

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**MANİSA'DA KORONER KALP HASTALIĞI TANISI KONAN
HASTALARIN TANI SONRASI İŞ DURUMU
DEĞİŞİKLİKLERİNİN VE ETKİLEYEN ETMENLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. CEYDA ŞAHAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2015

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**MANİSA'DA KORONER KALP HASTALIĞI TANISI KONAN
HASTALARIN TANI SONRASI İŞ DURUMU
DEĞİŞİKLİKLERİNİN VE ETKİLEYEN ETMENLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. CEYDA ŞAHAN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Yücel Demiral

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi tarafından **2014.KB.SAG.064** proje numarası ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ	ii
ŞEKİL DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ.....	5
2. GENEL BİLGİLER	7
3. AMAÇLAR	21
4. YÖNTEM	22
5. BULGULAR	33
6.TARTIŞMA	45
7.ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI.....	53
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	55
9. KAYNAKLAR	56
10. EKLER.....	68
10.1.Ek Tablolar	68
10.2.Etik kurul onayı	70
10.3.Veri toplama formu	72

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Tanımlayıcı değişkenlerin özeti.....	25
Tablo 2. Sosyoekonomik durum değişkenlerinin özeti.....	26
Tablo 3. Hane ile ilgili değişkenlerin özeti.....	26
Tablo 4. İş özellikleri ile ilgili değişkenlerin özeti.....	27
Tablo 5. Sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin özeti.....	28
Tablo 6. KKH tanısı sonrası iş yaşamı ve sosyal çevre ile ilgili değişkenlerin.....	29
Tablo 7. KKH durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	33
Tablo 8. KKH durumunun ailedeki sosyal koşulların, yaşam şekli etmenlerinin ve genel sağlık algısına göre dağılımı	34
Tablo 9. Sosyodemografik özelliklerin, ailedeki sosyal koşulların, yaşam şekli etmenlerinin ve GSA'nın işten ayrılma durumlarına göre dağılımı.....	36
Tablo 10. İşe bağlı özelliklerinin işten ayrılma durumlarına göre dağılımı.....	37
Tablo 11. Kronik hastalık durumu ve tedavi şekillerine göre işten ayrılma durumlarının dağılımı.....	38
Tablo 12. Sosyodemografik özelliklere göre düzeltildiğinde işten ayrılma ve KKH durumu arasındaki ilişki.....	39
Tablo 13. Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işle ilgili durumları.....	40
Tablo 14. Koroner kalp hastalarının sosyodemografik özelliklerinin, ailedeki sosyal koşullarının, yaşam şekli etmenlerinin ve GSA'nın işten ayrılma durumlarına göre dağılımı.....	42
Tablo 15. Koroner kalp hastalarının iş özelliklerinin işten ayrılma durumlarına göre dağılımı.....	43
Tablo 16. Koroner kalp hastalarının tedavi şekilleri ve eşlik eden kronik hastalık durumuna göre işten ayrılma durumlarının dağılımı.....	44
Ek Tablo 1. Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işle ilgili durumları.....	68
Ek Tablo 2. Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işle ilgili durumlarının işten ayrılma durumlarına etkisi	69

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Koroner kalp hastalarının işe dönme durumunun netleştirilmesi için kardiyak değerlendirme protokolü.....	18
Şekil 2. Veri toplama yöntemine göre ulaşma oranları.....	31

KISALTMALAR

KKH.....	Koroner Kalp Hastalığı
AHBS.....	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
CHD.....	Coronary Heart Disease
UHY-ME.....	Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet Etkinlik
ABD.....	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
OECD.....	The Organisation for Economic Co-operation and Development
MI.....	Myokard Infarktüsü
MET skoru.....	Bedensel Etkinlik skoru
KOAH.....	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
GSA.....	Genel Sağlık Algısı
HT.....	Hipertansiyon
KKY.....	Konjestif Kalp Yetmezliği
ICD-10.....	International Statistical Classification of Diseases-10
GA.....	Güven Aralığı
RR.....	Görel Risk
BKI.....	Beden Kütle İndeksi
HDL.....	High Density Lipoprotein

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimleri ve bilgi birikiminden yararlandığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum danışmanım Prof. Dr. Yücel Demiral'a, uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında sabrı ve hoşgörüsüyle yanımda olduğu için teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen ve her zaman yeni birşeyler öğrendiğim Prof. Dr. Belgin Ünal'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince her konuda anlayışı, cesaretlendirmesi ve katkısını esirgemeyen Prof. Dr. Alp Ergör'e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sırasında ilk danışmanım olan Prof. Dr. Türkan Günay'a eğitimim ve çalışmalarına olan katkıları için teşekkür ederim.

Gösterdikleri anlayış, özen ve ilgiliyle, bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Tezin oluşmasında her zaman desteğini esirgemeyen Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü yönetici ve çalışanlarına, özellikle de Uzm.Dr.Gonca Atasoylu ve Dr.Özgür Sekreter'e bu zorlu süreçte yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Çalışırken zorlukların üstesinden birlikte geldiğimiz, birlikte çalışmaktan ve öğrenmekten keyif aldığım, tez çalışması boyunca desteklerini esirgemeyen değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak hayatımın tüm zor dönemlerinde ve tez çalışmam sırasında beni anlayış ve sabırla destekleyerek yanımda olan aileme teşekkür ederim.

MANİSA'DA KORONER KALP HASTALIĞI TANISI KONAN HASTALARIN TANI SONRASI İŞ DURUMU DEĞİŞİKLİKLERİNİN VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Koroner kalp hastaları günlük işlerini yaparken kalp hastalığına özgü zorluklar yaşamalarının yanında, çalışma yaşamları ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir. Hastalık sonrası çalışma yaşamındaki değişiklikleri araştıran çalışmalarda farklı etmenler incelenmiştir. Bu etmenler hastalığın klinik özellikleri ile ilişkili olduğu kadar sosyal, demografik ve ekonomik faktörlerle de ilişkili olabilmektedir.

Çalışmalarda işe dönmeyi etkileyen temel etmenlerin uygun çalışma koşulları, çalışma arkadaşlarının yaklaşımları, sosyal çevrenin etkisi ve kişinin ekonomik durumu olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın amacı, koroner kalp hastalığı tanısı konan kişilerin hastalık sonrasında iş değişikliği durumları ve bunu etkileyen psikososyal, ekonomik, bireysel, klinik, çevresel ve çalışma yaşamı ile ilgili etmenleri saptamaktır.

Yöntem: Araştırma, geriye yönelik bir kohort çalışmasıdır. Katılımcılara ulaşabilmek için Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü veri tabanı kullanılmıştır. Manisa merkez ilçelerinde yaşayan, 01.12.2012-01.12.2013 tarihleri arasında gelir getirici bir işte çalışıp, doktor tarafından koroner kalp hastalığı (KKH) tanısı olan ve olmayan, sırasıyla 51 ve 73 kişiye yüzyüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin çözümlemesi için ki-kare ve lojistik regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: KKH tanısı sonrası hastaların %76'sının bir yıl içinde işe geri döndüğü belirlenmiştir. KKH olanların olmayanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun yanında anjiyografi, anjiyoplasti ve kardiyopulmoner resüsitasyon yapılanların ve diyabeti olanların da işten ayrılma oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde mavi yakalılar beyaz yakalıları, özel sektörde çalışanların kamuda çalışanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sonuç: KKH tanısı olanların olmayanlara göre işten ayrılma oranı daha yüksektir. Doktorlar çoğu hastasının çalışma durumu konusunda herhangi bir değerlendirme yapamamakta ya da objektif değerlendirme kriterleri kullanmadan önerilerde bulunmaktadır. KKH hastalarının çalışma durumları değerlendirilmeli ve uygun işlerde çalışmaları zendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Koroner kalp hastalığı, işe dnme, işten ayrılma

THE EVALUATION OF WORK STATUS CHANGE AND AFFECTING FACTORS AFTER DIAGNOSIS OF CORONARY HEART DISEASE IN MANİSA

ABSTRACT

Background: Besides coronary heart disease(CHD) patients have experienced difficulties due to their clinical status during their daily activities, their working life and quality of life are negatively affected. Different factors have been examined in studies which investigated changes in working life after illness. Besides the clinical characteristics of disease, social, demographic and economic factors might be related to the work life changes. Studies showed that the working conditions, their colleagues' approaches and advices, the social relations in the workplace and economic conditions of the person are considered the main factors affecting the return to work. The aim of this study is determining work status change after diagnosis of CHD and affecting factors such as psychosocial, economic, individual, clinical, environmental and labor-related factors.

Method: This is a retrospective cohort study. The participants were selected from Manisa Public Health Directorate database. The people who lived in inner Manisa Districts, of those have worked in an income generating job and diagnosed CHD for the first time (n=51) by a doctor between 01.12.2012-01.12.2013 and controls that not have a CHD (n=73) recruited to the study. The chi-square test and logistic regression analysis were performed for examining the relationship between dependent and independent variables.

Results: It was found that 76% of patients returned to work after diagnosis of CHD within a year. Redundancy rate were found significantly higher among CHD patients than others ($p<0.05$). Furthermore, redundancy rate of the people who have experienced angiography, angioplasty, cardiopulmonary resuscitation and diabetes was found significantly higher than others ($p<0.05$). While evaluating all participants, white collar to blue collar, employees in public sector to private sector have significantly lower redundancy rate.

Conclusion: The redundancy rate of CHD patients were higher than the general population. Many physicians did not assess the patient's working status or made suggestions without objective assessment criterias. CHD patients should be evaluated properly and encourage them to return work.

Key words: Coronary heart disease, return to work, redundancy

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2008 yılında dünyadaki toplam 57 milyon ölümün 7.3 milyonunun koroner kalp hastalığı (KKH) nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir (1). Türkiye'de 2012 yılı verilerine göre her iki cinste en sık ölüm nedeni kalp-damar hastalıklarıdır (2). Türkiye'de 2000 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü (UHY-ME) çalışmasına göre KKH, ölümlülük yüğü en fazla olan üç hastalıktan biri olarak saptanmıştır. Ulusal hastalık yükünün %10'u kalp-damar hastalıklarına atfedilmektedir (3). Koroner kalp hastaları, tanı ve tedavi için koroner anjiyografi ya da koroner by-pass cerrahisi geçirebilmekte, bazıları ise yalnızca medikal tedavi ile izlenmektedir. Hastaların bir kısmında eşlik eden başka kronik hastalıklar olmakta, günde 3 ya da daha fazla ilaç kullanmak zorunda kalmaktadırlar. Hastaların günlük işlerini yaparken kalp hastalığına özgü zorluklar yaşamalarının yanında, çalışma yaşamları ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir(4). Hastalık sonrası çalışma yaşamındaki değişiklikleri inceleyen çalışmalarda farklı etmenler incelenmiştir. Bu etmenler hastalığın klinik özellikleri ile ilişkili olabildiği gibi sosyal, demografik ve ekonomik durumla da ilgili olabilmektedir. İşe dönüşü en çok etkileyen hastalıkla ilişkili etmenler arasında egzersiz sırasında persistan göğüs ağrısı olması, aritmi riski ve özellikle egzersiz kapasitesini etkileyen sol ventrikül fonksiyonudur. Anjiyoplastinin, koroner arter by-pass cerrahisine göre hastaların işe dönüşünü hızlandırdığı, bunun yanında hastaların işe dönüşünde uzun süreçte önemli bir farklılık yaratmadığı da bilinmektedir (5). İşe dönüş her ne kadar tedavinin başarısına bağlı olsa da, sosyoekonomik etmenler de iş değiştirme ya da işten ayrılma kararını etkilemektedir (6). Uzun süreli işten uzak kalınması hastalar ve aileleri için ekonomik olarak büyük bir yük olmaktadır. Nitel bir çalışmada işe dönmeyi etkileyen temel etmenlerin uygun çalışma koşulları, çalışanların yaklaşımları, sosyal çevrenin etkisi ve kişinin ekonomik durumu olduğu saptanmıştır (7). Kardiyovasküler olay geçiren kişilerin işi bırakmaları çevreleri tarafından çoğu zaman olağan karşılanmaktadır. İngiltere'de uzun süreli hastalık ve engellilik durumunda işe dönme oranları düşük bulunmuştur. Bu nedenle İngiltere 1990'lardan beri politikalarını bu insanların işe dönmelerini artırmayı ve yoksullaşmalarını önlemeyi amaçlayarak planlamaktadır (8). Kardiyovasküler olay geçiren hastalarda yapılan nitel bir çalışmada hastalardan bazılarının, işlerindeki stresli ortam nedeniyle kendilerini korumak için işe geri

dönmedikleri bildirilmiştir. Ayrıca, hastalıktan sonra becerilerinin yettiği düzeydeki işlerde çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (9). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1990 yılında yapılan bir çalışmada koroner kalp hastası olan bir kişinin hastalık tanısı konduğu zamandaki günlük bedensel etkinliklerini zorlanarak yapması, ileri yaşta olması, siyahi ırktan olması, düşük eğitim düzeyine sahip olması, konjestif kalp yetmezliğinin eşlik etmesi, ekstrakardiyak vasküler hastalığın eşlik etmesi, zayıf ruhsal durumda bulunması ve düşük mesleksi sınıfta olması durumunda işgücünden ayrılmaya daha yatkın olduğu bulunmuştur (10).

Yaşam beklentisi ve ileri yaşlarda çalışma oranı eskisine göre artarken 2006 yılında İngiltere'de hastalık nedeniyle 175 milyon iş günü kaybı olmuştur. Bu durum yalnızca ekonomik olarak değil sosyal olarak da anlamlı kayıplara yol açmaktadır. Uzun süreli işsizlik ve hastalığa bağlı işe devamsızlığın bireye ve topluma olumsuz etkileri olmaktadır. Günümüzde bazı kronik hastalığı olan çalışma yaşındaki kişiler çalışmaya uygun olmadıklarını düşünmekte ve iş yaşamından uzaklaşmaktadırlar. Özellikle de ailesinde kendinden başka çalışan kişi olmayan kronik hastalar düşük gelirli olmakta ve yoksullukla mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca ailesinin gelir düzeyi düşük olan kişilerin çocuklarının sağlık düzeylerinin daha düşük olduğu da kanıtlanmıştır. Bu nedenle sosyal adaleti ve ekonomik gelişmeyi sağlamak için çalışma yaş grubundaki kişilerin sağlığını geliştirmenin toplumsal bir önemi vardır (11).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Kalp Hastalıkları Epidemiyolojisi

Özellikle gelişmiş ülkelerde 1960'lardan sonra KKH insidans hızlarında önemli düşmeler gözlenmiştir. 1990'lara kadar ABD ve Batı Avrupa'da düşme devam ederken Doğu Avrupa'da KKH hızlarında artma devam etmiştir (12). Gelişmiş ülkelerde KKH mortalitesi ve insidansı son yıllarda her ne kadar azaldıysa da, KKH 35 yaş üstü ölümlerin yaklaşık üçte birinin sorumlusu olmaya devam etmektedir (13). Ayrıca, orta yaşlı erkeklerin yaklaşık %50'sinde, kadınların ise yaklaşık %30'unda koroner kalp hastalığına bağlı bulgu gelişme riski olduğu tahmin edilmektedir (14). Avrupa'da her yıl 1.8 milyon insan KKH nedeniyle ölmekte ve bu ölümler tüm ölümlerin beşte birini oluşturmaktadır (15). Bunun yanında KKH mortalitesinin azalması, büyük oranda akut koroner olay sonrası tedavinin gelişmesi ve koruyucu girişimlerin yaygınlaşmasına bağlanabilir (16). Özellikle Türkiye'de 1995-2008 yılları arasında KKH mortalitesi azalmasının %42'si önemli kardiyovasküler risk etmenlerinin (sigara kullanımı, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, obezite ve sedanter yaşam) azalmasına atfedilirken, %47'si ise tıbbi ve cerrahi tedavilerdeki gelişmelere bağlanmıştır (17). Mortalitenin azalması, yaşam sürelerinin uzamasına neden olmakta ve bu durum KKH prevalansının artışına katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde KKH insidansı düşmeye devam etse de toplum yaşlanması ve göç nedeniyle koroner olayların dolayısıyla KKH prevalansının ilerleyen süreçte önemini koruyacağı öngörülmektedir (16).

KKH yalnızca gelişmiş ülkelerin sağlık sorunu değildir. Günümüz verilerine göre KKH görülme sıklığı gelişmekte olan ülkelerde de artmaktadır. Hazır yemek ya da fast-food tüketiminin tüm dünyaya yayılması ve hareketsiz yaşamın artması, gelişmekte olan ülkelerde KKH insidansının artmasının en önemli nedenleri olarak gösterilmektedir (16). Diğer taraftan gelişmekte olan ülkelerde temiz su ve gıdaya ulaşımın sağlanması ve sağlık sistemlerinin gelişmesi ile salgın ve bulaşıcı hastalıklarda azalma olmuş ve beklenen yaşam süresi artmıştır. Beklenen yaşam süresinin artması ile gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklarda artış gözlenmektedir(18). Günümüzde birçok gelişmekte olan ülkede KKH önemli ve büyüyen bir sorundur. Düşük gelirli ülkelerde ve toplumlarda KKH prevalansının arttığı, kardiyovasküler ölümlerin %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde

gerçekleştirdiği bilinmektedir. 1990'lı yıllarda gelişmekte olan ülkelerdeki KKH prevalanslarının ortancası yaklaşık %7.65 iken 2000'li yıllarda %7.7'e yükselmiş, gelişmiş ülkelerdeki ise yaklaşık %13.6'dan 6.03'e düşmüştür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler birlikte değerlendirildiğinde KKH prevalanslarının ortancasının 1990'lı yıllardan 2000'li yıllara kadar yaklaşık % 8.2'den % 6.2'ye düştüğü gözlenmiştir. Buna göre gelişmekte olan ülkelerde KKH prevalans artışının, gelişmiş ülkelerde ise azalışının devam etmesi beklenmektedir (19). Birçok gelişmekte olan ülkede risk etmenlerindeki ve KKH insidans hızındaki artış, kronik hastalıkları yönetmek için gerekli olan politikaların geliştirilmesinden, sağlık sisteminde gerekli düzenlemelerin yapılmasından ve insangücünden daha hızlı olmaktadır. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerdeki KKH epidemisi gelişmiş ülkelere farklı olarak artma eğilimindedir (18). Bugünkü KKH sıklığı eğimine göre yapılan bir tahminde, gelişmekte olan ülkelere 1990'dan 2020 yılına kadar kadınlarda %120, erkeklerde ise %137 artış beklenmektedir(20).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde KKH sıklığının 2008 yılından 2012 yılına kadar erkek ve kadınlarda sırasıyla yılda 0.51 ve 0.96 azaldığı görülmüştür(21). Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada, Türkiye'de 30 yaş üstü KKH sıklığı 2011 yılında erkeklerde %6.1 ve kadınlarda %3.3 olarak saptanmıştır (22). Türkiye'de KKH mortalitesi ise 1994 yılına kadar artmış, 1994-2008 yılları arasında azalma sürecine girmiştir(23). Türkiye gelişmekte olan bir ülke olmasının yanında, hastalık sıklıkları bakımından her geçen gün gelişmiş ülkelere benzeme eğilimindedir.

2.2. Toplum Yaşlanması, Kronik hastalık ve Engelliliğin Çalışma Yaşamındaki Rolü

DSÖ yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (24). Nüfusun yaşlanması doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına, yani doğurganlık ve ölümlülüğe büyük oranda bağlıdır. Türkiye'de 1970'lerden başlayarak doğurganlık ve ölümlülük düzeyindeki azalmalara bağlı 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı artmıştır. 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfustaki payı 1940 yılında %3.5 iken, 2014 yılında ise %8.0 olmuş, yapılan projeksiyonlara göre de bu oranın 2023 yılında % 10.2 olması beklenmektedir. Bu duruma göre Türkiye'nin hızla yaşlanmakta olduğu söylenebilir (25). Toplum yaşlanması ile birlikte erişkin yaş grubunun da nüfusu artmaktadır.

15-65 yaş arası çalışma yaşı olarak tanımlanmaktadır. Bu yaş grubunda KKH sıklığı göz ardı edilmeyecek düzeydedir. 2011 yılında yapılan bir çalışmada, Türkiye'de KKH sıklığı erkeklerde 35-44 yaşta %1.2, 45-54 yaşta %5.0 ve 55-64 yaşta %10,9'dur. Kadınlarda KKH sıklığı ise 35-44 yaşta %0.5, 45-54 yaşta %2.0 ve 55-64 yaşta %6,9 bulunmuştur (26). Özellikle 45-64 yaş arasında erkeklerde daha fazla olmak üzere KKH varlığı önemli bir yer tutmaktadır.

