

Masa Başı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları

Determining the Levels of Knowledge About Cardiovascular Risk Factors and Behaviours of Desk-Based Staff

MEDİNE YILMAZ*
MÜNEVVER BOYLU**

Geliş Tarihi: 09.07.2015, Kabul Tarihi: 26.03.2016

ÖZ

Amaç: Tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yürütülen bu araştırmanın amacı, masa başı çalışanlarda kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve bazı antropometrik ölçümlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini iki kamu kurumunda masa başı çalışan bireyler oluşturmuştur (N= 250). Veri toplama aracı olarak Birey Tanıtım Formu ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalamaları 37.9 ± 7.85 olup büyük çoğunluğu kadın (%73.6), lisans (%42) ve yüksek lisans-doktora (%24) mezunudur. Erkeklerin %12.1'i, kadınların %5.9'u obezdir. Bel çevresi ölçümlerine göre kadınların %35.3'ünün riskli, %25.5'inin yüksek riskli; erkeklerin %40.9'unun riskli, %27.3'ünün yüksek riskli olduğu belirlenmiştir. Bel / kalça oranına göre kadınların %70.7'sinin riskli, erkeklerin %10.6'sının riskli olduğu görülmüştür. Kadınların KARRİF-BD puanları 19.4 ± 2.8 , erkeklerin 18.6 ± 3.1 'dir. Yaşam biçimi davranışları ile antropometrik ölçümlerine göre KARRİF-BD puanlarının değişmediği belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçları kardiyovasküler hastalıklar için masa başında çalışan bireylerin değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına ilişkin programlara gereksinim olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Antropometrik ölçüm, birincil koruma; hemşirelik; kardiyovasküler hastalık riski; sağlık davranışları.

ABSTRACT

Aim: The aim of this descriptive and relational study is to determine the levels of knowledge about cardiovascular risk factors and some anthropometric measurements in desk-based staff.

Method: The sample comprised desk-based staff working at state agencies (N= 250). The "Individual Questionnaire" and "Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) Scale" were used as the data-collection tools.

Results: The mean age of the subjects was 37.9 ± 7.85 : mostly women (73.6%), university-graduated (42%) and holding a higher degree (24%). It was found that 12.1% of male subjects were obese, while 5.9% of female subjects were obese. In terms of waist circumference, 35.3% of females were at risk with 25.5% at high risk, while 40.9% of males were at risk with 27.3% at high risk. According to waist/hip ratio, 70.7% of women were at risk, while only 10.6% of men were at risk. CARRF-KL scores for women were 19.4 ± 2.8 , while the scores for men were 18.6 ± 3.1 . Any correlation between sociodemographic factors, life style behaviours, anthropometric measurements and CARRF-KL scores were not found.

Conclusion: Taking control of changeable risk factors and the need for educational training related to healthy-lifestyle attitudes should continue to be developed.

Keywords: Antropometric measurement; primary prevention; nursing; cardiovascular disease; health behaviours.

* M Yılmaz, Doç. Dr.
İzmir Katip Celebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
İzmir Katip Celebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Aydınlikevler, Çiğli/İzmir
Tel.: 0 232 329 35 35
e-posta: medine1974@hotmail.com

** M Boylu
İzmir Kamu Hastaneler Birliği, Güney Sekreterliği

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), koroner kalp hastalıkları, inme, romatizmal kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalığı, hipertansif hastalıklar ve aritmileri içeren hastalık grubudur.^[1,2] Tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olmak üzere tüm ölümlerin %30'u KVH nedeniyledir.^[2] Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'nda (2008) öntümüzdeki 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2.3 kat, kadınlarda 1.8 kat artış göstereceği tahmin edildiği bildirilmektedir.^[3] Mortalite yönüyle önemli olan KVH aynı zamanda engelliliğe ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmasıyla da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak yerini korumaktadır. Tüm bu olumsuzluklara karşın kardiyovasküler hastalıkların "önlenebilir" olması sevindirici bir noktadır. Dünya Sağlık Örgütü kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalıkları görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir.^[4]

Ölüme neden olan KVH risk faktörleri yaş (erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 veya erken menopoz), birinci derece akrabalarda erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam ve fiziksel aktivite azlığı, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabettir.^[5-7] Dünya Sağlık Örgütü, yaşam biçimi davranışlarındaki değişikliklere bağlı olarak giderek artan KVH ölümlerinin dörtte üçünden fazlasının uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebileceğini belirtmektedir.^[5,8] Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan ve Eylem Planı'nda da kronik hastalıkların önlenmesine geniş yer verilmiştir. Bu eylem planında "Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin 2014 yılına kadar %25 azaltılması (65 yaş altında KVH bağlı mortalite oranının %25 azaltılması)" hedefi yer almaktadır.^[9] Bu eylem planının hedefi, kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı artırmak, risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmaktır.

