

Koroner Arter Hastalığının Yönetimi: Cinsiyet Farklılığı

Derya Tülüce¹ , Mert Kartal² 

¹Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye

²Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya, Türkiye

Özet

Amaç: Koroner arter hastalığı (KAH) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde mortalite ve morbidite riski yüksek kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Hastalığın risk faktörlerinin yönetimi hastalık prognouunu etkilemektedir. Risk faktörleri öncelik sıralaması ise kadın ve erkek hastalarda farklılık göstermektedir. Bu nedenle bu araştırma koroner arter hastalığının yönetiminde kadın ve erkek hastalar açısından farklılıkların belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntemler: Araştırma 15 Kasım 2019- 13 Mart 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatan KAH olan 97 hasta ile yürütüldü. Araştırma verileri, veri toplama formu ve Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği (MMAS-8) ile toplandı. Veriler SPSS paket programı ile analiz edildi. Ki-Kare, T- testi ve Anova testleri kullanıldı. İstatistiksel analizler için sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama, Ki-Kare, T- testi ve Anova testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %52.5'i erkektir. Sigara kullanımı açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel fark bulundu ($p<0.001$). Cinsiyet ile ölçek puan ortalaması, düzenli ilaç kullanımı, tuz kısıtlı beslenme, günlük meyve-sebze tüketim miktarı, günde en az 20 dakika egzersiz ve algılanan stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.005$). MMAS-8 puan ortalamasına göre düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, tuz kısıtlı beslenme, meyve-sebze tüketimleri ve günde en az 20 dakika egzersizi hiç yapmayanlar ve haftada 1-5 arası yapanlar düşük uyum düzeyine sahipken, her gün günde en az 20 dakika egzersiz yapanların orta uyum düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Koroner arter hastalığı yönetiminde kadınlar ve erkekler arasında sigara kullanım durumu ve her gün en az 20 dakika egzersiz yapma arasında fark bulundu. Diğer risk faktörleri açısından anlamlı fark olmadığı ve her iki cinsiyette de yetersiz olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, hastalık yönetimi, kadın, erkek, hemşirelik

Management of Coronary Artery Disease: Differences in Sex

Abstract

Objective: The study was conducted with 97 patients with CAD hospitalized in the cardiology clinic of a university hospital between November 15, 2019, and March 13, 2020. Research data were collected using the data collection form and the Morisky 8-Item Medication Adherence Scale (MMAS-8). The data were analyzed with the Statistical Package for Social Sciences program. Number, percentage, arithmetic mean, chi-squared test, t-test, and analysis of variance were used for statistical analysis.

Results: Of the participants, 52.5% were male. A statistical difference was found between men and women in terms of smoking ($p=0.000$). There was no significant relationship between sex and mean scale score, regular medication use, salt-restricted diet, daily fruit and vegetable consumption, exercise for at least 20 minutes a day, and perceived stress ($p>0.005$). According to the MMAS-8 mean score, those who did not exercise for at least 20 minutes a day and those who did not exercise regu-

İletişim (Correspondence): Derya Tülüce. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye

Telefon (Phone): +90 (505) 293 35 87 **E-Posta (E-mail):** drytlc87@gmail.com

Başvuru Tarihi (Submitted Date): 23.12.2020 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 02.06.2021

©Copyright 2021 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.khd.tkd.org.tr

OPEN ACCESS This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



larly, smoked, and were on a salt-restricted diet and consumed fruits and vegetables, and those who did it between 1–5 times per week were found to have low adherence, whereas those who exercised for at least 20 minutes a day were at a moderate level of adherence.

Conclusion: A difference was found between smoking status and exercising at least 20 minutes each day between men and women in the management of CAD. It was found that there was no significant difference in terms of other risk factors, and it was insufficient in both sexes.