Bunun yanında Türkiye'de emeklilik yaşı 2006 yılında yapılan bir yasa değişikliği ile kademeli olarak ilerleyecek şekilde 65 yaşına kadar yükseltilmiştir (27). Bu durum geçmiş dönemlerde daha genç yaşlarda emekli olabilen kişilerin emekli olamamasına ve artan KKH riski ile birlikte çalışmaya devam etmelerini de gerektirmektedir.

Bu nedenle KKH olan ve çalışmaya devam eden bireylere destek olmak için sosyal devlet anlayışı içinde sağlık, ekonomi, çevre ve sosyal alanları kapsayan farklı düzenlemeler yapılarak ve karşılaştıkları sorunlarla mücadele etmek gereksinimi doğmaktadır.

Birçok Avrupa ülkesinde beklenen yaşam süresinin uzaması ve gelişmiş yaşam koşullarına rağmen kişilerin ücretli bir işte geçirdikleri ortalama zaman, özellikle de yaşlılarda çalışma yaşamına katılım gün geçtikçe azalmaktadır. Bu durum genç insanların çalışma yaşamına daha çok girmesini sağlamakla birlikte çok sayıda yaşlanan kişinin çalışma yaşamından erken ayrılmasına neden olmaktadır (28).

Yaştan dolayı emekli olamadan çalışma yaşamından erken ayrılma durumu, kişileri gelir için başka kaynaklar bulmaya yöneltmektedir. Avrupa'da çalışma yaşamından erken ayrılma ve yaşa bağlı emeklilik arasında köprü oluşturacak birçok yol bulunmuştur. Ülkeler yaşlı, engelli ya da kronik hastalığı olan kişiler için kendi yapılarına ve ülkedeki uygulanabilirliğine göre farklı sosyal güvenlik çözümleri üretmişlerdir. Sosyal güvenlik sistemleri genellikle yaşlı ve hasta kişileri çalışma yaşamından dışlamakta iken, bu kişilerin çalışmalarını destekleyen yöntemler geliştirilmiştir. Birçok ülkede hastalık nedeniyle çalışma kapasitesi azalmış kişiler, engellilik maaşı ya da bazı ayrıcalıklarla sosyal güvenlik sistemleri tarafından desteklenmiştir. Bu durum Avrupa'da 1980-1990 yılları arasında çok sayıda insanın çalışma yaşamından hastalığa bağlı erken ayrılmasına neden olmuştur. Bu alanda çalışan bilim adamları engellilik ve kronik hastalık nedeniyle ayrılan maaş giderlerinin kontrol edilemez şekilde arttığını belirtmektedirler (28).

Türkiye'de engellilerin sosyal güvenlik kapsamında korunması için bazı düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle son yıllarda engelli istihdamının artırılması için önemli aşamalar kaydedilmiştir. Türkiye'de engellilere vergi avantajları, erken emeklilik, sosyal güvencesi yoksa aylık bağlanması, kamuda ve özel sektörde işçi olarak çalışabilme olanağı gibi haklar sağlanmaktadır. Birçok ülkede ise vergi düzenlemelerinin yanı sıra, engellilerin sosyoekonomik açıdan hayata uyum sağlamaları için bazı düzenlemeler yapıldığı bilinmektedir (29). Kanunda, engelli kişi “Doğuştan veya sonradan, herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini, çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve koruma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, bir kişiye engelli denilebilmesi için sağlık kuruluşundan alınan raporla kanunda belirtilen yeterli engellilik yüzdesini karşılayabilmesi gereklidir (30). Ancak bu şartlarda sosyal güvenlik sisteminin engellilere tanıdığı haklardan faydalanılabilmektedir. Türkiye’de kamu sektöründeki %4 ve özel sektördeki % 3 engelli çalıştırma oranı zorunluluğu, OECD ülkelerinin geneline göre düşük kalmaktadır (29). Bunun yanı sıra engellilik oranını sağlayamadığı halde kronik hastalığı ya da sağlık sorunu nedeniyle işgücüne katılamadığı gibi, sosyal güvenlik düzenlemelerinden de yararlanamayan kişiler bulunmaktadır. Ülkemiz için asıl sorun engelli olarak tanımlanamadığı halde kronik hastalıkları nedeniyle çalışma yaşamının dışına itilen dezavantajlı gruplardır. 2011 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre herhangi bir sağlık sorunu olmayanların işgücüne katılım oranı %56.6 bulunurken, kronik hastalıkla ilgili sağlık sorunu olanların işgücüne katılım oranı %40.0, kalp-damar hastalığı ile ilgili sağlık sorunu olanların işgücüne katılım oranı %31.7 olarak bulunmuştur (31). Buradan da anlaşılabileceği gibi kronik hastalığı ya da kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin sağlık sorunu olmayanlara göre işgücünden ayrılma oranları daha yüksektir.

2.3. Kronik Hastalık ve Çalışma Yaşamı Katılımı

Birçok OECD ülkesinde hastalık ve engellilik politikaları ülke ekonomisi için göz önünde bulundurulmuş önemli politikalar arasına girmiştir. Bu ülkelerin çoğunda hastalık ve engellilik nedeniyle alınan maaşlar bu kişilerin temel geçim kaynağı olmakta ve kronik hastalığı olanlarda çalışma oranının çok düşük olduğu belirtilmektedir. Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde uzun süre işsiz kalan kişilerin kronik hastalıklarının da olması durumunda engellilere sağlanan yardımlara başvurma olasılıklarının arttığı görülmüştür. Sağlık sorunları olan birçok kişinin çalışabilir durumda olduğu ve aslında kendisine uygun işlerde çalışmaya istekli oldukları bilinmektedir. Bunun yanında tamamen çalışamayacak durumda olan kişilerin sosyal politikalarla desteklenmesi kaçınılmazdır. Bu konuya hem toplumun hem de kişinin kazanabileceği şekilde yaklaşmak en uygun çözüm gibi görünmektedir. Kronik hastalığı olan kişilerin çalışması, bu kişilerin toplumdan soyutlanmalarına engel olmasının yanında gelir düzeylerinin artmasına da neden olacak, aynı zamanda uzun süreçte işgücünün ve ekonominin gelişmesini sağlayacaktır (32).

Sağlık problemi olan birçok kişi çalışma yaşamından sürekli olarak uzaklaşırken, çok azı azalmış iş kapasiteleriyle çalışmaya devam etmektedirler. Bu sosyal ve ekonomik sorun neredeyse tüm OECD ülkelerinde yaşanmaktadır. Ekonomi ve işgücü piyasasındaki değişiklikler sağlık sorunu olan kişilerin işe dönmelerini ya da çalışmayı sürdürmelerini daha da zorlaştırmaktadır. Bu kişilerin ekonomik olarak bağımsız olabilmeleri ve hastalıkları nedeniyle işgücünden dışlanmamaları için en iyi yol, yapabildikleri ve yapmak istedikleri işlerde çalışmalarını sağlanarak çalışma yaşamına tekrar katılmalarıdır. Kişilerin uygun işte çalıştırılarak çalışma oranlarının artırılması sosyal yaşama ayak uydurmalarını ve fakirlik risklerinin azalmasını sağladığı gibi kişilerin ruhsal sağlığını da geliştirmektedir (32). Sosyolojik ve tıbbi çalışmalarda işsizliğin ruhsal ve fiziksel sağlığı olumsuz etkilediği, mortaliteyi artırdığı bilinmektedir. Öyle ki işsizlik öncesinde sağlık sorunu olmayan bazı kişilerde iş yitimi sonrasında serum ürik asit, kolesterol, norepinefrin ve kan basıncında artış olduğu, işe dönüş ile bu düzeylerin normale döndüğü gösterilmiştir (33). İleriki yıllarda toplum yaşlanması nedeniyle kronik hastalığı olanların işgücüne katılımlarının ülkelerin refah düzeylerinin yükselmesi açısından daha da önemli bir rol oynayacağı

düşünülmektedir. Bu anlamda yeni politikalar belirlenirken, gerçekten çalışamayacak derecede engeli bulunan kişilere yeterli sosyoekonomik desteğin verilmesinin yanında çalışabilecek durumda olanların çalışmaya özendirilmesi ve desteklenmesi gerektiği konusu göz ardı edilmemelidir (32).

2.4. Sosyoekonomik Durum ve Sağlığın Çalışma Yaşamından Ayrılmaya Etkisi

Birçok çalışmada kronik hastalık, kötü sağlık koşulları ya da algısının çalışma yaşamından erken uzaklaşmaya neden olduğu kanıtlanmıştır (34-37). Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise kişilerin kronik sağlık sorunu sayısı arttıkça çalışma oranlarının yanında haftalık gelir düzeylerinin de anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (38). Dahası değişik sosyoekonomik gruplardaki kişilerin farklı işlerde çalıştıkları ve maruziyetleri nedeniyle sağlık durumlarının farklı olduğu bilinmektedir (39). Eğitim ve gelir düzeyi düşük kişilerin daha çok sigara içtiği ve bu kişilerde kronik hastalıkların daha sık görüldüğü gösterilmiştir (40). Beklenen yaşam süresinde genel olarak artış gözlenmesine rağmen, bu durum toplumun her kesiminde aynı değildir. Eğitim düzeyi, mesleki sınıfı ve gelir düzeyi düşük olan kişiler erken yaşta ölmeye ve birçok sağlık sorunuyla erken yaşta karşılaşmaya daha eğilimlidirler. Bu durumda sosyoekonomik bakımdan kötü durumda olan kişilerin kronik sağlık sorunlarıyla emeklilik yaşından önce karşılaşma olasılığı yüksektir. Üstelik farklı sosyal sınıflardaki kişilerin sağlık sorunuyla karşılaştıklarında işgücü dışında kalma durumları da farklılık gösterebilir. Çalışanlar, erken emeklilik, malulen emeklilik ya da işsiz kalma gibi durumlarla işgücünden ayrılabilirler (41). Hollanda'da yapılan 10 yıllık bir kohort çalışmasında kişinin sağlığın kötü olmasının işsizlik, maluliyet ya da erken emeklilik nedeniyle işgücünden ayrılmasında etkili olduğu, sağlık durumuna göre düzeltilğinde ise düşük sosyoekonomik statüde bulunmasının kişinin işgücünden özellikle işsizlik ve malulen emeklilik yoluyla ayrılmasını artırdığı, gelir düzeyinin düşük olmasının ise erken emekliliği önlediği gösterilmiştir. Düşük sosyoekonomik durumdaki kişiler işsizlik maaşı alarak, malulen emeklilik yoluyla ya da hiçbir geliri olmadan işgücünden ayrılmaya daha yatkındır. Bu çalışmaya göre sağlık durumu kötü olanlar işsizlik ya da malulen emeklilik sonrası daha çok işe dönmemekte ve işe dönme durumları sosyoekonomik durumdan etkilenmemektedir (41). İngiltere'de sağlık çalışanlarında, sağlığının kötü olması nedeniyle erken emekli olanların yaşları azaldıkça, mesleki sınıfları yükseldikçe, zihinsel ve fiziksel yaşam kaliteleri arttıkça

işe dönme oranlarının da arttığı gözlenmiştir (42). İş bulma merkezine başvuran işsizlerde yapılan bir çalışmada ise kendi algısına göre sağlık durumu kötü olanların yeniden gelir getirici bir işte çalışma oranları düşük bulunmuştur. Bunun yanında genel sağlığı, fiziksel ve zihinsel kapasitesi yüksek olanların yeniden çalışmaya daha yatkın olduğu, bu durumun ise eğitim düzeyinden etkilenmediği bilinmektedir (43). Bu kişilerin işe dönmelerini sağlamak için girişim yapıldığında sosyal statünün işe dönme üzerine etkisi ortadan kalkmaktadır. Bu nedenle işgücünden ayrılanların iş yaşamına geri kazandırılmaları için kişilere uygun iş bulunması eşitsizliklerin ve yoksulluğun ortadan kaldırılmasında da önemli rol oynayabilir.

OECD ülkelerinde yapılan bir çalışmada kronik hastalık ya da başka bir nedenle engelli olan çalışma yaş grubundaki kişilerin, hiçbir sağlık sorunu olmayan kişilere göre yoksulluk riskinin daha fazla olduğu görülmektedir. Özellikle ABD, Avustralya, İrlanda, Kore ve Kanada'da bu fark çok belirginken, İsveç, Norveç, Çek Cumhuriyeti ve Hollanda'da çok küçük farklılıklar vardır (32).

2.5. Koroner Kalp Hastalığı ve Toplumsal Cinsiyet Roller

Kardiyak olay geçirdikten sonra birçok kişi eşleri, aileleri ve iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde ve toplumsal rollerinde bazı değişiklikler yapmak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle kadınların kendilerini çocuklarının bakımına muhtaç kalmaktan dolayı rahatsız hissettikleri, ailelerine sorun olmamak için hastalıkla ilgili bulgularını mümkün olduğu kadar belli etmemeye çalıştıkları bilinmektedir. KKH olan kadınlar genellikle ev işlerini yaparken doktorlarının önerisine rağmen başkalarından yardım istememektedirler. Ev dışında çalışan kadınlar için ise ücretli çalıştıkları işten ayrılmak, evdeki işlerini yapmayı bırakmaktan daha kolay gelmektedir (44). Bir çalışmada kadınlardan biri koroner olay sonrası hastanede kaldığı sürede eşi ve çocuklarının kendisi olmadan evle ilgili işlerle nasıl başa çıkabildikleri konusunda endişelendiğini dile getirmiştir (45). Bazı çalışmalarda kadın hastalar eşlerinden destek göremediklerini, bazıları ise eşleri hastalıkları konusunda çok anlayışlı davrandığı için övündüklerini belirtmişlerdir (46, 47). Erkek hastaların ise aile bireylerinin kendilerine gösterdikleri özenden oldukça memnun oldukları, yaşam şekillerini değiştirerek eşleriyle birlikte daha çok zaman geçirmeye ve evde kalmaya yatkın oldukları bilinmektedir. Buna rağmen, erkekler de işsiz kalmaktan ve başkaları tarafından fiziksel olarak zayıf, yetersiz ve aciz gibi tanımlanmaktan korkmaktadırlar

(44). Bazı erkeklerin böyle düşünülmesini önlemek için ağırlık taşıma gibi eylemlere özellikle katıldığı, bazı ailelerde ise erkeklerin hasta olmasından sonra kadınların evdeki ağır işleri de üstlendiği bilinmektedir (48, 49). Erkekler toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle hastalıklarıyla ilgili daha ketum davranmakta ve kardiyak rehabilitasyon ya da desteğe gereksinimlerini farketmemektedirler (50). Özellikle çekingen ve erkeğe yakışmayan şekilde korktuklarının düşünülmemesi için bazı erkekler sağlık sorunları hakkında konuşulmasını istememektedir. Çünkü toplumsal cinsiyet rollerine göre erkeğin sürekli olarak sağlıklı ve üretken olması beklenmektedir (51). Sosyal roller kişilerin hastalık tanısıyla birlikte yaşamlarını düzenlemelerini oldukça etkilemektedir. Birçok kadın kalp hastası için aile sorumluluklarını yerine getirmek ve önerilen sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamak daha zorken erkekler hastalıkları nedeniyle işten kalma endişesi yaşamaktadırlar (52). Türkiye'de yapılan bir çalışmada birçok erkek hastanın myokard infarktüsü tanısı sonrası çalışmaya devam ettiği, ancak eskisine göre daha az çalıştığı belirtilmiştir. Erkekler ailelerine ekonomik olarak baklamakla sorumlu olduklarını, kendilerinin çalışmaması durumunda zorluk yaşayacaklarını belirtmekte, bu nedenle işlerinden ayrılamayacaklarını söylemektedirler. Bazı erkek hastalar Türk geleneklerine göre çalışmanın ve ekonomik olarak ailesine bakmasının kendi görevi olduğunu, bu nedenle eşi çalışsa bile onun kazancıyla yaşayamayacağını belirtmiştir (53).

2.6. Koroner Kalp Hastalığı Tanısıyla Çalışma Yaşamı

Nitel bir araştırma sonucuna göre hastalığa bağlı bulgularının olmamasının, işin kişiye göre düzenlenmesinin, iş arkadaşı desteğinin, doktor tarafından hastalığı ile ilgili uygun bilgilendirilmiş olmanın, tedavinin olumlu sonuç vermesinin, aile ilişkilerinin iyi olmasının, çalışmadığı durumda gelirin yetmeyeceğini düşünmesinin ve çalışma motivasyonunun yüksek olmasının KKH tanısı sonrası işe geri dönmeyi kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Bunun yanında fiziksel ve zihinsel kapasitesinin yetersiz olduğunu düşünme, ek hastalık varlığı, düşük çalışma motivasyonu, ilaç yan etkisi, hastalığa bağlı bulguların varlığı, yeterli ve zamanında tedavi alamama, işteki taleplerin yüksek olması, işverenin olumsuz yaklaşımı, özgüven eksikliği ve kendini hasta hissetme gibi durumların işe dönmeyi engellediği de belirtilmektedir (54). KKH tanısı sonrası birçok hasta çalışma yaşamına dönmeme nedeni olarak kendini

yorgun hissetme, ek hastalık varlığı, emekli olma şansının olması veya işten atılma gibi durumları göstermişlerdir (54).

Bir çalışmada koroner olay geçirme sonrası işe geri dönenlerle dönmeyenler arasında yaş, cins, etnik köken, eğitim durumu ve medeni durum bakımından fark saptanmazken (55), birçok çalışmaya göre yaş ilerledikçe MI sonrası çalışma yaşamına geri dönmeme olasılığının arttığı bilinmektedir (56-65). Özellikle kadınların ve ekonomik durumu kötü olanların MI sonrası daha çok emekli oldukları görülmüştür (57, 64). Bir çalışmada sosyoekonomik statüsü yüksek kişilerin KKH tanısı sonrası işe dönme şanslarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (61, 66). Mavi yakalı çalışanların çalışma hayatına geri dönmeme riski beyaz yakalılardan iki kat fazla bulunmuştur (64).

Akut koroner olay geçirme sonrası BKi, sigara ve alkol kullanımı gibi yaşam tarzı ile ilgili etmenler ile işe dönme arasında ilişki bulunmazken, bedensel etkin olmayanlarda işe dönme oranının daha düşük olduğu bilinmektedir (55). Özellikle MI sonrası bedensel olarak sağlıklı ve etkin olmanın işe dönmeyi artırdığı saptanmıştır (62).

Tedavilere göre değerlendirildiğinde, koroner anjiyoplasti ve koroner arter by-pass cerrahisinin hastaların işe dönüşünde uzun süreçte önemli bir farklılık yaratmadığı da bildirilmektedir (5, 67). Bunun yanında aritmi, anjina gibi fiziksel şikayetlerinin olmasının (55, 68), kalp yetmezliği (57, 59, 69) ve ek hastalık varlığının (59) çalışma yaşamına dönmeyi anlamlı olarak azalttığı bilinmektedir.

Kişilerin MI sonrası duygu durumları, hastalıklarını nasıl algıladıkları ve tutumları işe bakış açılarında özellikle önemli değişiklik yaratmaktadır (70-72). Özellikle kişinin kendini kardiyak sorunu nedeniyle engelli olarak hissetmesi klinik durumundan bağımsız şekilde çalışmaya dönmesini engellemektedir (65). Bunun yanında dışa dönük kişilikteki hastaların MI sonrası işe geri dönmeye daha yatkın olduğu gösterilmiştir (63). Birçok çalışmada depresif duygu durumu varlığının diğer sosyodemografik ve klinik etmenlerden bağımsız olarak KKH tanısı sonrası çalışma yaşamına dönmeyi olumsuz etkilediği bilinmektedir (55, 62, 63, 71). Bir çalışmada ise anksiyete atağı geçirenlerin MI sonrası emekli olma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (57).

