

KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİNİ NE KADAR BİLİYORUZ?

Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU¹

Emine Selda GÜNDÜZ²

Zeynep TEMEL MERT³

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkinlerin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu bilgi düzeyini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya kabul kriterlerini karşılayan 512 kişi dahil edilmiştir. Veriler "Tanımlayıcı Form" ve "Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD)" ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS (v20) paket programı kullanıldı. Sonuçların tahmininde yüzde dağılımları, ortalama, bağımsız gruplar üzerinde t testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 40.14 ± 13.41 , çoğunluğu evli ve kadın, yaklaşık yarısı ilkokul mezunudur. Bireylerin yarısının geliri giderden az, BKİ ortalaması 25.96 ± 4.37 ve yarıya yakını fazla kiloludur. KARRİF-BD puanları incelendiğinde 45-64 yaş arası bireylerin, kadınların, geliri giderden az olanların, alkolü bırakmış olanların, ara sıra sigara içenlerin, kronik hastalığı olanların ve ilaç kullananların, orta düzey stres algısı olanların kardiyovasküler hastalık risk faktörü bilgi düzeyi düşük bulundu.

Sonuç: Bireyler KVH risk faktörlerini orta düzeyde bilmektedir. Bilgi düzeyi yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum algısı, kronik hastalığa sahip olma durumundan, alkol kullanma, sigara içme ve stres durumundan etkilenmektedir. Bu doğrultuda planlanmış eğitim programlarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Düzeyi, Hemşirelik, Kardiyovasküler Hastalık, Koruyucu Sağlık, Risk Faktörü

¹ Sorumlu Yazar / Corresponding Author, Dr.Öğr.Üyesi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Bandırma, Balıkesir, Türkiye, nr.akgul@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6446-730X.

² Öğr.Gör. Dr., Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Bölümü, Antalya, Türkiye, emineseldagunduz@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1399-7722

³ Arş.Gör.Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı Hemşireliği AD., Sivas, Türkiye, z.temell@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9978-6247

HOW MUCH DO WE KNOW THE CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS?

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to determine the knowledge levels about the cardiovascular disease risk factors of the adults living in a family health center area and also the factors affecting that knowledge level.

Material and Methods: In this descriptive study, 512 individuals who met the acceptance criteria were accepted. The data were collected using the "descriptive form" and the "Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CDRF-KL)" scale. IBM SPSS (v20) package program was used to evaluate the data. Percentage distributions, mean, t test on independent groups, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U test and Spearman correlation analysis were used to estimate the results. $p < 0.05$ was considered as statistically significant.

Results: The average age of the individuals participating in the study was 40.14 ± 13.41 , most of them are married and female, about half of them are primary school graduates. Half of the individuals' income is less than their expenses, their BMI average was 25.96 ± 4.37 and almost half of them are overweight. When the scale total mean scores were examined, CVD risk factor knowledge level was found to be less in individuals between the ages of 45-64, in women, in those whose income is less than expenses, who quit alcohol, who smoke occasionally, who has chronic diseases and use medicine and who has moderate stress perception.

Conclusion: Individuals are moderately aware of CVD risk factors. The level of knowledge is influenced by age, gender, marital status, perception of economic status, chronic illness, alcohol use, smoking and stress. Training programs planned in this direction are needed.

Keywords: Preventive Health, Cardiovascular Disease, Nursing, Risk Factors, Knowledge Level

GİRİŞ

Koroner arter hastalığı, ateroskleroz, hipertansiyon ve kalp yetmezliği dahil olmak üzere bir dizi ilişkili hastalık olarak tanımlanan kardiyovasküler hastalıklar (KVH), (Jafari Azad vd., 2020) gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, mortalite ve morbitenin en yaygın nedenidir [World Health Organization (WHO), 2018]. KVH Türkiye’de, 2019 yılında ölüm nedenleri arasında %36.8 ile ilk sırada yer almıştır [Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020]. KVH’ın gelişiminde hipertansiyon, hiperlipidemi, aşırı kilo, obezite, diyabet, uygun olmayan beslenme gibi kontrol edilebilen (Harris, 2020) ve yaş, cinsiyet, aile öyküsü gibi kontrol edilemeyen 200’e yakın risk faktörü rol oynamaktadır (Arıkan vd., 2009:36; Badır vd., 2014; Harris, 2020; Micha vd., 2017). KVH’lar yüksek ölüm oranlarından sorumlu olmanın yanında (Uçar ve Arslan, 2017) neden oldukları çeşitli semptom ve komplikasyonlarla hastaların yaşam kalitesini

düşürmekte (Kara vd., 2012), orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerinde üretkenliği kısıtlamaktadır (Uçar ve Arslan, 2017). KVH ortaya çıktığında uygulanan tıbbi, cerrahi ve girişimsel tedavi yöntemleri (Kara vd., 2012) hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin ekonomisine büyük yük getirmekte ve sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilirliği konusunda da tehdit oluşturmaktadır (Arslan ve Akça, 2020:19).

KVH'lar riskli bireylerin belirlenmesi ve uygun önlemlerin alınması ile azaltılabilmekte (Jafari Azad vd., 2020:1123) hatta %80.0 oranında önlenebilmektedir (Eray vd., 2018:13; Tan vd., 2013; Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2021). Hedef grup yetişkin bireyler gibi görünmekle birlikte çocukluk ve ergenlik dönemi yaşam koşulları yetişkinlik dönemi KVH risk faktörlerini önemli ölçüde etkilemektedir (Barr, 2017:1416, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020:26). Bu doğrultuda KVH risk faktörlerinin tüm yaş gruplarında takip edilmesi önemlidir (Smith vd., 2013). Maliyet etkin sağlık hizmeti sunumunda toplum temelli korunma önceliklidir. Amaç, asemptomatik bireyleri izlemek, riskli grupların tespiti ve hastalık semptomlarını en aza indirmek olmalıdır (Kitiş, 2019). KVH'ın gelişmiş ülkelerde azalma eğilimine girmesinde, toplumun davranış değişikliğini hedefleyen koruma programlarının etkisi büyüktür (Aslan ve Akça, 2020; Uçan ve Aslan, 2017). Korunma stratejilerinin risk faktörlerini belirlemeye ve bilgi düzeyini ölçmeye temellendirilmesi önerilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2021). Kardiyovasküler hastalıkların oluşmasındaki önemli etkenler arasında bireylerin yaşam biçimi ve davranışları sayılmaktadır. Yaşamla ilgili alışkanlıklar, tutum ve davranışlar, kontrol edilebilir risk faktörlerinin önüne geçilmesi bakımından önem kazanmaktadır. Sosyal davranış modellerine göre davranış değişikliği gerçekleştirebilmek için öncelikle bireylerin davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarının farkında olmaları gerekmektedir (Oğuz vd., 2019:185).

Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak sağlık profesyonellerinin rolleri de değişmiştir. Dünya Sağlık Örgütü hemşirenin, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmesi ve uygulaması gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2018). Bu doğrultuda bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi sonucunda kardiyovasküler hastalıklara yönelik eğitim programların oluşturulması ve yürütülmesinde hemşirelerin aktif rol alması önemlidir (Oğuz vd., 2019:185). Bu doğrultuda bu araştırmada, bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin KVH risk faktörleri konusunda bilgi düzeyi belirlenmiş ve sosyodemografik, sağlık ve hastalık özellikleri ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin KVH'ların önlenmesi

amacıyla yapılacak araştırmalar için yol gösterici olacağı ve bireylerde farkındalık yaratacağı düşünölmektedir.

1.GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırma Sivas İl merkezinde basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Mayıs-Ağustos 2019 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvurmuş, 18 yaş ve üzerindeki, koroner arter hastalığı tanısı konulmamış, iletişim problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü G-power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın örnek büyüklüğü; %95 güç ve %95 güven aralığında, Efe-Arslan ve Kılıç-Akça (2020)'nin çalışmasındaki toplam KARRİF-BD puan ortalaması (20,23±3,49) dikkate alınarak örneklem büyüklüğü en az 507 birey olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 512 birey ile örneklem grubu oluşturulmuştur.

Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2019-05/27), İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve katılımcılardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatür taranarak (Arıkan vd., 2016; Uçar ve Aslan, 2017) hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ve kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik sağlık öykülerini içeren 23 sorudan oluşmuştur.

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

Arıkan vd. (2009) tarafından geliştirilen KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden ilk dördü "kardiyovasküler hastalıkların özellikleri"ni, 15 madde "risk faktörlerini" (5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 28. maddeler), dokuz madde ise (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) "risk davranışlarında değişimin sonucunu" sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde verilmiştir ve "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlanmaları istenmiştir. Her doğru yanıtta 1 puan verilmektedir. Yirmi iki soru düz, altı soru (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28'dir. Ölçek puanı yükseldikçe bireyin bilgi düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmakta ve kesme noktası bulunmamaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0.768 bulunmuştur (Arıkan vd., 2009). Bu araştırmanın Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı ise 0,765'dir.

Örnekleme alınan bireylere araştırmacılar tarafından araştırma hakkında bilgi verildikten ve bilgilendirilmiş rıza formu imzalatıldıktan sonra ilgili formlar dağıtılmış ve doldurulması istenmiştir.

Verilerin analizi IBM SPSS (v20) istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; bireylerin yaşı, kronik hastalık durumu, cinsiyeti, beden kütle indeksi özellikleri gibi etmenlerdir. Bağımlı değişken ise, KARRIF- BD ölçekten elde edilen puanlardır. Tanımlayıcı veriler için, sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımının belirlenmesinde Kolmogrow Simirnow testi yapılmıştır. Normal dağılan verilerde, ikili değişkenlerde t testi, çoklu değişkenlerde One-Way ANOVA testi; normal dağılım olmayan verilerde ise ikili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, çoklu değişkenlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. KARRİF-BD ölçek toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde alınmıştır.

2. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $40,14 \pm 13,41$ (min:18 max:85), %75,4'ü kadın, %84,2'si evli, %49,8'i ilkökul mezunudur (Tablo1-4). Bireylerin % 51,2'si ekonomik durumunu gelir giderden az olarak tanımlamıştır (Tablo1). Katılımcıların beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması $25,96 \pm 4,37$ 'dir (Tablo 4). Boy-kilo ölçümlerine göre bireylerin %43,8'inin fazla kilolu, %13,7'sinin obez, %26,0'ının en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve %24,2'sinin düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Sırasıyla bireylerin % 19,1'inin hipertansiyon ve %7,6'sının diyabet hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Ailesinde KVH olan bireylerin %8,4'ünün diyabet, %13,7'sinin hipertansiyon ve %16,0'mın koroner arter hastalığı nedeniyle birinci derece yakını 60 yaşından önce kaybettiği belirlenmiştir (Tablo 2). Sigara içmeye başlama yaş ortalaması $19,37 \pm 4,18$ olan örneklem grubunun %40,0'ı (n=205) şimdiye kadar en az bir kez sigara içtiğini ve %20'si ise halen sigara içtiğini belirtmiştir. Şuan alkol kullanma oranı %11,3'tür (Tablo 2-4). Ayrıca kardiyovasküler risk faktörlerine ilişkin değerlendirmede bireylerin %88,9'unun düzenli egzersiz yapmadığı, yarısından fazlasının orta, %15,5'inin ise yüksek düzeyde stres yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Bireylerin bazı beslenme davranışları incelendiğinde, %21,3'ünün kronik hastalığına ilişkin bir diyet yaptığı, %33,8'inin yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme davranışı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Bireylerin KARRİF-BD toplam puan ortalaması $21,65 \pm 4,27$ 'dir. Ölçek alt boyutları bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; "kardiyovasküler hastalık özellikleri" puan ortalaması $2,64 \pm 1,03$, "kardiyovasküler hastalığın risk faktörleri" puan ortalaması $12,67 \pm 2,88$,

