SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN HASTALIK TAKİPLERİNE İLİŞKİN FARKINDALIK, BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hale Uzuner Sarı

(UZMANLIK TEZİ)

İzmir /2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN HASTALIK TAKİPLERİNE İLİŞKİN FARKINDALIK, BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hale Uzuner Sarı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya PARILDAR

(UZMANLIK TEZİ)

İzmir /2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama süresince desteğini esirgemeyen, bilgi, tecrübe ve hoşgörüsüyle daima yanımda olan tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hülya Parıldar'a,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bana yol gösteren Doç. Dr. Haluk Mergen'e, Doç. Dr. Umut Gök Balcı'ya, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e, Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgül'e, Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye ve Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmazer'e

Asistanlık sürecinde yapmış olduğum rotasyonlar sırasında eğitimime katkıda bulunan tüm saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarıma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistiksel analizine büyük katkısı olan Uzm. Dr. Cansu Erden Cengiz'e,

Kardiyoloji polikliniğinde anketleri yapmamda büyük bir sabırla bana yardımcı olan Kardiyoloji uzmanlarıma ve tüm kardiyoloji ekibine,

Hayatımın her aşamasında desteklerini hep gördüğüm, bana her zaman güvenen ve yanımda olan, evlatları olmaktan gurur duyduğum annem Döndü Uzuner'e, babam Ali Uzuner'e ve canım kardeşim Nazmiye Nur Uzuner'e

Beni her zaman şefkatle kucaklayan, yardımlarını esirgemeyen artık benimde ailem olan annem Tülay Sarı'ya, babam Aşkı Sarı'ya ve kardeşim ve müstakbel meslektaşım İlayda Büşra Sarı'ya,

Varlığıyla beni mutlu eden, yol arkadaşım, her anımda yanımda olan, tez yazma sürecinde de sonsuz desteğini esirgemeyen sevgili eşim ve meslektaşım Oğuz Berk Sarı'ya,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ.....v
ŞEKİL LİSTESİ.....vi
ÖZET.....vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ ..... ……...1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1.KARDİYOVASKÜLER HASTALIK TANIMI.....4
2.2.ATEROSKLEROZ.....5
2.3. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN DÜNYA'DAKİ DURUMU.....6
2.4.KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN TÜRKİYE'DEKİ DURUMU.....7
2.5.KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ.....9
2.5.1.Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....9
2.5.1.1.Hipertansiyon.....9
2.5.1.2.Diyabetes Mellitus 12
2.5.1.3.Obezite 13
2.5.1.4.Fiziksel Aktivite Azlığı.....14
2.5.1.5.Sigara 15
2.5.1.6.Dislipidemi 16
2.5.2.Değiştirilemeyen Risk Faktörleri 18
2.5.2.1.Yaş 18
2.5.2.2. Cinsiyet 18
2.5.2.3.Aile Hikayesi 19
2.6. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDAN KORUNMA.....19

2.7.AİLE HEKİMLİĞİ VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR.....21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1. ARAŞTIRMA TİPİ 23
3.2. ARAŞTIRMA ÖZELLİKLERİ 23
3.3. ÇALIŞMA ANKETİ 24
3.4. ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI 24
3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 24
3.6. ETİK ONAY 25
4. BULGULAR 26
5.TARTIŞMA 51
6. SONUÇ 61
7. KAYNAKLAR 64
8. EKLER 78
ÖZGEÇMİŞ 83

KISALTMALAR

ADA: Amerikan Diyabet Derneği

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DALY: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı -Disability Adjusted Life Year

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein

IDL: Lipoprotein

İNTERHEART: Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial infarction in 52 countries

JNC 7: Joint National Committee 7

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein

METSAR: Türkiye Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması

TDK: Türk Kardiyoloji Derneği

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı

TG: Trigliserid

TK: Total Kolesterol

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

VLDL: Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein

TABLO LİSTESİ

Tablo1. JNC 7'ye göre Hipertansiyon sınıflaması

Tablo 2. Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Sigara ve Alkol Kullanma Özellikleri

Tablo 5. Sigara ve Alkol Kullanımının Yaş Aralığına Göre Dağılım Durumu

Tablo 6. Diyet Uyumu, Tuz Kısıtlaması, Egzersiz ve Kilo Takibinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 7. Diyet Uyumunun Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

Tablo 8. Stres Durumunun Cinsiyete göre Değerlendirilmesi

Tablo 9. KVH Görülme Sıklığının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 10. Yaş Gruplarına Göre KVH Varlığının Karşılaştırılması

Tablo 11. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuru Şikayeti

Tablo 12. En Sık Başvuru Şikayetlerinin Hastalıklara Göre Durumu

Tablo 13. İlk Şikayette Başvurulan Hekim Dağılımının Cinsiyete Göre Durumu

Tablo 14. Sosyodemografik Özelliklere Göre Düzenli İlaç Kullanımı

Tablo 15. Düzenli İlaç Kullanımının KVH'lara göre Değerlendirilmesi

Tablo 16. Sosyodemografik Özelliklere Göre Düzenli Hekim Kontrolü

Tablo 17. Düzenli Hekim Kontrolünün KVH Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

Tablo 18. Düzenli İlaç Kullanımı ile Düzenli Hekim Kontrolü Arasındaki İlişki

Tablo 19. Hastaların Kontrol Amacıyla Başvurduğu Sağlık Kuruluşu Dağılımı

Tablo 20. Aile Hekiminden Memnun Olma

Tablo 21. Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Hekim

Tablo 22. Aile Hekiminden Memnun Olma ve Hastalık Takibi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı
Şekil 2. Sigara Kullanım Durumu
Şekil 3. Cinsiyete Göre Sigara Kullanım Dağılımı
Şekil 4. Cinsiyete Göre Alkol Kullanım Dağılımı
Şekil 5. İlk KVH Tanısının Hangi Hekim Tarafından Koyulduğunu Gösteren Dağılım
Şekil 6. Düzenli İlaç Kullanım Sıklığı
Şekil 7. Şikayet Geçse Bile İlaç Kullanmaya Devam Etme
Şekil 8. Düzenli Hekim Kontrolü Sıklığı

ÖZET

Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Takiplerine İlişkin Farkındalık, Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamızda kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların, hastalıklarına ilişkin farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarının ve hastalıklarının takipleri için tercih ve memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastalardan gönüllü olup çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 297 kişi dahil edildi. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırmamıza katılanlara hastalık farkındalıklarını ölçen 30 soruluk anket uygulandı. İstatistiksel analizde Ki-kare ve Fisher exact testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızdaki 297 hastanın %56,9'u kadın, yaş ortalaması 55.3 (±13,5) yıl, %78,5'i evli, %50,2'si ilkokul mezunuydu, %65,7'sinin gelir düzeyi 1400-5000 TL idi ve %37,4'ü gelir getiren bir işte çalışmıyordu. Sigara içen-içmiş olanlar %52,5 idi. Hastalarımızın diyet uyumu, tuz kısıtlaması, düzenli egzersiz ve kilo takibi yapıyor olması sırasıyla %46,1, %61,6, %23,2 ve %47,8 olarak saptandı. %66,3 oranında hasta stresli bir durumda ne yapacağını bilmediğini ifade etti.

Hastaların %85,5'inde düzenli ilaç kullanımı, %65,0'inde düzenli hekim kontrolü olduğunu, %21,5'ü şikayeti gerilediğinde ilaçlarını bıraktığını belirtti. Aile hekiminden memnun olanların düzenli hekim kontrolüne gittiği, ilaçlarını düzenli kullandığı ve ilk tercih olarak aile hekimini tercih ettiği saptandı.

Hastalarımızın %51,9'u kardiyoloji polikliniğine kontrol amacıyla başvurduğunu, %85,5'i aile hekiminden memnun olduğunu ve %2,0'si aile hekimini hiç tanımadığını belirtti. Bir sorun ile karşılaştığında aile hekimine başvurma oranı %30 iken acil bir şikayeti olmadığı halde acil servise başvuranlar %58,0 idi.

Sonuç: Çalışmamızda KVH olan hastaların sigara kullanım oranları, diyet uyumu ve tuz kısıtlaması farkındalığı yüksek ve fiziksel aktivite, stres ile baş etme

farkındalığı düşük olarak saptandı. Hastaların çoğu aile hekiminden memnun olduğunu ancak KVH için öncelikli olarak kardiyoloji polikliniğini tercih ettiğini belirtti. Çalışmamızda acil bir durum olmasa bile acil servisi tercih eden çok sayıda hasta olduğu saptandı. Birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirme ve farkındalığın arttırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerini daha işlevsel hale getirebilir. Böylece 2. ve 3. basamak hastanelerinin poliklinik hizmetleri daha verimli bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Anahtar kelimeler: Kardiyovasküler hastalıklar, Hastalık farkındalığı, Birinci basamak

ABSTRACT

Evaluation of the awareness, recognition, attitude and behaviour of the patients, who applied to the cardiology outpatient clinic, related to their diseases

Introduction and Objectives: By this research, it is intended to determine the satisfaction status and the preferences of treatment of the patients, who applied to the cardiology outpatient clinic for their diseases, and the level of awareness, recognition, attitude and behaviour related to their diseases.

Material and Method: 297 indiviudals, who are volunteer and proper according to the criteria of the research and applied to cardiology outpatient clinic of Tepecik Training Research Hospital, participated to this research. In this descriptive and cross-sectional research, it is conducted a questionaire, which consists of 30 questions and aims to evaluate the level of awareness of their diseases, to participants. The outcomes are analyzed by Chi-square and Fisher Exact Test.

Results: 56,9% of patients were women, the average age of patients was 55,3 (± 13.5) years, 78,5% were married, 50,2% were graduated from primary school, the income level of 65,7% was 1400-5000 TL and 37.4% of patients were not working in a revenue generating business. 52,5% have previously smoked or are still smoking. The rate of performing of diet compliance, salt restriction, regular exercise and control on weight of patients are established respectively 46,1%, 61,6%, 23,2% and 47,8%. 66,3% metioned that they don't know what are going to do under stressful conditions.

85,5% have metioned that they are taking their medications regularly, 65,0% spoke of that they are seeing a doctor for checkup regularly and 21,5% stop using their medications, when the complaints regressed. It is determined that the patients, who are satisfied with their primary care physician, are seeing a doctor for checkup routinely, using their medications regularly and prefering the primary care as first choice.

51,9% are applying to cardiology outpatient clinic for purpose of control, 85,5% are satisfied with their primary care physician and 2,0% don't recognize their primary care physician. When they faced with a problem, the rate of applying to a primary care physician is 30,0%, while the rate of applying to the emergency department without any emergency case is 58,0%.

Conclusion: The rate of smoking, awareness of diet compliance and salt restriction of the patients with CVD are detected as high. Besides it is established that the level of physical activity and awareness of dealing with the stress are low. Most of the patients mentioned that they are satisfied with their family physician, but they prefer cardiology outpatient clinic for CVD. It is determined that lots of patients

are applying to the emergency department, although there is no emergency case. Increasing the level of awareness and the informing about the health care in primary care can make the health care in primary care more functional. In this way, health care in outpatient clinics, which are in the 2nd and 3rd level hospitals, can be more fertile.

Keywords: Cardiovascular diseases, Awareness of diseases, Primary care

1.GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kalp ve damar yapısındaki bozukluklar sonucu oluşan hastalıklardır (1). Koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferal arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatiler KVH'lar içerisinde yer almaktadır (2).

KVH'lar dünya genelinde en sık ölüm nedenidir. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara (BOH) bağlı 70 yaş altı ölümlerin yüzde 37'sinden kalp ve damar hastalıkları sorumludur (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2012 yılı raporlarında dünyada başta gelen ilk 10 ölüm sebebi içerisinde, KVH'lar birinci sırada yer almaktadır. DSÖ'nün 2016 yılı verilerinde tüm dünya ölümlerinin %31'una karşılık gelen 17,9 milyon insan KVH'lar nedeniyle ölmüştür (4). Bu ölümlerin tahmini 7,3 milyonu koroner kalp hastalığından ve 6,2 milyonu inme nedeniyledir. 2030 yılına gelindiğinde 23,6 milyon insanın KVH nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir, bu ölümlerin başlıca nedeni kalp hastalığı ve inme olarak öngörülmektedir (5). KVH'ların uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olacağı tahmin edilmektedir (3).

Nisan 2018 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2017 yılında Türkiye'de 416.881 kişi yaşamını yitirmiştir. 165.323 (%39,5) kişinin ölüm sebebi olan KVH ilk sırada yer almaktadır. KVH kaynaklı ölümlerin %39,7'sini iskemik kalp hastalıkları %22,9'unu serebrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (6). Türkiye İstatistik Kurumunun 2015 verilerinde 35-74 yaş arası KVH nedeniyle ölen sayısı toplam 60.409 iken bunların 37.928'i erkek ve 22.481'i kadındır. Üretken yaş grubunda erkekler kadınlara göre daha az yaşamaktadır. TEKHARF çalışmasının 18 yıllık izleminde, ülkemizde koroner kalp hastalığı mortalitesi erkeklerde binde 5,1, kadınlarda binde 3,4 olarak belirlenmiştir (2).

Ülkemizin nüfus yapısı halen genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelerdekine benzemektedir. Ancak ölüm sebeplerine bakıldığında, son yıllarda ana-

çocuk sağlığı, aşılama ve bulaşıcı hastalıklar alanında yapılan çalışmaların başarılı bir şekilde sonuçlanması üzerine, ülkemiz gelişmiş batılı ülkelere benzeyerek ülkemizde de BOH'lar öne çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinde görülen uzama KVH sayısını ve hastalık yükünü arttırmaktadır. 10 yıl sonra nüfusumuzdaki yaşlı oranı arttığında KVH'lara bağlı ölümlerin ve iş kaybı oranlarının artacağı öngörülmektedir (3).

BOH'lar içinde önemli bir yeri olan KVH'ların olumlu bir özelliği bazı risk faktörlerinin önlenebilir olmasıdır. DSÖ, kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile KVH'ların görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir. Bu bağlamda, hastalardaki "önlenebilir" risk faktörlerini fark ederek KVH'lardan korunma stratejilerini geliştirmek hastaya tedavi olanağı sunmak kadar önemlidir (4). Hekimler, özellikle yüksek riskli kişileri saptamalı, bu kişilerle yakından ilgilenerek risk faktörleri açısından takip ve tedavi etmelidir. Özellikle değiştirilebilir risk faktörlerinin izlenmesi ve erken müdahale yapılması çok önemlidir.

KVH'ların kesin tanısının konulmasında birtakım güçlükler olsa da KVH'dan şüphelenilmeli ve risk faktörlerini belirleyip iyileştirilmesi için farkındalık yaratılmalıdır. Tüm dünyada böylesine önemli ve yaygın bir hastalık olan KVH'ların yüksek tedavi maliyetlerinin önlenmesi için yapılacak asıl amaç primer ve sekonder koruma çalışmalarını geliştirmektir (7). Primer korumada risk faktörlerinin gelişmesini önlemek esastır. Primer korumadaki amaçlar KVH gelişim ve mortalite riskinin hesaplanarak değerlendirilmesi, riskli popülasyonu tespiti, yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirmesi ve gerekirse tedaviye başlanılmasıdır.

Hekimlerin; KVH'ların gelişiminin önlenmesinde, KVH risk faktörlerinin saptanmasında, KVH açısından riskli kişilerde hastalığın ortaya çıkışının engellenmesinde, bireylere eğitim verme ve sağlıklı yaşam davranışı alışkanlıkları kazandırmada ve bireylerin tedaviye uyumunu sağlamada önemli sorumlulukları vardır.

Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmek ucuz ve etkin olduğu için, toplum temelli korunmada en önemli etken yaşamla ilişkili alışkanlıklardır. Yaşam tarzı ve

davranışlarını değiştirmekte yetersiz bilgisi olan kişi değişim için yetersiz motivasyona sahiptir. Davranışını değiştirmediği taktirde meydana gelecek olumsuz sağlık sonuçlarını bilen bireyin, yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmesi daha kolay olacaktır. Ayrıca bireylerin hastalığının ve risk faktörlerinin farkında olması, risk faktörlerinden korunmanın ve tedavinin önemli bir parçasıdır.

Bu çalışmada; kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylerin KVH takiplerine ilişkin farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KARDİYOVASKÜLER HASTALIK TANIMI

Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan KVH'lar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en başta gelen mortalite ve morbidite nedeni olan bir grup hastalıktır. Ortalama yaşam ömrünün artması, sağlıksız beslenme, inaktif yaşam, sigara kullanımının yaygınlaşması KVH'ların başlıca nedenleridir. ABD'de her yıl tüm kanser ölümlerinin toplamından %50 daha fazla kişi KVH'lar yüzünden ölmektedir (8).

KVH'lar 6 patofizyolojik olay sonucunda meydana gelir.

- Pompa yetersizliği
- Kan akımında tıkanıklık
- Kan akışının regürjitasyonu
- Şant oluşumu
- İleti kusuru
- Kalp veya damar rüptürü

KVH'lar, Kalp yetmezliği, konjenital kalp hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, kalp kapak hastalıkları, kardiyomiyopatiler, perikart hastalıkları ve kalp tümörlerini içeren hastalıklar grubudur.

KVH'ları kalp ve damar hastalıkları olarak ikiye ayırmak mümkündür. Kalp hastalıklarını da kendi içinde konjenital ve edinsel olmak üzere iki başlık altında toplanır. Konjenital kalp hastalıkları asiyanotik ve siyanotik kalp defektleridir. Edinsel kalp hastalıkları ise koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, stabil ve stabil olmayan anjina pektoris, miyokard infarktüsü, ani kalp ölümü, ritim bozuklukları (atrial, sinüs ritim bozuklukları, kalp bloku, senkop, atrial fibrilasyon, ventriküler aritmiler), mitral darlık ve yetersizlik, triküspit darlığı ve yetersizlik, miyokard hastalıkları (myokardit, kardiyomiyopatiler) ve perikard (perikardit, perikard effüzyonu) hastalıklarıdır. Damar hastalıkları ise hipertansiyon, aort

anevrizmaları, aort darlığı ve yetersizliği, periferik damar hastalıkları (aterosklerotik tıkayıcı periferik damar hastalığı, arter embolizmi, Raynaud fenomeni), periferik anevrizma ve fistüller gibi arter hastalıkları, periferik venöz hastalıklar (tromboflebit, selülit), varis ve derin ven trombozu gibi ven hastalıkları, lenfanjit, filariyazis ve lenf ödem gibi lenf damarları hastalıkları olarak değerlendirilirler (8).

KVH'ların temelinde ateroskleroz bulunur. Örneğin; koroner kalp hastalığı, ateroskleroz nedeniyle kalbi besleyen damarların daralmasıyla ortaya çıkar ve anjina pektoris, akut miyokard infarktüsü ve ani ölüm gibi klinik tabloları kapsar.

2.2.ATEROSKLEROZ

Atardamarlar vücudun ihtiyacına göre genişleyip daralabilen, esnek bir yapıya sahiptir. Böylece damarlardan geçen kan miktarı ayarlanır. Eğer atardamarların duvarı bağ doku ile kaplanırsa, damar yapısı esnekliğini kaybedip sertleşir bu olaya damar sertleşmesi yani ateroskleroz denir.

Normal arter duvarı intima, medya ve adventisya olmak üzere 3 tabakadan oluşur. İntima tabakası, lümene bakan tek sıra dizilmiş endotel hücreleri, bunları destekleyen subendotelyal matriks ve bazal membrandan oluşur. İntima tabakası elastik lifçiklerin membranda yoğunlaşması ile oluşan elastika interna ile medya tabakasından ayrılır. Medya tabakası, arter duvarının orta ve en kalın tabakasıdır. Matriks içinde kollajen elastik lifler, glikozaminoglikanlar ve yoğun olarak dizilmiş düz kas hücrelerinden oluşur. Damar duvarında bulunan düz kas hücrelerinin tamamına yakını medya tabakasında bulunur. Medya tabakası tarafından damar tonusunu salgılayan bazı mediyatörler salınır. En dış tabaka olan adventisya tabakası, kollajen lifler ve sinir uçlarından oluşur (9).

