T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Merve Ezgi Çifçi

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR-2019

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Merve Ezgi Çifçi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya Parıldar

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta tez danışmanım Doç. Dr. Hülya PARILDAR olmak beraber çalıştığım tüm hocalarıma, başasistanlarıma, uzmanlarıma ve hepsi birbirinden değerli asistan arkadaşlarıma,

Tez hazırlama aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini her zaman paylaşan, yol gösteren Uzm. Dr. Ersin Çağrı ŞİMŞEK'e,

Tezimin istatistiksel analizine büyük katkısı olan Alper ÇİFÇİ'ye ve destekleri için Sinem ÇİFÇİ'ye,

Evlatları olmaktan gurur duyduğum annem Esin ÇİFÇİ'ye, babam Mustafa ÇİFÇİ'ye; geleceğin doktor adayları, kardeşlerim; Duygu ÇİFÇİ'ye ve Yağmur ÇİFÇİ'ye,

Hekimlik mesleğini seçmem konusunda beni cesaretlendiren anneannem Hacer ÇİFÇİ'ye ve halam Zeynep ÇİFÇİ'ye,

Tüm hayatım boyunca yanımda olan yengem Müjgan ÇİFÇİ'ye ve her zaman desteğini arkamda hissettiğim amcam Kemal ÇİFÇİ'ye,

Teşekkür ederim…

Dr. Merve Ezgi Çifçi

İzmir, 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **ii**
KISALTMALAR ..... **v**
ŞEKİLLER ..... **vii**
TABLOLAR ..... **viii**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xii**

1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1.KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR 3
2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Dünyadaki Durumu 3
2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Türkiye'deki Durumu 5
2.2.KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDEĞİŞTİRİLEBİLEN RİSK FAKTÖRLERİ 7
2.2.1.Hipertansiyon 8
2.2.2.Diyabetes Mellitus 10
2.2.3.Obezite 12
2.2.4.Fiziksel Aktivite Yetersizliği 13
2.2.5.Sigara 14
2.2.6.Dislipidemi 16
2.2.7.Uygunsuz Beslenme 17
2.2.8.Yaş 17
2.2.9. Cinsiyet 17
2.2.10.Aile Hikayesi 17
2.3. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDAN KORUNMA STRATEJİLERİ 18

3. GEREÇ VE YÖNTEM **21**
3.1. ARAŞTIRMA TİPİ 21

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ 21
3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE SEÇİMİ 21
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ 21
3.5. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ 21
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI 21
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 23
3.8. ETİK ONAY 23

4. BULGULAR 24

5.TARTIŞMA 39

6. SONUÇ 45

KAYNAKLAR 47

EKLER 54
EK 1. TEZ VERİ FORMU 54
EK 2. ETİK KURUL ONAYI 58

ÖZGEÇMİŞ 59

KISALTMALAR

ADA	**:** American Diabetes Association
BKİ	**:** Beden Kitle İndeksi
COPC	**:** Community Oriented Primary Care Model
DALY	**:** Disabiliyt Adjusted LifeYear
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
ESC	**:** European Society of Cardiology
HDFQ	**:** Heart Disease Fact Questionnaire
HDL	**:** Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HIV/AİDS	**:** Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
HT	**:** Hipertansiyon
IDL	**:** Orta Dansiteli Lipoprotein
JNC-7	**:** Amerikan Birleşik Ulusal Komitesi' nin 7. raporu
KARRİF-BD	**:** Kardiyovaskuler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi
KAH	**:** Koroner Arter Hastalığı
KKH	**:** Koroner Kalp Hastalıkları
KOAH	**:** Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KVH	**:** Kardiyovasküler Hastalıklar
LDL	**:** Düşük Dansiteli Lipoprotein
MI	**:** Miyokard İnfarktüsü
NCEP-ATP III	**:** Ulusal Kolesterol Eğitim Programı'nın Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli (National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III)
SPSS	**:** Statistical Package for the Social Sciences
SVH	**:** Serebrovasküler Hastalıklar
TEKHARF	**:** Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TG	**:** Trigliserid
TURDEP	**:** Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	**:** Türkiye İstatistik Kurumu
UHY-ME	**:** Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması

VLDL **:** Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein

YLD **:** Years Lost due to Disability

YLL **:** Years of Life Lost

ŞEKİLLER

Şekil 1. Küresel Ölüm Nedenleri Dağılımı..... 4
Şekil 2. Küresel Düzeyde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Nedenlere Göre Dağılımı 4
Şekil 3. Koroner Kalp Hastalığı Sıklığının Cinsiyete Ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı..... 7
Şekil 4. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Sigara Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi..... 33
Şekil 5. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Alkol Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi..... 33

TABLOLAR

Tablo 1. Küresel Ölüm Nedenleri 5

Tablo 2. Türkiye'de Kalp Ve Damar Hastalıklarının İnsidans Ve Prevalans Hızları 6

Tablo 3. Amerikan Birleşik Ulusal Komitesi'nin 7. Raporuna Göre Yapılan Hipertansiyon Sınıflaması 9

Tablo 4. Diabetes Mellitus Ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri 10

Tablo 5. Yetişkinlerde Obezitenin BKİ'ne Göre Sınıflandırılması 11

Tablo 6. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümleri Karşılaştırılması 11

Tablo 7. NCEP ATPIII Kılavuzuna Göre Serum Lipid Düzeylerinin Sınıflandırılması. 15

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri 25

Tablo 9. Katılımcıların BKİ ve Bel Çevresi Ölçümlerine Göre Dağılımi 26

Tablo 10. Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı 27

Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Gelir Düzeyi İlişkisine Göre Değerlendirilmesi 28

Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyet ve BKİ İlişkisine Göre Değerlendirilmesi .. 28

Tablo 13. Katılımcıların Yaş ve BKİ İlişkisine Göre Değerlendirilmesi 29

Tablo 14. Kadın Katılımcıların Bel Çevresi ve Yaş Arasındaki İlişki 30

Tablo 15. Erkek Katılımcıların Bel Çevresi ve Yaş Arasındaki İlişki 30

Tablo 16. Katılımcıların Yaş ve Kronik Hastalık İlişkisinin Değerlendirilmesi 31

Tablo 17. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 32

Tablo 18. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalaması 34

Tablo 19. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı 35

Tablo 20. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği Puanlarının Antropometrik Ölçümlere Göre Dağılımı 36

Tablo 21. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği Puanlarının Özgeçmişlerine Göre Dağılımı 37
Tablo 22. Katılımcıların KARRİF-BD Puanlarının Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı 38

ÖZET

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri Ve Davranış Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) bütün dünyada en başta gelen mortalite ve morbidite sebeplerindendir. KVH'ın oluşmasına neden olabilecek risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıyla kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı azaltılabilmektedir. Bu nedenle yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmek birinci basamak koruyucu hekimlik uygulamalarında önemlidir, toplumu bilgilendirmek önceliklidir. Bu çalışmada hastalarımızın KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Obezite Polikliniklerine başvuran, gönüllülük onamı alınmış 212 kişi çalışmaya dahil edildi. Çalışmamız tanımlayıcı,kesitsel bir çalışmadır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sorgulayan bir anket formu ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği kullanıldı. Erişkinlere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Antropometrik ölçümler birinci araştırmacı tarafından yapıldı. Verilerin analizi SPSS 20.0 versiyonda gerçekleştirildi ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile; tanımlayıcı bulgular ve sürekli değişkenler ise ortalama ile sunuldu. Bağımlı değişken olan KARRİF-BD ölçeği ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Fisher kesin testi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %71,4'ü kadın, %41'i 45-64 yaş aralığında %39,4'ü 25-44 yaş aralığındaydı. Katılımcıların %72,2'si evliydi, %44,8'i yükseköğretim, %31,1'i ilköğretim, %21,2'si ise lise mezunuydu. Meslek gruplarına göre %24,5'i ev hanımları, %23,6'sı serbest meslek,%15,6'sı memur, %13,2'si işçiydi. Gelir durumuna göre ise katılımcıların çoğunluğunun (%47.2) gelir düzeyi 1400 TL'nin altındaydı ve %40.1'inin gelir düzeyi 1400-4999 TL aralığındaydı. Azınlıktaki bir kitlenin gelir düzeyi %12,7 oranında 5000 TL'nin üzerindeydi.

KARRİF-BD ölçek puanıyla erkeklerde abdominal obezite, kronik hastalık öyküsü, düzenli ilaç kullanım durumu ve alkol kullanım durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda KARRİF-BD ölçek puanıyla erkeklerde abdominal obezite, kronik hastalık öyküsü, düzenli ilaç kullanım durumu ve alkol kullanım durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Yaş, cinsiyet, obezite, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, sigara kullanım durumu ve egzersiz alışkanlıkları ile KARRİF-BD ölçek puanı arasında ise istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Obez, sigara kullanan, ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olan; risk altındaki bu tür özellikli grupların KVH hakkında yeterli farkındalık düzeyinde olmamaları önemli bir toplum sağlığı problemidir. Bu durum özellikle KVH açısından risk altındaki bireylere yönelik bilgilendirme ve tarama çalışmalarının artırılmasının gerekliliğine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, Bilgi düzeyleri, Davranış durumları

ABSTRACT

Evaluation of Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Levels and Behavioral Conditions

Aim: Cardiovascular diseases (CVD) are the leading causes of mortality and morbidity worldwide. By controlling the risk factors that may cause CVD, the incidence of cardiovascular diseases can be reduced. Therefore, changing lifestyle and behaviors is important in primary care and preventive medicine practices. The aim of this study was to evaluate the knowledge and behavioral status of CVD risk factors in our patients.

Material-Methods: 212 patients who were admitted to the Family Medicine and Obesity Outpatient Clinics of Tepecik Training and Research Hospital, Izmir Health Sciences University were included in the study. Our study is a descriptive, cross-sectional study. A questionnaire that questions the sociodemographic characteristics, healthy lifestyle behaviors of the participants and the level of knowledge of the cardiovascular disease risk factors (CARRIF-BD) scale were used. It was applied to the adults by face to face interview method. Anthropometric measurements were performed by the first researcher. Data were analyzed with SPSS version 20.0 and significance level was accepted as $p < 0.05$. Categorical variables with frequency and percentage; descriptive findings and continuous variables were presented with the mean. Chi-square test was used to compare independent variables with the dependent variable CARRIF-BD and Fisher's exact test was used to evaluate the relationship between them.

Results: 71.4% of the participants were women and 41.4% were between the ages of 45-64 and 39.4% were between the ages of 25-44. 72.2% of the participants were married, 44.8% were higher education, 31.1% were primary education, 21.2% were high school graduates. According to occupational groups, 24.5% were housewives, 23.6% were self-employed, 15.6% were civil servants and 13.2% were workers. According to the income situation, the majority of the participants (47.2%) were below 1400 TL, and the income level of 40.1% was in the range of 1400-4999 TL.

There was a statistically significant relationship between men abdominal obesity, chronic disease history, regular drug use status and alcohol use status.

Conclusion: In our study, a statistically significant relationship was found between abdominal obesity, chronic disease history, regular medication use status and alcohol use status in men. Age, gender, obesity, family history of cardiovascular disease, smoking status and exercise habits were not statistically significant.

Obese, smoking, family history of cardiovascular disease; The fact that such special groups at risk are not at a sufficient level of awareness about CVD is an important public health problem. This situation points out the need to increase the information and screening studies for individuals at risk for CVD.

Keywords: Risk Factors for Cardiovascular Diseases, Knowledge Levels, Behavioral Conditions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada en önemli mortalite ve morbidite sebeplerinden olankardiyovasküler hastalıklar (KVH) başlığı altında koroner kalp hastalıkları (KKH) , serebrovasküler hastalıklar (SVH) , hipertansiyon, periferal arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatiler yer almaktadır (1, 2). 2013 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde 17.3 milyon kişinin ölüm nedeni olarak değerlendirildi. Bu rakam tüm ölümlerin %31.5, bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı ölümlerin ise %45'ine karşilik gelmektedir (3). Çalışmalar, kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında, %28.9'dan %36.3'e yükseleceğini göstermektedir (4). Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 2030 yılında 22,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (5).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde ölüm vakalarının 2014 yılında %40'ını oluşturan kardiyovasküler sistem hastalıkları 2015 yılında %40,3'ünü oluşturarak ilk sırada yer almaktadır (6).

Türk Kardiyoloji Derneği'nin öncülüğünde 1990 yılından itibaren yürütülmekte olan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasının 12 yıllık izlem verilerine göre, Türkiye'de 2.000.0000 koroner kalp hastasının bulunduğu ve yaklaşık 160.000 yurttaşımızın koroner kalp hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Ülke genelinde yılda yaklaşık 260.000 civarında koroner olay meydana gelmekte, bunların derhal fatal seyreden 85.000 çıkarılınca, 175.000 nonfatal koroner olaylı hasta tedaviye aday kalmaktadır. Bunlara ilaveten 7.580'i hayatını kaybetmektedir. Böylece toplam koroner kalp hastası halen yılda 90.000-100.000 kadar artmaktadır (7). TEKHARF çalışması, erişkinlerimizde yıllık koroner kalp hastalığı mortalitesini erkeklerde binde 5.2, kadınlarda binde 3.2 olarak bulundu. Her 8 ölümden birinin nedeni belirlenemedi, nedeni bilinenler arasında koroner kalp hastalığı ölümü %42.5'lik bir pay ile başı çekti, onu %24'lük oranda kanser ve %12'lik bir oranda serebrovasküler olay nedenli ölümler izledi (7).

Nüfusumuz gelişmekte olan ülkelerdeki gibi genç yapıda iken, halkımızda koroner hastalık mortalitesinin, yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması, hem günümüz, hem gelecek için kaygı vericidir. Nüfusumuzun 2023 yılında %13.2 artacağı tahmin edilmektedir. Ancak KVH'lar için risk grubu

olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun artış oran ise yaşlanan nüfusumuz nedeniyle %39.7 olarak tahmin edilmektedir. Bu dinamiklere göre, KVH'ların sayısının yılda ortalama %7'nin üzerinde artacağı öngörülmektedir (1). Bu eğilim kontrol altına alınmadığı takdirde, 10 yıl sonra nüfusumuzda yaşlıların oranı arttığında KVH'lar ve bu hastalıklara bağlı ölüm ve iş göremezlik oranlarının hayli yüksek seyredeceği öngörülmektedir (1, 8).

