

Kardiyolojik Hastalarda Kardiyak Risk Durumu Önerilerine Uyum-Başkent Üniversitesi Kesiti

Selin Akyüz
Sema Atasever
Can Kerestecioğlu
Hakan Oral
Özer Tuç

Melek Uluçam

ÖZET: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Koroner kalp hastalığı, KVH'a bağlı ölümlerin en büyük kesiminden sorumludur. Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden başlıcaları; yaş, cinsiyet, birinci derece akrabalarda (erken yaşta) KVH öyküsü, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, kilo fazlalığı/obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabettir. Değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesinin, KVH'ı önleyebileceği veya ilerlemesini durdurabileceği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışma, kardiyoloji polikliniğine gelen ve kardiyovasküler hastalık riskine yönelik öneriler alan hastaların kesitsel bir değerlendirmesinin yapılmasının yanısıra, aldıkları önerilere ne denli uyduklarının ve uyumsuzlukla ilişkili faktörlerin nele olduğunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma verileri, hastaların gerekli diyeti uygulamak, hareketlilik derecelerini artırmak, kilo vermek, sigara içimini bırakmak ve dislipidemi tedavisini uygulamakta gereken hedeflere ulaşamadıklarını, ilaçla ilgili önerilere ise çok iyi uyduklarını göstermiştir. Çalışmamızda, görece daha genç, erkek cinsiyete mensup, daha az sayıda çocuğu olan, VKİ daha düşük ve eğitim düzeyi daha yüksek olanların risk durumu ile ilgili önerileri yerine getirmede daha başarılı olduğu saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Kardiyovasküler hastalık, risk faktörleri, primer koruma, sekonder koruma.

GİRİŞ: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Koroner arter hastalığı (KAH) ise, KVH'a bağlı ölümlerin yarısından fazlasından sorumludur. Koroner arter hastalığı olan vakaların %80-90'unda bir veya daha fazla risk faktörü bulunur. Koroner arter hastalığı patogeneğinde, tüm bu faktörler rol oynar. Bu risk faktörlerinden başlıcaları; yaş, cinsiyet, birinci derece akrabalarda (erken yaşta) KAH öyküsü, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, kilo fazlalığı/obezite, hipertansiyon (HT), hiperlipidemi (HL) ve diyabetes mellitus (DM) olarak belirlenebilir. Koroner arter hastalığı riski altında bulunan, primer ve sekonder korumadan yarar görececek populasyon giderek genişlemektedir.

Aile öyküsü varlığı, yaş ve cinsiyet gibi risk faktörlerini değiştirebilmek mümkün olmasa da, değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesinin, KVH'ı önleyebileceği veya ilerlemesini durdurabileceği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bunlardan, obezite, hareketsiz yaşam ve tütün kullanımı ile mücadelenin, bireysel çabaların yanısıra, toplumsal düzlemde de yaşam tarzı değişikliği sağlayacak etkin yöntemlerle desteklenmesinin daha fazla toplumsal fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Her düzeydeki koruyucu tıp girişimlerinden yeterli sonucun alınmasında, hasta uyumu, sonucu belirleyen en önemli parametredir. Tüm kanıtlar, risk faktörlerinin kontrolü ile KVH'a bağlı ölüm, morbidite ve hastalık yükünün azaltılabileceğini işaret etmesine rağmen birçok faktörden etkilenen hasta uyumu gerçekleşmediği sürece ne bireysel ne de toplumsal fayda düzeylerine ulaşmak mümkün değildir.

AMAÇ: Bu çalışma, kardiyoloji polikliniğine gelen hastaların kesitsel bir değerlendirmesinin yapılmasının yanısıra, kardiyovasküler hastalık riskine yönelik yaşam değişikliği önerileri alanların, aldıkları önerilere ne denli uyduklarının ve uyumsuzlukla ilişkili faktörlerin neler olduğunun incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma Mart-Nisan aylarında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran 200 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma, ilk görüşmede hasta popülasyonunun sosyo-demografik değişkenler, beslenme şekilleri, egzersiz dereceleri, kilo durumları, sigara içiciliği, HT, DM ve HL gibi KVH risk faktörleri açısından profillerinin belirlenerek gerekli önerilerin/tedavilerin yapılmasından 1 ay sonra, bu önerileri/tedavileri ne kadar uygulayabildiklerini sorgulamayı amaçlayan bir anket ve fiziksel değerlendirmeden oluşmaktadır.