Keywords: Coronary artery disease, disease management, female, male, nursing

Cite this article as: Tülüce D, Kartal M. Management of Coronary Artery Disease: Differences in Sex. Turk J Cardiovasc Nurs 2021;12(29):183-189

Koroner arter hastalığı (KAH) dünyada ve ülkemizde mortalite oranı hastalıkların başında gelmektedir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 raporuna göre, hem erkeklerde hem de kadınlarda ölüm nedeni olarak KAH ilk sırada yer almaktadır.^[1] Bu nedenle hastalığın önlenmesinde risk faktörlerinin ve hastalık yönetiminin belirlenmesi gerekmektedir. Hastalık yönetiminde cinsiyet, yaş ve genetik geçiş risk faktörleri değiştirilmezken, kilo yönetimi, tütün ve tütün ürünü kullanımı, beslenme ve düzenli egzersiz gibi risk faktörleri değiştirilebilmektedir.^[2]

Koroner arter hastalığının oluşmasında kadın ve erkeklerde risk faktörleri farklılık gösterebilmektedir. Kadınlarda sıklıkla diyabet, hipertansiyon, yüksek LDL kolesterol, yetersiz aktivite, hormonal değişiklikler, kronik inflamatuvar hastalıklar, gebelikte görülen preeklamsi, yüksek depresyon düzeyi ya da düşük sosyal destek düzeyi gibi risk faktörleri rol oynamaktadır. Erkeklerde ise çoğunlukla sigara, obezite, yüksek trigliserit, düşük HDL kolesterol görülmektedir.^[1,3] Bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması; hastalığın önlenmesinde ve semptomların azaltılmasında kilit rol oynamaktadır. Bununla birlikte yapılan çalışmalar etkili hastalık yönetiminin mortalite oranını azalttığı belirlenmiştir.^[3,4]

Hastalığın yönetiminde başarıya ulaşmanın göstergelerinden biri hastaların yaşam süresini uzatmak olarak kabul edilmektedir. Hastalığın yönetim kriterlerini; sigarayı bırakmak, sağlıklı beslenmek, düzenli fiziksel aktivitede bulunmak, stres düzeyini belirlemek ve baş etme mekanizmalarını geliştirmek oluşturmaktadır.^[5] Bu kriterler hem risk faktörlerini kontrol altına almak hem de hasta bireylerin hastalık yönetiminde oldukça önemlidir. Bu kriterlere ek olarak hastaların ilaç kullanım düzeyleri de değerlendirilmesi gereken önemli bir noktadır. Yapılan sistematik bir meta-analiz çalışmasında düşük ilaç uyumunun kötü klinik sonuçlara neden olduğu vurgulanmaktadır.^[6] Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların hastalık yönetimi ve ilaç uyumunun birlikte ele alınması klinik sonuçların doğruetkili değerlendirilmesine ışık tutmaktadır.

Literatürde KAH olan bireylerde farklı konularda cinsiyet farklılığı ile ilgili makaleler bulunmasına rağmen öncelikli olarak hastalık yönetimine ilişkin sınırlı sayıda yayın bulunmaktadır.^[4,7] Bu nedenle, bu araştırma koroner arter hastalığının yönetiminde kadın ve erkek hastalar açısından farklılıkların belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Soruları

1. Koroner arter hastalığı yönetimi (düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, tuz kısıtlı beslenme, egzersiz düzeyi gibi) kadın ve erkek hastalarda nasıldır?
2. Koroner arter hastalığının yönetiminde kadın ve erkek hastalar arasında fark var mıdır?
3. Koroner arter hastalığı olan hastaların ilaca uyum düzeyleri nasıldır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini 15 Kasım 2019- 13 Mart 2020 tarihleri arasında bir üniversitenin Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Kardiyoloji kliniğine yatış yapan hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemini ise, belirtilen tarihler arasında örneklem seçimi yapılmadan kliniğe yatış yapan 18 yaş üstü, son üç ay içinde geçirilmiş myokard infarktüsü ya da anjini pektoris olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturdu. Belirlenen kriterlere uyan toplam 97 hasta araştırmaya dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Kişisel bilgi formu: Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilen veri toplama formu kullanıldı.^[8-10] Form hastanın yaş, cinsiyet, gibi sosyo demografik özellikleri ve eşlik eden hastalıklar, kullandığı ilaçlar, sigara kullanım, alkol kullanım, tuzdan kısıtlı beslenme, meyve tüketim, sebze tüketim, durumlarını sorgulayan toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Bu ölçeğin kullanılma nedeni eklenmeli ilaca uyum Ölçeği (MMAS-8): Hastanın kendi bildirimine dayalı ilaç kullanım davranışlarını değerlendiren bir ölçektir. Sekiz sorudan oluşmaktadır. İlk yedi soruya "evet/hayır" şeklinde cevap verilirken, sekizinci soru beşli likert "hiç/nadiren", "arada bir", "bazen", "genellikle" ve "her zaman" cevapları verilmektedir. Morisky 8-maddeli ilaca uyum ölçeği 0-8 puan arasında hesaplanmaktadır. Sekiz tam puan uyumu, 6-7 puanları orta uyumu ve 5 ve aşağısındaki puanlar düşük uyumu göstermektedir.^[11]

