahil 10 yıl içerisinde kardiyovasküler riski \geq %30 olan 40 yaş ve üstü bireyler olarak tanımlanmıştır) oranı

* "Uygun kişiler" teriminin kullanılması, diğerlerinin tedavi görmemesi gerektiği anlamına gelmez. Ülkeler, ulusal rehberlerin tanımladığı yüksek risk altındaki kişileri içeren analizleri göz önüne almak isteyebilir

Not: İndikatörler hakkında daha fazla bilgi için bkz. http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf

Ek-2 Başlangıç ve final değerlendirmesi anket formu

ANKET SORULARI	
1	Kayıt kodu
2	Veri toplama tarihi
3	şehir
4	ilçe
5	AHB kodu
6	Doğum tarihi
7	Cinsiyet
8	Tütün kullanım durumu
9	Hipertansiyon tanı kodu {ICD10=I10-I15}
10	Hipertansiyon tanı tarihi
Kan Basıncı Ölçümü ve Tetkikler Bölümü	
11	Kayıtlarınızda Kasım 2019'dan 23 şubat 2020'ye kadar bir veya daha fazla kan basıncı ölçümü var mı? (E / H)
11.1	En son kan basıncı ölçümünün tarihi
11.2	En son sistolik kan basıncı değeri (mmHg)
11.3	En son diastolik kan basıncı değeri (mmHg)
12	Kayıtlarınızda Ağustos, Eylül, Ekim 2019 tarihlerinde bir veya daha fazla kan basıncı ölçümü var mı? (E / H)
12.1	En son kan basıncı ölçümünün tarihi
12.2	En son sistolik kan basıncı değeri (mmHg)
12.3	En son diastolik kan basıncı değeri (mmHg)
13	Kayıtlarınızda Mayıs, Haziran, Temmuz 2019 tarihlerinde bir veya daha fazla kan basıncı ölçümü var mı? (E / H)
13.1	En son kan basıncı ölçümünün tarihi
13.2	En son sistolik kan basıncı değeri (mmHg)
13.3	En son diastolik kan basıncı değeri (mmHg)
14	Kayıtlarınızda şubat, Mart, Nisan 2019 tarihlerinde bir veya daha fazla kan basıncı ölçümü var mı? (E / H)
14.1	En son kan basıncı ölçümünün tarihi
14.2	En son sistolik kan basıncı değeri (mmHg)
14.3	En son diastolik kan basıncı değeri (mmHg)
15	Beden Kütle İndeksi(BKİ) ölçümü var mı? (E / H)
15.1	En son BKİ ölçüm tarihi
15.2	En son BKİ ölçüm değeri