İlk görüşmede hastaların diyetleri içerik yönünden değerlendirilmiş, günlük tuz tüketiminin yüksekliliği, bol miktarda doymuş yağla beslenme, lifli gıdaların az alınması, az meyve –sebze tüketimi, çok alkol alımı beslenme hataları olarak değerlendirilmiştir. Hastalara sodyum klorür kullanımının <5 g/gün olacak şekilde azaltılması, doymuş yağ ve alımının azaltılması, biri yağlı olmak üzere haftada 2 kez balık yenmesi, daha fazla lif (35-40 gr/gün), meyve, sebze (günde 4-6 porsiyon, yani 500 gr), kepekli ürünler ve baklagil tüketmeleri, alkol tüketiminin erkeklerde 20 g/gün ve kadınlarda 10 g/gün etanolü aşmayacak şekilde kısıtlanması önerilmiştir.

Hastaların günlük hareketlilik dereceleri sorgulanmış, hiç egzersiz yapmayanlar, bazen/kısa süreli egzersiz yapanlar ve haftada 7 (5) gün/günde 30 dk orta şiddette fiziksel aktivite yapanlar 3 gruba ayrılmıştır.

Hastaların boy ve kilo ölçümleri poliklinik ortamında gerçekleştirilmiş ve vücut kitle indeksleri ($VKİ = \text{ağırlık} / \text{boy}^2$) formülüyle hesaplanmıştır. Hastalarda $VKİ < 18.5$: zayıf, (18.5-24.9): normal, (25-29): hafif kilolu, (30-

34.9): Sınıf 1 obez, (35-39,9): Sınıf 2 obez, >40: Sınıf 3 obez olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların bel çevresi ölçülmüş, ölçüm değerinin erkeklerde >94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm olması, daha fazla kilo alınmaması gereken abdominal obezite sınırı, erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm olması ise kilo verilmesinin öğütlenmesi gereken eşik değer olarak sınıflanmıştır. Gereken vakalara kilo vermeleri öğütlenmiştir.

Vakalara sigara içicisi olup olmadıkları, günde ne kadar sigara içtikleri, sigara dumanına maruz kalıp kalmadıkları sorulmuştur. Sigara içen tüm hastalara sigara içimi ve sigara dumanı maruziyetinin sonlandırılması gereği ifade edilmiştir.

Hastalarda HT, DM, ve HL varlığı irdelenmiş ve gerekli olanlara tıbbi tedavileri verilmiştir.

Vakalarda ailede KAH, KAH, prematür KAH, böbrek hastalığı, periferik arter hastalığı, retinopati, serebrovasküler olay olup olmadığı da incelenmiş ve kaydedilmiştir.

1 ay sonraki görüşmede hastalar yeniden değerlendirilmiş ve anket soruları yüz yüze görüşme tekniği ile sorulmuştur. Ankette, daha önce kendilerine yapılan diyet ve egzersiz ile ilgili önerilere uyup uymadıkları, halen sigara içimini sürdürüp sürdürmedikleri veya sigara maruziyetlerinin devam edip etmediği, kilo kaybedip kaybetmedikleri, HT, HL ve DM tedavilerine uyumları ayrı ayrı sorgulanarak kaydedilmiştir. Tedavi uyumları iyi olmayanlarda uyumsuzluğun nedenleri sorgulanmıştır. Hastaların vücut ağırlıkları, kan basınçları, kan glikoz ve lipid düzeyleri yeniden incelenmiştir. Vakaların, 1 ay öncesinden 500 gr daha düşük vücut ağırlığına sahip olması, kilo kaybı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma belirtilen tarihlerde kardiyoloji polikliniğine başvuran her hastadan onam alarak gerçekleştirilmiştir. Toplanan veriler SPSS 15.0 veri tabanına girilerek analiz edilmiş, bu analizlerde tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra, önemlilik testi olarak "t" testi veya ki-kare kullanılmış ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışma grubuna ait veriler tablolarda açıklanmaktadır. Tablo1, Çalışmaya alınan vakaların demografik ve tıbbi özelliklerini, Tablo 2, Çalışmaya dahil olan vakaların kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki önerilere uyum ve uyumsuzluk oranlarını, Şekil 1, çalışmaya dahil olan vakaların kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki önerilere uyum ve uyumsuzluk oranlarını, Şekil 2, hastalarda en sık görülen tedavi uyumsuzluklarını, Tablo 3, tıbbi önerilerin tamamına uyabilen ve uymayan grupların kıyaslanması ile ilgili verileri göstermektedir.