Ateroskleroz irreversibl olarak ilerleyen bir hastalık değil tıbbi tedaviye yanıt verebilen, dinamik enflamatuar bir süreçtir. Ateroskleroz, endotel disfonksiyonu, dislipidemi ve enflamatuvar hücrelerin rol oynadığı, birçok risk faktörünün tetiklediği kronik inflamatuvar bir hastalıktır (9). Genellikle çocukluk çağlarında yağlı

çizgilenmelerin oluşmasıyla başlar ve klinik bulgularını orta ve ileri yaşlarda gösterir. Yıllar içinde gelişen aterosklerotik plaklar darlıklara neden olarak ya da plakların yırtılması, fissürü veya erozyonu sonucu oluşan aterotromboz ile klinik bulgular meydana gelir (10).

Ateroskleroz patogenezinin anlaşılması için gösterilen çabanın nedeni aterosklerozun artan klinik önemidir. Ateroskleroz patogenezinin anlaşılabilinmesi için çeşitli hipotezler öne sürülmüştür, "lezyona cevap" hipotezi kabul edilmiş güncel modeldir. Bu modelde aterosklerozu arter duvarının endotel zedelenmesine verdiği kronik inflamatuar bir yanıt olarak tanımlar. Lezyonun ilerlemesi modifiye lenfositler, monosit kaynaklı makrofajlar, T lenfositler ve arter duvarının normal hücresel elemanları arasındaki etkileşim ile oluşur (9,11).

Aterosklerozun süreçleri;

1. Endotel disfonksiyonu: Ateroskleroz patogenezinde temel basamaktır. Bilinen risk faktörlerinin hemen hepsi (sigara, hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi vs) endotelde fonksiyon bozukluğuna neden olabilir.
2. Hücre dışı lipit birikimi ve düşük dansiteli lipoproteinin (LDL) oksidasyonu
3. Lökositlerin bir araya toparlanması
4. Hücre içi lipit birikimi ve köpük hücre oluşumu
5. Aterosklerotik lezyonlar (Yağlı çizgilenme, fibröz plak, komplike lezyonlar)

2.3. KVH'LARIN DÜNYA'DAKİ DURUMU

DSÖ 2012 verilerine göre tüm Dünya'da 56 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin 38 milyonu BOH'lara özellikler KVH'lar, kanser, kronik hava yolu hastalıklarına bağlıdır. BOH'lara bağlı 70 yaş altı ölümler %37 oranında KVH'lar nedeniyledir (1).

KVH'lar küresel ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alır. Yılda tahminen küresel ölümlerin %30'una karşılık gelen 17,5 milyon insan KVH'lar sebebiyle ölmüştür. DSÖ'nün verilerine göre, iskemik kalp hastalıkları ve inme başta gelen ilk iki ölüm nedenidir. Bu ölümlerin 7,6 milyonu kalp krizi, 5,7 milyonu ise inmeler bağlı meydana gelmiştir. Önde gelen ölüm olarak KVH'lar varsayılırsa, 2030 yılına kadar 23,6 milyon insanın çoğunlukla kalp krizi ve inme nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir.

2.4.KVH'LARIN TÜRKİYE'DEKİ DURUMU

KVH'lar ülkemizde erişkinlerde başta gelen ölüm ve hastalık nedenleridir. DALY (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı -Disability Adjusted Life Year) hastalık ve engelliliğin sağlıklı yaşamdan eksilttiği süreyi ifade eden tanımlamadır. DALY ölüme neden olan ya da olmayan hastalık veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları gösterir ve sağlıklı yaşamdan yitirilen bir yıldır. Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında ülkemizdeki DALY nedenlerine bakıldığında, 2000 yılında KVH'lar birinci sırada olduğu gibi 2013 yılında da hala başta gelen neden olduğu görülmektedir (12). Yapılan çalışmalarda Türkiye hastalık yükü 10,802,494 DALY olarak bulunmuştur. Hastalık yükünün birinci nedeni olan KVH'lar %19,32 ile 2,086,527 DALY'e sebep olmaktadır; erkeklerde %20,5, kadınlarda ise %18 oranında DALY'nin nedeni KVH'tır (13). 2000-2013 döneminde mortalite yüküne neden olan en önemli hastalık iskemik kalp hastalığıdır (12).

Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında ilk üç DALY nedenini sırasıyla tütün kullanımı, beslenme-obezite ve hipertansiyon olarak bulmuştur. Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TDK) Sağlık Bakanlığı ile hazırladığı Ulusal Kalp Sağlığı politikasında öncelikli hedeflenen risk faktörleri sigara, obezite ve hipertansiyon olarak belirlenmiştir (12,13). Bu hedefler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı ve TDK önemli eğitim kampanyaları başlatmıştır, 2014 yılında Türkiye alp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nı oluşturmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun ölüm verilerine bakıldığında KVH'ların payının gittikçe artma eğiliminde olduğu görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 verilerine göre %39,7 oranıyla KVH'lar toplam ölümler içinde birinci sırada yer almaktadır (6).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında (2011) erkeklerin %6,4'ünde, kadınların %9,8'inde anjina pektoris saptanmıştır. Akut miyokard infarktüsü öyküsü erkeklerde %2,3, kadınlarda %1,1 olarak bulunmuştur.

2.5. KVH RİSK FAKTÖRLERİ

KVH'lardan korunmadaki temel stratejiler, hastalığa yol açan yaşam tarzını ve çevresel faktörleri değiştirmek ve yüksek riskli kişileri belirleyip kişiye özgü önlemler almaktır.

KVH gelişme riskini tahmin etmek hem koruyucu yaklaşımlar hem de tedavi yönetimi açısından çok önemlidir. KVH çoğunlukla birden çok risk faktörünün ortak bileşeni sonucu ortaya çıkar (14). Bu sebepler bireyler değerlendirilirken bütün risk faktörlerinin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Böylece, tüm risk faktörlerinin katlamalı etkisi göz önüne alınarak bireyin gerçek riski belirlenmiş olur. Kişinin tedavisi planlanırken tüm risk faktörleri değerlendirilerek birlikte düzeltilmesi planlanmalıdır (15,16).

TDK'nin koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzunda yer alan risk faktörler;

1. Yaş: Erkeklerde>45, kadınlarda>55 veya erken menopoz
2. Aile öyküsü: Birinci derece akrabalardan erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması
3. Sigara kullanımı
4. Hipertansiyon: Kan basıncı>140/90 mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak
5. Hiperkolesterolemi: Total kolesterol>200 mg/dl, LDL >130mg/dl

6. Yüksek Dansiteli Lipoprotein (HDL) değeri: <40 mg/dl
7. Diabetes Mellitus (DM): Bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır

Bir başka risk faktör sınıflaması da Ulusal Kolesterol Eğitim Programı'nın (NCEP) 2001'de yayınlanan III. Yetişkin tedavi panelinde (ATP III) yapılmıştır (17). Bu sınıflamada KVH risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak 2 ana başlık altında sınıflandırılmıştır.

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

1. Hipertansiyon
2. Diyabetes Mellitus
3. Obezite
4. Fiziksel Aktivite Azlığı
5. Sigara içmek
6. Dislipidemi
7. Uygunsuz Beslenme

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Aile öyküsü

2.5.1 Değiştirilebilen Risk Faktörleri

2.5.1.1 Hipertansiyon:

Hipertansiyon, KVH için önemli bir risk faktörüdür. Hipertansiyon, KVH'lara bağlı mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır.(18) Kan basıncının hem sistolik hem de diyastolik değerleri önemlidir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) Hipertansiyon Tanı ve Tedavi klavuzuna göre tekrarlayan ölçümlerde arteryel kan basıncının 140/90 mmHg üzerinde olmasını olarak tanımlar (19).

Joint National Committee 7 (JNC 7) hipertansiyon klavuzunda18 yaş ve üzeri yetişkinler için hipertansiyon sınıflaması Tablo 1'de sunulmuştur (20). Bu sınıflamada kriter alınan ölçümler iki veya daha fazla ofis ziyaretinin her birinde ölçülen, oturmuş ve iki kez yapılan arteryel kan basıncı sonuçlarının ortalamasıdır (20).

Tablo1. JNC 7'ye göre Hipertansiyon sınıflaması

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

Kaynak No:(20) The seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure'dan alınmıştır.

Prehipertansiyon grubu hastalık kategorisinde değildir. Hipertansiyon gelişme riski yüksek olan bireyleri tanımlamak için seçilmiştir. Böylece hem hastalar hem de hekimler bu riske karşı uyarılmış olur ve hastalığın gelişmesini engellemeye teşvik edilir. Bu gruptaki kişilerin gelecekte hipertansiyon gelişme riskini azaltmak için yaşam tarzı değişikliği uygulamaları şiddetle tavsiye edilmektedir. Eğer DM veya böbrek hastalığı varsa yaşam tarzı değişiklikleri arteryel kan basıncı değerlerini 130/80mmHg'nin altına düşürmede başarısız olursa ilaç tedavisi başlamak için aday olarak kabul edilir (20).

JNC 7'ye göre evre 1 ve evre 2 hipertansiyon olan tüm kişilerin tedavi almasını önermektedir. Ek hastalığı olmayan bireyler tedavi hedefi <140/90 mmHg'dir (20).

Hipertansiyon tedavi edilmediğinde kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort disseksiyonu ve ölüm oranlarını arttırdığı bilinmektedir. Kan basıncı yüksekliği ile orantılı olarak hipertansiyon komplikasyonları ve ölüm oranları artmaktadır.(19) Kan basıncı ve KVH riski arasındaki ilişki diğer risk faktörlerinden bağımsızdır, her bir ilave risk faktörünün varlığı hipertansiyon riskini arttırmaktadır (20).

Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Aterosklerotik kalp hastalıklarının %35'inden hipertansiyon sorumludur. hipertansiyon olan bireyler koroner kalp hastalığı görülme sıklığı normotansiflere göre 2-3 kat artmıştır (21).

Hipertansiyon, her iki cinsiyette de akut miyokard infarktüsü riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak, diyastolik kan basıncındaki 15 mmHg yükselme reinfarktüs riskini %40 arttırırken sistolik kan basıncındaki 25 mmHg'lik yükselme ise %37 oranında arttırmaktadır (22). Hipertansiyon olan ve akut miyokard infarktüsü geçirenlerde infarktüs sonrası anjina pektoris, sessiz miyokard iskemisi, atriyal fibrilasyon, ventriküler taşikardisi, ventriküler fibrilasyonu ve kardiyojenik şok gibi komplikasyonların olması normotansiflere göre daha fazladır.

Dünya geneline bakıldığına toplam ölümlerin %13'ü (7,1 milyon) yüksek kan basıncı nedeniyle olduğu düşünülmektedir. %4,4 DALY'nin (64,3 milyon DALY) nedeni hipertansiyon olarak tahmin edilmektedir (1).

Ülkemizde yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçlarında 2003 yılı hipertansiyon prevalansı %31,8 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2'de hipertansiyon prevalansı %30.3 olarak bulunmuştur (3).

TEKHARF 2017 çalışmasın 17 yıllık izlem verilerine göre, hipertansiyonun halen 6 milyon erkekte ve 8 milyon kadında bulunduğu tahmin edilmektedir. Çok

yaygın bir risk faktörü olan hipertansiyon için sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lik yükselme KVH riskini erkekte %35, kadında %30 oranında arttırmakta olduğu bulunmuştur (23).

Arteryel kan basıncının yüksek saptanması yaşam tarzı değişikliklerine acilen ihtiyaç duyulduğuna dair ciddi bir uyarıdır. Bireyler hipertansiyonun diğer risk faktörleri ile birlikte ortaya çıkacağını bilmeleri gerekmektedir. Bu tür bir farkındalığı arttırmak için evrensel sağlığı kapsayan politikalara ihtiyaç vardır. Bireylere sağlıklı yaşam tarzlarını desteklemek için sistem ve hizmetler sunulmalıdır. Dengeli diyet, uz alımını azaltmak, alkolün zararlı kullanımından kaçınmak, düzenli egzersiz yapmak ve sigarayı bırakmak konularında destek verilmeli ve kişiler teşvik edilmelidir (24).

2.5.1.2 Diyabetes Mellitus:

DM, tip 1 ve tip 2 olmak üzere iki geniş gruba ayrılmıştır. Tip 1 DM, pankreas β- hücrelerinin yıkımı sonucunda insülin eksikliği ile karakterizedir. Etyolojide otoimmün bir reaksiyonun rol aldığı düşünülmektedir. Tip 2 DM ise dokularda insülin etkisine karşı direnç ve pankreas β- hücrelerinden insülin salgılama yetersizliği sonucu oluşur. Tip 1 DM %10 oranında Tip 2 DM %90 oranında görülmektedir (8).

Amerikan diyabet derneği (ADA) kriterlerine göre DM tanı kriterleri (25):

1. HbA1c ≥ %6,5
2. Açlık plazma glukoz ≥ 200 mg/dl
3. 75 gr'lık OGTT testinin 2. Saatinde plazma glukozu ≥ 200 mg/dl
4. Hiperglisemi semptomları kişide rastgele plazma glukozu ≥ 200 mg/dl

DM en önemli kardiyovasküler risk faktörlerinden biridir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde DM sıklığı artmaktadır (14)(26). DSÖ'nün verilerine göre küresel DM prevalansı 2000 yılında 171 milyon iken; 2030 yılında 366 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (27).

DM sıklığının artmasının en önemli nedenleri fazla kilo ve obezitenin artması

sedanter yaşam ve toplumun yaş ortalamasının artmasıdır. DM mortalitesinin önemli bir kısmı da aşırı kilo ve obezite ile ilişkilendirilmiştir (26,27). Türkiye Diyabet Çalışmasında (TURDEP) ülkemizdeki DM sıklığı ile ilgili veriler elde edilmiştir. TURDEP-I çalışması 1997-98 yılları arasında 24788 kişi taranarak yapılmıştır, DM sıklığı %7,2 bulunmuştur. TURDEP-II çalışması Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 26499 kişi katılmıştır. TURDEP-II'de ilkemizde DM sıklığı %13,7'e ulaştığı saptanmıştır. TURDEP-II aynı çalışma yöntemi ve aynı merkezler ile TURDEP-I'in devamı niteliğindedir (26,28,29).

DM, insülin sekresyonu ve/veya insülin etkisindeki bozukluklardan kaynaklanan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Kronik hiperglisemi zamanla gözler, böbrekler, sinirler, kalp ve kan damarlarında işlev bozukluğuna neden olur(30).

National Cholesterol Education Program (NCEP) ve Avrupa rehberlerine göre tip II DM koroner arter hastalığı eşdeğeri kabul edilmektedir. Koroner arter hastalığına DM eşlik ediyorsa çok damar hastalığı ve sessiz iskemi atakları olma olasılığı artmaktadır. Koroner kalp hastalığı eşlik eden DM'lu bireyler DM olmayan bireyler ile karşılaştırıldığında sağ kalımlar süreleri kısalmakta ve tedavi sonuçları daha kötü olmaktadır (31).

DM olanlarda, hipertansiyon ve hiperlipidemi daha sık görülür. Yüksek plazma şekeri trombosit agregasyonunu arttırır. Hiperinsülinemi ateroskleroz içinde risk faktörüdür. İnsülin "growth faktör" etkisi ile düz kas hücre proliferasyonu yaparak lokal lipit depolanmasına yatkınlık sağlar. DM bu mekanizmalar ile KVH oluşuma yatkınlık oluşturur.

2.5.1.3 Obezite:

DSÖ, obeziteyi "vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi" şeklinde tanımlamıştır. Obezitenin tanımı ve derecelendirmesi beden kitle indeksine dayanarak yapılır (32). BMİ cinsiyet ayrımı yapılmadan, tüm erişkin

bireylere uygulanabilen, vücudun yağ derecesini gösteren bir hesaplama yöntemidir. Kişinin kilosunu, boyun karesine bölünmesi ile bulunur. Birimi kg/m^2'dir. Vücudun total yağ miktarı ile uyumludur. Beden kitle indeksi 25-29,9 arasında ise fazla kilolu, 30'a eşit veya büyük ise obez olarak tanımlanmıştır (33).

Bel çevresi ya da bel/kalça oranının arttığı obezite tipi santral (abdominal veya visseral) obezitedir. Santral obezite, DSÖ'ne göre bel çevresinin kadınlarda 88 cm ve erkeklerde 102 cm ve üzerinde saptanmasıdır. Kalp damar hastalığı açısından önemli risk faktörü olan obezite tipi santral obezitedir. Bu nedenle, KVH risk faktörü açısından bel çevresinin değerlendirilmesi daha iyi bir parametredir (32).

Obezite, dünya genelinde epidemik boyutlara ulaşmıştır. DSÖ'nün verilerine göre her yıl en az 2,8 milyon aşırı kilolu veya obezite nedeniyle ölmektedir. Obezite önceden yüksek gelirli ülkeler ile ilişkilendirilmekteydi, ancak günümüzde düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygın olarak görülmektedir (34).

Ülkemizde yapılan TURDEP-I çalışmasında obezite sıklığı %22 bulunmuşken 12 yıl sonra aynı merkezlere ve aynı yöntem ile yapılan TURDEP-II çalışmasında de %32 olarak saptanmıştır. 12 yılda obezite de %44 oranında artış olduğu görülmektedir. Erişkin yaş grubunda yaklaşık üçte bir oranında obezite görülmektedir (28,29).

Obezite ile KVH'lara bağlı mortalite ve morbidite arasında ilişki vardır. BKİ'nin artması ile koroner kalp hastalığı, inme ve tip 2 DM riski de artmaktadır. KVH risk faktörleri olan hipertansiyon, DM, Hiperlipidemi ile obezite arasında kuvvetli ilişki vardır (35).

2.5.1.4. Fiziksel Aktivite Azlığı

Fiziksel aktivite, bazal metabolizma seviyesinin üzerinde enerji harcanmasını arttıran iskelet kası kasılması ile oluşan bedensel hareket olarak tanımlanır (36). Haftada 5 kez 30 dakikadan daha az süreli orta dereceli aktivite ya da haftada 3 kez 20 dakikalık ağır aktiviteden daha azı fiziksel aktivite azlığı olarak kabul edilir (3).

Düzenli egzersiz hem kardiyovasküler sisteme hem de kan basıncı, lipid profili, glukoz toleransı, obezite ve tromboza eğilim gibi KVS risk faktörleri üzerine olumlu etki etmektedir. Fiziksel aktivite, enerji dengesi ve kilo kontrolünde etkin rol oynayarak obeziteyi engelleyen bir faktördür. Fiziksel aktivite azlığı KAH riskini iki kat arttırmaktadır (37). Fiziksel hareketsizlik, değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu için hekimler tüm hastaların rutin olarak egzersiz ve yaşam tarzı aktivitesini değerlendirmeli ve hastaları teşvik etmelidir (36).

Sedanter yaşam tarzının, sigara içme, hipertansiyon veya diyabet gibi diğer risk faktörlerinden daha güçlü bir ölüm tetikleyicisi olabileceğini gösteren kanıtlar vardır (36). Yetersiz fiziksel aktivite yapan kişilerin mortalite riski düzenli fiziksel aktivite yapanlara göre %20-30 daha yüksektir (3).

TEKHARF çalışmasında fiziksel aktivite total kolesterol yüksekliği arasında tersine bir ilişki saptanmıştır. Fiziksel aktif kişilerde tüm nedenlere bağlı ölümler daha az görülür (37). İNTERHEART çalışmasında akut miyokard enfarktüsü ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İlk kez miyokard enfarktüsü (MI) geçirenlerde fiziksel aktivite eksikliğine atfedilen risk %12 olarak bulunmuştur (38).

DSÖ verilerine göre 2016 yılında yetişkinlerin %28'i fiziksel olarak aktif değildir. Ayrıca yüksek gelirli ülkeler her iki cinsiyette de düşük gelirli ülkelere kıyasla 2 kat daha fazla yetersiz fiziksel aktivite oranına sahiptir (39). Her yıl yaklaşık olarak 3,2 milyon ölüm ve 69,3 milyon DALY(tüm DALY'nin %2,8'i) fiziksel aktivite azlığı ile ilişkilendirilmiştir (3).

2.5.1.5 Sigara

DSÖ verilerine göre her yıl 7 milyondan fazla kişi tütün kullanımı ve pasif içicilik nedeniyle hayatını kaybetmektedir (40). 2012 yılında dünyada 1,1 milyar sigara içicisi olduğu bilinmektedir (3). Ancak sigara ilişkili riskler direk sigara içenleri değil yanında pasif olarak sigara dumanına maruz kalan kişileri de etkiler (3).