Birinci basamakta çalışan hemşireler planladıkları koruyucu hizmetler kapsamında kronik hastalık ve risk faktörleriyle mücadele konusunda bireyi / toplumu bilgilendirerek farkındalığın artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması konularında önemli role sahiptirler.^[12,10,11] Kronik hastalıklarla küresel mücadele kapsamında, kronik hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin azaltılması ve kontrolü (beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite danışmanlığı, hipertansiyon tedavisi, sigaranın bırakılması, kilo verilmesi/korunması) konusunda hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir.^[12-14] Hemşireler birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ayrıntılı hemşirelik tanılmasında kan basıncını ölçmeli, beden kitle indeksini (BKİ), bel-kalça çevresini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmeli, laboratuvar sonuçları ile birlikte bireyin risk durumunu belirlemelidir.^[13]

Amaç

Tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yürütülen bu araştırmanın amacı masa başı çalışanlarda kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve bazı antropometrik ölçümlerin incelenmesidir. Bu doğrultuda araştırmanın soruları;

- Araştırmaya katılan çalışanların yaşam biçimi davranışları (beslenme şekli, sigara içme, egzersiz yapma) nelerdir?
- Araştırmaya katılan çalışanların antropometrik özellikleri (beden kitle indeksi, bel / kalça oranı) nedir?
- Araştırmaya katılan çalışanların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) nedir?
- Bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri ve yaşam biçimi davranışlarına göre KARRİF-BD düzeyi nedir?

Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırma evrenini 15 Eylül -1 Kasım 2014 tarihlerinde İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Birliği İzmir Güney Genel Sekreterliği'nde görevli olan, masa başı iş yapan bireyler oluşturmuştur (N=295). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tam sayım yöntemi ile belirtilen tarihler arasında adı geçen kurumlarda çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın yürütüldüğü dönemde izinli olmayan, 18 yaş üzerindeki bireyler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü dönemde izinli olan 45 birey araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları:

Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan anket formu bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına (sigara - alkol kullanma durumu, beslenme alışkanlıkları, egzersiz yapma) ilişkin 28 sorudan oluşmaktadır. Form için iki klinisyen ve üç akademisyen hemşireden görüş alınmış, öneriler doğrultusunda ilgili değişiklikler yapılmıştır.

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği:

Araştırmada kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için Arıkan ve ark.^[15] (2009) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaları istenmektedir. Her doğru yanıt 1 puan verilmektedir. Yirmi iki soru düz, altı soru (11,12,16,17,24,26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28'dir. Ölçek puanı yükseldikçe bireyin bilgi düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Arıkan ve ark.^[15] tarafından 0.76, Badır ve ark.^[13]

tarafından 0.77, bu çalışmada ise 0.74 olarak bulunmuştur. Ölçek kullanım izni sayın Arıkan'dan e-posta yolu ile alınmıştır.

Antropometrik Ölçümler: Araştırmaya katılan bireylerin boy-kilo ve bel - kalça çevresi ölçümleri birinci araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçümler bireylerin çalışma saatleri gözönüne alınarak yapılmış, ölçümlerin sabah saatlerinde yapılmasına dikkat edilmiştir. Ölçümler için; tartı (1 adet) ve esnemeyen mezura (1 adet) kullanılmıştır. Her ölçüm öncesi tartının kalibrasyonu yapılmıştır. Kilo ölçümü için, günlük giysileri ve ayakkabılı olarak ölçüm yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü alt kaburga kemiği ile krista illiak arası bulunup orta noktasından geçen çevre esnek olmayan mezura ile ölçülmüştür. Kalça çevresi ölçümünde ise, bireyin yan tarafında durulup en yüksek noktadan çevre ölçümü yapılarak santimetre (cm) olarak kaydedilmiştir. Boy, bel ve kalça çevresi cm, kilo ise kilogram (kg) olarak kayıt edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından kişilerle çalışma ortamlarında, kağıt-kalem yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce 10 yetişkin bireyde ön uygulama yapılmış, anlaşılmayan soru olmadığı görülmüştür. Anketin doldurulması ve ölçümler bir birey için yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin boy - kilo ve bel - kalça çevresi ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Etik Uygulamalar

Araştırmanın etik izni için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin (24.07.2014 / 172), İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Birliği Güney Genel Sekreterliği'nden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam alınmıştır.

İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi SPSS PASW (Predictive Analytics Software Statistics) 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sağlık çalışanı olup - olmaması, kronik hastalık varlığı, sigara - alkol kullanma durumu, beslenme özellikleri, egzersiz yapma ve antropometrik ölçümleridir. Bağımlı değişken ise KARRİF - BD ölçek puanlarıdır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) zayıf (BKİ<18.5), normal (BKİ= 18.5- 24.99), hafif kilolu (BKİ= 25-29.99) ve obez (>29.99) olarak gruplandırılmıştır.^[16] "Santral obezite" açısından DSÖ'nün tanımı çerçevesinde (bel çevresi kadında ≥ 88 cm, erkekte ≥ 102 cm) bel / kalça oranı değerlendirilmiştir.^[8] Verilerin değerlendirilmesinde kategorik verilerin tanımlayıcı istatistiğinde sayı, yüzde, ölçümsel veriler için aritmetik ortalama, standart sapma ve ortanca kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde merkezi limit kuramı uyarınca 30'dan büyük veri setlerinin normal dağılım gösterdiği varsayımına dayanarak^[17] ilgili karşılaştırmalarda t-testi ve One-Way ANOVA analizi; bel-

kalça çevresi, bel/kalça oranı ile KARRİF ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ (%95 güven aralığı) değeri kullanılmıştır.

Bulgular

Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular

Bireylerin %73.6'sının kadın, %26.4'ünün erkek, kadınların yaş ortalamasının 37.8 ± 7.4 , erkeklerin yaş ortalamasının 38.3 ± 9.03 olduğu, %42'sinin lisans ve %24'ünün yüksek lisans-doktora mezunu ve %68'inin evli olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin %54.8'inin sağlık çalışanı olmadığı (erkeklerin %66.7'si, kadınların %50.5), %45.2'sinin sağlık personeli (hemşire, hekim, ebe, eczacı, diyetisyen, biyolog, tıbbi sekreter) olduğu (erkeklerin %33.3'ü, kadınların %49.5'i), %52.4'ünün Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görev yaptığı belirlenmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri (N=250)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Yaş (mean±standart sapma)	37.9±7.85	(min-max: 20-57)
CİNSİYET		
Kadın	184	73.6
Erkek	66	26.4
EĞİTİM DURUMU		
Lise	42	16.8
Önlisans	43	17.2
Lisans	105	42.0
Yüksek lisans-doktora	60	24.0
MEDENİ DURUM		
Evli	170	68.0
Bekar/dul/boşanmış	80	32.0
MESLEK*		
Sağlık Çalışanı Olmayan	137	54.8
Sağlık Çalışanı	113	45.2
GÖREV YERİ		
Halk Sağlığı Müdürlüğü	131	52.4
Güney Genel Sekreterliği	119	47.6

* Sağlık Çalışanı Olmayan: memur, veri kayıt elemanı, iş güvenliği uzmanı, tekniker vb. Sağlık Çalışanı: hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, eczacı, diş hekimi vb.

Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin %52.6'sının hiç sigara kullanmadığı, %36.4'ünün halen sigara kullandığı (başlama yaşı: 21.5 ± 5.8 , bırakma yaşı: 33.07 ± 7.4) belirlenmiştir. Sigara içenlerin günlük sigara adedinin 10 (min-max: 1-40) ve sigara içme yıllarının ortanca 12 yıl (min-max: 1-33) olduğu

görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin %53.6'sı hiç alkol kullanmamış, %40'ı ara sıra kullanmaktadır. Sadece %2.8'i alkol kullanmaya devam etmektedir. Alkole başlama yaşı 22.2 ± 5.3 ve bırakma yaşı 29.0 ± 3.7 'dir. Araştırmaya katılan bireylerin %33.2'sinin hiç egzersiz yapmadığı, %58.8'inin arasına, sadece %8'inin düzenli egzersiz yaptığı görülmüştür. Egzersiz yapanların %26'sının haftada 3-6 kez egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Beslenme alışkanlıkları yönünden %62.8'inin az tuzlu yediği, %22.8'inin yemeklere ilave tuz attığı belirlenmiştir. Bireylerin %91.6'sı zeytinyağı, %45.6'sı bitkisel yağ, %43.6'sı tereyağ ve %24'ü margarin kullanmayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Bireylerin yemek pişirme yöntemleri sorulmuş, %78'i tencerede kendi suyuyla, %58'i fırında, %33'ü fırın / mangalda pişirmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bireylerin %60.4'ünün günlük olarak bazen, %15.2'sinin düzenli meyve tükettiği, %24.4'ünün hiç meyve tüketmediği görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2: Bireylerin Yaşam Biçimi Davranışlarının Dağılımı (N=250)

YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	n	%
SİĞARA KULLANMA DURUMU		
Halen içenler	91	36.4
Bırakmış	30	12.0
Hiç kullanmamış	129	52.6
ALKOL KULLANMA DURUMU		
Halen Kullanan	7	2.8
Ara sıra kullanan	100	40.0
Bırakmış olan	9	3.6
Hiç kullanmayan	134	53.6
EGZERSİZ YAPMA DURUMU		
Hiç yapmıyorum	83	33.2
Ara sıra	147	58.8
Düzenli	20	8.0
EGZERSİZ SIKLIĞI (N=167)		
Haftada 3 -6 gün	65	26.0
Haftada 1 gün	59	23.6
Haftada 2 gün	32	12.8
Her gün	11	4.4
EGZERSİZ TİPİ (N=167)		
Yürüyüş	121	48.4
Pilates	12	4.8
Futbol	9	3.6
Diğer (koşu, aerobik, tenis vb)	25	10.0
TUZ TÜKETİMİ		
Az tuzlu	157	62.8
Tuzlu	60	24.0
Tuzsuz	33	13.2

TUZ EKLEME		
Hayır	193	77.2
Evet / Ara sıra	57	22.8
TERCİH EDİLEN YAĞ TİPLERİ*		
Zeytinyağı	229	91.6
Bitkisel yağ	114	45.6
Tereyağ	109	43.6
Margarin	60	24.0
YEMEK PİŞİRME YÖNTEMLERİ*		
Tencerede kendi suyuyla	195	78.0
Fırın	145	58.0
Izgara/mangal	84	33.0
Yağda kavurma	61	24.4
Yağda kızartma	48	19.2
HERGÜN MEYVE SEBZE TÜKETME DURUMU		
Hayır	61	24.4
Bazen	151	60.4
Evet	38	15.2
Toplam	250	100.0

Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Yetişkinlerin BKİ bulguları incelendiğinde, %59.6'sının normal, %28.4'ünün kilolu, %8'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre BKİ dağılımlarına bakıldığında erkeklerin %50'sinin, kadınların %20.7'sinin kilolu, erkeklerin %12.1'inin, kadınların %5.9'unun fazla kilolu oldukları belirlenmiştir. Erkeklerde kadınlara göre obezite oranı daha yüksektir ($\chi^2=26.7$; $p<.001$). Farklılığı yaratan grupları bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalara göre erkeklerde kadınlara göre hafif kilolu ($2=24.89$; $p<.000$) ve obez olma durumu ($\chi^2=7.92$; $p<.005$) daha fazladır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan yetişkinlerin cinsiyete göre bel çevresi ölçümlerinin dağılımına bakılmış, kadınların %39.1'inin normal, %35.3'ünün riskli, %25.5'inin yüksek riskli; erkeklerin %31.8'inin normal, %40.9'unun riskli, %27.3'ünün yüksek riskli olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre bel çevresinin farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1.16$; $p=0.55$). Bel/kalça oranları incelendiğinde ise kadınların %29.3'ünün normal, %70.7'sinin riskli, erkeklerin %89.4'ünün normal, %10.6'sının riskli olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre bel/kalça oranları karşılaştırılmış, riskli grupta olan kadın oranının erkeklerle göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=70.7$, $p=0.000$) (Tablo 3).

KARRİF-BD Ölçek puanları ve Bazı Değişkenlere Göre KARRİF-BD Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların KARRİF-BD toplam ölçek

Tablo 3: Cinsiyete göre BKİ, Bel Çevresi Ölçümleri ve Bel / Kalça Oranlarının karşılaştırılması (N= 250)

BKİ	KADIN		ERKEK		
	n	%	n	%	
Normal (18.5-24.9)	135	73.4	25	37.9	
Hafif Kilolu (25-29.9)	38	20.7	33	50.0	
Obez (>29.99)	11	5.9	8	12.1	
Pearson Chi - Square	$\chi^2= 26.7$ $p=0.000$				
BEL ÇEVRESİ					
Normal (<80 cm)	72	39.1	Normal (<94 cm)	21	31.8
Risk (80-87 cm)	65	35.3	Risk (94-101 cm)	27	40.9
Yüksek risk (≥ 88 cm)	47	25.5	Yüksek Risk (≥ 102 cm)	18	27.3
Pearson Chi - Square	$\chi^2= 1.16$ $p=0.55$				
BEL / KALÇA ORANI					
Normal (0.8 ve altı)	54	29.3	Normal (0.9 ve altı)	59	89.4
Risk (0.8'in üzeri)	130	70.7	Risk (0.9'un üzeri)	7	10.6
Pearson Chi - Square	$\chi^2= 70.7$ $p=0.000$				
Toplam	184	100	66	100	