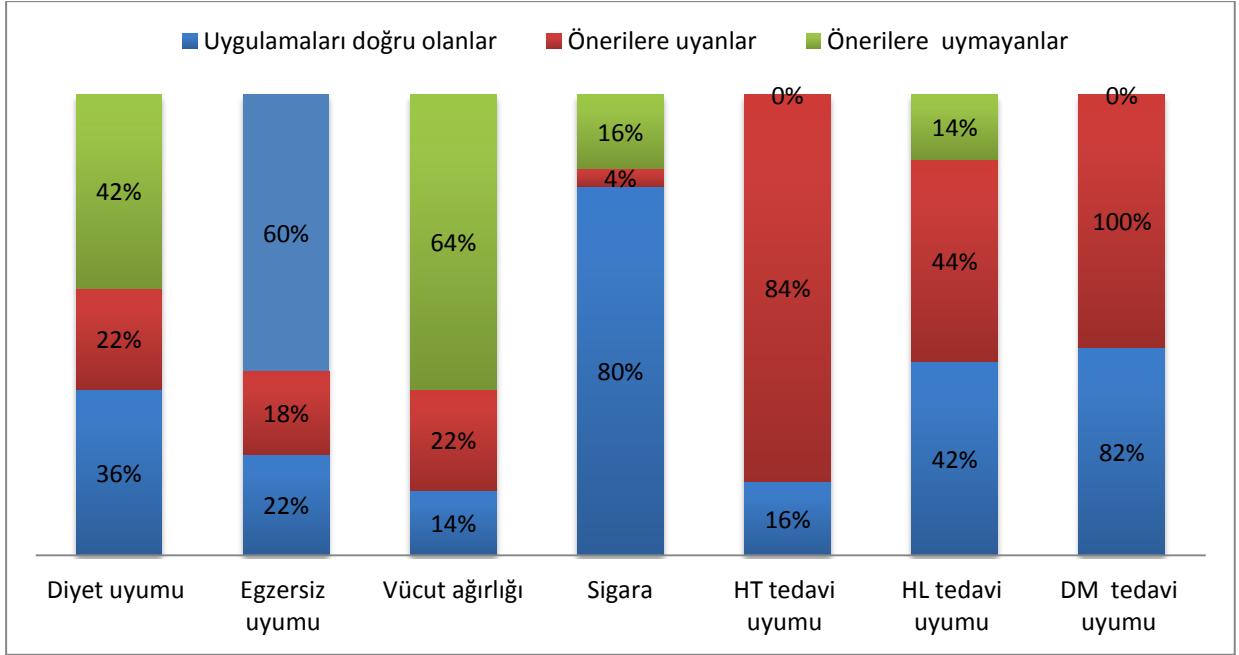
TABLO 1: Çalışmaya alınan vakaların demografik ve tıbbi özellikleri.

Yaş (yıl)	61,64 ± 14,91
Cinsiyet (%)	%72 kadın, %28 erkek
Boy (cm)	160 ± 0,093
Vücut ağırlığı (kg)	77,06 ±14,41
Medeni durum (%)	%86 evli
Çocuk sayısı	2 ±1,47
Yüksek eğitim ve daha fazlası (%)	%34
Çalışma durumu (%)	%54 çalışan, %46 emekli
Doğru diyet uygulayanlar (%)	%36
Sedanter yaşam/aktif yaşam (%)	%78 / %22
Vücut kitle indeksi (%)	%30,11 ± 5,25
Obezite (%)	%56
Fazla kiloluluk (%)	%30
Abdominal obezite (%)	%92
Sigara içiciliği (%)	%20
Hipertansiyon sıklığı	%84
Sistolik kan basıncı (mm Hg)	156,96 ±31,10
Diastolik kan basıncı	94,10 ±15,30
Diabetes mellitus sıklığı	%18
Hiperlipidemi sıklığı (%)	%58
Toplam kolesterol (mg/dl)	202,64 ± 42,99
LDL (mg/dl)	124,54 ±39,07
HDL (mg/dl)	49,74 ±11,93
Trigliserid (mg/dl)	141,78 ±71,13
Koroner arter hastalığı (%)	%20
Prematür koroner arter hastalığı (%)	-
Böbrek hastalığı (%)	%8
Periferik arter hastalığı (%)	%4
Retinopati (%)	-
Serebrovasküler olay (%)	%4
Ailede koroner arter hastalığı (%)	%56