Tütün dumanında bulunan karbon monoksit ve nikotin KVH gelişme riskine asıl sebep olan etmenlerdir. Nikotin, lipid metabolizması ve koagülasyon üzerine etki ederek endotel hasarına yol açar sonuç olarak ateroskleroza neden olur. Sigara içenler içmeyenler ile kıyaslandığında lipid profilinde bozukluklar daha yaygın olarak görülür. Ayrıca nikotin adrenalin salınımını arttırarak trombosit oluşumunu ve agregasyonunu arttırmaktadır (41).

Sigara kullanımının KVH'ların %10'una neden olduğu düşünülmektedir (3). KVH'ların görülme sıklığı sigara içmeyen ile kıyaslandığında sigara içenlerde yaklaşık %30 daha fazladır (41). INTERHEART çalışmasında ilk geçirilen miyokard infarktüsünde sigara kullanımına atfedilen risk %36 olarak bulunmuştur (38). Günde bir paket sigara kullanımının, miyokard infarktüsü insidansı üzerine etkisi içmeyenlere göre kadınlarda 6, erkeklerde 3 kat artmıştır (42).Günde 20 adet veya daha fazla sigara içilmesi KVH'lara bağlı ölüm oranını %200 arttırdığı bilinmektedir, sigaranın bırakılması bu riski büyük ölçüde azaltır (41).

Ülkemizde tütün kullanımının engellenmesi, dumansız bir çevre ve sigara kullananların bırakması için çeşitli politikalar geliştirilmektedir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, ülkemizde 2 kere yapılmıştır. 2008 ve 2012 yıllarında yapılan bu araştırmalarda, tütün kullanım sıklığı 2008 yılında %31,2 iken 2012 yılında %27,1'e düşmüştür. Erkeklerin sigara kullanım oranı 2008 yılında %47,9; 2012 yılında %41,5 iken kadınların oranı 2008 yılında %15,2; 2012 yılında %13,1 saptanmıştır (3,43). Bunların sonucunda ulusal tütün kontrol programı-eylem planının her iki cinsiyette de sigara kullanım oranlarını düşürdüğü görülmektedir.

2.5.1.6 Dislipidemi

Plazma lipidleri 5 grupta incelenmektedir. Bunlar; HDL, LDL, orta dansiteli lipoprotein (IDL), çok düşük dansiteli lipoprotein (VLDL) ve şilomikronlardır. Dislipidemi; "plazma lipidlerinden herhangi birinin anormal düzeyde olması" şeklinde tanımlanır. Total kolesterol (TK), LDL, Trigliserid (TG) yüksekliği ve HDL düşüklüğü karşımıza çıkan dislipidemi parametreleridir (20). National Cholesterol

Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) raporuna göre; 20 yaş üzerindeki erişkinlerde TK, HDL, LDL ve TG düzeylerinin her 5 yılda bir kontrol edilmesini önermektedir (17).

KVH risk faktörü düzeylerini belirlerken hangi kolesterol seviyesine bakılacağı uzun süredir tartışma konusuydu. NCEP-ATP III son yayınlanan klavuzunda, hiperlipidemi değerlendirmesinde LDL seviyelerinin öncelikli olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve LDL değerinin 100 mg/dl'nin altında olmasını tüm bireyler için optimum olduğunu vurgulanmıştır (17,44,45).

DSÖ 35-64 yaş arası için ortalama total kolesterol düzeylerini erkekte 185 mg/dl, kadında 192 mg/dl olarak saptamıştır. TK düzeyinin 200 mg/dl'nin üzerinde olması KVH için risk kabul edilmektedir, bu değerin üzerindeki her 40 mg/dl'lik yükselme, KVH riskini %35 oranında arttırmaktadır (23). TK/HDL kolesterol oranı KVH için iyi bir lipid öngörücüsüdür, bu orandaki her 1 birimlik artış KVH riskini ve mortalitesinin bağımsız olarak %30 oranında arttırmaktadır (23).

Ülkemizde lipid risk faktörlerinin durumunu değerlendirmek için TEKHARF, Türk Kalp Çalışması ve METSAR çalışmaları yapılmıştır. 1990 yılında yapılan ilk TEKHARF çalışmasında hiperkolesterolemi sınırı 200 mg/dl olarak alınmıştır, erişkin yaş grubunda hiperkolesterolemi sıklığı yaklaşık %25 olarak bulunmuştur. 1990 yılı ve 2001-02 TEKHARF çalışmalarında ortalama total kolesterol düzeyleri çok benzer bulunmuş olup sırasıyla erkekte 185 mg/dl ve 186 mg/dl; kadında 192 mg/dl ve 195 mg/dl olarak saptanmıştır (23,26). 2119 erkek ve 527 kadınla yapılan Türk Kalp Çalışmasında hiperkolesterolemi oranı erkeklerde %32, kadınlarda %22 olarak bulunmuştur (46). METSAR çalışmasında ortalama total kolesterol düzeyleri erkeklerde 173,6 mg/dl, kadınlarda 179,6 mg/dl olarak bulunmuştur(26). METSAR çalışmasının yaş ortalaması 41 olması saptanan kolesterol seviyelerinin toplum ortalamasından düşük olabileceğini düşündürmektedir.

Türk Kalp Çalışması'nda ortalama LDL düzeyleri erkeklerde 136 mg/dl, kadınlarda 111 mg/dl olarak bulunmuştur. 40 yaş üzerindeki bireylere bakıldığında LDL ortalamalar erkek ve kadında arttığı görülmüş olup sırasıyla 148 mg/dl ve 142

mg/dl olarak bulunmuştur. 130 mg/dl üzerindeki değerler LDL için yüksek kabul edilmiş olup erkeklerin %37, kadınların %28'inde LDL değerleri yüksek saptanmıştır (46).

DSÖ verilerine göre, 2,6 milyon ölümün (yüzde 4.5) ve 29,7 milyon DALY (total DALY'nin yüzde 2) yüksek kolesterole bağlı olduğu tahmin edilmektedir(47). Yapılan çalışmalarda, birincil koruma olarak, KVH olmayan ancak kardiyovasküler riski yüksek kişilere hiperlipidemiye yönelik tedavi düzenlenmesinin KVH gelişmesini önlediği gösterilmiştir (26).

2.5.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

2.5.2.1. Yaş

Türkiye'de beklenen yaşam süresi ve yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye istatistik kurumu verilerine göre 2016 yılında 65 yaş üzeri nüfus oranı %8,3 iken bu oranın 2020 yılında %9,6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (48).

Aterosklerotik plak oluşumu için bir süreç gerekmektedir, lezyonlar kritik değere ulaşıncaya kadar klinik olarak bulgu vermez. Organ zedelenmesinin etkileri orta ve ileri yaşta belirmeye başlar. Aterosklerozun erken lezyonlarının (yağlı çizgilenme) çocukluk çağında ortaya çıkmasına rağmen, KVH'ların aşikar olarak ortaya çıkması ileri yaşlarda olur.

Erkeklerde MI insidansı 40 ve 60 yaş arasında 5 kat artmaktadır. KVH sıklığı ve buna bağlı ölümler her dekatta giderek daha da artar (8)(49). TEKHARF çalışmasında, koroner kalp hastalığı riskinin her yıl erkeklerde %3,9, kadınlarda %3,6 arttığı saptanmıştır (23).

2.5.2.2.Cinsiyet

KVH insidansı, erkeklerde kadınlara (premenapozal kadınlar) göre yaklaşık 3 kat, KVH mortalitesi ise yaklaşık 5 kat daha yüksektir. Kadınlarda menopozla birlikte

östrojen seviyeleri azalmakta, koroner kalp hastalığı insidansında belirgin bir artış olmaktadır. Menopoz sonrası kadınlardaki risk faktörü erkeklerdekiyle eşitlenir (50).

Aslında kadınlarda erkekler kadar KVH'lardan etkilenmektedir, ancak bu süreç erkekler de 7-10 yıl daha erken olduğu için bu kanıya varılmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre her yıl 3,3 milyon kadın miyokard infaktüsüne bağlı ölmektedir (1,39).

2.5.2.3.Aile öyküsü

Ailesinde erken kardiyak hastalık öyküsü olan gençlerde aile hikayesi önem taşımaktadır. Erken kardiyak hastalık, birinci derece akrabasında erkekte 55, kadında 65 yaşından önce aterosklerotik KVH geçirmek veya bu yaşlardan önce KVH'a bağlı ölüm olmasıdır (51). Erken kardiyak hastalık saptanmış bireylerin birinci derece akrabaları da risk faktörleri açısından taranmalıdır.

Erken kardiyak hastalık öyküsü olan akraba ne kadar erken yaştaysa, ne kadar genetik olarak yakın akrabalık derecesi varsa ve ne kadar fazla yakın akrabada varsa KVH için riskte o oranda artmaktadır (52).

Danimarka'da yapılan bir çalışmada, birinci derece yakınında iki veya daha fazla erken kardiyak ölüm öyküsü olan bireylerde 50 yaşından önce KVH gelişme riski 3 kat daha fazla bulunmuştur (53).

2.6.Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma

KVH'lardan korunmanın amacı ölümcül olan ve olmayan aterosklerotik kalp ve damar olaylarının, komplikasyonlarının ve perkütan veya cerrahi revaskülarizasyon ihtiyacının azaltılması; yaşam kalitesinin arttırılması ve yaşam süresinin uzatılmasıdır (3).

KVH'lardan korunmadaki temel hedef kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi ve değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesidir. KVH'lardan korunmada amaç, tüm risk faktörlerini belirleyip önlemeye çalışmak eğer

önleyemiyorsak risklerin azaltılmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda risk faktörleri birlikte değerlendirmeli ve hepsine birden müdahale edilmelidir. Çünkü, risk faktörlerinin birbiri ile etkileşmesi sonucunda KVH üzerine etkisi katlanarak artmaktadır. Yani, toplam kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi ve azaltılması KVH'lardan korunmada temel unsurdur.

Kişilerin ve toplumun KVH riskini azaltabilmek için öncelikle risk altındaki bireyleri saptamalıyız. KVH'lardan korunmada multidisipliner bir yaklaşım uygulanmalıdır, çoğul risk faktörleri birlikte değerlendirilmelidir (20,54).

KVH'ların temelinde sağlıksız yaşam tarzı ve sosyal çevrenin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kişinin yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmek daha ucuz ve etkindir (55). Bu yüzden kontrol altına alınabilecek risk faktörlerinin başında sağlıksız beslenme, sigara kullanımı ve fiziksel inaktivite gelmektedir.

Sosyal davranış modelinde, ilk koşul bireyin davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını bilmesidir. KVH'ları önleme çalışmaları öncelik olarak toplumu bilgilendirme programlarına odaklanmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) hazırlanmıştır (3).

Avrupa KVH'lardan Korunma Kılavuzunda 2012'de sağlıklı kalmak için sağlanması gereken belli başlı kriterler şunlardır (56);

1. Sigaranın bırakılması

2. Dengeli ve yeterli beslenme

3. Düzenli fiziksel aktivite yapılması

4. Kan basıncı kontrolünün sağlanması

5. Dislipideminin önlenmesi

6. DM ve kan şekeri kontrolünün sağlanması

2.7.Aile Hekimliği ve KVH

Bir Aile Hekimi uzmanının sahip olması gereken özellikler WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) tarafından çekirdek yeterlilikler olarak tanımlanmıştır. Bu çekirdek yeterlilikler şunlardır;

1.Birinci basamak yönetimi

2. Kişi merkezli bakım

3. Özgül sorun çözme becerileri

4. Kapsamlı yaklaşım

5. Toplum yönelimli olma

6. Bütüncül yaklaşım

KVH tanısı almamış bireyler ile birinci basamakta karşılaştığımızda, risk skorlamaları yapılarak hastalıkların daha erken aşamada saptanmasına ve erken müdahale edilme fırsatlarının yakalanmasına olanak sağlanır. Bu uygulama ile birinci basamak yönetimi ilkesini yapmış olunur.

Kişi merkezli yaklaşım ile bireyin kişisel özelliklerine, ek hastalıklarına, kültürüne ve sosyoekonomik durumuna göre risk düzeyleri belirlenmeli ve önerilen yaşam tarzı değişiklikleri kişiye yönelik yapılmalıdır.

Özgül sorun çözme becerisi ilkesinin doğrultusunda, KVH risk faktörleri ile bir bütün olarak mücadele etmek KVH prevalansını ve insidansını düşürürken ek olarak mortalite ve morbidite de azaltılır.

KVH'lar da çoklu morbidite söz konusu olduğu için birden fazla risk faktörünün hem akut hem de kronik dönemde eş zamanlı yönetilebilinmesi için kapsamlı yaklaşım modeli uygulanmalıdır.

KVH'lara karşı primer ve sekonder koruma da toplumun uyum sağlayabileceği şekilde düzenlemeler yapılmalı yani toplum yönelimli olunmalıdır. Hekim sorumlu

bulunduğu toplumun KVH riskini değerlendirmeli hem bireyin kendisine hem de topluma yönelik stratejiler belirleyerek hastayı ve toplumu yönetmelidir.

Aile Hekimleri sorumlu oldukları bireylere bütüncül olarak yaklaşım göstererek bireylerin toplumsal, sosyal, kültürel durumlarını göz önünde bulundurmalıdır.

Tüm bu özellikler nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetleri, KVH risk değerlendirmesinin ve risk düzeyine uygun sağlık yönetiminin yapılacağı en ideal noktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMA TİPİ

Çalışmanın tasarım tipi kesitsel-tanımlayıcıdır.

3.2.ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmamız tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın örneklemi %95 güven düzeyinde %5 hata payında 297 kişi olarak hesaplanmıştır. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 297 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılanlara sosyodemografik özellikleri, KVH'ları, hastalık kontrolü ile ilgili durumları, aile hekimi memnuniyeti ve aile hekimini tercih etme durumu, ilaç kullanımları, diyet, tuz azaltması, egzersiz, kilo takibi ve stres durumları, sigara ve alkol kullanımları ile ilgili hastalık farkındalıklarını ölçen toplam 30 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile ilgili uygulanmıştır (Ek formu 1).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- ✓ 18 yaşından büyük olmak,
- ✓ Çalışmaya katılmayı engelleyecek kognitif bozukluğu olmamak,
- ✓ Kardiyoloji polikliniğine başvurmak,
- ✓ KVH tanısı almış olmak ,
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olma.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3.ÇALIŞMA ANKETİ

Sosyodemografik veriler kısmı cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ve çalışma durumunu içeren sorulardan oluşturulmuştur. Katılımcılardan KVH tanıları, hangi şikayet ile başvurdukları, ilk şikayeti olduğunda hangi hekim ve kuruma başvurduğu, hastalığının tanısını nerede ve kaç yıl önce aldığı, kontrollerini düzenli yaptırıp yaptırmadığı ve hangi hekime kontrole gittiği, aile hekiminden memnun olup olmadığı, acil olmayan durumlarda hangi hekim ve kurumu tercih ettiği, kaç tane ilacı olduğu ve düzenli kullanıp kullanmadığı, diyet, tuz azaltması, egzersiz ve kilo takibi yapıp yapmadığı, stres farkındalığı ve stresli bir durumda ne yapması gerektiğini bilip bilmediği, sigara ve alkol alışkanlıklarına yönelik sorularla veri toplanmıştır (Ek 1).

3.4.ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Gerekli etik kurul izninin alınmasından sonra Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerle yüz yüze görüşme tekniğiyle Ekim 2018-Aralık 2018 dönemleri arasında gerçekleştirildi. Anket formunun uygulanması sonrası katılımcılara KVH ile ilgili bilgilendirme yapıldı.

3.5.ÇALIŞMA VERİLERİNİN İSTATİKSEL ANALİZİ

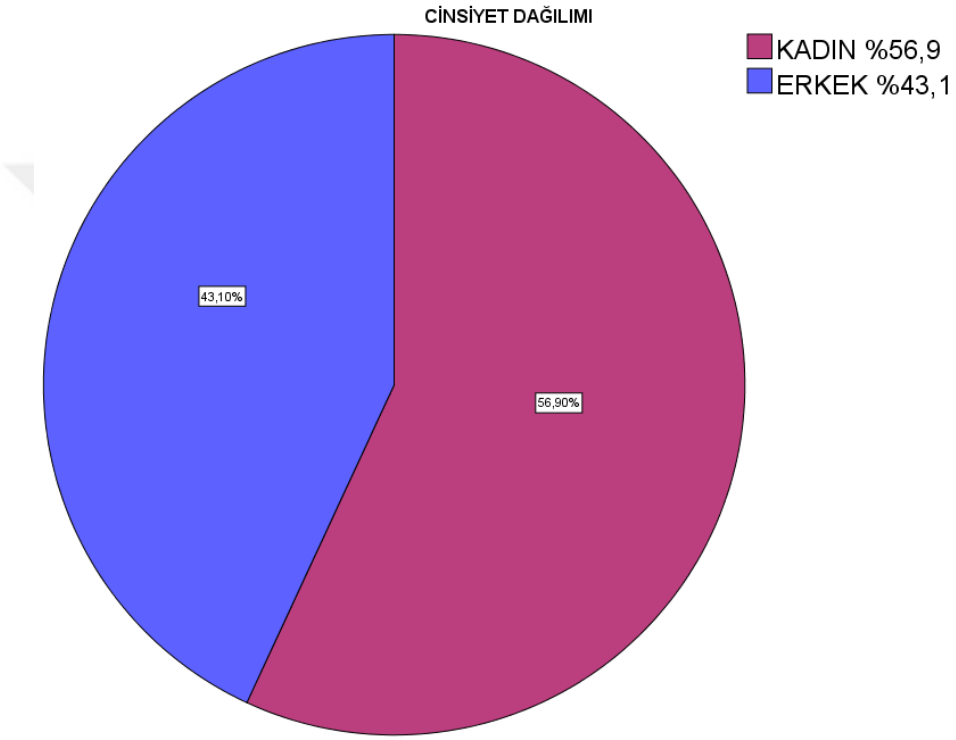
Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics v. 24 programında oluşturulan veri tabanına girilmiştir ve istatistiksel analizler için aynı program kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulanmıştır, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Fisher exact testi kullanılmıştır. p değerinin 0,05'ten küçük olduğu durumlar anlamlı kabul edilmiştir.

3.6.ETİK ONAY

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurum yönetiminin yazılı izni; S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 10.Ocak.2018 tarihinde alınan 29 nolu kararı ile alındı (Ek 2).

4. BULGULAR

Anketimize katılmayı kabul eden 297 kişinin cevapları değerlendirilmeye alındı. Katılımcıların %56,9'unun (n=169) kadın, %43,1'inin (n=128) erkek olduğu görüldü (Şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı

Yaşları 19-84 arasında değişen bireylerin yaş ortalaması 55.3 (±13,5 yıl) yıl idi. Hastaların yaşları gruplandırıldığında %12,1'i (n=36) 19-40 yaş, %61,3'ü (n=182) 41-64 yaş, %26,6'sı (n=79) 65-84 yaş arasında saptanmıştır (Tablo 3).

Hastaların medeni durumuna göre %78,5'i (n=233) evli, %21,5'i (n=64) bekar olduğu görüldü (Tablo 3). Cinsiyete göre baktığımızda; kadınların %72,2'si (n=122) erkeklerin %86,7'i (n=111) evli idi.

Kadın hastaların %66,3'ü (n=112) ev hanımı, erkek hastaların %7'si (n=9) işsizdi; kadın hastaların %20,1'i (n=34), erkek hastaların %45,3'ü (n=58) ve genel grubun

%31’i (n=92) emekli idi; kadınların %4,1’i (n=7), erkeklerin %39,1’i (n=50) ve tüm katılımcıların %22,2’si (n=66) oranında serbest meslek ile uğraşmakta idi; kadınların %4,1’i (n=7), erkeklerin %8,6’sı (n=11) ve tüm katılımcıların oran %6,1 (n=18)memurdu (Tablo 3). Hastaları gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre gruplandırdığında; ev hanımı ve işsiz olanlar çalışmıyor olarak değerlendirildi tüm hastaların %37,4’ü (n=213) bu grupta idi. Çalışan grubuna alınan memur, işçi ve serbest meslek sahibi olanların oranı %28,3’ünü(n=84) oluşturdu (Tablo 2).

Tablo 2. Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu

		Sıklık	Yüzde
	Çalışmıyor*	111	37,4
	Çalışıyor**	84	28,3
	Emekli	102	34,3

*Ev hanımı ve işsiz yanıtını verenleri kapsamaktadır.

**Memur, işçi ve serbest yanıtını verenleri kapsamaktadır.

Eğitim durumuna göre okuryazar olmayan %10,8 (n=32), ilkokul mezunu olan %50,2 (n=149), ortaokul mezunu olan %11,8 (n=35), lise mezunu olan %17,2 (n=51), yüksekokul veya üniversite mezunu olan %10,1 (n=30) olarak saptandı (Tablo 3).