“kardiyovasküler hastalıklarda riskli davranışlarda değişim” puan ortalaması $6,33 \pm 1,42$ olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 1: Bireylerin bazı sosyo-demografik ilişkin özelliklerine göre KARRİF bilgi düzeyleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=512)

Sosyo-demografik özellikler		Sayı (%)	KARRİF-BD (X±SS)			
			Kardiyovasküler hastalık özellikleri	Risk faktörleri	Riskli davranışlarda değişim	KARRİF-BD Toplam
Yaş grubu**	18-44 yaş	348(68,0)	2,64 (1,05)	12,80 (2,80)	6,38 (1,46)	21,84 (4,27)
	45-64 yaş	135 (26,4)	2,53 (1,02)	13,13 (3,15)	6,25 (1,29)	20,91 (4,36)
	65 yaş ve üzeri	29 (5,6)	3,13 (0,74)	13,68 (1,89)	6,06 (1,55)	22,89 (3,32)
		Test ve p değeri	KW=8,944 p=0,011	KW=7,016 p=0,030	KW=2,107 p=0,349	KW=6,966 p=0,031
Cinsiyet**	Kadın	386(75,4)	2,58 (1,03)	12,45 (2,79)	6,34 (1,38)	21,38 (4,16)
	Erkek	126 (24,6)	2,84(1,00)	13,35 (3,03)	6,28 (1,56)	22,49 (4,49)
		Test ve p değeri	z= -2,497 p=0,013	z= -3,574 p=0,000	z= -0,735 p=0,462	z= -2,938 p=0,003
Medeni durum**	Evli	431 (84,2)	2,69 (1,00)	12,63 (2,91)	6,35 (1,37)	21,68 (4,24)
	Bekar	81 (15,8)	2,37 (1,14)	12,92 (2,72)	6,22 (1,69)	21,51 (4,41)
		Test ve p değeri	z=-2,587 p=0,010	z=- ,679 p=0,497	z=- ,297 p=0,766	z=- ,256 p=0,798
Eğitim durumu**	İlköğretim mezunu	255 (49,8)	2,69 (1,08)	12,66 (2,80)	6,26 (1,33)	21,62 (4,24)
	Ortaöğretim mezunu	199 (38,9)	2,67 (0,96)	12,58 (2,97)	6,28 (1,49)	21,53 (4,27)
	Yükseköğretim mezunu	58 (11,3)	2,32 (0,96)	13,06 (2,91)	6,81 (1,42)	22,20 (4,41)
		Test ve p değeri	KW=6,289 p=0,043	KW=0,913 p=0,633	KW=6,797 p=0,033	KW=0,769 p=0,681
Ekonomik durum algısı**	Gelir giderden az	262 (51,2)	2,58 (1,06)	12,32 (3,04)	6,07 (1,41)	20,97 (4,47)
	Gelir gidere eşit	171 (33,4)	2,71 (1,01)	12,88 (2,62)	6,47 (1,32)	22,07 (3,84)
	Gelir giderden fazla	79 (15,4)	2,66 (0,84)	15,27 (1,87)	8,22 (1,21)	26,16 (2,87)
		Test ve p değeri	KW=1,701 p=0,427	KW=20,177 p=0,000	KW=35,466 p=0,000	KW=27,913 p=0,000

* normal dağılım, ikili değişkenlerde t testi, çoklu değişkenlerde One-Way ANOVA testi

** normal olmayan dağılım, ikili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, çoklu değişkenlerde Kruskal Wallis testi

Kardiyovasküler Hastalık Özellikleri Alt Grup Puan Ortalamaları

Bireylerin KVH özellikleri alt grup puan ortalamaları ile yaş grubu ($p=0,011$), cinsiyet ($p=0,013$), medeni durum ($p=0,010$) ve eğitim durumu ($p=0,043$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu doğrultuda 45-64 yaş grubunun, kadınların, bekarların ve yükseköğretim mezunlarının KVH özelliklerine ilişkin bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yükseköğretim mezunlarındaki bu sonuç sayının az olmasından kaynaklanabilir ($n=58$) (Tablo 1).

Ayrıca bireylerin KVH özellikleri alt grup puan ortalamaları ile birinci derecede akrabalarını diyabet hastalığı nedeniyle kaybetme ($p=0,000$), halen sigara içme durumu ($p=0,000$) ve düzenli egzersiz yapma ($p=0,041$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Birinci derecede akrabalarını diyabet hastalığı nedeniyle kaybedenlerin, her gün ve arada sırada

sigara içenlerin ve düzenli egzersiz yapmayanların KVH özelliklerine ilişkin bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Bireylerin KVH özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri ile hayvansal protein [yumurta ($p=0,049$), beyaz et ($p=0,013$)] ve sebze ($p=0,022$) tüketim sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Alt Grup Puan Ortalamaları

Bireylerin KVH risk faktörleri alt grup puan ortalamaları ile yaş grubu ($p=0,030$), cinsiyet ($p=0,000$) ve ekonomik durum algısı ($p=0,000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bir başka ifade ile 65 yaş ve üzeri, erkeklerin, bekarların ve geliri giderden az olanların KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yine bireylerin KVH risk faktörleri puan ortalamaları ile kronik hastalığı olma ($p=0,005$), düzenli ilaç kullanma ($p=0,026$), HT tanısı olma ($p=0,044$), halen sigara içme ($p=0,014$), alkol kullanma ($p=0,000$) ve stres düzeyi ($p=0,006$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kronik hastalığı olanların ve ilaç kullananların, hipertansiyon tanısı olanların, halen ve arada sırada sigara içenlerin, uzun süre alkol kullanıp bırakanların, düşük ve orta düzeyde stres yaşayanların KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 2). Bireylerin KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyleri ile süt ve süt ürünleri [süt ($p=0,000$), peynir ($p=0,008$), yoğurt ($p=0,008$)], hayvansal protein [yumurta ($p=0,018$), beyaz et ($p=0,010$)] tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Riskli Davranışlarda Değişim Alt Grup Puan Ortalamaları

Bireylerin riskli davranışlarında değişim alt grup puan ortalamaları ile eğitim durumu ($p=0,033$), ekonomik durum algısı ($p=0,000$) (Tablo 1) ve alkol kullanma durumu ($p=0,000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 2). Yani bireylerin riskli davranışlarında değişime yönelik bilgi düzeyi, ilköğretim mezunlarında, geliri giderinden az olanlarda ve alkol kullanmayanlarda daha düşük bulunmuştur (Tablo 1-2).

