

Araştırma Makalesi / Research Article

Akut Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Kaçırılmış Fırsatların Değerlendirilmesi *

Evaluation of Missed Opportunities in Individuals with Acute Myocardial Infarction

Önder Demiröz

Uzman Doktor, Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği
ORCID: 0000-0002-2401-6109 E-posta: onderdmrz1@windowslive.com

Miray Sancaktar Demiröz

Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-6113-3163 E-posta: miray.sanc@gmail.com

Oytun Sevil

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0000-0991-4878 E-posta: oy2nse@gmail.com

Sakine Beyza Üstün

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0006-0958-1413 E-posta: beyzaustun0560@gmail.com

Kürşat Uygul

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0004-3210-2092 E-posta: kursatuygul@gmail.com

Rümeysa Kılıç

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0002-8256-707X E-posta: rmysklcc9551@gmail.com

Zeynep Tuysu Çakır

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0002-7940-8836 E-posta: zeyneptuysu@gmail.com

Seyhan Hıdıroğlu

Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8656-4613 E-posta: seyhanerginh@gmail.com

Geliş Tarihi: 29 Nisan 2025, Kabul Tarihi: 15 Haziran 2025

* Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 23. Ulusal Tıp Öğrenci Kongresi 'nde sözlü sunum olarak ve 8-12 Kasım 2023 tarihleri arasında düzenlenen 39. Ulusal Kardiyoloji Kongresi'nde poster sunumu olarak yer almıştır.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, İstanbul'da bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesine başvuran ve son iki yıl içerisinde akut miyokard enfarktüsü geçirmiş kişilerde, primer ve sekonder korunma düzeyinde kaçırılmış fırsatları belirlemek ve risk farkındalığı ile sağlık hizmetlerine başvuru davranışlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırmada, Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran ve son iki yıl içinde miyokard enfarktüsü tanısı almış 74 birey ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Geliştirilen yarı yapılandırılmış anket formu ile sosyodemografik özellikler, kardiyovasküler risk faktörleri, sağlık hizmetlerine erişim ve risk farkındalığına ilişkin veriler toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U testi ve Pearson Ki-kare testi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların % 83,8'i erkek olup, median yaş 60,5 yıldır. Sigara kullanımı % 60,8, hipertansiyon % 62,2, diyabet % 43,2 ve hiperlipidemi % 67,6 oranında saptanmıştır. İlk miyokard enfarktüsü yaşının medianı 53 yıl olarak bulunmuştur. Risk faktörlerine sahip kişilerin yalnızca % 40'ı kalp krizi riski hakkında bilgilendirilmiştir. Katılımcıların % 23'ü şikayet olmadan hekime başvurduğunu bildirmiştir. Eğitim durumu, cinsiyet, sosyal güvence ve ailede kalp hastalığı öyküsü gibi değişkenlerle doktora başvurma davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamız, miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde değiştirilebilir risk faktörlerinin yaygın olduğunu, ancak risk farkındalığının ve koruyucu sağlık davranışlarının yetersiz kaldığını ortaya koymuştur. Bulgular; birinci basamakta koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi, risk gruplarına yönelik sağlık okuryazarlığı programlarının geliştirilmesi ve toplum temelli müdahalelerin artırılması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca sosyal tıp perspektifiyle, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi ve bütüncül sağlık politikalarının benimsenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Miyokard enfarktüsü, kalp krizi, risk faktörleri, kaçırılmış fırsatlar, birincil koruma

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify missed opportunities at the levels of primary and secondary prevention and to evaluate risk awareness and healthcare-seeking behaviors among individuals who experienced acute myocardial infarction within the past two years at a tertiary education and research hospital in Istanbul.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, face-to-face interviews were conducted with 74 individuals who were diagnosed with myocardial infarction and admitted to the cardiology outpatient clinic between January 2023 and April 2023. Data were collected using a semi-structured questionnaire developed based on the literature, covering sociodemographic characteristics, cardiovascular risk factors, access to healthcare, and indicators of risk awareness. The Mann-Whitney U test and Pearson's Chi-square test were used for statistical analysis, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: Among the participants, 83.8% were male, and the median age was 60.5 years. The rates of smoking, hypertension, diabetes, and hyperlipidemia were found to be 60.8%, 62.2%, 43.2%, and 67.6%, respectively. The median age at first myocardial infarction was 53 years. Only about 40% of participants with risk factors had been informed about their risk of heart attack. While 23% of participants reported visiting a physician without symptoms to assess cardiovascular risk, no statistically significant association was found between healthcare-seeking behavior and variables such as education level, gender, presence of social security, or family history of heart disease.