Kardiyovasküler hastalıkların oluşmasında çeşitli risk faktörleri rol oynamaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri; hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, diyabet, sağlıksız beslenme alışkanlığı, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve stresli yaşam tarzıdır (9). Dünya Sağlık Örgütü, kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile KVH'ların görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir (9). Böylesine önemli bir sağlık sorununda, son derece yüksek maliyetle yürütülebilen tedavi çalışmalarından çok primer ve sekonder korunma çalışmalarına ağırlık verilmesi gereği açıktır (5).

Toplum temelli korunmada en önemli etken, yaşamla ilişkili alışkanlıklardır. Bunun nedeni, yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmenin daha ucuz ve etkin olmasıdır (10). Sosyal davranış modellerine göre, davranış değiştirmelerde ilk koşul bireylerin davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını bilmeleridir. Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmekte yetersiz bilgi yetersiz motivasyona neden olacağı için, KVH'ları önleme çalışmaları toplumu bilgilendirme programlarına odaklandı (10,11).

Kardiyovasküler hastalıklardan korunma için uygulanacak programların planlanması ve değerlendirilmesi için KVH risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyini ölçmeye gerek duyulmaktadır (12).

Çalışmanın amacı, aile hekimliği ve obezite polikliniklerimize başvuran hastalarımızın KVH'lar konusunda bilgi düzeylerini ve davranış durumlarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR

Kardiyovasküler hastalık, kalp ve damarlarda bozukluklara sebep olan bir grup hastalıktan oluşur (13).

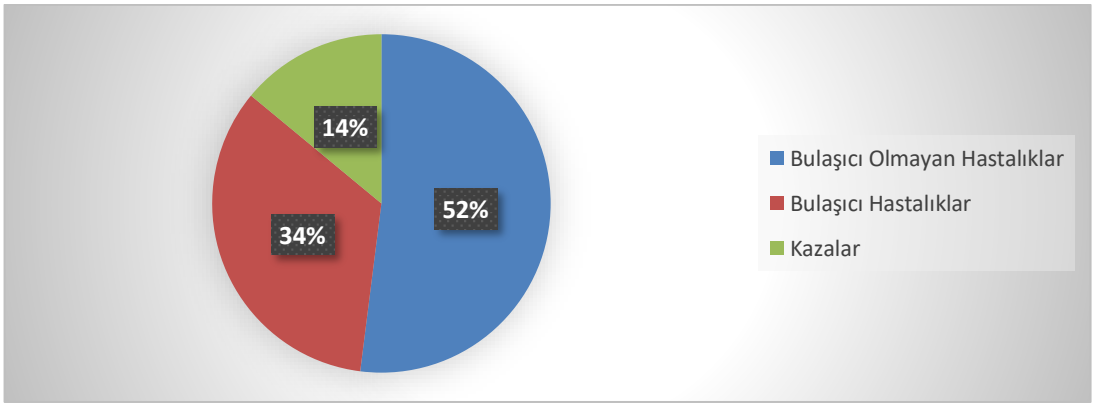
KVH içerisinde yer alan kalp hastalıkları, doğuştan ve sonradan kazanılan hastalıklar olarak iki ayrı grupta değerlendirilmektedir: Doğuştan olan kalp hastalıkları siyanotik ve asiyanotik kalp defektleridir. Sonradan ortaya çıkan kalp hastalıkları ise koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, stabil ve stabil olmayan anjina pektoris, miyokard infarktüsü (MI) , ani kalp ölümü, ritim bozuklukları (atriyal, sinüs ritim bozuklukları, kalp bloku, senkop, atrial fibrilasyon, ventriküler aritmiler) , mitral darlık ve yetersizlik, triküspit darlığı ve yetersizlik, miyokard hastalıkları (myokardit, kardiyomiyopatiler) ve perikard (perikardit, perikard effüzyonu) hastalıklarıdır. (13)

Damar hastalıkları ise hipertansiyon, aort anevrizmaları, aort darlığı ve yetersizliği, periferik damar hastalıkları (aterosklerotik tıkayıcı periferik damar hastalığı, arter embolizmi, Raynaud fenomeni) , periferik anevrizma ve fistüller gibi arter hastalıkları, periferik venöz hastalıklar (tromboflebit, selülit) , varis ve derin ven trombozu gibi ven hastalıkları, lenfanjit, filariyazis ve lenf ödem gibi lenf damarları hastalıkları olarak değerlendirilmektedir (13).

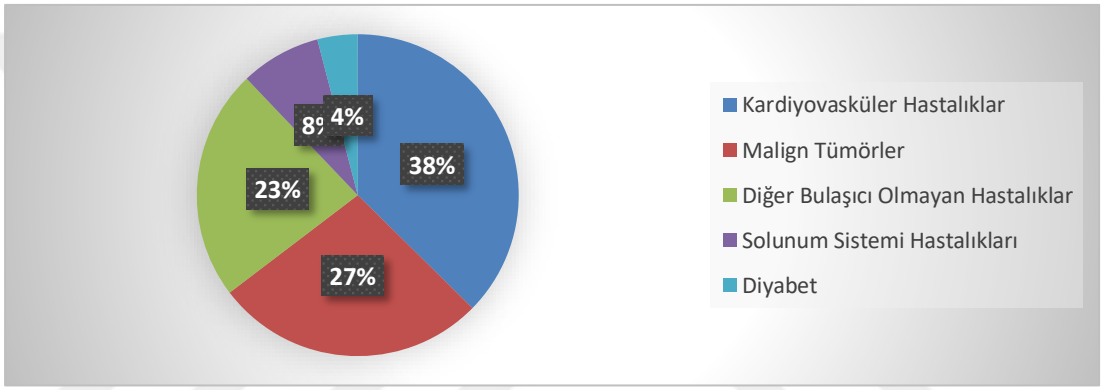
Kardiyovasküler hastalıklar fonksiyonel olabildiği gibi çok daha sık görülen formu aterosklerotik lezyonlara bağlı olmaktadır (13).

2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Dünyadaki Durumu

Dünya'da 2012 yılında 56 milyon ölüm meydana geldi. Bu ölümlerin 38 milyonu bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH) özellikle KVH'lar, kanser, kronik hava yolu hastalıkları nedeniyledir (Şekil 1. ve Şekil 2.) (14). Ölümlerin üçte biri (28 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde oldu (14).



Şekil 1. Küresel Ölüm Nedenlerinin Dağılımı. (14)



Şekil 2. Küresel Düzeyde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Nedenlere Göre Dağılımı. (14)

Küresel ölçekte bir numaralı ölüm sebebi olan kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yılda tahminen 17,5 milyon insan öldü. Bu ölümlerin de 7,6 milyonu kalp krizlerine, 5,7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Küresel ölüm nedenlerinin 2008 yılına ait değerleri Tablo 1. de sunuldu (15).

Tablo 1. Küresel Ölüm Nedenleri, 2008. (15)

Dünya	Ölüm sayıları (milyon kişi)	%
Koroner kalp hastalıkları	7,60	12.2
İnme ve diğer kardiyovasküler hastalıklar	5,71	9.7
Alt solunum yolu enfeksiyonları	4,18	7.1
KOAH	3,02	5.1
İshalle seyreden hastalıklar	2,16	3.7
HIV/AİDS	2,04	3.5
Tüberküloz	1,46	2.5
Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	1,32	2.3
Trafik kazaları	1,27	2.2
Prematürite ve düşük doğum ağırlığı	1,18	2.0

2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Türkiye'deki Durumu

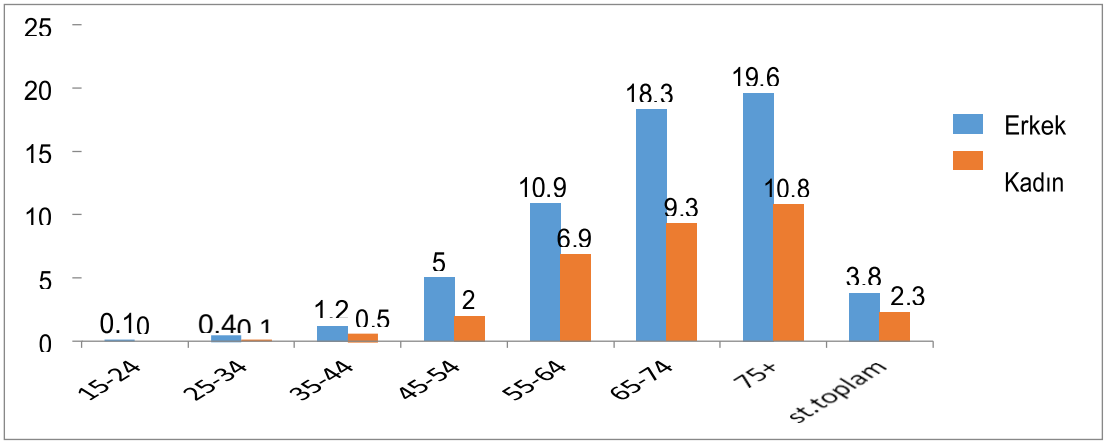
Türkiye'de kronik hastalıklar ve ölüm nedenlerine ilişkin en geniş çalışma Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışmasıdır (11).UYH-ME Çalışması'nda da kardiyovasküler hastalıklar grubunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak 102,386 erkek (tüm ölüm nedenlerinin %43,89'u) ,103,071 kadın (tüm ölüm nedenlerinin %52,27'si) kaybedildi. Türkiye ulusal düzeyde toplam hastalık yükünün (10,802,494 DALY) birincil nedenini %19.32 ile (2,086,527 DALY) KVH'lar oluşturmaktadır. Türkiye ulusal düzeyde KVH'ların hastalık yükü (DALY) dağılımında; Toplam hastalık yükünün erkeklerde %20.5'ini, kadınlarda ise %18'ini KVH'lar oluşturmaktadır (11). Türkiye'de kalp ve damar hastalıklarının insidans ve prevalans hızları Tablo 2. de sunuldu.

Tablo 2. Türkiye'de Kalp Ve Damar Hastalıklarının İnsidans Ve Prevalans Hızları. (11)

Kalp ve damar hastalıkları	İnsidans hızı (100,000)			Prevalans hızı (1000)		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Romatizmal kalp hastalığı	7,800	9,200	8,500	0.400	0.500	0.400
Hipertansif kalp hastalığı	21,000	31,400	26,100	15.000	28.000	22.000
Angina pektoris	840,000	640,000	740,000	41.200	35.000	38.000
Akut MI	167,400	144,900	156,300	0.799	0.490	0.648
Konjestif kalp yetmezliği	220,000	211,700	215,900	0.810	0.540	0.680
Serebrovasküler hastalık	67,100	72,100	69,600	3.190	3.190	3.190
Uzun dönem inme hastalığı	168,800	156,000	162,500	10.900	9.100	10.000
İnflamatuar kalp hastalıkları	67,600	36,300	52,200	2.000	1.100	1.600
Diğer kardiyovasküler hastalıklar	446,900	407,900	427,700	5.400	5.100	5.300

Türkiye ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilksırayı 205,457 ölümle KVH'lar (tüm ölüm nedenlerinin %47.73'ü) almaktadır (6).Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) ölüm verileri toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğu ve TUİK 2015 verilerine göre de her iki cinsiyette en sık görülen ölüm nedenlerinin başında kalp-damar hastalıkları geldiği bildirildi (6).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında (2011) Türkiye'de erkeklerin yüzde 6.4'ünde; kadınların ise yüzde 9.8'inde anjina pektoris saptandi. Akut miyokard enfarktüsü öyküsü erkeklerde yüzde 2.3, kadınlarda yüzde 1.1'dir **(**Şekil 3) (2). Serebrovasküler hastalık sıklığı ise erkeklerde yüzde 1.8, kadınlarda yüzde 2.2'dir (2).



Şekil 3. Koroner Kalp Hastalığı Sıklığının Cinsiyete Ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Türkiye 2011. (2)

2.2. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSKFAKTÖRLERİ

Framingham çalışmasında sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon ve diyabet gibi klasik risk faktörlerinin etkisini gösteren ilk çalışmadır (16). INTERHEART çalışması ise, klasik risk faktörlerinin yanında egzersiz, günlük sebze meyve tüketimi ve psikolojik faktörler gibi yaşam tarzı biçimlerinin önemini ortaya çıkardı (17).

Koroner Hastalık Risk Faktörleri Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı'nın Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli (National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III; NCEP- ATP III) tarafından şu şekilde sınıflandırıldı (18) :

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

1.Hipertansiyon

2.Diyabetes Mellitus

3.Obezite

4.Fiziksel aktivite azlığı

5.Sigara içmek

6.Dislipidemi

7.Uygunsuz beslenme

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

1.Yaş

2.Cinsiyet

3. Aile öyküsü

Türk Kardiyoloji Derneği'nin yayınladığı KKH'ğı korunma ve tedavi klavuzunda yer alan koroner kalp hastalığı risk faktörleri aşağıda yer almaktadır (19).

1. Yaş (erkeklerde>45, kadınlarda>55 veya erken menopoz)
2. Aile öyküsü (birinci derece akrabalardan erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması)
3. Sigara içiyor olmak
4. Hipertansiyon (kan basıncı>140/90 mmHg veya antihipertansif tedavi görüyorolmak)
5. Hiperkolesterolemi (total kolesterol>200 mg/dl,LDL-kolesterol>130mg/dl)
6. Yüksek Dansiteli Lipoprotein (HDL) -kolesterol değeri (<40mg/dl)
7. Diyabetes mellitus (diyabet bir risk faktörü olmanın yanısıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır.

Değiştirilebilen Risk Faktörleri

2.2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon ateroskleroz için major risk faktörüdür, hem sistolik hem de diastolik seviyeleri önemlidir. Amerikan Birleşik Ulusal Komitesi' nin 7inci raporuna (JNC-7) göre hipertansiyon; "sistolik kan basıncının 140 mmHg ya da üzeri ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg ya da üzeri olması veya antihipertansif ilaç kullanıyor olmak" şeklinde tanımlanmaktadır. Amerikan Birleşik Ulusal Komitesi' nin 7. raporuna göre hipertansiyon sınıflaması Tablo 3. de sunuldu (20).