Bireylerin KVH ilişkin riskli davranışlarda değişime yönelik bilgi düzeyleri ile süt ve süt ürünleri [yoğurt ($p=0,000$)] tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 2: Bireylerin bazı KVH risk faktörlerine göre KARRİF bilgi düzeyleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=512)

Bazı Risk Faktörleri		Sayı (%)	KARRİF-BD X(SS)			
			Kardiyovasküler hastalık özellikleri	Risk faktörleri	Riskli davranışlarda değişim	KARRİF-BD Toplam
BKİ sınıflaması**	Normal kilolu	218 (42,6)	2,69 (1,05)	12,42 (2,87)	6,25 (1,35)	21,37 (4,16)
	Fazla kilolu	224 (43,8)	2,65 (0,93)	12,86 (2,83)	6,42 (1,53)	21,94 (4,24)
	Obez	70 (13,6)	2,47 (1,24)	12,88 (3,00)	6,25 (1,28)	21,61 (4,66)
		Test ve p değeri	KW=1,127 p=0,288	KW=2,396 p=0,122	KW=3,025 p=0,082	KW=1,883 p=0,170
Kronik hastalığı olma durumu**	Var ***	133 (26,0)	2,51 (1,06)	12,01 (3,08)	6,30 (1,39)	20,83 (4,51)
	Yok	379 (74,0)	2,69 (1,02)	12,91 (2,77)	6,34 (1,44)	21,94 (4,14)
			Test ve p değeri	z=-1,729 p=0,084	z=-2,840 p=0,005	z=-0,264 p=0,792
İlaçlarını düzenli kullanma*	Var	124 (24,2)	2,56 (1,05)	12,13 (3,20)	6,25 (1,37)	20,95 (4,55)
	Yok	388 (75,8)	2,67(1,02)	12,85 (2,75)	6,35 (1,44)	21,88 (4,15)
			Test ve p değeri	t= -1,013 p=0,318	t= -2,240 p=0,026	t= -0,755 p=0,451
DM tanısı olma **	Var	39 (7,6)	2,35 (1,15)	12,28 (2,39)	6,12 (1,57)	20,76 (4,39)
	Yok	473(92,4)	2,67 (1,02)	12,71 (2,91)	6,34 (1,41)	21,73 (4,25)
			Test ve p değeri	z=-1,532 p=0,126	z=-1,353 p=0,176	Z=-,415 p=0,678
HT tanısı olma*	Var	98 (19,1)	2,51 (1,09)	12,15 (3,25)	6,33 (1,22)	21,00 (4,51)
	Yok	414(80,9)	2,67 (1,01)	12,80 (2,77)	6,33 (1,47)	21,81 (4,20)
			Test ve p değeri	t= -1,452 p=0,147	t=-2,018 p=0,044	t= 0,036 p=0,971
Akrabalarında kalp hast,dan ölen **	Var	82 (16,0)	2,65 (0,89)	12,76 (2,65)	6,30 (1,52)	21,73 (3,77)
	Yok	430 (84,0)	2,64 (1,06)	12,66 (2,92)	6,33 (1,41)	21,64 (4,36)
			Test ve p değeri	t= 0,129 p=0,897	t=-0,304 p=0,747	t= -0,178 p=0,859
Akrabalarında DM'den ölen*	Var	43 (8,4)	2,00 (1,19)	12,65 (2,79)	5,95 (1,58)	20,60 (4,67)
	Yok	469 (91,6)	2,70 (0,99)	12,68 (2,89)	6,36 (1,41)	21,75 (4,22)
			Test ve p değeri	t= -4,356 p= 0,000	t=-0,070 p=0,945	t= -1,819 p=0,069
Akrabalarında HT'den ölen**	Var	70 (13,7)	2,67 (0,92)	13,07 (2,41)	6,48 (1,62)	22,22 (4,04)
	Yok	442 (86,3)	2,64 (1,05)	12,61 (2,94)	6,30 (1,39)	21,56 (4,30)
			Test ve p değeri	z=-,059 p=0,953	z=-,886 p=0,375	z=-,940 p=0,347
Şimdiye kadar sigara içme durumu	İçen	205 (40,0)	2,56 (1,03)	12,66 (2,97)	6,39 (1,39)	21,61 (4,26)
	İçmeyen	307 (60,0)	2,70 (1,04)	12,69 (2,82)	6,28 (1,44)	21,68 (4,28)
			Test ve p değeri	t=-1,529 p=0,127	t= - 0,104 p=0,917	t= 0,816 p= 0,412
Halen sigara içme durumu** (n=205)	Evet her gün	103 (20,1)	2,66 (0,97)	12,93 (3,03)	6,38 (1,45)	21,99 (4,27)
	Ara sıra içerim	29 (5,6)	1,79 (0,98)	11,20 (2,95)	6,31 (0,92)	19,31 (4,21)
	Bırakmış	73 (14,3)	2,71 (1,02)	12,86 (2,75)	6,43 (1,49)	22,01 (4,03)
		Test ve p değeri	KW=16,187 p=0,000	KW=8,515 p=0,014	KW=0,635 p=0,728	KW=9,837 p=0,007
Alkol kullanma durumu*	Kullanmadım	435 (49,8)	2,66 (1,04)	12,54 (2,88)	6,26 (1,33)	21,47 (4,26)
	Kullandım	54 (38,9)	2,44 (1,02)	12,51 (2,71)	6,28 (1,49)	21,24 (4,04)
	Şuan kullanıyorum	23 (11,3)	2,82 (0,83)	13,06 (2,91)	6,81 (1,42)	26,04 (1,94)
		Test ve p değeri	F=1,428 p=0,241	F=13,034 p=0,000	F=9,947 p=0,000	F=13,387 p=0,000
Düzenli egzersiz yapma durumu*	Var	57 (11,1)	2,87 (0,86)	13,19 (3,01)	6,14 (1,46)	22,21 (4,47)
	Yok	455 (88,9)	2,61 (1,05)	12,61 (2,86)	6,35 (1,42)	21,58 (4,24)
			Test ve p değeri	t= 2,077 p=0,041	t=-1,428 p=0,154	t= -1,048 p=0,298
Şuan yaşadığı stres düzeyi algısı*	Yüksek	80 (15,6)	2,76 (1,05)	13,43 (2,79)	6,33 (1,56)	22,53 (4,28)
	Orta	278 (54,3)	2,60 (1,09)	12,34 (2,90)	6,31 (1,43)	21,26 (4,31)
	Düşük	154 (30,1)	2,65 (0,91)	12,88 (2,80)	6,36 (1,34)	21,90 (4,11)
			F= ,702 p=0,496	F= 5,130 p=0,006	F= ,063 p=0,939	F= 3,159 p=0,043