Conclusion: This study revealed that modifiable risk factors are highly prevalent among individuals who experienced myocardial infarction, yet risk awareness and preventive health behaviors remain inadequate. The findings highlight the necessity of strengthening preventive services at the primary care level, developing targeted health literacy programs, and promoting community-based interventions. From a social medicine perspective, addressing inequalities in healthcare access and adopting comprehensive health policies are crucial for effective prevention.

Keywords: Myocardial infarction, risk factors, missed opportunities, primary prevention, health services accessibility

GİRİŞ

Dünya genelinde her yıl üç milyondan fazla kişi ST segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) ve dört milyondan fazla kişi ST segment elevasyonsuz miyokard enfarktüsü (NSTEMI) geçirmektedir (1,2). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2013 yılında ölümlerin % 39,9'u dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı gerçekleşmiş, koroner arter hastalıkları prevalansı özellikle 50 yaş üstü grupta artış göstermiştir (3,4). Dünya Sağlık Örgütü, önümüzdeki 20 yılda koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin kadınlarda % 120, erkeklerde ise % 137 oranında artacağını öngörmektedir (4,5).

Miyokard enfarktüsü ciddi komplikasyonlara neden olabilir: Kalp yetmezliği, ritim bozuklukları ve ani ölüm gibi sonuçlar, erken müdahale ile büyük ölçüde önlenabilir (2,3). Klinik çalışmalar, erken tanı ve tedavinin miyokard enfarktüsüne bağlı ölüm oranlarını düşürdüğünü göstermektedir. Bu bağlamda, koruyucu sağlık hizmetleri ve bireysel farkındalık kritik öneme sahiptir.

Kalp krizine yol açan risk faktörleri iyi bilinmektedir ve önemli ölçüde önlenabilir durumdadır (6). Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite gibi değiştirilebilir risk etmenleri, miyokard enfarktüsü riskini belirgin şekilde artırmaktadır (6). Örneğin DSÖ verilerine göre, dünya genelinde yetişkinlerin yaklaşık % 20'si tütün kullanmakta ve bu kullanım kardiyovasküler ölümlerin % 10'unu oluşturmaktadır (7). 2022 yılı itibarıyla, 15 yaş ve üzeri kişilerde günlük sigara içme oranı % 28 olarak belirlenmiştir. Bu oran, erkeklerde % 41,3 kadınlarda ise % 14,9'dur. Aynı şekilde, fiziksel inaktivite dünya genelinde yetişkinlerin en az dörtte birini etkilerken, Türkiye'de bu oran yaklaşık üçte birdir (7,8). Ek olarak yoksulluk, düşük eğitim durumu (ilköğretim düzeyinde veya daha düşük eğitim almış olmak), işsizlik, cinsiyet gibi sosyal belirleyiciler de kalp-damar sağlığını olumsuz etkilemekte, bu da toplumun dezavantajlı kesimlerinde miyokard enfarktüsü sıklığını ve genç yaşta miyokard enfarktüsü riskini artırarak sağlıkta eşitsizlikler yaratmaktadır (9).

Miyokard enfarktüsü gelişimini önlemede ve yönetmede bazı durumlar "kaçırılmış fırsatlar" olarak değerlendirilir. Primer korunmada kaçırılmış fırsatlar, hastaların risk faktörleri açısından yeterince değerlendirilmemesi, koruyucu hizmetlere ulaşamaması ya da sağlık hizmeti sunucularının tanı koymadaki eksikliklerinden kaynaklanabilir (10). Sekonder korunmada ise hastaların semptomlarını tanıyamaması, geç başvuru yapması veya tanı ve tedavi sürecinde yaşanan gecikmeler önemli rol oynar (11).

Literatürde bu tür kaçırılmış fırsatların oranları geniş bir aralıkta bildirilmektedir. Örneğin, hastaların miyokard enfarktüsü semptomlarını fark etmelerine rağmen tıbbi yardım almakta gecikme oranı % 26–50 arasında, doğru yönlendirilmeden birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hasta oranı ise % 11–27 olarak bildirilmiştir (10,12). STEMI hastalarının % 27–40'ı semptomların başlamasından 12 saat sonra hastaneye başvurmakta ve reperfüzyon tedavisinde gecikmeler yaşanmaktadır. Öte yandan, birinci basamakta koroner arter hastalığı tanısının atlanma oranı % 14,8–43,4; risk faktörlerinin gözden kaçma oranı ise % 30–50 arasında değişmektedir [8,9]. Ayrıca, koroner arter hastalığı bulunan kişilerin % 83'ünün LDL kolesterol hedef seviyelerine ulaşamadığı belirlenmiştir (13).