puanlarının 19.4 ± 2.8 erkeklerin ise 18.6 ± 3.1 olduğu, bilgi düzeyinin cinsiyete göre değişiklik göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Sağlık çalışanı olanların KARRİF-BD toplam ölçek puanları (20.06 ± 4.05) sağlık çalışanı olmayanların puanlarından (18.5 ± 3.5) istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($t= 4.4$, $p=0.000$) (Tablo 4). Yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma, tuz tüketimi ve egzersiz yapma durumuna göre KARRİF-BD ölçek puanlarının değişmediği görülmüştür. Bel ve kalça çevresi, beden kitle indeksi, cinsiyete göre bel/kalça oranı ile KARRİF-BD ölçek puanı arasında da bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre lisans mezunlarının lise mezunlarına göre KARRİF-BD ölçek puanları daha yüksektir ($F=3.2$, $p=0.02$).

Tartışma

Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bazı antropometrik ölçümlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçlarına göre erkeklerin fazla kilolu ve obez, bel/kalça oranı yönünden kadınların erkeklere göre yüksek oranda riskli oldukları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yeterli/istendik düzeyde olmadığı, lisans eğitim düzeyinde ve sağlık çalışanı olanlarda KARRİF-BD puanlarının daha yüksek olduğu, diğer sosyo-demografik özellikler ve antropometrik ölçümler yönünden KARRİF-BD puanlarının değişmediği belirlenmiştir.

Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, genetik ve irksal etkenler değiştirilemez etkenler" grubuna girerken; sigara, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, aşırı alkol, oturgan (sedanter) yaşam, artmış bel çevresi, şişmanlık, kan yağlarının yüksekliği, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği "düzeltililebilir risk faktörleri" olarak ayrılmaktadır.^[4]

Değiştirilebilir risk faktörlerinden birisi olan obezite açısından araştırma bulguları incelendiğinde erkeklerde hafif kilolu/obez olma oranının kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu'nda erkeklerin KVH açısından daha riskli grup olduğu belirtilmektedir.^[14] Bu yönüyle araştırma grubundaki erkeklerin beden kitle indeksine göre obezite yönünden daha riskli olduğu görülmektedir. TURDEP-II çalışmasında genel obezite prevalansı %34.3 (kadınlarda %48.4 ve erkeklerde %16.9) bulunmuştur.^[18] Bu çalışmanın sonuçları, TURDEP-II çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında obezite erkeklerde daha yüksek, kadınlarda daha düşüktür. Bu çalışmada erkeklerin büyük oranda sağlık çalışanı olmaması, kadınların ise yarısının sağlık çalışanı olması erkeklerde obezitenin kadınlara göre daha fazla olmasını açıklamaktadır. Ülkemizde TURDEP-I ve II çalışma sonuçlarına göre obezite prevalansı 1998'de %22.3'ten 2010'da %31.2'ye ulaşmış, %40'lık bir artış göstermiştir.^[18] Bu sonuçlar ülkemiz nüfusunun yaşam biçimindeki değişiklikler (sağlıksız beslenme ürünleri ve tiplerinin yaygınlaşması, sedanter işlerin artması, fiziksel aktivite davranışlarının yetersiz olması vb.) nedeniyle KVH açısından gelecekteki riske işaret etmektedir.

Kardiyovasküler hastalık riskini belirlemede önerilen yöntemler santral obezitenin belirlenmesidir.^[19] Çalışanların cinsiyete göre bel çevresi ölçümleri değerlendirildiğinde kadınların üçte birinin riskli, dörtte birinin yüksek riskli; erkeklerin ise yarıya yakınının riskli ve üçte birinin yüksek riskli olduğu belirlenmiştir. "Santral obezite" açısından obezite riski bel/kalça oranına göre değerlendirildiğinde ise, kadınların erkeklere göre daha büyük oranda riskli olduğu görülmüştür. Rexrode ve ark.'nın (1998)^[20] çalışmalarında 30-55 yaş arasında 44.702 hemşireyi sekiz yıl izlemişler, bu süreçte 320 kardiyovasküler

