



Aile sağlığı merkezlerine başvuran erişkin hastaların kardiyovasküler risklere öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları ve önerilere uyumlarının değerlendirilmesi: Çok merkezli kesitsel bir çalışma

Evaluation of adherence to cardiovascular risks, admission to education/counseling and adherence to the recommendations of adult patients who apply to family health centers: A multi-center cross-sectional study

Arzu Ayraller,¹ Hülya Akan,² Osman Hayran³

¹Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Giresun, Turkey

²Emekli Aile Hekimliği Uzmanlığı, İstanbul, Turkey

³İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

Özet

Amaç: Kardiyovasküler sistem hastalıkları, (CVD), özellikle koroner kalp hastalığı tüm dünyada başta gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.(1) Koroner kalp hastalığının ve diğer kardiyovasküler hastalıkların gerek sıklığında gerekse ölüm oranlarında azalma sağlanabilmesi için öncelikle kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir. Bu çalışmada, hastaların yaşam tarzları ile ilgili durumları hakkında öneri ve ek olarak eğitim/danışmanlık alıp almadıklarını ve aldıkları önerilere uyup uymadıklarını, değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma, 01 Nisan 2013 ile 15 Mayıs 2013 tarihleri arasında İstanbul'da rastgele seçilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış beş farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaşından büyük yetişkin hastalar arasında gerçekleştirilmiştir. Anket daha önce araştırmacılar tarafından yürütülmüş ve yayınlanmış olan bir çalışmada kullanılan anketin birinci basamak sağlık hizmetlerine göre modifiye edilmesi ile oluşturulmuştur. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar, sosyo-demografik değişkenler, önceki eğitim veya öğütme, sigarayı bırakma, sağlıklı beslenme, hipertansif, diyabetik veya kolesterol düşürücü diyetle ilgili danışmanlık ve bu tavsiyelere uyumdan oluşan yüz yüze anket uygulamışlardır. Hasta muayenesi sırasında kilo ve boy aile hekimleri tarafından ölçülmüştür.

Bulgular: Toplam 948 hasta, 672 kadın (%70.9) ve 276 erkek (%29.1) çalışmaya alındı. Ortalama yaş 42.64±14.35 idi. Tüm katılımcılar ara-

Abstract

Introduction: Cardiovascular system diseases (CVD), especially coronary heart disease, are among the leading causes of death all over the world. In this study, we aimed to evaluate the patients' lifestyle status and to find out whether they have received training/counseling in addition to the recommendations they have received.

Methods: This cross-sectional study was performed between April 1, 2013 and May 15, 2013 in Istanbul. The study consisted of adult patients older than 18 years of age who were admitted to five different family health centers. The questionnaire was created by modifying the questionnaire used in a previous study conducted by the researchers according to primary health care services. All patients included in the study applied a face-to-face questionnaire consisting of socio-demographic variables, previous training or counseling, smoking cessation, healthy eating, hypertensive, diabetic or cholesterol-lowering diet counseling and compliance with these recommendations. Weight and height were measured by family physicians during the examination of the patient.

Results: A total of 948 patients, 672 women (70.9%) and 276 men (29.1%) were included in the study. The mean age was 42.64±14.35. Of the participants, 644 people (67.9%) received any advice, and 367 (38.7%) were any counseling/training fields. The participants were asked about open-ended questions about their recommendations, training/counseling, and whether they met these recommendations.



sında herhangi bir öneri alanlar 644 kişi (%67.9), Herhangi bir danışmanlık/egitim alanlar 367 kişi (%38.7) idi. Çalışmaya katılanların KVS risk faktörlerine karşı öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları ve bu öneriler uyup uymadıkları hakkında açık uçlu sorular sorulmuştur.

Sonuç: Aile Sağlığı Merkezine başvuran kişiler kardiyovasküler risk faktörlerine karşı yetersiz olmakla birlikte belli bir oranda öneri almaktadır ama bu önerilere uyum oranları oldukça düşüktür. Öneri ile beraber eğitim/danışmanlık alanların oranları daha düşük olmakla beraber sadece öneri alanlara göre uyum oranları anlamlı derecede yüksektir. Hasta uyumunun neden düşük olduğuna ve uyum oranlarını artırmaya yönelik daha ileri analitik ve niteliksel çalışmalar çoklu karmaşık süreçlerin yönetiminde günümüzün başat paradigmalarından biri olan hastanın hedeflerinin merkeze konmasına yönelik önemli veriler sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Kardiyovasküler hastalıklar; kardiyovasküler risk faktörleri; yaşam stili değişiklikleri; hasta uyumu.

Hastaların kardiyak risk faktörleri ile ilişkili yaşam tarzı değişikliklerine uyumu:

Kardiyovasküler sistem hastalıkları, (CVD), özellikle koroner kalp hastalığı tüm dünyada başta gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.^[1] Koroner kalp hastalığının ve diğer kardiyovasküler hastalıkların gerek sıklığında gerekse ölüm oranlarında azalma sağlanabilmesi için öncelikle kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir. Bilindiği gibi, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet ve sigara içimi modifiye edilebilen, ana kardiyovasküler risk faktörleridir. Ülkemizde özellikle son 10 yılda kardiyovasküler risk faktörlerinin epidemiyolojisi ve tedavi durumları ile ilgili önemli çalışmalar gerçekleştirilmiştir.^[2] KVH'nın önlenmesinde genel amaçlar, yüksek mutlak risk grubu bireylerde ilaç ve ilaç dışı yöntemlerle mortalite ve morbiditenin azaltılması, düşük mutlak risk grubunda ise bu durumun sağlıklı bir yaşam tarzı edinmek yoluyla sürdürülmesidir.^[3]