Kaçırılmış fırsatlar yalnızca klinik sonuçlar açısından değil, sosyal tıp ve etik bağlamında da ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikler, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği, "kimin için fırsatın kaçırıldığı" sorusunu gündeme getirmektedir (8,14). Daha eğitilmiş, sosyal olarak avantajlı kişiler, risk faktörlerini daha erken öğrenip yönetme şansına sahipken; sosyoekonomik dezavantajlı gruplar bu imkanlardan yeterince faydalanamayabilir (15). Bu durum, Beauchamp & Childress'in dört etik ilkesinden biri olan "adalet" ilkesi ile yakından ilişkilidir. Adalet ilkesi, sağlık hizmetlerinin herkese eşit, saygılı ve ihtiyaç odaklı şekilde sunulmasını gerektirir (16). Oysa kaçırılmış fırsatlar çoğu zaman sistematik olarak kırılgan grupların aleyhine işlemekte ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmektedir (9).

Bu çalışmanın amacı, İstanbul'daki bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniğine başvuran ve son iki yıl içerisinde akut miyokard enfarktüsü geçirmiş kişilerde, primer ve sekonder korunma düzeyinde kaçırılmış fırsatları belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı ve Örneklem

Bu kesitsel tipte araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir üçüncü basamak kamu eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya, son iki yıl içerisinde akut miyokard enfarktüsü tanısı almış ve 18 yaşını doldurmuş, belirtilen süre zarfında ilgili polikliniğe başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve anketin uygulanmasına engel olabilecek bilişsel bozukluğu bulunmayan kişiler dahil edilmiştir. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak toplam 74 hastaya ulaşılmıştır (n=74). Her bir katılımcıya, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü onam alınmış, görüşmeler gizlilik ilkesi gözetilerek yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen ve uzman görüşüyle içerik geçerliliği sağlanan 25 soruluk yarı yapılandırılmış bir anket formu ile toplanmıştır. Katılımcıların isimleri anket formunda gizli tutulmuştur. Anket sekiz açık uçlu, 17 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. İlk yedi soru sosyodemografik özellikleri, geri kalan 18 soru miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda kaçırılmış fırsatların varlığını test etmek kapsamında sorulmuş sorulardır.

Anket; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, bilinen kardiyovasküler risk faktörleri (hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, sigara kullanımı), sağlık hizmetine erişim durumları, sağlık okuryazarlığına ilişkin göstergeler, daha önceki hekim başvuruları ve sağlık profesyonelleri tarafından risk farkındalığı oluşturulup oluşturulmadığı gibi temaları kapsamaktadır. Anket formları, klinik ortamda birebir görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler Jamovi (Version 2.4) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada yer alan sürekli değişkenler normal dağılım göstermediği için medyan, minimum ve maksimum değerler kullanılarak tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. İki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Pearson Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın Etik Boyutu

Bu araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Etik Kurul Onay Numarası: 09.2023.99). Ayrıca, ilgili hastane yönetiminden gerekli idari izinler sağlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm kişilerden sözlü onam alınmış, verilerin gizliliği korunmuş ve araştırma gönüllülük esasına göre yürütülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma yalnızca İstanbul'da bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüş olup, tek merkezli olması nedeniyle bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Araştırmanın örneklem grubu yalnızca hastaneye başvurmuş ve kardiyoloji kliniğinde takip edilen kişilerden oluşmaktadır; sağlık hizmetine hiç başvurmamış veya semptomlarını önemsememiş kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu durum seçim yanlılığı (selection bias) riski oluşturmuştur. Ayrıca örneklem büyüklüğü görece küçük (n=74) olduğundan, istatistiksel analizlerde anlamlılık elde etme gücü

azalmış ve bazı değişkenler arasındaki ilişkiler saptanamamış olabilir. Verilerin katılımcıların kendi beyanlarına dayanması nedeniyle hatırlama yanlılığı (recall bias) riski de mevcuttur.