Tablo 4: Bireylerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	n	X	±SS	p
CİNSİYET				
Kadın	184	7	5.02	t=0.47
Erkek	66	21.18	6.1	p=0.63
EĞİTİM DURUMU				
Lisea	42	18.2	3.6	
Önlisans	43	19.1	4.1	F=3.2
Lisansb	105	20.2	3.9	p=0.02
Yüksekisans-Doktora	60	20.1	3.6	
MESLEK				
Sağlık Çalışanı	113	20.06	4.054.6	t=-4.4
Sağlık Çalışanı olmayan	137	18.7	3.5	p=0.000
KRONİK HASTALIK VARLIĞI				
Yok	202	22.2	5.4	t=-0.55
Var	48	23.4	5.2	p=0.57
TUZ TÜKETİMİ				
Tuzlu	60	18.8	2.9	F=1.84
Az tuzlu	157	20.1	4.1	p=0.15
Tuzsuz	33	19.7	4.0	
SİGARA İÇME				
İçen	91	19.1	2.7	F=1.01
Bırakan	30	19.4	2.8	p=0.36
Kullanmayan	129	19.2	3.0	
EGZERSİZ YAPMA				
Yapan	167	19.0	3.1	t=1.28
Yapmayan	83	19.5	2.6	p=0.20

*a<b

olay olduğunu, araştırma sonunda bel çevresi ya da bel kalça oranı arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin de arttığını bulmuşlardır. Yapılan başka çalışmalarda da olduğu gibi bu araştırmadaki kadınlarda da santral obezite sıklığının yüksek olması, kadın nüfusun başta kalp damar hastalıkları ve diabetes mellitus olmak üzere gelecekte karşılaşacağı önemli sağlık sorunlarına işaret etmektedir.^[11,13]

Ulusal kalp sağlığı politikasında, son 50 yıldır yapılan çalışmaların sonucuna göre, günde 20 ve daha fazla sigara içen insanlarda içmeyenlere göre koroner arter hastalığının 2-3 kat arttığı belirtilmektedir.^[4] Bu yönüyle araştırmaya katılan bireylerin yarısının hiç sigara kullanmaması kalp sağlığı açısından risklerinin, kısmen daha az olduğunu düşündürmektedir. Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaşta bireylerin 2008 yılında %31.3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür.^[21] Bu araştırmadaki bireylerin sigara içme oranı (%36.4) ülke genelinden daha yüksek, alkol kullanma oranı ve sıklığı ise düşüktür.

Türk Erişkin Risk faktörü çalışmasında azalmış fiziksel aktivitenin her iki cins açısından incelendiğinde KAH'a bağlı ölümün bağımsız bir öngörücüsü olduğu saptanmıştır.^[8] Amerikan Kalp Birliği haftada 150 dakika orta ağırlıkta egzersiz, 75 dakika sıkı egzersiz önermektedir.^[11] Araştırmaya katılan bireylerin egzersiz yapma oranlarının düşük olması dikkati çekmektedir. Benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmalarda da^[13,22,23] egzersiz yapma oranı düşüktür. Ülkemiz verilerini gösteren "Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması"na göre kadınların %87'si, erkeklerin ise %77'si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmamaktadır.^[3] Ülkemizde 12 yaş ve üzeri bireylerin %71.9'unun egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Türkiye genelinde erkeklerin %67.6'sının, kadınların %76.5'nin, toplamda ise %71.9'unun egzersiz yapmadığı saptanmıştır).^[24] Ekonomik gelişimle beraber artan mekanik araç kullanımı fiziksel aktivitede belirgin azalmaya yol açmıştır. Gelişen dünya ile birlikte toplumda fiziksel güç gerektiren işlerin zaman içerisinde azalarak yerini büro ve masa başı işlere bırakması fiziksel aktivitelerin azalmasında önemli bir nedendir.

Araştırmalar fazla tuz alımının özellikle hipertansiyon olmak üzere KVH sıklığında etkin olduğunu göstermektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarla 1g/gün diyetle tuz alımının azaltılması felçlerde %5, kalp krizlerinde %3 azalma, diyetle tuz alımının 9g/gün azaltılmasının ise felçlerde %34, kalp krizlerinde ise %24' lük bir azalma sağladığı tespit edilmiştir.^[25] Bireylerin tuz tüketim oranları incelendiğinde her dört kişiden birisi tuzlu yediğini ifade etmiştir. SALTURK programında kalp sağlığını korumada yüksek sodyumlu besinlerden kaçınılması (fastfood gibi), yiyecek etiketlerinin okunması, besinlere tuz ilave edilmemesi, tuzluğun masadan kaldırılması, yemeklere tadına bakmadan tuz eklenmemesi alışkanlık haline getirilmesi önerilmektedir. Tuz tüketimi ile KARRİF-BD puanları incelendiğinde, tuzlu beslenen bireylerin bilgi düzeylerinin az tuzlu ve tuzsuz beslenen bireylere göre farklı olmadığı görülmüştür.

