

Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

The Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level of The Adults Living in A Family Health Center Region

Ayşe Uçar¹, Selda Arslan²

¹ Kto Karatay Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya.

² Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) risk faktörleri bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

Yöntemler: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Mart-Nisan 2015 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezine herhangi bir sebeple gelen, 18 yaş ve üstü, KVH tanısı almamış, iletişim problemi bulunmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve sözlü izinleri alınan 121 bireyle gerçekleştirildi. Araştırmanın verilerinin toplanmasında bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri içeren 18 soruluk bilgi formu ve KVH risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için "Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği" kullanıldı. Elde edilen veriler sayı, yüzde ve ortalama olarak gösterildi, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Bireylerin yaş ortalaması 40.68±13.63, %70.2'si kadın, %81.8'i evli, %46.4'ü ilköğretim ve öncesi eğitim almış, %38'i fazla kilolu, veri toplama sırasında %71.1'inin tansiyonları optimal sınırlarda, %77.7'si hiç sigara kullanmamış, %57.9'u düzenli egzersiz yapmazken, %56.2'si sağlığını orta ve kötü düzeyde algılamaktadır. Katılımcıların %69.4'ünde herhangi bir kronik hastalık bulunmazken, %55.4'ünün ailesinde KVH varlığı gözlenmiştir. Bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması 20.21±4.39 (min 8-max 27) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanının (0-28 arası) yüksek olduğu ve puan ortalamasının bireylerin yaş, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi ve bireylerde kronik hastalık bulunma durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Düzeyi; Hemşirelik; Kardiyovasküler Hastalık; Risk Faktörleri.

ABSTRACT

Objective: This research has been planned in order to determine the CVD risk factors knowledge levels of the adults living in a family health center region and the affecting factors.

Methods: This descriptive study was carried out between March-April 2015 with 121 individuals aged 18 years and over who didn't have a CVD diagnosis, had no communication problems, volunteered to take part in the survey and had their verbal permission taken for a family center for any reason. A questionnaire consisting of 18 questions including information on socio-demographic, health and disease characteristics of individuals in the information form and "Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRIF-KL) Scale" was used to determine the level of knowledge about CVD risk factors. Data were presented as numbers, percentages and averages, and independent t test and one-way analysis of variance were used. SPSS 22.0 package program was used to evaluation of the data.

Results: The average age of the individuals are 40.68±13.63, 70.2% woman, 81.8% married, 46.4% have been received primary and pre-primary education, 38% of the male over weight, during the gathering of the data it's found that 71.1% of the male in the optimal limits, 77.7% of them never smoked, 57.9% of them not exercising regularly and 56.2% of them perceive their health status as moderate and bad. While no chronic diseases have been detected in the 69.4% of the participants, the presence of CVD has been observed in the family of the 55.4% of them. The average score of the CARRIF-KL of individuals was determined as 20.21±4.39 (min 8-max 27).

Conclusion: The total score of the CARRIF-KL (0 -28) have been found to be higher and differing according to the score average of the knowledge level and the age, education status, body mass index and the presence of the chronic diseases in the individuals.

Keywords: Knowledge Level; Nursing; Cardiovascular Disease; Risk Factors.

Geliş tarihi: 05.04.2017 Kabul tarihi: 11.12.2017

Sorumlu Yazar: Ayşe Uçar

Yazışma adresi: KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya – Türkiye

E-posta: akkolucar@gmail.com

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kalp ve kalbin diğer yapılarının hastalıklarını içeren ve dolaşım sistemini etkileyen hastalıkları tanımlar. Özellikle kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları bu gruba girer.^[1] Günümüzde KVH tüm ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır.^[2,3] Yirminci yüzyılın başlarında KVH tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan daha azını oluşturmaktayken bu oran zaman içinde giderek artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2016 yılı raporunda bildirdiğine göre, 2012 yılı içerisinde gerçekleşen yaklaşık 56 milyon ölümün %31'lik oranı (17.5 milyon) kardiyovasküler sebeptir.^[3] Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı verilerine göre 392429 ölüm gerçekleşmiş ve ölümlerin %40.3'ünden yine KVH sorumlu bulunmuştur (%20 kanser, %11.1 solunum sistemi hastalıkları).^[4] Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre ülkemizde 45-74 yaş arası kişiler koroner mortalite açısından Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyede bulunmaktadır.^[5]