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenleri: Koroner arter hastalığı yönetiminde ele alınan parametreler (düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, tuz kısıtlı beslenme, egzersiz düzeyi, beslenme düzeyi).

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Toplam (97)	Kadın (46)	Erkek (51)	p
Medeni durum				
Evli	%97.9 (92)	%95.5 (42)	%100 (50)	0.128
Bekar	%2.1 (2)	%4.5 (2)	-	
Öğrenim durumu				
Okuryazar değil	%37.9 (36)	%57.8 (26)	%20.0 (10)	0.001
Okuryazar	%18.9 (18)	%17.8 (8)	%20.0 (10)	
İlköğretim	%30.5 (29)	%20.0 (9)	%40.0 (20)	
Lise ve üzeri	%12.7 (12)	%4.4 (2)	%20.0 (10)	
Ailede kalp hastalığı öyküsü*				
Var	%47.4 (46)	%56.5 (26)	%49.0 (25)	0.460
Yok	%52.6 (51)	%43.5 (20)	%51.0 (26)	
Eşlik eden hastalık**				
Diyabet	%62.9 (61)	%41.3 (19)	%37.3 (19)	0.683
Hipertansiyon	%39.2 (38)	%56.5 (26)	%33.3 (17)	0.022
Diğer (HLD, KBY, KOAH, Astım)	%11.34 (11)	%4.3 (2)	%7.8 (4)	0.475
Kullanılan ilaçlar**				
Betablokerler	%41.2 (40)	%39.1 (18)	22 %43.1	0.689
Antiagreganlar	%45.4 (44)	%37.0 (17)	27 %52.9	0.114
ACE inhibitörleri veya ARB	%22.7 (22)	%21.7 (10)	12 %23.4	0.833
Diğer (Kalsiyum Kanal B, Sitatin, Nitrat...)	%15.4 (15)	%13.0 (9)	6 %11.8	0.896
Diğer özellikler				
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Yaş	56.44±11.34	54.51±11.70	58.13±10.84	0.118
Kilo	79.9 (86)	76.68 (38)	80.81 (48)	0.086
Boy	169.9 (75)	163.94 (31)	172.11 (44)	<001
Sistolik kan basıncı	132.1 (70)	135.38 (32)	129.44 (38)	0.144
Diastolik kan basıncı	77.5 (70)	80.19 (32)	75.34 (38)	0.176
LDL	108.9 (96)	115.48 (46)	102.94 (50)	0.094
HDL	44.6 (96)	47.91 (46)	41.70 (50)	0.038
Trigliserit	169.8 (96)	165.65 (46)	173.70 (50)	0.707

*Kalp Hastalığı Öyküsü Olanların Hepsini Birinci Derece (anne, baba, kardeş, çocuk) Yakınlardır

**Birden çok seçenek işaretlenmiştir

HLD: Hiperlipidemi; KBY: Kronik böbrek Yetmezliği; KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; SD: Standart Sapma

Bağımsız değişkenleri: yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, kullandığı ilaçlar, laboratuvar bulguları, yaşamsal bulgular.