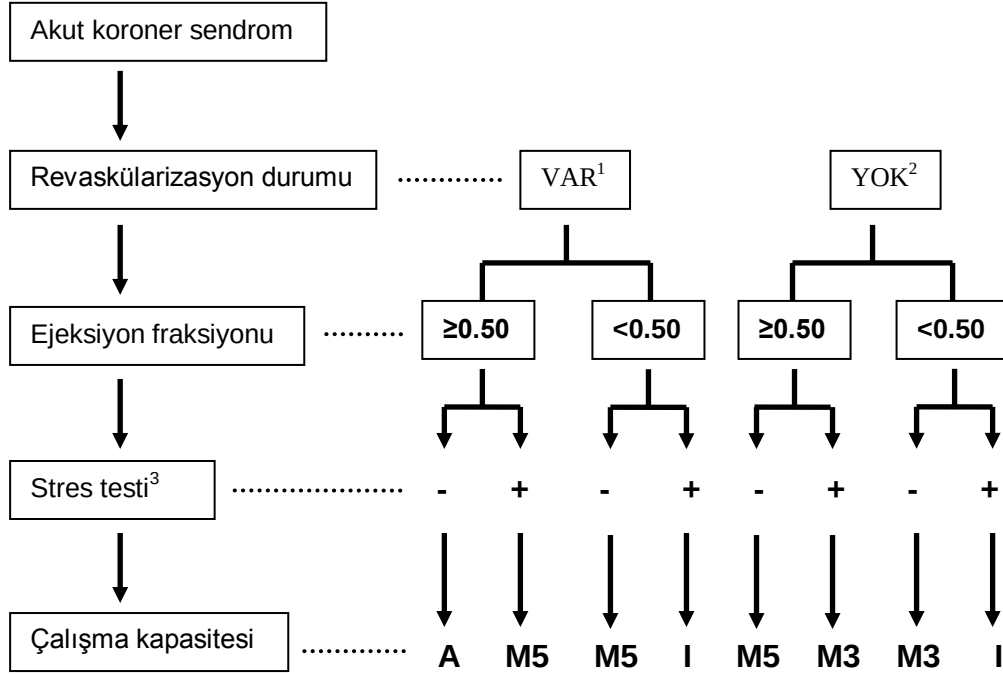
Yaş ve işteki aktivite düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuş, daha yaşlı kalp hastalarının işte daha az aktivite yaparak çalışmayı sürdürdükleri gösterilmiştir (63). İşte kendilerinden beklenen fiziksel talepleri yüksek olan hastalar büyük oranda işe geri dönmezken, hafif işlerde çalışan ve işe dönme motivasyonu daha yüksek olan hastaların işe dönme olasılıkları daha fazla bulunmuştur (67). Bir çalışmada özellikle kalp yetmezliği olan hastalarda işte fiziksel taleplerin ağır olması MI sonrası emekli olmayla ilişkili bulunmuştur (57). İşteki fiziksel taleplerin ve iş stresinin düşük olması hastanın işe kaldığı yerden devam etmesini kolaylaştırmaktadır (57, 59, 61, 68). İş stresi modeline göre işte yüksek talep ve düşük kontrolü olanların KKH sonrası işe dönmeme riskleri diğer tüm gruplardan fazla bulunmuş, işyeri adaletsizliğinin ise hastalık sonrası işe dönmeyi olumsuz etkilediği görülmüştür (73). Bunun yanında iş doyumunu yüksek olanlarda MI sonrası işe dönme oranları, düşük ve orta olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (69).

Birçok hastanın ailesi işe dönmesinden bağımsız olarak KKH olan hastalara destek olmaktadır. Bir çalışmada sosyal destek düzeyinin işe dönmede anlamlı etkisinin olmadığı, ancak sosyal desteği düşük olan MI hastalarının daha geç işe başladıkları bulunmuştur (63). Bununla beraber, iş arkadaşlarının hastanın çalışmaya geri dönmesine olumlu yaklaşması ve destek olmasının işe dönmeyi anlamlı olarak artırdığı bilinmektedir (72, 74). KKH tanısı sonrası işe dönmeme nedenlerinden en yaygını hastanın kendi kararı (%45.0) iken, ikinci en sık neden doktorunun çalışmaya devam etmemesini önermesi olarak bulunmuştur (%22.5) (69). Bir çalışmada diğer tüm etmenlere göre düzeltildiğinde yalnızca doktorun çalışma durumu ile ilgili önerisi ile MI sonrası işe dönme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (74). Bunun en önemli nedeninin doktorun hastasının sosyodemografik, fiziksel, klinik ve psikolojik durumuna uygun karar vermesi olduğu düşünülmektedir. Buna göre doktorun hastasının çalışma yaşamıyla ilgili önerisi işe geri dönmede en önemli belirleyici etmen olarak görülmektedir (65, 74).

Bu bulguların yanında makroekonomik etkenlerin de işe dönme ya da çalışma yaşamı dışında kalmaya etki edebileceği akılda tutulmalıdır. Ülkedeki işsizlik oranları, iş güvencesi durumu, çalışılan sektör ve iş bulma olanakları gibi pek çok makroekonomik koşul hastaların işe dönme motivasyonlarını etkileyebilir. Benzer şekilde kardiyak rehabilitasyon programlarının sigortalarca karşılanması, kardiyoji

kliriklerinde protokollerinin uygulanması etkili olabilir. Örneğin Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun Şekil 1'de gösterildiği gibi işe dönüş protokolü önermektedir. Bu klinik duruma göre yapılan değerlendirmede akut koroner sendrom geçiren kişilerde sırasıyla revaskülarizasyon etkinliği, ejeksiyon fraksiyonu, stres testi ve çalışma kapasitesi MET skoruna göre değerlendirilmektedir (75). Ülkemizde buna benzer bir protokolün uygulanmamasının yanında kardiyak rehabilitasyon programı uygulayan kurum neredeyse yok denecek kadar azdır. Öncelikle bu hastaların hem günlük hem de çalışma yaşamlarına uygun şekilde dönebilmeleri için bu programların yaygınlaştırılması ve ulaşılabilir hale getirilmesi gerekmektedir.

Şekil 1. Koroner kalp hastalarının işe dönme durumunun netleştirilmesi için kardiyak değerlendirme protokolü (75)



Şekil açıklamaları:

1-Tamamen ya da klinik olarak anlamlı, perkütan ya da cerrahi

2-Revaskülarizasyon gerçekleşmemiş, suboptimal, klinik ya da anatomik kriterlere uygun değil

3-Egzersiz stres testi değerlendirmesi; klinik ya da EKG anormalliklerinin 7'nin üzerinde olması negatif olarak değerlendirilir

A-Herhangi bir iş için uygun

M5- 5MET skorundan daha az fiziksel aktivite gerektiren işleri yapabilir

M3- 3MET skorundan daha az fiziksel aktivite gerektiren işleri yapabilir

I- Herhangi bir iş için uygun değil

2.7. Kronik Hastaların Çalışma Yaşamına Katılımının Sağlanması İçin Yapılan

Girişimler

Kronik hastalığı olduğu halde çalışabilecek durumda olan birçok kişi engellilik nedeniyle emekli olmakta ve çalışma yaşamından dışlanmaktadır. Farklı ülkelerde kişilerin hastalıkları nedeniyle oluşan engelleri değerlendirilerek kişilerin kalan iş kapasiteleriyle çalışma yaşamında kalması için çaba gösterilmektedir. Özellikle kişilerin rehabilite edilmesi için kaynak sağlanmasının ve ekip desteğinin kısmi ya da tam zamanlı olarak işe dönmeyi artırdığına odaklanılmıştır.

Danimarka 2003'te yaptığı bir yenilikle daha çok kişilerin kalan fonksiyonel kapasiteleri ve yapabilecekleri işlerin belirlenmesi üzerine engellilik değerlendirmesi yapmaya başlamıştır. Bu durum değerlendirilirken, kişinin bireysel özellikleri yanında sağlık düzeyi, sosyal durumu ve çalışma yaşamı deneyimi birlikte ele alınmaktadır. Aynı şekilde Hollanda'da da kişinin fonksiyonel yetenekleri yapabileceği işin gereksinimleriyle eşleştirilerek engellilik değerlendirme yapılmakta, örneğin %35 fonksiyonel kayıpta kısmi engellilik geliri sağlanmaktadır. Macaristan ve Çek Cumhuriyeti gibi farklı ülkeler de tıbbi bakış açısından ziyade sosyal ve çalışma yaşamı içeriğine odaklanarak engellilik değerlendirme yöntemlerini değiştirmişlerdir (32).

Birçok olguda yöneticilerin işbirliği ile hastalığı olan kişilerin yeteneği ve isteğine göre işyerindeki sorumlulukları değiştirilerek çalışma yaşamı içinde kalması sağlanmaktadır. İsveç'te 'rehabilitasyon zinciri' adı verilen yenilikçi bir yaklaşım uygulanmaktadır. Buna göre hastalık nedeniyle ilk 90 gün maaş ödenmekte ve kişinin mümkünse sorumluluklarını değiştirerek işine kaldığı yerden devam edebilmesi için zaman verilmektedir. İkinci 90 günlük dönemde kişi eski işinde çalışamaz durumdaysa, aynı işyerinde farklı bir görev alması ya da başka bir işte çalışması beklenmektedir. Bu 180 günün sonunda ise hastalar işgücü piyasasında yapabilecekleri tüm işler bakımından değerlendirilmeye alınmaktadır. İsveç'te bu yeniliğin yapılmasından sonra daha öncesinde sınırsız süreli olarak maluliyet maaşına bağlananlar ile karşı karşıya gelinmiştir. Bunun yanında, hastalık nedeniyle işten kalma hızı tüm OECD ülkelerinden daha hızlı azalmaktadır. Buna göre uzun süreli hastalık tanısı alan kişilerin kendilerine uygun farklı işlerde istihdam edilmesi de önemli bir yarar sağlayabilir (32).

İngiltere'de uzun süreli hastalık ve engelliliği olanlarda çalışma hızı oldukça düşük bulunmuştur. Bu nedenle 1990'ların ortalarından başlayarak engellilerin çalışma hızlarının artırılması, maluliyetten yararlananların ve maluliyet giderlerinin azaltılması için girişimler yapılmıştır. Kronik hastalığı olanlar, hasta oldukları için değil kapasiteleri yetersiz ise malulen emekliliği hak etmeye başlamışlardır. Gerçekten etkin şekilde çalışabilecek ve malulen emeklilik gelirine gereksinimi olmayan kişilerin işe dönme kapasitelerinin etkin uygunluk testleriyle değerlendirilmesi yoluyla maluliyet giderlerini azaltmak amaçlanmıştır. Bunun yanında iş ortamında kronik

hastaların ve engellilerin dışlanmasını önlemek için yasa çıkarılmış, bu kişilerin çalışmasını artırmak için yasal ve ekonomik engellerin ortadan kaldırılması için girişimler yapılmıştır. Engelli ya da kronik hastalığı olanların çalışma koşullarını iyileştirerek çalışabilirliğini artıran işverenlere özendirici ekonomik destek sağlanmıştır. Ayrıca hastalık sonrası işe dönüşü planlanması için aracı kurumlar da oluşturulmuştur. Bunun yanında engelli ya da kronik hastalığı olan kişilerden işe dönenlere vergi indirimi, özel krediler ve avantajlar sağlanmakta, eğitim ve iş deneyimi için özel danışmanlık verilerek çalışma yaşamına dönmeleri kolaylaştırılmaktadır. Bu kişilerin sağlık durumlarını iyileştirip tıbbi rehabilitasyon alması sağlanarak çalışma yaşamında kısıtlılıklarının azaltılması amaçlanmaktadır (8).

3. AMAÇLAR

Araştırmanın amacı, koroner kalp hastalığı tanısı konan kişilerin hastalık sonrasında iş değişikliği durumları ve bunu etkileyen psikososyal, ekonomik, bireysel, klinik, çevresel ve çalışma yaşamı ile ilgili etmenleri incelemektir.

Hedefler

- 1- Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işten ayrılma oranlarının koroner kalp hastalığı olmayanlarla karşılaştırılması
- 2- Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işe dönme oranlarının hesaplanması

4. YÖNTEM

4.1. **ARAŞTIRMANIN TİPİ:** Çalışma geriye yönelik bir kohort çalışmasıdır.

4.2. **ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI:** Çalışma Ekim 2013-Haziran 2015 tarihleri arasında, Manisa'nın merkez ilçeleri olan Yunusemre ve Şehzadeler Mahallelerinde yapılmıştır.

4.3. **ARAŞTIRMANIN KOHORTU:** Manisa AHBS ve hastane kayıtlarından Manisa merkez ilçelerinde yaşayan ve 01.12.2012-01.12.2013 tarihleri arasında 30-55 yaş grubunda ilk kez koroner kalp hastalığı (ICD-10 koduna göre I20-I25) tanısı alan ve o esnada gelir getirici bir işte çalışan kişiler araştırmanın kohortunu oluşturmaktadır. ICD-10 sistemine göre I20-I25 tanı kodları alan tüm katılımcılar telefonla aranmış ve görüşmelerde doktor tarafından muayene edilip KKH nedeniyle tetkik olmuş ve tedavi edildiğini belirten kişiler KKH grubunu oluşturmaktadır. Doktor tarafından KKH tanısı almadığını belirten kişiler ise KKH olmayan grubu oluşturmaktadır.

4.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ:

4.4.1. Bağımlı Değişken

- ✓ İşten ayrılma

4.4.2. Bağımsız Değişkenler

4.4.2.1. Temel bağımsız değişken

- ✓ Koroner kalp hastalığı durumu

4.4.2.2. Tanımlayıcı değişkenler

- ✓ Yaş
- ✓ Emeklilik hakkını elde etme yaşı
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Medeni durum
- ✓ Sağlık güvencesi durumu
- ✓ Beden kütle indeksi
- ✓ Sigara kullanma durumu
- ✓ Genel sağlık algısı

4.4.2.3. Sosyoekonomik durum değişkenleri

- ✓ Eğitim durumu
- ✓ Mesleksel sınıf
- ✓ Ekonomik durum

4.4.2.4. Hane ile ilgili değişkenler

- ✓ Hanedeki kişi sayısı
- ✓ Hanede kendinden başka çalışan kişi durumu
- ✓ Hanede bakmakla yükümlü olduğu kişi durumu

4.4.2.5. İş özellikleri ile ilgili değişkenler

- ✓ İşteki alışma yılı
- ✓ İstihdam yeri
- ✓ İş güvencesi
- ✓ İşte niteliksel talepler
- ✓ İşe bağlılık
- ✓ İş doyumu

4.4.2.6. Sağlık durumu ile ilgili değişkenler

- ✓ Hipertansiyon durumu
- ✓ Diyabet durumu
- ✓ Konjestif kalp yetmezliği durumu
- ✓ İnme durumu
- ✓ Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) durumu
- ✓ Geçirilmiş myokard infarktüsü durumu
- ✓ Koroner anjiyografi yapılmış olma durumu
- ✓ Koroner anjiyoplasti yapılmış olma durumu
- ✓ Koroner bypass yapılmış olma durumu
- ✓ Kardiyopulmoner resüsitasyon yapılmış olma durumu

4.4.2.7. KKH tanısı sonrası iş yaşamı ve sosyal çevre ile ilgili değişkenler

- ✓ Çalışma yaşamındaki durumu
- ✓ İşe dönmek için kendini yeterli hissetme durumu
- ✓ İşe devam etme nedenleri
- ✓ İşvereni KKH varlığını bilme durumu
- ✓ İş arkadaşlarının KKH varlığını bilme durumu
- ✓ KKH bulgularının işe etkisi
- ✓ KKH hastalarının iş arkadaşlarına verimliliği
- ✓ KKH'lığının çalışma olanaklarına etkisi
- ✓ KKH nedeniyle damgalanma hissetme durumu
- ✓ KKH tanısı sonrası ailesinin çalışma durumuna yaklaşımı
- ✓ KKH tanısı sonrası iş arkadaşlarının çalışma durumuna yaklaşımı
- ✓ KKH tanısı sonrası doktorunun çalışma durumuna yaklaşımı

4.5. DEĞİŞKENLERİN TANIM VE ÖLÇÜTLERİ

4.5.1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni işten ayrılma durumudur. Bunun için katılımcılardan son 2 yıllık dönemde işten çıkarılanlar, kendi isteğiyle işten ayrılanlar, yaş nedeniyle ya da malulen emekli olanlar işten ayrılmış kabul edilmiştir.

4.5.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın temel bağımsız değişkeni katılımcıların KKH durumudur. ICD-10 sistemine göre I20-I25 tanı kodları alan ve görüşmelerde doktor tarafından muayene edilip KKH nedeniyle tetkik olmuş ve tedavi edilmiş kişilerin KKH olduğu kabul edilmiştir. Bunun dışında doktor tarafından KKH tanısı almamış kişilerin ise KKH olmadığı kabul edilmiştir.

Tablo 1, 2, 3, 4, 5 ve 6'da sırasıyla tanımlayıcı, sosyoekonomik durum, hane ile ilgili, iş özellikleri ile ilgili, sağlık durumu ile ilgili ve KKH tanısı sonrası iş yaşamı ve sosyal çevre ile ilgili değişkenlerin özetleri yer almaktadır.

Tablo 1. Tanımlayıcı değişkenlerin özeti

Tanımlayıcı değişkenler			
Değişken adı	İşlevsel tanım	Kaynak	Ölçüm şekli
Yaş	Yüz yüze görüşme sırasında saptanan yaşı değerlendirilmiştir.	Anket	Sürekli / Kesikli
Cinsiyet	Katılımcının cinsiyeti tanımlanmıştır.	Anket	Dikotom (erkek/ kadın)
Emeklilik hakkını elde etme durumu	Kendi bildirimine göre kişinin maaşlı emekliliği hak etme yaşı sorulmuştur. Maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)
Medeni durum	Medeni durumunuz nedir?" sorusuna verilen yanıtı dayanmaktadır. Değişken dört kategoriden oluşmaktadır: Hiç evlenmemiş, dul, boşanmış, evli. Veriler sunulurken evli ve bekar olarak değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evli/ bekar)
Sağlık güvencesi durumu	Katılımcının kendi bildirimine göre sağlık güvencesi varlığı sorulmuştur.	Anket	Dikotom (var/yok)
Beden kütle indeksi	Katılımcının kendi bildirimiyle öğrenilen ağırlığının boyunun karesine bölümü ile elde edilmiştir (kg/m ²).	Anket	Sürekli
Obezite sınıflaması	DSÖ sınıflandırmasına göre beden kitle indeksi <18.50 olanlar zayıf, 18.50-24.99 olanlar normal, ≥25-29.99 olanlar fazla kilolu, ≥30 olanlar obez olarak değerlendirilmiştir. Veriler sunulurken zayıf ve normal, fazla kilolu ve obez olarak 3 grupta değerlendirme yapılmıştır.	Anket	Kesikli (zayıf/ normal/ Fazla kilolu/ obez)
Sigara kullanma durumu	Yüzyüze görüşme esnasında düzenli olarak günde en az bir sigara kullanıyor olmak sigara kullanımı varlığı şeklinde tanımlanmıştır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Genel sağlık algısı	'Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna verilen yanıtı dayanmaktadır. Değişken beş kategoriden oluşmaktadır: Çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü. Veriler sunulurken çok iyi ve iyi, orta, kötü ve çok kötü diye 3 grup olarak değerlendirilmiştir.	Anket	Kesikli (iyi/ orta/ kötü)

Tablo 2. Sosyoekonomik durum değişkenlerinin özeti

Sosyoekonomik durum değişkenleri			
Değişken adı	İşlevsel tanım	Kaynak	Ölçüm şekli
Eğitim durumu	“En son hangi okulu bitirdiniz?” sorusuna verilen yanıtı dayanmaktadır. Değişken 5 kategoriden oluşmaktadır: Okur-yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, yüksek lisans ve üstü mezunu. Veriler sunulurken ortaokul ve altı mezunu, lise mezunu ve yüksek lisans ve üstü mezunu olarak değerlendirilmiştir.	Anket	Kesikli (Ortaokul ve altı/ lise/ yüksek lisans ve üstü)
Mesleki sınıf	“Ne iş yapıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların tek tek meslekleri değerlendirilerek mavi yakalı ve beyaz yakalı olarak kategorize edilmiştir.	Anket	Dikotom (var/yok)
Ekonomik durum	Hane gelirinin hanedeki kişi sayısının kareköküne bölünmesiyle elde edilen sayıların tertillerine göre düşük, orta ve yüksek diye 3 grup olarak değerlendirilmiştir.	Anket	Kesikli (düşük/ orta/ yüksek)

Tablo 3. Hane ile ilgili değişkenlerin özeti

Hane ile ilgili değişkenler			
Değişken adı	İşlevsel tanım	Kaynak	Ölçüm şekli
Hanedeki kişi sayısı	Tanı anındaki hanedeki kişi sayısı	Anket	Sürekli / Kesikli
Hanede kendinden başka çalışan kişi durumu	'Hanede sizden başka gelir getirici bir işte çalışan kişi var mı?' soruna verilen yanıtı dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Hanede bakmakla yükümlü olduğu kişi durumu	'Hanede sizden başka bakmakla yükümlü olduğunuz kişi var mı?' soruna verilen yanıtı dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)