Gelecekte gerçekleşmesi olası olan (veya olmayan) bir hastalığa yönelik riski saptamanın tanı koymanın yerini aldığı günümüz koruyucu hekimlik uygulamasında KVH'dan birincil korumada kişinin toplam KVH riskinin değerlendirildiği ve tedavi yaklaşımının bu değerlendirmeye göre kararlaştırıldığı bir dönemi yaşamaktayız. Buna paralel olarak, risk kılavuzluğunda KVH önlenmesinde izlenmesi önerilen üç adım; (a) Framingham Risk Skoru (FRS), SCORE, QRISK, PROCAM geçerli bir sistem aracılığı ile riskin hesaplanması, (b) hastanın uygulayabileceği yaşam tarzı değişimi, ilaç tedavisine başlama ve uygun ilaç seçimi gibi temel başlıklarda tedavinin nasıl yapılacağına karar verilmesi ve (c) tedavi kararının maliyet etkinliğinin değerlendirilmesidir.^[4] Çalışmalar, tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında, %28.9'dan %36.3'e yükseleceğini göstermektedir.^[5] Kardiyovasküler hastalıkların gelişmiş ülkelerde azalma eğilimine girmesi için toplumun davranış değişikliğini hedefleyen eğitim programlarının etkisi olacağı düşünülmektedir. Araştırmalar, KVH'lerin temelinde sağlıklı yaşam tarzı ve sosyal çevrenin olduğunu göstermiştir. Hastalık grubu için 200'e yakın

Discussion and Conclusion: Although people who are admitted to the Family Health Center are insufficient against cardiovascular risk factors, they receive some suggestions, but their compliance rates are quite low. Although the rates of education/counseling areas are lower with the recommendation, the compliance rates are significantly higher than the ones taking the lead. Further analytical and qualitative studies aimed at increasing patient compliance and increasing compliance rates will provide important data for centralizing the goals of the patient, one of the major paradigms in the management of multiple complex processes.

Keywords: Cardiovascular diseases; cardiovascular risk factors; life style changes; patient compliance.

risk faktöründen söz edilse de, kontrol altına alınabilecek faktörler, hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, diyabet, sağlıklı beslenme alışkanlığı, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve stresli yaşam tarzıdır.^[6,7] Toplum temelli korunmada en önemli etken, yaşamla ilişkili alışkanlıklardır. Bunun nedeni, yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmenin daha ucuz ve etkin olmasıdır.^[7] Sosyal davranış modellerine göre, davranış değiştirmelerde ilk koşul bireylerin davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını bilmeleridir. Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmekte yetersiz bilgi yetersiz motivasyona neden olacağı için, KVH önleme çalışmaları toplumu bilgilendirme programlarına odaklanmıştır.^[7] Sağlık Bakanlığı, kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesini ve kontrolünü önceliklendiren Kardiyovasküler Hastalık Önleme ve Kontrol Eylem Planı'nın (2010-2014) temel hedeflerini başlatmıştır.^[8] Obezite, sedanter yaşam tarzı ve sigara içme gibi ana KVH risk faktörleri ve bireysel olarak yaşam döngüsü için müdahaleler gibi müdahaleler ile mücadele etmek için etkili müdahaleler için topluma dayalı stratejiler gereklidir. Hasta uyumuna ulaşamaması durumunda birçok faktöre bağlı olarak istenen çıktılara ulaşamıyor gibi görünmektedir. Bu çalışmada, hastaların yaşam tarzları ile ilgili durumları hakkında öneri ve ek olarak eğitim/danışmanlık alıp almadıklarını ve aldıkları önerilere uyup uymadıklarını, değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel çalışma, 01 Nisan 2013 ile 15 Mayıs 2013 tarihleri arasında İstanbul'da rastgele seçilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış beş farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaşından büyük yetişkin hastalar arasında gerçekleştirilmiştir. Anket daha önce araştırmacılar tarafından yürütülmüş ve yayınlanmış olan bir çalışmada kullanılan anketin birinci basamak sağlık hizmetlerine göre modifiye edilmesi ile oluşturulmuştur.^[9] Çalışmaya başlamadan önce, tüm aile sağlığı doktorlarına, çalışmanın amacı ve anketle ilgili iki saatlik bir bilgilendirme toplantısı yapıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar, sosyo-demografik değişkenlerden oluşan bir yüz yüze anket,

bir önceki eğitim veya öğütme, sigarayı bırakma, sağlıklı beslenme, hipertansif, diyabetik veya kolesterol düşürücü diyetle ilgili danışmanlık ve sözlü onayın alınmasından sonra bu tavsiyelere uyumu tamamladı ve çalışmaya dahil edildi. Hasta muayenesi sırasında vücut ağırlığı doktorları tarafından günlük en hafif giysilerle ağırlık ve uzunluk ölçülmüştür ve beden kitle indeksi (VKİ) araştırmacılar tarafından hesaplanmıştır. BKİ değerleri 18.5-24.9 normal, 25-29.9 kilolu, 30-39.9 obez ve 40'ın üzerinde morbid obez olarak gruplandırıldı. Egzersiz durumları ara sıra ve haftada bir olanlar düzensiz veya hiç egzersiz yapmıyor olarak ve haftada 2 ve daha fazla egzersiz yapanlar düzenli egzersiz yapıyor olarak gruplandırıldı.

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden etik kurul onayı alındı. Çalışma belirtilen tarihlerde Aile hekimliği polikliniğine başvuran her hastadan sözel onam alarak gerçekleştirildi.