BULGULAR

Araştırmaya son iki yıl içinde miyokard enfarktüsü tanısı almış 12'si kadın (% 16,2), 62'si erkek (% 83,8) toplamda 74 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşlarına bakıldığında, yaş dağılımı 42 ile 86 arasında değişmekte olup, median yaş 60,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bazı risk faktörleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bazı risk faktörleri

Değişkenler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	12	16,2
	Erkek	62	83,8
Meslek	Çalışmıyor	10	13,5
	Emekli	22	29,7
	İşçi	23	31,1
	Diğer meslekler	7	9,5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	3	4,1
	İlkokul mezunu	41	55,4
	Ortaokul mezunu	16	21,6
	Lise	9	12,2
	Üniversite mezunu	5	6,8
Medeni Hal	Evli	67	90,5
	Bekar	7	9,5
Sosyal Güvence	Var	67	90,5
	Yok	7	9,5
Sigara Kullanımı	Evet	45	60,8
	Hayır	29	39,2
Alkol Kullanımı	Evet	18	24,3
	Hayır	56	75,7
Düzenli Egzersiz yapma durumu	Evet	29	39,2
	Hayır	45	60,8

Sigara kullanan 45 katılımcının paket-yıl cinsinden sigara tüketimi incelendiğinde, en düşük değer 2, en yüksek değer 90 olarak bulunmuş; median değer ise 38 olarak belirlenmiştir.

Alkol kullanan 18 katılımcının 14'ü (% 77,7) nadiren (özel günlerde, ayda bir veya iki kez), 1'i (% 5,6) haftada bir kez, 3'ü (% 16,7) ise her gün veya her akşam düzenli olarak alkol tükettiğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcılarda sigara ve alkol dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımı da sorgulanmış ve hiçbirinin kullanmadığı görülmüştür.

Miyokard enfarktüsü geçirmeden önce katılımcıların 46'sında (% 62,2) hipertansiyon, 32'sinde (% 43,2) diyabet, 50'sinde (% 67,6) hiperlipidemi tanısı mevcuttu. Bunun yanı sıra 12 katılımcı (% 16,2) kronik akciğer hastalığına ve 20 katılımcı (% 27,0) koroner arter hastalığına sahip olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların birinci derece akrabalarında kalp hastalığı öyküsü bulunma durumuna bakıldığında, 55 kişinin (% 74,3) ailesinde kalp hastalığı öyküsü varken, 19 kişinin (% 25,7) böyle bir öyküsü bulunmamaktadır.

İlk miyokard enfarktüsü geçirme yaşı, çalışmamıza katılan kişilerde medyan olarak 53 yıl olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında en genç yaş 20, en ileri yaş ise 78 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ilk kalp krizinden önceki bazı sağlık davranışları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. İlk kalp krizi öncesinde sağlık davranışları

Değişkenler	Kategori	n	%
Kalp hastalığı riskinizi bilmek amacıyla şikayetiniz olmadan herhangi bir hekime başvurduğunuz mu?	Evet	17	23,0
	Hayır	57	77,0
Başvurduğu sağlık kuruluşu	Aile hekimi	1	1,4
	Devlet hastanesi	69	93,2
	Özel hastane	4	5,4
İlk kalp krizinizin öncesinde kalp hastalığı düşündüren bir şikayetiniz var mıydı?	Evet	25	33,8
	Hayır	49	66,2
İlk kalp kriziniz öncesinde kalp rahatsızlığı şüphesiyle doktor başvurunuz oldu mu?	Evet	19	25,7
	Hayır	55	74,3

Miyokard enfarktüsü geçirmeden önce hipertansiyon tanısı olan 46 kişiden 45'i (% 97,8) bu hastalık için tedavi almaktadır. Diyabet tanısı alan 32 bireyin tamamı (% 100) tedavi görmektedir. Hiperlipidemi tanısı olan 50 bireyden 47'si (% 94,0) tedavi alırken, 3 kişi (% 6,0) tedavi almamaktadır. Kronik akciğer hastalığı tanısı olan 12 kişiden 11'i (% 91,7) tedavi almakta, 1'i (% 8,3) tedavi almamaktadır. Koroner arter hastalığı tanısı alan 20 kişiden 17'si (% 85,0) tedavi alırken, 3 kişi (% 15,0) tedavi almamaktadır.

İlgili risk faktörlerine sahip kişilerin kalp krizi riski hakkında bilgilendirilme durumları incelendiğinde; hipertansiyon tanısı olan 46 kişiden yalnızca 20'si (% 43,5) bu durumun kalp krizi riski ile ilişkili olduğu konusunda bilgilendirilmiştir. Diyabet tanısı olan 32 katılımcının ise 13'ü (% 40,6) kalp krizi riski açısından bilgilendirilmiştir. Hiperlipidemi tanısı olan 50 kişiden 20'si (% 40,0), kronik akciğer hastalığı tanısı olan 12 kişiden 3'ü (% 25,0) ve koroner arter hastalığı tanısı olan 20 kişiden yalnızca 3'ü (% 15,0) kalp krizi riski konusunda bilgilendirilmiştir.