Tablo 3. Amerikan Birleşik Ulusal Komitesi' nin 7 inci raporuna göre yapılan hipertansiyon sınıflaması. (35)

	Sistolik Kan Basıncı (SKB)	Diastolik Kan Basıncı (DKB)
Normal	<120mmHg ve	< 80 mmHg
Prehipertansiyon	120-139 mmHg veya	80-89 mmHg
Evre 1	140-159 mmHg veya	90-99 mmHg
Evre 2	≥160 mmHg veya	≥100 mmHg
Evre 3	≥180 mmHg veya	≥110 mmHg

Normal kan basıncı olan popülasyonla kıyaslandığında, hipertansiyon kendi başına, KVH riskini yaklaşık %60 oranında artırabilir. Tedavi edilmeyen hipertansif hastaların kabaca yarısı KVH veya konjestif kalp yetmezliğinden ve diğer üçte biri ise inmeye bağlı hayatını kaybeder. Çoğu vakadaki sol ventrikül hipertrofisi de olasılıkla uzun süredir işlevsel olan hipertansiyonun göstergesidir (13).

Hipertansiyon, kadın ve erkekte, akut miyokard infarktüsü riskini 2-3 misli artırmaktadır. Diastolik kan basıncında 15mmHg veya sistolik kan basıncında 25 mmHg'lik yükselme reinfarktüs riskini sırasıyla %40 ve %37 artırmaktadır. Bu durum diğer risk faktörlerinden bağımsızdır (21).

Bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden hipertansiyon sorumludur. Koroner kalp hastalığı hipertansiflerde normotansiflere göre 2-3 kat daha fazladır. Hipertansiyonu olan ve akut miyokard infarktüsü geçirenlerde infarktüs sonrası anjina pektoris, sessiz miyokard iskemisi, atriyal fibrilasyon, ventrikül taşikardisi, ventrikül fibrilasyonu, kardiyojenik şok normotansiflere göre daha fazladır (13).

Dünya genelinde yüksek kan basıncının toplam ölümlerin %13'ünün (7,1 milyon ölüm) ve 64,3 milyon DALY'nin (toplam DALY'lerin %4.4'ü) nedeni olduğu tahmin edilmektedir (9).

2.2.2.Diyabetes Mellitus

Diyabetes mellitus birhastalık olmaktan çok temelinde hipergliseminin bulunduğu bir grup metabolik bozukluğu ifade eder. Kronik hiperglisemi ve buna eşlik eden metabolik düzensizlik ile birlikte birçok organda, özellikle böbreklerde, gözlerde, sinirler ve kan damarlarında meydana gelen ikincil hasarlar görülebilir (22).

Normalde kanda glukoz değerleri dar bir aralıkta, 70 ile 120 mg/dl arasında tutulur. Aşağıdaki dört ölçütten biri kullanılarak kan glukozunun yükseldiği saptanırsa diyabet tanısı konulur (Tablo 4) (22).

Diyabetes mellitus tanısında ADA kriterleri şöyle sıralanabilir:

1.Diyabet semptomlarının (poliuri, polidipsi, glukozüri ve ketonüri ile birlikte açıklanamayan kilo kaybı) yanı sıra rastgele plazma glukoz düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde olması

2. Açlık plazma glukozunun 126 mg/dl veya üzerinde olması

3. Oral glukoz tolerans testi esnasında 2. saat kan şekeri değerinin 200 mg/dl veya üzerinde bulunması

4. Standartize metotlarla ölçülen HbA1C değerinin 6,5 veya üzerinde olması (22).

Tablo 4. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri. (22)

	Aşikar DM
Açlık Plazma Glukozu	≥126 mg/dl
OGTT (Oral Glukoz Tolerans Testi) 2.Saat Plazma Glukozu	≥200 mg/dl
Rastgele Plazma Glukozu	≥200 mg/dl + diyabet semptomları
HbA1C	≥6.5 ve ya (48 mmol/mol)

Diyabet, KVH'lar için bağımsız bir risk faktörüdür. Erkek ve kadında riski sırası ile iki ile dört kat artırır. Miyokard infarktüsü hikayesi olmayan diyabetik hastaların koroner mortalite riski, MI'ü geçirmiş diyabetik olmayan hastaların riski ile aynıdır. Tip 2 diyabeti olan bir hasta MI'ü geçirdiğinde bu hastaların sağkalım

prognozu, diyabeti olmayan KKH'larından çok daha kötüdür (23, 24). Diyabetes mellitus'un KVH'nın oluşumuna etkisi şu şekilde sıralanabilir.

1. Diyabetes mellituslularda, hipertansiyon ve hiperlipemi daha sık görülür.
2. Trombosit agregasyonu artar.
3. Hiperinsülüinemi ateroskleroz için ek bir risk faktörüdür.
4. İnsülin etkin bir "growth faktör"dür. Düz kas hücresi proliferasyonu ile lokal lipid depolanmasından sorumlu tutulur (25).

2.2.2. Obezite

Obezite, DSÖ tarafından; "vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlandı. Bütün obez kişilerde koroner risk aynı değilken, obezitenin türü ve derecesi de önemlidir. Bunu göstermek için pratikte Beden Kitle İndeksi (BKİ) , bel çevresi gibi çok çeşitli ölçümler kullanılmaktadır (26, 27).

Beden Kitle İndeksi, kilo (kg) / boyun karesi (m^2) ile hesaplanıp, değerlendirme de 25-29.9 arası fazla kilolu, ≥30 obez olarak tanımlanmaktadır (Tablo 5.) (28). Bel çevresi erkeklerde ≥102cm, kadınlarda ≥88cm ise ya da fazlaysa abdominal obezite olarak tanımlanmaktadır (Tablo 6.) (29).

Tablo 5. Yetişkinlerde Obezitenin BKİ'ne Göre Sınıflandırılması. (28)

Gruplar	Yetişkinler (BKİ, kg/ $m^{2)}$
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla Kilolu	25-29,9
Obez	≥20

Tablo 6. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümleri Karşılaştırılması. (29)

Bel Çevresi	Kadın	Erkek
Normal	<80	<94
Risk	80-87	94-101
Yüksek Risk	≥88	≥102

Prospektif çalışmalar kilolu olma hali ve obezite ile kalp ve damar hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalite arasında ilişki olduğunu gösterdi. Obezitenin yüksek kan basıncı, glukoz intoleransı, tip 2 diyabet ve dislipidemi gibi kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri ile kuvvetli ilişkisi vardır. Koroner kalp hastalığı, iskemik inme, tip 2 diyabet riski artan BKİ ile artmaktadır (30, 31).Her yıl dünyada en az 3,4 milyon kişi aşırı kilo veya şişmanlık sonucunda hayatını kaybetmektedir. Şişmanlık dünya genelinde epidemik hızlara ulaşmış durumdadır (9).

Gelişmiş toplumların %25'i obez, %25'i fazla kilolu, %25'i de normal kilolu ancak genetik olarak obeziteye eğilimli olduğu kabul edilmektedir (9).

2.2.3. Fiziksel Aktivite Yetersizliği

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Düzenli fiziksel aktivite, sadece enerji dengesinin düzenlenmesinde değil, obezite ile gelişen sağlık risklerinin ve bu risklere bağlı ölüm hızlarının azaltılmasında da önemli bir role sahiptir (32).

Fiziksel aktivite; "Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü" tarafından günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır ve haftanın çoğu gününde 30 dakika veya daha fazla orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılması tavsiye edilmektedir (33).

Yetersiz fiziksel aktivite bir haftada 5 kez 30 dakikadan daha az süreli orta dereceli aktivite ya da bir haftada 3 kez 20 dakikalık ağır aktiviteden daha azıanlamında kullanılmaktadır. Yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olan kişiler haftanın çoğu gününde en az 30 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapan kişilere göre yüzde 20-30 daha yüksek mortalite riskine sahiptir (9, 16).

Yaklaşık olarak her yıl 3,2 milyon ölüm ve 2010 yılında 69,3 milyon DALY (tüm DALY'nin yüzde 2.8'i) fiziksel aktivite yetersizliği ile ilişkilidir. 2010 yılında tüm dünyada 18 yaş ve üzeri erişkinlerin yüzde 23'ü (yüzde 20 erkek, yüzde 27 kadın) yetersiz fiziksel aktiviteye sahipti (34).

Erişkinlerde bir haftada 150 dakika orta derecede fiziksel aktivitenin iskemik kalp hastalığı riskini yüzde 30, diyabet riskini yüzde 27 oranında azalttığı kabul

edilmektedir. Birçok çalışmayla fiziksel aktivitenin KKH'larından ölümü ve tüm KVH'lar riskini azalttığı gösterildi (18, 35).

Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre boş zamanlarda yapılan aktivite açısından erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir. Bu oranlar kadınlarda sırasıyla yüzde 13, yüzde 18 ve yüzde 69'dur. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktadır (2).

2.2.4. Sigara

Sigara kullanımı erkeklerde iyi tanımlanmış bir risk faktörüdür ve sigara içen kadınların sayısındaki artış olasılıkla aterosklerozun kadınlarda artan insidans ve şiddetini açıklamaktadır. Uzun bir süre günde bir paket veya daha fazla sigara içilmesi KVH'na bağlı ölüm oranını %200 artırır. Sigaranın bırakılması bu riski büyük ölçüde azaltır (13,36).

Sigarada bulunan nikotin ve karbonmonoksitin ikisi birden KVH gelişimine katkıda bulunur. Nikotinin aterosklerozu lipid metabolizması ve koagülasyon üzerine etkileri yoluyla, hemodinamik etkileriyle ve /veya endotel hasarına yol açarak ilerletebilir. Sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında sigara içenlerde yükselmiş LDL ve VLDL seviyeleri ayrıca düşmüş HDL seviyeleri görülür. Nikotin epinefrin salınımını arttırarak trombosit oluşumunu ve agregasyonunu artırdığı söylenmektedir (36).

Sigara kullanımı, halk sağlığı bakımından ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Bütün dünyada sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretimi ve tüketimindeki artış, hanehalkı ve ulusal sağlık sistemleri üzerine ciddi yükler getirmektedir. Sigara tüketiminin ve sigara dumanına maruz kalmanın ölüme, hastalıklara ve sakatlıklara neden olduğu, yüksek düzeyde bağımlılık yapan tütün ürünlerinin farmakolojik olarak aktif, zehirli ve kanserojen oldukları bilimsel gerçektir (37).

Son 50 yıldır yapılan çalışmaların sonucuna göre, günde 20 ve daha fazla sigara içen insanlarda içmeyenlere göre koroner arter hastalığının 2-3 kat arttığı gösterildi. Sigara kullanımı aynı zamanda ani ölüm, aortik anevrizma oluşumu, periferik damar hastalığı, iskemik ve hemorajik inme riskini artırmaktadır. Sigara kullanan hastalarda KDH komplikasyonları daha genç yaşlarda görülür. Sigaranın bıraktırılması kişileri

korumada en önemli girişim ve hedef olmalıdır. Sigarayı bırakan bireylerde, bırakmayanlara göre kalp ve damar hastalığına bağlı mortalite
%36 oranında azalır (38).

Dünya çapında her yıl yaklaşık altı milyon ölüm aktif veya pasif sigara içimine bağlı olmaktadır (39). Sigaraya bağlı ölüm sayının 2030' da sekiz milyona yükselmesi beklenmektedir (39). Sigaranın yaklaşık %10 oranında kardiyovasküler hastalığa ve diğer önemli hastalıklara (akciğer kanseri %71) yol açtığı tahmin edilmektedir (37).

Küresel Hastalık yükü Çalışması 2010'a göre pasif içicilik dahil tütün kullanımı dünya çapında hastalık yüküne katkıda bulunan ikinci en önemli risk faktörüdür (40). Sigara içiminin artan KVH insidansı üzerine etkisi geniş ölçüde gösterilmiştir ve risk artışının hergün içilen sigara miktarına bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Kardiyovasküler hastalık risk durumu ağır sigara içicilerinde (günde 40'tan fazla) hafif sigara içicilerine göre (günde 10 dan az) iki kat fazladır (41).

2.2.5. Dislipidemi

Dislipidemi, KVH için belirgin bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (42). Lipid düzeyindeki anormalikler; yüksek LDL düzeyi, yüksek trigliserid düzeyi, azalmış HDL düzeyi gibi, KVH ile bağlantılıdır (43).

Dolaşımda bulunan lipoprotein fraksiyonları 5 grupta incelenmektedir. Bunlar; HDL, LDL, orta dansiteli lipoprotein (IDL) , çok düşük dansiteli lipoprotein (VLDL) ve şilomikronlardır. Bunlardan LDL en çok kolesterol, VLDL- şilomikronlar, TG taşırlar. Dislipidemi; "plazma lipidlerinden herhangi birinin anormal düzeyde olması" olarak tanımlanır ve en çok görülen anormallikler TK, LDL, TG yüksekliği ve HDL düşüklüğüdür (13). NCEP- ATPIII klavuzuna göre lipid düzeyleri sınıflandırılması Tablo 7. de sunuldu (20).

Tablo 7. NCEP ATPIII kılavuzuna göre serum lipid düzeylerinin sınıflandırılması. (20)

Serum Lipid Konsantrasyonu (mg/dl)	Sınıflandırma
TK	
<200	Normal
200-239	Sınırda yüksek
≥240	Yüksek
TG	
<150	Normal
150-199	Sınırda yüksek
200-499	Yüksek
≥500	Çok yüksek
LDL-K	
<100	Normal
100-129	Normale yakın/ hafif yüksek
130-159	Sınırda yüksek
160-189	Yüksek
≥190	Çok yüksek
HDL-K	
<40	Düşük
≥60	Yüksek

Epidemiyolojik çalışmalarda KVH riskinin belirlenmesinde plazma lipidlerinin etkisini hesaba katmanın önemi vurgulanırken, kişinin kendi risk faktörlerini bilmesi koruyucu hekimlik açısından da önemlidir. NCEP ATPIII raporuna göre; 20 yaş üzerindeki erişkinlerde TK, HDL, LDL ve TG düzeylerinin her 5 yılda bir kontrol edilmesini önermektedir (20).

Serum kolesterolünün artmış risk ile ilişkili olan ana elemanı LDL olup, LDL kolesterolünün kolesterolü periferik dokulara iletmek gibi temel bir fizyolojik rolü vardır. Buna karşılık, HDL kolesterolü mevcut ve gelişmekte olan ateromlardan uzaklaştırır ve safra ile atılmak üzere karaciğere taşır. Dolayısıyla yüksek HDL düzeyleri azalmış risk ile ilişkilidir (13).