16	Kayıtlarınızda bir veya daha fazla Açlık Kan Şekeri (AKŞ)=(Glikoz) ölçümü var mı? (mg /dL) (E / H)
16.1	En son AKŞ değerinin tarihi
16.2	En son AKŞ değeri
17	Kayıtlarınızda bir veya daha fazla HbA1c ölçümü var mı? (E / H)
17.1	Ölçümün yapıldığı tarih
17.2	En son HbA1c değeri
18	Kayıtlarınızda bir veya daha fazla toplam Kolesterol ölçümü var mı? (mg /dL) (E / H)
18.1	En son toplam kolesterol ölçüm tarihi
18.2	En son total kolesterol değeri
19	Kayıtlarınızda bir veya daha fazla Kreatinin ölçüm değeri var mı? (mg /dL) (E / H)
19.1	En son kreatinin ölçüm tarihi
19.2	En son kreatinin ölçüm değeri
20	Kayıtlarınızda bir veya daha fazla idrar tahlili Proteinüri ölçüm değeri var mı? (E / H)
20.1	En son ptoteinüri ölçüm tarihi
20.2	En son ptoteinüri ölçüm değeri (0,1)
Eşlik Eden Hastalıklar Bölümü	
21	Diyabet hastalığı var/yok (Tip 1=E10, Tip 2=E=11, Yok)
21.1	Diyabet ilk tanı tarihi
22	Koroner kalp hastalığı var/yok (I20,I21, I22, I23,I24,I25)
22.1	Kroner kalp hastalığı ilk tanı tarihi
23	Serebrovasküler hastalığı var/yok (I60-I69) arası
23.1	Serebrovasküler hastalık ilk tanı tarihi
24	Kronik böbrek hastalığı var/yok (N 18-19)
24.1	Kronik böbrek hastalığı ilk tanı tarihi
İlaç Reçetesi Bilgi Bölümü	
25	Son iki yılda, hastaya aşağıdaki ilaç türlerinden hangileri için rapor yazılmıştır?
	Antihipertansif Antihiperlipidemik Antidiyabetik
25	Hastaya anti-hipertansifler reçete edilmiş mi? (E / H)
25.1	Hastaya en son anti-hipertansif reçete edilen tarih
25.2	Anti hipertansif ilaç 1
25.3	Anti hipertansif ilaç 2
25.4	Anti hipertansif ilaç 3
25.3	Anti hipertansif ilaç 4
25.4	Anti hipertansif ilaç 5
26	Hastaya asetilsalisilik asit (ASA veya aspirin) reçete edilmiş mi? (E / H)
26.1	Hastaya en son ASA reçete edilen tarih
26.2	Recete edilen ASA ilacı
27	Hasta statin (C10 - Lipid Metabolizması İlaçları) reçete edilmiş mi? (E / H)
27.1	Hastaya en son statin reçete edilen tarih
27.2	Recete edilen statin ilacı
28	Hastanın diyabet tanısı varsa antidiyabetik reçete edilmiş mi? (E / H)
28.1	Hastaya en son antidiyabetik reçete edilen tarih
28.2	Diyabet ilaçları 1

28.3	Diyabet ilaçları 2
28.4	Diyabet ilaçları 3
28.5	Diyabet ilaçları 4
SCORE TR ve Yaşam Tarzı Önerileri Bölümü	
29	Hasta için SCORE TR risk skoru kaydı var mı? (E / H)
29.1	Risk puanının en son hesaplandığı tarih nedir?
29.2	Hasta için en son SCORE TR risk değeri nedir? (%)
30	Yaşam tarzı değişikliği
30.1	Sağlıklı beslenme önerileri
30.2	Fiziksel aktivite önerileri
30.3	Sigara bırakma önerileri
30.4	Alkol bırakma önerileri
31	Notlar
Not: Ankette yer alan tarih alanlarının seçimli girilebileceği gibi, elle de girilebilmesine müsaade edilmelidir. 21. soruya cevap “Var” ise 28. soru aktif olmalı cevap “Yok” ise 28. soru pasif olmalıdır.	

Ek 3- Süpervizyon ziyaret dokümanları

Tedavi denetim formu

TEDAVİ SÜPERVİZÖR / DENETİM FORMU		
İl:		Tarih:
ASM Adı:		
AHB Birim Kodu:		
Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanının Adı-Soyadı:		
Süpervizörün Adı:		
AHB de hipertansiyon tedavi programına başlandı mı? Uygun yanıtı daire içine alınız.	E	H
No	Gösterge	Uygun yanıtı daire içine alınız
1	Tarama ve KB ölçümü	
1.1	Bütün yetişkinlere fırsatçı tarama yapılıyor mu?	E H
1.2	KB ölçüm protokolü duvara asılmış mı / masada var mı?	E H
1.3	Kuruluştta en az bir adet çalışan durumda KB aleti mevcut mu?	E H
1.4	KB \geq 140/90 bütün hastalar tedavi için Aile Hekimine yönlendiriliyor mu?	0 1 2 3 4 5
1.5	Kaç hastanın kan basıncı doğru ölçüldü? (5 hasta gözlemleyiniz, kan basıncı ölçen her personel için >2)	Oran:
2	Tedavi	
2.1	Tedavi algoritması duvara asılmış mı / masada var mı?	E H
	Rastgele 10 hasta tedavi kartı denetleyiniz (bkz. Hasta tedavi kartı denetim formu). Aşağıdaki maddelerle ilgili oranları yazınız.	Oran:
2.2	Son üç başvurunun her birinde kan basıncı ölçülenler	
2.3	Başlangıç antihipertansif ilaç tedavisi protokole uygun olarak verilenler	
2.4	KB \geq 140/90 hastalar için dozu yoğunlaştırılanlar veya ek ilaç verilenler (geçerli değilse "....." yazınız)	
2.5	KVH geçmiş olanlardan aspirin verilenler (geçerli değilse "....." yazınız)	
2.6	Diyabet bulunan veya KVH geçmiş bulunan 40 yaş üzeri hastalardan statin verilenler (geçerli değilse "....." yazınız)	
2.7	Üç ilaçla tedavi uygulandıktan sonra uzmana sevk edilen KB \geq 140/90 hastalar (geçerli değilse "....." yazınız)	
2.8	Son başvuruda KB <140/90	
3	Danışmanlık ve İzlem	
3.1	Hastalara danışmanlık vermek için personel belirlenmiş mi?	E H
3.2	Hasta danışmanlık araçları / materyalleri var mı?	E H
3.3	Hastalara bireysel veya grup danışmanlığı vermek için bir sistem var mı?	E H
3.4	Başlangıç tedavisini terk eden hastaları takip için bir sistem var mı?	E H
3.5	Hastalar için bir hatırlatma ve izlem konusunda işleyen bir sistem var mı?	E H
4	Hizmet sunumu. 5 hasta ile görüşünüz ve doğrulama yapınız (bkz. Hasta görüşme raporu kartı). Olumlu yanıtların sayısını daire içine alınız	
4.1	Her başvuruda KB ölçümü yapılmış mı?	0 1 2 3 4 5