Gelir düzeyine göre aylık hane geliri 1400 liranın altında olanlar %24,9 (n=74), 1400 – 5000 lira arasında olanlar %65,7 (n=195) ve 5000 liranın üzerinde olanlar %9,4 (n=28) olarak saptandı (Tablo 3).

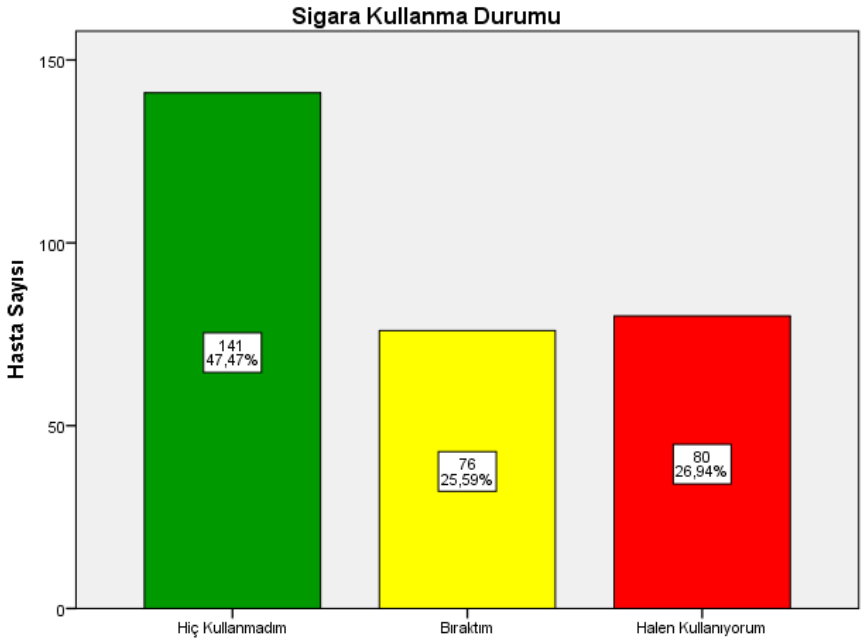
Çalışmaya katılan kadınların sigara ve alkol kullanımı sorgulandığında hiç sigara kullanmayanlar %47,5 (n=141), sigara kullanmayı bırakanlar %25,6 (n=76), halen sigara kullanmakta olanlar %26,9 (n=80) idi. Hiç alkol kullanmayanlar %77,4 (n=230), alkol kullanmayı bırakanlar %4,0 (n=12) ve halen kullanmakta olanlar %18,5 (n=55) idi (Tablo 4) (Şekil 2).

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş		
19-40	36	12,1
41-64	182	61,3
65-84	79	26,6
Medeni Durum		
Evli	233	78,5
Bekar	64	21,5
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	32	10,8
İlkokul mezunu	149	50,2
Ortaokul mezunu	35	11,8
Lise mezunu	51	17,2
Yüksekokul-Üniversite mezunu	30	10,1
Meslek		
Ev hanımı	112	37,7
Emekli	92	31,0
Memur	18	6,1
Serbest meslek	66	22,2
İşsiz	9	3,0
Gelir Durumu		
1400 TL altında	74	24,9
1400-5000 TL arasında	195	65,7
5000 TL üzerinde	28	9,4

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Sigara ve Alkol Kullanma Özellikleri

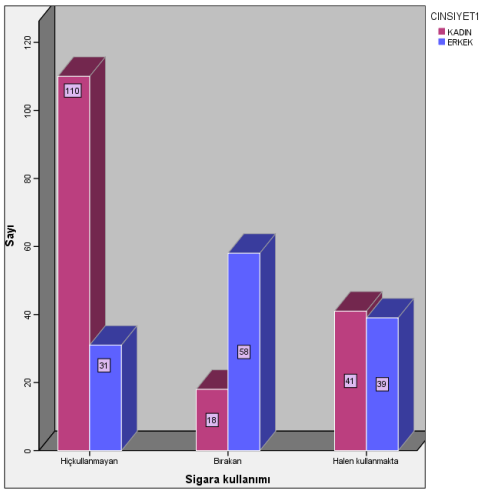
Özellik	Sayı	Yüzde
Sigara kullanımı		
Hiç kullanmayan	141	47,5
Bırakan	76	25,6
Halen kullanmakta	80	26,9
Alkol kullanımı		
Hiç kullanmayan	230	77,4
Bırakan	12	4,0
Halen kullanmakta	55	18,5



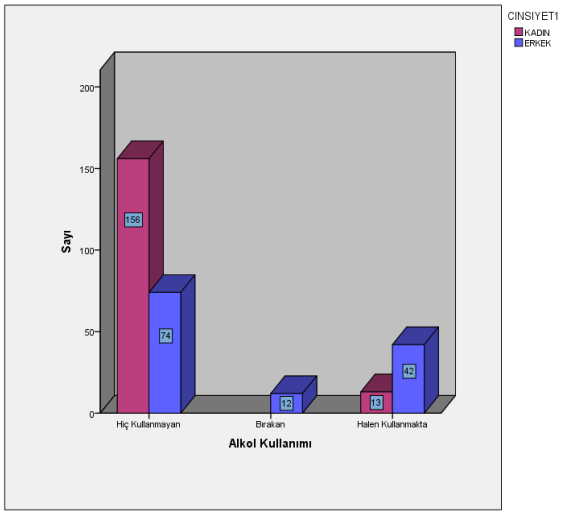
Şekil 2. Sigara Kullanım Durumu

"Sigara kullanıyor musunuz" sorusuna erkeklerin %24,2'si (n=31), kadınların ise %65,1'i (n=110) hiç kullanmadım, "alkol kullanıyor musunuz" sorusuna erkeklerin %57,8'i (n=74) kadınların %92,3'ü (n=156) hiç kullanmadım cevaplarını verdikleri bulundu, kadınların %7,7'si (n=13), erkeklerin %32,8'si (n=42) halen alkol

kullanmakta idi (p<0,001). Erkek bireylerin kadınlara görece daha fazla sigara ve alkol kullanımı olduğu saptandı (p<0,001). Bireylerin sigara, alkol kullanma sıklığının cinsiyete göre dağılımı Şekil 3 ve Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Cinsiyete Göre Sigara Kullanım Dağılımı



Şekil 4. Cinsiyete Göre Alkol Kullanım Dağılımı

Çalışma grubunda sigara kullanıyor musunuz sorusuna 75 ve üzeri yaş grubunda %100,0 (n=19) kullanmadığı cevabını vermiştir (p<0,001). Alkol kullanıyor

musunuz sorusuna tüm yaş gruplarında %77,4 (n=230) hiç kullanmadığı cevabını vermiştir (p=0,11). Çalışmamızda sigara kullanımının yaş aralığı ile istatistiksel olarak anlamlı çıkarken; alkol kullanmama yaş ile ilişkili saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Sigara ve Alkol Kullanımının Yaş Aralığına Göre Dağılım Durumu

		Yaş aralığı						p değeri
		19-40		41-64		65-84		
		n	%	n	%	n	%	
Sigara	Hiç Kullanmadım	20	14,2	74	52,5	47	33,3	<0,001[a]
	Bıraktım	2	2,6	46	60,5	28	36,8	
	Halen Kullanıyorum	14	17,5	62	77,5	4	5,0	
Alkol	Hiç Kullanmadım	27	11,7	136	59,1	67	29,1	0,11[c]
	Bıraktım	0	0,0	11	91,7	1	8,3	
	Halen Kullanıyorum	9	16,4	35	63,6	11	20,0	

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi, [c] Pearson Ki-kare Exact Testi

Çalışmaya katılan hastalar önerilen diyet uyumu, tuz kısıtlanması, egzersiz yapma ve kilo takibi açısından sorgulandı.

Hekim tarafından önerilen diyete tam uyum içinde olanlar %46,1 (n=137) ve beslenmesi diyete uygun olmayan hastalar %53,9 (n=160) idi. Kadınlar ve erkekler de sırasıyla uyması önerilen diyete uyum sağlayanlar %47,9 (n=81) ve %43,8 (n=56) ve beslenmesi diyete uygun olmayanlar %52,1 (n=88) ve %56,3 (n=72) idi. Kadınlar ve erkekler arasında erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p: 0,11) (tablo 6).

Hastalar "öğünlerinizde tuz kısıtlaması yapıyor musunuz" sorusuna kadınların %63,9 (n= 108), erkeklerin %58,6'sı (n=75) ve tüm katılımcıların %61,6'sı (n=183) "her zaman tuz kısıtlaması yaparım" şeklinde cevap verdi. Kadınlarda bazen tuz kısıtlaması yapanlar %16,6 (n=28) iken erkeklerde %21,2 (n=27) ve tüm

katılımcılarda %18,5 (n=55) idi. Kadınların %19,5'i (n=33) tuz kısıtlaması yapmıyorken, bu oran erkeklerde %20,3'tü (n=26) ve toplam katılımcıların %19,9'u (n=59) tuz kısıtlaması yapmıyorum seçeneğini işaretledi. Tuz kısıtlaması yapmak konusunda erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı(p=0,55) (Tablo 6).

Anketimize katılan hastalara egzersiz yapma durumları ile ilgili soru sorarken hafta da 5 gün 30 dakikadan fazla tempolu yürüyüş ya da haftada 3 gün 20 dakikadan fazla ağır aktivite durumları sorgulandı. Düzenli egzersiz yapanlar %23,2 (n=69); arada egzersiz yapanlar %23,9 (n=71) ve hiç egzersiz yapmayanlar %52,9 (n=157) idi. Kadınların %18,9'u (n=32) düzenli egzersiz yapıyor, %24,9'u (n=42) arada egzersiz yapıyor ve %56,2'si (n=95) hiç egzersiz yapmıyordu; erkeklerde bu oran sırasıyla %28,9 (n=37), %22,7 (n=29) ve %48,4 (n=62) idi. Cinsiyet ile egzersiz yapma durumu istatiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç bulunmadı (p:0,12) (Tablo 6)

"Kilo alıp vermenizi takip misiniz" sorusuna %47,8'i (n=142) her zaman takip ederim dedi. Kilo takibini bazen yapanlar %20,2 (n=60) ve hiç kilosunu takip etmeyenler %32,0 (n=95) idi. Kadınların %45,0'ı (n=76) her zaman kilosunu takip ediyor, %21,9'u (n=37) bazen kilo tabi yapıyor ve %33,1'i (n=56) hiç kilo takibi yapmıyorken; erkeklerde %51,6 (n=142) kilo takibi yapıyor, %18,0 (n=23) bazen kilo takip yapıyor ve %30,5'i (n=39) hiç kilo takibi yapmıyor idi. Cinsiyet ile kilo takip etme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p:0,50) (Tablo 6).

Tablo 6. Diyet Uyumu, Tuz Kısıtlaması, Egzersiz ve Kilo Takibinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Önerilen Diyete Uyum							
Evet	81	47,9	56	43,8	137	46,1	0,47[a]
Hayır	88	52,1	72	56,3	160	53,9	
Tuz Kısıtlaması							
Her zaman	108	63,9	75	58,6	183	61,6	0,55[a]
Bazen	28	16,6	27	21,2	55	18,5	
Uymuyor	33	19,5	26	20,3	59	19,9	
Egzersiz							
Düzenli	32	18,9	37	28,9	69	23,2	0,12[a]
Bazen	42	24,9	29	22,7	71	23,9	
Yapmıyor	95	56,2	62	48,4	157	52,9	
Kilo Takibi							
Her zaman	76	45,0	66	51,6	142	47,8	0,50[a]
Bazen	37	21,9	23	18,0	60	20,2	
Yapmıyor	56	33,1	39	30,5	95	32,0	

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi, [c] Pearson Ki-kare Exact Testi

Hipertansiyon tanısı olanların diyete uyumu %48,2(n=79) iken koroner kalp hastalığı olanların %44,8 (n=56), kalp yetmezliği olanların %47,1 (n=20), hiperlipidemi olanların %43,9 (n=47) ve diğer KVH olanların %46,4 (n=45) idi, Çalışmamıza katılanların hastalık durumuna göre diyet uyumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak hiçbiri anlamlı bulunmamıştır (Tablo 7).

Çalışmamıza katılan hastaların %89,2'si (n=265) stresin hastalıkları olumsuz etkilediğini bilirken, %33,7'si (n=100) stres ile nasıl baş edebileceğini biliyordu. Tüm katılımcıların %29'u (n=89) hem stresin hastalıklar üzerine olumsuz etkisi olduğunu

hem de stres durumunda ne yapması gerektiğini biliyordu. Cinsiyete göre baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 7. Diyet Uyumunun Hastalıklara Göre Değerlendirilmesi

		Önerilen Diyete Uyum				
		Evet		Hayır		p Değeri
		n	%	n	%	
Hipertansiyon	Var	79	48,2	85	51,8	0,43[a]
	Yok	58	43,6	75	56,4	
Koroner Kalp Hastalığı	Var	56	44,8	69	55,2	0,69[a]
	Yok	81	47,1	91	52,9	
Kalp Yetmezliği	Var	20	55,6	16	44,4	0,22[a]
	Yok	117	44,8	144	55,2	
Hiperlipidemi	Var	47	43,9	60	56,1	0,56[a]
	Yok	90	47,4	100	52,6	
Diğer	Var	45	46,4	52	53,6	0,94[a]
	Yok	92	46,0	108	54,0	

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi, [c] Pearson Ki-kare Exact Testi

Tablo 8. Stres Durumunun Cinsiyete göre Değerlendirilmesi

			Stresin Hastalık Üzerine Olumsuz Etkisini Biliyor musunuz?				
			Evet		Hayır		p değeri
			n	%	n	%	
Kadın	**Stres ile Baş Edebilme**	**Evet**	53	33,8	3	25,0	0,75[b]
		Hayır	104	66,2	9	75,0	
Erkek	**Stres ile Baş Edebilme**	**Evet**	36	33,3	8	40,0	0,56[a]
		Hayır	72	66,7	12	60,0	

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi, [c] Pearson Ki-kare Exact Testi

Çalışma grubunda kadınların %58,6'sında (n=99) ve erkeklerin %50,8'inde (n=65) hekim tanılı hipertansiyon (p=0,18), kadınların %33,7'sinde (n=57) ve erkeklerin %53,1'inde (n=68) koroner kalp hastalığı (p<0,05), kadınların %11,2'sinde (n=12) ve erkeklerin %13,3'ünde (n=17) kalp yetmezliği (p=0,59), kadınların

%34,9'unda (n=59) ve erkeklerin %37,5'inde (n=48) hiperlipidemi (p=0,64) ve kadınların %35,5'inde (n=60) ve erkeklerin %28,9'unda (n=37) diğer KVH tanısı (Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını) (p=0,23) bulunmakta idi. Çalışma grubundaki bireylerde hekim tanılı KVH görülme sıklığının cinsiyete göre dağılımı tablo 5'de gösterilmektedir. Tüm bu hastalıklar içinde sadece koroner kalp hastalığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. KVH Görülme Sıklığının Cinsiyete Göre Dağılımı

KVS Hastalık*	Kadın		Erkek		Toplam		İstatistiki değerler
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
Hipertansiyon							
Var	99	58,6	65	50,8	164	55,2	0,18
Yok	70	41,4	63	49,2	133	44,8	
Koroner Kalp Hastalığı							0,001
Var	57	33,7	68	53,1	125	42,1	
Yok	112	66,3	60	46,9	172	57,9	
Kalp Yetmezliği							0,59
Var	12	11,2	17	13,3	36	12,1	
Yok	150	88,8	111	86,7	261	87,9	
Hiperlipidemi							
Var	59	34,9	48	37,5	107	36,0	0,64
Yok	110	65,1	80	62,5	190	64,0	
Diğer**							
Var	60	35,5	37	28,9	97	32,7	0,23
Yok	109	64,5	91	71,1	200	67,3	

**Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını içermektedir.

Tablo 10. Yaş Gruplarına Göre KVH Varlığının Karşılaştırılması

		Yaş						
		19-40		41-64		65-84		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon	Var	6	3,7	101	61,6	57	34,8	<0,001[a]
	Yok	30	22,6	81	60,9	22	16,5	
Koroner Kalp Hastalığı	Var	2	1,6	77	61,6	46	36,8	<0,001[a]
	Yok	34	19,8	105	61,0	33	19,2	
Kalp Yetmezliği	Var	1	2,8	21	58,3	14	38,9	0,06[a]
	Yok	35	13,4	161	61,7	65	24,9	
Hiperlipidemi	Var	3	2,8	65	60,7	39	36,4	<0,001[a]
	Yok	33	17,4	117	61,6	40	21,1	
Diğer KVH	Var	29	29,9	56	57,7	12	12,4	<0,001[a]
	Yok	7	3,5	126	63,0	67	33,5	

* Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını içermektedir.

[a] Pearson Ki-kare Testi

Yaşa göre KVH'lar ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hipertansiyon tanısı olanların %61,6'sı (n=101), koroner kalp hastalığı tanısı olanların %61,6'sı (n=77), hiperlipidemi tanısı olanların %60,7'si (n=65), diğer KVH tanısı olanların %57,7'si (n=56) 41-64 yaş aralığında idi. Yapılan testler sonucunda hipertansiyon (p<0,001), koroner kalp hastalığı (p<0,001), hiperlipidemi (p<0,001) ve diğer KVH'lar(p<0,001) ile yaş arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark bulunurken kalp yetmezliği (p=0,06) ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 10).

Çalışmaya katılan hastaların %51,9'u (n=154) kontrol için kardiyoloji polikliniğine başvurdu. %20,5'i (n=61) göğüs ağrısı, %9,8'i (n=29) çarpıntı, %4,4'ü (n=13) nefes darlığı, %4,4'ü (n=13) tansiyon yüksekliği, %2,7'si (n=8) efor dispnesi, %2,7'si (n=8) kollarda uyuşma, %2,4'ü (n=7) nörolojik şikayetler (baş ağrısı, baş dönmesi ve senkop) ve %1,3'ü (n=4) pretibial ödem şikayeti ile kardiyoloji polikliniğine başvurdu (Tablo11).

Tablo 11. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuru Şikayeti

Polikliniğe Başvuru Şikayeti	Sayı	Yüzde
Kontrol	154	51,9
Göğüs Ağrısı	61	20,5
Çarpıntı	29	9,8
Nefes Darlığı	13	4,4
Tansiyon Yüksekliği	13	4,4
Efor Dispnesi	8	2,7
Kollarda Uyuşma	8	2,7
Nörolojik Şikayetler*	7	2,4
Pretibial Ödem	4	1,3
*Baş ağrısı, baş dönmesi ve senkop dahil edilmiştir.		

Hipertansiyon hastalarının %52,4'ü kontrol amacıyla %7,3'ü tansiyon düzensizliği şikayeti ile başvurmakta idi. Hipertansiyon varlığı ile polikliniğe başvuru şikayeti karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,02). Koroner kalp hastalığı olanların %64,8'i, diğer KVH'ları olanların %41,2'si kardiyoloji polikliniğine kontrol amacıyla başvururken bu hastalıklar ile yapılan istatistiksel çalışmalar anlamlı saptanmıştır (koroner kalp hastalığı: p<0,001, diğer KVH: p=0,008) (Tablo 12).

Katılımcılara mevcut KVH'larının tanısını almadan hemen önce ilk şikayetleri olduğunda hangi hekime başvurduğu sorulduğunda; %32,0'si (n=95) acil servis, %33,2'si (n=99) kardiyoloji ve %16,2'si (n=48) dahiliye poliklinikleri, %12,8'i (n=38) aile hekimi ve %5,7'si (n=17) diğer hekimlere (göğüs hastalıkları, nöroloji, kalp ve damar hastalıkları) şeklinde cevap verdi.