Katılımcıların yalnızca % 23'ü (n=17) kalp hastalığı riskini öğrenmek amacıyla şikayetsiz dönemde herhangi bir hekime başvurduğunu belirtirken, % 77'si (n=57) böyle bir başvurusunun olmadığını ifade etmiştir. İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşu olarak katılımcıların büyük çoğunluğu (% 93,2; n=69) devlet hastanesini tercih ederken, yalnızca bir kişi (% 1,4) aile hekimine ve dört kişi (% 5,4) özel hastaneye başvurmuştur.

Kalp krizinden önce kalp hastalığı düşündüren bir şikayet bildiren katılımcı oranı % 33,8 (n=25) iken, % 66,2'si (n=49) herhangi bir şikayet yaşamadığını belirtmiştir. Buna rağmen, kriz öncesinde kalp hastalığı şüphesiyle doktora

başvuranların oranı % 25,7 (n=19) ile sınırlı kalmış, % 74,3'ü (n=55) bu süreçte herhangi bir başvuru gerçekleştirmemiştir.

Hastalıklara ilişkin bilgilendirme durumlarına bakıldığında; hipertansiyon hastası olduğunu belirten kişilerin yalnızca % 29,7'si (n=22), diyabet hastalarının % 20,3'ü (n=15), hiperlipidemi hastalarının % 28,4'ü (n=21), kronik akciğer hastalarının % 5,4'ü (n=4) ve koroner arter hastalığı olan kişilerin sadece % 4,1'i (n=3) kalp krizi riski hakkında bilgilendirildiğini belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu bu riskler hakkında bilgilendirilmemiştir.

Hayat tarzı düzenlemeleri açısından değerlendirildiğinde, sağlıklı beslenme hakkında % 59,5'i (n=44), düzenli fiziksel aktivite konusunda % 50'si (n=37), ilaçların düzenli kullanımı hakkında % 62,2'si (n=46) ve düzenli doktor kontrolü hakkında % 58,1'i (n=43) bilgilendirilmiştir. Sigara kullanan 44 katılımcının 32'si (% 72,7), sigarayı bırakma konusunda hekimi tarafından bilgilendirilmiştir. Diğer yandan, 12 kişi (% 27,3) bu konuda herhangi bir danışmanlık almamıştır. Alkol kullanan 18 katılımcının ise yalnızca 9'u (% 50,0), alkol tüketiminin sınırlandırılması yönünde hekim tavsiyesi aldığını belirtmiştir.

Eğitim durumuna göre ilk miyokard enfarktüsü geçirme yaşı karşılaştırıldığında, en az lise mezunu olan grubun ilk kriz yaşı medyanı 50,5 yıl, ilkokul/ortaokul mezunu grubun medyanı ise 53,0 yıl olarak bulunmuştur. Mann-Whitney U testi ile yapılan analizde, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,204).

Şikayet olmadan kalp hastalığı riskine karşı doktor kontrolüne gitme durumu ile çeşitli sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakmak amacıyla Ki-kare ve Fisher-exact testleri uygulanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile bu davranış arasında fark gözlenmemiştir (p=0,650). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,855). Katılımcıların ailede kalp hastalığı öyküsüne sahip olup olmamaları ile doktora başvurma davranışı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p=0,817). Benzer şekilde, sosyal güvence varlığı ile bu davranış arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,711).

TARTIŞMA

Araştırmamızda, son iki yıl içinde akut miyokard enfarktüsü tanısı almış kişilerde mevcut risk faktörleri, bu risklere ilişkin farkındalık düzeyi, sağlık hizmetlerine başvuru davranışları ve kaçırılmış fırsatlar değerlendirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu erkek (% 83,8) ve medyan yaşı 60,5 olup, bu durum miyokard enfarktüsünün özellikle erkeklerde ve ileri yaş gruplarında daha sık görüldüğünü bildiren uluslararası literatürle uyumludur (17). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların büyük bölümünün erkek olduğu ve yaş ortalamasının 60'lı yaşlarda seyrettiği rapor edilmiştir (18). Ayrıca araştırmamızda ilk miyokard enfarktüsü yaşının medyanı 53 olup, bu bulgu da prematür miyokard enfarktüsünün erkeklerde daha erken yaşta görülebileceğini gösteren sistematik derlemeleri desteklemektedir (19)