Toplanan veriler SPSS v.20 yazılımı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı analizler sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma şeklinde kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde şeklinde hesaplandı. Gruplar arasında kategorik değişkenler bakımından fark bulunup bulunmadığını değerlendir-

mek için yerine göre Ki-kare testi veya Fisher kesin olasılık testi yapıldı. $p < 0.05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Toplam 948 hasta, 672 kadın (%70.9) ve 276 erkek (%29.1) çalışmaya alındı. Ortalama yaş 42.64 ± 14.35 idi (Tablo 1).

Tüm katılımcılar arasında herhangi bir öneri alanlar 644 kişi (%67.9), Herhangi bir danışmanlık/egitim alanlar 367 kişi (%38.7) idi. Çalışmaya katılanların KVS risk faktörlerine karşı öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları Tablo 2'de verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların daha önceki hastalık tanılarına göre kardiyovasküler risk etmenlerine karşı öneri ve danışmanlık/egitim alma durumları ve önerilere uyumları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Öneriye ek olarak eğitim/danışmanlık alan grubun uyumları sadece öneri alanlara göre tüm gruplarda daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet			Diyabet		
Kadın	672	70.9	Evet	172	18.1
Erkek	276	29.1	Hayır	776	81.9
Medeni Durum			Obesite		
Evlü	720	75.9	Evet	130	13.7
Bekar	158	16.7	Hayır	818	86.3
Dul	70	7.4	Lipid bozukluğu		
Eğitim Durumu			Evet	148	15.6
Okur-yazar	95	10.0	Hayır	800	84.4
İlkokul	429	45.3	VKİ'ye göre kilo durumu		
Lise	256	27.0	Zayıf	62	6.5
Üniversite	162	17.1	Normal	251	26.5
Missing	6	0.6	Kilolu	334	35.2
Sağlık Algısı			Obez	233	24.6
Çok iyi	99	10.4	Veri yok	68	7.2
İyi	483	50.9	Sigara içme durumu		
Orta	321	33.9	Sigara içicisi	240	25.3
Kötü	37	3.9	İçmiş bırakmış	247	26.1
Çok kötü	2	0.2	Hiç içmemiş	461	48.6
Cevaplanmamış	6	0.6	Alkol tüketimi		
Kalp-damar hastalığı			Hiçbir zaman	805	84.9
Var	213	22.5	Nadiren	101	10.7
Yok	734	77.4	Haftada bir/iki kez	33	3.5
Cevaplanmamış	1	0.1	Haftada üç kez veya daha sık	9	0.9
Hipertansiyon			Düzenli egzersiz		
Evet	217	22.9	Evet	357	37.7
Hayır	731	77.1	Hayır	551	62.3
Cevaplanmamış			Cevap yok	1	0.1
			Toplam	948	100.0

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların kardiyovasküler risk faktörlerine karşı öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları ve önerilere uyumları

Öneri konusu	Öneri Sayı (yüzde) N=948	Öneri Uyum Evet(%)	Eğitim/danışmanlık N=948	Eğitim/danışmanlık Uyum Evet (%)	P değeri Öneri/uyum Eğitim/uyum (p<00.5)
Egzersiz					
Evet	397 (41.9)	175 (44.1)	179 (18.9)	117 (65.4)	0.000
Sigara bırakma					
Evet	211 (22.3)	63 (29.9)	87 (9.2)	35 (40.2)	0.000
Kilo verme					
Evet	198 (20.9)	67 (33.8)	101 (10.7)	54 (53.5)	0.000
Diyabetik diyet					
Evet	142 (15.0)	77 (54.2)	102 (10.8)	67 (65.7)	0.000
Kolesterol diyeti					
Evet	117 (12.3)	76 (65.0)	86 (9.1)	60 (69.8)	0.000
Hipertansiyon diyeti					
Evet	101 (10.7)	53 (52.5)	68 (7.2)	44 (64.7)	0.000

Tablo 3. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların daha önce almış oldukları tanılarına göre öneri ve danışmanlık/egitim alma durumları ve önerilere uyumları

Tanı/Sağlık Durumu	Öneri Sayı(%)	Öneri UYUM Evet(yüzde)	Eğitim/Danışmanlık N(%)	Eğitim/Danışmanlık Uyum Evet N (%)	P değeri Öneri/Uyum Eğitim/Uyum (p<00.5)
Hipertansiyon n=217					
Düzenli egzersiz (yes)	129 (59.4)	42 (32.6)	55 (25.3)	28 (50.9)	0.0000
Sigara Bırakma	39 (18.0)	16 (41.0)	19 (8.8)	8 (42.1)	0.0000
Kilo verme	56 (25.8)	12 (21.4)	37 (17.1)	15 (40.5)	0.0000
Hipertansiyon diyeti	83 (38.2)	47 (56.6)	55 (25.3)	37 (67.3)	0.0000
Diyabetes n=172					
Düzenli egzersiz	110 (64.0)	41 (37.3)	47 (27.3)	24 (51.1)	0.0000
Sigara Bırakma	40 (23.3)	16 (40.0)	19 (11.0)	10 (52.6)	0.0000
Kilo verme	56 (32.6)	12 (21.4)	34 (19.8)	12 (35.3)	0.0015
Diyabetik diyet	109 (63.4)	63 (57.8)	73 (42.4)	53 (72.6)	0.0000
Obesite n=130					
Düzenli egzersiz	72 (55.4)	31 (43.1)	37 (28.5)	24 (64.9)	0.0000
Sigara Bırakma	35 (26.9)	13 (37.1)	19 (14.6)	9 (47.4)	0.0000
Kilo verme	68 (52.3)	22 (32.4)	32 (24.6)	18 (56.3)	0.0000
Hiperkolesterolemi n=148					
Düzenli egzersiz	94 (63.5)	33 (35.1)	36 (24.3)	18 (50.0)	0.0000
Sigara Bırakma	37 (25.0)	14 (37.8)	16 (10.8)	9 (56.3)	0.0000
Kolesterol diyeti	77 (52.0)	55 (71.4)	53 (35.8)	42 (79.2)	0.0000