Araştırma İzni

Araştırmaya başlamadan Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:04.11.2019, Karar: 19/04/28), hastanenin başhekimliğinden (13.11.2019 tarihli ve 49302 sayılı) ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı izinler alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Inc., Chicago, IL, ABD) paket programı 17.0 kullanıldı.

miştir. Veri dağılımını analiz etmek için Kolmogrow-Smirnow testi uygulandı. Ölçek ortalama puanı, tanıtıcı özellikler; sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanı ile bağımsız verilerle yapılan karşılaştırmalarda da; Ki-Kare, T- testi ve Anova testleri kullanıldı. Test sonuçları %95 güven aralığında ve p<0.05 şeklinde anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Tablo 1'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Hastaların %52.5'i erkek, %97.9'u evli, %37.9'u okuryazar değil, %47.4'ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsü var, %62.9'unda diyabet hastalığı da eşlik etmekte, %45.4'ü

Tablo 2. Hastaların cinsiyetlerine göre Morisky 8-maddeli ilaca uyum ölçeğine göre dağılımlarının karşılaştırılması

MMAS-8 uyum ölçeği ortalamaları					
Cinsiyet	Düşük uyum % (n)	Orta uyum % (n)	Mükemmel uyum % (n)	Puan ortalaması, SD $\bar{X} \pm SD$	p
Kadın	%43.5 (20)	%43.5 (20)	13.0 (6)	5.52±1.85	0.136
Erkek	%52.9 (27)	%41.2 (21)	%5.9 (3)	4.92±2.04	
Toplam	%48.5 (47)	%42.3 (41)	%9.3 (9)	5.20±1.97	

χ^2 : Ki-kare testi; SD: Standart Sapma

Tablo 3. Hastaların cinsiyetlerine göre koroner arter hastalığı yönetimine ilişkin bulgularının karşılaştırılması

	Kadın % (n)	Erkek % (n)	Total % (n)
Düzenli ilaç kullanımı			
Evet	%50.0 (23)	%39.2 (20)	%44.3 (43)
Hayır	%50.0 (23)	%60.8 (31)	%55.7 (54)
	$\chi^2=1.140$	$p=0.286$	
Sigara kullanımı			
Evet	%8.7 (4)	%78.4 (40)	%45.4 (44)
Hayır	%91.3 (42)	%21.6 (11)	%55.6 (53)
	$\chi^2=47.455$	$p<0.001$	
Tuz kısıtlı beslenme			
Evet	%19.6 (9)	%10.0 (5)	%14.4 (14)
Hayır	%80.4 (37)	%90.0 (45)	%84.6 (82)
	$\chi^2=1.760$	$p=0.185$	
Günlük 2-3 porsiyon meyve tüketme			
Evet	%47.8 (22)	%47.1 (24)	%47.4 (46)
Hayır	%52.2 (24)	%52.9 (27)	%52.6 (51)
	$\chi^2=0.06$	$p=0.940$	
Günlük 2-3 porsiyon sebze tüketme			
Evet	%17.4 (8)	%19.6 (10)	%18.6 (18)
Hayır	%82.6 (38)	%80.4 (41)	%81.4 (79)
	$\chi^2=0.079$	$p=0.779$	
Günde en az 20 dakika egzersiz yapma			
Hiç	%76.1 (35)	%61.9 (25)	%61.9 (60)
Haftada 1-5 gün	%23.9 (11)	%36.1 (24)	%36.1 (35)
Her gün	-	%2.0 (2)	%2.0 (2)
	$\chi^2=8.259$	$p=0.016$	
Stres algısı n=96			
Az	%15.6 (7)	%29.5 (15)	%22.9 (22)
Orta	%57.8 (26)	%52.9 (27)	%55.2 (53)
Çok	%26.6 (12)	%17.6 (9)	%21.9 (21)
	$\chi^2=2.993$	$p=0.224$	

χ^2 : Ki-kare testi

ilaç kullanımı, sigara kullanımı, tuz kısıtlı beslenme, meyve-sebze tüketmeleri ve günde en az 20 dakika egzersizsiz hiç yapmayanlar ve haftada 1-5 arası yapanlar düşük uyum düzeyine sahipken, her gün günde en az 20 dakika egzersiz yapanların orta uyum düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Koroner arter hastalığının yönetiminde kadın ve erkek hastalar açısından farklılıkların belirlendiği bu araştırma sonucunda cinsiyetler arasında sadece sigara kullanım durumu ve her gün en az 20 dakika egzersiz yapma arasında fark bulundu.