4.2	Hasta bugün geldiğinde reçete edilen bütün ilaçlarını almış mı?	0 1 2 3 4 5
4.3	Hasta geçmişte ilaç için hiç cepten ödeme yapmış mı?	0 1 2 3 4 5
4.4	Hasta ilaçlarını doğru almış mı?	0 1 2 3 4 5
4.5.	Hasta bu geldiğinde ölçülen KB değerini biliyor mu?	0 1 2 3 4 5
4.6	Hasta hedef kan basıncını biliyor mu?	0 1 2 3 4 5
5	İlaç envanter sistemi	
5.1	İşleyen bir ilaç envanter sistemi var mı?	E H
5.2	Son çeyrekte stoğu tükenen temel ilaç var mı?	E H
5.3	Bu çeyrekte hiç stok tükenmesi olmuş mu, hangi ilaçlar?	E H
5.4	Gelecek çeyreğin, temel ilaçlar için yeterli tampon stok (emniyet stoğu) var mı?	E H
6	Hasta kayıt raporlama sistemi	
6.1	İşleyen bir kayıt ve raporlama sistemi var mı?	E H
6.2	Gelecek üç ay için yeterli hasta kartı mevcut mu?	E H
6.3	İzlem için kuruluş kaydı mevcut mu?	E H
6.4	Hasta kartlarını düzenleyecek / saklayacak bir yer var mı?	E H
6.5	Kartlar seri numarasına göre mi yoksa kolaylıkla bulunmasını sağlayacak başka bir sistemle mi düzenleniyor?	E H
6.6	Son çeyreğin raporu zamanında gönderilmiş mi?	E H
6.7	Sorumlu klinik, kuruluştaki BP <140/90 hastaların yüzdesini biliyor mu?	E H
6.8	Son çeyreğe ait 6 aylık KB kontrol hızı doğru raporlanmış mı? (son çeyreğe ait kuruluş kaydını kontrol ediniz)	E H

Hasta görüşme rapor kartı

HASTA GÖRÜŞME RAPOR KARTI							
5 hasta ile görüşünüz ve her bir soruyu Evet ya da Hayır olarak işaretleyiniz. Toplamı hesaplamak için her bir satırdaki Evet sayılarını sayınız. Toplam rakamı klinik denetim aracına kaydediniz.							
		Hasta No.					
No	Sorular	1	2	3	4	5	Toplam
1	Hasta bugün geldiğinde reçete edilen bütün ilaçlarını almış mı?						
2	Hasta son 6 ayda ilaç için hiç cepten ödeme yapmış mı?						
3	Hasta ilaçlarını doğru almış mı?						
4	Hasta bu geldiğinde ölçülen KB değerini biliyor mu?						
5	Hasta hedef kan basıncını biliyor mu?						
6	Hastaya her başvurusunda KB ölçümü yapılmış mı?						