Katılımcıların demografik değişkenlere göre önerilere uyumları değerlendirildiğinde sigara bırakma, kilo verme, hipertansiyon diyeti, kolesterol diyeti ve diyabetik diyet önerilerine uyum açısından cinsiyet, eğitim durumu, sağlık durumu algısı, evlilik durumuna göre fark saptanmamıştır (p>0.05). Diyabetik olanlar da ve sigara içenlerde yaş gruplarına göre uyumda fark saptanmıştır ve fark diyabetik grupta (Osman Hoca).

Açık Uçlu Soru Cevapları

Öneri ve/veya eğitim/danışmanlık alanların önerilere uymadılarsa neden uymadıkları ile ilgili tek açık uçlu soruya toplamda 236 kişi yanıt vermiştir. Bunlardan 38 kişi öneri almadığı, sağlıklı olduğu ve herhangi bir sorunu olmadığı için öneri almadığı veya aldığı öneriye ne kadar iyi uyum sağladığı ile ilgili yorumlarda bulunduğundan analiz dışı bırakılmıştır. Geri ka-

lan 198 kişinin açık uçlu sorularının tematik analizi sonucunda sigara içip sigara bırakma önerisine uymama nedenlerine cevap veren 42 kişinin 8'i sigarayı sevdiğini, 16'sı stres nedeniyle bırakmadığını ve 18'i basitçe yapmadığını belirtmiştir. Yüz elli altı kişinin uyum gösterememe nedenleri incelendiğinde öne çıkan en önemli nedenler iş yoğunluğu, çocuk ve ev işleri ve diğer nedenlere bağlı zaman kısıtlılığı (n=49), üşengeçlik ve ihmal (n=27), yapamama/alışkanlıklardan vazgeçememe (n=23), sağlık nedenleri (n=24), heves olmaması/motivasyon eksikliği (n=10), hasta bakımı, evin kalabalık olması, yaz ve kış köy kent dönüşümlü yaşama gibi koşullara bağlı olanakların kısıtlılığı (n=13), günlük yapılan işler sırasındaki aktiviteyi yeterli görme (n=9), olumsuz deneyim (daha önceki denemelerinde olumsuz durumla mide bulantısı, kansızlık gelişmesi vs karşılaşmış olmak) (n=5), öneri almasına rağmen ne yapacağı hakkında yardım alamamış olmak (n=6) ve maddi (n=4) olarak belirtilmiştir. Bazı kişiler birden fazla neden belirtmişlerdir. Hastalık/sağlık nedeni ile uyum sağlayamadıklarını söyleyenlerin hemen tamamı (n=23) egzersiz önerisi ile ilgilidir; alt analizde belirtilen nedenler diz, bel, bacak ağrısı (n=13) ve KOAH, diyabet gibi kronik hastalık durumlarıdır. Bir kişi ise emzirdiği halde diyet önerildiğini ama yapmadığını belirtmiştir. Açık uçlu cevaplardan bazı örnekler şu şekildedir:

- Egzersiz önerisine uymama: "Diz ağrım var yürüyüş yapamıyorum", "Bel ağrım var, spor yapamıyorum", "Yapamam çünkü KOAH hastasıyım"
- Diyet önerisine uymama: "önerilen diyet bana mantıksız geldi", "Yemekleri kaynamam pişiriyor", "Gebe olduğum için diyet yapmadım"

Tartışma

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli halk sağlığı sorunlarından ve dolaşım sistemi hastalıkları tüm ölümler arasında %39.8 ile hala ölüm nedenleri arasındaki ilk sıradadır.^[10] Kardiyovasküler hastalıklar da değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri iyi bilinmektedir. Ülkemiz istatistiklerine ve çalışmalarına baktığımızda sigara içme oranı Tütün Kontrolü Çerçevesi protokolünün tüm gerekliliklerini en iyi uygulayan ülkelerden biri olmamıza rağmen halen %26.5, obez ve fazla kilolu oranı %53.9 civarındadır.^[10] Onbeş yaş üzeri nüfusun %63.5'i sağlığını iyi/çok iyi, 10.7'si ise kötü/ çok kötü olarak tanımlamaktadır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri çalışması verilerine göre erkeklerin %23'ü kadınların %13'ü yeterli fizik aktivite yapmakta olup, bizim çalışmamızda kişilerin kendi beyanına göre bu oran daha yüksek görünmektedir.^[11] Çeşitli çalışma sonuçlarına göre erişkin nüfusta diyabet oranı % 11-16, hipertansiyon oranı % 24-32, kişinin beyanına dayalı kolesterol yüksekliği %14 civarındadır.^[10-15] Çalışmamıza katılanların demografik verileri Türkiye istatistikleri ile uyumludur; sigara, alkol, kilo durumu, diyabet, hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği verileri de hipertansif olduğunu söyleyenlerin oranı görece düşük olmasına rağmen ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları ile oldukça yakın değerleri göstermektedir.