* normal dağılım, ikili değişkenlerde t testi, çoklu değişkenlerde One-Way ANOVA testi, ** normal olmayan dağılım, ikili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, çoklu değişkenlerde Kruskal Wallis testi; ***birden fazla işaretleme yapılmıştır

Tablo 3: Bireylerin bazı beslenme davranışlarına KARRİF bilgi düzeyleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=512)

Bazı Beslenme Davranışları		Sayı (%)	KARRİF-BD X(SS)			
			Kardiyovasküler hastalık özellikleri	Risk faktörleri	Riskli davranışlarda değişim	KARRİF-BD Toplam
Kronik Hst ilişkin diyet yapma durumu**	Var	109 (21,3)	2,63 (1,05)	12,29 (3,13)	6,22 (1,23)	21,14 (4,55)
	Yok	403(78,7)	2,65 (1,03)	12,78 (2,80)	6,36 (1,47)	21,79 (4,18)
Test ve p değeri			z= -,176 p=0,860	z= -1,231 p=0,218	z= -,767 p=0,443	z= -1,172 p=0,241
Süt tüketme sıklığı** (n=406)	Hergün	142 (48,4)	2,52 (1,00)	12,01 (3,01)	6,43 (1,37)	20,97 (4,31)
	3-4günde/haftada bir	264 (51,6)	2,74 (0,99)	12,84 (2,81)	6,36 (1,44)	21,95 (4,20)
Test ve p değeri			KW=4,533 p=0,104	KW=11,891 p=0,003	KW=4,418 p=0,110	KW=6,641 p=0,036
Peynir tüketim sıklığı** (n=474)	Hergün	407 (79,4)	2,61 (1,05)	12,49 (2,92)	6,29 (1,43)	21,41 (4,37)
	3-4günde/haftada bir	67 (20,6)	2,79 (0,94)	13,11 (2,53)	6,31 (1,25)	22,22 (3,67)
Test ve p değeri			KW=1,699 p=0,428	KW=9,652 p=0,008	KW=2,912 p=0,233	KW= 8,410 p=0,015
Yoğurt tüketme sıklığı* (n=478)	Hergün	218 (49,2)	2,67 (1,07)	12,85 (2,96)	6,36 (1,43)	21,49 (4,41)
	Haftada 1-2 kase	260 (50,8)	2,55 (0,96)	12,72 (2,77)	6,28 (1,44)	21,55 (4,15)
Test ve p değeri			F=1,428 p=0,241	F=13,034 p=0,000	F=9,947 p=0,000	F=13,387 p=0,000
Yumurta tüketim sıklığı** (n=430)	Hergün 1 tane	173 (49,2)	2,63 (1,06)	12,57 (2,70)	6,31 (1,37)	21,52 (4,03)
	Haftada 1-2	257 (50,8)	2,71 (0,94)	12,75 (2,84)	6,28 (1,48)	21,75 (4,22)
Test ve p değeri			F=-2,635 p=0,049	F=-3,383 p=0,018	F=-0,728 p=0,536	F= 2,675 p=0,047
Kırmızı et tüketim sıklığı**	Haftada 2-3 gün	344 (67,2)	2,70 (0,98)	12,58 (2,85)	6,25 (1,43)	21,53 (4,23)
	Ayda / iki ayda bir	168 (32,8)	2,53 (1,12)	12,88 (2,92)	6,50 (1,41)	21,91 (4,35)
Test ve p değeri			z=-1,418 p=0,156	z=-1,268 p=0,205	z=-1,370 p=0,171	z= - 1,215 p=0,224
Beyaz et tüketim Sıklığı**	Hergün	40 (7,8)	2,50 (1,15)	11,87 (2,01)	6,30 (1,24)	20,67 (3,03)
	Haftada 1-2 gün Ayda /	333 (65,1) 139 (27,1)	2,74 (0,95) 2,44 (1,14)	12,90 (2,82) 12,35 (3,15)	6,31 (1,41) 6,38 (1,51)	21,97 (4,18) 21,19 (4,70)
Test ve p değeri			KW=8,633 p=0,013	KW=9,183 p=0,010	KW= ,416 p=0,812	KW= 6,617 p=0,037
Meyve tüketim Sıklığı**	Hergün	342 (33,8)	2,67 (1,01)	12,60 (2,89)	6,25 (1,39)	21,54 (4,24)
	Haftada 1-2 gün	170 (66,2)	2,58 (1,07)	12,82 (2,86)	6,48 (1,48)	21,88 (4,32)
Test ve p değeri			z=- ,793 p=0,428	z=-0,727 p=0,467	z=-1,498 p=0,134	z= - ,951 p=0 ,342
Sebze tüketim Sıklığı**	Hergün	343 (67,0)	2,58 (1,01)	12,60 (3,02)	6,35 (1,42)	21,53 (4,48)
	Haftada 1-2 gün	169 (33,0)	2,78 (1,05)	12,84 (2,55)	6,27 (1,44)	21,89 (3,79)
Test ve p değeri			z=-2,293 p=0,022	z=- ,247 p=0,805	z=- ,665 p=0,506	z= - ,308 p= 0,758
Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme**	Evet	173 (33,8)	2,67 (1,03)	12,61 (2,91)	6,27 (1,45)	21,56 (4,33)
	Hayır	339 (66,2)	2,63 (1,03)	12,71 (2,86)	6,36 (1,41)	21,70 (4,24)
Test ve p değeri			z=-2,245 p=0,086	z=-0,314 p=0,754	z=-0,583 p=0,560	z= - 0,170 p=0,865