Süpervizyon ziyaret özeti

Süpervizyon Ziyaret Özeti		
Belirlenen Sorun		Öneriler
1	Tarama ve KB ölçümü	
2	Tedavi	
3	Danışmanlık ve izlem	
4	Hastaya çıkan maliyetler dahil hizmet sunumu	
5	İlaç envanteri	
6	Kayıt ve raporlama	
7	Diğer	

Aile Hekimliği Birimlerine Hipertansiyon Hastaları İçin Yapmış Olduğunuz Ziyaretlere İlişkin Hatırlatma Dokümanı

DEĞERLİ İL YÖNETİCİLERİMİZ VE EĞİTİMCİLERİMİZ

AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİNE HİPERTANSİYON HASTALARI İÇİN YAPMIŞ OLDUĞUNUZ ZİYARETLERE İLİŞKİN BİRKAÇ HATIRLATMA !

(NOT: Aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına ziyaretlerinizde aşağıdaki soruları sormanız, uygulamaları ve önerileri hatırlatmanız önerilmektedir.)

1	Türkiye’de 18 yaş üstü bireylerde hipertansiyon hastalığının görülme sıklığının % 28,8 olduğunu biliyor musunuz?
2	Aile hekimliği biriminize kayıtlı 18 yaş üstü kişi sayınızı biliyor musunuz? Biliyorsanız kaç kişi? (Not: Bilmiyor ise AHBS’den nasıl bulabileceğini gösteriniz.)
3	Aile hekimliği biriminize kayıtlı hipertansiyon tanısı almış hasta sayınızı biliyor musunuz? Biliyorsanız kaç kişi? (Not: Bilmiyor ise AHBS’den nasıl bulabileceğini gösteriniz.)
4	Aile hekimliği biriminize kayıtlı ilaçlarını düzenli almayan, tedaviye uymayan veya hipertansiyonu kontrol altında olmayan hastanız var mı?
5	Aile hekimliği biriminize kayıtlı hipertansiyon tanısı almış hastalarınıza ne tür uygulamalar yapıyor ve önerilerde bulunuyorsunuz? (Not: Hekime gerekirse 7. maddede yer alan hatırlatmaları yapınız.)
6	Aile hekimliği biriminizde 18 yaş üstü bireylere hipertansiyon için fırsatçı tarama yapıyor musunuz?
7	<u>Aile hekimliği birimlerinde kayıtlı hipertansiyon tanısı almış hastalara yapılması gereken uygulama ve öneriler;</u> <ul style="list-style-type: none">✓ AHB’ye gelen <u>yaşı 18 ve üzerinde</u> olan her bireyin tansiyonunun yılda en az bir kez ölçülüp kan basıncı değerlerinin AHBS’ye yazılması gerekmektedir.✓ AHB’ye gelen <u>yaşı 40 ve üzerinde</u> olan <u>her bireyin</u> KVH riski SCORE Türkiye’ye göre hesaplanıp score değerinin AHBS’ye yazılması gerekmektedir.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastanın</u> muayenesinde mutlaka tansiyonu ölçülüp ölçülen kan basıncı değerleri (sistolik ve diastolik) AHBS’ye yazılmalıdır.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastanın</u> KVH riski SCORE Türkiye’ye göre hesaplanıp AHBS’ye yazılmalıdır.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastanın</u> yılda en az bir kez mutlaka AKŞ, HbA1C, Total Kolesterol, Kreatinin, İdrarda Protein düzeylerine bakılmalıdır.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastanın</u> ilaç kullanım durumu sorgulanmalı, gereken hatırlatmalar ve öneriler yapılmalıdır.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastada</u> mutlaka sigara ve alkol kullanım durumu sorgulanıp AHBS’ye yazılmalıdır.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastaya</u> sağlıklı yaşam tarzı önerilerinde (sağlıklı beslenme, tuz kısıtlama, fizik aktivite, sigara ve alkol kullanmama) bulunulmalı ve AHBS’ye yazılmalıdır.✓ <u>Hipertansiyon tanısı olan hastada</u> mutlaka BKİ hesaplanıp AHBS’ye yazılmalıdır.