Kardiyovasküler hastalıklar sadece yüksek ölüm oranlarından sorumlu değildir. Orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerinde üretkenliğin kısıtlanmasına ve sağlık maliyetlerinin önemli düzeyde artmasına sebep olmaktadır. ABD'de hızla artan sağlık maliyetlerinin yaklaşık beşte birinden KVH sorumlu tutulmaktadır.^[6] Türkiye hastalık yükü çalışmasında da KVH otuz yaş ve üzerinde en yüksek hastalık yüküne sahiptir ve ülke nüfusunun yaşlanmasıyla paralel olarak bu artış devam edecektir.^[7]

Kardiyovasküler hastalıklara sebep olan risk faktörleri büyük ölçüde bilinmektedir. KVH gelişiminde çok sayıda risk faktörünün etkili olmasının yanında en fazla kabul görenler; yaş, cinsiyet ve aile üyelerinde birinci derece akrabalarda erken yaşta KVH görülmesi gibi değiştirilemeyen ve hipertansiyon, sigara, diabetes mellitus, obezite, fiziksel inaktivite, yüksek yağlı beslenme alışkanlığı ve yüksek kolesterol düzeyi gibi değiştirilebilen olarak ikiye ayrılmıştır. Koldaş'ın (2008)^[8] ve Güleç'in (2009)^[9] bildirdiğine göre çoğu kez bu risk faktörleri tek başına değil bir arada bulunmaktadır.

Kardiyovasküler hastalıkların bu denli yüksek ölüm, hastalık ve maliyet oranlarına sahip olması, hastalıklar ortaya çıkmadan öncül belirtilerin ve

risk faktörlerinin anlaşılıp önlem alınabilmesini gerekli kılmıştır. Bu duruma yönelik ilk ve en kapsamlı çalışma ABD' de 1948 yılında başlatılan ve üçüncü kuşağı devam eden Framingham çalışmalarıdır^[9] ve bugünlerde bireyde mevcut risk durumuna göre gelecek 10 yılda KVH gelişme olasılığı hesaplamaları yapılmaktadır.^[10] Türkiye'de ise 1990 yılında başlatılan TEKHARF çalışması^[5] öncülüğünde belirlenmiş olan özellikle değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılması ile KVH'ye bağlı morbidite ve mortalitenin %80-90 oranında azaltılabileceği ortaya konmuştur.^[11]

Tüm hastalıklarda risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması ve bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması hastalıkların ortaya çıkmasını engellemekte ve geciktirmektedir. İnangil ve Şendir'in (2014)^[12] bildirdiğine göre DSÖ'ye göre tüm KVH ölümlerinin, dörtte üçünden fazlası uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenir. Gelişmiş ülkelerde ise toplumsal davranış değişikliğini hedefleyen önleyici programların etkisi ile son zamanlarda KVH'ye bağlı ölüm oranları azalma eğilimindedir.^[6,13] Gelişmekte olan ülkelerde ve toplumumuzda ise kişilerin KVH risk faktörleri hakkındaki bilgi eksiklikleri, farkındalıklarını ve tutumlarını da etkilemektedir. Bu durum hastalığın kontrolü için önemli bir engel teşkil etmektedir.^[14] Araştırmada amaçlanan, 18 yaş ve üstü KVH tanısı olmayan yetişkin bireylerin risk faktörleri konusunda bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özelliklerinin bilgi düzeyi ile ilişkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, kapsadığı zamana göre kesitsel, amacına göre ise; tanımlayıcı ve ilişkisel türdedir. Araştırmanın evrenini, 01 Mart - 15 Nisan 2015 tarihleri arasında, Konya'da bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne herhangi bir sebeple gelen bireyler, örneklemini ise 18 yaş ve üstü, KVH tanısı almamış, iletişim problemi bulunmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve sözlü izinleri alınan 121 birey oluşturdu. Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "sürekli değişkeni olan tanımlayıcı araştırmaların örnek büyüklüğünün belirlenmesinde" önerilen bir hesaplama yapıldı.^[15] Bireylerin Beden Kitle İndekslerini (BKİ) değerlendirmek için sorgulanan boy ve kilo değerleri öz bildirime dayalı olarak elde edildi, bilmeyen bireylerin boy ve kilo ölçümü yapıldı. Tansiyon arteriyel (TA) ölçümü araştırmacı tarafından yapıldı. Ölçüm öncesi hastalar dinlendirildi, son yarım saat içinde çay,

kahve ve sigara içme durumu sorgulandı ve oturur pozisyonda iken gerekli standartlara uygun olarak ölçüm gerçekleştirildi.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özelliklerini değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilen bir bilgi formu, KVH risk faktörleri bilgi düzeyini ölçmek için "Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD)" ölçeği kullanıldı.

Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri^[16,17,18] doğrultusunda hazırlanan 18 soruluk bilgi formu, bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri içermektedir. BKİ hesaplamasında Dünya Sağlık Örgütü (2017)^[18] nün uluslararası sınıflandırmasından yararlanıldı. TA değerleri ise ESH ve ESC (2013)^[19] kılavuzuna göre sınıflandırıldı.

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

KVH risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için KARRİF-BD ölçeği kullanıldı. Ölçek Arıkan ve ark (2009)^[13] tarafından geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört maddesi KVH'lerin özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 maddesi risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), dokuz maddesi de (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaları istenmekte ve her doğru yanıtta 1 puan verilmektedir. Değerlendirmede 'Bilmiyorum' ifadesinin sonuca etkisini önlemek için bu yanıt 'yanlış' olarak kabul edilmektedir. 22 soru düz, 6 soru (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğine yönelik iç tutarlılığı incelenmiş ve Cronbach alfa değeri 0.768 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puanlar

0-28 arasında değişmektedir. Puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Shapiro-Wilk testinden yararlanıldı. Normal dağılıma uyan gruplarda parametrik testlerden bağımsız gruplarda t-testi ve ANOVA (Tukey HSD) testleri uygulandı. Normal dağılımın olmadığı gruplarda ise Mann-Whitney U (MW-U) testi ve Kruskal Wallis nonparametrik testleri kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki için ise Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Etik Değerlendirme

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (29.01.2015 tarih ve 34967403 sayılı). Araştırmanın yürütülmesi için Konya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve ölçek kullanımı için gerekli yazılı izin alındı. Çalışmaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak sözlü onamı alındı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 40.68 ± 13.63 (min:20, max:76), %70,2'si kadın, %81.8'i evli, %46.4'ü ilköğretim ve öncesi eğitim almış, %68.6'sı ekonomik durumunu orta düzeyde algılayan, %46.3'ü en uzun süre il merkezinde yaşamış ve %86'sı çekirdek aileye sahiptir (Tablo 1).

Katılımcıların sağlık özelliklerine baktığımızda %38'i fazla kilolu, %66,9'u son bir yıl içinde tansiyonlarını ölçtürmüş ve veri toplama sırasında %71,1 bireyin tansiyonları optimal sınırlarda bulundu. %77,7 kişi hiç sigara kullanmamışken, %68,6 kişinin evinde de başka sigara içen yoktur. Bireylerin çoğunluğu (%57,9) düzenli egzersiz yapmazken, %56,2 kişi sağlığını orta ve kötü düzeyde algılamaktadır.

Tablo 1: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n: 121).

	n	%
Yaş Ortalaması (X±SS)*	40.68 ±13.63	
Cinsiyet		
Kadın	85	70.2
Erkek	36	29.8
Medeni durum		
Bekâr- Ayrı	22	18.2
Evli	99	81.8
Eğitim durumu		
İlkokul ve öncesi	56	46.4
Ortaokul ve lise mezunu	31	25.6
Üniversite mezunu	34	28
Ekonomik durumu değerlendirme		
İyi	27	22.3
Orta	83	68.6
Kötü	11	9.1
En uzun süre yaşanan yer		
Köy ve kasaba	30	24.8
İlçe	35	28.9
İl merkezi	56	46.3
Aile tipi		
Çekirdek aile	104	86.0
Diğer	17	14.0

* X ± SS: Ortalama± Standart sapma

Katılımcıların %69,4'ünde herhangi bir kronik hastalık bulunmazken, kronik hastalık bulunanların çoğunluğunda (%81,1) tek bir kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %55,4'ünün ailesinde KVH varlığı gözlenmiş, gözlenen KVH'nin çoğunluğunu (%35,8) hipertansiyon oluşturmuştur.