* normal dağılım, ikili değişkenlerde t testi, çoklu değişkenlerde One-Way ANOVA testi

** normal olmayan dağılım, ikili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, çoklu değişkenlerde Kruskal Wallis testi

Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Toplam Puan Ortalamaları

Bireylerin KARRİF-BD toplam puan ortalamaları ile yaş grubu ($p=0,031$), cinsiyet ($p=0,003$) ve ekonomik durum algısı ($p=0,000$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 1). Ek olarak, bireylerin KARRİF-BD toplam puan ortalamaları ile kronik hastalığı olma ($p=0,019$), kronik hastalığı için düzenli ilaç kullanma ($p=0,034$), halen sigara içme ($p=0,007$), alkol kullanma durumu ($p=0,000$) ve yaşadığı stres düzeyi ($p=0,043$) arasında istatistiksel fark anlamlıdır (Tablo 1). Bu bulguya göre 65 yaş ve üzeri grubun, kadınların ve geliri giderinden az olanların KARRİF-BD'nin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Ek olarak, bireylerin KARRİF-BD toplam puan ortalamaları ile kronik hastalığı olma ($p=0,019$), kronik hastalığı için düzenli ilaç kullanma ($p=0,034$), halen sigara içme ($p=0,007$), alkol kullanma durumu ($p=0,000$) ve yaşadığı stres düzeyi ($p=0,043$) arasında istatistiksel fark anlamlıdır. Özetle, kronik hastalığı olanlarda, düzenli ilaç kullanmayanlarda, hergün ve arada sırada sigara içenlerde, alkolü kullanıp bırakanlarda, orta ve düşük düzeyde stres yaşayanlarda KARRİF-BD'nin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Bireylerin KARRİF-BD'ne ilişkin bilgi düzeyleri ile süt ve süt ürünleri [süt ($p=0,036$), peynir ($p=0,015$), yoğurt ($p=0,000$)], hayvansal protein [yumurta ($p=0,047$), beyaz et ($p=0,037$)] tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4: Bireylerin yaş, sigaraya başlama yaşı ve BKİ ortalamaları KARRİF-BD toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Özellikler	Ortalama X(SD)	Min - Max
Yaş ortalaması	40,14 (13,41)	18-85
Günde en az bir adet sigara içmeye başlama yaş ortalaması	19,37 (4,18)	12-32
Beden Kütle İndeksi ortalaması	25,96 (4,37)	18-52
Kardiyovasküler hastalık özellikleri(ilk 4 madde)	2,64 (1,03)	0-4
Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri (15 madde; 3ters madde)	12,67 (2,88)	0-15
Kardiyovasküler hastalıklara ilişkin riskli davranışlarda değişim (9 madde; 3 ters madde)	6,33 (1,42)	0-9
KARRİF-BD Toplam (22 düz madde- 6 ters madde)	21,65 (4,27)	0-28

Bireylerin yaş, sigaraya başlama yaşı ve BKİ ortalamaları ile KARRİF-BD toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

Değerlendirmeye göre yaş ile sigaraya başlama yaşı ($r=,234$, $p<0,05$), BKİ ($r=,284$, $p<0,05$), KVH özellikleri ($r=,112$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Bireylerin KVH ilişkin riskli davranışlarda değişim ile sigaraya başlama yaşı ($r=,139$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki vardır.

Tablo 5: Bireylerin yaş, sigaraya başlama yaşı ve BKİ ortalamaları ile KARRİF-BD toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1, Yaş	1						
2, Sigara içmeye başlama yaşı	r= ,234**	1					
3, BKİ	r= ,284**	r= ,111	1				
4, KVH özellikleri	r= ,112*	r= -,038	r= -,023	1			
5, KVH risk faktörleri	r= ,028	r= -,016	r= ,083	r= ,349**	1		
6, Riskli davranışlarda değişim	r= -,053	r= -,139*	r= ,038	r= ,078	r= ,548**	1	
7, KARRİF-BD toplam	r= ,028	r= -,025	r= ,063	r= ,504**	r= ,943**	r= ,723**	1

**p<0,01 *p<0,05

3. TARTIŞMA

Herhangi bir sağlığı geliştirme programının uygulanmasındaki başarı, hedeflenen nüfusun bilgisi, farkındalığı ve algısı hakkındaki bilgilere bağlıdır. Bu bakış açısı ile bu araştırmada, bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörleri incelendi.

Bu araştırmada bireylerin KARRİF-BD ortalama puanı $21,65 \pm 4,27$; literatürde farklı gruplar ile yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre düşük bulundu [Tan vd. (2013) $22,47 \pm 3,38$; Badir vd. (2015) $21,8 \pm 4,37$]. Diğer taraftan, bu araştırmanın toplam puan ortalaması, konu ile ilgili yapılan bazı çalışmaların puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur [Arıkan vd. (2009) $19,3 \pm 3,2$; Gürdoğan ve ark. (2015) $18,65 \pm 4,04$; Uçar-Aslan vd. (2017) $20,21 \pm 4,39$; Balcı vd. (2018) $19,23 \pm 3,03$; Oğuz vd. (2019) $19,5 \pm 4,6$; Efe Aslan ve Kılıç-Akça (2020) $20,23 \pm 3,49$]. Bu puan ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan olan 28'e yakın ve bireylerin bilgi düzeyi orta olarak kabul edilebilir.