KAH yönetiminde hastaların bilgi düzeyleri oldukça önemlidir. Hastalığın sadece yönetiminde değil aynı zamanda hastalık semptomlarını fark etme, düzenli hastane takibinin yapılması ve alınması gereken önlemleri açısından eğitim düzeyinin yüksek olması gerekmektedir. Bu çalışmada erkeklerin eğitim düzeyi kadınlardan istatistiksel olarak belirgin fark bulundu.

Her iki cinsiyette de ortak risk faktörleri bulunmakla birlikte cinsiyet arasında biyolojik açıdan etkili risk faktörleri bulunmaktadır. Kadınların erkeklerle karşılaştırıldığı çalışmalarda kronik hastalık varlığı değişkenlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda bazı kronik hastalıklar kadınlarda daha yüksek bulunurken, diğerleri erkeklerde yüksek bulunmuştur.^[3,12,13] Bu çalışmada kadınlarda hipertansiyon oranı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kadınlar premenapoz döneminde erkeklere göre hipertansiyon açısından şanslı gruptayken menapozal dönemde kan basıncı yüksekliği görülmektedir. Bu durumda östrojen hormonunun etkili olduğu bilinmektedir.^[14] Yapılan çalışmalar, kadınlarda sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı erkeklere göre yüksek olduğunu göstermektedir.^[12,14]

Lipid düzeyleri ateroskleroz gelişiminde rol oynamaktadır.^[15] Erkeklerde LDL düzeyi yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Kadınlarda HDL düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu araştırmanın sonuçları, kardiyovasküler ve diyabet hastalığı olmayan 3169 katılımcı ile gerçekleştirilen Türk erişkinlerde Framingham Risk Faktörlerinin araştırılması çalışmasının sonuçları ile paralellik göstermektedir.^[16] 2002 yılında yapılan Türk Kalp Çalışması'nda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.^[17]

Tablo 4. Tüm hastaların koroner arter hastalığı yönetimine ilişkin bulguları ile MMAS-8 ölçek ortalamalarının karşılaştırılması

Hastaların tutumları		$\bar{X} \pm SD$	test değeri	p
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	5.13±1.94	t=-0.295	0.768
	Hayır	5.25±2.01		
Sigara kullanımı	Evet	4.90±1.88	t=-1.157	0.251
	Hayır	5.41±1.98		
Tuz kısıtlı beslenme	Evet	5.07±1.85	t=-0.237	0.813
	Hayır	5.20±2.00		
Günlük 2-3 porsiyon meyve tüketme	Evet	5.19±1.80	t=-0.050	0.960
	Hayır	5.21±2.12		
Günlük 2-3 porsiyon sebze tüketme	Evet	4.88±1.84	t=-0.754	0.453
	Hayır	5.27±2.00		
Günde en az 20 dakika egzersiz yapma	Hiç	5.08±2.06	F=625	0.537
	Haftada 1-5 arası	5.34±1.86		
	Her gün	6.50±0.70		

t: Bağımsız gruplarda t testi; F: ikiden fazla grupta ANOVA testi; SD: Standart Sapma

Hastalığın önlenmesinde ve yönetilmesinde göz önünde bulundurulması gereken önemli noktalar bulunmaktadır. Risk faktörlerini kontrol altına almak hastalığın prognozunda en etkili yöntemlerden biridir.^[2] Bireylerin kontrol mekanizmasını geliştirmek alışkanlıkları değiştirmekle başlamaktadır. Kadınların erkeklerle karşılaştırıldığı çalışmalarda diyabet, hipertansiyon, lipid düzeyleri, sigara kullanımı, kan basıncı değerleri, psikososyal durum ve fiziksel aktivite fark bulunmaktadır.^[14,18,19]