Katılımcılar arasında sigara kullanımı oranı % 60,8 gibi yüksek bir düzeydedir ve paket-yıl medyan değeri 38 olarak bulunmuştur. Bu oranlar, Türkiye'de tütün kullanımının kardiyovasküler risk üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri kişilerde günlük sigara kullanımı % 28 iken, bu çalışmadaki oran neredeyse iki katıdır (8). Bu durum, miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde sigara kullanımının ciddi bir problem olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. Mensah ve arkadaşlarının 2023 tarihli küresel analizinde, yüksek tansiyon, kötü beslenme ve tütün kullanımı, kardiyovasküler hastalıkların en önemli risk faktörleri arasında yer almıştır (20). Benzer şekilde alkol kullanımı düşük olmakla birlikte, kullanan kişilerin yalnızca yarısı (% 50) bu konuda hekim danışmanlığı almıştır. Oysaki 2019 ACC/AHA kılavuzları, yaşam tarzı değişiklikleri ile risk faktörlerinin azaltılmasını önerirken, danışmanlık hizmetlerinin bu süreçte belirleyici olduğunu

vurgulamaktadır (21). Ayrıca, katılımcıların yalnızca % 58,1'inin düzenli doktor kontrolü konusunda bilgilendirilmiş olması, takip süreçlerinde danışmanlık eksikliği olduğunu göstermektedir. Bu durum, Topuzoğlu ve ark. tarafından yürütülen çalışmada da benzer şekilde değerlendirilmiş ve danışmanlık hizmetlerinin eksikliği bir "kaçırılmış fırsat" olarak tanımlanmıştır (22).

Araştırmamızda kronik hastalıkların yaygınlığı oldukça yüksektir. Katılımcıların % 62,2'sinde hipertansiyon, % 43,2'sinde diyabet, % 67,6'sında hiperlipidemi tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bu kişilerin çoğu tedavi almasına rağmen, kalp krizi riski açısından yeterince bilgilendirilmedikleri görülmektedir. Hipertansiyonu olanların yalnızca % 43,5'i, diyabetlilerin % 40,6'sı ve hiperlipidemisi olanların % 40'ı bu riskle ilişkili olarak bilgilendirilmiştir. 2023 ESC Kılavuzu, özellikle diyabetli bireylerde kardiyovasküler riskin yüksek olduğunu vurgulamakta ve bu gruba yönelik yaşam tarzı değişiklikleri, erken tanı, bireyselleştirilmiş tedavi ve multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (23). Bu da, çalışmamızdaki bilgilendirme eksikliklerinin mevcut uluslararası önerilerle çeliştiğini ve klinik uygulamada boşluklar bulunduğunu göstermektedir. Literatürde, bu hastalıkların kalp krizi riskine doğrudan etkisi olduğu ve etkili bilgilendirme ile önlenabilir olduğu vurgulanmaktadır (6,22,24). Küresel Hastalık Yüğü Çalışması verileri de benzer şekilde, risk faktörlerinin yönetimiyle kardiyovasküler mortalitenin düşürülebileceğini ortaya koymaktadır (25,26). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı doğrudan ölçülmemiştir; ancak literatürde düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde kalp krizi risk faktörlerini tanıma ve koruyucu sağlık davranışlarını benimseme oranlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu gösterilmiştir (27).

Katılımcıların yalnızca % 23'ü kalp hastalığı riski nedeniyle şikayet olmadan hekime başvurmuş olup, bu oran oldukça düşüktür. Risk farkındalığının yetersizliği, düzenli sağlık kontrollerine gitmeme ile birleştiğinde, erken tanı ve müdahale açısından önemli fırsatların kaçırıldığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri gibi uluslararası otoriteler, özellikle yüksek risk gruplarının taranması ve erken müdahalenin, kardiyovasküler mortaliteyi azaltmada kritik rol oynadığını belirtmektedir (28,29). DSÖ'nün 2023 yılında yayımladığı bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulama yol haritası da, bu süreçte birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesini ve fırsat eşitliğine dayalı erişimin sağlanmasını önermektedir (30). Avustralya'da gerçekleştirilen bir araştırmada, kişilerin kalp krizi semptomlarını algılamadaki gecikmesinin, klinik sonuçlar üzerinde ciddi olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir (31).

Araştırmamızda; eğitim durumu, cinsiyet, sosyal güvence ve ailede kalp hastalığı öyküsü gibi değişkenler ile şikayetsiz dönemde doktora başvurma davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, yalnızca bireysel sosyodemografik faktörlerin değil, aynı zamanda sağlık sistemine erişim ve sağlık okuryazarlığı gibi yapısal faktörlerin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Özellikle ilköğretim düzeyinde (ilkokul ve ortaokul) eğitim almış kişilerin kalp krizi risk faktörlerine dair bilgi düzeyinin daha az olduğu; bu kişilerde risk farkındalığının zayıf seyrettiği önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (5,22). Sosyal tıp perspektifinden bakıldığında, sağlıktaki eşitsizliklerin yalnızca birey düzeyinde değil, toplumsal ve sistemsel düzeyde müdahaleler gerektirdiği açıktır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının riskli kişilerin erken tanısını destekleyecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir.