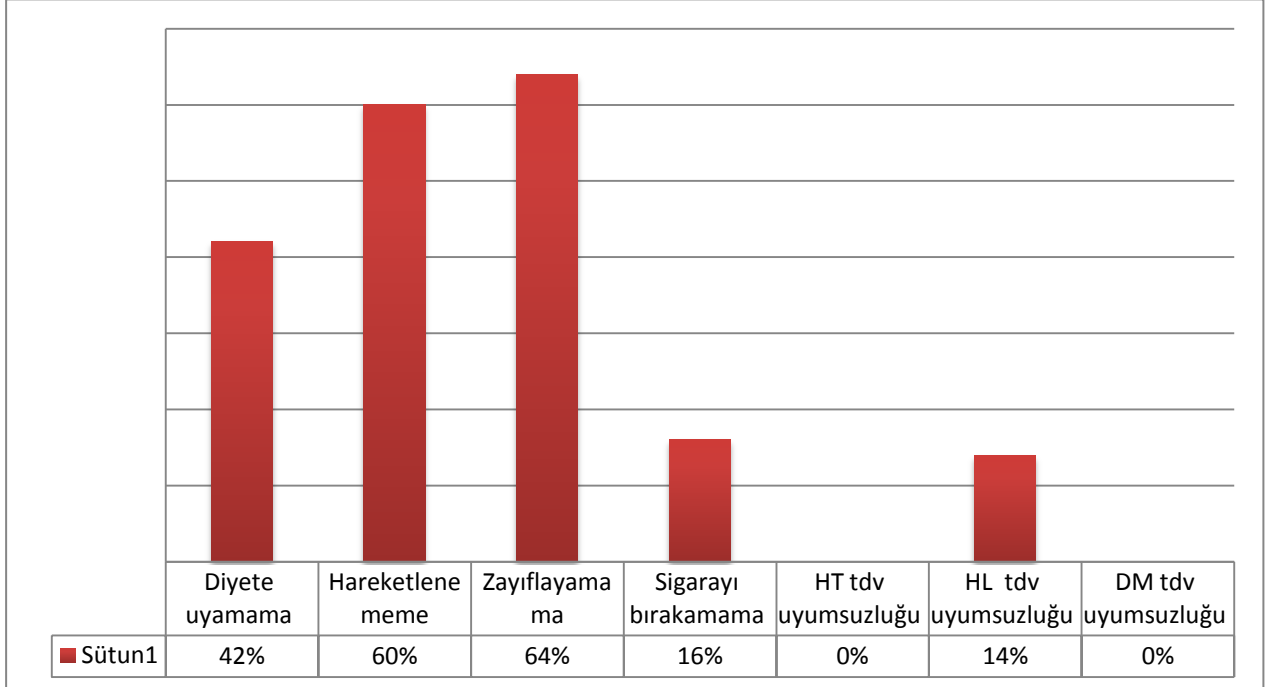
TABLO 2: Çalışmaya dahil olan vakaların kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki önerilere uyum ve uyumsuzluk oranları

	Uygulamaları doğru olanlar	Önerilere uyanlar	Önerilere uymayanlar
Diyet uyumu	% 36	% 22	% 42
Egzersiz uyumu	% 22	%18	% 60
İdeal kiloda olma	% 14	% 22	% 64
Sigaranın bırakılması	% 80	%4	% 16
Hipertansiyon tedavi uyumu	% 16	%84	% 0
Dislipidemi tedavi uyumu	% 42	% 44	% 14
DM* tedavi uyumu	% 82	%100	% 0

*:Diabetes mellitus



ŞEKİL 1: Çalışmaya dahil olan vakaların kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki önerilere uyum ve uyumsuzluk oranları