Yaşa göre bilgi puanları incelendiğinde, KVH riski hakkında en yüksek düzeyde bilgiye 65 yaş üstü bireyler sahipti. Benzer şekilde Uçar ve Aslan'ın (2017) çalışmasında yaş ile bilgi puanı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon bildirilmiştir ($r=0,373$; $p<0,01$) (Uçar ve Aslan, 2017). Bu sonuçların aksine, Tan vd.'nin (2013) çalışmasında 60 ve üzeri bireylerin bilgi düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada da KVH bilgisinin yaş arttıkça azaldığı bildirilmiştir (Cin vd., 2018). Yapılan diğer çalışmalarda ise bilgi puanı yaşa göre farklılık göstermemiştir (Kırağ ve Çalışkan, 2020; Efe Arslan ve Kılıç Akça, 2020). Bu araştırmada 65 yaş üstü bireylerin daha fazla bilgiye sahip olmaları ile ilgili sonuç, Uçar ve Aslan'ın araştırması ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalık deneyimi ile ilişkilendirilebilir. 65 yaş altı bireylerde bilgi düzeyinin düşük olması, KVH riskinin yüksek olduğu bu grup için, bilgi gereksiniminin olduğuna dikkat çekmektedir.

KVH genellikle erkek hastalığı olarak tanımlanmakta olmasına rağmen (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012) son yıllarda kadınlarda da yaygınlığı artmıştır (Haider vd., 2020). Erkeklerin ve kadınların benzer risk faktörlerine maruz kaldıkları, ancak kadınlarda görülen gebelik hipertansiyonu, gebelik diyabeti, polikistik over sendromu ve erken menopozun KVH riskini daha da artırdığı bildirilmektedir (Boliyn vd., 2020). Bu çalışmada ise erkeklerin kardiyovasküler hastalık özellikleri, risk faktörleri ve toplam KARRİF bilgi düzeyi daha yüksek bulundu ancak Kul (2018) çalışmasında KVH risk konusunda, kadınların erkeklerden anlamlı şekilde daha bilgili olduğunu bildirmiştir. Diğer çalışmalar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kadınların bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Efe Arslan ve Kılıç Akça, 2020; Andsoy vd., 2015; Oğuz vd., 2019; Uçar ve Aslan, 2017; Yılmaz ve Boylu, 2016). Örs ve Tümer'e (2020) göre kadınların erkeklere kıyasla kadına özgü risk faktörlerine ilişkin farkındalık düzeyleri ve tarama programlarına katılımları daha düşüktür. Günümüzde kadınların KVH riskinin arttığı ve farkındalığının yetersiz olduğu düşünüldüğünde, toplumda yaygın olan "erkeklerde KVH riski daha yüksektir" algısından uzaklaşılması ve kadınlara özgü güncel risklerin de ele alındığı eğitim programlarının hazırlanması önemlidir.

Bu çalışmada medeni duruma göre KVH özelliklerini bilme düzeyi anlamlı şekilde yüksek olmasına rağmen toplam bilgi puanı anlamlı değildir. Bu sonuç Efe Arslan ve Kılıç Akça'nın (2020) çalışması ile benzerdir. Bazı çalışmalarda ise evli bireylerin bilgi düzeyinin bekarlardan önemli derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Kırağ ve Çalışkan, 2020; Kul, 2018; Uçar ve Aslan, 2017). Evli olma düzenli beslenme alışkanlığı kazanımını olumlu etkileyebilir.

Bilgi düzeyi, eğitim durumu ile, yükseköğretim düzeyi de yüksek bilişsel işlevlerle ilişkilendirilmektedir (Kang vd., 2010). Bu çalışmada eğitim durumu bilgi düzeyinde anlamlı bir fark ortaya koyamamıştır. Hatta üniversite mezunu bireylerde "KVH özellikleri" bilgisi anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Benzer şekilde Uçar ve Aslan'ın (2017) ve Krupp vd.'nin (2020) çalışmalarında bilgi düzeyi eğitim durumu ile ters orantılıdır. Cin vd.'nin (2018) çalışmasında öğrencilerin okuduğu sınıf arttıkça bilgi düzeyi azalmaktadır. Literatürde eğitim düzeyi ile KVH bilgi düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalara da rastlanmıştır (Awad ve Al-Nafisi, 2014; Al Hamarneh vd., 2011; Kırağ ve Çalışkan, 2020; Örs ve Tümer, 2020; Yılmaz ve Boylu, 2016). Eğitim düzeyi ile KVH risk bilgi düzeyinin paralel şekilde artması beklenirken bu araştırma ve literatürde çalışmaların çoğunda bilgi düzeyi eğitim ile artmamıştır. Bu doğrultuda bireylerin eğitim düzeyine yönelik planlanmalar yapılarak farkındalık oluşturulması gerekmektedir. Diğer taraftan bu çalışmada gelir düzeyi düştükçe bilgi düzeyi de anlamlı şekilde düşmüştür. Krupp vd.'nin (2020) ile Örs ve Tümer'in (2020) çalışmalarında gelir düzeyi azaldıkça bilgi puanı da anlamlı şekilde düşmektedir. Gelir düzeyi

arttikça KVH bilgi düzeyinin anlamlı şekilde arttığını bildiren araştırmalar (Al Hamarneh vd., 2011; Örs ve Tümer, 2020) yanı sıra gelir düzeyinin bilgi düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Awad ve Al-Nafisi, 2014; Efe Arslan ve Kılıç Akça, 2020; Uçar ve Arslan, 2017).

Bu araştırmada kronik hastalığı olanların KVH riski bilgisi kronik hastalığı olmayan bireylerden anlamlı şekilde düşük bulundu. Benzer şekilde Efe Arslan ve Kılıç Akça (2020) ve Oğuz vd.'nin (2019) çalışmalarında, ailesinde kronik hastalık olma durumu bilgi düzeyini anlamlı şekilde etkilememiştir. Aksine birçok çalışmada yakınlarında kronik hastalığı olanların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Andsoy vd., 2015; Awad ve Al-Nafisi, 2014; Gürdoğan vd., 2014; Kul, 2018; Örs ve Tümer, 2020; şimşek ve Ökmen, 2020; Winham ve Jones, 2011; Tan vd., 2013; Uçar ve Arslan, 2017; Yılmaz ve Boylu, 2016). Bu bulgulara göre; bu araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalıkları olmasına veya yakınlarını hastalıkla ilişkili kaybetmelerine rağmen istendik düzeyde farkındalık kazanmadığı söylenebilir.