Sosyal tıp yaklaşımı, yalnızca biyomedikal nedenlere odaklanmak yerine, hastalıkların sosyal belirleyicilerini de göz önünde bulundurur. Bu çerçevede çalışmamızda tespit edilen bilgi eksiklikleri, düşük başvuru oranları ve danışmanlık yetersizlikleri yalnızca bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda toplumsal yapı ve sağlık sisteminin düzenlenme biçimiyle ilişkilidir. Özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış kişilerin sağlık hizmetine erişimde yaşadığı yapısal engeller, sosyal tıp kuramlarında açıkça tanımlanmış sağlık eşitsizlikleri örneklerindendir (32). Bu bağlamda, yalnızca kişilerin farkındalığını artırmak değil, aynı zamanda toplum temelli sağlık okuryazarlığı programları ve güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmeti altyapısı da bu sorunların çözümünde kritik rol oynamaktadır (33). Bu durum, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol

Programı'nda da vurgulandığı üzere, birinci basamak düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yüksek riskli bireylerin erken dönemde tanınarak takip altına alınması gerekliliğini desteklemektedir (34,35). Dünya Sağlık Örgütü de 2022 yılında yayımladığı yol haritasında, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde sağlık hizmetlerinin etik sorumluluk temelinde yapılandırılması, eşitlik odaklı politikaların benimsenmesi ve birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (36).

Bu araştırmada saptanan kaçırılmış fırsatlar yalnızca klinik sonuçlar açısından değil, aynı zamanda biyoetik ilkeler bağlamında da ele alınmalıdır. Risk faktörlerine sahip bireylerin büyük bir kısmının kalp krizi riski konusunda bilgilendirilmemiş olması, hastaların “bilgilendirilmiş onam” hakkını dolaylı olarak zedelemektedir (37). Etkili bilgilendirme yapılmaksızın bireylerin kendi sağlıklarına dair bilinçli karar verebilmesi mümkün değildir. Bu durum, Beauchamp ve Childress'in dört temel etik ilkesinden biri olan “yararlılık” ilkesine ek olarak, “adalet” ilkesiyle de çelişmektedir (37); çünkü sağlık okuryazarlığı düşük, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireyler bilgiye erişimde sistematik olarak geri planda kalmaktadır (38). Özellikle risk farkındalığının düşük olduğu bireylerde düzenli takip ve erken başvuru davranışlarının yetersiz kalması, önlenebilir sonuçların yaşanmasına yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında aktif rol alabilmesi için hem bilgiye ulaşabilirliğin hem de anlamlandırabilirliğin sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır (39). Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde etik sorumluluk, yalnızca tıbbi girişimi zamanında yapmakla sınırlı kalmayıp, bireyin bilgiye erişimini sağlama, anlaşılır şekilde sunma ve sağlık okuryazarlığını geliştirme gibi çok boyutlu bir yükümlülüğü de kapsamaktadır (14,40).

SONUÇ

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, kardiyovasküler hastalıkların birincil korunmasına yönelik müdahalelerin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle risk gruplarındaki kişilerin erken dönemde tanınması ve düzenli olarak izlenmesi için toplum temelli tarama programlarının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir. Aile hekimliği sisteminin koruyucu sağlık hizmetleri yönünden güçlendirilmesi ve bu düzeyde çalışan hekimlerin kişilere yönelik yaşam tarzı değişiklikleri, kalp krizi riski ve kronik hastalık yönetimi konusunda düzenli danışmanlık vermesi desteklenmelidir. Çalışmamızda katılımcıların % 81,1'inin ilköğretim düzeyinde (ilkokul veya ortaokul) eğitim aldığı görülmüştür; bu grupta risk farkındalığı daha düşüktür; bu nedenle sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik hedefe özel eğitim programları ve halk sağlığı kampanyaları planlanmalıdır. Bu kapsamda görsel, yazılı ve dijital medya araçları kullanılarak kişilerin bilgi düzeylerinin artırılması sağlanabilir. Ayrıca sağlık sistemine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi ve sosyal dezavantajlı grupların desteklenmesi amacıyla sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gereklidir. Sosyal tıp perspektifinden bakıldığında, sağlık davranışlarını etkileyen sosyal belirleyicilerin dikkate alındığı bütüncül sağlık politikalarının geliştirilmesi kaçınılmazdır. Son olarak, kardiyolog, aile hekimi, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının iş birliği içinde çalışacağı multidisipliner hasta izlem modelleri teşvik edilerek, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkili bir önleme stratejisi oluşturulabilir. Güncel küresel veriler, etkili bir önleme stratejisinin sadece bireysel risk azaltımına değil, aynı zamanda yapısal müdahalelere de odaklanması gerektiğini göstermektedir (21).