Tablo 4. İş özellikleri ile ilgili değişkenlerin özeti

İş özellikleri ile ilgili değişkenler (Bu bölümde iş değişikliği yoksa katılımcının çalıştığı son işin özellikleri, iş değişikliği varsa iş değişikliği yapmadan önceki işinin özellikleri değerlendirmeye alınmıştır.)			
Değişken adı	İşlevsel tanım	Kaynak	Ölçüm şekli
İşteki çalışma yılı	Halen devam ettiği ya da daha önceki işindeki çalışma yılları sorulmuştur. Veriler sunulurken 5 yıl ve altı, 5 yıl üstü diye 2 grup olarak değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (5 yıl ve altı/ 5 yıl üstü)
İstihdam yeri	Halen devam ettiği ya da daha önceki işteki istihdam yerleri sorulmuştur. Veriler sunulurken kamu ve özel olarak değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (kamu/ özel)
İş güvencesi	'Halen devam ettiğiniz ya da daha önceki işinizde iş güvenceniz olduğunu düşünüyor muydunuz/musunuz?' sorusuna verilen yanıtı dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
İşte niteliksel talepler	İşteki niteliksel talepler olarak tanımlanmıştır. Ölçekte 4 soru bulunmaktadır. Yanıt seçenekleri "her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren ve asla/neredeyse hiç" yanıtlarından oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde yanıt seçenekleri 1-5 arasında kodlanarak değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar yüksek niteliksel talebi göstermektedir. Ortanca değer ise kesim noktası olarak değerlendirilmektedir.	Anket	Dikotom (yüksek/ düşük)
İşe bağlılık	Çalışanın işe bağlılığı olarak tanımlanmıştır. Ölçekte 4 soru bulunmaktadır. Yanıt seçenekleri "her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren ve asla/neredeyse hiç" yanıtlarından oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde yanıt seçenekleri 1-5 arasında kodlanarak değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar yüksek niteliksel talebi göstermektedir. Ortanca değer ise kesim noktası olarak değerlendirilmektedir.	Anket	Dikotom (yüksek/ düşük)
İş doyumu	Çalışanın işteki memnuniyeti olarak tanımlanmıştır. Ölçekte 5 soru bulunmaktadır. Yanıt seçenekleri "çok memnun, memnun, memnun değil ve hiç memnun değil" yanıtlarından oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde yanıt seçenekleri 1-4 arasında kodlanarak değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar yüksek niteliksel talebi göstermektedir. Ortanca değer ise kesim noktası olarak değerlendirilmektedir.	Anket	Dikotom (yüksek/ düşük)

Tablo 5. Sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin özeti

Sağlık durumu ile ilgili değişkenler			
Değişken adı	İşlevsel tanım	Kaynak	Ölçüm şekli
HT durumu	'Doktor tarafından tanı konmuş hipertansiyon hastalığınız var mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Diyabet durumu	'Doktor tarafından tanı konmuş şeker hastalığınız var mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
KKY durumu	'Doktor tarafından tanı konmuş kalp yetmezliği hastalığınız var mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
İnme durumu	'Doktor tarafından tanı konmuş inme geçirdiniz mi?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
KOAH durumu	'Doktor tarafından tanı konmuş kronik obstriktif akciğer hastalığınız var mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Geçirilmiş MI durumu	'Doktor tarafından tanı konmuş myokard infarktüsü geçirme öykünüz var mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Anjiyografi	'Size koroner anjiyografi yapıldı mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Anjioplasti	'Size koroner anjioplasti yapıldı mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Bypass	'Size koroner bypass ameliyatı yapıldı mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)
Kardiyopulmoner resüstasyon	'Size kardiyopulmoner resüstasyon (canlandırma) yapıldı mı?' sorusuna dayanmaktadır.	Anket	Dikotom (var/yok)

Tablo 6. KKH tanısı sonrası iş yaşamı ve sosyal çevre ile ilgili değişkenlerin özeti

KKH tanısı sonrası iş yaşamı ve sosyal çevre ile ilgili değişkenler			
Değişken adı	İşlevsel tanım	Kaynak	Ölçüm şekli
Çalışma yaşamındaki durumu	Çalışmaya devam etme, işten ayrılma, malulen emekli olma, emekli olma durumları olarak tanımlanmıştır.	Anket	Açık
İşe dönmek için kendini yeterli hissetme durumu	'KKH tanısı sonrası işe dönmek için kendinizi yeterli hissettiniz mi?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)
İşe devam etme nedenleri	'KKH tanısı sonrası çalışmaya neden devam ediyorsunuz?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Açık
İşvereni KKH varlığını bilme durumu	'KKH tanısı aldığınız dönemdeki işvereniniz hastalığınızı biliyor mu?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)
İş arkadaşlarının KKH varlığını bilme durumu	'KKH tanısı aldığınız dönemdeki iş arkadaşlarınız hastalığınızı biliyor mu?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)
KKH bulgularının işe olumsuz etkisi	'Sizce kalp hastalığına bağlı bulgularınız (eforla olan göğüs ağrısı, nefes darlığı, halsizlik vb) işinizi olumsuz etkiledi mi?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)
KKH hastalarının iş arkadaşlarına göre verimliliği	'Sizce kalp hastası olmanız sizi iş arkadaşlarınızdan daha az verimli yaptı mı?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)
KKH'lığının çalışma olanaklarına etkisi	'Sizce kalp hastası olmanız çalışma olanaklarınızı nasıl etkiliyor?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (olumsuz/ değiştirmiyor/ olumlu)
Damgalanma hissetme durumu	'İşyerinizde kalp hastası olmanız nedeniyle iş çevrenizin size farklı baktığını ya da davrandığını hissettiniz mi?' sorusuna verilen yanıtı göre değerlendirilmiştir.	Anket	Dikotom (evet/ hayır)

4.6. VERİ TOPLAMA

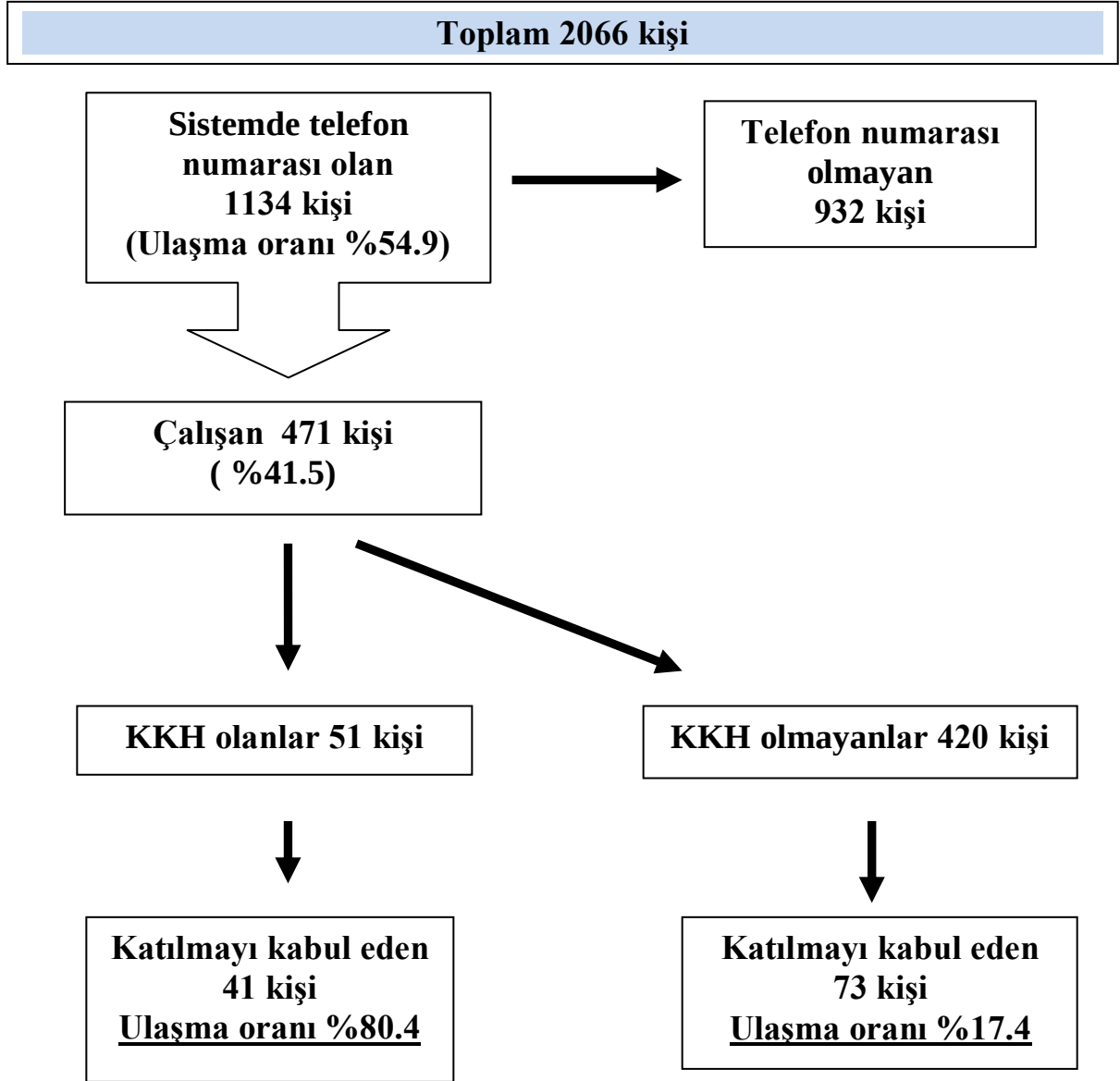
Araştırma grubuna ulaşmak için, Manisa AHBS ve hastane kayıtlarından Manisa merkez ilçelerinde yaşayan ve 01.12.2012-01.12.2013 tarihleri arasında 30-55 yaş grubunda ilk kez koroner kalp hastalığı (ICD-10 koduna göre I20-I25) tanısı alan kişilerden telefon numarası olan kişiler araştırmacı tarafından telefonla en az iki defa aranmıştır. Telefonla aranan kişilere iki ayrı zamanda (2 hafta arayla) arandığında ulaşılamazsa bu kişiler ulaşılamamış olarak değerlendirilmiştir. Telefon görüşmeleri sırasında kişilerin son 2 yılda gelir getirici bir işte çalışma durumları sorgulanmıştır. Bu dönem içinde herhangi bir işte çalışmamış olan kişilere aranma nedenleri açıklanarak görüşme sonlandırılmıştır. Son 2 yılda gelir getirici bir işte çalıştığını belirten kişilerin KKH durumu sorgulanmış ve araştırmaya katılmaya davet edilmişlerdir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere evlerinde ya da işyerlerinde görüşme için araştırmacı tarafından randevu verilmiştir. Doktor tarafından muayene edilip KKH nedeniyle tetkik olmuş ve tedavi edilmiş kişilerin KKH olduğu, diğer katılımcıların ise KKH olmadığı kabul edilmiştir.

Araştırmanın gerekçesi, amacı, ulaşılması istenen kişilerin özellikleri, araştırma planı ve veri toplama aracı hakkında eğitim verilen anketörler katılımcılarla yüzyüze görüşerek anketi uygulamışlardır.

4.7. ULAŞMA ORANI

Manisa ilinin Yunusemre ve Şehzadeler Mahallelerinde (köyler hariç) yaşayan 30-55 yaş grubunda 01.12.2012-01.12.2013 tarihleri arasında 1. ve 2.basamak sağlık kuruluşlarında (ICD-10 koduna göre I20-I25) ilk defa koroner kalp hastalığı tanısı alanlar (2066 kişi) çalışmaya alınmak için seçilmiştir. Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü veritabanında 932 kişinin telefon numarasının olmaması nedeniyle bu kişiler dışlanmıştır. Veritabanında telefon numarası olan ve telefonla ulaşılabilen kişilerden 471 kişinin son 2 yıl içinde gelir getirici bir işte çalışmış ve çalışmaya katılmaya uygun olduğu öğrenilmiştir. Bunların arasında doktor tarafından tanı konmuş KKH olan 51 kişi bulunmuştur. Ulaşma oranları Şekil 2'e özet olarak gösterilmiştir.

Şekil 2. Veri toplama yöntemine göre ulaşma oranları



4.8. VERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veri çözümlemede SPSS 15.0 paket programı ile Ki-kare ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçüm değerlerinin ortalaması standart sapması ile birlikte verilmiştir. Dört gözlü düzenlerde gözlerden birinde beşten küçük beklenen değer bulunduğunda Fisher'in kesin testi, çok gözlü düzenlerde eğim görülüyorsa eğimde ki-kare uygulanmıştır.

KKH tanısı olanlar ve olmayanların son bir yıl içinde işten ayrılma durumlarının, bağımsız değişkenlere göre ne şekilde değiştiğini saptamak için tek değişkenli analizlerde ki-kare testi uygulanmıştır. Farklı bağımsız değişkenlerin işten ayrılma üzerine olan etkilerini saptamak için çok değişkenli lojistik regresyon modelleri oluşturmuştur. Temel bağımsız değişken olan KKH durumu, tek değişkenli analizlerde bağımlı değişken ile anlamlı ilişki saptanan mesleki sınıf ve karıştırıcı etken olabilecek yaş ve cinsiyet modele alınmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

4.9. İZİNLER

Araştırmanın ilk aşamasındaki veri Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün yazılı izniyle Manisa AHBS ve hastane kayıtlarından elde edilmiştir. Araştırmaya başlanmadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından etik kurul onayı (Ek-2) ile alınmış, katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınarak görüşmeler yapılmıştır.

4.10. DESTEK

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon birimi tarafından 2014.KB.SAG.064 proje numarası ile desteklenmiştir.

5. BULGULAR

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan 114 kişinin 36'sı kadın (%31.6), 78'i erkektir (%68.4). Erkeklerde KKH varlığı kadınlara göre anlamlı düzeyde fazladır ($p=0.02$). KKH olanların yaş ortalaması 44.4 ± 5.9 (32-55 yaş aralığında), KKH olmayanların yaş ortalaması 41.7 ± 6.7 (32-55 yaş aralığında)'tir ($p>0.05$). Çalışmaya katılanların tümünün Genel Sağlık Sigortası bulunmaktadır. KKH olan ve olmayanlar arasında medeni durum, öğrenim durumu, mesleki sınıf ve ekonomik durum bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. KKH durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	Koroner kalp hastalığı				
	Var		Yok		
	N	%	n	%	P
Yaş					
30-39	11	26.8	30	41.1	0.13
40-49	21	51.2	32	43.8	
50-55	9	22.0	11	15.1	
Cins					
Erkek	34	83.9	44	60.3	0.02
Kadın	7	17.1	29	39.7	
Medeni durum					
Evli	39	95.1	65	89.0	0.27
Evli değil	2	4.9	8	11.0	
Öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	19	46.3	28	38.4	0.39
Lise	8	19.5	15	20.5	
Yüksek lisans ve üstü	14	34.2	30	41.1	
Mesleksel Sınıf					
Beyaz yakalı	22	53.7	46	63.0	0.33
Mavi yakalı	19	46.3	27	37.0	
Ekonomik durum					
Düşük	16	39.0	21	28.8	0.23
Orta	14	34.2	26	35.6	
Yüksek	11	26.8	26	35.6	

KKH olan ve olmayanlar arasında ailede başka çalışan durumu, bakmakla yükümlü olduğu kişi durumu, maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu, sigara kullanma durumu ve beden kütle indeksi bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). KKH olanların genel sağlık algısı, KKH olmayanlara göre anlamlı düzeyde kötüdür ($p=0.03$) (Tablo 8).

Tablo 8. KKH durumunun ailedeki sosyal koşulların, yaşam şekli etmenlerinin ve genel sağlık algısına göre dağılımı

	Koroner kalp hastalığı				
	Var		Yok		
	n	%	N	%	P
Ailede başka çalışan kişi durumu					
Var	21	51.2	45	61.6	0.28
Yok	20	47.8	28	38.4	
Ailede bakmakla yükümlü olduğu kişi durumu					
Var	34	82.9	52	71.2	0.16
Yok	7	17.1	21	28.8	
Maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu					
Evet	32	78.0	66	90.4	0.07
Hayır	9	22.0	7	9.6	
Sigara kullanma durumu					
Var	21	51.2	35	48.0	0.74
Yok	20	48.8	38	52.0	
Beden kütle indeksi					
18.5'in altı	0	0.0	1	1.4	0.18
18.5-24.9	12	29.3	26	35.6	
25-29.9	16	39.0	31	42.5	
30 ve üzeri	13	31.7	15	20.5	
Genel sağlık algısı					
İyi	14	34.1	39	53.4	0.03
Orta	22	53.7	31	43.5	
Kötü	5	12.2	3	4.1	

5.2. KKH OLAN VE OLMAYANLARDA İŞTEN AYRILMA DURUMUNA ETKİ EDEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

İşten ayrılan ve ayrılmayanlar arasında yaş, cins, medeni durum, öğrenim durumu ve ekonomik durum bakımından fark yoktur ($p>0.05$). Mavi yakalılarda beyaz yakalılara göre anlamlı düzeyde daha fazla işten ayrılma olmuştur ($p=0.03$). İşten ayrılanlar ve ayrılmayanlar arasında ailede başka çalışan durumu, bakmakla yükümlü olduğu kişi durumu, maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu, beden kütle indeksi ve genel sağlık algısı bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 9). Sigara kullanmayanlarda kullananlara göre işten ayrılma anlamlı olarak fazladır ($p=0.02$).

Tablo 9. Sosyodemografik özelliklerin, ailedeki sosyal koşulların, yaşam şekli etmenlerinin ve GSA'nın işten ayrılma durumlarına göre dağılımı

	İşten ayrılma				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Yaş					
30-39	5	12.2	36	87.8	0.43
40-49	8	15.1	45	84.9	
50-55	4	20.0	16	80.0	
Cins					
Erkek	10	12.8	68	87.2	0.36
Kadın	7	19.4	29	80.6	
Medeni durum					
Evli	15	14.4	89	85.6	0.64
Evli değil	2	20.0	8	80.0	
Öğrenim durumu					
Lise ve altı	12	17.1	58	82.9	0.39
Yüksek lisans ve üstü	5	11.4	39	88.6	
Mesleksel Sınıfı					
Beyaz yakalı	6	8.8	62	91.2	0.03
Mavi yakalı	11	23.9	35	76.1	
Ekonomik durum					
Kötü	8	21.6	29	78.4	0.05
Orta	7	17.5	33	82.5	
İyi	2	5.4	35	94.6	
Ailede başka çalışan kişi durumu					
Var	10	15.2	56	84.8	0.93
Yok	7	14.6	41	85.4	
Ailede bakmakla yükümlü olduğu olduğu kişi durumu					
Var	11	12.8	75	87.2	0.27
Yok	6	21.4	22	78.6	
Maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu					
Evet	12	12.2	86	87.8	0.05
Hayır	5	31.3	11	68.8	
Sigara kullanma durumu					
Var	4	6.9	54	93.1	0.02
Yok	13	23.2	43	76.8	
Beden kütle indeksi					
Zayıf-Normal	5	12.8	34	87.2	0.36
Fazla kilolu	6	12.8	41	87.2	
Obez	6	21.4	22	78.6	
Genel sağlık algısı					
İyi	6	11.3	47	88.7	0.54
Orta	10	18.9	43	81.1	
Kötü	1	12.5	7	87.5	

Özel sektörde çalışanlar kamuda çalışanlara göre anlamlı olarak daha fazla işten ayrılmıştır ($p=0.01$) (Tablo 4). İşten ayrılanlar ve ayrılmayanlar arasında işte fizik aktivite gereksinimi, işteki çalışma yılı, iş güvencesi durumu, işte niteliksel talepler, işe bağlılık ve iş doyumu bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. İşe bağlı özelliklerinin işten ayrılma durumlarına göre dağılımı

İş özellikleri	İşten ayrılma				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
İstihdam yeri					
Kamu	1	2.8	35	97.2	0.01
Özel	16	20.5	62	79.5	
İşte fizik aktivite gereksinimi					
Düşük	4	10.8	33	89.2	0.60
Orta	9	18.0	41	82.0	
Yüksek	4	14.8	23	85.2	
İşteki çalışma yılı					
5 yıl ve altı	9	19.1	38	80.9	0.28
5 yıl üstü	8	11.9	59	88.1	
İş güvencesi					
Var	12	13.6	76	86.4	0.48
Yok	5	19.2	21	80.8	
İşte niteliksel talepler					
Yüksek	10	16.9	49	83.1	0.53
Düşük	7	12.7	48	87.3	
İşe bağlılık					
Yüksek	4	7.8	47	92.2	0.06
Düşük	13	20.6	50	79.4	
İş doyumu					
Yüksek	6	10.5	51	89.5	0.19
Düşük	11	19.3	46	80.7	

KKH, anjiografi, anjioplasti, kardiyopulmoner resustasyon ve DM öyküsü olanlar, olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla işten ayrılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11).