KAH için sigara önemli bir risk faktörüdür. Sigara kullanan bireylerde KAH başta olmak üzere bir çok kronik hastalık görülmektedir. Literatürde sigara kullanımı erkeklerde daha fazla olduğu bilinmekle birlikte^[4,20], özellikle son yıllarda sigara kullanımında kadın ve erkekler arasında fark olmadığını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır.^[21,22] Bu araştırmada erkeklerde sigara kullanımı istatistiksel olarak yüksek bulundu. Kadınların sigara kullanım düzeylerinin düşük olması, çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel değerleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Tuz kısıtlaması, günde 2-3 porsiyon meyve ve sebze tüketimi gibi beslenme alışkanlığı her iki cinsiyette de benzer özellik göstermektedir. Her iki cinsiyette de çoğunluk tuz kısıtlaması yapmamaktadır ve günlük 2-3 porsiyon sebze tüketmemektedir. Literatürde koroner arter hastalığı olanların tuz kısıtlaması yapmalarının ve meyve sebze tüketmelerinin öneminden çokça bahsedilmektedir.^[5,23-25] INTERHEART (The Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction) çalışmasında kadın ve erkek cinsiyette akut miyokard infarktüsü ile meyve ve sebze tüketimi arasında risk oranı benzer bulunmuştur.^[26] Bu araştırmaya katılan hastaların bu durumun yaşadıkları

rı sosyo-kültürel çevreyle ilişkili olduğu düşünülmekte ve ivedi ile bilinçlendirilmenin artırılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel aktivite normal beden kitle indeksini, kan basıncını, stresi yönetimini olumlu yönde etkilemektedir.^[2] Yapılan çalışmalar erkeklerin kadınlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.^[4,21] Bu araştırmada erkeklerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumları istatistiksel olarak kadınlara göre daha iyi bulundu. Bunun nedeni, kadınların evde daha stabil bir hayat sürdürmeleri olabilir.

Stres, kaygı, depresyon gibi bireylerin duygu durumlarını etkileyen faktörler fizyolojik olarak da değişikliklere neden olmaktadır. Etkili stres yönetimi hem KAH'nın gelişmesini hem de prognozunu etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda KAH olan kadınların stres düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.^[19,21] Bu çalışmaların aksine, bu araştırmada her iki cinsiyette stres algısı paralellik göstermektedir. Bunun sebebi her iki cinsiyetin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin benzerlik göstermesi olabilir. Aynı zamanda bölgesel olarak erkeklerin ve kadınların farklı sorumluluklarının olması nedeniyle benzerlik olduğu düşünülmektedir.

Düzenli ilaç kullanımı hastalık yönetiminde değerlendirilmesi gereken kriterlerden birisidir. Risk faktörlerini kontrol altına almada yeterince başarı gösteremeyen kadın hastaların MMAS-8 puan ortalaması istatistiksel olarak erkeklerden daha yüksek bulundu. Her iki cinsiyette de tedavi uyum orta düzeyde bulundu. Yapılan çalışmalarda hastalığın tedavi uyumlarının çoğunlukla orta düzeyde olduğu bilinmektedir.^[27] Literatürde tedavi uyumunda kadın ve erkek arasında fark

bulunmamaktadır.^[27,28] Hastaların tedaviye uyumlarını yaş, düşük gelir düzeyi, sigara içme, bilişsel bozukluklara bağlı unutkanlık, sağlık profesyoneline güvensizlik, başarılı tedavi sonucuna güvenmeme gibi faktörler etkilemektedir.^[29,30]

Sonuç

Araştırma sonucunda KAH'nın yönetiminde kadınlar ve erkekler arasında sadece sigara kullanım durumu ve her gün en az 20 dakika egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- KAH'ın önlenmesine ve yönetilmesine yönelik eğitim programları geliştirilmeli ve uygulanmalı,
- Özellikle erkeklerde sigara ve diğer tütünlerinin bırakılmasına yönelik farkındalık programları geliştirilmeli,
- Kadınların fiziksel aktivite düzeylerini arttırmaya yönelik evde fiziksel aktivite programları geliştirilmeli
- Tüm sağlıklı bireylerin yeterli ve düzenli fiziksel aktivite yapmalarına yönelik farkındalık programları geliştirilmelidir.