Tablo 12. En Sık Başvuru Şikayetlerinin Hastalıklara Göre Durumu

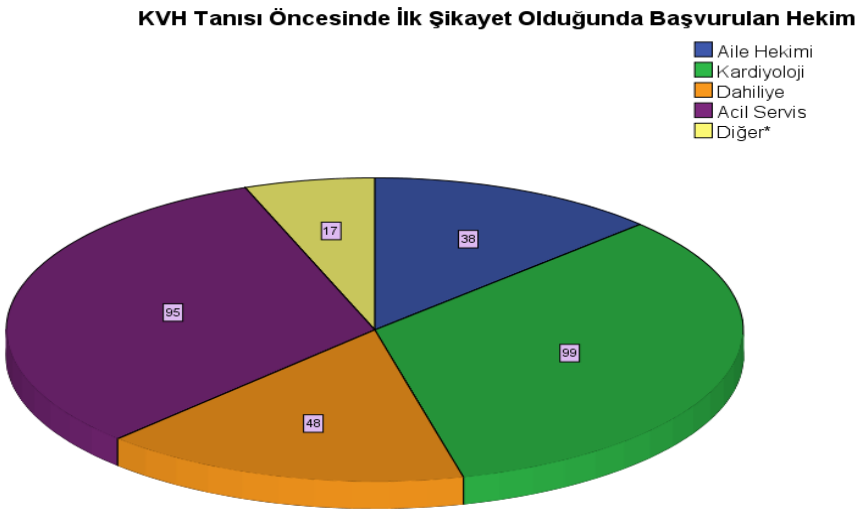
		BAŞVURU ŞİKAYETİ**								
		Kontrol		Göğüs Ağrısı		Çarpıntı		Tansiyon Yüksekliği		p değeri
		n	%	n	%	n	%	n	%	
HT	**Var**	86	52,4	33	20,1	11	6,7	12	7,3	0,02[c]
	Yok	67	50,4	28	21,1	18	13,5	1	0,8	
KKH	**Var**	81	64,8	23	18,4	5	4,0	1	0,8	<0,001[c]
	Yok	72	41,9	38	22,1	24	14,0	12	7,0	
KY	**Var**	24	66,7	3	8,3	3	8,3	0	0,0	0,26[c]
	Yok	129	49,4	58	22,2	26	10,0	13	5,0	
HL	**Var**	69	64,5	19	17,8	5	4,7	3	2,8	0,08[c]
	Yok	84	44,2	42	22,1	24	12,6	10	5,3	
Diğer*	**Var**	40	41,2	21	21,6	18	18,6	1	1,0	0,008[c]
	Yok	113	56,5	40	20,0	11	5,5	12	6,0	

HT: Hipertansiyon KKH: Koroner kalp hastalığı KY: Kalp yetmezliği HL: Hiperlipidemi

* Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını içermektedir.

**Bazı hastalar birden fazla belirttikleri için sayı fazla çıkmıştır.

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi, [c] Pearson Ki-kare Exact Testi



Şekil 4. KVH Tanı Öncesi İlk Şikayet İçin Başvurulan Hekimler

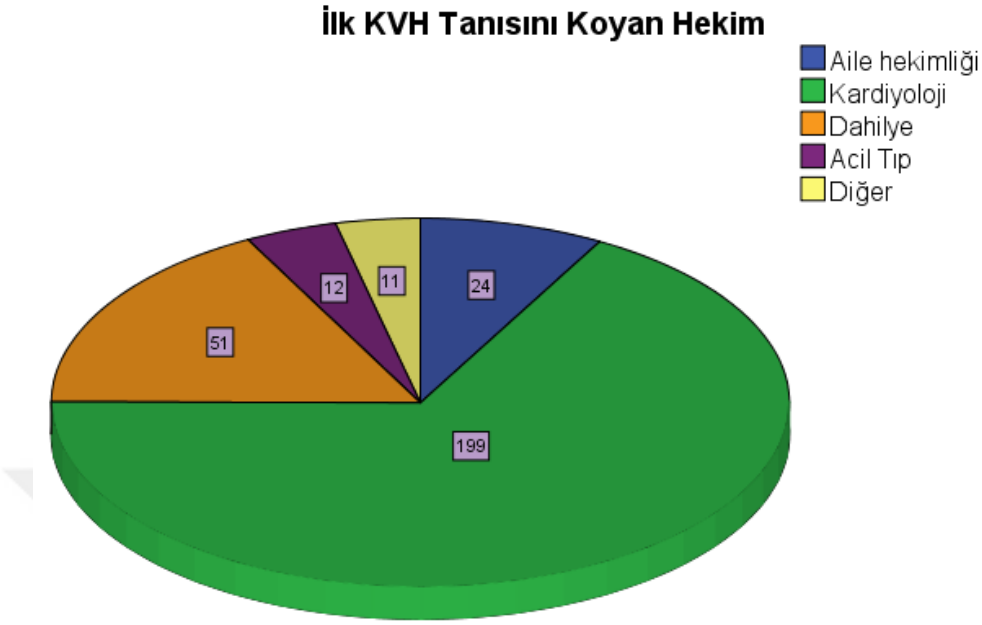
Katılımcıların cinsiyetine göre ilk şikayet olduğunda başvurulan hekimler karşılaştırıldığında; kardiyoloji uzmanına başvuru kadınlarda %31,4 (n=53) ve erkeklerde %35,9 (n=46) oranlarıyla her iki cinsiyette de en sık başvuralan hekimdi. Aile hekimine olan başvuru kadınlarda %12,4 (n=21) ve erkeklerde %13,3 (n=17) idi. Dahiliye uzmanına başvuru kadınlarda %21,9 (n=37) iken erkeklerde %8,6 (n=11) idi. Acil servislere yapılan başvuruda kadınlar %29,6 (n=50) ve erkekler %35,2 (n=45) oranındaydı (p=0,04). Yapılan istatiksel çalışmalarda cinsiyete göre ilk şikayet olduğunda başvurulan hekim arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(Tablo 13).

Tablo 13. İlk Şikayette Başvurulan Hekim Dağılımının Cinsiyete Göre Durumu

		İlk Başvurulan Hekim					
Cinsiyet		Aile Hekimliği	Kardiyoloji	Dahiliye	Acil tıp	Diğer	p değeri
Kadın	Sayı	21	53	37	50	8	0,04[a]
	Yüzde	12,4	31,4	21,9	29,6	4,7	
Erkek	Sayı	17	46	11	45	9	
	Yüzde	13,3	35,9	8,6	35,2	7,0	
Toplam	Sayı	38	99	48	95	17	
	Yüzde	12,8	33,3	16,2	32,0	5,7	

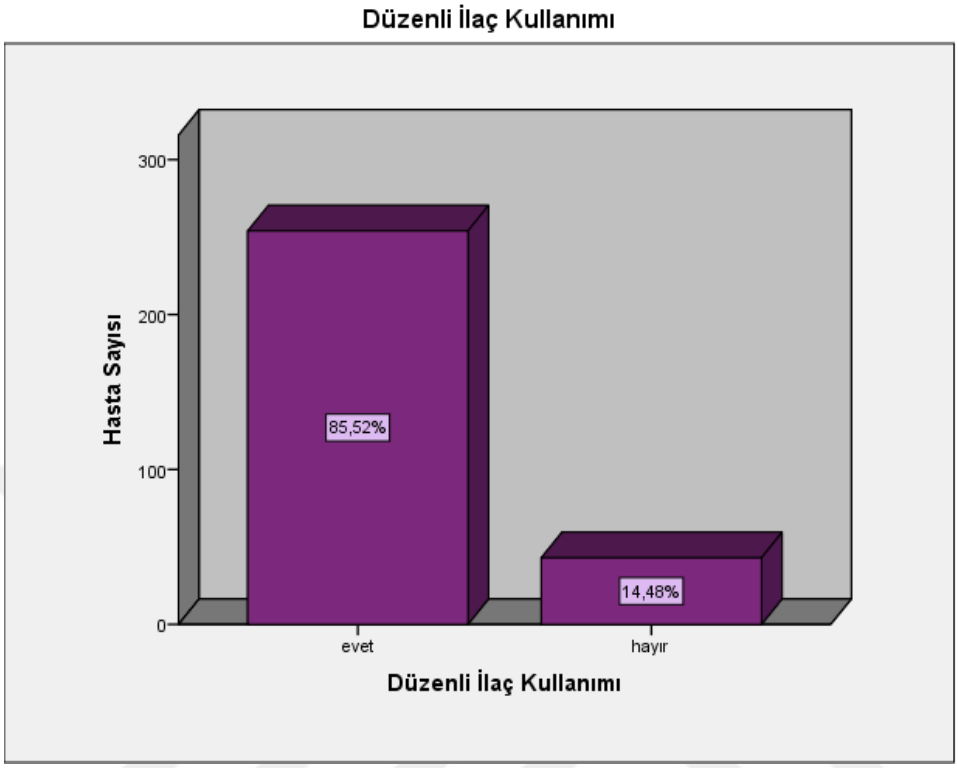
[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi

Çalışmamıza katılan hastalara ilk KVH tanısı hangi hekim tarafından konulduğu sorulduğunda; %67,0 (n=199) kardiyoloji uzmanı cevabı verildi. %17,2 (n=51) ile dahiliye uzmanı, %8,1 (n=24) ile aile hekimleri, %4,0 (n=12) ile acil tıp ve %3,7 (n=11) ile diğer hekimler cevabını verdi. (Şekil 5).



Şekil 5. İlk KVH Tanısının Hangi Hekim Tarafından Koyulduğunu Gösteren Dağılım

Katılımcıların düzenli ilaç kullanımı sorgulandığında %85,5'i (n=254) hekim tarafından önerilen ilaçları düzenli kullandığını belirtti. %14,5'i (n=43) düzenli ilaç kullanımı olmadığını belirtti (Şekil 6). Düzenli ilaç kullanımı ile cinsiyet (p=0,87), yaş (p=0,07), medeni durum (p=0,64) eğitim durumu (p=0,76) ve gelir durumu (p=0,37) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hastaların meslekleri ile düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,04) (Tablo 14).



Şekil 6. Düzenli İlaç Kullanım Sıklığı

Tablo 14. Sosyodemografik Özelliklere Göre Düzenli İlaç Kullanımı

		Düzenli İlaç Kullanımı				
		EVET		HAYIR		p değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	145	85,8	24	14,2	0,87[a]
	Erkek	109	85,2	19	14,8	
Yaş	19-40 yaş arası	27	75,0	9	25,0	
	41-64 yaş arası	155	85,2	27	14,8	0,07[a]
	65-84 yaş arası	72	91,1	7	8,9	
Meslek	Çalışmıyor*	98	88,3	13	11,7	
	Çalışıyor**	65	77,4	19	22,6	0,04[a]
	Emekli	91	89,2	11	10,8	
Medeni Durum	Evli	200	85,8	33	14,2	0,76[a]
	Bekar	54	84,4	10	15,6	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	28	87,5	4	12,5	
	İlkokul	128	85,9	21	14,1	
	Ortaokul	32	91,4	3	8,6	0,68[a]
	Lise	42	82,4	9	17,6	
	Yüksekokul Üniversite	24	80,0	6	20,0	
Gelir durumu	1400 TL altı	66	89,2	8	10,8	
	1400-4999 TL arası	166	85,1	29	14,9	0,38[a]
	5000 TL üzeri	22	78,6	6	21,4	

*Ev hanımı, işsiz bu gruba dahil edilmiştir.

**Memur, serbest meslek ve işçi bu gruba dahil edilmiştir.

[a] Pearson Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Tüm katılımcıların %85,5'i (n=254) düzenli ilaç kullanımı sorusunda olumlu yanıt verdi, düzenli ilaç kullanımı ile hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, Hiperlipidemi, kalp yetmezliği gibi KVH'ların ilişkisine baktığımızda; Hipertansiyon

tanısı olan hastaların %90,2'si düzenli ilaç kullanırken, hipertansiyon tanısı olmayanların %20,3'ü ilaçlarını düzenli kullanmamakta idi. Hipertansiyon ile düzenli ilaç kullanımı arasında yapılan istatistiksel testler sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,01) (Tablo 15).

Koroner kalp hastalığı olanların %88,0'i (n=110) düzenli ilaç kullanırken, koroner kalp hastalığı olmayanların %83,7'si (n=144) düzenli ilaç kullanmakta idi. Hem koroner kalp hastalığı olanlarda hem de olmayanlarda düzenli ilaç kullanım oranları birbirine yakındı. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda koroner kalp hastalığı ile düzenli ilaç kullanma arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,30) (Tablo 15).

Kalp yetmezliği tanısı olanların düzenli ilaç kullanma oranları %91,7 (n=33) ve kalp yetmezliği tanısı olmayanların düzenli ilaç kullanım oranı %84,7 (n=221) olarak saptanıp kalp yetmezliği ve düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,83) (Tablo 15).

Hiperlipidemi tanısı olanlarda düzenli ilaç kullanımı %87,9 (n=94), hiperlipidemi olmayanlarda düzenli ilaç kullanım %84,2 (N=160) idi. Hiperlipidemi ile düzenli ilaç kullanımı arasında yapılan istatistiksel testler sonucunda anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,45) (Tablo 15).

Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarının dahil edildiği diğer KVH tanısı olan hastaların olduğu grupta %79,4 (n=77) düzenli ilaç kullanırken, hastalığı olmayanların %7,5 (n=15) düzenli ilaç kullanıyordu. Diğer KVH tanısı olanlar ile düzenli ilaç kullanımı arasında yapılan istatistiksel testler sonucunda anlamlı fark vardı (p=0,03) (Tablo 15).

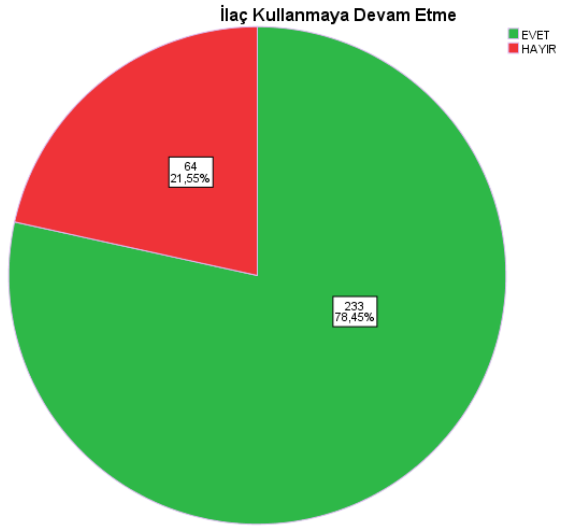
Tablo 15. Düzenli İlaç Kullanımının KVH'lara göre Değerlendirilmesi.

		Düzenli ilaç Kullanımı				
		Evet		Hayır		p değeri
		n	%*	n	%*	
Hipertansiyon	Var	148	90,2	16	9,8	0,01[a]
	Yok	106	79,7	27	20,3	
Koroner Kalp Hastalığı	Var	110	88,0	15	12,0	0,30[a]
	Yok	144	83,7	28	16,3	
Kalp Yetmezliği	Var	33	91,7	3	8,3	0,26[a]
	Yok	221	84,7	40	15,3	
Hiperlipidemi	Var	94	87,9	13	12,1	0,39[a]
	Yok	160	84,2	30	15,8	
Diğer**	Var	77	79,4	20	20,6	0,03[a]
	Yok	177	88,5	23	11,5	

*KVH'ların içindeki yüzdesi

** Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını içermektedir.

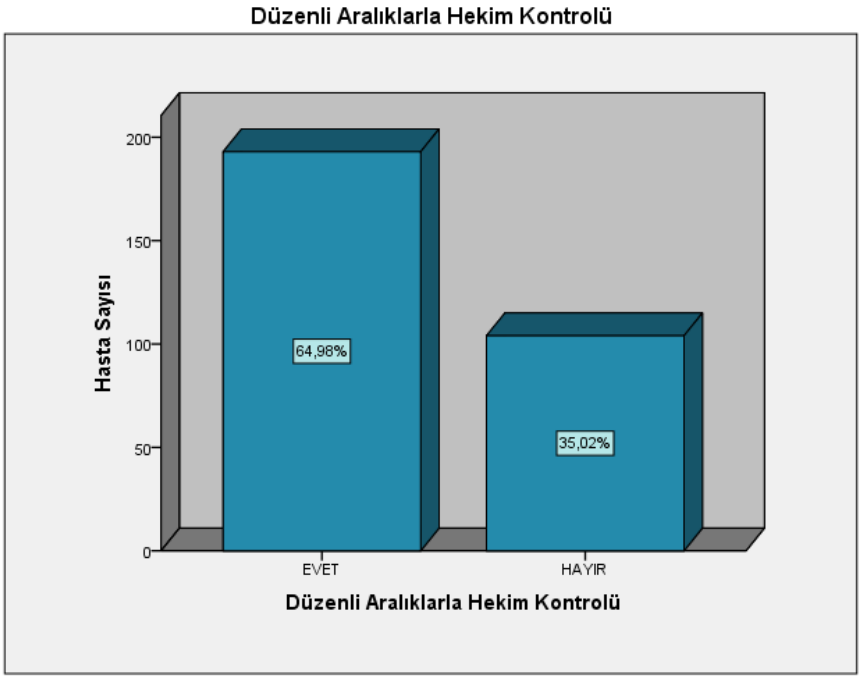
[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi



Şekil 7. Şikayet Geçse Bile İlaç Kullanmaya Devam Etme

Çalışmamıza katılan hastaların %78,5'ü (n=233) şikayeti geçse bile doktora danışmadan ilacını bırakmazken, %21,5'i (n=64) şikayetleri gerilediğinde doktora danışmadan ilaç kullanmayı bırakıyordu (Şekil 7).

Çalışmamıza katılanlara "Takipli olduğunuz hekimin size önerdiği aralıklarla kontrole gidiyor musunuz?" sorusu yöneltildi. Katılımcıların %65,0'i (n=193) düzenli aralıklarla hekim kontrolü yaptırdığını, %35,0'ı (n=104) ise düzenli aralıklarla hekim kontrolü yaptırmadığını belirtti (Şekil 8). Düzenli hekim kontrolü ile cinsiyet (p=0,43), meslek (p=0,08), medeni durum (p=0,67) ve gelir durumu (p=0,37) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Düzenli aralıklarla hekim kontrolü ile yaş (p=0,006) ve eğitim durumu (p=0,04)arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (Tablo 16).



Şekil 8. Düzenli Hekim Kontrolü Sıklığı

Tablo 16. Sosyodemografik Özelliklere Göre Düzenli Hekim Kontrolü

		Düzenli Hekim Kontrolü				
		Evet		Hayır		p değeri
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	113	66,9	56	33,1	0,43[a]
	Erkek	80	62,5	48	37,5	
Yaş	19-40 yaş arası	22	61,1	14	38,9	0,006[a]
	41-64 yaş arası	108	59,3	74	40,7	
	65-84 yaş arası	63	79,7	16	20,3	
Meslek	Çalışmıyor*	79	71,2	32	28,8	0,08[a]
	Çalışıyor**	47	56,0	37	44,0	
	Emekli	67	65,7	35	34,3	
Medeni Durum	Evli	150	64,4	83	35,6	0,67[a]
	Bekar	43	67,2	21	32,8	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	21	65,6	11	34,4	0,04[a]
	İlkokul	101	67,8	48	32,2	
	Ortaokul	28	80,0	7	20,0	
	Lise	29	56,9	22	43,1	
	Yüksekokul Üniversite	14	46,7	16	53,3	
Gelir durumu	1400 TL altı	53	71,6	21	28,4	0,37[a]
	1400-4999 TL arası	123	63,1	72	36,9	
	5000 TL üzeri	17	60,7	11	39,3	

*Ev hanımı, işsiz bu gruba dahil edilmiştir.

**Memur, serbest meslek ve işçi bu gruba dahil edilmiştir.

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi

Hipertansiyon tanısı olanların %68,9'u (n=113), koroner kalp hastalığı olanların %71,2'si (n= 89), kalp yetmezliği olanların %77,8'i (n= 28), hiperlipidemi

olanların %69,2) (n= 74) ve diğer KVH'ları olanların %60,8'i (n= 59) düzenli hekim kontrolü yaptırdığını belirtti. Düzenli hekim kontrolü ile hipertansiyon (p=0,11), koroner kalp hastalığı (p=0,056), kalp yetmezliği (p=0,08), hiperlipidemi (p=0,25) ve Diğer KVH (p=0,29) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Düzenli Hekim Kontrolünün KVH Hastalığa Göre Değerlendirilmesi

		Düzenli Hekim Kontrolü				
		Evet		Hayır		p değeri
		n	%*	n	%*	
Hipertansiyon	Var	113	68,9	51	31,1	0,11[a]
	Yok	80	60,2	53	39,8	
Koroner Kalp Hastalığı	Var	89	71,2	36	28,8	0,056[a]
	Yok	104	60,5	68	39,5	
Kalp Yetmezliği	Var	28	77,8	8	22,2	0,08[a]
	Yok	165	63,2	96	36,8	
Hiperlipidemi	Var	74	69,2	33	30,8	0,25[a]
	Yok	119	62,6	71	37,4	
Diğer**	Var	59	60,8	38	39,2	0,29[a]
	Yok	134	67,0	66	33,0	

*KVH'ların içindeki yüzdesi

** Ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını içermektedir.

[a] Pearson Ki-kare Testi

Düzenli ilaç kullanımı ile düzenli hekim kontrolü yapan bireyler karşılaştırıldığında, düzenli aralıklarla hekim kontrolü yaptıran kişilerin %93,8'inin (n=181) düzenli ilaç kullandığı saptandı ve istatistiksel olarak fark anlamlı derecede yüksek tespit edildi (p<0,001) (Tablo 18).