Bypass, geçirilmiş MI, KKY, HT ve KOAH durumu ile işten ayrılma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Kronik hastalık durumu ve tedavi şekillerine göre işten ayrılma durumlarının dağılımı

Kronik hastalıklar ve tedavi şekilleri	İşten ayrılma				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Koroner kalp hastalığı					
Var	10	24.4	31	75.6	0.03
Yok	7	9.6	66	90.4	
Anjiografi					
Var	10	28.6	25	71.4	0.006
Yok	7	8.9	72	91.1	
Anjioplasti					
Var	5	33.3	10	66.7	0.03
Yok	12	12.1	87	87.9	
Bypass					
Var	0	0.0	2	100.0	0.55
Yok	17	15.2	95	84.8	
Geçirilmiş MI					
Var	2	11.8	15	88.2	0.69
Yok	15	15.5	82	84.5	
Kardiyopulmoner resüsitasyon					
Var	2	100.0	0	0.0	0.001
Yok	15	13.4	97	86.6	
Konjestif kalp yetmezliği					
Var	1	20.0	4	80.0	0.74
Yok	16	14.7	93	85.3	
Hipertansiyon					
Var	6	20.7	23	79.3	0.31
Yok	11	12.9	74	87.1	
Diabetes mellitus					
Var	7	38.9	11	61.1	0.002
Yok	10	10.4	86	89.6	
KOAH (Astım, bronşit)					
Var	1	12.5	7	87.5	0.84
Yok	16	15.1	90	84.9	

KKH durumu ve mesleksen sınıf işten ayrılmayı anlamlı olarak etkilemektedir (Tablo 12). Yaş ve cinsiyetle birlikte değerlendirildiğinde KKH olanlarda olmayanlara göre 3.64 (%95 GA 1.12-11.87) kat, mavi yakalılarda beyaz yakalılara göre 3.97 (%95 GA 1.22-12.93) kat fazla işten ayrılma görülmektedir (Tablo 12, Model 2).

Tablo 12. Sosyodemografik özelliklere göre düzeltildiğinde işten ayrılma ve KKH durumu arasındaki ilişki

	N	İşten ayrılma		
		Tek değişkenli	Model 1*	Model 2**
		OR (95% GA)	OR (95% GA)	OR (95% GA)
Yaş				
30-39	41	1.00	1.00	1.00
40-49	53	1.28 (0.39-4.25)	1.08 (0.31-3.74)	1.04 (0.29-3.72)
50-55	20	1.80 (0.43-7.60)	1.66 (0.36-7.65)	2.40 (0.47-12.23)
Cins				
Kadın	36	1.64 (0.57-4.73)	2.59 (0.80-8.40)	3.16 (0.91-10.98)
Erkek	78	1.00	1.00	1.00
KKH				
Var	41	3.04 (1.06-8.74)	3.77 (1.19-11.69)	3.64 (1.12-11.87)
Yok	73	1.00	1.00	1.00
Mesleksel Sınıf				
Mavi yaka	46	3.25 (1.11-9.54)	-	3.97 (1.22-12.93)
Beyaz yaka	68	1.00	-	1.00
R ²			0.061	0.106

*Yaş, cins ve KKH durumunun son bir yılda işten ayrılmaya etkisini gösteren lojistik regresyon modeli

** Yaş, cins, mesleksen sınıf ve KKH durumunun son bir yılda işten ayrılmaya etkisini gösteren lojistik regresyon modeli

5.3. KKH OLANLARDA İŞLE İLGİLİ DURUMLAR VE BUNA ETKİ EDEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

KKH'larının %75.6'sı tanı sonrası çalışmaya devam ederken, %12.2'si emekli olmadan %12.2'si ise emekli olarak işten ayrılmıştır (Tablo 13). KKH'larının %73.2'si tanı sonrası işe geri dönmek için kendini yeterli hissettiğini ve %68.3'ü ekonomik yetersizlik nedeniyle çalışmaya devam ettiğini belirtmiştir. KKH'larının %68.3'ü işverenin, %87.8'i ise iş arkadaşlarının hastalığını bildiğini belirtmiştir. KKH hastalarının %61.0'ı işlerinin hastalıklarının gidişatını olumsuz etkilediğini, %48.8'i ise hastalıklarının çalışma olanaklarını azalttığını düşünmektedir. KKH hastalarının %46.3'üne tanı sonrası doktoru tarafından çalışma yaşamıyla ilgili herhangi bir öneride bulunulmamıştır.

Tablo 13. Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işle ilgili durumları

KKH tanısı sonrası durumlar (n=41)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışmaya devam etme	31	75.6
Emekli olmadan işten ayrılma	5	12.2
Malulen emekli olma	4	9.8
Emekli olma	1	2.4
Çalışma miktarında azalma	12	29.3
İşe dönmek için kendini yeterli hissetme	30	73.2
Ekonomik yetersizlik nedeniyle işe devam etme	28	68.3
İşvereni KKH hastası olduğunu bilenler	28	68.3
İş arkadaşları KKH hastası olduğunu bilenler	36	87.8
KKH'na bağlı bulgularının işlerini olumsuz etkilediğini düşünenler	17	41.5
KKH olmalarının kendilerini iş arkadaşlarından daha az verimli yaptığını düşünenler	9	22.0
KKH tanısı aldıkları dönemde yaptıkları işin hastalığın gidişatını olumsuz etkilediğini düşünenler	25	61.0
KKH hastası olmalarının çalışma olanaklarını azalttığını düşünenler	20	48.8
İşyerinde KKH hastası olduğu için kendisine farklı bakıldığını ya da davranıldığını düşünenler	14	34.1
KKH tanısı sonrası doktoru tarafından çalışma yaşamıyla ilgili herhangi bir öneride bulunulmayanlar	19	46.3

KKH tanısı sonrası işten ayrılanlar ve ayrılmayanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleki sınıf, ekonomik durum, ailede başka çalışan durumu, bakmakla yükümlü olduğu kişi durumu, maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu, sigara kullanma, beden kütle indeksi ve genel sağlık algısı bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Koroner kalp hastalarında sosyodemografik özelliklerin, ailedeki sosyal koşulların, yaşam şekli etmenlerinin ve GSA'nın işten ayrılma durumlarına göre dağılımı

	İşten ayrılma				p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Yaş					
30-39	3	27.3	8	72.7	0.80
40-49	4	19.0	17	81.0	
50-55	3	33.3	6	66.7	
Cins					
Erkek	9	26.5	25	73.5	0.49
Kadın	1	14.3	6	85.7	
Medeni durum					
Evli	9	23.1	30	76.9	0.39
Evli değil	1	50.0	1	50.0	
Öğrenim durumu					
Lise ve altı	8	29.6	19	70.4	0.28
Yüksek lisans ve üstü	2	14.3	12	85.7	
Mesleksel Sınıfı					
Beyaz yakalı	3	13.6	19	86.4	0.08
Mavi yakalı	7	36.8	12	63.2	
Ekonomik durum					
Kötü	4	25.0	12	75.0	0.73
Orta	4	28.6	10	71.4	
İyi	2	18.2	9	81.8	
Ailede başka çalışan kişi durumu					
Var	5	23.8	16	76.2	0.93
Yok	5	25.0	15	75.0	
Ailede bakmakla yükümlü olduğu olduğu kişi durumu					
Var	7	20.6	27	79.4	0.21
Yok	3	42.9	4	57.1	
Maaşlı emeklilik hakkını elde etme durumu					
Evet	3	33.3	6	66.7	0.48
Hayır	7	21.9	25	78.1	
Sigara kullanma durumu					
Var	3	15.0	17	85.0	0.17
Yok	7	33.3	14	66.7	
Beden kütle indeksi					
Zayıf-Normal	3	25.0	9	75.0	0.73
Fazla kilolu	3	18.8	13	81.3	
Obez	4	30.8	9	69.2	
Genel sağlık algısı					
İyi	3	21.4	11	78.6	0.65
Orta	7	31.8	15	68.2	
Kötü	0	0.0	5	100.0	

KKH tanısı sonrası işten ayrılanlar ve ayrılmayanlar arasında istihdam yeri, işte fizik aktivite gereksinimi, işteki çalışma yılı, iş güvencesi, işte niteliksel talepler, işe bağlılık ve iş doyumu bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Koroner kalp hastalarının iş özelliklerinin işten ayrılma durumlarına göre dağılımı

İş özellikleri	İşten ayrılma				p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
İstihdam yeri					
Kamu	1	6.7	14	93.3	0.05
Özel	9	34.6	17	65.4	
İşte fizik aktivite gereksinimi					
Düşük	1	10.0	9	90.0	0.15
Orta	7	38.9	11	61.1	
Yüksek	2	15.4	11	84.6	
İşteki çalışma yılı					
5 yıl ve altı	4	26.7	11	73.3	0.80
5 yıl üstü	6	23.1	20	76.9	
İş güvencesi					
Var	6	21.4	22	78.6	0.52
Yok	4	30.8	9	69.2	
İşte niteliksel talepler					
Yüksek	5	23.8	16	76.2	0.93
Düşük	5	25.0	15	75.0	
İşe bağlılık					
Yüksek	3	21.4	11	78.6	0.75
Düşük	7	25.9	20	74.1	
İş doyumu					
Yüksek	4	21.1	15	78.9	0.73
Düşük	6	27.3	16	72.7	

KKH tanısı sonrası işten ayrılanlar ve ayrılmayanlar arasında anjiyografi, anjiyoplasti, bypass, geçirilmiş MI, kardiyopulmoner resüstasyon, KKY, HT, KOAH durumu bakımından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 16). Diyabeti olan KKH'larında işten ayrılma diğerlerine göre anlamlı olarak fazladır ($p=0.003$).

Tablo 16. Koroner kalp hastalarının tedavi şekilleri ve eşlik eden kronik hastalık durumuna göre işten ayrılma durumlarının dağılımı

Kronik hastalıklar ve tedavi şekilleri	İşten ayrılma				p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Anjiyografi					
Var	10	28.6	25	71.4	0.31
Yok	0	0.0	6	100.0	
Anjiyoplasti					
Var	5	33.3	10	66.7	0.45
Yok	5	19.2	21	80.8	
Bypass					
Var	0	0.0	2	100.0	0.41
Yok	10	25.6	29	74.4	
Geçirilmiş MI					
Var	2	11.8	15	88.2	0.15
Yok	8	33.3	16	66.7	
Kardiyopulmoner resüsitasyon					
Var	2	100.0	0	0.0	0.06
Yok	8	20.5	31	79.5	
Konjestif kalp yetmezliği					
Var	1	20.0	4	80.0	0.81
Yok	9	25.0	27	75.0	
Hipertansiyon					
Var	4	25.0	12	75.0	0.94
Yok	6	24.0	19	76.0	
Diabetes mellitus					
Var	6	66.7	3	33.3	0.003
Yok	4	12.5	28	87.5	
KOAH (Astım, bronşit)					
Var	1	16.7	5	83.3	0.63
Yok	9	25.7	26	74.3	

6. TARTIŞMA

6.1. Bulguların Kısa Özeti

Çalışmamıza göre KKH olanların olmayanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Bunun yanında anjiyografi, anjioplasti ve kardiyopulmoner resüsitasyon yapılanların ve diyabeti olanların da işten ayrılma oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır. KKH olanların olmayanlara göre genel sağlık algısının da daha düşük olduğu saptanmıştır.

KKH olan ve olmayan tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde mavi yakalıların beyaz yakalılara, özel sektörde çalışanların kamuda çalışanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yaş ve cinse göre düzeltildiğinde KKH durumu ve mesleksen sınıfın işten ayrılma ile ilişkisinin devam ettiği görülmüştür.

KKH tanısı alanların %29.3'ünün tanı sonrası çalışma miktarını azalttığı, %73.2'sinin işe dönmek için kendini yeterli hissettiği, %68.3'ünün ekonomik yetersizlik nedeniyle çalışmaya devam ettiği ve %48.8'inin KKH tanısı nedeniyle çalışma olanaklarının azaldığını düşündüğü saptanmıştır.

6.2. Literatür ile karşılaştırma

6.2.1. KKH tanısı sonrası işe dönme durumu

Çalışmamızda KKH tanısı sonrası bir yıl içinde işe geri dönme oranı %75.6 bulunmuştur. Farklı ülkelerde ve demografik gruplarda yapılan çalışmalarda KKH sonrası işe dönme oranları %58-90 arasında değişmektedir. Örneğin ABD, İsveç, Belçika ve Danimarka'da yapılan çalışmalarda sırasıyla %63-94, %58-80, %85-87 ve %90 gibi oldukça farklı aralıklarda sonuçlar bildirilmektedir (58, 61, 66, 68, 72, 76-79). Ülkeler arasındaki bu farkların bir kısmı izlem sürelerinin farklı olmasından, çalışmalardaki hastaların yaş dağılımlarının değişmesinden, çalışmaların birçoğunun küçük hasta gruplarıyla yapılmış olmasından ve ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise 2001-2004 yılları arasında akut koroner sendrom geçirmiş hastaların bir yıl içinde işe dönme oranlarının %80.2 olduğu bildirilmiştir(55). Japonya'da erkek hastalarda yapılan bir çalışmada ilk defa MI geçirenlerin sekiz ay içinde işe dönme oranları %82.9 bulunmuştur (63). İsveç'te ilk kez MI geçirenlerin bir yıllık kardiyak rehabilitasyon programı sonrası, %52'sinin tam zamanlı, %26'sının ise yarı zamanlı olarak işe döndüğü bildirilmektedir (80). Belçika'da bir kardiyak rehabilitasyon merkezinde yapılan çalışmada ilk kez MI geçiren hastaların bir yıl içinde işe dönme oranlarının %87 olduğu gözlenmiştir (68). Slovenya'da bir kardiyak rehabilitasyon merkezinde 1999-2002 yılları arasında ilk defa MI geçirme sonrası bir yıl içinde işe dönme oranının %70 olduğu gözlenmiştir (74). 2007-2010 yılları arasında İran'da yapılan bir

çalışmada MI sonrası bir yıl içinde işe dönme oranı %77 olarak bulunmuştur(69). Avrupa ülkelerinde kardiyak rehabilitasyon programlarının etkin uygulanması ve genellikle kronik hastalık sonrası işe dönüş protokollerinin uygulanmasına yönelik politikaların geliştirilmiş olması bu ülkelerdeki işe dönüş oranlarının çalışmamızdan fazla olmasını açıklayabilir. Çalışmalarda genellikle yaş standardizasyonu yapılmamış olması nedeniyle bu konuda kesin karar verilemeyeceğinin bilinmesinin yanında bu durumun işe dönme oranlarındaki farklılıkların bir kısmını açıklayabileceği düşünülmektedir. Örneğin Finlandiya'da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada 1991-1996 yıllarında MI sonrasında bir yıl içinde çalışma yaşamında kalma oranı %74 olarak bulunmuş iken, yaşa göre standardize edildiğinde bu oranın erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %59 ve %61'e düştüğü gözlenmiştir (58). 2005-2006 yılları arasında İsveç'te yapılan bir çalışmada MI sonrası 4-6 ay içinde işe dönme %96'ya kadar yükselmiştir (62). Çalışmamızla uyumlu olmaması büyük oranda izlem süresinin farklılığından kaynaklı olabilir. Almanya'da yapılan bir çalışmada ise MI ve bypass sonrası kardiyak rehabilitasyon programındaki hastaların yalnızca %62'sinin işe döndüğü bilinmektedir (65). Büyük olasılıkla çalışmamızdaki işe dönüş oranının bu çalışmadan daha yüksek olmasının nedeni bypass tedavisi alan hasta sayısının az olmasıdır.

6.2.2. Sosyodemografik ve ekonomik durumun işe dönme durumu ile ilişkisi

Çalışmamızda yaş ile KKH tanısı sonrası işe dönme arasında bir ilişki saptanmamış olsa da, birçok çalışmaya göre işe dönmeyi etkileyen klinik olmayan en önemli etmenin yaş olduğu ve özellikle yaş ilerledikçe işe dönmenin azaldığı bilinmektedir (10, 42, 58, 62, 63, 65, 69, 72, 80). Bir çalışmada yaş ile işteki etkinlik düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış, ileri yaşlı KKH'larının daha çok düşük etkinlik düzeyiyle işe döndükleri görülmüştür (63). Türkiye'de geçmiş dönemlerde emeklilik yaşının birçok ülkeye göre daha düşük olması nedeniyle KKH olan ve aynı zamanda çalışan kişi saptamak zor olmuştur. Birçok kişinin erken yaşta emekli olabilmesi nedeniyle KKH tanısı aldıklarında zaten emekli olmaları ve emeklilik gelirlerinin yeterli olmaması nedeniyle aynı zamanda başka gelir getirici işlerde de çalıştıkları düşünülmektedir. Bunu değerlendirmek için yeterli verinin olmaması, çalışmanın katılımcı sayısının düşük olması ve çalışmaya alınan grubun yaş aralığının dar olması nedeniyle yaşın KKH tanısı sonrası işe dönmeye olan etkisinin gösterilemediği düşünülmektedir.

Nitel bir çalışmada MI sonrası çalışma durumu değişikliğinin hastalığa bağlı nedenlerinin yanında, hastanın sosyal ve ekonomik durumunun da oldukça belirleyici olduğu saptanmıştır. Özellikle ailenin ekonomik durumunun hastaların KKH tanısı sonrası işle ilgili

durumlarına karar vermesinde kilit rol oynadığı bilinmektedir (65). Hastaların çoğunun ekonomik yetersizlik nedeniyle çalışmaya devam ettiği, ancak MI tanısı öncesine göre daha az çalıştığı ya da daha rahat bir işte çalışmak istediği belirtilmiştir (53). Benzer şekilde Slebus ve ark. çalışmalarında ekonomik yetersizliğin MI sonrasında işe dönmeyi artırıcı etki ettiğini bildirmişlerdir (54). KKH dışında başka kronik hastalığı olan kişilerin de en önemli çalışma nedeninin ekonomik olduğu bilinmektedir. Örneğin kronik sırt ağrısı olan hastalarda yapılan bir çalışmada kişilerin işlerini ve ekonomik güçlerini kaybetme korkusu nedeniyle ağrıları olsa bile çalışmaya devam ettikleri belirtilmiştir (81). Bunun yanında İngiltere'de kronik hastalık varlığı ile işe dönenlerin %43'ü paraya gereksinimi olduğu için çalışmaya devam ettiğini bildirmiştir (42). Hastaların engelli maaşı alabilme olasılıklarının da KKH tanısı sonrası işe dönmede başka bir etmen olduğu göz ardı edilemez. Eğer hasta emeklilik ya da engelli maaşı, hastalık öncesi çalıştığı işten aldığı maaştan fazlaysa, kişiler doğal olarak işe geri dönmeyi tercih etmektedirler (82).