Kolesterol ve doymuş yağ asitlerinden zengin beslenme plazma kolesterol düzeylerini yükseltir. Tersine düşük kolesterol ve/veya yüksek oranda çoklu doymamış yağlar içeren diyetler plazma kolesterolünü düşürür (43).

Tüm dünyada yılda 2,6 milyon ölümün (yüzde 4.5) ve 29,7 milyon DALY veya total DALY'nin yüzde 2'sinin yüksek kolesterole bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Yüksek serum kolesterolünü düşürmek kalp hastalığı riskini azaltır. 40 yaşındaki bir erkekte kan kolesterolündeki yüzde 10'luk azalmanın 5 yıl içinde kalp hastalığı riskini yüzde 50 azalttığı tespit edildi (9, 16).

2.2.6. Uygunsuz Beslenme

Sağlıklı bir diyet makro bileşenler ve mikro bileşenler açısından günlük enerjiyi karşılamak için gereken her şeye sahip olmalıdır. Sağlıksız diyette gerekenden daha az meyve, sebze, tahıl, baklagil, kabuklu yemişler olur ve gerekli tuzlar ve yağlar alınamaz. Sağlıklı diyet, diyabet, hipertansiyon, yüksek kolestrol düzeyi, obezite gibi; çoğununda yağlı, tuzlu ve şekerli beslenme ile ilişkili olan bir çok kronik hastalık riskinin azaltılmasında yakından ilişkili olduğu kanıtlandı (28).

Yağdan az ve bol meyve sebze içeren diyet ile, gelişmiş ülkelerde yaşayan birinin tipik diyetini karşılaştırdığımızda, yağdan az ve bol meyve sebze içeren diyetin KVH'ların oluşumunu %73 azalttığı gösterildi (16). Trans yağların kullanılmasının ortadan kaldırılması ve doymuş yağ yerine çoklu doymamış bitkisel yağların kullanımı koroner kalp hastalığı riskini azaltır (16).

Doymuş yağ, trans yağ, kolesterol ve tuzun diyetle fazla alımı ve sebze, meyve, balığın diyetle az tüketimi kalp ve damar hastalıkları riskini artırmaktadır (38, 44). Dünya'da yaklaşık 16 milyon (yüzde 1) DALY ve 1,7 milyon (yüzde 2.8) ölüm düşük meyve ve sebze tüketimiyle ilişkilidir (45). Diyetle alınan tuz miktarı kan basıncı seviyesinin ve tüm kalp ve damar hastalıkları riskinin önemli bir belirleyicisidir. Yeterli sebze ve meyve tüketimi kalp ve damar hastalıkları riskini azaltır. Yüksek enerjili yiyeceklerin, yağ ve şekerden zengin hazır gıdaların sık tüketimi obeziteye yol açar (1, 44, 45).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

2.2.7. Yaş

Yaş, KVH için güçlü bir risk faktörüdür. Aterosklerotik plağın birikimi tipik olarak ilerleyici bir süreç olmakla birlikte genellikle lezyonlar kritik bir eşiğe ulaşana kadar klinik bulgu vermez ve organ zedelenmesini hızlandırmaya orta yaş veya daha ileri dönemde başlarlar. Bu yüzden altta yatan arter lezyonları olasılıkla daha önceden başlamış olmasına rağmen, erkeklerde 40 ve 60 yaş arasında miyokard infarktüsünün insidansı, beş kat artar. KVH'a bağlı ölüm oranları her dekadla birlikte artar (13).

Aterosklerozun erken lezyonlarının (yağlı çizgilenme) çocukluk çağında ortaya çıkmasına rağmen, KVH sıklığı yaş ile birlikte her dekatta artmaktadır (46). European Society of Cardiology (ESC) 2003 HT klavuzunda erkeklerde 55 yaş, kadınlarda 65 yaş üstü risk faktörü alınırken, çoğu çalışmada erkekte 45, kadında 55 yaş üstü önemli değiştirilemeyen risk faktörü olarak bildirilmiştir (20).

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus oranı artmaktadır. TÜİK verilerine göre, Türkiye'de 65 yaş üstü nüfus oranının 2016 yılında yüzde 8.3, 2020 yılında da yüzde 9.6 olacağı tahmin edilmektedir (6).

2.2.8. Cinsiyet

Erkekler KVH'a yakalanma riski açısından kadınlardan (premenapozal) daha fazla risk altındadır (47). Kadınlarda KVH'ları hakkında birçok yanlış kanı vardır. Kadınlarda erkekler kadar KVH'lardan etkilenmektedir. Kadınlarda erkeklere göre hastalık 7-10 yıl daha geç gelişmektedir. Her yıl 3,3 milyon kadın kalp krizi ve 3,2 milyon kadın da inmeye bağlı ölmektedir (9). Menapoz sonrası kadınlardaki risk faktörü erkeklerdekiyle eşittir (47).

2.2.9. Aile Öyküsü

Aile öyküsü KVH'ın bağımsız bir belirtecidir. Pozitif aile öyküsü hastalığa neden olan ölçülen ya da ölçülemeyen risk faktörlerinin kombinasyonu ile aileyi tanımlayarak altta yatan genetik ve çevresel etkileşimleri de kapsar (48).

Bazı ailelerde ortak çevre etkenlerine bağlanamayacak şekilde, belirgin olarak iskemik kalp hastalığı sıktır. Bu ailelerde, genellikle poligenik kalıtımla geçtiği kabul edilen, diyabet, gut, hipertansiyon gibi hastalıklar ve hiperlipidemi de sıktır.

Ateroskleroza ve iskemik kalp hastalığına genetik yatkınlık birçok güçlü kanıtlarla gösterildi. İkizlerde aterom plaklarının yeri de aynı olmaktadır ki bu, kalıtımla geçen aterojenik etken veya etkenlerin sadece biyokimyasal tabiatta olmadığını, arter duvarının yapısı ile ilgili kusurların da söz konusu olabileceğini göstermektedir (48).

Olgu kontrol ve kohort tipinde 35'in üzerinde çalışmada, KKH ile ailede birinci derece yakınların erken başlangıçlı KKH hikayesi arasında ilişki saptandı. Koroner hastalık için en güçlü aile hikayesi birinci derece bir yakında erken yaşta KKH öyküsü olmasıdır. Erken yaşta KKH saptanmış bireylerin birinci derece akrabaları risk faktörleri açısından taranmalıdır (49).

2.3. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDAN KORUNMA STRATEJİLERİ

Kardiyovasküler Hastalıklarda da BOH'lara karşı oluşturulan küresel gönüllü hedefler perspektifinde risk algısında bulunulmalı ve koruyucu hizmetler planlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün BOH'lar için belirlemiş olduğu Gönüllü Küresel Hedefleri şöyledir (9) :

1- Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet veya kronik kalp hastalığından kaynaklanan erken ölümlerde %25 azalma

2- Ulusal bağlama bağlı olarak, zararlı düzeyde alkol kullanımında en az %10 azalma

3- Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 azalma

4- Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 azalma

5- 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 azalma

6- Ulusal bağlama bağlı olarak, yüksek kan basıncı prevalansında %25 azalma veya yüksek kan basıncı prevalansının kontrol altına alınması

7- Diyabet ve Obezite artışının durdurulması

8- Kalp krizlerini ve felçleri önlemek için (glisemik kontrol dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilecek insanların en az %50'sinin tedavi alabilmesi

9- Önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli makul fiyatlı temel teknolojilerin ve jenerikler dahil temel ilaçların kamu kurumlarında ve özel kurumlarda sunulabilirliğinin %80 oranına çıkarılması

Anlaşılacağı üzere hedeflerin çoğu KVH'ları kontrol altına almayı hedeflemektedir. Kardiyovasküler hastalıklarla mücadelede büyük önem taşıyan toplam kardiyovasküler riskin belirlenmesi ve KVH'lara yönelik risklere bütünüyle müdahale edilmesi yaklaşımı önem taşımaktadır. Toplam kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi ve azaltılması kalp sağlığının korumanın temel unsurudur. Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile KKH, inme ve Tip 2 diyabetin %80 oranında önlenebileceği gösterildi.

Risk altındaki bireyler tanımlanabilirse, bu kişilerin ve toplumun KVH riski azaltılabilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada yaklaşım tarzı, tek bir risk faktörüne değil, genel riskin düşürülmesine yönelik, çoğul risk faktörleri gözetilerek multidisipliner olmalıdır. Hastaların toplam risk düzeyinin belirlenmesi ve değiştirilebilir risk faktörlerine bütünüyle müdahale edilmesi gerekmektedir (16, 20).

Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi için bilinen risk faktörlerinin ortadan kaldırılması gereklidir. Risk faktörleri ile savaşta başarılı olan batı ülkelerinde KVH'ra bağlı ölümler azalmaktadır (50).

Kalıtsal özelliklere yönelik fazla bir şey yapılamasa da çevresel risk faktörlerini ortadan kaldırmak mümkündür. Yaşam tarzı düzenlenmesi ile risk faktörlerinin gelişimini önlemenin mümkün olduğu yapılan çalışmalarda gösterildi (1). Araştırmalar KVH'ların temelinde sağlıksız yaşam tarzının ve sosyal çevrenin ilişkili olduğunu gösterdi. Hastalık grubu için 200'e yakın risk faktörlerinden söz edilse de kontrol altına alınabilecek faktörler sağlıksız beslenme alışkanlığı, sigara içme ve fiziksel inaktivitedir.

Avrupa Kardiyovaskuler Korunma Kılavuzunda 2012'de sağlıklı kalmak için sağlanması gereken belli başlı kriterler sigara içmemek, sağlıklı yiyecek tüketmek, fiziksel aktivitede bulunmak, obeziteden kaçınmak, dislipideminin ve kan şekerinin kontrolunu iyi sağlamak olarak sayılmaktadır (51).

1. Sigaranın bırakılması
2. Dengeli ve yeterli beslenme
3. Düzenli fiziksel aktivite yapılması
4. Kan basıncı kontrolünün sağlanması
5. Dislipideminin önlenmesi
6. Diyabet ve kan şekeri kontrolünün sağlanması

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Çalışmanın tasarım tipi kesitsel-tanımlayıcıdır.

3.2.ARAŞTIRMA EVRENİ

Çalışmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliğive Obezite Poliklinikleri'neveri toplama sürecinde başvuran 18 yaşından büyük bireyler oluşturmaktadır. Veri toplama işlemi 01.01.18-31.01.18 tarihleri arasında polikliniklere başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan tüm bireyler çalışmaya katılmak üzere davet edildi.

3.3.ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE SEÇİMİ

Örneklem sayısının belirlenmesinde, Raosoft programından yararlanıldi. Evren 450, güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak örneklem büyüklüğü 208 olarak hesaplandı. Çalışma grubu rastgele örneklemle seçilen 212 gönüllü birey tarafından oluştu.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- 18 yaşından büyük olmak
- Aile Hekimliği ve Obezite Poliklinikleri'ne başvurmak
- Gönüllü onam vermiş olmak

3.5. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

1- 18 yaşından küçük olmak

2-Aile Hekimliği ve Obezite Poliklinikleri'ne başvurmamış olmak

3-Gönüllü onam vermemek

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmada veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan ve mevcut literatürler baz alınarak hazırlanmış anket formu ve Kardiyovasküler

Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ölçeği kullanıldı. (EK-1).

Araştırma amacını belirten bir açıklama ve bilgilendirmenin yer aldığı gönüllü onam formu tüm katılımcılara verilerek onayları alındı. Ardından anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurudu. Anketin toplam uygulanma süresi katılımcı başına ortalama 30 dakika sürdü. Verilerin toplanması sırasında araştırmacı, katılımcı tarafından sorulan soruları yanıtlamış ve açıklamalarda bulunuldu. Hiçbir şekilde yönlendirme yapılmadı.

Anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri (Cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu) , kronik hastalık durumu, sürekli kullandıkları ilaçların olup olmadığı, ailede kalp hastalığı öyküsünün olup olmadığı,sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sigara - alkol kullanma durumu, egzersiz ve beslenme alışkanlıkları) sorgulandı.

Antropometrik Ölçümler: Araştırmaya katılan bireylerin boy- kilo ve bel çevresi ölçümleri birinci araştırmacı tarafından yapıldı. Ölçümler için, tartı (1 adet) ve esnemeyen mezura (1 adet) kullanıldı. Her ölçüm öncesi tartının kalibrasyonu yapılmıştır. Kilo ölçümü için, günlük giysileri ve ayakkabılı olarak ölçüm yapıldı ve kilogram (kg) olarak kayıt edildı. Bel çevresi ölçümü alt kaburga kemiği ile krista illiak arası bulunup orta noktasından geçen çevre esnek olmayan mezura ile ölçüldü ve santimetre (cm) olarak kaydedildi.

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği: KARRİF-BD Ölçeği "Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ) " anketinden 16, "40-Item Coronary Heart Disease Knowledge Test" anketinden dort maddenin orijinal şeklinden Türkçe'ye çevirilerek alındı ve araştırıcılar tarafından kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili risk faktörleri konusunda bilinmesi gerektiği düşünülen sekiz madde (5, 8, 9, 10, 17, 18, 22, 26. maddeler) daha eklenerek oluşturulan 28 maddelik bir ölçektir (79). Araştırmada kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için Arıkan ve ark. (79) (2009) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği kullanıldı. 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 yanıta 1 puan verilmektedir. Yirmi iki soru düz, altı soru (11,12,16,17,24,26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin, ilk 4 maddesi kardiyovasküler hastalıkların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile sonraki 15 madde risk faktörleri, kalan 9 madde ise riskli davranışlarda değişimin sonucunu sorgulamaktaydı. 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. (79) tarafından 0.76, Badır ve ark. (80) tarafından 0.77, bu araştırmada ise 0.74 olarak bulundu. Ölçek kullanım izni sayın Arıkan'dan e-posta yolu ile alındı.

3.7.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizi SPSS 20.0 versiyonda gerçekleştirilmiş ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildı. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile, tanımlayıcı bulgular, sürekli değişkenler ise ortalama ile sunuldu. Bağımlı değişken olan kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Fisher kesin testi kullanıldı.