ŞEKİL2: Hastalarda en sık görülen tedavi uyumsuzlukları

TABLO 3: Tıbbi önerilerin tamamına uyabilen ve uymayan grupların kıyaslanması

	GRUP 1: TAM UYANLAR N=44 (%22)	Grup 2: TAM UYMAYANLAR N=156 (%78)	p
Yaş (ort±SS)	54,09±16,18	63,76± 13.85	0.001
Cinsiyet (%E)	20 K--24 E %54E	124 K---32 E %20E	0.000
Çocuk sayısı (ort±SS)	1.55 ± 0.90	2.13 ± 1.57	0.002
Vücut ağırlığı (ort±SS)	76,14± 13,89	77,32± 14,59	NS
VKİ (ort±SS)	26,68± 3,60	31,08± 5,19	0.000
Medeni durum (% evli)	44/44=1	128/156=0.85	0.027
Eğitim (≥ yüksek eğitim)	28/44= 0,63	40/156=0.25	0,000

TARTIŞMA

Kardiyovasküler hastalıklar ve koroner arter hastalığı, patogenezi hakkında detaylı bilgi sahibi olduğumuz ve risk faktörleri iyi bilinen hastalıklardır. Bu risk faktörleri içinde yer alan yaş, cinsiyet, ailede kardiyovasküler hastalıkların var olması gibi unsurlar değiştirilemeyecek faktörler arasındadır. Ancak, en az onlar kadar önemli olan değiştirilebilir risk faktörlerine (yanlış beslenme, sigara içiciliği, hareketsizlik, kilo fazlalığı, HT, DM ve HL tedavisi vb) müdahale edilmesinin, hastalığın oluşum ve ilerleme sürecini geciktirdiği, gerek kadınlar ve gerekse de erkeklerde KVH gelişim riskini azalttığı çok iyi bilinmektedir. Kontrol edilebilir risk faktörlerinin yönetimi için yapılması gerekenlerin en önemlileri, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, obezitenin engellenmesi, sigaranın bırakılması ve KVH risk faktörü de sayılan hastalıkların tıbbi tedavilerinin uygulanmasıdır. Kişiler açısından bu önerilere uyum, günlük birçok alışkanlığı etkileyen ciddi bir yaşam tarzı değişikliği anlamına gelir. Kardiyovasküler hastalıkların yönetimi konusunda son zamanlarda büyük başarılar elde edilmesine rağmen, başarı oranı hala beklenenden oldukça düşüktür. Bunun nedenini sorgulamak amacıyla yapılan çalışmalar başarısızlığın iki önemli nedenini açığa çıkarmıştır. Bir çalışma, gerek hekimlerin yüksek riskli olduğu bilinen hastaları bile risk faktörleri yönünden yetersiz taradığını ve/veya yetersiz tedavi verdiğini, gerekse de hastaların yeterli tedavi ve danışmanlık alsa bile kendilerine yapılan önerilere uyumlarının düşük olduğunu göstermektedir **(1)**.

Koroner arter hastalarında risk faktörleri yönetimi, yaşam tarzı önerileri ve ilaç tedavilerinin uygulanışı için yol gösteren kılavuzlar zaman içinde değişiklikler göstermektedir **(2)**. Kılavuzlara uygun tedavilerin kullanımını ve risk faktörü yönetiminin nasıl olduğunu belirlemek ve bu konuda zaman içindeki değişimi görmek amacıyla, 2006-2007 yıllarında, Avrupa'da, aralarında Türkiye'nin de olduğu 22 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen EUROASPIRE III çalışmasında, KAH olan hastaların çoğunun yaşam stili değişikliği ve risk faktörlerinin kontrolü konusunda istenilen hedeflere ulaşamadığını açıkça gösterilmiştir **(1)**.

EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye ayağında ise diğer ülkelere kıyasla, risk faktörlerinin kaydında önemli bir fark olmamasına rağmen, muayene ve laboratuvar kayıtlarının görece daha yetersiz olduğu, Avrupa ile kıyaslandığında en önemli farklılıkların, sigaraya devam etme (%23.1 ve %17.2-tüm hastalar), hareketsizlik, düşük HDL kolesterol düzeyi ve geçirilen kardiyovasküler olay sonrasında hekim tarafından izlenmeme ve eğitilmeme oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma, aynı zamanda, Türkiye’de de Avrupa’ya benzer şekilde, kardiyovasküler korunma hedeflerinin gerisinde kaldığını da göstermiştir **(3)**.