Yapılan araştırmada katılımcıların ölçek puan ortalaması 20.21±4.39 olup, alınan en az puan 8, en çok ise 27 olarak bulundu. Ölçek sorularından yanlış cevap verilme oranı en yüksek olan ilk üç soru ise "Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.", "İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır." ve "Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır." olup yanlış cevap verilme oranları sırasıyla %71,1, %64,5 ve %60,3'tür.

Yapılan çalışmada bireylerin yaşı ile ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulundu ($r=0.373$; $p=0.000$), yaş artışıyla ölçek puanlarının da arttığı belirlendi. Aynı zamanda ilkokul ve öncesi eğitim almış grubun ölçek puan

ortancaları ortaokul ve üstü eğitim almış gruplardan anlamlı düzeyde farklı (yüksek) bulundu ($p=0.004$). Kadın ve erkeklerin ölçek puan ortalamaları benzer iken medeni duruma göre de ölçek puan ortalamaları farklılık göstermemektedir. Bireylerin ekonomik durumunu değerlendirmeleri, en uzun süre yaşadıkları yer ve aile tipi ile ölçek puan ortalamaları arasında da anlamlı düzeyde fark bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo2).

Çalışmaya katılan bireylerden 2. ve 3. derece obez olanların ölçek puan ortalamalarının diğer gruplardan anlamlı düzeyde farklı olduğu bulundu ($p=0.005$). Son bir yıl içinde tansiyon ölçtürme durumu, veri toplama sırasındaki tansiyon değerleri, sigara kullanma durumu, evde sigara içen varlığı, düzenli egzersiz yapma durumu ve bireylerin sağlıklarını algılama durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2: Bireylerin bilgi düzeyinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n: 121).

	KARRİF-BD	Önemlilik testi
Yaş Ortalaması (X±SS)*	r=0.373*	p=0.000
Cinsiyet	X±SS	
Kadın	20.54±4.09	t=1.293**
Erkek	19.42±4.99	p=0.198
Medeni durum		
Bekâr- Ayrı	18.68±4.61	t=-1.820**
Evli	20.55±4.28	p=0.071
Eğitim durumu	Median (Q1-Q3)	
İlkokul ve öncesi	22.00 (20.25-24.00)	
Ortaokul ve lise mezunu	20.00 (17.00-22.00)	KW=11.113***
Üniversite mezunu	20.00 (15.75-23.25)	p=0.004
Ekonomik durumu değerlendirme	X±SS	
İyi	20.78±4.85	
Orta	20.04±4.27	p=0.747****
Kötü	20.09±4.35	
En uzun süre yaşanan yer		
Köy ve kasaba	19.73±4.32	
İlçe	20.51±4.36	p=0.769****
İl merkezi	20.27±4.50	
Aile tipi		
Çekirdek aile	19.29±5.23	t=-0.925**
Diğer	20.36±4.24	p=0.357

*Pearson korelasyon katsayısını ifade eder. **Bağımsız gruplarda t testini ifade eder.

Kruskal Wallis analizini ifade eder. *Tek yönlü varyans (ANOVA) analizini ifade eder.

Bireylerin bilgi düzeyinin kendisinde kronik hastalık bulunanlarda bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (p=0.018). Buna rağmen bulunan kronik hastalık sayısı, ailede KVH bulunma durumları ile ailede bulunan KVH tipinin ölçek puan ortalamalarını değiştirmedeği saptandı (p>0,05) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bir ASM bölgesinde yaşayan yirmi yaş ve üstü KVH tanısı olmayan yetişkin bireylerin risk faktörleri konusunda bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık özellikleri ve hastalık özelliklerinin bilgi düzeyi ile ilişkisi değerlendirildi. Bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puanının yüksek olduğu ve bilgi düzeyi puan ortalaması ile yaş, eğitim durumu, BKİ ve bireylerde kronik hastalık bulunma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Çalışma grubuna alınan bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; bireylerin yaş

ortalamaları, cinsiyet dağılımı ve farklı grupları temsil etme özelliği, aynı ölçek kullanılarak yapılan benzer çalışmalarla^[13,17,20,21] farklılık göstermesi çalışma bulgularının karşılaştırılabilirliği yönünden olumsuz bir durumdur.