Tablo 18. Düzenli İlaç Kullanımı ile Düzenli Hekim Kontrolü Arasındaki İlişki

Düzenli İlaç Kullanımı		Düzenli Hekim Kontrolü		Toplam	P değeri
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	181	73	254	<0,001[a]
	Yüzde	93,8	70,2	85,5	
Hayır	Sayı	12	31	43	
	Yüzde	6,2	29,8	14,5	
Toplam	Sayı	193	104	297	
	Yüzde	65,0	35,0		
[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi					

Katılımcıların kontrolde hangi sağlık kuruluşunu tercih ettiği sorgulandı. %69,7'si (n=207) Eğitim ve Araştırma Hastanesi tercih ettiğini ve %11,1'i (n=33) Aile Sağlığı Merkezini tercih ettiğini belirtti (Tablo 19).

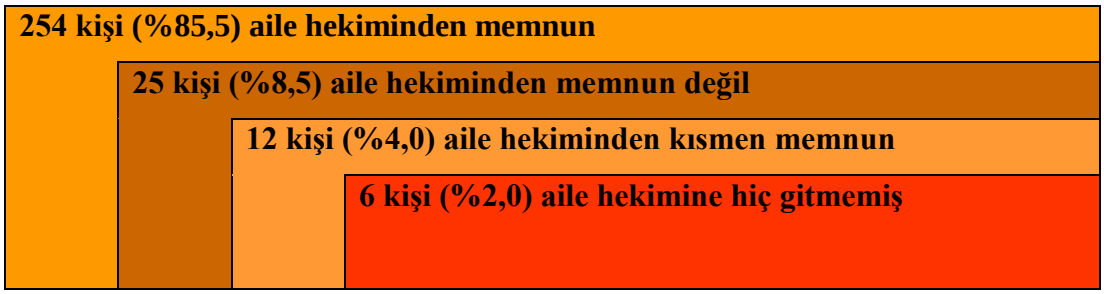
Tablo 19. Hastaların Kontrol Amacıyla Başvurduğu Sağlık Kuruluşu Dağılımı

	Sayı	%
Aile Sağlığı Merkezi	33	11,1
Devlet Hastanesi	43	14,5
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	207	69,7
Üniversite hastanesi	7	2,4
Diğer*	7	2,4
*Özel hastaneler ve poliklinikler, Dal hastaneleri bu gruba dahil edilmiştir.		

Hastaların %32,7'si (n=97) mevcut hastalığının tanısını 1 yıl içince aldığını belirtti. 2-5 yıl arasında olanlar %22,2 (n=66), 6-10 yıl arasında olanlar %16,2 (n=48) ve 10 yıldan fazla olanlar %29,0 (n=86) idi.

Çalışmamıza katılan hastaların aile hekimlerinden memnun olma incelendiğinde; %85,5'i (n=254) aile hekiminden memnun olduğunu belirtirken %2,0 (n=6) daha önce hiç aile hekimine gitmediğini belirtti. (Şekil 20).

Tablo 20. Aile Hekiminden Memnun Olma



Çalışmamıza katılan hastalar "Acil ve ölümcül olmayan bir şikayetiniz olduğunda, örneğin gribal semptomlarınız varsa hangi hekime başvurursunuz?" diye sorgulandı. %58,0 hastalar acil olamayan durumlarda bile acil servise başvuracaklarını belirtti (Tablo 21).

Tablo 21. Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurulan Hekim



Aile Hekiminde memnun olanların %66,9'u (n=170) düzenli hekim kontrolü yaptırırken, memnun olmayanların %36'si (n=9) düzenli hekim kontrolü yaptırmamaktadır. Yapılan istatistiksel çalışmalarla aile hekimliği memnuniyeti ile düzenli aralıklarla hekim kontrolüne gitme arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,04) (Tablo 22).

Aile hekiminden memnun olan hastaların %87,8'i (n=223) düzenli ilaç kullanımı mevcutken, aile hekiminden memnun olmayanların %28'i (n=7) düzenli ilaç kullanmamaktadır. Yapılan istatistiksel testlerle aile hekimi memnuniyeti ve düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,01) (Tablo 22).

Aile hekiminden memnun olan kişilerin %33,9'u (n=86) aile hekimine başvururken, %53,9'u (n=137) acil servise başvurduğunu belirtti. Aile Hekiminden memnun olmayan %84,0'ü (n=21) ise acile servise başvurduğunu belirtti. Aile hekiminden memnun olma ve acil durumlar dışında başvurulan hekim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 22).

Mevcut kronik hastalık tanı yılı ile aile hekiminden memnun olma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($p=0,75$) (Tablo 22).

Hipertansiyon ($p=0,03^a$) ve diğer KVH ($p=0,016^a$) tanısı olan hastalar ile tuz kısıtlaması yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,03^a$).

Koroner kalp hastalığı ile egzersiz($p=0,02^a$), sigara ($p=0,003^a$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çoklu ilaç kullanımı ile düzenli ilaç kullanımı ($p=0,004^a$), düzenli aralıklarla hekim kontrolü ($p<0,001^a$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile hekiminden memnun olma ile çoklu ilaç kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. Aile Hekiminden Memnun Olma ve Hastalık Takibi

		Aile Hekiminden Memnun Olma Durumu								
		Evet		Kısmen		Hayır		Tanımıyor		p değeri
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Düzenli Hekim Kontrolü	Evet	170	66,9	6	50,0	16	64,0	1	16,7	0,04[c]
	Hayır	84	33,1	6	50,0	9	36,0	5	83,3	
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	223	87,8	10	83,3	18	72,0	3	50,0	0,01[c]
	Kısmen	31	12,2	2	16,7	7	28,0	3	50,0	
Acil Durumlar Dışında Başvurulan Hekim	Aile Hekimi	86	33,9	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0,003[b]
	Kardiyoloji	28	11,0	1	8,3	3	12,0	0	0,0	
	Acil Servis	137	53,9	8	66,7	21	84,0	6	100,0	
	Diğer	3	1,2	0	0,0	1	4,0	0	0,0	
Mevcut Kronik Hastalık Tanı Yılı	1 yıldan az	81	31,9	4	33,3	10	40,0	2	33,3	0,75[b]
	2-5 yıl arası	58	22,8	3	25,0	3	12,0	2	33,3	
	6-10 yıl arası	45	17,7	1	8,3	2	8,0	0	0,0	
	10 yıldan fazla	70	27,6	4	33,3	10	40,0	2	33,3	

*Aile hekiminden memnun olma oranına göre alınan yüzde değeri

[a] Pearson Ki-kare Testi, [b] Fisher's Exact Testi, [c] Pearson Ki-kare Exact Testi

5. TARTIŞMA

Çalışmanın amacı, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların hastalık takiplerine ilişkin farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir. Hastaların %56,9'u kadın, %78,5'i evli, %50,2'si ilkokul mezunu idi. Çalışma grubunun gelir düzeyi %65,7 oranında 1400 TL - 5000 TL arasında idi. %37,4'ü gelir getiren bir işte çalışmıyordu. Yaş ortalaması 55.3 yıl (±13,5 yıl) olarak hesaplandı. Çalışma grubu kardiyoloji polikliniğine başvuran KVH tanısı olan bireylerden oluşmaktadır.

Erhardt'ın yaptığı çalışmada sigarayı bırakmanın KVH riski ve mortalitesini azaltmada önemli etken olduğu vurgulanmıştır (57). Sigarayı bırakmanın KVH riskini azaltmada kolesterol düşürücü tedavilerden daha etkili olduğuna ve sigara bırakmayı takip eden iki yıl içeresinde riskin büyük ölçüde azaldığına da değinilmiştir (57). Yapılan çalışmalarda; yaş, cinsiyet, yaşadığı ülke ve yapılan girişimin süresine bakılmaksızın sigara bırakmanın KVH riskini azalttığı gibi KVH tanısı olan bireylerde mortaliteyi de azalttığı ortaya konulmuştur (58,59). DSÖ verilerine göre 2015 yılında 1,1 milyardan fazla insan sigara kullanmaktadır(60). Küresel Hastalık Yükü çalışması 2010 sonuçlarına göre pasif içicilik dahil tütün kullanımı dünya çapında hastalık yüküne katkıda bulunan ikinci en önemli risk faktörüdür (13). Sigara içiminin artan KVH insidansı üzerine etkisi büyük ölçüde gösterilmiştir ve içilen sigara sayısı arttıkça kardiyovasküler riskin buna bağlı olarak arttığı saptanmıştır (61).

Sigara kullanım sıklığı; TURDEP-II çalışmasında 2010 yılında %17.3 (29), 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında %27,1 (43) saptanmıştır. İzmir'de Badıllıoğlu ve arkadaşlarının (16), yaptığı bir çalışmada sigara içmiş–içiyor olma %47,8 saptanmıştır, Özkara ve arkadaşları (62) %22,4, Çöl ve arkadaşları (63) herhangi bir zamanda sigara kullanmış olanların oranını %26,7 saptamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara sigara kullanım sıklığı çeşitli oranlarda bulunmuştur, bizim çalışmamızda hastaların yarısı (%52,5) sigara kullanmış veya bırakmıştı. Çalışmamızın kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda yapılmış olması nedeniyle

sigara kullanma oranları yüksek saptanmış olabilir. Sigara kullanımının kardiyak hastalıklara yol açma potansiyeli kanıtlanmış bir bulgudur

TURDEP-II çalışmasında erkeklerde sigara içme oranı %30'dan fazla bulunmuştur(29). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışmasına göre erkekler %43 ve kadınlar %17 oranında sigara içmektedir (2). Ceylan ve arkadaşlarının Van'da yaptıkları çalışmada sigara içiciliğinin sıklığı erkeklerde %67,8 ve kadınlarda %14,5 saptamıştır (64). Yapılan çalışmalarda Erkeklerde sigara içme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da erkeklerin %75,8'i, kadınların %34,9'u sigara kullanmış veya bırakmış olarak bulundu aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) bu da ülkemiz verileri ile uyumludur.

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışmasında en yüksek sigara kullanma prevalansı 25-44 yaş aralığında saptanmıştır (2). Bizim çalışmamızda sigara kullananların %77,5'i 41-64 yaş aralığında idi. Bu oranın yüksek olması çalışma grubunun %61,3'ünün bu yaş grubunda olması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışması alkol kullanma sıklığını, erkeklerde % 23, kadınlarda % 4 olarak bildirmiştir (2). Türk Hipertansiyon ve Böbrek hastalıkları Derneği'nin yaptığı çalışmada %7,2 saptamıştır(65). Alkol kullanımını Çöl ve arkadaşları %2,5 saptamıştır (63). Bizim çalışmamızda kadınların %7,7'si, erkeklerin %32,8'si alkol kullanmakta idi. Oranların yüksek olması bölgesel özelliklere bağlanabilir.

Hem Joint National Committee (JNC VII) hem de European Society of Hypertension (ESH)/ European Society of Cardiology (ESC) rehberleri ilaç dışı girişimlerin hipertansiyon yönetiminde etkili olduğunu ve risklerin azaltılmasında geleneksel ilaç tedavisi kadar, yaşam şekli değişikliklerinin de önemli olduğunu vurgulamaktadır (20,56).

Sağlıklı bir diyet, KVH'dan korunmanın temel taşı olarak Sınıf IB kanıt düzeyinde önerilmektedir (66). Sağlıklı diyet ve tuz kısıtlamasının; hipertansiyon, yüksek kolesterol düzeyi, obezite gibi yağlı, tuzlu ve şekerli beslenme ile ilişkili olan

bir çok kronik hastalık riskini azaltmada yakından ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (54). Ataman ve arkadaşlarının (67) yaptığı çalışmada hipertansiyonlu bireylerin dörtte birinin önerilen diyete uymadığı saptanmıştır. Irmak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada diyete uyum %28,9 saptanmıştır (68). Çalışmamızda genel grubun diyete uyumu %46,1 saptandı.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 2012 yılında yapılan SALTurk 2 çalışmasında erişkinlerde günlük tuz tüketimi 14.8 gr olarak saptandığı bildirildi (69). Ataman ve arkadaşlarının (67) yaptığı çalışmada hipertansiyonlu bireylerin %4,9'unun yemeklerde çok tuz kullandığı saptanmıştır. Çöl ve arkadaşlarının çalışmasında (63) %47,8 oranıyla bireyler tarafından en çok değiştirilen yaşam şekli faktörünün diyette tuz kısıtlanması olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda %63,9 oranında hasta tuz kısıtlaması yapmakta olduğunu belirtti. Çalışmamızda diyete ve tuz kısıtlaması uyum oranı yapılan diğer çalışmalardan yüksek olması 3. Basamak hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda diyet ve tuz kısıtlamasına uyumunun daha yüksek olmasından kaynaklabilir.

Düzenli egzersiz programlarının ölüm oranını %20 azalttığı gösterilmiştir (70). Sevinç ve arkadaşlarının akut koroner sendromlu hastalarla yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapma oranı %27,7 iken hiç egzersiz yapmama %47,7 saptanmıştır. Çöl ve arkadaşları tarafından hiç egzersiz yapmama oranını %54,2 olarak saptanmıştır (71). Çalışmamızda diğer çalışmalarla uyumlu olarak düzenli egzersiz yapanların oranı %23,2 ve egzersiz yapmayanların oranı %52,9 saptandı.

Stres ile baş etme kavramı, insanların yaşamlarını devam ettirirken karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri veya yolları olarak açıklanmaktadır (72). Stres ile baş etme, insanın içsel ve dışsal isteklerini kontrol etmek için, bilişsel ve davranışsal çabalarda bulunarak hayatı tehdit eden durumlarda eylemlerine kararlı bir şekilde değer biçtiği, dinamik ve değişken bir süreçtir. Bu süreç başarılı ya da başarısız olarak hem mücadele talepleri hem de mücadele tarzlarını içermektedir (73,74). Psikososyal faktörlerle artmış KVH riski arasındaki bağlantının mekanizmaları daha sık sigara içmek, sağlıksız yiyecek seçimi ve daha az fiziksel

egzersiz, artan sağlık hizmeti kullanımı, davranış değişikliği önerilerine ve ilaçlara daha az uyum olarak belirtilmektedir (75,76). Erşan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KVH'ı olanlarda depresyon, anksiyete ve stres gibi ruhsal durumların daha fazla görüldüğü saptanmıştır (77). Çalışmamızda %66,3 stresle nasıl baş edeceğini bilmiyordu.

Çalışmamıza katılanların %55,2'sinde hipertansiyon, %42,1'inde koroner kalp hastası, %12,1'inde kalp yetmezliği, %36,0'sında hiperlipidemi, %32,7'sinde diğer (Ritim bozukluğu, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıkları) KVH tanısı vardır. Çalışma grubumuzda en sık hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı olduğu saptandı, bu beklenen bir sonuçtu.

Hipertansiyon, yetişkinlerde yüksek oranda görülmesi, işgücü kaybına neden olması, engelliliğe yol açması ve ekonomik yük getirmesi nedeniyle ciddi ve önemli KVH risk belirleyicisidir (78). Yüksek kan basıncı ve KVH arasındaki ilişki aterosklerozdan dolayı kanıtlanmıştır. Yüksek kan basıncı seviyeleri kesin olarak KVH ile bağlantılı bulunmuştur (78). Yüksek kan basıncı dünya çapında kardiyovasküler mortalite için önde gelen bir KVH risk faktörüdür ve KVH için majör belirleyicidir (79).

Dünya genelinde yapılan çeşitli çalışmalarda hipertansiyon prevalansı %5,2-70,7 uç değerleri arasında değişmekte olduğu bulunmuştur, bu geniş aralığın nedeni olarak toplumlardaki genetik, dermografik, sosyokültürel farklılıklar ve çalışmalarda kullanılan yöntem farklılığı düşünülmüştür (80). Badıllıoğlu ve arkadaşları çalışmasında hipertansiyon sıklığını %48,7 saptamıştır, bu bizim verilerimize yakındır.

Türkiye'de yapılan hipertansiyon sıklık çalışmalarında; en düşük hipertansiyon prevalansı Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasından bildirilmiş olup erkeklerde %21,0, kadınlarda %26,0'dır (2). 2003 yılında Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında hipertansiyon sıklığı erkeklerde %27,5 ve kadınlarda %36,1'dir (3). 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2'de (PatenT2) kadınlarda %32,3, erkeklerde %28,4 ve genelde 30,3 olarak tespit edilmiştir

(2,65). Çalışma grubumuzda hipertansiyon sıklığı kadınlarda %58,6, erkeklerde %50,8. Ancak diğer çalışmalar toplum bazında yapılmıştır, çalışmamızda hipertansiyon prevalansının yüksek bulunmasının sebebi kardiyoloji polikliniğinde yapmış olmamızdan dolayı beklenen bir sonuçtur.

Ülke genelini temsil eden çalışmalarda; Türk hipertansiyon prevalans çalışması (PatenT2) (65), Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması (81), TEKHARF çalışması (23), TURDEP II (29), Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2) sonuçlarına bakıldığında kadınlar hipertansiyon sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak çalışmamızda hipertansiyon prevalansı kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda hipertansiyon bulunmasına rağmen yapılan istatistiksel çalışmalarda cinsiyet ile hipertansiyon varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,18).

Hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte hızla artmaktadır. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında, hipertansiyon sıklığının 35 yaştan itibaren artış gösterdiği, 65-74 yaş grubunda %67.1'e, 75 yaş üzerinde ise %70.3'e ulaştığı bildirilmiştir (2). Çöl ve arkadaşlarının Ankara da yaptığı bir çalışmada yaş arttıkça kan basıncı düzeyinin yüksek bulunduğu görülmüştür (63). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında Türkiye genelinde yaptığı Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda 40-70 yaşları arasında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (65). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon %61,6 oranıyla en sık 41-64 yaş arasında saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001)

İlerlemiş aterosklerotik lezyonlar erkeklerde kadınlardan yaklaşık 20 yıl daha erken ortaya çıkmaktadır (37). Erkeklerin major risk faktörlerine daha ağır ve uzun süreler maruz kalmaları koroner kalp hastalığındaki cinsiyet farkını kısmen açıklamaktadır. TEKHARF çalışması verilerine göre Ülkemizde yaklaşık 3,5 milyon koroner kalp hastasının bulunmaktadır (23). Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir çalışmada koroner kalp hastalığından ölümlerin kadınlarda %47 ve erkeklerde %53 olarak saptamıştır (7). Yapılan çalışmalarda Badıllıoğlu ve arkadaşları (16), Kavradım

ve arkadaşları (70), erkeklerle kadınlar arasında koroner kalp hastalığı insidansı açısından anlamlı fark saptamıştır. Çalışmamızda koroner kalp hastalığı kadınlarda %33,7 ve erkeklerde %53,1 idi ve diğer çalışmalarla uyumlu olarak koroner arter hastalığı ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,001).

Ülkemiz ile diğer Avrupa ülkeleri karşılaştırıldığında 45-74 yaş kesiminde koroner mortalite ülkemizde en yüksek seviyededir (23). TEKHARF 2006 verilerine göre koroner kalp hastalığı prevalansı 39–49 yaş grubunda %3, 50–59 yaş grubunda %11, 60 yaş ve üzerinde %27 bulunmuştur (82). Koroner kalp hastalığı sıklığında yaşla birlikte bir artış görülmektedir (2). Çalışmamızda koroner kalp hastalığı olanların %61,6'sı 41-64 yaş aralığında %36,8'i 65 yaşından büyük idi. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla uyumlu olarak koroner kalp hastalığı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0,001).