Çalışmamızda, KVH önlenmesi için doğru olan diyeti uygulayabilenler, sadece %36, öneriler sonrasında bile bunu gerçekleştiremeyenlerin oranı ise %42 dir. Bu durum, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesindeki büyük güçlüğü açıkça ortaya koymaktadır. Geleneksel beslenme metodları, çoğu zaman lezzet ve doygunluk hissinin tatmini için, daha yağlı-tuzlu ve gerekenden daha yüksek kalorili bir ve beslenmeyi uygulmakta ve bundan vazgeçmek zor görünmektedir.

Ülkemizde egzersiz alışkanlığı da, Avrupa ile kıyaslandığında düşüktür. Kardiyovasküler bir tanı aldıktan sonra egzersiz düzeylerinde artış da düşük olarak bulunmuştur. EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye kolunda koroner olay sonrası fiziksel aktivitede artış hastaların yalnızca %48.6’sında izlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise popülasyonun %60’ında hareketlilik derecesi, kendilerine yapılan önerilere rağmen hiç artma göstermemiştir. Çalışmamızda sadece %20 oranında KAH olmasına rağmen bu sonucun elde edilmiş olması oldukça düşündürücüdür. Bu durum en fazla çalışmaya alınan vakaların yaş ortalamasının yüksekliği ve bununla direkt olarak ilişkili olan dejeneratif kas-iskelet istemi hastalıkları, ortopedik hastalıklar, yandaş hastalıkların bu popülasyonda sık görülmesi ve genel yorgunluk hali ile izah edilebilir.

Türkiye 2010 Sağlık istatistiklerine göre kilo fazlalığı oranı %32.4 ve obezite oranı %18.5’tir. Çalışmamızda ise, kilo fazlalığı oranı (%30) Türkiye ortalamasına yakın olsa da, obez (%56) vakaların oranı Türkiye ortalamasının çok üzerinde bulunmuştur. Öte yandan, hastalarda yerine getirilememe oranı en yüksek olan yaşam tarzı değişikliği de kilo kaybedememe olarak saptanmıştır. Vakaların 64’ü 1 ay izlem sonucunda hiç kilo kaybedememiştir. Her iki durum da, vakaların kardiyoloji polikliniğine başvuran seçilmiş bir grup olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu grubun, gerek beslenme imkanlarının daha fazla olması, gerekse de yaşantılarının (kent yaşamı, mesleki yaşam vb) zorladığı hareketsizlik nedeniyle obeziteye yatkın ve durumunu değiştirmesi zor olan bir grup olması mümkündür. Kilo kaybı, daha uzun izlem süreleri sonunda çok daha farklı olabilir, zira çalışmamızda izlem süresi sadece 1 aydır.

Türkiye 2010 Sağlık istatistiklerine göre düzenli tütün kullanma oranı %24.7 dir. EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye kolunda, caydırıcı bir KV olay sonrasında bile sigara içmeye devam edenlerin oranları %23.1

olarak saptanmıştır (1). Bu çalışmadaki populasyonda ise öneriler yapıldıktan sonra sigara bırakma oranı %4, içmeye devam edenlerin oranı %16 dır. EUROASPIRE III çalışması sadece KAH tanısı olan vakaların uyumlarını değerlendirmektedir. Çalışmamızda alınan grup ise homojen değildir ve KAH veya eşdeğeri tanısı almış hastalar çalışma grubunun sadece 1/5 ini oluşturmaktadır. Diğer yandan da, izlem süresi sigarayı bırakma için oldukça kısa bir süre olup, çoğu hasta, adı geçen davranışın gerçekleşmesi için bundan daha uzun zamanlara ihtiyaç duymaktadır. Ancak, doktor önerisi ile 1 ay içinde sigaranın bırakılması kişi için çok kararlı bir davranışı gerektirdiği için, elde edilen bu %4'lük oran, aslında polikliniğe başvuran hastalar için oldukça umutlandırıcı bir rakam olarak da değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda dikkat çeken bir bulgu, hastaların hipertansiyon ve diabet için verilen ilaçları çok düzenli kullandığı ve hiç tedavi uyumsuzluğu göstermediğidir. Bu durum, vakaların hastalık komplikasyonlarının gelişmesine karşı duyduğu ciddi kaygı ve ilaç tedavileri ile bunların önlenebileceğine dair inancının yanısıra, ilaç temini mümkün kılan sosyal güvence programlarıyla da ilgilidir. Aynı zamanda, ilaç kullanımının en az efor gerektiren, en kolay uygulanan eylem olması ile de ilgili olabileceği akla gelmektedir.