Yapılan araştırmada katılımcıların ölçek puan ortalaması 20.21±4.39 olup, bilgi düzeyi ortalamasının üzerindedir. Benzer çalışmaları incelediğimizde, bilgi düzeyinin Tan ve ark (2013)^[17]'nin çalışma grubunun bilgi düzeyine göre yüksek, diğer yapılan bazı çalışma grupları^[13,20,22-25] ile benzer olduğu görülmektedir. Tan ve ark (2013)'nin çalışması ile aradaki farkın kırsal yerleşim alanı ile kentsel bölgeden kaynaklandığı düşünülmektedir.^[17] Kırsal bölgede yaşayan bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin kentsel alandakilere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ölçek sorularından "Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar." sorusu KVH tanımlayıcı özelliği ile ilgili olup çalışma grubumuzun %71,1'i tarafından yeterince bilinmemektedir. Hacıoğlu ve ark (2011)^[26]

tarafından yapılan benzer bir çalışmada üniversite öğrencileri tarafından miyokard infarktüsü ve risk faktörlerinin yeterince bilinmediği, Badır ve ark (2015)'nin çalışmasında da KVH'nin Türkiye'de ve tüm dünyada önde gelen mortalite ve morbidite nedeni olduğunun farkında olmadıklarını ortaya koymuştur.^[27] Yavaş yürümenin ve gezmenin de

egzersiz sayıldığını düşünen kişi sayısı ise %60.3'lük bir kısmı temsil etmektedir. Bizim çalışmamızda ve benzer çalışmalarda,^[25,27] çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının düzenli egzersiz yapmadığını göz önünde bulundurursak sonuçların bu şekilde çıkması beklendik bir durumdur.

Tablo 3: Bireylerin bilgi düzeyinin sağlık özelliklerine göre dağılımı (n: 121).

	KARRİF-BD	Önemlilik testi
BKİ		
Normal kilolu	18.09±4.41	
Fazla kilolu	20.59±4.23	
1. derece obez	21.00±4.49	p=0.005*
2. ve 3. derece obez**	22.46±2.57	
Son bir yıl içinde TA ölçümü		
Ölçtüren	20.69±3.91	t=1.592**
Ölçtürmeyen	19.23±5.14	p=0.116
Veri toplama sırasındaki TA ölçümü		
Optimal	19.95±4.33	
Normal	20.89±4.86	p=0.604*
Yüksek normal	20.57±3.16	
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	18.62±4.60	
Bırakmış	21.21±3.73	p=0.292*
Hiç kullanmamış	20.28±4.43	
Evde sigara içen varlığı		
Var	19.71±4.34	t=-0.841**
Yok	20.43±4.41	p=0.402
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Düzenli egzersiz yapar	21.78±2.49	
Ara sıra egzersiz yapar	20.30±3.63	p=0.218*
Egzersiz yapmaz	19.76±5.00	
Sağlığı algılama durumu		
İyi	19.98±4.64	t=-0.498
Orta ve kötü	20.38±4.21	p=0.620

*Tek yönlü varyans (ANOVA) analizini ifade eder. **Bağımsız gruplarda t testini ifade eder.

Çalışmaya alınan bireylerin yaşı ile ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon vardır ($r=0.373$; $p<0,01$). Tan ve ark (2013)'nin çalışmasında 60 ve üzeri yaş grubundaki kadınların bilgi düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur.^[17] Bizim çalışma grubumuzun yaş ortalaması ise (40.68±13.63) bu gruptan oldukça düşüktür. Eğitim düzeyinin artışı ile bilgi düzeyinin artması genel olarak beklenen bir sonuçtur.^[17,28-32] Fakat çalışmamızda ilkökul ve öncesi eğitim almış grubun bilgi düzeyi diğer gruplara göre yüksek bulundu. Sağlık Bakanlığı