KAYNAKLAR

1. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2016; 37 (3): 267-315.

2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2018; 39 (2): 119-177.
3. Özkan AA. Akut Koroner Sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2013; 41 (1): 1-3.
4. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak HA ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2013; 41 (5): 373-378.
5. Mackay J, Mensah GA, Mendis S, Greenland K. The atlas of heart disease and stroke. World Health Organization, 2004. Erişim: (<https://iris.who.int/handle/10665/43007>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
6. Yusuf S, Hawken S, Öunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet* 2004; 364 (9438): 937-952.
7. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. World Health Organization, 2024. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
8. Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Türkiye İstatistik Kurumu, 2023. Erişim: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
9. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012; 380 (9846): 1011-1029.
10. Sequist TD, Marshall R, Lampert S, Buechler EJ, Lee TH. Missed opportunities in the primary care management of early acute ischemic heart disease. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166 (20): 2237-2243.
11. Irmak Z, Fesci H. Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2005; 12 (1): 84-96.
12. Dracup K, Moser DK, Eisenberg M, Meischke H, Alonzo AA, Braslow A. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science & Medicine* 1995; 40 (3): 379-392.
13. Smith Jr SC. Clinical treatment of dyslipidemia: practice patterns and missed opportunities. *The American Journal of Cardiology* 2000; 86 (12): 62-65.
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15 (3): 259-267.
15. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365 (9464): 1099-1104.
16. Childress JF, Beauchamp TL. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 1994.
17. Dugani SB, Melendez APA, Reka R, Hydoub YM, McCafferty SN, Murad MH, et al. Risk factors associated with premature myocardial infarction: a systematic review protocol. *BMJ open* 2019; 9 (2): e023647.
18. Aladağ N, Özdemir M, Yurtdaş M, Gümrükçüoğlu HA. Akut Koroner Sendrom ile Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri. *Van Tıp Dergisi* 2019; 26 (4): 505-513.
19. Canu M, Khouri C, Marliere S, Vautrin E, Piliero N, Ormezzano O, et al. Prognostic significance of severe coronary microvascular dysfunction post-PCI in patients with STEMI: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2022; 17 (5): e0268330.
20. Mensah GA, Fuster V, Murray CJ, Roth GA, Diseases GBoC, Collaborators R. Global burden of cardiovascular diseases and risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology* 2023; 82 (25): 2350-2473.

21. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology* 2019; 140 (11): e-597-e-624.
22. Topuzoğlu A, Hıdıroğlu S, Önsüz M, Polat G. Missed opportunities for chronic diseases prevention in a primary health care center in İstanbul. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10 (6): 665-674.
23. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2023; 44 (39): 4043-4140.
24. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu 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. *The Lancet* 2004; 364 (9438): 937-952.
25. Murray CJ. Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024; 403 (10440): 2259-2262.
26. Naghavi M, Ong KL, Aali A, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, et al. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024; 403 (10440): 2100-2132.
27. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 138 (2): e48-e74.
28. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
29. Preventing heart disease. Centers for Disease Control and Prevention, 2024. Erişim: (<https://www.cdc.gov/heart-disease/prevention/index.html>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
30. Shahmohamadi E, Ayati A, Sharifi Y, Ebrahimi P, Gooshki ES, Djalalinia S, et al. Ethical considerations in prevention and management of non-communicable diseases: A narrative review. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2024; 17: 19.
31. Finn JC, Bett JHN, Shilton TR, Cunningham C, Thompson PL. Patient delay in responding to symptoms of possible heart attack: can we reduce time to care? *Medical Journal of Australia* 2007; 187 (5): 293-298.
32. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 2009; 16 (1): 5-16.
33. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and Principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: World Health Organization, 2006. Erişim: (https://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
34. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2021-2026. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021: 104. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagliği-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
35. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 2024. Erişim: (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
36. Beasant B, Lee G, Vaughan V, Lotfaliany M, Hosking S. Health literacy and cardiovascular disease prevention: A systematic scoping review protocol. *BMJ open* 2022; 12 (6): e054977.
37. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth* 2019; 19 (11): 9-12.

38. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Am J Public Health 2014; 104 (Suppl 4): S517–S519
39. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 2. A globally relevant perspective. World Health Organization, 2022. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055353>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
40. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO Guidance. World Health Organization, 2021. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.