Hastalarda dislipidemi tedavisine uyumsuzluğun %14 oranında olduğu görülmüştür. Bu vakaların pek çoğunda tedavide kullanılan ilaçlara karşı genel bir bilgilenme hatası olduğu saptanmıştır. Hastaların gerek yakın çevreleri ve gerekse medyadan aldıkları bilgiler sonucunda dislipidemi tedavisinde ilaçlardan kaçındığı ve doktor önerilerine rağmen dislipidemi tedavisine karşı dirençli oldukları gözlenmiştir.

Çoğu çalışma hasta uyumunda özellikle ilaç uyumuna odaklanmaktadır. Bunda, değerlendirme kolaylığı da önemli rol oynamaktadır. Gerçekte, yaşam tarzı değişimine yönelik önerilere uyumu değerlendirmek çok daha zordur. Çalışmamızda, yaş, cinsiyet, evlilik, çocuk sayısı, vücut ağırlığı ve eğitim durumu gibi faktörlerin yaşam stili değişikliklerine uyumu etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızda, görece daha genç olanların, erkek cinsiyete mensup olanların, daha az sayıda çocuk sahibi, VKİ daha düşük ve eğitim düzeyi daha yüksek olanların risk durumu ile ilgili önerileri yerine getirmede daha başarılı olduğu saptanmıştır. Duruma ait yapılabilecek yorum, özellikle kadınlarda ve ilerleyen yaşlarda, çocuk sayısı ve vücut ağırlığı arttıkça ve eğitim düştükçe önerilere uyumun daha zor sağlanabildiğidir. Bu durum bahsedilen popülasyonun kendisi için gerekenleri yerine getirmek için başkalarına bağımlı olması ile izah edilebilir. Hipertansiyon, HL ve DM için gereken ilaç tedavisinin çok iyi uygulanıyor olması ise, öneriler arasında en az zorlukla gerçekleştirilebilecek bir durum olmasına bağlanabilir. Çalışmadan çıkarılabilecek en önemli sonuç, yaş, cinsiyet, evlilik, çocuk sayısı, vücut ağırlığı ve eğitim durumu gibi uyumu etkileyen tüm faktörleri göz önüne

almayan bir yaklaşım stratejisinin, hedefine ulaşmasının mümkün olmadığıdır.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılıkları, vaka grubunun küçüklüğü ve izlem süresinin kısıtlılığıdır. Bazı hastaların ilk kez görülüyor olması, bazılarının ise bir süredir izlenmekte olan hastalar olmasının da kısıtlılıklara katkısı vardır. Hastaların yaşam önerilerine uyumlarının anket değerlendirmesini, hastaların okur-yazarlık dereceleri, işitme ve hatırlama özellikleri etkilemiş olabilir. Ancak, hasta uyumsuzluğunun nedenlerini tam anlamıyla değerlendirmek, uyumun önündeki engellere dair her kesim için geçerli ve tümüyle doğru bir yorum yapmak ve populasyonun özelliklerine göre davranışsal stratejiler geliştirmek için daha büyük ölçekte çalışmalara gerek vardır.

SONUÇ

Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar, risk faktörleri ile ilgili tıbbi öneriler alsalar da, bu önerilere uyum oranları düşüktür. Uyumun artması, KVH sıklığını ve morbiditesini azaltacaktır. Bu uyumsuzluğun nedenleri daha net saptanabildiğinde, her kesime yardımcı olabilecek gerek toplum, gerekse hasta bazlı stratejiler geliştirmek mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G et al. European Society of Cardiology (ESC) Committee for Practice Guidelines (CPG). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2007;28:2375-414.
2. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D et al. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009;16:121-37.
3. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol C et al. EUROASPIRE III Turkey Study Group. [EUROASPIRE III: a comparison between Turkey and Europe]. Turk Kardiyol Dern Ars 2010;38:164-72.