Kardiyovasküler hastalıkların değiştirilebilir risk faktörlerinden obezitenin önlenmesinde doymuş yağ ve kolesterolden kısıtlı beslenme açısından, besinlerin hazırlanmasında ve pişirilmesinde bitkisel yağların tercih edilmesi, doymuş yağ asitlerinin alımının azaltılması (katı margarin), sebze-meyve tüketimi önemlidir.^[1] Bu araştırmada tercih edilen / kullanılan yağ çeşitlerinin sırasıyla zeytinyağı, bitkisel yağ, tereyağ ve margarin olduğu, tencerede kendi suyu ve fırın ile pişirmenin ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür. Tercih edilen yağ kullanımı ve pişirme yöntemi örneklem grubunun sosyo- ekonomik ve sosyo-kültürel düzeyi ile yakından ilişkilidir. Sağlık araştırması sonuçlarına göre Türkiye genelinde yağ tüketim sıklığı ayçiçek yağı (%67.4) ve zeytinyağı (%35.3) olarak saptanmıştır.^[26] Araştırmanın Ege Bölgesi'nde yaşayan örneklem grubunda gerçekleştirilmesi zeytinyağı tüketimini ülke genelinden farklı olarak ilk sıraya yerleşmesinin bir nedeni olarak yorumlanabilir. Amerikan Kalp Birliği^[1] ve Ulusal rehberlerin^[3,4] önerdiği günde en az 5 porsiyon meyve - sebze tüketimi yönünden

örneklem grubunun beslenme yeterliliğinin düşük olduğu söylenebilir. Bireylerin sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin yüksek olmasına karşın beslenme davranışlarının olumsuz olması farkındalıklarının düşük olduğunu göstermektedir.

Kardiyovasküler risk faktörlerinin bilinmesi yaşam biçimi alışkanlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu risk faktörlerini ölçmeye ilişkin önerilen iki yöntemden birisi olan bireyin bilgi düzeyini ölçmenin riskleri daha iyi gösterebileceği üzerinde durulmaktadır.^[27] Bu amaçla Türkçe olarak geliştirilen KARRİF-BD ölçeği ulusal düzeyde hemşirelik öğrencilerinde^[13,23], kırsal kesimde yaşayan kadınlarda^[11] ve metal endüstrisinde çalışan işçilerde^[28] kullanılmıştır. Bu yönüyle yapılan bu araştırma sedanter çalışma şekline sahip olan masa başı çalışanlarda yapılan ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Bu çalışmada kullanılan KARRİF-BD ölçek puanına göre araştırmaya katılan çalışanların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Badır ve ark. (2014)^[13] hemşirelik öğrencilerinde KARRİF-BD bilgi düzeyini 22.47± 3.38, Uysal ve ark. (2013)^[23] hemşirelik öğrencilerinde 21.8± 4.37, edebiyat fakültesi öğrencilerinde 17.1± 4.37, Tan ve ark. (2013)^[11] kırsal kesimde yaşayan kadınlarda 22.47± 3.38, Gürdoğan ve ark. (2015)^[28] metal işçilerinde 18.65±4.04 bulmuşlardır. Bu araştırmanın örnekleminin çeşitli sağlık profesyonellerinden ve sağlık alanında çalışan bireylerden oluştuğu göz önüne alınırsa farklı örneklemelerde yapılan çalışma sonuçlarına göre bilgi düzeylerinin istendik düzeyde yüksek olmadığı söylenebilir. Bu fark mesleklerini / eğitimlerini dikkate almadan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri konusunda desteklenmelerinin önemli olduğunu göstermektedir.

Lisans mezunu ve sağlık çalışanı olma dışında bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerine göre kardiyovasküler hastalık risk faktörü bilgi düzeylerinin değişmediği görülmüştür. Araştırma sonucuyla farklı olarak Tan ve ark. (2013)^[11] kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin yaş arttıkça azaldığını; yine Tan ve ark. (2013)^[11] ilköğretim mezunu kadınların okuryazar olmayanlara göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Badır ve ark. (2015)^[13] 1138 hemşirelik öğrencisinde eğitim yılı, cinsiyet ve yüksek okul tipine göre KARRİF-BD ölçek puanlarının değiştiğini, kız öğrencilerin bilgi düzeyinin erkeklerle göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Potvin ve ark. (2000)^[29] eğitimin kardiyovasküler risk faktörleri için en güçlü sosyoekonomik gösterge olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada da lisans eğitim düzeyindekilerin risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.