3.8.ETİK ONAY

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurum yönetiminin yazılı izni; S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 10 Ocak 2018 tarih 1 numaralı toplantı ve 38 numaralı kararı ile alındı (EK-2). Çalışma grubunu oluşturan kişilerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formuna göre çalışmaya katılmayı kabul etmeleri istendi.

4. BULGULAR

Toplamda 212 anket yapıldı. Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular Tablo 8'de sunuldu. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde çoğunluğun %41oranında 45-64 yaş aralığında, sonrasında %39,4 oranında 25-44 yaş aralığındaydı. Katılımcıların %71,4 oranındaki çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Medeni durum değerlendirildiğinde çoğunluğunun (%72,2) evliydi. Katımcıların çoğunluğu çocuk sahibi değildi (%26,9) ; takiben %23,6'sı iki çocuk, %20,3'ü bir çocuk, %19,8'i üç çocuk sahibiydi. Katılımcıların %44,8'i yükseköğretim, ikinci sıklıkta %31,1'i ilköğretim, üçüncü olarak %21,2 sıklıkla lise mezunuydu. Beklendiği üzere mesai saatleri içinde anket yapıldığından çoğunluğunu ev hanımları (%24,5) oluşturdu. Ev hanımlarından sonra sıklık sırasına göre serbest meslek (%23,6) , memur (%15,6) , işçi (%13,2) olarak değerlendirildi. Gelir durumuna göre ise katılımcıların çoğunluğunun (%47.2) gelir düzeyi 1400 TL'nin altındaydı ve %40.1'inin gelir düzeyi 1400-4999 TL aralığındaydı. Azınlıktaki bir kitlenin gelir düzeyi %12,7 oranında 5000 TL'nin üzerindeydi.

Tablo 8. KatılımcılarınSosyodemografik Verileri.

		Sayı (n=212)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	152	71,7
	Erkek	60	28,3
Yaş	18-24 yaş	22	10,4
	25-44 yaş	83	39,2
	45-64 yaş	87	41,0
	65-74 yaş	17	8,0
	75 ve üzeri yaş	3	1,4
Meslek	Ev hanımı	52	24,5
	İşçi	28	13,2
	Emekli	10	4,7
	Serbest meslek	50	23,6
	Sağlık çalışanı	14	6,6
	Memur	33	15,6
	Öğrenci	11	5,2
	Çalışmıyor	14	6,6
Medeni durum	Evli	153	72,2
	Bekar	59	27,8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6	2,8
	İlköğretim	66	31,1
	Lise	45	21,2
	Yükseköğretim	95	44,8
Gelir durumu	<1400 TL	100	47,2
	1400-4999	85	40,1
	>5000 TL	27	13,2

Çalışmamızda BKİ'ne göre <18,5 kg/m²zayıf, 18,5-24,9 kg/m² normal, 25-29,9 kg/m² fazla kilolu , >30,0 kg/m² obez olarak değerlendirildi (29). Bel çevresi ölçümlerine göre ise kadınlarda <80 cm normal, 80-87 cm riskli, ≥88 cm yüksek riskli;

erkeklerde <94 cm normal, 94-101 cm riskli, ≥102 cm yüksek riskli olarak değerlendirildi (29).

BKİ'ne göre katılımcıların çoğunluğu %43,9 oranında obez olarak sınıflandırıldı. %29,7'si fazla kilolu, %23,6'sı fazla kilolu olarak sınıflandırıldı. Zayıf olarak gruplandırdıklarımız ise %2,8 oranında azınlıktaydı. Bel çevresi ölçümlerine göre ise kadın katılımcılarımızın %67,5'i, erkek katılımcılarımızın ise %43,3'ü yüksek risk sınıfında yer aldı (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların BKİ ve Bel Çevresi Ölçümlerine Göre Dağılımı.

			Sayı (n=212)	**Yüzde (%)**
BKİ		<18,5 kg/m²	6	2,8
		18,5-24,9 kg/m²	50	23,6
		25-29,9 kg/m²	63	29,7
		>30.0 kg/m²	93	43,9
Bel Çevresi	**Kadın**	<80 cm	24	15,9
		80-87 cm	25	16,6
		≥88	102	67,5
	Erkek	<94 cm	13	21,7
		94-101 cm	21	35,0
		≥102 cm	26	43,3

Yaptığımız anket çalışmasında katımlımcıların yaşam tarzı alışkanlıkları sorgulandı (Tablo 10). Katılımcıların %54,7'si kronik bir hastalığı vardı ve %53,3'ü düzenli olarak ilaç kullanıyordu. Çalışmaya katılanlardan %48,6'sının birinci derece akrabalarında (erkek 55 yaş öncesi, kadın 65 yaş öncesinde) kalp damar hastalığı, kalpkrizi, ani ölüm öyküsü vardı.

Sigara alışkanlıkları sorgulandığında %57,5 içmediğini belirtti. Alkol alışkanlıkları sorgulandığında ise çoğunluğu (%29,4) ara sıra tükettiğini belirtti. Egzersiz alışkanlıkları sorgulandığında çoğunluğu (%58) ara sıra egzersiz yaptığını ifade etti. Beslenme alışkanları açısından yemeklere ilave tuz atanlar çalışmaya

katılanların yalnızca %29,7'sini oluşturuyordu. Meyve-sebze tüketmeyenler ise %8,5 oranıyla azınlıktaydı.

Tablo 10. Katılımcıların Özgeçmişlerine ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.

		Sayı (n=212)	**Yüzde (%)**
Kronik HastalıkDurumu	Var	116	54,7
	Yok	96	45,3
Düzenli İlaç KullanımDurumu	Var	113	53,3
	Yok	99	46,7
Ailede KVH Öyküsü	Var	103	48,6
	Yok	109	51,4
Sigara Alışkanlıkları	İçiyor	90	42,5
	İçmiyor	122	57,5
Alkol Alışkanlıkları	Kullanıyor	25	11,8
	Ara sıra kullanıyor	62	29,4
	Kullanmıyor	124	58,0
Egzersiz Alışkanlıkları	Sürekli yapıyor	25	11,8
	Ara sıra yapıyor	123	58
	Hiç yapmıyor	64	30,2
Beslenme Alışkanlıkları	Az tuzlu yiyor	149	70,3
	İlave tuz atıyor	63	29,7
Günlük Meyve Sebze Tüketim Alışlanlıkları	Hergün tüketiyor	97	45,8
	Bazen	97	45,8
	Tüketmiyor	18	8,5

İstatistiksel analizlerimizde sosyodemografik özelliklerin birbiriyle ilişkilerini de değerlendirdik. Eğitim durumu ve gelir düzeyinin arasındaki ilişkiyi incelediğimizde 5000 TL'nin üzerinde gelir sahibi olanların %92,6'sının yüksek

öğretim mezunu olduğu görüldü (Tablo 11). Eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi (p<0,05).

Tablo 11. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Gelir Düzeyi İlişkisine Göre Değerlendirilmesi.

			Gelir düzeyi			Toplam	**p**
			< 1400 TL	1400-4999 TL	>5000 TL		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	n	6	0	0	6	0,00
		%	6,0	0,0	0,0	2,8	
	İlköğretim	n	57	9	0	66	
		%	57,0	10,6	0,0	31,1	
	Lise	n	24	19	2	45	
		%	24,0	22,4	7,4	21,2	
	Yükseköğretim	n	13	57	25	95	
		%	13,0	67,1	92,6	44,8	
Toplam		n	100	85	27	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Çalışmamızda katılımcıların BKİ'nin göre cinsiyete göre dağılımlarını inceledik (Tablo 12).Obez olarak sınıflandırdığımız BKİ >30 olanların çoğunluğu %81,7 kadındı. BKİ ve cinsiyet arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Tablo 12. Katılımcıların Cinsiyet ve BKİ İlişkisine Göre Değerlendirilmesi.

			BKİ			Toplam	**p**
			18,5-24,9	25-29.9	>30		
Cinsiyet	Kadın	n	37	39	76	152	0,01
		%	66,1	61,9	81,7	71,7	
	Erkek	n	19	24	17	60	
		%	33,9	38,1	18,3	28,3	
	Toplam	n	56	63	93	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Çalışmamızda katılımcıların BKİ'ne göre yaş dağılımlarını da inceledik (Tablo 13).Yaş ile beden kitle indeksi arasında ilişki bulunamadı (p>0,05).Obez olarak sınıflandırdığımız BKİ >30 olanların çoğunluğu %48,4 oranında 45-64 yaş aralığındaydı. Fazla kilolu olarak sınıflandığımız BKİ >25-29,9 olanlarınsa çoğunluğu

%44,4 oranında 25-44 yaş aralığındaydı. Normal kilolu olarak sınıflandırdığımız, BKİ 18,5-24,9 aralığında olanlar %44 oranında çoğunlukla yine 25-44 yaş aralığındaydı. Zayıf olarak tanımladıklarımız (BKİ<18,5 olanlar) olanların çoğunluğunu ise %50 oranında 18-24 yaş aralığı yani genç bir kitle oluşturmaktaydı.

Tablo 13. Katılımcıların Yaş ve BKİ İlişkisine Göre Değerlendirilmesi.

			BKİ				Toplam	**p**
			<18,5	18,5-24,9	25-29.9	>30		
Yaş	18-24	n	3	5	4	10	22	0,14
		%	50,0	10,0	6,3	10,8	10,4	
	25-44	n	1	22	28	32	83	
		%	16,7	44,0	44,4	34,4	39,2	
	45-64	n	2	17	23	45	87	
		%	33,3	34,0	36,5	48,4	41,0	
	65-74	n	0	6	7	4	17	
		%	0	12,0	41,2	4,3	8,0	
	>75	n	0	0	1	2	3	
		%	0	0	1,6	2,2	1,4	
Toplam		n	6	50	63	93	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetlerine göre bel çevreleri ile yaşları arasındaki ilişki inceledik. Kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,05) (Tablo 14). Erkeklerde ise bel çevresi ve yaş arasında bir ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 15). Kadınlarda >87 cm, Erkeklerde >101 yüksek risk sınıfı olarak değerlendirildi (29). Ve kadın katılımcılarımızda yüksek risk sınıfında çoğunluğu %51,0 oranında 45-64 yaş aralığındakiler oluşturmaktaydı. Erkek katılımcılarımızda da yine benzer şekilde, yüksek risk sınıfındakilerin çoğunluğunu %38,5 oranında 45-64 yaş aralığındakiler oluşturmaktaydı.

Tablo 14. Kadın Katılımcıların Bel Çevresi ve Yaş Arasındaki İlişki.

Kadın			**Bel Çevresi**			Toplam	**p**
			<80 cm	80-87 cm	>87 cm		
Yaş	18-24	n	4	2	11	17	0,03
		%	16,7	8,0	10,8	11,3	
	25-44	n	11	14	34	59	
		%	45,8	56,0	33,3	39,1	
	45-64	n	8	5	52	65	
		%	33,3	20,0	51,0	43,0	
	65-74	n	2	4	5	10	
		%	4,2	16,0	4,9	6,6	
Toplam		n	100	85	27	152	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tablo 15. Erkek Katılımcıların Bel Çevresi ve Yaş Arasındaki İlişki.

Erkek			**Bel Çevresi**			Toplam	**p**
			<94 cm	94-101 cm	>101 cm		
Yaş	18-24	n	2	0	3	5	0,29
		%	15,4	0,0	11,5	8,3	
	25-44	n	3	12	9	24	
		%	23,1	57,1	34,6	40,0	
	45-64	n	6	5	10	21	
		%	46,2	23,8	38,5	35,0	
	65-74	n	2	4	4	10	
		%	15,4	19,0	15,4	16,7	
Toplam		n	13	21	26	60	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Çalışmamızda katılımcıların yaşlarının artıkça kronik hastalık görülme sıklığı arttığını saptadık (Tablo 16). Kronik Hastalığı olanların çoğunluğu %53,4'ü oranda 45-64 yaş aralığındaydı. Kronik hastalığı olmayanlarında çoğunluğu %52,1 oranda 25-44 yaş aralığındaydı. İstatistiksel değerlendirmemiz sonucunda yaş ve kronik hastalık arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

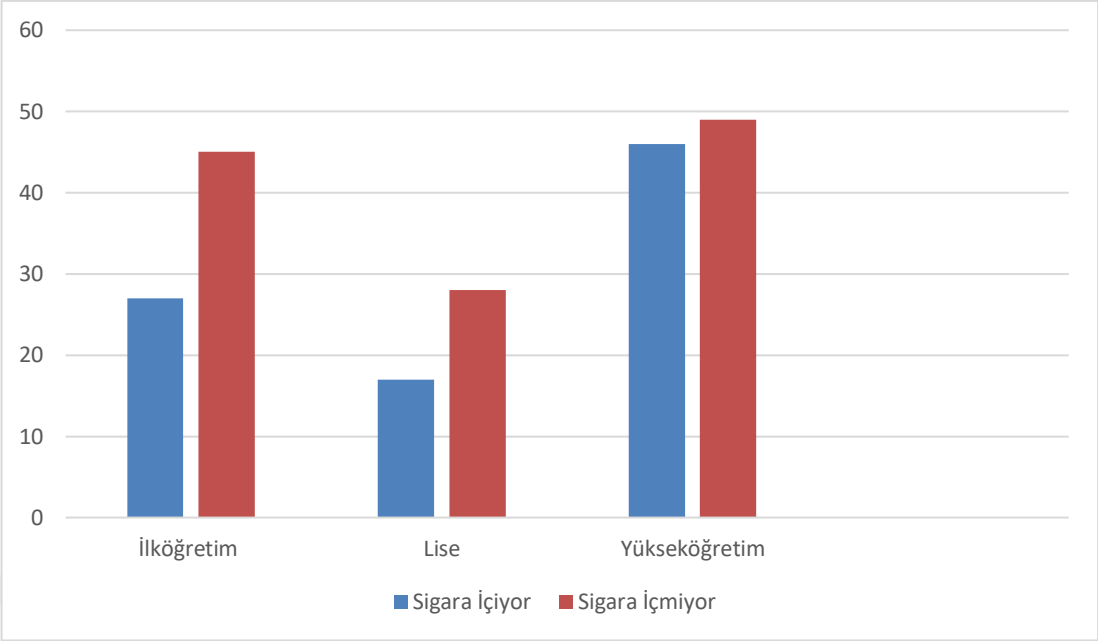
Tablo 16. KatılımcılarınYaş ve Kronik Hastalık İlişkisinin Değerlendirilmesi.