Kontrol edilebilir risk faktörleri iyi bilinen hastalıklarda, risk faktörlerine müdahalenin hastalığın oluşması ve ilerlemesi sürecini geciktirdiği, hem kadınlarda hem de erkeklerde riski azaltabildiği beklenir ki bilimsel çalışmalar da bunu desteklemektedir. Kontrol edilebilir risk faktörlerine yönelik müdahalenin başında gelen yaşam tarzı değişiklikleri önerileri ise sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme önerileri ve ideal kilonun korunması, ve düzenli egzersiz ve hareketli yaşam önerileridir.^[16,17] Bu öneriler hem birincil hem ikincil hem de tersiyer koruma da geçerlidir. Arena ve ark analitik derlemelerinde, hastalık başladıktan sonra yapılan yaşam stili değişikliği ve koruyucu uygulamalara göre premordial ve primer koruma düzeyindeki yaşam stili değişikliği önerilerinin tıbbi yaklaşımda önemli bir paradigma değişikliği olduğu ve dozu bireye göre değişse de oldukça etkin ve ucuz bir müdahale aracı sunduğunu vurgulamaktadırlar.^[17] Temel hedef her zaman hastalıklar oluşmadan engellemek olsa da hastalık tanısı aldıktan sonra da koruyucu önlemler arasında başta gelen risk faktörlerinin kontrolü morbidite ve mortalitenin azaltılması ve yaşam kalitesinin korunması açısından önemini korur.^[18,19]

Bu çalışma da kardiyovasküler risk faktörleri kontrolü için öneri alanların oranı hem tüm evren de hem de daha önce ilişkili herhangi bir tanı alan kişiler de düşüktür; danışmanlık/egitim alanların oranları ise daha da düşüktür. Kasım 2014 tarihinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Çalışma Toplantısı" yapılmış olup, bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler risk değerlendirmesinin ve bireylerin risk profilinin saptanması ve bireyin risk düzeyine göre standardize bir yaklaşımın sağlanması amacıyla çalışma başlatılmıştır.^[20] Aile Hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayenesi rehberi ise 15 yaş üstünde ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olan ve 40 yaş üstünde herkese kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmasını ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerinin önerilmesi ve izlenmesini; 18 yaş üstü herkesin yılda bir kan basıncının ölçülmesini, sigara içiminin sorgulanmasını ve obezite taramasını ve risk, yaş ve cinsiyete göre diyabet ve kolesterol taramalarını önermektedir.^[21] Sigara içmek, KVH dışında da birçok kronik sağlık sorunu ve başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserlerle nedensel ilişkisi gösterilmiş bir alışkanlıktır ve Aile Hekimliği disipliniinde, başvuran herkese sigara içiminin ve maruziyetinin sorgulanması ve içiyorsa bırakma önerisinde bulunulması kanıt düzeyi "A" olan önemli bir girişim olarak kabul edilmektedir.^[22,23] Uluslararası rehberlerde egzersiz ve sağlıklı beslenme danışmanlığının obez ve kardiyovasküler risk faktörü olan kişilere yapılması önerilmekte (öneri düzeyi B), herhangi bir riski olmayan sağlıklı erişkinlerde "C" düzeyinde yani aile hekiminin bireyselleştirecek karar vermesi önerilmektedir. Burada önerilen danışmanlık orta-yoğun düzeyde yani danışmanlıklardır.^[24] Diğer yandan artan teknoloji ile birlikte çağımız insanı günlük yaşantısında daha az hareketlidir ve sedanter yaşamın kardiyometabolik hastalıklarda bağımsız risk faktörü olduğu ve düzenli fizik aktivitenin KVH'dan koruyuculuğu iyi bilinmektedir.^[25] Tüm bu öneriler KVS hastalıklarından korunma da sadece belirgin risk

faktörü saptanmış kişilerde değil herkese yönelik primer koruma uygulamalarının önemli olduğunu işaret etmektedir.

Diğer yandan yapılan çalışmalar hekimlerin risk faktörleri açısından yüksek riskli olduğu bilinen ve KVH tanısı almış hastaları bile yetersiz taramakta olduğu, tarasalar da yetersiz tedavi verdiklerini ve hastalar yeterli tedavi ve danışmanlık alsa da uyumlarının düşük olduğunu göstermektedir.^[25-27] Türkiye de dahil Avrupa'da 22 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen EURO-ASPIRE III çalışması sonuçları, genç ve büyük bir nüfusa sahip olan Türkiyede de Avrupaya benzer şekilde KVH korunma hedeflerinin gerisinde kaldığını göstermiştir. Daha yakın zamanda tamamlanan EUROSAPHIRE IV çalışması da hastaların büyük çoğunluğunda risk faktör kontrolünün yetersiz olduğu ve rehberlerde önerilen sekonder koruyucu hedeflere ulaşmadığını göstermiştir.^[27-29] Avrupa ile kıyaslandığında en önemli farklılıklar, Türkiye'de miyokart enfarktüsü genç hastaların daha fazla olması, sigaraya devam etme (%23.1 ve %17.2-tüm hastalar) ve hareketsizlik oranlarının daha yüksek olması, düşük HDL-kolesterol düzeylerinin daha önemli bir etmen olması, indeks olay sonrasında hekim tarafından izlenmeme ve eğitilmeme oranlarının daha fazla olmasıdır.^[25]