2010-2014 Stratejik Planında; "Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması" hedefi yer almıştır. Kronik hastalıklara yönelik sörveyans sisteminin geliştirilmesi ve risk faktörleri ile ilgili kalıcı ve sürekli bir veri tabanı oluşturulması amacıyla "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması-TEKHARF" aile sağlığı merkezlerinde uygulanmaya başlanmıştır. Başlıca risk faktörleri olarak kan basıncı, sigara, fiziksel aktivite

yetersizliği, obezite, sağlıklı/dengeli beslenme ve alkol sorgulanmaktadır.^[30] Bilgi düzeyi yüksek olan grubun bu anlamda sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanıyor olma ihtimali bu bulguyu güçlendirmektedir. Ayrıca daha yüksek öğrenim

gören grubun daha genç popülasyonu temsil ettiğini varsayarsak hastalık ve risk algısının yaşanmışlık düzeyi ile bağlantılı olduğunu düşünebiliriz. Cinsiyete göre bilgi düzeyinin benzerliği bazı çalışmalarla ortaktır.^[21,25]

Tablo 4: Bireylerin bilgi düzeyinin hastalık özelliklerine göre dağılımı.

	KARRİF-BD	Önemlilik testi
Kendisinde kronik hastalık varlığı		
Var	21.43±3.16	t=2.408*
Yok	19.67±4.75	p=0.018
Bulunan kronik hastalık sayısı		
Bir kronik hastalık	21.60±2.49	t=0.423*
Birden fazla kronik hastalık	20.71±5.41	p=0.686
Ailede KVH varlığı		
Var	20.61±4.19	t=1.134*
Yok	19.70±4.60	p=0.259
Ailede bulunan KVH		
Koroner kalp hastalığı	19.93±3.52	
Hipertansiyon	20.33±4.60	p=0.585***
Diğer kalp ve damar hast	20.18±4.31	
Birden fazla kalp ve damar hast	21.78±4.15	

*Bağımsız gruplarda t testini ifade eder. **Ailede bulunan KVH grubundan ikisi normal dağılıma uyarken 2 si uymamıştır. Anova testi tercih edilmiştir.

***Tek yönlü varyans (ANOVA) analizini ifade eder.

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık özelliklerine baktığımızda %38'inin fazla kilolu olup genel popülasyona uyduğu görülmektedir.^[31] Bilgi düzeyi ile ilişkilendirildiğinde ise BKİ≥35 kg/m² ve üzeri olan 2. ve 3. Derece (morbid) obez grubun bilgi düzeyinin diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p<0.01). Bir çalışmada^[24] benzer sonuca ulaşılmışken, bazılarında ise BKİ ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.^[17,21,25] Katılımcıların, %66.9'unun son bir yıl içinde tansiyonlarını ölçtürmüş olmaları ve veri toplama sırasında ölçülen tansiyonların çoğunluğunun (%71,1) optimal sınırlarda bulunması KVH risk faktörleri yönetimi açısından olumlu bir göstergedir. Çalışma sonucunda, ölçülen tansiyon değerleri ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Tan ve ark (2013)'nın çalışmasında tansiyonu yüksek olan bireylerde bilgi düzeyi düşüktür.^[17] Ayrıca bireylerin çoğunluğu (%77,7) hiç sigara kullanmamışken, %68,6 kişinin evinde de başka sigara içen yoktur. Sigara kullanmama konusunda oranların yüksek oluşu, çalışma grubumuzun çoğunluğunun kadınlardan oluşması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporuna göre Türkiye'de 2008 yılında sigara kullanım sıklığı erkeklerde kadınlara oranla en az üç kat daha fazla bulunmuştur.^[32] Bizim çalışmamızda sigara kullanma durumundaki farklılıklar Gürdoğan ve ark (2014)'nın çalışma sonuçlarıyla benzer olup bilgi düzeyini etkilememiştir.^[21] Tan ve ark (2013)'nin çalışmasında ise sigara içen grupta bilgi düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir.^[17] Düzenli egzersiz yapma durumu ile bilgi düzeyi arasında da anlamlı ilişki saptanmazken diğer bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.^[21]

Hastalık özelliklerinin bilgi düzeyini etkilemesi, bireylerde hastalık bilincinin oluşması ve potansiyel risk faktörlerine karşı farkındalığın artması ile açıklanabilir. Buna paralel olarak araştırmamızda, kronik hastalığı bulunan grubun bulunmayanlara göre bilgi düzeyi anlamlı oranda yüksektir. Bu durum bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken^[32,33] bazısı ile çelişmektedir.^[21] Ayrıca ailede KVH varlığının bilgi düzeyini artırdığı birçok çalışmada ortak paydadır.^[13,17,21,29,33,34] Fakat bizim çalışmamızda ailede KVH varlığının bilgi

düzeyinde farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu durum çalışma grubunun çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olmasıyla açıklanabilir.