Amerika'da yapılan bir araştırmada koroner kalp hastalığı olan hastalarda taburculuktan bir yıl sonra sadece %54'ünün ilaçlara bağlı kalıp düzenli kullandığı gösterilmiştir (83). Koroner By-Pass ve anjioplasti girişimleri geçirenlerde düzenli ilaç kullanımı %70'in üzerine çıkmaktadır (2). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Derneği'nin yaptığı hipertansiyon tarama kampanyasında ülkemizde hipertansiyon hastaları arasında tedavi almayanların oranı %70 bulunmuştur (65). Tokgözoğlu ve arkadaşlarını yaptığı Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması (EUROASPIRE III) verilerine göre Avrupa ile kıyaslandığında Türkiye'deki en önemli farklılıklardan biri olarak taburculuk sonrası ilaç kullanımının izlemde azaldığı saptanmıştır (84). Cingil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansiyonlu hastaların %71,1'inin ilaçlarını düzenli kullandığı tespit edilmiştir (85). Çöl ve arkadaşlarının 35 yaş üzeri hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada %74,5'inin düzenli ilaç kullandığını saptamıştır (63).

Bizim çalışmamızda düzenli ilaç kullanım oranı %85,5 olarak bulundu. Bu oranın yüksek olması hastaların beyanına göre değerlendirilmesi veya kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların ilaç kullanma farkındalığı yüksek olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda hipertansiyon tanısı olanların %90,2'si düzenli ilaç

kullandığını beyan etti, bu oran yapılan diğer çalışmalardan daha yüksekti. Ayrıca ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalıklarını içeren diğer KVH'ı olanların düzenli ilaç kullanımı istatistiksel olarak anlamlı saptandı, bunun nedeni olarak ritim bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, miyokard ve perikard hastalığı olanların ilaç kullanımını daha fazla önemsediği söylenebilir.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre akut miyokard enfarktüsü geçirmiş erkek hastaların %68,6'sı, kadın hastaların ise %51'i düzenli tedavi almaktadır (2). TEKHARF çalışmasında, hipertansiyonu olan erkeklerin %63'ü, kadınların %74'ü düzenli ilaç kullandığı bulunmuştur (23). Cingil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda erkeklere göre ilaçların düzensiz kullanımı daha fazla bulmuştur (85). Beswick ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada miyokard enfarktüsü geçiren kadınlar, yaşlılar ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde düzenli ilaç kullanımının daha düşük olduğu belirtilmektedir (86). Bizim çalışmamızda her iki cinsiyette de ilaç kullanım oranları yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamızda düzenli ilaç kullanımı olanların çoğu 41-64 yaş aralığında idi. Yaş ile düzenli ilaç kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (p=0,007).

Tüfekçi ve Asığbulmuş'un Isparta il genelinde yaptığı çalışmada (87) %28,4 oranında düzenli hekim kontrolü yaptırdığını tespit etmiştir. Çöl ve arkadaşları hipertansiyon hastalarında %41,8 oranında düzenli kontrol yaptırdığını saptamıştır (63). Çalışmamızda %65,0 oranında hastanın düzenli hekim kontrolü yaptırdığı saptandı. Hipertansiyon tanısı olanların %68,9'unun düzenli hekim kontrolü yaptırdığı saptandı.

Yaygın olarak ilaç kullanımı ile ilgili yapılan hatalardan biri de ilaç tedavisinin semptomların geçmesi sebebi ile yarıda kesilmesidir. Bu konu ile ilgili Özçelikay'ın çalışmasında (88) katılımcıların %23,9'u, Yılmaz ve arkadaşlarının (89) çalışmasında %28,8'unun, Yapıcı ve arkadaşlarının (90) çalışmasında %29'unun, Uğrak ve arkadaşlarının (91) çalışmasında %16,5'inin şikâyetleri geçince ilaç kullanımını

bıraktığı saptamıştır. Çalışmamızda %21,5 oranında hasta şikayeti gerileyince doktora sormadan ilaç kullanmayı bıraktığını belirtti.

Akıcı ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada Aile Sağlığı Merkezine başvuranların %11,2'si, devlet hastanelerine başvuranların ise %18,6'sı sağlık kuruluşlarına kontrol amaçlı başvurduklarını saptamış (92). Topallı ve arkadaşlarının Kocaeli Üniversitesi Değirmendere Aile Hekimliği polikliniğinde yaptığı çalışmada polikliniğe başvuran hastaların %22,9'unun kontrol amacıyla olduğunu saptamıştır (93). Çalışmamıza katılan hastaların %51,9'unun kontrol amacıyla kardiyoloji polikliniğine başvurduğu saptandı. Hipertansiyon ($p=0,02$), koroner kalp hastalığı ($p<0,001$) ve perikard, miyokard ve kalp kapak hastalıkları ile ritim bozukluklarını içeren diğer KVH'ları olanların ($p=0,008$) kardiyoloji polikliniğine başvurusu ile hastalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. 3. Basamak bir sağlık kuruluşunda yaptığımız bu çalışmamızda kontrol için yapılan başvuruların yüksek bulunması, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerde muayene olmayı tercih etmesi nedeniyle aile sağlığı merkezlerine başvurmamış olabileceği düşünülmektedir.

Almanya, Hollanda ve Fransa gibi sigortaya dayalı sağlık sistemi olanlarda sağlık bakım sisteminden memnun olan nüfus %40-50 arasındayken, ABD'de %10'a kadar düşmektedir, buna karşın Slovenya'da hastaların genel pratisyenden memnun olma oranı %90'a ulaşmaktadır (94). Türkiye gibi birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının yeni olduğu bir diğer ülke olan Suudi Arabistan'da yapılan bir anket çalışmasında; genel memnuniyet %64,2 olarak bulunmuş (95). Sağlık Bakanlığı'na bağlı birimlerin 2011 ve 2012 yıllarında yapmış olduğu araştırmalarda; kişilerin aile hekimliğinden aldığı hizmetlerden memnun olma durumu sırasıyla %89,7 ve %88,1 olarak belirtilmiştir (96). EUROPEP ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada; Gümüşhane ili için memnuniyet düzeyi %87,5 bulunmuştur. Öztürk ve arkadaşları yaptığı çalışmada birinci basamaktan memnun olma oranını %64,5 olarak tespit edilmiştir (97). Durmuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %71,5 aile hekiminden aldığı hizmetlerden memnun olduğunu saptanmıştır (98). Bizim çalışmamızda sağlık bakanlığı verilerine benzer olarak %85,5 aile hekiminden memnun olduğu saptandı.

Birinci basamak sağlık hizmetinden memnuniyet, tedavi uyumunu ve hekimle iletişimin sürekliliğini sağlayan önemli bir etkendir.

Hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri konusunda farklı araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. İsveç'te 275 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hasta memnuniyeti ile yaş veya cinsiyet arasında herhangi bir farklılık görülmezken, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların hastane hizmetlerine bakış açısının farklı olduğu saptanmıştır (99). Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada yaşla birlikte memnuniyetin arttığı ve eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin azaldığı tespit edilmiştir (95). Durmuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimliğine başvuru ortalamaları yaşla birlikte artmakta ve eğitim seviyesi ile ters orantılı olarak azalmakta olduğunu saptamıştır (98). Kızıl ve arkadaşlarının (100) ve Tezcan ve arkadaşlarının (101) yaptığı çalışmada, hasta memnuniyeti ile cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda aile hekiminden memnun olma ile yaş cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir veri bulunmadı.

Öztürk ve arkadaşlarının aile hekimliği sistemi kurulmadan önce 2002 yılında yaptığı çalışmada %20,9'un o ana kadar hiç sağlık ocağına gitmediğini saptamıştır (97). Durmuş ve arkadaşlarının üçüncü basamak polikliniklerinde yaptığı çalışmada aile hekimine hiç gitmeyenlerin oranı %11,9 olarak tespit edilmiş (98). Bizim çalışmamızda aile hekimini hiç tanımayanların oranı %2,0 olarak bulundu. Bu oran düşüktür çalışma hastalarımızda aile hekimi bilinirliğini yüksektir. Aile hekimliği sisteminin kurulması ile birlikte arttığı düşünülebilir. Çalışmamızda aile hekiminden memnun olanların düzenli kontrole gittiği, ilaçlarını düzenli kullandığı ve ilk tercih olarak aile hekimini seçtiği saptandı.

Küçükerdem ve arkadaşlarının 2017 yılında birinci basamakta yapılan çalışmada, hastaların %22,8'inin aile hekimliği polikliniğine muayene olmak için başvurduğu, %77,2'sinin diğer branşlara muayene olmak için hastaneye müracaat ettikleri ve sonrasında aile hekimine yönlendirildiği saptanmıştır (102). Haydarpaşa

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ayaktan başvuranlarla yapılan bir araştırmada, her türlü olanak sağlandığında, birinci basamağı tercih edeceklerini belirtenlerin oranı yalnızca %6,7 olarak saptanmış ve çoğunluğun hastaneleri tercih edeceği belirtilmiştir (103). Kızıl ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptığı araştırmada ise bir sorunla karşılaştığında ilk olarak aile sağlığı merkezlerine başvuranların oranı %66 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda acil dışı durumlarda hastaların %30'u birinci basamak merkezlere başvuracağını belirtti.

Civaner ve arkadaşları, acil servise başvuranların %52,3'nün gerçek acil hastası olduğunu belirtmiştir (104). Altındiş ve Ünal'ın yaptığı acil servis kalite standartlarında Türkiye'deki durumu çalışmasında Türkiye'nin acil servise başvuru oranının diğer ülkelerin oranlarının toplamından daha fazla olduğu saptanmıştır (105). Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra polikliniklerin hasta yoğunluğu azalma durumlarına bakılmış ve acil servis hasta yoğunluğunda anlamlı azalma saptanmamıştır (106). Bizim çalışmamızda, diğer çalışmalarla uyumlu olarak acil olmayan durumda acil servis başvuru (%58,0) oranı yüksek saptandı. Bunun nedenleri arasında toplumun acil servis kavramını algılama şekli, mesai dışı saatlerde kolay ulaşılabilir olması gibi etkenler sayılabilir.

Çalışmamızın eksik ve zayıf yönleri, aile hekimini tercih etmeme ve her durumda acil servisi tercih etme nedenlerinin sorulmamış olması olabilir.

6. SONUÇ

Bu çalışmada 297 hastanın sosyodemografik veriler, KVH durumları, düzenli ilaç kullanımları ve hekim kontrolleri ile aile hekimi memnuniyeti değerlendirildi.

1. Çalışmamızdaki hastaların ancak %52,5'inde sigara kullanım öyküsü vardı. Sigara kullanımı KVH için bir risk faktörü olmasından dolayı bu hastalıkları olanlarda sigara kullanımının varlığı beklenen bir durumdur. Sigara kullanımının bu kadar yaygın olduğu ülkemizde sağlık personelleri; bireylerin sigara kullanımını sorgulamalı, sigarayı bırakma konusunda motive edici tüm nedenleri hastaya ayrıntılı olarak anlatmalı, sağlığı koruma ve geliştirme modelleri doğrultusunda gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerini planlamalıdırlar.
2. Sağlıklı bir diyet KVH riskinin azalması ile yakından ilişkilidir. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların önerilen diyete uyum, tuz kısıtlaması farkındalığı ülkemizde yapılan diğer çalışmalardaki orana göre yüksek olmak ile birlikte diyet uyumu ancak %46,1 ve tuz kısıtlaması %61,6'dır. Hastaların bu konudaki farkındalıklarını ve bilgilendirilmelerini arttırıcı danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.
3. Yeterli fiziksel aktivite KVH'lardan korunmak için çok önemlidir. Çalışmamızda düzenli spor yapan yalnızca %23,2 oranındaydı. Hastalarımızı günlük yaşamlarına uygun şekilde yapabilecekleri egzersizler konusunda bilgilendirmeli ve teşvik etmeliyiz.
4. Stresin hastalıklar üzerine olumsuz etkisi bilinen bir durumken stresli durumlarda yapılması gerekenler tam olarak bilinmemektedir. Çalışmamızdaki hastaların çoğu (%89,2) stres ile hastalık ilişkisini bilirken ancak üçte ikisi (%66,3) stresli bir durumda ne yapacağını biliyordu. Hastalarımızla görüşürken onların stres ile baş etme durumu değerlendirilmeli ve destekleyici görüşmeler yapılmalıdır.
5. Nüfusumuz gelişmekte olan toplumlardaki gibi nispeten genç yapıdayken, koroner hastalık mortalitesinin, yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması hem günümüz hem de gelecek için kaygı

vericidir. Özellikle kronik hastalığı olanlarda yaşam tarzı değişikliği konusunda zorluklar bulunmaktadır. Bu nedenle, toplumda bu farkındalığın ve olanakların arttırılması, muayeneler sırasında da motivasyonel görüşmelere zaman ayrılması önemlidir. Hastalarımız değiştirilebilir risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, saptadığımız risk faktörleri açısından tedavi planları yapılmalı ve yaşam tarzı değişiklikleri hasta ile birlikte hareket edilerek düzenlenmelidir.

6. Çalışmamızda düzenli ilaç kullanımı oranlarını yüksek saptadık. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda yaptığımız çalışmada yüksek sonuç saptamamız beklenen bir durum olarak düşünüldü. Hastalarımızı değerlendirirken mutlaka düzenli ilaç kullanımları sorgulanmalı ve önemi anlatılmalıdır.
7. İlaç kullanımını yarıda bırakma hastaların çok sık yaptığı davranış şekillerindendir ve bu nedenle hastalarımıza planladığımız tedaviler açık ve anlaşılır bir şekilde anlatmak ve hasta tarafından anlaşıldığını teyit etmek önemlidir.
8. Hastaların birinci basamakta kontrolünü yaptırabilecekleri hastalıklar için bile 2. ve 3. basamak hastaneleri tercih etmeleri çok yaygındır. Çalışmamızdaki hastaların %51,9'u kontrol için kardiyoloji polikliniğini tercih etmiştir. Hastaların; aile hekimliğini ilk başvuru yeri olarak görmemesi, aile hekimliği uygulamasında sevk zinciri sistemine geçilmemiş olması ve birinci basamak hekimlerine güven duygusunun az olmasıyla ilgili olabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılması, sevk zincirinin olması 2. veya 3. basamak hastanelerine yığılmayı engelleyebilecektir.
9. Çalışmamızda hastalara acil olmayan durumlarda tercih ettikleri sağlık kuruluşu ve hekim sorulduğunda yarısından fazlası şikayetleri acil olmasa bile acil servisi tercih ettiklerini belirtti. Hasta görüşmelerinde, hangi durumlarda acil servise başvurmaları, hangi durumların acil olduğu açıklanması ve vurgulanması önemlidir.
10. Hastalarımızın çoğu kendi aile hekiminden memnun olduğunu belirtirken aile hekimini hiç tanımayan hastalar da mevcuttu. Hastaların aile hekiminden

memnuniyet oranı yüksek olmasına rağmen; ilk başvuru ve kontrol amaçlı aile hekimini tercih etmediklerini belirtmeleri, hastaların birinci basamağın işleyiş ve yeterliliğini tam olarak bilmemesine bağlı olabilir. Bu konuda bilgilendirmelerin arttırılması kronik hastalık takiplerinin daha düzenli yapılması, düzenli ilaç kullanımı, yaşam tarzı değişiklikleri gibi hasta kayıtlarının tutulması birinci basamağın daha etkin kullanılmasını sağlayabilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. global status report on noncommunicable diseases 2014, WHO. [Available from: http: //apps.who.int/iris/ bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Erişim tarihi: Ocak 2019].
2. Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp Ve Damar Hastaliklari Önleme Ve Kontrol Programi 2015-2020. 2015.
4. World Health Organization. Cardiovascular disease. 2016; Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ Erişim tarihi: Ocak 2019
5. World Health Organization. About Cardiyovaskuler Disease. 2014; Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/ Erişim tarihi: Ocak 2019
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016 [Internet]. 2018. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572 Erişim tarihi: Ocak 2019
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. 2011.
8. Kumar V, Abbas A, Aster J. Robbins Temel Patoloji. Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U, editors. Nobel Tıp Kitapevi; 2013. 365-406 p.
9. Zengin H. Ateroskleroz patogenezi. J Exp Clin Med. 2013;29(s3):S101–6.
10. Buğan B, Çelik T. Risk Factors for Coronary Artery Disease-Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. J Clin Anal Med. 2014;5(2):159–63.

11. Gerrity R, Antonov A. The pathogenesis of atherosclerosis. Diabetol. 1997;40:108–10.

12. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması ve Çözüm Önerileri [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2017. Available from: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf Erişim tarihi: Ocak 2019

13. Başara B, Vural D, Engin Ö, Varol Ö. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. In: Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı; 2006.

14. Hakan K. Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol. 2011;39(4):6–13.

15. Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirilmesi [Internet]. Türk Kardiyoloji Derneği. Available from: https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604 Erişim tarihi: Ocak 2019

16. Badıllıoğlu O, Ünal B, Uçku R. İzmir, Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. Türkiye Halk Sağlığı Derg 2011;9(3). 2011;9(3):129–32.

17. Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). 2002;106(25):3143–3421. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12485966?report=abstract Erişim tarihi: Ocak 2019

18. Hennekens C. Overview of primary prevention of coronary heart disease and stroke [Internet]. 2018. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-primary-prevention-of-coronary-heart-disease-and-stroke?search=overview-of-primary-prevention-of-coronaryheart-disease-and-

stroke.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Eri

19. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2018.

20. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. [Internet]. National Heart, Lung, and Blood Institute (US). 2004. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9633/ Erişim tarihi: Ocak 2019

21. Hambrecht R, Wolf A, Gielen S, Linke A, Hofer J, Erbs S, et al. Effect of exercise on coronary endotelial function in patients with coronary artery disease. N Eng J Med 2000; 342;454-60 [Internet]. 2000. p. 454–60. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10675425 Erişim tarihi: Ocak 2019

22. Stratton JR, Chandler WL, Schwartz RS, Cerqueira MD, Levy WC, Kahn SE, et al. Stratton JR, Chandler WL, Schwartz RS, et al: Effects of physical conditioning on fibrinolytic variables and fibrinogen in young and old healthy adults. Circulation 1991; 83:1692-7.

23. Onat A. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük (Tekharf). 2017.

24. A global brief on Hypertension [Internet]. Vol. 2, WHO. 2013. Available from: http://www.who.int/iris/handle/10665/79059 Erişim tarihi: Ocak 2019

25. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus [Internet]. American Diabetes Association. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797383/ Erişim tarihi: Ocak 2019

26. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu-The current status of cardiovascular risk factors in Turkey. Turk Kardiyol Dern Ars.

2011;39(4):1–5.

27. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 [Internet]. PLOS Medicine. 2006. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442 Erişim tarihi: Ocak 2019

28. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi A. Türkiye'de ve Dünya'da Diyabet. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2012.

29. Satman İ. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II (TURDEP II) sonuçlarının özeti. 2010; Available from: http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf Erişim tarihi: Ocak 2019

30. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care [Internet]. 2010;33(1):62–9. Available from: https://www.aafp.org/afp/1998/1015/p1355.html Erişim tarihi: Ocak 2019

31. Nesto R. Prevalence of and risk factors for coronary heart disease in diabetes mellitus [Internet]. 2018. Available from: https://www.uptodate.com/contents/prevalence-of-and-risk-factors-for-coronary-heart-disease-in-diabetes-mellitus Erişim tarihi: Ocak 2019

32. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018.

33. Yanovski SZ. Dieting and the Development of Eating Disorders in Overweight and Obese Adults. Am Med Assoc [Internet]. 2000;160(17):2581–9. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485453 Erişim tarihi: Ocak 2019

34. World Health Organization. Obesity [Internet]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity

Erişim tarihi: Ocak 2019

35. Finucane MM, Stevens GA, Cowan M, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. Lancet [Internet]. 2011;377(9765):557–67. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472365/ Erişim tarihi: Ocak 2019

36. Peterson DM. The benefits and risks of aerobic exercise [Internet]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/the-benefits-and-risks-of-aerobic-exercise Erişim tarihi: Ocak 2019

37. Onat A. Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu [Internet]. Türk Kardiyoloji Derneği. Available from: https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06.htm Erişim tarihi: Ocak 2019

38. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet [Internet]. 2004;364:937–52. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364185 Erişim tarihi: Ocak 2019

39. World Health Organization. Noncommunicable diseases and mental health [Internet]. Available from: https://www.who.int/nmh/ncd-tools/target3/en/ Erişim tarihi: Ocak 2019

40. World Health Organization. Monitoring tobacco use and prevention policies [Internet]. 2017. Available from: https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/07/WHO-Report-on-the-global-tobacco-epidemic-2017-EMBARGOED.pdf Erişim tarihi: Ocak 2019

41. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. 1997;315(October):973–

80.