Etik Kurul Onayı: Araştırmaya başlamadan Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:04.11.2019, Karar: 19/04/28), hastanenin başhekimliğinden (13.11.2019 tarihli ve 49302 sayılı) ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı izinler alındı.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık Katkıları: Konsept: D.T., M.K.; Dizayn: D.T., M.K.; Veri Toplama veya İşleme: D.T., M.K.; Analiz veya Yorumlama: D.T., M.K.; Literatür Arama: D.T., M.K.; Yazan: D.T., M.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Fon/Finans Kaynakları: Çalışmayı destekleyen herhangi bir finans kaynağı bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Onat A, Uğur M, Çiçek G, Ayhan E, Doğan, Y, Kaya H, ve ark. TEKHARF 2009 Taraması: Kırsal Kesim ve Kentlerde Benzer Kardiyovasküler Ölüm Riski. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2010;38(3):159-63.
2. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Görev Grubu, Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. URL: https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_73_134.pdf Erişim Tarihi: 25/10/2019
3. Bajaj S, Mahajan V, Grover S, Mahajan A, Mahajan N. Gender Based Differences in Risk Factor Profile and Coronary Angiography of Patients Presenting with Acute Myocardial Infarction in North Indian Population. *J Clin Diagn Res* 2016;10(5):OC05-7. [\[Crossref\]](#)
4. Ferrari R, Abergel H, Ford I, Fox KM, Greenlaw N, Steg G, et al. Gender- and Age-Related Differences in Clinical Presentation and Management of Outpatients with Stable Coronary Artery Disease. *Int J Cardiol* 2013;167(6):2938-2943. [\[Crossref\]](#)
5. Kasapoğlu ES, Enç N. Koroner Arter Hastaları için Bir Rehber. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2017;8:1-7.
6. Du L, Chemg Z, Zhang Y, Li Y, Mei D. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2017;24(9):962-70. [\[Crossref\]](#)
7. Raine RA, Black NA, Bowker TJ, Wood DA. Gender differences in the management and outcome of patients with acute coronary artery disease. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(10):791-7. [\[Crossref\]](#)
8. Ouellette ML, Löffler A, Beller GA, Workman VK, holland E, Bourgue JM. Clinical Characteristics, Sex Differences, and Outcomes in Patients With Normal or Near-Normal Coronary Arteries, Non-Obstructive or Obstructive Coronary Artery Disease. *J Am Heart Assoc* 2018;7(10):e007965. [\[Crossref\]](#)
9. Chiha J, Mitchell P, Gopinath B, Burlutsky G, Kovoor P, Thiagalingam A. Gender differences in the prevalence of coronary artery tortuosity and its association with coronary artery disease. *Int J Cardiol Heart Vasc* 2016;14:23-7. [\[Crossref\]](#)
10. Wolff R, Fefer P, Knudtson ML, Cheema AN, Galbraith PD, Sparkes JD, Wright GA, Wijeysondera HC, Strauss BH. Gender differences in the prevalence and treatment of coronary chronic total occlusions. *Catheter Cardiovasc Interv* 2016;87(6):1063-70. [\[Crossref\]](#)
11. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens* 2008;10(5):348-54. [\[Crossref\]](#)
12. Gijssberts CM, Agostoni P, Hoefer IE, Asselbergs FW, Pasterkamp G, Nathoe H, et al. Gender Differences in Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Angiography. *Open Heart* 2015;2(1):e000231. [\[Crossref\]](#)
13. Deter HC, Weber C, Herrmann-Lingen C, Albus C, Juenger J, Ladwig KH, et al. Gender Differences in Psychosocial Outcomes of Psychotherapy Trial in Patients with Depression and Coronary Artery Disease. *J Psychosom Res* 2018;113:89-99. [\[Crossref\]](#)
14. Madika AL, Lemesle G, Lamblin N, Meurice T, Tricot O, Mounier-Vehier C, et al. Gender Differences in Clinical Characteristics, Medical Management, Risk Factor Control, and Long-Term Outcome of Patients with Stable Coronary Artery Disease: From The CORONOR Registry. *Panminerva Med* 2019;61(4):432-8. [\[Crossref\]](#)
15. Tanrıverdi B, Savaş Tetik Ş. Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara Pharmaceutical J* 2017;21:1-9. [\[Crossref\]](#)
16. Tekkeşin N, Kılınç C, Ökmen AŞ. Türk Erişkinlerde Framingham Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2011;2(1):42-9.
17. Mahley RW, Mahley LL, Bersot TP, Pépin GM, Palaoğlu KE. The Turkish Lipid Problem: Low Levels of High Density Lipoproteins. *Turk J Endocrin Metabol* 2002;1:1-12.
18. Norris CM, Murray JW, Triplett LS, Hegadoren KM. Gender Roles in Persistent Sex Differences in Health-Related Quality-of-Life Outcomes Of Patients with Coronary Artery Disease. *Gend Med* 2010;7(4):330-9. [\[Crossref\]](#)
19. Gaudel P, Kaunonen M, Neupane S, Joronen K, Koivisto AM, Rantanen A. Lifestyle-Related Risk Factors Among Patients