Çalışmamızda KKH tanısı sonrası kadınlarla erkeklerin işe dönme oranları arasında anlamlı fark saptanmasa da, çalışmalara göre erkeklerin kazançlarının genellikle hane gelirinin temel kaynağını oluşturmalarından dolayı (83), erkeklerin kadınlara göre işe geri dönmeye daha eğilimli olduğu bilinmektedir (10, 84, 85). Bazı KKH'ları özellikle erkek olmaları nedeniyle MI sonrası ailelerine ekonomik olarak bakmakla yükümlü hissettiklerini, bu nedenle çalışmaya devam etmeleri gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (53). KKH tanısından sonraki kaygılar toplumsal cinsiyet rollerine oldukça bağlı olmaktadır ve erkek hastalar daha çok işlerinden geri kalma endişesi yaşarken, kadınlar tıbbi nedenlerle eş ve çocuklarına karşı evdeki sorumluluklarını yerine getirememek korkusu yaşamaktadırlar (52). Bu durum erkek toplumsal cinsiyet davranışının hastalık sonrası işe dönmeye önemli bir güçlü etkisi olduğunu desteklemektedir. Kronik hastalık sonrası işe dönmek ve toplumsal cinsiyetin buna olan etkilerinin farklı sosyal sınıflarda ve kültürlerde incelenmesi önemlidir. Buna göre kadınların çalışma yaşamına etkin olarak katıldığı toplumlarda, hastalık sonrası işe dönme ile ilgili toplumsal cinsiyet davranışlarının değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

6.2.3. Öğrenim durumu ve mesleki sınıfın işe dönme durumu ile ilişkisi

Sosyoekonomik durum göstergelerinden öğrenim düzeyinin yüksekliği ile beyaz yakalı olma durumu arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır (83, 86). Hem yüksek öğrenimlilerin hem de beyaz yakalıların kardiyovasküler hastalık risk etmenlerine (yüksek BMI, yüksek kan şekeri, düşük HDL-kolesterol, hipertansiyon, diyabet, sigara kullanımı) maruz kalımlarının daha düşük olması nedeniyle KKH'na yakalanma risklerinin daha az

olduğu bilinmektedir. Birçok Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışmada iskemisi olan hastaların büyük çoğunluğunun yalnızca ilkokul düzeyinde öğrenim gördüğü gözlenmiştir. Özellikle öğrenimin ve mesleğin KKH gelişimini etkileyen karmaşık ve önemli sosyoekonomik etmenler olduğu unutulmamalıdır (86).

Düşük sosyal statüdeki kişilerin daha çok kardiyovasküler hastalığa yakalanmalarının yanında, hastalık sonrası işe dönme oranlarının da daha düşük olduğu bilinmektedir. Çalışmalarda öğrenim düzeyi ve mesleki sınıfı yüksek olan KKH hastalarının tanı sonrası işe dönme oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu görülmüştür (10, 63). Birçok çalışmada yüksek öğrenim düzeyinin işe dönmeyi artırdığı bilinmektedir (10, 66, 80, 87).

Çalışmamızda KKH olanların arasında, düşük öğrenimlilerin ve mavi yakalıların bir yıl içinde işten ayrılma oranları yüksek öğrenimlilere ve beyaz yakalılara göre daha yüksek olsa da aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır. KKH olan ve olmayan tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde ise mavi yakalıların beyaz yakalılara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumda katılımcı sayısı arttıkça KKH varlığından bağımsız olarak mavi yakalıların bir yıl içinde işten ayrılmalarının daha kolay olduğu söylenebilir. Mavi yakalı çalışanların yaptıkları işlerin beyaz yakalılarınkine göre daha az nitelikli olması nedeniyle, bu istihdam özellikle işsizlik oranının yüksek olduğu ülkemizde yerine konulamaz ya da vazgeçilmez değildir. KKH olanlarda bu etkinin daha belirgin olabileceği beklentisi olsa da büyük olasılıkla katılımcı sayısının az olması nedeniyle gösterilememiştir. Benzer şekilde öğrenim düzeyi ile işten ayrılma arasındaki farkın anlamlı olmamasının nedeninin yeterli sayıda kişiye ulaşılamaması olduğu düşünülmektedir.

6.2.4. Psikolojik ve klinik durumun işe dönme durumu ile ilişkisi

Nitel bir çalışmada olduğu gibi hastalar MI sonrası depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, yılgınlık vb ruhsal sorunlar yaşayabilmekte ve kendilerini fiziksel olarak yetersiz hissedebilmektedirler (53). Çalışmalarda MI sonrası depresif duygu durumunun, kalp yetmezliği, aritmi, eşlik eden başka kronik hastalık varlığının ya da fiziksel yetersizliğin işe dönüşü azalttığı saptanmıştır (10, 54, 55, 62, 69, 88). Bir çalışmada işe kapanık kişiliğin ve hastane yatışı sırasında depresif bulgu varlığının işe dönmeyi zorlaştırdığı öngörüldürken, infarktüs büyüklüğü ve hastalığın ciddiyetinin işe dönme durumunu etkilemediği belirtilmektedir (63). Başka bir çalışmada ise klinik depresyonun KKH sonrasında işe dönmeyi hem tam zamanlı hem de yarı zamanlı çalışanlarda azalttığı, ılımlı depresyonun ise yalnızca tam zamanlı çalışanların işe dönüşünü azalttığı görülmüştür (80). MI tanısı sonrasında hastanın fiziksel ve zihinsel durumu birlikte değerlendirildiğinde, fiziksel sağlık

sorunlarının, anksiyete, depresyon gibi zihinsel sorunlarına oranla işe dönme durumu ile daha güçlü bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (62).

Genellikle işe dönme durumunun hastanın kendi kararına bağlı olduğu görülmektedir (69). Bu nedenle ruhsal ve fiziksel sorunların yanında kişilerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri de önemlidir. Çalışmamızla uyumlu olarak birçok çalışmada kendi algılarına göre sağlık düzeyi düşük olan kişilerin, erken emekli olma ya da işe dönmeme riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir (37, 62, 89). Bunun yanında kişinin hastalıkla ilgili şikayetinin olmamasının ve kendini iyi hissetmesinin kalp hastalığı tanısı sonrasında işe dönmeyi kolaylaştırdığı görülmüştür (54). Özellikle KKH hastalarının işe dönmeye duydukları istek de oldukça önemli bir etmen olarak değerlendirilmektedir (65). Eğer kişiler hayatları boyunca yeterince çalıştıklarını düşünüyorlarsa hastalık tanısı sonrası çalışmaya devam etme olasılıkları daha düşük olmaktadır (82).

KKH tanısı sonrasında hastalar için ortaya çıkan bir başka konu da kişilerin çevreleri tarafından sosyal damgalanmaya maruz kalabilmeleridir. Kronik hastalıkların sosyal damgalanmaya neden olması ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (90). Sosyal damgalanma, bireyin tam sosyal kabul görmemesi ve dışlanmasıyla açıklanan bir terimdir (91). Nitel bir çalışmada KKH hastalarının ailelerinin, arkadaşlarının ya da işverenlerinin çalışma konusunda kendilerini kısıtlaması nedeniyle belirsizlikler yaşadıkları, bu nedenle bazı hastaların sosyal çevresinde hastalığından bahsedilmesini istemedikleri, bir hastanın ise işyerinde hastalığını gizlediği saptanmıştır (53). Çalışmamız katılımcılarının %34'ü işyerinde KKH olduğu için kendisine farklı bakıldığını ya da davranıldığını düşünmektedir. Çevresinin işe geri dönme konusunda koroner kalp hastalarını kısıtlaması sosyal damgalanmanın bir parçası olarak görülebilir. Özellikle ailenin aşırı koruyucu olmasının KKH olan kişinin işe dönmesini zorlaştırdığı bilinmektedir (82). Bunun yanında hastanın çalışma yaşamı ve sosyal yaşamda destek alması bu kişilerin hayata yeniden uyum sağlaması bakımından oldukça önemlidir. Bir çalışmada KKH tanısı sonrası yüksek sosyal desteğin sağlıklı yaşam davranışları edinmede, stresli durumlarla baş etmede ve tedavi uyumunda olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (92). Düşük sosyal desteği olan KKH hastalarının ise yüksek sosyal desteği olanlara göre anlamlı olarak daha geç işe döndükleri bulunmuştur (63). Aile ve işyerindeki sosyal çevrelerinin hastalara yaklaşım şekli konusunda eğitilmesi ve bu hastaların eski yaşamlarına geri dönebilmeleri için girişim yapılması gerektiği düşünülmektedir (92).

6.2.5. KKH tanısı sonrası iş özelliklerinin iş değişikliği durumu ile ilişkisi

Çalışmamızda KKH olan ve olmayan tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde özel sektörde çalışanların kamuda çalışanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur. Yalnızca KKH olanlar değerlendirildiğinde ise özel sektörde çalışanların kamuda çalışanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranlarının daha fazla olmasına rağmen, bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu durum kamuda iş güvencesinin özel sektöre göre daha fazla olmasına bağlanabilir. Bunun en önemli nedeni kamu ve özel sektörün farklı hedeflerle çalışmasıdır. Özel sektör kar amaçlı olduğu için çalışma koşulları genellikle daha ağırdır. Buna bağlı olarak da kamuda çalışanların özel sektörde çalışanlara göre sağlık çıktılarının daha iyi olduğu ve bu ilişkinin büyük oranda iş güvencesine bağlı olduğu bulunmuştur. Bunun yanında kamuda çalışanların sosyal sınıfları arasında daha az sağlık eşitsizliği olduğu da bilinmektedir (93). Dahası iş güvencesinin çalışma motivasyonunu en çok artıran nedenlerden biri olduğu da gösterilmiştir (94). Çalışmalarda da iş güvencesi varlığının MI ya da by-pass cerrahisi sonrasında işe dönmeyi destekleyen bir etmen olduğu bulunmuştur (68). Buna benzer şekilde iş güvencesi varlığı ruhsal hastalık tanısı sonrasında da işe devam etmeyi anlamlı olarak artırmaktadır (95). Çalışmamızda KKH olanların %48.8'i hastalık nedeniyle çalışma olanaklarını azalttığını düşünmektedirler. Bu nedenle hastalık tanısı sonrası kamuda çalışıyor olmanın çalışma olanakları açısından daha olumlu etki etmesi olağan görülebilir. Nitel bir çalışmada, çalışma koşullarından memnun olmayan bazı hastalar tanı sonrası dayanma güçlerinin iyice azaldığını ve işyerinde daha az çalıştıklarını belirtmişlerdir (53). Çalışmalara göre iş doyumu yüksek olanların MI sonrası işe dönme oranları, düşük olanlara göre anlamlı olarak fazladır (65, 69, 96). KKH sonrası yüksek iş kontrolünün ve yüksek işyeri adaletinin işe dönüşü artırdığı, yüksek iş talebinin ise işe dönüşü azalttığı bilinmektedir (73, 97). Benzer şekilde kronik hastalığı olan kişilerin ağır bedensel etkinlik gerektiren, düşük iş kontrolü olan ve iş doyumu düşük olan işlerde çalışmaları durumunun erken emeklilik kararını artırdığı görülmüştür (98-100). Koroner anjiyografiden bir yıl sonra işe dönmenin değerlendirildiği bir çalışmada, işe bağlılığın ve işyeri adaletinin beyaz yakalı çalışanlarda, iş kontrolünün ise mavi yakalı çalışanlarda işe dönmede daha önemli rol oynadığı görülmüştür (101). Bir çalışmada yüksek iş stresinin MI sonrası malulen emekliliği; hastalık sıklığı, kişinin ruhsal durumu ve algılanan sağlık düzeyinden bağımsız olarak artırdığı görülmüştür (102). Bir çalışmada koroner anjiyografi girişiminden üç ay sonra işten kalmanın hızlı çalışma, düşük işe bağlılık, düşük ödül ve düşük iş kontrolü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Girişimden bir yıl sonra ise çalışmamızda da olduğu gibi psikososyal çalışma koşulları ile işe dönme arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir (101).

Hastaların MI sonrası ücretli izin alabilmelerinin sonraki dönemde işe dönüşlerini anlamlı olarak artırdığı görülmüştür. Birçok hasta da MI sonrası esnek ve daha az saat çalışmanın işe dönüşü artıracaklarını düşünmektedir (103). İş arkadaşlarının desteğinin, işyerinde kişiye özel düzenlemeler yapılmasının işe dönmeyi kolaylaştırıcı etki ettiği, motivasyon eksikliğinin ve işin olumsuz etkilerinin ise işe dönüşü engelleyici rol oynadığı belirtilmektedir (54). Çalışanların kendi çalışma planını yapabildiği ya da kısmi emekli olabildiği, çalışanın iş kontrolünün ve seçiminin arttığı durumlarda, esnek çalışma koşullarının sağlık ve iyilik hallerini artırdığına yönelik kanıtlar bulunmaktadır. İşverenin kontrolünde olan sabit-süreli sözleşme ve yarı-zamanlı çalışma gibi esnek çalışma koşullarının ise çalışanların sağlıklarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (104). İş stresinin kardiyovasküler hastalık riskini artırması ve MI sonrası hastalık prognozunu olumsuz etkilemesi de bu durumun başka bir yönüdür (105, 106). Çalışmamızda, KKH olanların %61.8'i tanı aldıkları dönemde yaptıkları işin hastalıklarının gidişatını olumsuz etkilediğini düşünmektedirler. İleriye yönelik bir kohort çalışmasında iş stresinin tekrarlayan koroner olay geçirme riskini de artırdığı görülmüştür (107).

6.2.6. KKH tanısı sonrası doktor tutumunun işe dönme durumu ile ilişkisi

Nitel bir çalışmaya göre hastalar MI geçirdikten sonra çalışma yaşamıyla ilgili belirsizlikler yaşamakta ve çalışma durumlarına karar verme konusunda doktorları tarafından yeterli destek alamadıklarını belirtmektedirler (53). Başka bir çalışmada hastanın işe geri dönmesiyle ilgili doktor tarafından bilgi verilmesinin ve hasta-doktor arasındaki iletişimin MI sonrası işe dönmeyi kolaylaştırdığı bilinmesine rağmen, birçok hasta doktorlarından iş yaşamlarıyla ilgili öneri alamadıklarını belirtmişlerdir (54). Çalışmamızda ise KKH tanısı sonrasında doktoru çalışmama önerisinde bulunanların işten ayrılma oranı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş, ancak aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun hem katılımcı sayısının az olmasından hem de Türkiye'de doktorların kronik hastalık sonrasında hastalarının çalışma yaşamlarıyla ilgili farkındalıklarının olmamasından ve bu konudaki bilgi düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Buna uyumlu olarak çalışmamızda KKH olanların %46.3'ü doktorlarının çalışma yaşamlarıyla ilgili olumlu ya da olumsuz bir öneride bulunmadıklarını belirtmektedirler.

Bir çalışmada yaş, cins ve yapılan tedaviye göre düzeltildiğinde MI sonrasında doktor tarafından işe dönme önerisinde bulunulmasının işe dönmeyi 48 kat artırdığı bulunmuştur (74). Bu durum doktorların deneyimleri ile hastaların fiziksel, sosyodemografik ve psikolojik özelliklerini göz önünde bulundurarak karar vermelerinin çok önemli olduğunu düşündürmektedir (74). Bir çalışmada farklı nedenlerle hastaların ve doktorların engelliliğe ve işe dönmeye bakış açılarında bazı benzerlikler olduğu bulunmuştur. Bunun yanında,

doktorlar değerlendirmelerini genellikle kardiyak durum ve eşlik eden hastalık varlığı gibi tıbbi değişkenlere göre yaparken; hastalar genel sağlık durumları ve hastalık öncesi iş doyumlarına göre değerlendirme yapmaktadırlar. Yapılan analizlere göre KKH hastalarının bir yıl içinde işe dönme nedenlerin %85'i üç temel etmenle açıklanabilmektedir. Bunlar; yaş, hastaların kardiyak sorunlarıyla kendilerini ne kadar engelli hissettikleri ve doktorlara göre hastaların genel sağlık durumlarına göre ne kadar engelli olduklarıdır. Bunların arasında da doktor kararının bu etkinin yalnızca yarısını oluşturduğu görülmüştür (65). Hastaların MI sonrası kardiyolog ve işyeri hekiminin birlikte yaptığı bazı girişimleri içeren bir protokol uygulanmasının işe dönmeyi kolaylaştırdığı saptanmıştır (108).

Bu bakış açısının bazı kısıtlılıkları olsa da hastanın fiziksel kapasitesi ve işi arasındaki denge bazı ölçekler kullanılarak sağlanabilir. Özellikle egzersiz stres testi sonuçları doktorlara hastalarının işe dönebilme kapasitelerini değerlendirebilmeleri için yol gösterici olabilir. Hastaların işlerinin fiziksel zorluğunu değerlendirmek için ise ergonomik değerlendirme ya da çalışma esnasında kan basıncı ve kalp hızı ölçümü değerlendirilebilir. Tüm kardiyovasküler rehabilitasyon programları mutlaka hastanın iş özellikleri, klinik ve psikolojik durumu değerlendirilerek profesyonel destek almalarını içermelidir. Hastanın tam ya da yarı-zamanlı çalışabilme durumu işyeri hekimi tarafından değerlendirilmeli, engelli ya da çalışamayacak durumda sayılması ise son seçenek olmalıdır. Tüm hastaların KKH tanısı sonrasında işe dönmeden önce işyeri hekimlerine başvurmaları özendirilmeli ve işlerine uyum sağlamaları için programlar (çalışma saatini azaltma, işi yeniden yapılandırma, işi değiştirme, eğitim vb) yapılmalıdır. Özellikle hastalık tanısından sonra ilk aşamada yarı-zamanlı çalışması sağlanarak kardiyak rehabilitasyon programına da devam etmesi sağlanabilir (109).

7. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

Araştırmanın en güçlü yanlarından biri toplum tabanlı olmasıdır. Böylece toplumun her kesiminden katılımcılara ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmada Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün veritabanı kullanılmış ve ICD-10 kodlarına göre bir yıl içinde KKH olan ve olmayan kişiler taranmıştır. Çalışmanın bir kohort çalışması olması önemlidir. Bu şekilde KKH varlığı ve işten ayrılma arasındaki zamansal ilişki gözlemlenebilmiştir. Ayrıca sorgulama geriye yönelik yapıldığı için izlemde kayıp ya da izlendiklerini bildikleri için sistematik olarak davranış değiştirme nedenleriyle taraf tutma olmadığı düşünülmüştür.

Çalışma başlangıcında anketlerle çalışma grubu dışındaki kişilerde öntest yapılmış ve gerekli bölümler düzenlenmiştir. Çalışmaya başlanmadan önce anket içeriği ve veri toplama hakkında anketörlere eğitim verilmiştir. Böylece verinin standart şekilde toplanması sağlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul edenlere randevu verilerek uygun zamanda anketörlerle yüzyüze görüşmeleri sağlanmıştır. Anketler araştırmacı tarafından günlük kontrol edilmiştir. Bu yolla anketör hataları önlenmiştir.

Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü verisinden kriterlere uygun seçilen kişilerden telefon numarası olmayanların çalışmaya alınamamış olması önemli bir kısıtlılıktır. Telefon numarası olmayan kişiler, sağlık ve sosyal hizmetlerden yararlanmada dezavantajlı gruplar olabilirler. KKH olanların sosyoekonomik durumları daha kötü olabileceği için işten ayrılma oranları da daha yüksek olabilir. Bu durum, seçime bağlı yan tutmaya neden olabilir. Buna göre çalışmamızda, başka çalışmalarda bildirilen sosyoekonomik durum ile işten ayrılma arasındaki ilişki saptanamamış olabilir. Araştırmacı tarafından yapılan görüşmelere göre ICD-10 tanı koduna göre I20-I25 tanılı 471 kişinin yalnızca 51'inin (%10.8) doktor tarafından KKH tanısı konduğu doğrulanmıştır. Buna göre Manisa İl Halk Sağlığı veritabanında tanı aldığı saptanan 420 kişi, KKH tanısı aldığını onaylamamıştır. Bu durum veritabanlarında tanı ve kodlama sistemlerinin büyük oranda hatalı olduğunu göstermiş, çalışmamızın gücünü ve ulaşma oranını da oldukça kısıtlamıştır. Çalışmanın gücü, Open-Epi programı kullanılarak %95 güven düzeyinde, KKH tanısı aldıktan bir yıl sonra işten ayrılma %24, KKH tanısı alanların almayanlara göre işten ayrılma riski 2.5 bulunarak, %57 olarak hesaplanmıştır.

Ulaşma oranının düşük olması nedeniyle katılımcı sayısının az olması literatürle gösterilen sosyoekonomik durum ve mesleki sınıf ile işten ayrılma ilişkisinin saptanamamasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda beyaz yakalıların oranının toplumdan fazla olması nedeniyle literatürdeki gibi mesleki sınıfın işten ayrılma ile uyumlu olduğu düşünülürse, KKH olan ve olmayan tüm katılımcılar değerlendirildiğinde işten ayrılma oranının olması

gerekenden daha düşük saptanmış ve bunun seçime bağlı yan tutmadan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

KKH durumunun klinik olarak değerlendirilmeden katılımcıların yanıtlarına göre değerlendirilmiş olması bildirimle bağlı yan tutma olarak değerlendirilebilir. ICD-10 sistemine göre I20-I25 kodlarının aldığı halde KKH olmadığını belirtenler işte kalmaya devam etmek için hastalıklarını gizlemiş olabilirler. Bu nedenle KKH olan ve olmayanların arasında işten ayrılma durumları bakımından gerçek olmayan bir fark bulunmuş olabilir.