			Kronik Hastalık			**p**
			Var	Yok	Toplam	
Yaş	18-24	n	5	17	22	0,00
		%	4,3	17,7	10,4	
	25-44	n	33	50	83	
		%	28,4	52,1	39,2	
	45-64	n	62	25	87	
		%	53,4	26,0	41,0	
	65-74	n	16	4	20	
		%	13,8	4,2	9,4	
Toplam		n	116	96	212	
		%	100,0	100,0	100,0	

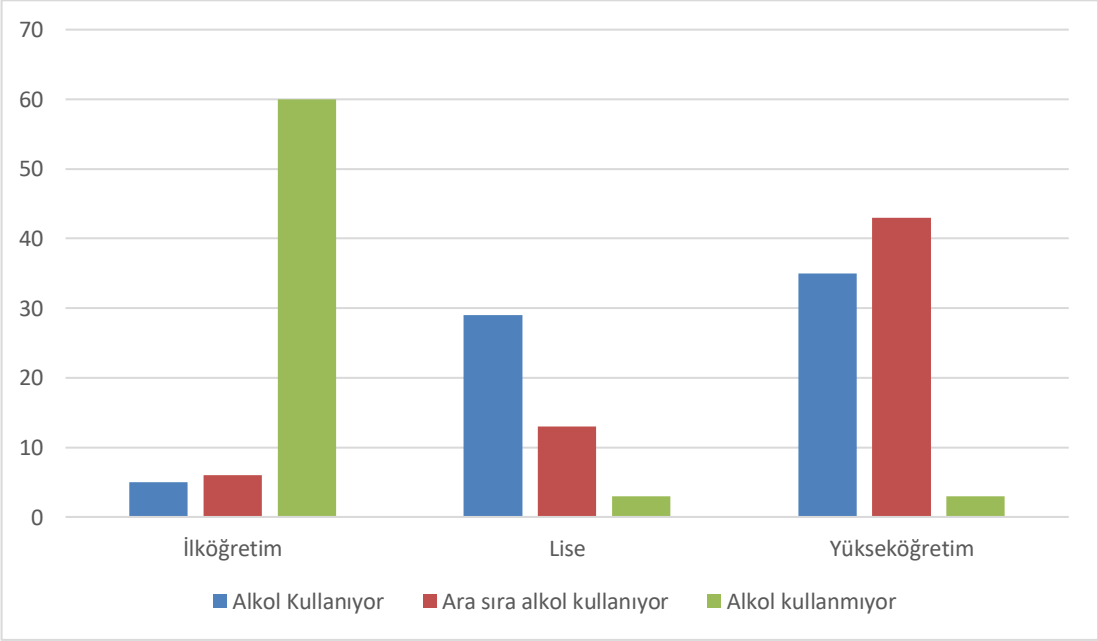
Tablo 17'de katılımcıların eğitim seviyesi ile sigara kullanımı, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve meyve-sebze alışkanlarının ilişkisi değerlendirildi. Eğitim seviyesi ile sigara kullanma alışkanlıkları arasında bir ilişki saptanamadı ($p>0,05$) (Şekil 4). Alkol kullanma alışkanlıkları ile eğitim seviyesi arasında ise istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Eğitim düzeyi ile beslenme alışkanıkları arasında bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$). Meyve-sebze tüketme alışkanlıyla eğitim düzeyi arasında da istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 17. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.

			Eğitim Durumu				**p**
			İlk öğretim	Lise	Yüksek öğretim	Toplam	
Sigara Alışkanlıkları	İçiyor	n	27	17	46	90	0,28
		%	37,5	37,8	48,4	42,5	
	İçmiyor	n	45	28	49	122	
		%	62,5	62,2	51,6	57,5	
AlkolAlışkanlıkları	Kullanıyor	n	5	3	17	25	0,00
		%	7,0	6,7	17,9	11,8	
	Ara sıra	n	6	13	43	62	
		%	8,5	28,9	45,3	29,4	
	Kullanmıyor	n	60	29	35	124	
		%	84,5	64,4	36,8	58,8	
Beslenme Alışkanlıkları	Az tuzlu yiyor	n	55	34	60	149	0,12
		%	76,4	75,6	63,2	70,3	
	İlave tuz atıyor	n	17	11	35	63	
		%	23,6	24,4	36,8	29,7	
Meyve Sebze Tüketim Alışkanlıkları	Hergün	n	34	27	36	97	0,02
		%	47,2	60,0	37,9	45,8	
	Bazen	n	33	18	46	97	
		%	45,8	40,0	48,4	45,8	
	Tüketmiyor	n	5	0	13	18	
		%	6,0	0	13,7	8,5	
Toplam		n	72	45	95	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	



Şekil 4. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Sigara Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi



Şekil 5. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Alkol Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerimiz sonucunda katılımcıların KARRİF-BD ölçeğinden aldıkları puan ortalamasını 19,29 olarak bulduk (Tablo 18). Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyini ölçmeyi amaçladığımız 28 oluşan sorudan oluşan bu çalışmada, katılımcıların aldığı minumum puan 0 maksimum puan 28 olarak değerlendirildi. KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanları cinsiyete göre değerlendirdiğimizde; kadınların puan ortalamasını 19,82 erkeklerin puan ortalamasını ise 17,93 olarak bulduk. Meslek gruplarına göre de KARRİF- BD puan ortalamalarını değerlendirdik. Aile öyküsüne göre KARRİF-BD puan ortalamasını sorguladığımızda ise aile öyküsü pozitif olanların puan ortalaması 20,34; olmayanların 18,29 olarak değerlendirdik.

Tablo 18. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalaması.

		KARRİF-BD Ölçeği Puan Ortalaması
Cinsiyet	Kadın	19,82
	Erkek	17,93
Yaş	18-24 yaş	19,27
	25-44 yaş	19,18
	45-64 yaş	19,83
	65-74 yaş	17,40
Meslek	Ev hanımı	18,9
	İşçi	15,93
	Emekli	22,0
	Serbest meslek	18,9
	Sağlık çalışanı	22,86
	Memur	21,33
	Öğrenci	20,45
	Çalışmıyor	17,43
Ailede KVH Öyküsü	Var	20,34
	Yok	18,29
Toplam		**19,29**

Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını belirlemeyi amaçladığımız bu çalışmada KARRİF-BD Ölçeğinden alınan puanlar; 20-28 arası bilgili, 10-19 arası düzeyde bilgiye sahip, 0-9 arası yetersiz bilgi seviyesi olarak değerlendirildi.

KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanlar öncelikle cinsiyet ve yaş gruplarına göre değerlendirildi (Tablo 19). Yeterli bilgi seviyesine (20-28 puan) sahip olanların çoğunluğu %59,2 oranında kadındı. Ancak cinsiyet ve KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Yine yaş grupları ile KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanlar arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). KARRİF-BD ölçeğine göre yeterli bilgi seviyesine (20-28 puan) sahip olanların çoğunluğu %57,5 oranında 45-64 yaş aralığındaydı.

Tablo 19. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı.

			KARRİF-BD Puanları			Toplam	**p**
			0-9	10-19	20-28		
Cinsiyet	Kadın	n	9	53	90	152	0,59
		%	64,3	64,6	77,6	71,7	
	Erkek	n	5	29	26	60	
		%	35,7	35,4	22,4	28,3	
Yaş	18-24	n	1	9	12	22	0,21
		%	7,1	11,0	10,3	10,4	
	25-44	n	6	34	43	83	
		%	42,9	41,5	37,1	39,2	
	45-64	n	3	34	50	87	
		%	21,4	41,5	43,1	41,0	
	65-74	n	4	5	11	20	
		%	28,6	6,1	9,5	9,4	
Toplam		n	14	82	116	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tablo 20'de KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanlar antropometrik ölçümlere göre dağılımı incelendi. Yeterli bilgi düzeyine sahip olanların çoğunluğunun %45,7 oranında BKİ'ne göre obez olarak sınıflandırılan kitleden olması dikkat çekiciydi. Buna rağmen BKİ ile KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$). Kadınlarda bel çevresi ile KARRİF-BD puanları arasında bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$) , erkeklerde bel çevresi ile KARRİF-BD

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,05).KARRİF-BD puan 20-28 aralığındaki grubun; kadınlarda yüksek risk sınıfı olarak değerlendirdiğimiz bel çevresi>87 cm olanlar %65,6'sını, erkeklerde yüksek risk sınıfı olarak değerlendirdiğimiz bel çevresi>101 cm olanlar %64'ünü oluşturmaktaydı.

Tablo 20. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçek Puanlarının Antropometrik Ölçümlere Göre Dağılımı.

			KARRİF-BD Puanları			Toplam	**p**
			0-9	10-19	20-28		
BKİ	18,5-24,9	n	2	26	28	56	
		%	14,3	31,7	50,0	26,4	
	25-29,9	n	4	24	35	63	0,59
		%	28,6	29,3	30,2	29,7	
	>30,0	n	8	32	53	93	
		%	57,1	39,0	45,7	43,9	
Toplam		n	14	82	116	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	
Bel Çevresi (Kadın)	<80 cm	n	0	7	17	24	
		%	0,0	13,5	18,9	15,9	
	80-87 cm	n	1	10	14	25	
		%	11,1	19,2	15,6	16,6	0,64
	>87 cm	n	8	35	59	102	
		%	88,9	67,3	65,6	67,5	
	Toplam	n	9	52	91	152	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	
Bel Çevresi (Erkek)	<94 cm	n	1	7	5	13	
		%	20,0	23,3	20,0	21,7	
	94-101 cm	n	3	14	4	21	
		%	60,0	46,7	16,0	35,0	0,04
	>101 cm	n	1	9	16	26	
		%	20,0	30,0	64,0	43,3	
Toplam		n	5	30	25	60	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Katılımcıların kişisel özgeçmişlerine göre KARRİF-BD ölçek puanları Tablo 21'de değerlendirildi. Kronik hastalık durumu ve ilaç kullanım durumu ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanırken (p<0,05) , ailede kvh hastalık öyküsü ile arasında bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Çalışmamıza katılanlardan KARRİF-BD ölçeği puanları 20-28 aralığında olanlardan %61,2'sinin kronik bir hastalığı vardı ve %61,3'ü düzenli olarak ilaç kullanıyordu. KARRİF-BD

ölçeği puanları 20-28 aralığında olanların %55,2 oranında büyük çoğunluğunu ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlar oluşturuyordu.

Tablo 21. Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği Puanlarının Özgeçmişlerine Göre Dağılımı.

			KARRİF-BD Puanları			Toplam	**p**
			0-9	10-19	20-28		
Kronik Hastalık Durumu	Var	n	9	36	71	116	0,04
		%	64,3	43,9	61,2	54,7	
	Yok	n	5	46	45	96	
		%	35,7	56,1	38,8	45,3	
Düzenli İlaç Kullanım Durumu	Var	n	9	34	70	113	0,02
		%	64,3	41,5	60,3	53,3	
	Yok	n	5	48	46	99	
		%	35,7	58,5	39,7	46,7	
Ailede KVH Öyküsü	Var	n	5	33	64	102	0,07
		%	35,7	40,2	55,2	48,1	
	Yok	n	9	49	52	110	
		%	64,3	59,8	44,8	51,9	
Toplam		n	14	82	116	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tablo 22'de katılımcıların KARRİF-BD ölçeği puanlarının yaşam tarzı alışkanlıklarına göre dağılımı incelendi. Sigara kullanma alışkanlıkları ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında ilişki bulunamadı ($p>0,05$). KARRİF-BD ölçeği puanları 20-28 aralığında olanlardan %59,5 oranında büyük çoğunluğu sigara içmediğini ifade etti. Alkol kullanma alışkanlıkları ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KARRİF-BD ölçeği puanları 20-28 aralığında olanlardan %53,4 oranındaki çoğunluğu alkol kullanmadığını belirtti. Egzersiz alışkanlıkları açısından sorgulandıklarında ise ölçek puanına göre yeterli bilgi düzeyine sahip olanların çoğunluğu %63,4 oranında ara sıra egzersiz yaptıklarını belirtti.

Tablo 22. Katılımcıların KARRİF-BD Puanlarının Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.

			KARRİF-BD Puanları			Toplam	**p**
			0-9	10-19	20-28		
Sigara Alışkanlıkları	İçiyor	n	5	38	47	90	0,6
		%	35,7	46,3	40,5	42,5	
	İçmiyor	n	9	44	69	122	
		%	64,3	53,7	59,5	57,5	
Alkol Alışkanlıkları	Kullanıyor	n	3	7	16	26	0,03
		%	21,4	8,5	13,8	12,3	
	Ara sıra	n	0	24	38	62	
		%	0,0	29,3	32,8	29,2	
	Kullanmıyor	n	11	51	62	124	
		%	78,6	62,2	53,4	58,5	
Egzersiz Alışkanlıkları	Sürekli yapıyor	n	0	10	15	25	0,14
		%	0,0	12,2	12,9	11,8	
	Ara sıra yapıyor	n	6	45	72	123	
		%	42,9	54,9	62,1	58,0	
	Hiç yapmıyor	n	8	27	29	64	
		%	57,1	32,9	25,0	30,2	
Toplam		n	14	82	116	212	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın amacı, aile hekimliği ve obezite polikliniğe başvuran hastalarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumlarının değerlendirilmesidir. Katılımcıların çoğunluğu (%71,4) kadındı. Yaş grubuna göre değerlendirildiğinde %41'i 45-64, %39,2'i oranında 25-44 yaş aralığındaydı. Eğitim durumuna göre ise çoğunluğu %44,8'i yükseköğretim, %31,1'i ilköğretim mezunuydu. Meslek grubuna göre ise çoğunluğu ev hanımları (%24,5) ve serbest meslek mensupları (%23,6) oluşturmaktaydi. Katılımcıların çoğunluğu (%73,6) evliydi ve gelir düzeyi 1400 TL'nin altındaydı (%47,2). 5000 TL'nin üzerinde gelire sahip olanlar katılımcıların yalnızca %13,2'sine tekabül etmekteydi (Tablo 8).Meslek grubu olarak çoğunluğun ev hanımlarından oluşması çalışmamızın mesai saatlerinde yapılıyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Sosyoekonomik olarak çoğunluğun düşük gelir grubunda olmasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bölgesinin bulunduğu konum etkili olmuş olabilir.