Tüm topluma yönelimli primordial koruma çalışmalarını dışarıda tutarsak aile hekimliği uygulamasında KVH risk etmenlerine karşı yaşam stili değişikliği önerilerinde üç temel nokta göze çarpmaktadır. İlki öneriyi yapacak olan hekim farkındalığı ve bunu destekleyecek sağlık sistemi alt yapısı; ikincisi önerinin ve bunu takip edecek danışmanlık/egitim ve izlemin en etkin nasıl sunulacağı ve üçüncü olarak öneri ve eğitim/danışmanlık alan kişiye ait maddi, sosyo-kültürel, çevresel olarak sıralayabileceğimiz bireysel engeller ile başa çıkılması ve uygun çözümler üretilmesi yani kişinin uyumunun sağlanması. Tüm bunlar bir araya geldiğinde yaşam tarzı değişikliği oldukça karmaşık bir süreç haline gelmektedir. Bu çalışma da yaşam tarzı değişikliği önerilerinin düşük; eğitim/danışmanlık alanlarının oranının saptanmış risk faktörü veya hastalık tanısı olanlar arasında bile öneri oranlarının düşük ve uyum oranlarının ise daha da düşük olduğunu göstermiştir. Çalışmanın ortaya koyduğu en önemli ve rasyonel olarak beklenen sonuç öneri dışında danışmanlık/egitim almanın hastanın yaşam stili değişikliğine uyumunu anlamlı derecede artırdığıdır. Literatür de diyet, düzenli egzersiz, gibi belli hedeflere odaklı farklı yöntemlerin kullanıldığı birçok girişimsel çalışma mevcuttur. Sağlıklı bireylerde, dijital eğitim ve hatırlatmalar dahil olmak üzere 120 den fazla farklı girişimin analizinde fizik egzersiz ve sağlıklı beslenme girişimleri konusundaki kontrollü çalışmalarda özellikle daha az yoğun programlar da olmak üzere yüksek düzeyde programa uyum olduğu ama doz arttıkça cevabın arttığı yani orta-yoğun olarak tanımlanan uzun süreli genellikle altı ay ve yüz yüze danışmanlıklarda daha fazla istatistiksel olarak anlamlı sonuç alındığı; ama bu doz-cevap eğrisinin sadece fizik egzersiz hedefleyen girişimlerde gözlenmediği saptanmıştır.^[23] Bu çalışmaların çoğunun da gerçek saha ortamındaki veriler olmadığı, kontrollü çalışmalar olduğunun altını çizmek gerekir.

Kişiler açısından yaşam tarzı değişikliği önerilere uyum aynı zamanda günlük birçok alışkanlığı etkileyen ciddi bir yaşam tarzı değişikliği gerektirmektedir. KVH açısından önemli bir faktör olan sigara içicilerinde primer hekimin sadece öneri ve kısa danışmanlığının bile sigara bırakma oranlarının arttığı gösterilmiştir.^[24] Diğer yandan, sadece öneri düzeyindeki girişimlerin sonuçları yüz güldürücü değildir. Uzun soluklu çaba gerektiren yaşam stili değişikliği ve sağlık açısından olumsuz olduğu bilinen alışkanlıkları bırakıp yerine sağlıklı olanları koymak hem hekim hem de hasta açısından oldukça zorlayıcı bir konudur. Avrupada 3723 hasta kaydı ile yapılan bir çalışmada yaşam stili değişikliği ile ilgili kayıtlarının ülke özelliklerinden çok hastanın özellikleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^[30]

Uyum sağlayamama nedenleri çeşitli olmakla birlikte zaman kısıtlılığı, alışkanlıklardan vazgeçememe ve koşullar ile ilgili faktörler öne çıkmaktadır. Koşulların çoğu aile ile ilgilidir; bu da KVS risk faktörleri ile ilgili önerilerde bulunurken ailesel koşulları da göz önüne almak gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Kırk dokuz çalışmanın analiz edildiği kalitatif bir literatür derlemesinde risk faktörleri ile ilişkili yaşam değişikliğinde bireysel engeller 20 başlık altında kategorize edilmiş ve en geniş kategorinin "aile ve arkadaş desteği" ve "günlük işlere ayrılan zaman ile sağlık için ayrılması gereken süre arasında denge kuramamak olarak" saptanmıştır ki bizim çalışmamızda da en çok ortaya çıkan nedenler günlük işler, aile sorumlulukları, gibi nedenlerle önerilere uyamamalarıdır.^[31] Çalışmanın sonuçlarında ortaya çıkan ilginç bir olgu egzersiz önerisi alanların fiziksel durumları ile aldıkları öneri arasındaki uyumsuzluğu belirtmiş olmalarıdır. Fiziksel kısıtlılık, aktivite için sınırlayıcı olabilmekle birlikte uygun aktiviteler önerilebilir. Güncel rehberler, klasik olarak zaman üzerinden tanımlama yaparken aynı zamanda egzersiz reçetelerinin kişinin ana sorunlarına göre belirlenen hedefe ve bireysel kısıtlılıklara göre düzenlenmesinin en kritik nokta olduğuna vurgu yapmaktadırlar.^[32] Açık olan bireylere öneride bulunurken bireysel faktörler kadar ailesel ve çevresel faktörlerle ele alınması gerekir ve her öneri bireyselleştirilmelidir. Engellerin açıkça belirlenip hasta ile tartışılmadığı her durumda önerilerin hedefe ulaşmayacağı ortadadır. Bir diğer ilginç bulgu da kendisini obez olarak tanımlayanların sayısının objektif ölçümlerle obez olarak tanımlananlardan hayli düşük olmasıdır. Beden algısının uyuma etkisi mutlaka başka bir araştırmancının konusu olacaktır; yine de bireysel girişimler de göz önüne alınması gereken bir nokta olarak incelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Bu çalışmamızda bazı kısıtlılıkları vardır. Her ne kadar katılımcı demografisi ülkenin kentli demografik yapısı ile uyumlu olsa da sonuçlar tüm topluma genelleştirilemez. Kesitsel anket çalışması niteliğinde olduğundan hatırlama yanlılığı sonuçları etkilemiş olabilir ve uyum sürecindeki etkenlere dair yorum yapmak mümkün değildir. Eğitim/danışmanlık da tanımlanmış bir girişim değildir. Toplum içinde olduğu gibi kişiler bunu hastalıklarına özelleşmiş merkezlerden, kişisel doktorlardan veya takip edildikleri sağlık kurumlarının hasta eğitimi ile ilgili birimlerinden almış olabilirler, eğitim içeriği, bireysel mi grup eğitimi mi olduğu gibi yöntemi bu çalışmada