KKH olanların arasında genel klinik durumu kötü olanların erken ölmeleri nedeniyle izleme alınamaması işten ayrılmanın gerçekte olabileceğinden daha az bulunmasına neden olmuş olabilir.

Bunun yanında iş özellikleri sorgulanırken anımsamaya, ölçüme ve bildirimle bağlı yan tutma olmuş olabilir. İş güvencesinin geriye yönelik ve ölçek kullanmadan tek bir soruyla sorgulanmış olması önemli bir kısıtlılıktır. Kamu ve özel sektörde çalışanlar arasında anlamlı fark bulunması iş güvencesi sorusunun iyi çalışmadığını düşündürmektedir. Bunun dışında işte niteliksel talepler, işe bağlılık ve iş doyumu ölçek ile değerlendirilmiş olsa da bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmış bir geçerlilik-güvenilirliği yapılmamıştır. Bu durum ölçüme dayalı yan tutmaya neden olabilir. İş özelliklerinin geriye yönelik sorgulanmış olması hasta grubunun olumsuz özellikleri daha fazla ön plana çıkarmasına neden olabilir. Bu durum bildirimle dayalı yan tutma olarak değerlendirilmiş olsa da hasta ve hasta olmayan gruplar arasında fark bulunamaması, gerçekte farkın olmadığını düşündürmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

KKH tanısı sonrası hastaların %76'sının bir yıl içinde işe geri döndüğü ve KKH tanısı olanların olmayanlara göre bir yıl içinde işten ayrılma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doktorların çoğu ya hastanın çalışması konusunda herhangi bir değerlendirme yapamamakta ya da objektif değerlendirme kriterleri kullanmadan önerilerde bulunmaktadır.

Çalışabilecek durumdaki hastaların işe geri dönmeleri ve uygun işlerde çalışmaları sağlanmalıdır. Diğer taraftan klinik durumu nedeniyle bireylerin çalışmasında sakınca olan işlerin belirlenmesinin yanında, hiçbir işte çalışamayacakların sosyal koruma ile gelir güvencelerinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin korunması gerekmektedir. Bu kararların alınmasında doktorların rolleri çok önemlidir.

Doktorların, hastalarının sosyal yaşamlarını ve çalışma koşullarını göz önünde bulundurmadan yapacakları öneriler hastaların yaşamlarını olumsuz etkileyebilir. Hastaların klinik ve sosyal durumları, çalışma koşulları ile birlikte değerlendirilerek yeterli destek sağlanmalıdır.

İşe dönüşü artırmak ve hızlandırmak için kardiyolog, işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, işveren ve çalışanın katılımıyla programlar geliştirilmeli, işe dönme dönemine kişiye özgü bir iş planı yapıp, kişinin çalışma saati ve sorumluluğu değerlendirilerek uygun işlerde çalışmaları sağlanmalıdır.

İşyerlerinde, birinci basamakta sunulan iş sağlığı hizmetlerinin kronik hastalıkların yönetiminde önemli işlevleri olabilir. İşyeri hekimleri hastalık tanısı sonrası işe dönüş muayenelerinde, hastaların işe uygunluğu değerlendirilirken kardiyoloji hekiminden görüş almalıdır. Kardiyoloji hekimi de hastanın çalışma durumu ile ilgili görüşünü belli kriterlere uygun bir klinik değerlendirmeye göre yapmalı, hastaların sosyoekonomik ve kültürel durumlarını da göz önünde bulundurmalıdır. Doktorların hastalarının çalışma durumları ile ilgili öneride bulunmak için nesnel değerlendirme yapabilecekleri kılavuzları bulunmamaktadır. Bunun sağlanması için ülke koşullarına özel değerlendirmeleri içeren kronik hastalıklar için ayrıntılı ve çok merkezli çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

9. KAYNAKLAR

1. WHO. The top 10 causes of death, 2011. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf>. Erişim tarihi: 3 Ocak 2012.
2. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=1. Erişim tarihi: 30 Ocak 2012.
3. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. 1.Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2007: 1-12.
4. Durmaz T, Özdemir Ö, A.Özdemir B, Keleş T ve ark. Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. Turk J Med Sci. 2009; 39 (3):343-51.
5. Palmer KT, Cox RAF, Brown I. Fitness For Work The Medical Aspects. 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
6. Bradshaw PJ, Jamrozik K, Gilfillan IS, Thompson PL. Return toWork After Coronary Artery Bypass Surgery in a Population of Long-Term Survivors. Heart Lung and Circulation. 2005;14:191-6.
7. Dekkers-Sánchez P, Wind H, Sluiter J, Frings-Dresen M. A qualitative study of perpetuating factors for long-term sick leave and promoting factors for return to work: Chronic work disabled patients in their own words. J Rehabil Med. 2010;42:544-52.
8. Clayton S, Bambra C, Gosling R, Povall S ve ark. Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. BMC Public Health. 2011; 11:170.
9. Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, Penhale B. Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. Disability and Rehabilitation. 2007;29(24):1858 - 69.
10. Mark DB, Lam LC, Lee KL, Clapp-Channing NE ve ark. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. Circulation. 1992;86(5):1485-94.

11. Black D. Working for a healthier tomorrow 2008. Erişim adresi: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209782/hwwb-working-for-a-healthier-tomorrow.pdf. Erişim tarihi: 09.03.2015.
12. Marmot M, Elliott P. Coronary heart disease epidemiology: from etiology to public health. In: Marmot M, Elliott P, editors. Coronary Heart Disease Epidemiology: From etiology to public health, second edition. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 3-7.
13. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK ve ark. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131(4):e29-322.
14. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Beiser A, Levy D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. Lancet. 1999;353(9147):89-92.
15. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. European Heart Journal. 2014;35(42):2929.
16. Ferreira-Gonzalez I. The epidemiology of coronary heart disease. Revista Espanola de Cardiologia. 2014;67(2):139-44.
17. Unal B, Sozmen K, Arik H, Gerceklioglu G ve ark. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Turkey between 1995 and 2008. BMC Public Health. 2013;13:1135.
18. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S ve ark. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. Current Problems in Cardiology. 2010;35(2):72-115.
19. Zhu KF, Wang YM, Zhu JZ, Zhou QY ve ark. National prevalence of coronary heart disease and its relationship with human development index: A systematic review. European Journal of Preventive Cardiology. 2015; 0(00)1–14.
20. Leeder S, Raymond S, Greenberg H. A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Countries. New York: Trustees of Columbia University; 2004.

21. Sahan C, Sozmen K, Doganay S, Unal B. Türkiye’de kalp ve damar hastalıkları sıklıklarındaki değişimin değerlendirilmesi. Turk J Public Health. 2015;13(1):62-80.
22. Unal B, Ergor G. Chronic Diseases And Risk Factors Survey In Turkey. Ankara: MOH, 2013.
23. Dinç G, Gerçeklioğlu G, Sözmen K, Arık H ve ark. Türkiye’de koroner kalp hastalığı ve inmeye bağlı ölüm hızındaki değişmeler (1988-2008). In: Unal B, editor. MedCHAMPS Proje Sonuç Kitabı: Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları ve Diyabet Kontrolünde Var Olan Durum ve Politika Önerileri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2012.
24. Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2012.
25. İstatistiklerle Yaşlılar, 2014 Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu 2015. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>. Erişim tarihi: 31.07.2015.
26. Republic of Turkey MoH. Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Ankara: Public Health Agency of Turkey, 2013.
27. Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu 2006. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.5434.pdf>. Erişim tarihi: 31.07.2015.
28. Stattin M. Retirement on grounds of ill health. Occupational and Environmental Medicine. 2005;62(2):135-40.
29. Çakar E. Türkiye ve Bazı Yabancı Ülkelerde Özürlülere Sağlanan Avantajlar: Vergi Düzenlemeleri ile Ekonomik ve Sosyal Düzenlemeler. Mevzuat Dergisi. 2007;112 (10).
30. 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun md.3/a. Erişim adresi: <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwi80t6W15HGAhXFGCwKHW9oAl4&url=http%3A%2F%2Fwww.mevzuat.gov.tr%2F%2FMevzuatMetin%2F1.5.5378.doc&ei=d8J-Vfy6LcWxsAHv0IHwCA&usg=AFQjCNFz9NMWlnsBztinV6tLXgBcL3IEEw&sig2=IjstHUzxRIBCQ9KmexwBFQ>. Erişim tarihi: 15.06.2015.

31. Sağlık Sorunları ve Faaliyet Güçlükleri Yaşayanların İşgücü Durumu Araştırma Sonuçları, 2. Dönem 2011: TUIK; 2011. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13125>. Erişim tarihi: 15.06.2015.
32. OECD. Sickness, disability and work: breaking the barriers Paris: OECD Publishing; 2007. Erişim adresi: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf. Erişim tarihi: 16.06.2015.
33. Demiral Y, Ergör A, Şemin S. İşsizlik ve Sağlık. Toplum ve Hekim. 2002;17(5):366-72.
34. Cai L, Kalb G. Health status and labour force participation: evidence from Australia. Health Economics. 2006;15(3):241-61.
35. Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. International Archives of Occupational and Environmental Health. 2008;82(1):39-45.
36. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. Journal of Epidemiology and Community Health. 1994;48(4):333-7.
37. Karpansalo M, Manninen P, Kauhanen J, Lakka TA ve ark. Perceived health as a predictor of early retirement. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2004;30(4):287-92.
38. Schofield DJ, Callander EJ, Shrestha RN, Passey ME ve ark. Multiple Chronic Health Conditions and Their Link with Labour Force Participation and Economic Status. PloS One. 2013;8(11).
39. Kristensen P. Inequalities in health, social causation and the role of occupation. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2008;34(4):235-8.
40. Harris JR, Huang Y, Hannon PA, Williams B. Low-socioeconomic status workers: their health risks and how to reach them. Journal of Occupational and Environmental

Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine. 2011;53(2):132-8.

41. Schuring M, Robroek SJW, Otten FWJ, Arts CH ve ark. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. *Scand J Work Env Hea*. 2013;39(2):134-43.

42. Pattani S, Constantinovici N, Williams S. Predictors of re-employment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health; a national prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004;61(7):572-6.

43. Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, Burdorf A. The effect of re-employment on perceived health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011;65(7):639-44.

44. Johnson JL, Morse JM. Regaining control: the process of adjustment after myocardial infarction. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 1990;19(2):126-35.

45. Svedlund M, Axelsson I. Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of The British Association of Critical Care Nurses*. 2000;16(4):256-65.

46. Lukkarinen H. Life course of people with coronary artery disease. *Journal of Clinical Nursing*. 1999;8(6):701-11.

47. LaCharity LA. The experiences of younger women with coronary artery disease. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 1999;8(6):773-85.

48. White A. 'I feel a fraud': men and their experiences of acute admission following chest pain. *Nursing in Critical Care*. 1999;4(2):67-73.

49. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A ve ark. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *J Adv Nurs*. 2000;31(6):1351-60.

50. Tod AM, Lacey EA, McNeill F. 'I'm still waiting...': barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *J Adv Nurs*. 2002;40(4):421-31.

51. White AK, Johnson M. Men making sense of their chest pain--niggles, doubts and denials. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9(4):534-41.
52. Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *J Adv Nurs*. 2005;51(4):382-95.
53. Şahan C, Demiral Y, Kilic B, Aslan Ö. Changes in Employment Conditions After Myocardial Infarction in Turkey (Poster). 31st International Congress on Occupational Health; Seoul2015.
54. Slebus FG, Jorstad HT, Peters RJ, Kuijter PP ve ark. Return to work after an acute coronary syndrome: patients' perspective. *Safety and Health at Work*. 2012;3(2):117-22.
55. Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, Steptoe A. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *European Heart Journal*. 2007;28(2):160-5.
56. Abbas A, Brodie B, Stone G, Cox D ve ark. Frequency of Returning to Work One and Six Months Following Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*. 2004;94:1403-5.
57. Nielsen FE, Sorensen HT, Skagen K. A prospective study found impaired left ventricular function predicted job retirement after acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2004;57(8):837-42.
58. Hamalainen H, Maki J, Virta L, Keskimaki I ve ark. Return to work after first myocardial infarction in 1991-1996 in Finland. *European Journal of Public Health*. 2004;14(4):350-3.
59. Fromm P, Cohen C, Rashcupkin J, Kristal-Boneh E ve ark. Referral to occupational medicine clinics and resumption of employment after myocardial infarction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*. 1999;41(11):943-7.

60. Yuval R, Halon DA, Lewis BS. Perceived disability and lifestyle modification following hospitalization for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: the patients' point of view. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(4):287-92.
61. Maeland JG, Havik OE. Return to work after a myocardial infarction: the influence of background factors, work characteristics and illness severity. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1986;14(4):183-95.
62. Brink E, Brandstrom Y, Cliffordsson C, Herlitz J ve ark. Illness consequences after myocardial infarction: problems with physical functioning and return to work. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;64(6):587-94.
63. Soejima Y, Steptoe A, Nozoe S, Tei C. Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *International Journal of Cardiology*. 1999;72 39-47.
64. Bradshaw PJ, Jamrozik K, Gilfillan IS, Thompson PL. Return to work after coronary artery bypass surgery in a population of long-term survivors. *Heart, Lung & Circulation*. 2005;14(3):191-6.
65. Mittag O, Kolenda KD, Nordman KJ, Bernien J ve ark. Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Soc Sci Med*. 2001;52(9):1441-50.
66. Smith GR, Jr., O'Rourke DF. Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses. *JAMA*. 1988;259(11):1673-7.
67. Perk J. Sick Leave in Coronary Artery Disease: A Review of The Literature. *Heartwise*. 2004;Autumn:3-16.
68. Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiologica*. 2000;55(6):341-9.

69. Mirmohammadi SJ, Sadr-Bafghi SM, Mehrparvar AH, Gharavi M ve ark. Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis*. 2014;10(3):137-40.
70. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*. 1996;312(7040):1191-4.
71. Maeland JG, Havik OE. Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*. 1987;31(4):471-81.
72. Boudrez H, De Backer G, Comhaire B. Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study. *European Heart Journal*. 1994;15(1):32-6.
73. Du CL, Cheng Y, Hwang JJ, Chen SY ve ark. Workplace justice and psychosocial work hazards in association with return to work in male workers with coronary heart diseases: a prospective study. *International Journal of Cardiology*. 2013;166(3):745-7.
74. Farkaš J, Černe K, Lainščak M, Keber I. Return to work after acute myocardial infarction—Listen to your doctor. *International Journal of Cardiology*. 2008;130:14-6.
75. Reporting on coronary patients for return to work: an algorithm: European Society of Cardiology; 2012. Erişim adresi: <http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-10/Reporting-on-coronary-patients-for-return-to-work-an-algorithm>. Erişim tarihi: 18.08.2015.
76. Shapiro S, Weinblatt E, Frank CW. Return to work after first myocardial infarction. *Archives of Environmental Health*. 1972;24(1):17-26.
77. Dennis C, Houston-Miller N, Schwartz RG, Ahn DK ve ark. Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. Results of a randomized trial. *JAMA*. 1988;260(2):214-20.
78. Rost K, Smith GR. Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. *Archives of Internal Medicine*. 1992;152(2):381-5.

79. Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog B ve ark. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 1994;23(5):423-35.
80. Soderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science & Medicine*. 2003;56(1):193-202.
81. De Souza L, Frank A. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disability and Rehabilitation*. 2011;33(4):310-8.
82. Mital A, Desai A, Mital A. Return to work after a coronary event. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 2004;24(6):365-73.
83. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 1992;82(6):816-20.
84. King KM. Gender and short-term recovery from cardiac surgery. *Nursing Research*. 2000;49(1):29-36.
85. Hennessey JC, Muller LS. Work efforts of disabled-worker beneficiaries: preliminary findings from the new beneficiary followup survey. *Social Security Bulletin*. 1994;57(3):42-51.
86. Mayer OJ, Simon J, Heidrich J, Cokkinos DV ve ark. Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58(1):47-52.
87. Turkulin K, Cerovec D, Baborski F. Predictive markers of occupational activity in 415 post myocardial infarction patients after one-year follow-up. *European Heart Journal*. 1988;9 Suppl L:103-8.
88. McBurney CR, Eagle KA, Kline-Rogers EM, Cooper JV ve ark. Work-related outcomes after a myocardial infarction. *Pharmacotherapy*. 2004;24(11):1515-23.

89. Kiessling A, Henriksson P. Perceived cognitive function in coronary artery disease--an unrecognised predictor of unemployment. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 2005;14(6):1481-8.
90. Lee SM, Lim LC, Koh D. Stigma among workers attending a hospital specialist diabetes clinic. *Occupational Medicine*. 2015;65(1):67-71.
91. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. 1963.
92. Boutin-Foster C. Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 2005;34(1):22-9.
93. Zhang W. The impact of public employment on health and health inequalities: evidence from China. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*. 2011;41(4):647-78.
94. Purohit B, Bandyopadhyay T. Beyond job security and money: driving factors of motivation for government doctors in India. *Human Resources for Health*. 2014;12:12.
95. Lammerts L, Schaafsma FG, Eikelenboom M, Vermeulen SJ ve ark. Longitudinal Associations Between Biopsychosocial Factors and Sustainable Return to Work of Sick-Listed Workers with a Depressive or Anxiety Disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2015. DOI 10.1007/s10926-015-9588-z.
96. Fiabane E, Argentero P, Calsamiglia G, Candura SM ve ark. Does job satisfaction predict early return to work after coronary angioplasty or cardiac surgery? *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2013;86(5):561-9.
97. Slebus FG, Kuijer PP, Willems JH, Sluiter JK ve ark. Prognostic factors for work ability in sicklisted employees with chronic diseases. *Occupational and Environmental Medicine*. 2007;64(12):814-9.

98. Bugajska J, Lastowiecka E. Analysis of total work inability in Poland in 2000 and 2001 according to age, disease diagnosis and occupation. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2006;12(3):231-40.
99. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31(6):1183-91.
100. MacDonald LA, Karasek RA, Punnett L, Scharf T. Covariation between workplace physical and psychosocial stressors: evidence and implications for occupational health research and prevention. *Ergonomics*. 2001;44(7):696-718.
101. Biering K, Lund T, Andersen JH, Hjollund NH. Effect of Psychosocial Work Environment on Sickness Absence Among Patients Treated for Ischemic Heart Disease. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2015.
102. Laine S, Gimeno D, Virtanen M, Oksanen T ve ark. Job strain as a predictor of disability pension: the Finnish Public Sector Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(1):24-30.
103. Earle A, Ayanian JZ, Heymann J. Work Resumption after Newly Diagnosed Coronary Heart Disease: Findings on the Importance of Paid Leave. *Journal of Women's Health*. 2006;15: 4.
104. Joyce K, Pabayo R, Critchley J, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing (Review). The Cochrane Collaboration, 2010.
105. Laszlo KD, Ahnve S, Hallqvist J, Ahlbom A ve ark. Job strain predicts recurrent events after a first acute myocardial infarction: the Stockholm Heart Epidemiology Program. *Journal of Internal Medicine*. 2010;267(6):599-611.
106. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2010;23(3):279-85.

107. Aboa-Eboule C, Brisson C, Maunsell E, Masse B ve ark. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. JAMA. 2007;298(14):1652-60.
108. Scafa F, Calsamiglia G, Tonini S, Lumelli D ve ark. Return to work after coronary angioplasty or heart surgery: a 5-year experience with the "CardioWork" protocol. Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine. 2012;54(12):1545-9.
109. Pavy B, Iliou MC, Verges-Patois B, Brion R ve ark. French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. Archives of Cardiovascular Diseases. 2012;105(5):309-28.