Katılımcılarımızın çoğunluğu (%43,9) obez olarak sınıflandırıldı. Kadın katılımcılarımızda obezite oranı %50, erkek katılımcılarımızınsa %48,3'dü. Çalışmaya katılanların %29,7'si fazla kilolu olarak sınıflandırıldı: kadın katılımcılarımızdaki oran %40; erkek katılımcılarımızdakindeyse %25,7'di. Zayıf olarak sınıflandırdığımız BKİ<18,5 olan tüm katılımcılarımızın yalnızca %2,8'ini oluşturmaktaydı. Kadın katılımcılarımızın %24,3'ü; erkek katılımcılarımızın ise %31,7'si zayıf olarak gruplandırıldı (Tablo 12).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporunda, Türkiye genelinde obezite oranı erkek bireylerde %20.5, kadınlarda ise %41.0 olarak saptanmıştır (44). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında ise erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obez olduğu bildirildi (2). Ülkemizde obezite prevelansı, 1990 yılından bu yana hızlı bir artış göstermektedir. 1990 yılı taramalarında obez kişi sayısı erkeklerde 1,5 milyon, kadınlarda 4 milyon civarında iken; 2010 yılında yaklaşık 2,63 milyon erkek ve 5,46 milyon kadının obez olduğu tahmin edilmektedir. Bu da obez kişi sayısında, kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında birartışı göstermektedir (44).

Bizim çalışmamızda obezite oranı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında bildirilen değerlerden daha yüksektir. Bu durumu katılanların bir kısmının obezite polikliniğine başvuran hastalar olması etkilemiş olabilir.

Bizim çalışmamızda bel çevresine göre kadınların %67,5'i erkeklerin ise %43,3'ü yüksek risk grubunda yer almaktaydı (Tablo 9). Erkek katılımcılarda bel çevresi ile KARRIF-BD ölçek puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; kadın katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu durum erkeklerde abdominal obezite görüldükçe KVH farkındalığının artığını, kadınlarda ise anlamlı bir değişiklik saptanmadığını gösterir.

Kardiyovasküler hastalık riskini belirlemede önerilen yöntemler santral obezitenin belirlenmesidir (52). Rexrode ve ark.'nınçalışmalarında 30-55 yaş arasında 44.702 hemşireyi sekiz yıl izlemişler, bu süreçte 320 kardiyovasküler olay olduğunu, araştırma sonunda bel çevresi ya da bel kalça oranı arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin de arttığını bulundu (53). 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 (54, 55).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre, Türkiye'de 2012 yılında toplam olarak 14,8 milyon kişi (%27.1) tütün ürünü kullanmaktadır. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışması, tütün kullanım sıklığının erkeklerde (%41.5) kadınlara göre (%13.1) daha yüksek olduğunubildirildi (37).Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışması alkol kullanma sıklığını erkeklerde % 23, kadınlarda % 4 olarak bildirildi (1).

Çalışma grubunun %57,5'i sigara içmeyenlerden, %58'i ise alkol kullanmayanlardan oluşmaktaydı (Tablo 10). Sigara ve alkol kullanma sıklığının Türkiye ortalamasının altında olmasının nedeni, polikliniklerimize başvuran katılımcıların çoğunluğunun ev hanımlarından oluşan kadın ağırlıklı bir gruptan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Hastalar sigara ve alkol kullanım durumlarını anket formunda doğru olarak beyan etmemiş olabilirler.

Çalışmamızda sigara içenlerin %51,1 oranındaki büyük çoğunluğu yükseköğretim mezunuydu (Tablo 17). Benzer şekilde alkol kullananlarında %68

oranındaki büyük çoğunluğu yükseköğretim mezunuydu. İstatistiksel analizlerimiz sonucunda KARRİF-BD Ölçek puanı ile sigara kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; alkol kullanım durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu. Bu durum sigara kullananların KVH hakkında bilinçsiz olduğunu gösterir. Alkol kullananların ise daha fazla farkındalığa sahip olduğu söylenebilir.

Hammond ve arkadaşları,sigara uyarı etiketlerinin sigara içmenin riskleri hakkındaki bilgiye etkisini araştırdıkları çalışmalarında sigara uyarı etiketlerinin kullanıldığı ülkelerdeki sigara içicilerinin daha iyi sağlık bilgisine sahip olduklarını bildirdiler (56).

Katılımcılarımızın beslenme alışkanlıkları sorgulandığında yalnızca %29,7'sinin yemeklere ilave tuz attığı; geri kalan %70,3'nün de az tuzlu yediği belirlendi. Günlük meyve sebze tüketimi sorgulandığında, katılımcıların %8,5'i meyve sebze tüketmediğini; %45,8 ise benzer oranda hergün ve ya ara sıra tükettiklerini belirtti (Tablo 10).

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışması sonuçlarına göre ise bireylerin % 13.3'ü günde beş ya da daha fazla meyve/sebze porsiyonu tükettiklerini bildirdi (2). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışması sonuçlarına göre bireylerin yaklaşık beşte biri, genç erkek ve kadınların ise yaklaşık dörtte biri yemeğin tadına bakmadan tuz attığını belirtti (1). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 2012 yılında yapılan SALTurk 2 çalışmasında erişkinlerde günlük tuz tüketimi 14.8 gr olarak saptandığı bildirildi. Aynı çalışmada, bireylerin %90.6'sının beş porsiyondan az sebze meyve tüketmekte, %85.5'inin haftada 3 günden az kırmızı et tüketmekte, %20.8'inin yemeklerde tuz kullanmakta oldukları tespit edildi (57).

Çalışma grubunda ise beslenme alışkanlıkları Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörü sıklığı çalışması sonuçlarıyla uyumlu olarak bulunmadı. Bu durum aile hekimliği ve obezite polikliniklerine başvuran hastaların; az tuzlu ve meyve sebzeden zengin beslenme alışkanları konusunda bilinçli olduğunu gösterir. Özellikle sürekli takip ettiğimiz hastaları sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusunda yeterince bilinçlendirdiğimizi söyleyebiliriz.

Çalışmamızda katılımcılarımızın sosyodemografik verileri ve yaşam tarzı alışkanlarına göre kardiyovasküler hastalık farkındalıkları karşılaştırıldı. Daha

önceden güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan KARRİF-BD ölçeği ile değerlendirildi.

KARRİF-BD ölçeğinin puanı ileilişkili faktörlerin incelenmesinde kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanım durumu, alkol kullanım durumu ile ilişkili olduğu saptandı ($p<0,05$). Erkeklerde bel çevresine göre yüksek risk grubundakilerin KARRİF-BD puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Yaş,cinsiyet, obezite ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, sigara kullanım durumu ve egzersiz alışkanlıkları ile bilgi düzeyinin ilişkisi çok değişkenli analizde gösterilemedi ($p>0,05$) (Tablo 19-22).

Antsoy ve arkadaşlarının çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer şekilde KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanın kadınlarda daha yüksek olduğu bildirildi (Tablo 18) (58). Badır ve ark. 1138 hemşirelik öğrencisinde yaptığı çalışmada da eğitim yılı, cinsiyet ve yüksekokul tipine göre KARRİF-BD ölçek puanlarının değiştiğini, kız öğrencilerin bilgi düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirlediler (55). Tan ve ark. kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin yaş arttıkça azaldığını; ilkokul mezunu kadınların okuryazar olmayanlara göre bilgi düzeyi puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu buldular (54). Sözmen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da yaş artışı, evli olma durumu ve gelir getirici işte çalışma durumuyla birlikte bilgi düzeyinin artış gösterdiği, öğrenim düzeyinin artmasıyla ise azalış gösterdiğini ortaya konuldu (59).

Bizim çalışmamızda Sözmen ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak öğrenim düzeyinin artmasıyla KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması artış gösterdı. Çalışmamıza benzer şekilde Badır ve arkadalaşlarının, Tan ve arkadaşlarının çalışmalarında da eğitim düzeyi ile KVH farkındalığının artış gösterdiği bulunmuştu (54,55).Potvin ve ark. eğitimin kardiyovasküler risk faktörleri için en güçlü sosyoekonomik gösterge olduğunu belirledi. Bu araştırmada da lisans eğitim düzeyindekilerin risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu görüldü (60). Çalışmamızın sonuçları bize KVH bilgi düzeyinin artması için eğitimin önemli bir öncelik olduğunu gösterir.

Yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde yaş ile KARRİF-BD ölçek puanı arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Scalzi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre yaş risk farkındalığı için önemli

bir belirleyici olduğu ve genç hastalarda farkındalığın daha iyi olduğunu tespit edildi (61). Tan ve ark. kırsal kesimde yaşayan kadınlarda KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin yaş arttıkça azaldığını (54) ; Sözmen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadaise yaş artışı ile bilgi düzeyinin arttığı gösterilmişti (59). Bizim çalışmamızda katılımcılardan 25-44 ve 45-64 yaş grubundakilerin KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması, 65-74 ve 18-24 yaş grubundakilere göre daha yüksek saptandı (Tablo 18). Çalışma sonuçlarımız genç yaş grubunun KVH hakkında yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğunu, ileri yaş grubunun ise farkındalık düzeyinin yeterli olmadığını gösterir. Bu durum polikliniklerimize daha az sıklıkla başvuran genç (18-24 yaş) ve ileri yaş (45-64 yaş) grubundaki hastaların KVH risk faktörleri açısından farkındalıklarını artırabilmek için bilgilendirilmelerinin önemine dikkat çekmektedir.

Badır ve ark. hemşirelik öğrencilerinde KARRİF-BD bilgi düzeyini 22.47± 3.38 (55) , Uysal ve ark. hemşirelik öğrencilerinde 21.8± 4.37 (62) , edebiyat fakültesi öğrencilerinde 17.1± 4.37, Tan ve ark. kırsal kesimde yaşayan kadınlarda 22.47± 3.38 (54) , Gürdoğan ve ark. metal işçilerinde 18.65±4.04 buldular (63).

Çalışmamızda katılımcıları meslek gruplarına göre değerlendirildiğimizde KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları sırasıyla sağlık çalışanı, emekli, memur, öğrenci, ev hanımı, serbest meslek, çalışmayanlar ve işçiler şeklindeydi (Tablo 18). Çalışmamızın sonuçları bize bilginin, sağlık hizmetine ulaşma ile artığı sonucunaulaştırdı. Ayrıca gelir getirici bir işe sahip olanların KARRİF-BD ölçeği puanları daha yüksektir. Sağlık çalışanların farkındalığının yüksek olması beklenen bir bulgudur ancak önemli olan yeterli farkındalığa sahip olmayan meslek gruplarında da farkındalık oluşturmaktır.

Çalışmamıza katılanlardan ailesinde kalp hastalığı öyküsüolanların KARRİF-BD puan ortalamalarıyla, olmayanlarınki arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Bizim araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak Yazid ve arkadaşlarının, Jafary ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarında ailesinde kalp hastalığı bulunan bireylerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirtildi (64, 65). Ailesinde kalp hastalığı olanların daha yüksek farkındalığa sahip olması beklenirken, bizim katılımcılarımızın yeterli farkındalığa sahip olmaması, çoğunluğun sosyokültürel olarak düşük seviyede olmasından kaynaklanıyor olabilir. Katılımcılarımızın çoğunluğu ev hanımı ve gelir düzeyi düşük bireylerden oluşmaktaydı. Sonuç olarak

risk altındaki bu bireylere yönelik tarama çalışmaları artırılmalı ve KVH farkındalığı artırabilmek için yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.

6. SONUÇ

Çalışmamızda yer alan 212 katılımcının sosyodemografik verileri, antropometrik ölçümleri ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri değerlendirildi.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre katılımcıların %71,7'si kadın, %72,2'si evliydı. Çoğunluğu 45-64 (%41,0) ve 25-44 (%39,2) yaş aralığı oluşturmaktaydı. Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde %24,5 ev hanımı, %23,6 serbest meslek, %15,6 memur, %13,2 işçi, %6,6 sağlık çalışanı %6,6 işsiz, %5,2 öğrenci ve %4,5 emekliydi. Katılımcıların %44,8'i yükseköğretim, %31'1'i ilköğretim mezunu olduğundan homojen bir dağılım izlenmemekteydi. Gelir durumuna göre yalnızca %13,2'sinin düzeyi ayda 5000 TL'nin üzerindeydi (Tablo 8).

Aile hekimliği ve Obezite polikliniklerimize başvuran hastalarımızdan çalışmamıza katılanların obezite oranı %43,9 olarak saptandı. Bel çevresi ölçümlerine göre yüksek risk grubunda olan kadınların oranı %67,5, erkeklerin oranı ise %43,3 olarak saptandı (Tablo 9). Katılımcıların %54,7'sinin kronik bir hastalığı vardı ve %53,3'ü düzenli olarak ilaç kullanıyordu. Ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlar %51,4 oranındaydı. Katılımcıların %57,5'i sigara kullanmadığını;%58,0'ı alkol kullanmadığını belirtti. %30,2'si düzenli egzersiz alışkanlıkları olmadığını ifade etti. Beslenme alışkanlıkları açısından sorgulandıklarında ise %70,3'ünün yemekleri az tuzlu tükettiğini ve %91,9'unun günlük meyve tüketme alışkanlıkları olduğu saptandı (Tablo 10).

Çalışmamızda KARRİF-BD puan ölçeğinden alınan 20-28 puan aralığını yeterli bilgi düzeyi, 10-19 puan aralığını orta düzey, 0-9 puan aralığını ise yetersiz bilgi düzeyi olarak kabul ettik.

Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri farkındalığını sorgulamak amacıyla kullandığımız KARRİF-BD ölçeğinde puan ortalaması 19,29 olarak saptandı. Kadınlarda ortalama 19,82; erkeklerde ise 17,93 olarak bulundu. Sağlık çalışanları olanların puan ortalaması (22,86) , diğer meslek gruplarından daha yüksekti (Tablo 18). Ayrıca aile öyküsü pozitif olanlarda puan ortalaması 20,34, olmayanlarda ise 18,29 olarak saptandı (Tablo 18).