sorgulanmamıştır. Diğer yandan toplum içinde hastalar kendi koşulları ve çevrelerine göre eğitim/danışmalık anlamında farklı kaynaklara ulaşabilmektedir veya ulaşamamaktadır. Bu bağlamda çalışma dizaynı reel saha ortamı ile örtüşmektedir. Uyum için sadece kişilerin beyanına dayanıp objektif kriterler kullanılmamıştır. Uyum konusundaki bireysel algılar sonuçları etkilemiş olabilir. Bu bizim açımızdan aynı zamanda çalışmanın güçlü yanıdır. Bu noktada kişisel beyanların bazı biaslar yaratacağını düşünmekle beraber, saha dediğimiz ortamda kontrollü süreçler çok da fazla işlemez ve uyum bireyin kendi özellikleri ve yaşadığı sosyo-kültürel çevre ile bağlantılı olduğundan kontrolsüz bir ortamda kişilerin kendi beyanlarının kontrollü ortamdaki deneklerin objektif ölçümlere dayanan uyum puanları kadar hatta bazı açılardan daha değerli olabileceğini düşünüyoruz. Uyumla ilgili oranların düşük olması da kişilerin beyanların da samimi olduklarını düşündürmektedir. Sonuç olarak Aile Sağlığı Merkezine başvuran kişiler kardiyovasküler risk faktörlerine karşı yetersiz olmakla birlikte belli bir oranda öneri almaktadır ama bu önerilere uyum oranları oldukça düşüktür. Öneri ile beraber eğitim/danışmanlık alanların oranları daha düşük olmakla beraber sadece öneri alanlara göre uyum oranları anlamlı derecede yüksektir. Hasta uyumunun neden düşük olduğuna ve uyum oranlarını artırmaya yönelik daha ileri analitik ve niteliksel çalışmalar çoklu karmaşık süreçlerin yönetiminde günümüzün başat paradigmalarından biri olan hastanın hedeflerinin merkeze konmasına yönelik önemli veriler sağlayacaktır.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedir.

Kaynaklar

1. WHO 2011 ölüm istatistiği (<http://www.who.int/research/en/>) sitesinden 22.10.2011 tarihinde erişilmiştir.
2. Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol 2011;39 Suppl 4:1-5 doi: 10.5543/tkda.2011.abaci p.1-4.
3. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. 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 (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2007;28:2375-414.
4. Ural Dilek. Kardiyovasküler risk belirlenmesi ve tabakalandırılmasının kılavuzluğuyla yapılan tedavi yaklaşımı: Öngör, önle ve bireyselleştir. Anadolu Kardiyol Derg 2011;11:551-6.
5. Hennekens CH, Increasing burden of cardiovascular disease. Current knowledge and future firections for research on risc factors. Circulation 1998;97:1095-102.
6. 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.
7. Parker DR, Assaf AR. Community interventions for cardiovascular disease. Prim Care 2005;32:865-81.
8. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. TC Sağlık Bakanlığı http://www.balikesir.saglik.gov.tr/eski/sm10_birim_khbod/dokuman/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdfbbb.
9. Arzu Ayraler, Hülya Akan, E.Çiğdem Kaspar, Selda Handan Karahan Saper, İlker Murat Çağlar, Hande Oktay Türel, Osman Karakaya.Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Kardiyak Risk Faktörleri ile İlişkili Yaşam Değişikliği Önerilerine Uyumları. Jarem 2012;2:36-40 DOI: 10.5152/jarem.2012.15.
10. Köse MR, Başara BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir TA, Aygün A, ve ark. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Eds Başara BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir TA. 2017. Sağlık Bakanlığı Yayın no: 1083/ Sağlık Araştırmaları genel Müdürlüğü Yayın no: SB-SAGEM-2017/4, ISBN: 978-975-590-661-4 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>.
11. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Editörler Ünal B, Ergör G. Sağlık Bakanlığı yayın no:909, ISBN: 978-975-590-461-0, Ankara, 2013. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
12. Satman I, Tutuncu Y, Gedik S. et al. 2011. Diabetes epidemic in Turkey: Results of the second populationbased survey of diabetes and risk characteristics in Turkey (TURDEP-II). Diabetologia 2011;54 (Suppl.1): P2498.
13. Satman I ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.
14. Altun B ve ark. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT 1 Study).Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Journal of Hypertension 23(10):1817-1823, 2005.
15. TEKHARF Çalışması, 2009. <http://tekharf.org>.
16. Arena R, Guazzi M, Lianov L, et al. Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease-a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. Mayo Clin Proc. 2015;90:1082-1103.
17. Arena R, Lavie CJ, Guazzi M. Prescribing a Healthy Lifestyle Polypill With High Therapeutic Efficacy in Many Shapes and Sizes. Am J Lifestyle Med. 2015 Nov 30;11(6):476-478. doi: 10.1177/1559827615619341.
18. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Metaanalysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med 2005;143:659-72.
19. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. BMJ 2001;323:957-62.
20. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014. [http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/haberler/\[Erişim Tarihi: 20 Kasım 2015\]](http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/haberler/[Erişim Tarihi: 20 Kasım 2015]).
21. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015.