Proje Katılımcı Listesi

Sağlık Bakanlığı Proje Yürütme Ekibi

Banu EKİNCİ

Seçil ÖZKAN

Siren SEZER

Gülay SAIN GÜVEN

Aslı ÇARKOĞLU

Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY

Esin YILMAZ ASLAN

Gülay SARIOĞLU

Nevin ÇOBANOĞLU

Fatma Tamkoç GÜRBÜZTÜRK

Ş. Seçil SİS

Ahmet ARIKAN

Asiye KAPUSUZ

İl Proje Yürütme Ekipleri

Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü

Erkan HİRİK
Özlem GÖKTEKİN UZUN
Adem Yusuf KASIMOĞLU
Türker BEKAR
Faruk Cemal TAŞTAN
Ensar ERDOĞAN
Miraç Emirhan AYDIN
Nur Banu TATAR
Serpil YILMAZ
Fatma ÇELEBİ
Hilal ÖLMEZ

Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü

Hüseyin KESKİN
Eyüp YALÇINKAYA
Cihan ABDİBAŞ
Kezban Kübra YILDIRIM
Turgay ADANIR
Seyit Ahmet KOSKA
Merve AKIN
Nigar KAYA
Mukaddes OKCU
Hüsniye KARACUROĞLU
Ayşegül AÇIKGÖZ

Uşak İl Sağlık Müdürlüğü

Sedat KAVAS
İsmail ÇIBIK
Betül İLBEY
Mehmet Fatih ARSLAN
Yasemin KÖPRÜ
Betül BOĞAR
Damla İlkem KUMRUL
Ayşe SÖYLER
Emine UYSAL
Rüveyde ÜLKÜ
Zeynep EMREM
Begüm BELOĞLU

Odak Grup Görüşmesi İl Ziyaretleri Katılımcı Listesi

İLLERDE ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ EKİBİ			
Dr. Öğr. Üyesi Asiye U. DİKMEN	Çankırı	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	23-26 Şubat 2020
Dr. Hatice Mediha KINA			
Arş. Gör. Dr. Sümeyye Nur BUDAK			
Arş. Gör. Dr. Burkay BUDAK			
Dr. Öğr. Üyesi Hülya ŞİRİN	Erzincan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	24-27 Şubat 2020
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN		Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	
Arş. Gör. Dr. Mert BABACANOĞLU			
Arş. Gör. Dr. Mücahit YILDIZ			
Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÜZÜN	Uşak	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD	26-29 Şubat 2020
Arş. Gör. Dr. İsmail Emre GÖKCE			
Arş. Gör. Dr. Serkan AKSOY			
Arş. Gör. Dr. Alperen ÖZÇELİK			

KAYNAKLAR

- 1 World Health Organization, "A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis," World Health Organization, Geneva, 2013.
- 2 K. T. Mills, A. Stefanescu ve J. He, "The global epidemiology of hypertension," *Nature Reviews Nephrology*, no. 16, pp. 223-237, 2020.
- 3 J. D. Stanaway ve a. et, "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017," *Lancet*, cilt 392, pp. 1923-1994, 2018.
- 4 M. Wajngarten ve G. S. Silva, "Hypertension and Stroke: Update on Treatment," *European Cardiology Review*, cilt 14, no. 2, pp. 111-115, 2019.
- 5 Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018," Sağlık Bakanlığı, 2019, 2018.
- 6 Y. Akbulut, "Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi," %1 içinde *Sağlık Okuryazarlığı*, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2015, pp. 113-135.
- 7 Sağlık Bakanlığı, "Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması," Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
- 8 S. Üner, M. Balcılar ve T. Ergüder, "Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevelansı Hanehalkı Sağlık Araştırması," Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
- 9 B. Altun, M. Arıcı, G. Nergizoğlu, U. Derici, O. Karatan, C. Turgan ve a. et, "Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey in 2003," *Journal of Hypertension*, pp. 1817-1823, 2005.
- 10 World Health Organization, "HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk-based CVD management," World Health Organization, Geneva, 2020.