İstatistiksel analizlerimiz sonucunda 25-64 yaş aralığındaki grubun bilgi düzeyi yeterli olarak değerlendirildi. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde kadınların %77,6 oranındaki büyük çoğunluğu yeterli bilgi düzeyine sahipti (Tablo 19). Antropometrik ölçümlere göre değerlendirildiğinde ise yeterli bilgi düzeyine sahip olanların %50'si normal kiloda, %45,7'si obez ve %30,2 kilolu olarak değerlendirildi (Tablo 20). Yine kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri yüksek bireylerin %61,2'sinin kronik bir hastalığı vardı ve %60,3'ü düzenli ilaç kullanıyordu. %55,2'sinde ailede KVH öyküsü mevcuttu (Tablo 21). Yüksek bilgi düzeyine sahip bireylerin %59,5 oranındaki çoğunluğu, sigara kullanmıyordu, %53,4'ü alkol kullanmıyordu. %62,1'i de ara sıra egzersiz yaptığını belirtti (Tablo 22).

KARRİF-BD ölçeğinin puanı ileilişkili faktörlerin incelenmesinde kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanım durumu, alkol kullanım durumu ile ilişkili olduğu saptandı ($p<0,05$). Erkeklerde bel çevresine göre yüksek risk grubundakilerin KARRİF-BD puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Yaş, cinsiyet, obezite ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, sigara kullanım durumu ve egzersiz alışkanlıkları ile bilgi düzeyinin ilişkisi çok değişkenli analizde gösterilemedi ($p>0,05$) (Tablo 19-22).

Sonuç olarak bizim çalışmamızda kronik hastalık öyküsü olanların ve düzenli ilaç kullanımı olanların daha yüksek farkındalığa sahip olduğu görüldü. Bu durum bilinen ek hastalığı olmayan, düzenli olarak ilaç kullanmayan grubun kardiyovasküler hastalıklar açısından yeterli farkındalığının olmadığını göstermektedir. Birinci basamak koruyucu hekimlik hizmetlerinde KVH risk faktörlerine yönelik farkındalığın artırılması amacıyla bilgilendirme ve tarama çalışmaları yapılmalıdır.

Obez, sigara kullanan, ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olan; risk altındaki bu tür özellikli grupların KVH hakkında yeterli farkındalık düzeyinde olmamaları önemli bir toplum sağlığı problemidir. Bu durum özellikle KVH açısından risk altındaki bireylere yönelik bilgilendirme ve tarama çalışmalarının artırılmasının gerekliliğine dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye kalp ve damar hastalıkları. EylemPlanı
2. Ünal B, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" Turkey (TR) , Study of chronic diseases and risk factors Sağlık Bakanlığı Yayın No 909. Ankara; 2013.
3. Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, Vollset SE, Ozgoren A.A, Abdalla S, Abd-Allah F, Aziz Mİ. Global, regional, and national age-sex specificall-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: asystematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;385: 117–71.
4. Charles H, Hennekens, MD, DrPH. Increasing burden of cardiovascular disease. Current knowledge and future firections for research on risc factors. Circulation. 1998; 97: 1095-1102.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları
6. Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verileri. TÜİK 2015. http: // www.tuik.gov.tr. (Erişim tarihi: 20.01.2017)
7. TEKHARF; Oniki Yıllık İzleme Deneyimine Göre Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlıği. Prof. Dr. Altan Onat, Prof. Dr. Vedat Sansoy, Prof. Dr. İnan Soydan, Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu, Prof. Dr. Kamil Adalet. Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi. Temmuz 2003, İstanbul.
8. Demirsoy N. Epidemiology of cardiovascular diseases/Kardiyovaskuler hastaliklarin epidemiyolojisi. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation.2010: 4-10.
9. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.2013.
10. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation.1998;97 (6) : 596-601.

11. Başara B, Dirimeşe V, Özkan E, Varol ÖH. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. 2006 (s 33).

12. Türk Kardiyoloji Derneği: Türkiye Kalp Raporu 2000: Türkiye'de kalp sağlığı ve kardiyoloji alanında günümüzdeki durum, sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin rapor. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000. s. 11-17.

13. Abbas A, Fausto N, Mitchell R, Kumar V. Robbins Temel Patoloji, (Çev. Ed: Çevikbaş, U.). Yüce Yayınları. 2008.

14. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO, [Available from: http: //apps.who.int/iris/ bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 1.09.2015.

15. 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) 2008.

16. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: World Health Organization;2011.

17. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study. The Lancet. 2004;364 (9438) : 937-52.

18. Health NIo. Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Executive Summary Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute (NIH publ no 01-3670). 2001.

19. Sansoy V, Onat A, Yardımcıları E, Erdoğan D, Önalan O, Özdemir HM, et al. ESC/EAS Kılavuzları: Dislipidemilerin tedavisi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2011; 39 (S3).

20. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. Jama.2003;289 (19) : 2560-71.

21. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. The lancet. 2005;365 (9455) : 217-23.

22. Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2010;33 (Supplement 1) : S62-S9.

23. World Health Organization. http: //www. who. int/mediacentre/factsheets/fs104/en. Geneva: WHO Estimated incidence, prevalence and TB mortality [homepage on the internet][one screen]. 2004.Erişim tarihi: 1.09.2015.

24. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelveyear trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European journal of epidemiology. 2013;28 (2) : 169-80.

25. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği TEvMD. Metabolik Sendrom Klavuzu 2018 [Available from: http: //turkendokrin.org/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf. Erişim tarihi: 14.01.2019.

26. Ko GT, Tang JS. Waist Circumference and BMI Cut-off Based on 10-year Cardiovascular Risk: Evidence for "Central Pre-Obesity". Obesity. 2007;15 (11) : 2832-9.

27. Vestbo J, Prescott E, Almdal T, Dahl M, Nordestgaard BG, Andersen T, et al. Body mass, fat-free body mass, and prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease from a random population sample: findings from the Copenhagen City Heart Study. American journal of respiratory and critical care medicine.2006;173 (1) : 79-83.

28. World Health Organization. WHO fact sheet on overweight and obesity. Updated October 2017. http: //www.who. int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Erişim tarihi: 8 Aralık 2017.

29. WHO: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, WHO Technical Report Series 894, 2000.

30. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. The Lancet. 2002;360 (9343) : 1347-60.

31. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9· 1 million participants. The Lancet. 2011;377 (9765) : 557-67.

32. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7 (1).

33. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. Canadian medical association journal.2006;174 (6) : 801-9.

34. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014 W. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO, 2014 [Available from: http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua= 1.09.20151. Erişim tarihi:

35. Mendis S. The contribution of the Framingham Heart Study to the prevention of cardiovascular disease: a global perspective. Progress in cardiovascular diseases.2010;53 (1) : 10-4.

36. Law MR, Morris J, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ. 1997;315 (7114) : 973-80.

37. Türkiye Halk sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye 2012-2014[Available from: http: //www.halksagligiens.hacettepe.edu. tr/KYTA_TR. pdf.

38. World Health Organization, UNAIDS. Prevention of cardiovascular disease: World Health Organization;2007.

39. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması . TC Sağlık Bakanlığı Yayın.2012 (948).

40. Murray CJ, Lopez AD. Measuring the global burden of disease. New England Journal of Medicine.2013;369 (5) : 448-57.

41. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham Study. JAMA. 1988;259 (7) : 1025-9.

42. Yalçın R, Cemri M, Boyacı B, Timurkaynak T, Akata D, Ünlü M. Koroner arter hastalığı 1. Gazi Tıp Dergisi 2006; 17 (1) : 1. 2006;33.

43. Miller M. Dyslipidemia and cardiovascular risk: the importance of early prevention. QJM.2009;102 (9) : 657-67.

44. T.C.Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2014.

45. Murray CJ, Lopez AD. Measuring the global burden of disease. New England Journal of Medicine. 2013;369 (5) : 448-57.

46. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance From Framingham A Statement for Healthcare Professionals From the AHA Task Force on Risk Reduction. Circulation. 1998;97 (18) : 1876-87.

47. Jousilahti P, Tuomilehto J, Vartiainen E, Pekkanen J, Puska P. Body weight, cardiovascular risk factors, and coronary mortality 15-year follow-up of middle-aged men and women in eastern Finland. Circulation. 1996;93 (7) : 1372-9.

48. Hunt SC, Gwinn M, Adams TD. Family history assessment: strategies for prevention of cardiovascular disease. American journal of preventive medicine.2003;24 (2) : 136-42.

49. Touzé E, Rothwell PM. Heritability of ischaemic stroke in women compared with men: a genetic epidemiological study. The Lancet Neurology. 2007;6 (2) : 125-33.

50. Callow AD. Cardiovascular disease 2005 — the global picture. Vascular Pharmacology.2006;45 (5) : 302-7.

51. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Ž, Verschuren M, et al.European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal.2012;33 (13) : 1635-701.

52. Meseri R, Ünal B. Kardiyovasküler risk ve diyabeti belirlemede şişmanlık nasıl ölçülmeli? TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8 (6) : 507-514.

53. 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.

54. Tan M, Dayapoğlu N, Akgün Z,Ş, Cürcani M, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2 (3) : 331-341.

55. Badir 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]

56. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the international tobacco control (ITC) four country survey. Tobacco Control 2006;15: iii19–25.

57. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. Blood pressure. 2010;19 (5) : 313-8.

58. Işıl İ. Antsoy ST, Emine İygün, Lawrence R. Koph. Knowledge and Attitudes Towards Cardiovasküler diseases in a population of north western turkey : A cross sectional survey ‘, . International Journal of Caring Science. 2015;volum 8: 115-24.

59. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontr olünü etkileyen etmenler. Dicle Tıp Dergisi. 2015;42 (2).

60. 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-

61. Scalzi LV, Ballou SP, Park JY, Redline S, Kirchner HL. Cardiovascular disease risk awareness in systemic lupus erythematosus patients. Arthritis & Rheumatism 2008; 58: 145864.

62. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Hemşirelik ve Edebiyat fakültesi öğrencilerinin önlenebilir kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili farkındalıklari. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2013; 13: 728-731.

63. Gürdoğan M, Paslı 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.

64. Yazid N, Al Hamarneh, Grainne E, Crealey JC. McElnay. Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. International journal of clinical pharmacology and therapeutics 2011; 33: 111–123.

65. FH, 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: 124–32.

EKLER

EK 1. TEZ VERİ FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ VE OBEZİTE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket No:

Yaş:

Kilo: Boy: VKİ:
Bel Çevresi:

Cinsiyet: A) Kadın
B) Erkek

Medeni Hal: A) Evli
B) Bekar/Dul/Boşanmış

Çocuk Sayısı:

Eğitim durumu: A) Okur yazar değil
B) İlköğretim
C) Lise
D) Yükseköğretim

Meslek:

Gelir durumu: A) <1400 tl
B) 1400-4999tl
C) >5000 tl

Bildiğiniz kronik hastalığınız var mı?

A) Var
Koroner Arter Hastalığı
Diabetes Mellitus
Hipertansiyon
Hiperlipidemi
Diğer……..
B) Yok

Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

A) Var: ……..

B) Yok

Birinci derece erkek akrabalarınızda kalp damar hastalığı, kalpkrizi, ani ölüm öyküsü var mı? (Erkek 55 yaş,Kadın 65 yaş öncesi)

A) Var

B) Yok

Sigara içiyor musunuz?

A) İçmiyorum

B) İçiyorum……...kaç yıldır içiyorsunuz?.....
günde kaç adet içiyorsunuz?.....

C) Bıraktım…….. kaç yıl içtiniz?.....
günde kaç adet içtiniz?.....

Alkol kullanıyor musunuz?

A) Hiç kullanmadım

B) Ara sıra kullanıyorum

C) Kullanıyorum……başlamayaşı: ……..bırakmayaşı: ……

Egzersiz yapıyor musunuz?

A) Hiç yapmıyorum

B) Ara sıra yapıyorum

C) Sürekli yapıyorum……haftada…../gün

Beslenme alışkanlıklarınız nasıl?

A) Az tuzlu yiyorum

B) Yemeklere ilave tuz atıyorum

Tercih ettiğiniz yağ türü?

A) Zeytinyağı

B) Bitkiselyağ

C) Tereyağ

D) Margarin

Yemek pişirme yöntemleriniz nasıl?

A) Tencerede kendi suyuyla

B) Fırın

C) Izgara/mangal

D) Yağda kavurma

E) Yağda kızartma

Hergün meyve sebze tüketir misiniz?

A) Evet

B) Bazen

C) Hayır

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk FaktörleriBilgiDüzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği

1. Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

2. Ailenizde kalp hastalığı olması sizing kalp hastası olma riskinizi artırır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

3. Yaşlılarkalphastalığıiçindahafazla risk taşır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

4. Koronerkalphastalığıönlenebilir

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenebilir nedeni sigaradır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

8. Her gün 2-3 adetmeyveve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

17. Yavaş yürümek ve gezmek de egzersizsayılır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

18. Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

22. Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığ riski vardır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır

◯ Evet ◯ Hayır ◯ Bilmiyorum

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1
Tarih : 10 Ocak 2018
Karar No : 38

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği asistanı Dr. Merve Ezgi ÇİFÇİ'nin tez çalışması olarak yapılması planlanan " **Aile Hekimliği ve Obezite Polikliniğine Başvuran Hastalarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumlarının Değerlendirilmesi** " konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Merve Ezgi ÇİFÇİ tarafından Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Merve Ezgi ÇİFÇİ

Doğum yeri ve tarihi: Ankara/ 15.06.1990

İletişim adresi ve telefonu: mervezgi90@hotmail.com / 0532 766 34 34

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Adıyaman Biraralık İlköğretim Okulu 1997-2004

Adıyaman Fen Lisesi 2004-2008

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008-2014

III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2014-2015: Kahta Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

2016-Günümüze: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Asistan Doktor

IV- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

-Uzum, O., Arslan, A., Meral, A. O., & Cifci, M. E. (2018). A Case of Contact Dermatitis and Cellulitis After a Second Temporary Henna Tattoo. EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL INVESTIGATION, 2 (1) , 48-49.

VI- Bilimsel Etkinlikleri Aldığı burslar Ödüller Projeleri Verdiği konferans ya da seminerler Katıldığı paneller (panelist olarak)

-VdGM Lovah Değişim Programı-Amsterdam & Utrecht-Ocak 2019

VII- Diğer Bilgiler Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar Diğer üyelikleri

-4.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi

Sigara Bıraktırma Kursu-2019

-Uluslarası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi-İstanbul-2018

-Biyofrekans Sistemleri Kursu-İzmir-2018

-Palyatif Bakım Sempozyumu-İzmir-2018

-1.Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu-İstanbul-2017