22. US Preventive Task Force. Final Recommendation Statement: Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Behavioral Counseling <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd>.
23. US Preventive Task Force. Draft recommendation statement: healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without known risk-factors behavioral counseling <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/healthful-diet-and-physical-activity-for-cardiovascular-disease-prevention-in-adults-without-known-risk-factors-behavioral-counseling>.
24. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *Am Fam Physician*. 2012 Mar 15;85(6):591–8.
25. Bull F, Goenka S, Lambert V, et al. Physical Activity for the Prevention of Cardiometabolic Disease. In: Prabhakaran D, Anand S, Gaziano TA, et al., editors. *Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders*. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017 Nov 17. Chapter 5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525161/> doi: 10.1596/978-1-4648-0518-9/ch5.
26. Lale Tokgözoğlu, Ergün Barış Kaya, Çetin Erol, Oktay Ergene; EUROASPIRE III Türkiye Çalışma Grubu. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010;38(3):164–172.
27. Lale Tokgözoğlu, Aytekin Oğuz, Mustafa Kemal Balcı, Ahmet Temizhan, Esmâ Güldal Altunoğlu, Osman Bektaş, Güler Aslan, Özgün İyigün, Ahmet Kara, Handan Tanrıverdi Pınar, Saffet Yavuz, Murat Tekin, Saffet Ercan, Selda Çelik, Özlem Sezgin Meriçli, İrem Bozkurt Çakır. Survey of Risk Factor Management (SURF) data of Turkey: Cardiovascular risk factor control ratios in 15 different types of healthcare centers. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2017;45(5):398–407.
28. Kotseva, K, Wood, D, De Bacquer, D, De Backer, G, Ryden, L, Jennings, C et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016 Apr;23(6):636–48. doi: 10.1177/2047487315569401.
29. The Look AHEAD Research Group. Long Term Effects of a Lifestyle Intervention on Weight and Cardiovascular Risk Factors in Individuals with Type 2 Diabetes: Four Year Results of the Look AHEAD Trial. *Arch Intern Med*. 2010 September 27;170(17):1566–1575. doi:10.1001/archinternmed.2010.334.
30. Ludt S, Petek D, Laux G, van Lieshout J, Campbell SM, Künzi B, Glehr M, Wensing M. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in patients at high risk for cardiovascular diseases in European primary care. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Apr;19(2):258–66. doi: 10.1177/1741826711400510.
31. Murray J, Honey S, Hill K, Craigs C, House A. Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: a qualitative literature review. *Br J Gen Pract*. 2012 Jun;62(599):403–10.
32. Hansen D, Dendale P, Coninx K, Vanhees L, Piepoli MF, Niebauer J, et al. The European Association of Preventive Cardiology Exercise Prescription in Everyday Practice and Rehabilitative Training (EXPERT) tool: A digital training and decision support system for optimized exercise prescription in cardiovascular disease. Concept, definitions and construction methodology. *Eur J Prev Cardiol*. 2017 Jul;24(10):1017–1031. doi: 10.1177/2047487317702042. Epub 2017 Apr 18.

Onam Formu Ve Anket

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Kalp damar hastalıkları halen en yaygın sağlık sorunlarından biridir. Bugün kalp damar hastalıklarının irsi nedenler dışında yaşam biçimi ile ilişkili olduğu ve yaşam biçiminden kaynaklanan riskli durumların kontrolü ile bu hastalıklara bağlı ölümlerin

ve sakatlıkların azaltılabileceği kabul edilmektedir. Bu çalışma toplumda kalp damar hastalıkları ile ilişkili riskleri sağlıkçılar olarak nasıl yönettiğimiz ve daha iyi nasıl yönetebileceğimiz konusunda bilimsel katkı sağlayacaktır.

Çalışma Grubu Adına

Sorumlu Araştırmacı

Dr. Arzu Ayraler

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın Erkek

3. Boyunuz:

4. Kilonuz:

4. Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul

5. Eğitim Durumunuz:

Okul bitirmemiş İlköğretim Lise Üniversite

6. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? :

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

7. Herhangi bir kalp-damar hastalığınız var mı?

- Evet Hayır

8. Varsa nedir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Tansiyon Şeker Kalp-damar hastalığı Şişmanlık Kolesterol, yüksek kan yağı

9. Yakın akrabalarınızda aşağıdaki hastalıklardan birisi var mı? (anne, baba, kardeşler ve birinci derece diğer akrabalar)

- Tansiyon Şeker Kalp hastalığı Damar tıkanıklığı Şişmanlık Kolesterol, yüksek kan yağı

10. Haftada 3 gün veya daha fazla en az 45 dakika süren düzenli egzersiz yapıyor musunuz (yürüyüş dahil)?

- Evet
Hayır

11. Sigara içiyor musunuz?

- Hiç içmedim Sigara içtim ama bıraktım Halen içiyorum

12. Haftada kaç kez alkol alırsınız?

- Hiç 1'den az 1-2 kez 3-4 kez Her gün

13. Size daha önce aşağıdakilerden birisi önerildi mi? Önerildi ise hangileri (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Düzenli egzersiz
Sigarayı bırakma
Zayıflama diyeti
Diyabetik diyet
Hipertansiyon diyeti
Kolesterol diyeti

14. Size daha önce aşağıdakilerden birisi hakkında eğitim ve danışmanlık verildi mi? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Düzenli egzersiz
Sigarayı bırakma
Zayıflama diyeti
Diyabetik diyet
Hipertansiyon diyeti
Kolesterol diyeti

15. Size yapılan önerilerden uyguladıklarınız işaretleyin? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Düzenli egzersiz
Sigarayı bırakma
Zayıflama diyeti
Diyabetik diyet
Hipertansiyon diyeti
Kolesterol diyeti

16. Uygulayamadıysanız, uygulamanıza engel olan faktörler nelerdir? (istediğiniz uzunlukta açıklama yapabilirsiniz).