“Kalp ve damar hastalıklarından korunma” iki temel stratejiye dayanmaktadır. Bunlardan birisi toplumdaki yüksek riskli bireylerin ve hastaların belirlenmesi ve bunların yeni kardiyovasküler olaylara karşı korunması birincil ve ikincil koruma kapsamındadır. Bu yüksek risk stratejilerinin temel amacı, kardiyovasküler açıdan yüksek risk taşıyan bireylerin

saptanması ve düzeltilebilir olanların düzeltilmesidir.^[4] Bu stratejilerin hayata geçirilmesinde ve kardiyovasküler hastalıklarla mücadelede tüm meslek grupları ile birlikte hemşireler de etkin rol almaldırlar.

Sonuç

Araştırma sonuçları örneklem grubunun yaklaşık yarısının sağlık çalışanı olmasına rağmen santral obezite yönünden hem kadınların hem erkeklerin riskli olduğunu, masa başı çalışan bireylere KVH'nın önlenmesi ve risk faktörleriyle mücadele konusunda bilgilendirme ve davranış değişikliği oluşturacak planlı eğitim programlarının yapılmasının önemini göstermektedir. Araştırma sonuçları kişilerin mesleklerine bakmaksızın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için, eğitim programlarının düzenlenmesi ve egzersiz programları için düzenleme yapılmasının kaçınılmaz olduğunu da göstermektedir. Birinci basamak çalışanlarının kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörleriyle mücadele konularında daha aktif olmaları koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels S, et al. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update. A scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation* 2013; 127(16):1730–1753.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases, www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/index.html (2009, Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2014).
3. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Ankara, 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrafat.pdf> (Erişim tarihi: 5 Mayıs 2015).
4. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası http://www.tkdonline.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf (Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2014).
5. Mendis S, Puska P and Norrving B (eds). World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf (2011, Erişim tarihi: 13 Ağustos 2014).
6. Samur, G. Yıldız E. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / hipertansiyon. Ankara, 2008. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t49.pdf> (Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2014).
7. Güleç S. Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2009; 37(2):1-10.
8. Onat A. TEKHARF çalışması, 2009. <http://tekhraf.org> (Erişim tarihi: 5 Mayıs 2015).
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı (2010-2014), Ankara – 2010.m <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi-pdf> (Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2014).
10. Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care. <http://www.icn.ch/publications/2010-delivering-quality-serving-communities-nurses-leading-chronic-care/> (Erişim tarihi: 5 Mayıs 2015).
11. Tan M, Dayapoğlu N, Akgün Z,Ş, Cürçani M, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2(3):331-341.

12. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(4):223-231.
13. Badır A, Tekkas K, Topcu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2014; Jun 30. pii: 1474515114540554. [Epub ahead of print]
14. Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu (Versiyon 2012), Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2012;40:(18).
15. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRIF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2009; 37(1):35-40.
16. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. 2012, Ankara.
17. Field A. *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications 2009, s:42
18. Satman İ. Türkiye diyabet prevalans çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II. 47. Ulusal Diyabet Kongresi 11-15 Mayıs 2011, Antalya http://www.diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf (Erişim tarihi; 4 Mayıs 2015).
19. Meseri R, Ünal B. Kardiyovasküler risk ve diyabeti belirlemede şişmanlık nasıl ölçülmeli? *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009; 8(6):507-514.
20. Rexrode KM, Carey VJ, Hennekens CH, Walters EE, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. *JAMA* 1998; 280(21):1843-1848.
21. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye İstatistik Kurumu Küresel yetişkin tütün araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>. (Erişim tarihi: 06 Ocak 2015)
22. Oğuz S, Cesur K, Koç S. 2010 Hemşirelik öğrencilerinde koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2011; 2(2):18-21.
23. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Hemşirelik ve Edebiyat fakültesi öğrencilerinin önlenbilir kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili farkındalıkları. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2013; 13:728-731.
24. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf (Erişim tarihi: 1 Haziran 2015)
25. Türkiye fiziksel aktivite rehberi. Ankara: 2014.
26. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011- 2015. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf
27. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony MK, Narsavage G, Delicath T. Predictors of poor coronary heart disease knowledge level in women without prior coronary heart disease. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 2006;18:574-581.
28. Gürdoğan M, Paşlı Gürdoğan E, Arı H, Ertürk M, Genç A, Uçar MF. Levels of awareness of occupational and general cardiovascular risk factors among metal industry employees. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2015; 43(4):361-367.
29. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *Canadian Medical Association Journal* 2000;162(9 Suppl):S5-11.