Sonuç olarak bireylerin risk faktörlerine sahip oluşu ile sağlık sorumluluğunun arttığı ve buna paralel olarak bilgi düzeyinin de artış gösterdiği görülmektedir. Bayındır ve ark (2015)^[35] tarafından hasta bireylerin ve akrabalarının fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi destekler, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve stres yönetiminin yüksek oluşunun bilgi düzeyini artırdığı ortaya konulmuştur. Eğitim ile farkındalığın artırılması, KVH risk faktörleri bilgi düzeyini doğrudan artıracak bir çıktıdır ve çalışmalarla ortaya konmuştur.^[20,24,27]

SONUÇ

18 yaş ve üstü bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyini ve bu bilgi düzeyini etkileyebilecek etmenleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda; bireylerin yaş, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi ve kronik hastalık bulunma durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda; yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip olan KVH'lerin önlenmesinde sağlık profesyonellerine ve hemşirelere;

Toplumsal farkındalığın artırılması için hemşirelerin KVH risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında, ev ziyaretleri, poliklinik ve klinik hizmetleri sırasında bireysel ve grup eğitimleri ile danışmanlık hizmetlerini daha yoğun vermesi, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını geliştirmeye yönelik programlarının yaygınlaştırılması ve uygulanabilirliğinin hemşireler ve diğer sağlık bakım üyeleri tarafından kontrol edilmesi,

Toplumun farklı kesimlerinde KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışma sayılarının artırılması ve elde edilen bulgular doğrultusunda bu faktörlerin kontrol altına alınması önerilebilir.

KISITLILIKLAR

Araştırmaya dâhil edilen birey sayısının az oluşu, tek bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yapılmış olması ve KVH tanısı almamış bireylerin çalışmaya alınması, elde edilen sonuçların topluma genellenmesi açısından araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılmayı kabul eden tüm hastalar ve yakınlarına teşekkür ve minnetlerimizi sunarız.

ÇIKAR UYUŞMAZLIĞI

Bu çalışmada çıkar uyumsuzluğu yoktur.

KAYNAKLAR

1. Bridget BK. Institute of Medicine; Promoting cardiovascular health in the developing world: A critical challenge to achieve global health. NationalAcademiesPress. Washington, 2010. <http://dx.doi.org/10.17226/12815>
2. Jiaquan X, Sherry LM, Kenneth DK, Brigham AB. National vital statistics reports. Deaths: Final Data for2013. 2016;64 (2): p.5.DHHS Publication No. 2013-1120 • CS242040.
3. WHO (World Health Organization). Cardiovascular diseases. September 2016.
4. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)Haber bülteni. 2016. Sayı:21526.
5. Onat A, Çakır H, Karadeniz Y, Dönmez İ, Karagöz A, Yüksel M ve ark. TEKHARF 2013 taraması ve diyabet prevalansında hızlı artış. Arch Turk Soc Cardiol; 2014;42(6):p.511-516. <http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2014.27543>
6. Cheryl RDH, Laura LH. The fore cast for cardiovascular health and disease is formidable. J Cardiovasc Nurs 2012; 27(6): p. 461-463. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182595fe1>
7. Başara BB, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. Hastalıkların yükü ve yaralanmalar. Editörler: Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. 1. Basım, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti; 2007. p.21.
8. Koldaş L. Bir bütün olarak kardiyovasküler riskin ele alınmasının önemi. Kardiyoloji gündemi. Sempozyum dizisi No: 64;2008. s. 25-42.
9. Güleç S. Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. Arch Turk Soc Cardiol 2009;37(2):s. 1- 10.
10. Kariuki JK, Eileen M, Laura L. The concept of risk as applied to cardiovascular disease. J Cardiovasc Nurs 2013; 28(3): p. 201-203. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e31828c3158>

11. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalance of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA 2003; 290: p. 898-904. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.290.7.898>
12. İnangil D, Şendir M. Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. ACU Sağlık Bil Derg 2014(2):96-101.
13. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. Arch Turk Soc Cardiol 2009;37(1):35-40.
14. Ahmed E, Youssif M, Ayasreh I, Mawajdeh NA. Assess the risk factors and knowledge on modification of lifestyle among patients who have experienced acute myocardial infarction in Taif. Int J Med Sci Public Health.2013; 2(2): p.354-359. <http://dx.doi.org/10.5455/ijmsph.2013.2.368-373>
15. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri "SPSS Uygulamaları", İkinci baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara, 2005.
16. Türker Ö. Akut koroner sendromlu hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Uzmanlık Tezi, 2010.
17. Tan M, Dayapoğlu N, Şahin ZA, Gürçan M, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013;2(3): s.331-341.
18. Lim JU, Lee JH, Kim JS, Hwang YI, Kim TH, Lim SY, et al. Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017; 12: 2465-2475. <http://dx.do.org/10.2147/COPD.S141295>
19. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013;31(7):1281-1357. <http://dx.doi.org/10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc>
20. Toptaner NE, Yıldız A. The effects of coronary heart diseases prevention program for women in menopause period on heart health. MUSBED 2014;4(1):s.23.
21. Gurdogan EP, Kurt S, Unsar S. The knowledge about cardiovascular risk factors among students in a faculty of health sciences. Euras J FamMed 2014; 3(2): p. 79-84.
22. Andsoy II, Taştan S, İyigün E, Lawrence R. Knowledge and attitudes towards cardiovascular disease in a population of north western Turkey: A cross- sectional survey. International Journal of CaringSciences2015;8(1): s.115-124.
23. Gürdoğan M, Gürdoğan EP, Arı H, Ertürk M, Genç A, Uçar MF. Metal sektörü çalışanlarının mesleki ve genel kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri (Levels of awareness of occupational and general cardiovascular risk factors among metal industry employees). Arch Turk Soc Cardiol 2015;43(4):s.361-367. <http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2015.27974>.
24. Kumsar AK, Yılmaz FT, Akkaş ÖA. The effect of cardiovascular risk factors knowledge level on healthy life style behaviorsand related factors in nursingstudents. International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS) 2015;4(2): s. 47-60.
25. Yılmaz M, Boylu M. 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). HEAD 2016;13 (1): s. 27-34.
26. Hacıalioğlu G, Mert N, Deniz S, Orak E. Bir vakıf üniversitesi öğrencilerinin miyokard infarktüsü risk faktörleri ile ilgili farkındalık düzeyleri. İ.U.F.N. Hem. Derg 2011; 19(2): s. 99-104.
27. Badır A, Tekkaş K, Topçu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. Eur J Cardiovasc Nurs. Oct 2015;14(5):s.441-449. <http://dx.doi.org/10.1177/1474515114540554>.
28. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. J Turk Soc Obstet Gynecol 2011;8(1): s. 57- 61.
29. Chohedri AH, Eghbal MH, Masjedi M. Cardiovascular health knowledge of patient attendants in southern of Iran, Shiraz. Professional Med J 2012;19(5): p. 604-610.
30. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, KalaçaS, Sözman K. Sağlık Bakanlığı, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. 2013.
31. Besler T, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Mercanlıgil SM, Pekcan G, Rakıcıoğlu N, et al. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve

Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014.

32. Bilir N, Özcebe H. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Tütün kullanımı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Anıl Matbaa Ltd. Şti, Ankara; 2014. s. 33-52.
33. JafaryFH, Aslam F, Mahmud H, Waheed A, Shakir M, Afzal A, et al. Cardiovascular health knowledge and behaviour in patient attendants at four tertiary

care hospitals in Pakistan-a cause for concern. BMC Public Health 2005; 5: p.124-132.

34. Hafizullah M. Empowering society- the road to prevention. Pak Heart J 2012; 45 (02) : p. 71-73.
35. Bayındır SK, Güleser GN, Oğuzhan A. The relationship of the healthy lifestyle behaviors and cardiovascular disease risk factors knowledge level of patients with cardiovascular disease and their relatives. The American Journal of Cardiology_ MARCH 26-29, 11th International Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery Abstracts/ Ora 2015:p.87.