42. Eva P, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J, et al. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. BMJ Publ Gr [Internet]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28505/ Erişim tarihi: Ocak 2019

43. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) [Internet]. 2012. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/duyurular/561-tütün-ve-madde-bağımlılığı-ile-mücadele-dairesi-başkanlığı/tütün-ve-madde-bağımlılığı-ile-mücadele-da Erişim tarihi: Ocak 2019

44. JM McKenney. Update on the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines: getting to goal. J Hum Pharmacol Drug Ther [Internet]. 2003;23(9P2):26–33. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14524636 Erişim tarihi: Ocak 2019

45. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions : lessons from developed countries for developing ones. Bull World Health Organ. 2001;79:963–70.

46. Mahley RW, Palaoğlu KE, Atak Z, Dawson-Pepin J, Langlois A-M, Cheung V, et al. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. J Lipid Res [Internet]. 1995;36(4):839–59. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7616127 Erişim tarihi: Ocak 2019

47. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control [Internet]. 2011. p. 164. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ Erişim tarihi: Ocak 2019

48. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Türkiye. 2015.

49. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P HL, Al. E. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham: a statement for healthcare professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. [Internet]. American Heart Association. 1998. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9603549 Erişim tarihi: Ocak 2019

50. Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J PP. Sex, age, cardiovascular risk factors, and coronary heart disease: a prospective follow-up study of 14.786 middle-aged men and women in Finland [Internet]. Circulation. 1999. p. 1165–72. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10069784 Erişim tarihi: Ocak 2019

51. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2014;65(25B):2889–934. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24239923 Erişim tarihi: Ocak 2019

52. Rissanen AM. Familial aggregation of coronary heart disease in a high incidence area (North Karelia , Finland). Br Hear Journal,. 1979;42:294–303.

53. Ranthe MF, Carstensen L, Øyen N, Tfelt-hansen J, Christiansen M, Mckenna WJ, et al. Family History of Premature Death and Risk of Early Onset Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2012;60(9):814–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.06.018 Erişim tarihi: Ocak 2019

54. Mendis S. The contribution of the Framingham Heart Study to the prevention of cardiovascular disease: a global perspective. Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 2010;53(1):10–4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20620420 Erişim tarihi: Ocak 2019

55. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation [Internet]. 1998;97(6):596–601. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.CIR.97.6.596 Erişim tarihi: Ocak 2019

56. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Ž, Verschuren WMM, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by re. Int J Behav Med. 2012;19(4):403–88.

57. Erhardt L. Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular disease [Internet]. Vol. 205, Atherosclerosis. 2009. p. 23–32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217623 Erişim tarihi: Ocak 2019

58. Wilson KH, Gibson, N , Willan A, Cook D et al. Effect of the Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction. Arch Intern Med [Internet]. 2000;160(7):939–44. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761958 Erişim tarihi: Ocak 2019

59. Critchley JA, Capewell S. Critchley JA, Capewell S. Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease. The Journal of the American Medical Association. 2003; 290: 86-97. Jama [Internet]. 2003;290(1):86–97. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12837716 Erişim tarihi: Ocak 2019

60. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data-Prevalence of tobacco smoking [Internet]. Available from: https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/ Erişim tarihi: Ocak 2019

61. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. The Framingham Study [Internet]. Vol. 259, Jama. 1988. p. 1025–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3339799 Erişim tarihi: Ocak 2019

62. Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. Hipertansiyon Hastalarının İlaçlarına ve Sağlık Merkezlerine Uyumları. Yeni Tıp Derg. 2008;25:97–101.

63. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2006;59:144–50.

64. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Van Tıp Derg. 2011;18(3):147–54.

65. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, et al. "Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması." Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. İnternet erişimi: http://www. turkhipertansiyon. org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_ Ozeti-1. pdf (2003). Türk Hipertans ve Böbrek Hast Derneği. 2003;

66. Sansoy V. Türk kardiyoloji derneği arşivi. Türk Kardiyol Derneği. 2012;40.

67. Ataman A. Erzurum İli İspir İlçesindeki Hipertansiyon Hastalarının Beslenme Alışkanlıkları Temel Alınarak Yaşam Tarzı Faktörlerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi; 2007.

68. Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2007;14(2):39–47.

69. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması-SALTurk Çalışması. 2008.

70. Kavradım ST, Özer Z. Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik. 2018;10(3):324–35.

71. Sevinç S, Akın H, Uzun Ö. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Pedigri Analizi ile Risk Faktörleri Yaşam Kalitesi ve Hastalık İlişkisi. Kardiyovasküler

Hemşirelik Derg. 2018;9(18):13–9.

72. Nordin M, Andersson L, Nordin S. Coping strategies, social support and responsibility in chemical intolerance [Internet]. Vol. 19, Journal of clinical nursing. 2010. p. 2161–73. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659196 Erişim tarihi: Ocak 2019

73. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984.

74. Irving LM, Snyder CR, Crowson JJ. Hope and coping with cancer by college women. 1998;66(2):195–214. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9529663 Erişim tarihi: Ocak 2019

75. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Psikiyatr Hemşireliği Derg [Internet]. 2012;3(3):105–15. Available from: https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-32032-RESEARCH_ARTICLE-NEHIR_TURKMEN.pdf Erişim tarihi: Ocak 2019

76. Mierzyńska A, Kowalska M, Stepnowska M PR. Psychological support for patients following myocardial infarction. Cardiol J, 17:319–324. Cardiol J [Internet]. 2010;17(3):319–24. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20535728 Erişim tarihi: Ocak 2019

77. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. Klin Psikiyatr. 2013;16:214–24.

78. Healthy People 2020 Summary of Objectives. Heart Disease and Stroke [Internet]. Available from: https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/heart-disease-and-stroke#top Erişim tarihi: Ocak 2019

79. Schillaci G, Pirro M, Mannarino E. Assessing Cardiovascular Risk Should We Discard Diastolic Blood Pressure? Circulation [Internet]. 2009;119(2):210–2.

Available from: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827931?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed Erişim tarihi: Ocak 2019

80. Vera G, Nataša D, Svetlana K, Sonja Š, Jasmina G, Sonja T. Epidemiology of Hypertension in Serbia: Results of a National Survey. J Epidemiol [Internet]. 2012;22(3):261–6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798628/ Erişim tarihi: Ocak 2019

81. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). Endokrinol Yönelişler Derg. 2002;11(1):1–16.

82. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak HA, et al. TEKHARF 2012 : Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri Turkish Adult Risk Factor Study survey 2012 : overall and coronary mortality and trends in the prevalence of metabolic syndrome. Türk Kardiyol Dern Arş. 2013;41(5):373–8.

83. Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle B, Heiss G, Peterson ED. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. Am Heart J [Internet]. 2006;151(1):185–91. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368315 Erişim tarihi: Ocak 2019

84. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III : Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2010;38(3):164–72.

85. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi living in Karaman city center , Turkey. 2009;37(8):551–6.

86. Beswick AD, Rees K , West RR , Taylor FC , Burke M, Griebsch I et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. J

Adv Nurs [Internet]. 2005;49(5):538–55. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713186 Erişim tarihi: Ocak 2019

87. Tüfekçi N, Asığbulmuş H. The Factors that Effective in the Choice of Hospital and Patient Satisfaction: The Sample of Isparta. J Curr Res Heal Sect [Internet]. 2016;6(2):72–92. Available from: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/286369 Erişim tarihi: Ocak 2019

88. Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. Ankara Ecz Fak Der. 2001;30(2):9–18.

89. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İlaç Kullanma Durumlarının İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2008;3(8):69–83.

90. Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları Attitudes and behavior of drug usage in applicants to primary health care center. Dicle Tıp Derg. 2011;38(4):458–65.

91. Uğrak U, Uzuntarla Y, Teke A, Cihangiroğlu N. Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. TAF Prev Med Bull. 2015;14(2):137–44.

92. Akıcı A, Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Dönertaş B, Alkan A. Birinci Basamak Sağlık Merkezlerine ve Devlet Hastanelerine Başvuran Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi Assessment of Health Care Service in terms of Rational Use of Medicines Delivered to Patients in . 2015;30–9.

93. Topalı R, Aladağ N, Filiz TM, Topsever P, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Değirmendere Deneyimi. Türk Aile Hek Derg. 2003;7(4):165–70.

94. Öztürk Y, Öztürk A. Goicoechea J. Temel Sağlık Bakım Reformları. Kayseri,

Erciyes Üniversitesi Yayınları. 1997;27(115).

95. Al-Sakkak MA, Al-Nowaiser NA, Al-Khashan HI, Al-Abdrabulnabi AA, Jaber RM. Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. Saudi Med J. 2008;29(3):432–6.

96. Akıcı A, Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Dönertaş B, Alkan A. Birinci Basamak Sağlık Merkezlerine ve Devlet Hastanelerine Başvuran Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. TC Sağlık Bakanl Refik Saydam Hıfzıssıha Merk Başkanlığı, Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. 2011;

97. Öztürk A, Maz MM. Kayseri'de Halk›n Sa¤l›k Ocaklar›ndan Yararlan›m› ve Memnuniyet Durumu. 2002;6(3):114–20.

98. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. 2018;22(1):2–11.

99. Wallin E, Lundgren P-O, Ulander K, Holstein CS von. Does age, gender or educational background effect patient satisfaction with short stay surgery? Ambul Surg [Internet]. 2000;8(2):79–88. Available from: http://www.iaas-med.com/files/Journal/Volume8/Volume8_2000_79-88.pdf Erişim tarihi: Ocak 2019

100. Kızıl C, Akman V, Öztürk S. Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği. Beykent Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2015;8(2):33–47.

101. Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. Pamukkale Tıp Derg. 2014;7(1):57–62.

102. Kucukerdem HS, Arslan M, Koc EM, Can H. İzmir'de Bir Üçüncü Basamak Hastanesinde Aile Hekimliği Polikliniği Hasta Profilinin Retrospektif Değerlendirilmesi. J Acad Res Med. 2017;7(3):112–6.

103. Din D, Ünalan PC, Topsever P, Özyavaş S. Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: Çözüm ortağı hekim. Türk Aile Hek Derg. 2009;13(2):93–8.

104. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. Gaziantep Tıp Derg. 2011;17(2):57–62.

105. Altindİş S, Ünal Ö. Acil Servis Kalite Standartlarında Türkiye'nin Durumu-Situation of Turkey About Emergency Service Quality Standards. J BSHR. 2017;1(2):51–9.

106. Aydın A, Atadağ Y, Kaya D, Köşker HD, Başak F, Uçak S. Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine Ayaktan Hasta Başvurularındaki Etkisi. Arch Clin Exp Med. 2017;2(3):74–8.

8. EKLER

EK 1. TEZ VERİ FORMU

Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Takiplerine İlişkin Farkındalık, Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Anket No: …

1. CİNSİYET
   □ Kadın □Erkek
2. YAŞ: .....
3. MESLEK: .....
4. MEDENİ DURUM
   □ Evli □Bekar
5. EĞİTİM DURUMU
   □ Okuryazar değil □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise
   □Yüksek Okul/Üniversite
6. GELİR DURUMU
   □ 1400 altı □1400-4999 □5000 ve üzeri
7. ŞU AN KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE HANGİ ŞİKAYET İLE BAŞVURDUNUZ?.....
8. ŞU AN KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE HANGİ HASTALIĞINIZIN KONTROLÜ İÇİN BAŞVURDUNUZ?
   □ Hipertansiyon □ Kalp-Damar Hast. □ Kalp Yetmezliği □Hiperlipidemi
   □Diğer

9. İLK ŞİKAYETİNİZ OLDUĞUNDA HANGİ HEKİME BAŞVURDUNUZ?

□ Aile Hekimi □ Kardiyoloji Uzmanı □ Dahiliye Uzmanı

□ Acil Tıp Hekimi □ Diğer

10. HASTALIĞINIZIN TANISI HANGİ HEKİM TARAFINDAN KONULDU?

□ Aile Hekimi □ Kardiyoloji Uzmanı □ Dahiliye Uzmanı

□Acil Tıp Hekimi □ Diğer

11. HASTALIĞINIZIN TANISINI NEREDE ALDINIZ?

□ Aile Sağlığı Merkezi □ Devlet Hastanesi

□ Eğitim Araştırma Hastanesi □ Üniversite Hastanesi □ Diğer

12. ŞU ANKİ HASTALIĞIZINIZIN TANISINI NE ZAMAN ALDINIZ?

□ 1 yıl içinde □ 2-5 yıl □6-10 yıl □10 yıldan fazla

13. HASTALIĞINIZ İLE İLGİLİ İLK REÇETEYİ HANGİ HEKİM DÜZENLEDİ?

□ Aile Hekimi □ Kardiyoloji Uzmanı □ Dahiliye Uzmanı

□Acil Tıp Hekimi □ Diğer

14. KONTROL ZAMANI GELDİĞİNDE HANGİ HEKİMİ TERCİH EDİYORSUNUZ?

□ Aile Hekimi □ Kardiyoloji Hekimi □ Dahiliye Uzmanı

□Diğer

15. DÜZENLİ ARALIKLARLA KONTROLE GİDİYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Hayır

16. KONTROL ZAMANI GELDİĞİNDE HANGİ KURUMU TERCİH EDİYORSUNUZ?

□ Aile Sağlığı Merkezi □ Devlet Hastanesi

□ Eğitim Araştırma Hastanesi □ Üniversite Hastanesi □ Diğer

17. AİLE HEKİMİNİZİN TUTUM VE DAVRANIŞLARINDAN MEMNUN MUSUNUZ?

□ Evet □ Kısmen □ Hayır □Tanımıyor

18. ACİL DIŞI DURUMLARDA HANGİ HEKİMİ TERCİH EDİYORSUNUZ?

□ Aile Hekimi □ Kardiyoloji Hekimi □ Acil Tıp Hekimi □Diğer

19. ACİL DURUMLARDA HANGİ KURUMU TERCİH EDİYORSUNUZ?

□ Aile Sağlığı Merkezi □ Devlet Hastanesi

□ Eğitim Araştırma Hastanesi □ Üniversite Hastanesi □ Diğer

20. HASTALIĞINIZLA İLGİLİ İLAÇLARINIZI DÜZENLİ ARALIKLARLA KULLANIYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Hayır

21. HASTALIĞINIZIN TEDAVİSİ İÇİN KAÇ TANE İLAÇ KULLANIYORSUNUZ?

□ 1 □ 2-3 □4 veya daha fazla

22. ŞİKAYETLERİNİZ GERİLEDİĞİNDE İLAÇLARINIZI KULLANMAYA DEVAM EDİYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Hayır

23. DOKTORUNUZUN ÖNERDİĞİ DİYETE UYUYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Hayır

24. TUZ KISITLAMASI YAPIYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Bazen □ Hayır

25. EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Bazen □ Hayır

26. KİLONUZU TAKİP EDİYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Bazen □ Hayır

27. STRESİN HASTALIĞINIZIN SEYRİNİ OLUMSUZ ETKİLEDİĞİNİ BİLİYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Hayır

28. GÜNLÜK HAYATTA STRESLE BAŞ ETME KONSUNDA NELER YAPMANIZ GEREKTİĞİNİ BİLİYOR MUSUNUZ?

□ Evet □ Hayır

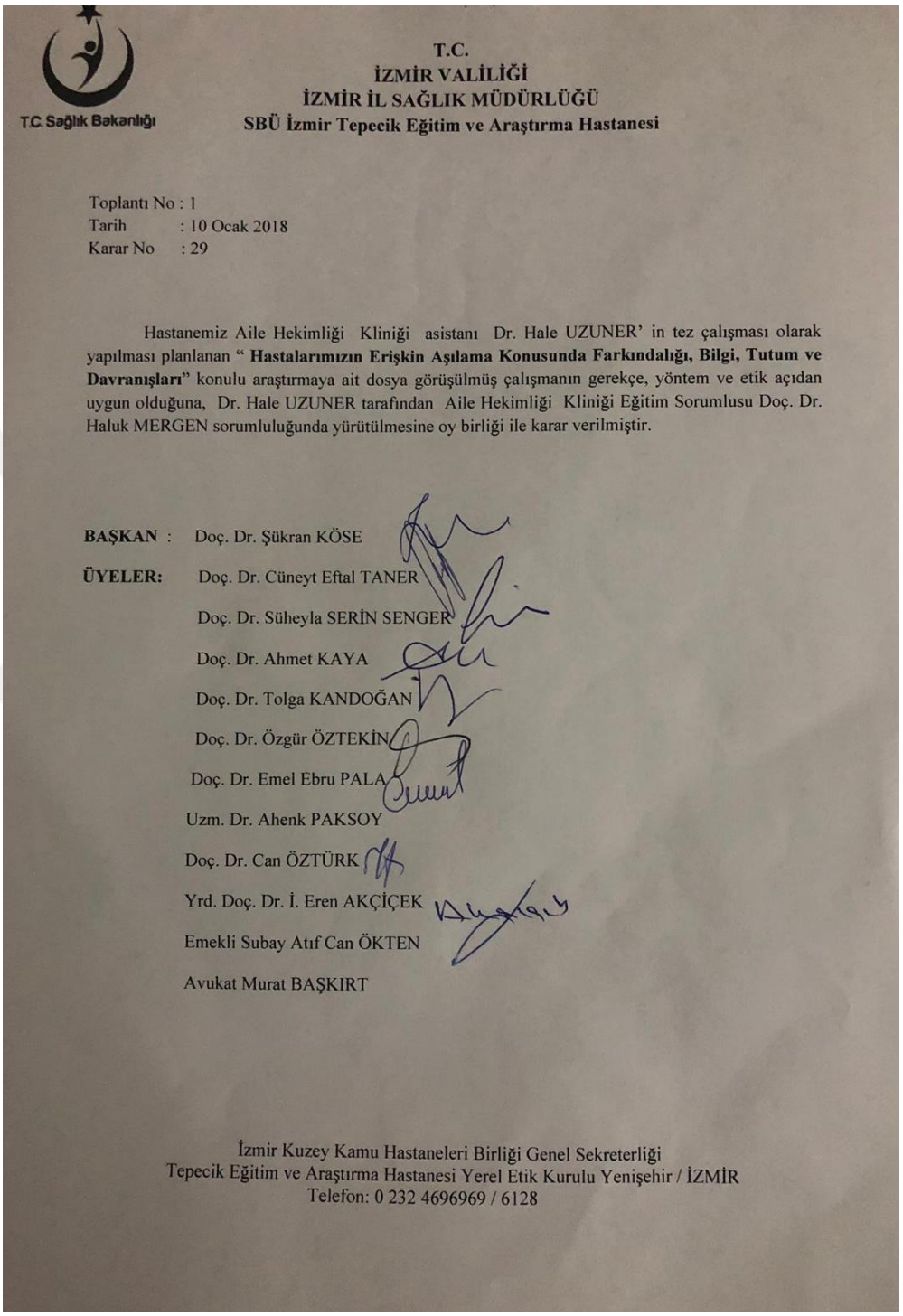
29. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

□ Hiç kullanmadım □ Bıraktım □ Halen kullanıyorum

30. ALKOL KULLANIOR MUSUNUZ?

□ Hiç kullanmadım □ Bıraktım □ Halen kullanıyorum

EK 2. ETİK KURUL ONAYI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1
Tarih : 10 Ocak 2018
Karar No : 29

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği asistanı Dr. Hale UZUNER' in tez çalışması olarak yapılması planlanan " **Hastalarımızın Erişkin Aşılama Konusunda Farkındalığı, Bilgi, Tutum ve Davranışları**" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Hale UZUNER tarafından Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER
Doç. Dr. Ahmet KAYA
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN
Doç. Dr. Emel Ebru PALA
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK
Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK
Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hale UZUNER SARI

Doğum yeri ve tarihi: Giresun / 05.07.1989

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: uzunerhale@yandex.com / 0535 843 3614

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Giresun Şehit İsa Yüksel İlköğretim Okulu (1996-2000)

Giresun Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu (2000-2003)

Giresun Anadolu Öğretmen Lisesi (2003-2007)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (2007-2014)

III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2014-2016: Giresun A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

2016-Günümüze: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Asistan Doktor

IV- Bilimsel İlgi Alanları

- 5. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi-Poster Sunumu

Hastaların Erişkin Aşılama Konusunda Farkındalığı, Bilgi, Tutum ve Davranışları; Bir Eğitim Araştırma Hastanesi

VI- Bilimsel Etkinlikleri

- 1st Ibero-American Primary Care Respiratory Conference and 9th IPCRG World Conference 2018 – Porto
  Prevalance Of Cıgarette Smokıng In Adolescents – Oral Presentation