- with Coronary Artery Disease in Nepal. *Scand J Caring Sci* 2020;34(3):782-91. [\[Crossref\]](#)
20. Juhan N, Zubairi YZ, Zuhdi AS, Khalid ZM, Wan WA. Gender Differences in Mortality Among ST Elevation Myocardial Infarction Patients in Malaysia from 2006 to 2013. *Ann Saudi Med* 2018;38(1):1-7. [\[Crossref\]](#)
 21. Norris CM, Johnson NL, Hardwicke-Brown E, McEwan M, Pelletier R, Pilote L. The Contribution of Gender to Apparent Sex Differences in Health Status Among Patients with Coronary Artery Disease. *J Women's Health* 2017;26(1):50-7. [\[Crossref\]](#)
 22. Qu Y, Yang J, Zhang F, Li C, Dai Y, Yang H, et al. Gender-Related Differences in Clinical Characteristics and Outcomes of Premature Coronary Artery Disease: Insight from the FOCUS Registry. *J Int Cardiol* 2019;2019:6762089. [\[Crossref\]](#)
 23. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* 2016;37(29):2315-81. [\[Crossref\]](#)
 24. Kayıkçıoğlu M, Özdoğan Ö. Beslenme ve Kardiyovasküler Sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2015;43:667-72.
 25. Bilici M, Yılmaz F, İlhan US, Borazan A. Hastanın günlük Ne Kadar Tuz Tükettiğini Bilmesi Tuz Tüketimini Azaltır MI? *Medeniyet Med J* 2016;31:237-40.
 26. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk Factors for Myocardial Infarction in Women and Men: insights from the INTERHEART Study. *Eur Heart J* 2008;29(7):932-40. [\[Crossref\]](#)
 27. Zyryanov SK, Fitilev SB, Vozzhaev AV, Shkrebniova II, Shindryaeva NN, Klyuev DA, et al. Medication Adherence in patients with Stable Coronary Artery Disease in Primary Care. *Res Results Pharmacol* 2020;6(2):97-103. [\[Crossref\]](#)
 28. Dempe C, Jünger J, Hoppe S, Katzenberger ML, Mötner A, Ludwig KH, et al. Association of Anxious and Depressive Symptoms with Medication Nonadherence in Patients with Stable Coronary Artery Disease. *J Psychosom Res* 2013;74(2):122-7. [\[Crossref\]](#)
 29. Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT, Bhatt DL. Non-Adherence to Cardiovascular Medications. *Eur Heart J* 2014;35(46):3267-76. [\[Crossref\]](#)
 30. Khatib R, Marshall K, Silcock J, Forrest C, Hall AS. Adherence to Coronary Artery Disease Secondary Prevention Medicines: Exploring Modifiable Barriers. *Open Heart* 2019;6(2):e000997. [\[Crossref\]](#)