10. EKLER

10.1. Ek Tablolar

Ek Tablo 1. Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işle ilgili durumları

KKH tanısı sonrası durumlar (n=41)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışmaya devam etme	31	75.6
Emekli olmadan işten ayrılma	5	12.2
Malulen emekli olma	4	9.8
Emekli olma	1	2.4
Çalışma miktarında azalma	12	29.3
İşe dönmek için kendini yeterli hissetme	30	73.2
Ekonomik yetersizlik nedeniyle işe devam etme	28	68.3
Eşinin kazancıyla yaşamak istemediği için işe devam etme	5	12.2
Ailesinin kazancıyla yaşamak istemediği için işe devam etme	4	9.8
İşini sevdiği için işe devam etme	14	34.1
Çalışmayı sevdiği için işe devam etme	11	26.8
Çalışmamak için erken olduğunu düşündüğü için işe devam etme	11	26.8
Emeklilik süresini doldurmak için işe devam etme	1	2.4
İşvereni KKH hastası olduğunu bilenler	28	68.3
İş arkadaşları KKH hastası olduğunu bilenler	36	87.8
KKH'na bağlı bulgularının işlerini olumsuz etkilediğini düşünenler	17	41.5
KKH olmalarının kendilerini iş arkadaşlarından daha az verimli yaptığını düşünenler	9	22.0
KKH tanısı aldıkları dönemde yaptıkları işin hastalığın gidişatını olumsuz etkilediğini düşünenler	25	61.0
KKH hastası olmalarının çalışma olanaklarını azalttığını düşünenler	20	48.8
İşyerinde KKH hastası olduğu için kendisine farklı bakıldığını ya da davranıldığını düşünenler	14	34.1

Ek Tablo 2. Koroner kalp hastalarının tanı sonrası işle ilgili durumlarının işten ayrılma durumlarına etkisi

İşle ilgili durumlar (n=41)		İşten ayrılma				
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
İşe dönmek için kendini yeterli hissetme	Evet	8	26.7	22	73.3	0.70
	Hayır	2	18.2	9	81.8	
İşvereni KKH hastası olduğunu bilenler	Evet	6	21.4	22	78.6	0.70
	Hayır	4	30.8	9	69.2	
İş arkadaşları KKH hastası olduğunu bilme	Evet	9	25.0	27	75.0	0.81
	Hayır	1	20.0	4	80.0	
KKH'na bağlı bulgularının işlerini olumsuz etkilediğini düşünme	Evet	4	23.5	13	76.5	0.91
	Hayır	6	25.0	18	75.0	
KKH olmalarının kendilerini iş arkadaşlarından daha az verimli yaptığını düşünme	Evet	4	44.4	5	55.6	0.19
	Hayır	6	18.8	26	81.3	
KKH tanısı aldıkları dönemde yaptıkları işin hastalığın gidişatını olumsuz etkilediğini düşünme	Evet	8	32.0	17	68.0	0.27
	Hayır	2	12.5	14	87.5	
KKH hastası olmalarının çalışma olanaklarını azalttığını düşünme	Evet	9	45.0	11	55.0	0.004
	Hayır	1	4.8	20	95.2	
İşyerinde KKH hastası olduğu için kendisine farklı bakıldığını ya da davranıldığını düşünme	Evet	5	35.7	9	64.3	0.27
	Hayır	5	18.5	22	81.5	
Tanı sonrasında ailesinin duygusal olarak destek olması	Evet	10	27.8	26	72.2	0.31
	Hayır	0	0.0	5	100.0	
Tanı sonrasında iş arkadaşlarının duygusal olarak destek olması	Evet	8	25.0	24	75.0	0.86
	Hayır	2	22.2	7	77.8	
Tanı sonrasında doktorunun duygusal olarak destek olması	Evet	9	28.1	23	71.9	0.41
	Hayır	1	11.1	8	88.9	
Tanı sonrasında günlük hayatını yürütme konusunda ailesinin destek olması	Evet	10	30.3	23	69.7	0.17
	Hayır	0	0.0	8	100.0	
Tanı sonrasında günlük hayatını yürütme konusunda iş arkadaşlarının destek olması	Evet	7	25.0	21	75.0	0.89
	Hayır	3	23.1	10	76.9	
Tanı sonrasında ailesinin çalışmasını istememesi	Evet	2	40.0	3	60.0	0.58
	Hayır	8	22.2	28	77.8	
Tanı sonrasında iş arkadaşlarının çalışmasını istememesi	Evet	1	33.3	2	66.7	0.71
	Hayır	9	23.7	29	76.3	
Tanı sonrasında doktorunun çalışmasını istememesi	Evet	1	50.0	1	50.0	0.43
	Hayır	9	23.1	30	76.9	

10.2. Etik kurul onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1555-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Manisa'da Koroner Kalp Hastalığı Tanısı Konan Hastaların Tanı Sonrası İş Durumu Değişikliklerinin ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Yücel DEMİRAL Halk Sağlığı A.D.
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/22-05	Tarih: 19.06.2014
	Prof.Dr.Yücel DEMİRAL'ın sorumlusu olduğu "Manisa'da Koroner Kalp Hastalığı Tanısı Konan Hastaların Tanı Sonrası İş Durumu Değişikliklerinin ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılanadı
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	katılanadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılanadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılanadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi Dekanlığı	Erkek	E ☐	H ☒	

10.3. Veri toplama formu

Anket no:

**Manisa'da Koroner Kalp
Hastalığı ile Çalışma
Durumu Araştırması
Anketi**

KORONER KALP HASTALIĞI	
VAR	YOK

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından ortaklaşa yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, koroner kalp hastalığı tanısı alan kişilerin hastalık sonrasında çalışma durumları ve bunu etkileyen etmenlerin saptanmasıdır.

Bu amaç çerçevesinde koroner kalp hastalığı tanısı alan ve almayan kişilere anket uygulanacaktır. Anket yaklaşık 20 dakika sürecektir. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kişisel bilgilerinizin yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmadan elde edilecek verinin raporlamasında isminiz ve kişisel sağlık bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Sağlık kayıt bilgilerime ulaşılması için izin veriyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Görüşmecinin adı soyadı:

Görüşme tarihi: / / 20

Görüşülen kişinin

ADI SOYADI:.....

TC KİMLİK NO:.....

ADRESİ:.....

.....

.....

.....

TELEFON NUMARASI:.....

CİNSİYETİ: Erkek ☐ Kadın ☐

DOĞUM TARİHİ:

BOY:.....

KİLO:.....

BÖLÜM 1

1. En son hangi okulu bitirdiniz?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Okur-yazar | 4. Lise |
| 2. İlkokul | 5. Yüksek lisans ve üstü |
| 3. Ortaokul | |

2. Medeni durumunuz nedir?

- | | |
|------------------|-------------|
| 1. Hiç evlenmedi | 3. Eşi öldü |
| 2. Evli | 4. Boşanmış |

3. Mesleğiniz nedir?

4. Hanede siz dahil kaç kişi yaşıyor?

5. Hanede sizinle birlikte kimler (anne, baba, eş, çocuk vb) yaşıyor?

6. Ailede bakmakla yükümlü olduğunuz kişi var mı?

1. Evet (.....Lütfen kim/kimler olduğunu belirtiniz)
2. Hayır

7. Ailede sizden başka gelir getirici bir işte çalışan kişi var mı?

- 1) Evet (Lütfen kim/kimler olduğunu belirtiniz.....)
- 2) Hayır

8. Haneye giren aylık toplam gelir yaklaşık ne kadardır?(Kart1 göster)

a.

9. Maaşlı emeklilik yaşıınız kaç?.....

10. Tedavi masraflarınız aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılanıyor? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. SGK, aktif memur
2. SGK, Emekli Sandığı (emekli devlet memuru)
3. SGK, SSK
4. Özel Sağlık Sigortası
5. Özel Sandık
6. Kendisi karşılıyor
7. Diğer.....LÜTFEN AÇIKLAYINIZ

11. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet, düzenli olarak (günde en az 1 adet) kullanıyorum.
2. Evet, ARA SIRA kullanıyorum.
3. BIRAKTIM (.....ay.....yıl önce bıraktım).
4. HAYIR, hiç kullanmadım.

12. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?(Kart2 göster)

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

BÖLÜM 2

Bu bölümde çalıştığınız işlerle ilgili sorular vardır. Son 2 yılda birden fazla işte çalıştıysanız ya da iş değiştirdiyseniz son çalıştığınız işten başlayarak yanıtlayınız.

	Şuan ya da Son Çalıştığınız İş		Varsa Bundan Önceki İş	
1. İşin Tanımı:	/...../.....(gün/ay/yıl)		/...../.....(gün/ay/yıl)	
2. İşe Başlama Tarihi:	/...../.....(gün/ay/yıl)		/...../.....(gün/ay/yıl)	
3. İşten Ayrılma Tarihi:	/...../.....(gün/ay/yıl)		/...../.....(gün/ay/yıl)	
4. İşyerinin kamu/özel olma durumu:	1. Kamu	2. Özel	1. Kamu	2. Özel
5. Çalışanın işteki durumu:	1. Ücretli/Maaşlı	2. Kendi Hesabına	1. Ücretli/Maaşlı	2. Kendi Hesabına
	3. İşveren	4. Ücretsiz	3. İşveren	4. Ücretsiz
6. İş güvencesi:	1. Var	2. Yok	1. Var	2. Yok
7. İşte çalışma şekli:	1. Tam zamanlı	2. Yarı zamanlı	1. Tam zamanlı	2. Yarı zamanlı
8. İşteki fiziksel aktivite gereksinimi:	1. Oturarak masa başında(ör: memur, büro işi, dikiş dikme vb. gibi oturarak çalışan işçiler)		1. Oturarak masa başında(ör: memur, büro işi, dikiş dikme vb. gibi oturarak çalışan işçiler)	
	2. Çalışma sırasında çok yürüme, ağır yük taşıma, ağır kaldırma gibi işler gerektirmeyen şekilde (ör: tezgahtar, hizmetli vb.)		2. Çalışma sırasında çok yürüme, ağır yük taşıma, ağır kaldırma gibi işler gerektirmeyen şekilde (ör: tezgahtar, hizmetli vb.)	
	3. Çalışma sırasında yürüme, yük taşıma, sık sık merdiven ya da yokuş çıkma gibi işler gerektiren şekilde (ör:postacı vb.)		3. Çalışma sırasında yürüme, yük taşıma, sık sık merdiven ya da yokuş çıkma gibi işler gerektiren şekilde (ör:postacı vb.)	
	4. Ağır fiziksel aktivite, yük taşıma, ağır kaldırma gerektiren şekilde (ör:inşaat işçileri)		4. Ağır fiziksel aktivite, yük taşıma, ağır kaldırma gerektiren şekilde (ör:inşaat işçileri)	

BÖLÜM 3

Bu bölümde çalıştığınız ortamdaki psikososyal risklerle ilgili sorular vardır. **İş değişikliği olan kişiler iş değişikliği olmadan önceki işyerlerindeki duruma göre soruları yanıtlayacaktır.**

A-Niteliksel Talepler(Kart3 göster)

1. Çok hızlı çalışmak zorunda kalır mısınız/mıydınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

2. İş yükünüz eşit dağıtılmadığı için birikir mi/miydi?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

3. Tüm görevlerinizi tamamlamak için zamanınızın yetmediği ne sıklıkla olur/olurdu?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

4. Fazla mesai yapmak zorunda kalır mısınız/mıydınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

B-İşe Etki(Kart3 göster)

5. İşinize ilişkin büyük oranda etki gücünüz var mı/mıydı?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

6. Çalışma arkadaşını seçme konusunda söz hakkınız var mı/mıydı?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

7. Size verilen iş miktarını belirlemede etkiniz olur mu/muydu?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

8. İşinizde NE yapacağınızı etkileme şansınız var mı/mıydı?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

C-İşte Özgürlük Derecesi(Kart3 göster)

9. İşe ne zaman ara vereceğinize karar verebiliyor musunuz/muydunuz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

10. Yıllık izin zamanınız yaklaşık olarak isteğiniz doğrultusunda mı belirlenir/belirlenirdi?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

11. Arkadaşınızla kısa bir sohbet için işinize ara verebiliyor musunuz/muydunuz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

12. Kendi işiniz için yarım saatliğine özel bir izin almadan işyerinden ayrılabilir misiniz/miydiniz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

D-İşin Anlamı(Kart3 göster)

13. İşiniz anlamlı mıdır/mıydı?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

14. Yaptığınız işin önemli olduğunu hissediyor musunuz/muydunuz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

15. Kendinizi işinizde motive ve ilgili hissediyor musunuz/muydunuz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

E-İşe Bağlılık(Kart3 göster)

16. Bu işyerinde bulunmaktan gurur duyar mısınız/mıydınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

17. Başkalarına işyerinizi anlatmaktan hoşlanır mısınız/mıydınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

18. İşyerinizdeki sorunların sizin de sorununuz olduğunu hissediyor musunuz/muydunuz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

19. İşyerinizin sizin için çok önemli bir yer olduğunu düşünüyor musunuz/muydunuz?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

F-Sosyal Destek(Kart3 göster)

20. İş arkadaşlarınızdan ne sıklıkta yardım ve destek alırsınız/alırdınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

21. İş arkadaşlarınız sizin işle ilgili sorunlarınızı dinlemeye ne sıklıkta istek duyar/duyardınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

22. Bir üst amirinizden ne sıklıkta yardım ve destek alırsınız/alırdınız?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

23. Bir üst amiriniz sizin işle ilgili sorunlarınızı dinlemeye ne sıklıkta istek duyar/duyardı?

a)¹Her zaman b)²Sıklıkla c)³Bazen d)⁴Nadiren e)⁵Asla/neredeyse hiç

G-İş Doyumu(Kart4 göster)

İşiniz ile ilgili aşağıda yazılanlardan ne kadar memnunsunuz/ memnundunuz?

24. İleriye yönelik beklentilerinizden.

a)¹ Çok memnun b)² Memnun c)³ Memnun değil d)⁴ Hiç memnun değil

25. Çalışma arkadaşlarınızdan

a)¹ Çok memnun b)² Memnun c)³ Memnun değil d)⁴ Hiç memnun değil

26. Fiziksel çalışma koşulları

a)¹ Çok memnun b)² Memnun c)³ Memnun değil d)⁴ Hiç memnun değil

27. Yeteneklerinizin kullanılma şekli

a)¹ Çok memnun b)² Memnun c)³ Memnun değil d)⁴ Hiç memnun değil

28. Çalıştığınız birimin çalışma biçiminden

a)¹ Çok memnun b)² Memnun c)³ Memnun değil d)⁴ Hiç memnun değil

29. Her şey dikkate alındığında genel olarak işinizden

a)¹ Çok memnun b)² Memnun c)³ Memnun değil d)⁴ Hiç memnun değil

Bölüm 4 (Doktor tarafından tanı konan hastalıklar)

--- Süreğen (kronik) hastalıklar	<u>Hastalık var mı?</u>		<u>Tanı konma tarihi</u> <u>Ay/Yıl</u>	<u>İlaç alıyor mu?</u>		<u>Düzenli izlem oluyor mu?</u>		<u>izlem nerede yapılıyor?*</u>
HST1. Hipertansiyon	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST2. Diyabet	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST3. Koroner Kalp Hst.	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST31. Anjina (eforla göğüs ağrısı, baskı, sıkışma, yanma vb.)	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	-	-	-	-	-	-
HST32. Anjiyografi	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	-	-	-	-	-	-
HST33. Anjiyoplasti	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	-	-	-	-	-	-
HST34. Bypass	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	-	-	-	-	-	-
HST35. Geçirilmiş MI	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	-	-	-	-	-	-
HST36. Kardiyopulmoner resüsitasyon (canlandırma)	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	-	-	-	-	-	-
HST4. Konjestif Kalp Yetmezliği	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST5. İnme	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST6. Astım, bronşit (KOAİ)	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST7. Kanseri	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	
HST8.	☐ ¹ Var	☐ ⁰ Yok	___/___	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	☐ ¹ Evet	☐ ⁰ Hayır	

* 1. Aile hekimi, SO hekimi, 2. Devlet Hastanesi 3. Üniversite hastanesi, 4. Özel hastane/Poliklinik, 5. Muayenehane, 6. Kurum hekimi/işyeri hekimi

7. Diğer.....

BÖLÜM 5

**Bu bölümdeki soruları yalnızca koroner kalp hastalığı tanısı olanlar
yanıtlayacaktır.**

- 1) Kalp hastalığı tanısı konduktan sonra bu hastalık nedeniyle hastanede yattınız mı?
 1. Evet (Kaç gün?.....)
 2. Hayır
- 2) Kalp hastalığı tanısı konduktan sonra bu hastalık nedeniyle istirahat raporu aldınız mı?
 1. Evet (Kaç gün?.....)
 2. Hayır
- 3) Kalp hastalığı tanısı konduktan sonra işe dönmek için kendinizi yeterli hissettiniz mi?
 1. Evet
 2. Hayır
- 4) Kalp hastalığı tanısı konduktan sonra çalışma hayatına geri döndünüz mü?
 1. Evet (Kaç gün sonra?.....)
 2. Hayır **(Bu seçeneği işaretlediyseniz doğrudan 7.soruya geçiniz)**
- 5) Kalp hastalığı tanısı konduktan sonra çalışma miktarınız size göre nasıldı?
 1. Azaldı
 2. Değişmedi
 3. Arttı
- 6) Kalp hastalığı tanısı konduktan sonra çalışmaya neden devam ediyorsunuz?**(Soru 8'e geçiniz)**
 1. Ekonomik yetersizlik nedeniyle
 2. Eşimin kazancı ile yaşamak istemediğim için
 3. Ailemin kazancı ile yaşamak istemediğim için
 4. İşimi sevdiğim için
 5. Çalışmayı sevdiğim için
 6. Çalışmamak için erken olduğunu düşündüğüm için
 7. Diğer (.....Lütfen belirtiniz)
- 7) Kalp hastalığı tanısı sonrası çalışma hayatınızı nasıl sonlandırdınız?
 1. İşten çıkarıldım
 2. İşten kendim ayrıldım
 3. Emekli oldum
 4. Malulen emekli oldum
 5. Diğer (.....Lütfen belirtiniz)

- 8) Tanı aldığınız dönemdeki işvereniniz kalp hastası olduğunuzu biliyor muydu?
(İşvereni olmayanlar bu soruyu yanıtlamayacaktır)
1. Evet
 2. Hayır
 3. Bilmiyorum
- 9) Tanı aldığınız dönemdeki iş arkadaşlarınız kalp hastası olduğunuzu biliyor muydu? **(İş arkadaşı olmayanlar bu soruyu yanıtlamayacaktır)**
1. Evet
 2. Hayır
 3. Bilmiyorum
- 10) Kalp hastalığına bağlı bulgularınız (eforla olan göğüs ağrısı, nefes darlığı, halsizlik vb) işinizi olumsuz etkiledi mi?
1. Evet
 2. Hayır
- 11) Sizce kalp hastası olmanız sizi iş arkadaşlarınızdan daha az verimli yaptı mı?
1. Evet
 2. Hayır
- 12) Tanı aldığınız dönemdeki işiniz kalp hastalığınızın gidişatını olumsuz etkiledi mi? **(uzun çalışma saatleri, hareketsiz yaşam, stres vb durumlar nedeniyle)**
1. Evet
 2. Hayır
 3. Bilmiyorum
- 13) Sizce kalp hastası olmanız çalışma olanaklarınızı nasıl etkiliyor?
1. Azaltıyor
 2. Artırıyor
 3. Değiştirmiyor
- 14) İşyerinizde kalp hastası olmanız nedeniyle iş çevrenizin size farklı baktığını veya davrandığını hissettiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır

BÖLÜM 6

Bu bölümdeki soruları yalnızca koroner kalp hastalığı tanısı olanlar
yanıtlayacaktır.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken **E:evet**, **H: hayır** ya da **K:kararsızım** seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

1. Kalp hastalığı tanısı aldıktan sonra:		E ¹	H ²	K ³	
1. Aileniz <u>duygusal</u> olarak destek oldu mu?					
2. İş arkadaşlarınız <u>duygusal</u> olarak destek oldu mu?					
3. Doktorunuz <u>duygusal</u> olarak destek oldu mu?					
4. <u>Günlük hayatınızı yürütme konusunda aileniz</u> destek oldu mu?					
5. <u>Günlük hayatınızı yürütme konusunda iş arkadaşlarınız</u> destek oldu mu?					
2. Kalp hastalığı tanısı aldıktan sonra çevrenizin ve kendinizin çalışmanız konusundaki düşünceleri nasıldı?(Kart5 göster)					
1. Ailem	1) çalışmam ı istemedi	2) iş değiştirme mi istedi	3) daha az çalışma mı istedi	4) işe devam etmemi destekledi	5) çalışmam ya da işim konusunda görüş belirtmedi
2. İş arkadaşlarım	1) çalışmam ı istemedi	2) iş değiştirme mi istedi	3) daha az çalışma mı istedi	4) işe devam etmemi destekledi	5) çalışmam ya da işim konusunda görüş belirtmedi
3. Doktorum	1) çalışmam ı istemedi	2) iş değiştirme mi istedi	3) daha az çalışma mı istedi	4) işe devam etmemi destekledi	5) çalışmam ya da işim konusunda görüş belirtmedi
4. Kendim	1) çalışmak istemedim	2) iş değiştirme k istedim	3) daha az çalışma k istedim	4) işe devam etmek istedim	5) çalışma ya da işim konusunda düşünmedim

Anket bitti.

Katılımınız için teşekkürler...