Kalp ve damar hastalıklarının büyük bir kısmı tütün kullanımı, sağlıksız diyet, yetersiz fiziksel aktivite, alkol kullanımı gibi davranışsal risk faktörleri ve stresin azaltılmasıyla engellenebilir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020). KVH'ların değiştirilebilir risk faktörleri incelendiğinde, bu araştırmada stres düzeyini yüksek olarak bildirenlerin oranı düşük ancak bilgi puan ortalamaları yüksek bulundu. Bu sonuç stresin kardiyovasküler sağlığı olumsuz etkilediği bilgisini desteklemektedir (Yıldırım ve Öztürk, 2016). Bu araştırmada kronik hastalığı olanların çoğunluğunun diyetine uyduğu ancak KVH bilgi düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Bireylerin beslenme özellikleri incelendiğinde yaklaşık yarısı her gün süt, peynir, yoğurt, yumurta tüketmektedir ve bilgi düzeyleri bu besinleri tüketmeyenlerden anlamlı şekilde düşüktür. Süt ürünleri, KVH üzerinde faydalı etkiler gösterebilen mineraller, protein ve vitaminler bakımından zengindir. Öte yandan, süt ürünleri doymuş yağ içerdiğinden KVH için risk oluşturabilir (Soedamah-Muthu vd., 2011). Literatür incelendiğinde çok sayıda kohort çalışmasına rastlanmış ancak süt ve süt ürünleri tüketimi ile KVH riskinin tutarlı bir şekilde ilişkilendirilemediği görülmüştür (Demir Doğan ve Tayhan Kartal, 2019; Dalmeijer vd., 2013; Drouin-Chartier vd., 2016; Laursen vd., 2019; Lovegrove ve Givens, 2016; Praagman vd., 2015; Soedamah-Muthu ve De Goede, 2018).

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, kapsamına alınan bireylerin verilerini yansıtmaktadır. Araştırmanın tek bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yapılmış olması elde edilen sonuçların topluma genellenememesi açısından kısıtlılıktır. Bununla birlikte örnekleme yer alan ve aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin toplumun küçük bir parçasını temsil etmesi yönüyle sonuçların benzer topluluklar için fikir verebileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmada bireylerin KVH risk faktörleri bilgilerinin orta düzeyde olduğu, erkeklerin, ortalama aylık geliri yüksek olanların, kronik hastalığa sahip olmayanların KVH risk faktörleri bilgi düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. Sigarayı bırakmış olanların bilgi düzeyi anlamlı şekilde yüksek iken alkol kullananların oranı düşük ancak bilgi puanı yüksektir. Bireylerin çoğunluğu egzersiz yapmamakta ancak düzenli egzersiz yapanların KVH hastalık özellikleri bilgisi yüksektir. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan bireylerin KVH yönünden riskli olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma konusunda bilgi ve profesyonel desteğe gereksinimi olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, hemşirelerin önleme ve erken tanılama çalışmalarında aktif rol alması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

NAG, ESG araştırma tasarımı, NAG, ZT ve ESG veri toplama, NAG ve ZT veri analizi, NAG, ZT ve ESG makale yazımına katkı sunmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Teşekkür

Araştırma sürecinde desteğini esirgemeyen Süreyya Çerikçioğlu Gökdoğan'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

Al Hamarneh, YN., Crealey, GE., McElnay, JC. (2011). Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 33(1):111-123.

Andsoy, II., Sevinc Tastan, RN., Emine Iyigun, RN., Kopp, LR. (2015). Knowledge and attitudes towards cardiovascular disease in a population of North Western Turkey: A cross-sectional survey. *International Journal of Caring Sciences*. 8(1):115.

Arkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C. ve Yıldız, Z., (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol.*37(1):35-40.

Arslan, DE., Akça, NK. (2020). Akademik Personelin Kardiyovasküler Risk Farkındalıkları. *Kocaeli Med J.* 9(2):31-38.

Awad, A., Al-Nafisi, H. (2014). Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 14(1):1-11.

Badır, A., Demir, Korkmaz., F. (2014). Koroner Arter Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: Karadokovan, A., Eti Aslan, F. Akademisyen Tıp Kitabevi, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara.

Badır, A., Tekkas, K., Topcu, S. (2015). Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology.*14(5):441-449. <https://doi.org/10.1177/1474515114540554>

Balcı, AS., Kolaç, N., Şahinkaya, D., Yılmaz, E., Nirgiz, C. (2018). Ofis çalışanlarında kardiyovasküler hastalık riski ve bilgi düzeyi. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 9(18):1-6.

Barr, DA. (2017). The childhood roots of cardiovascular disease disparities. *In Mayo Clinic Proceedings.* 92 (9): 1415-1421). Elsevier.

Bolijn, R., Schalkers, I., Tan, HL., Kunst, AE., van Valkengoed, IGM. (2020). Patient perspectives on priorities for research on conventional and sex-and gender-related cardiovascular risk factors. *Netherlands Heart Journal.* 28(12): 656-661.

Cin, A., Doğan, ES., Demirağ, H. (2018). Paramedik Öğrencilerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi.* 6(2):36-43.

Dalmeijer, GW., Struijk, EA., van der Schouw, YT., Soedamah-Muthu, SS., Verschuren, WM., Boer, JM. et al. (2013). Dairy intake and coronary heart disease or stroke--a population-based cohort study. *International Journal of Cardiology.* 167(3):925-929. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.03.094>

Demir Doğan, M., Tayhan Kartal, F. (2019). Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarının Risk Faktörleri Üzerine Beslenme Durumunun Etkisi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi.* 3(1):11-19.

Drouin-Chartier, J. P., Brassard, D., Tessier-Grenier, M., Côté, J. A., Labonté, M. È., Desroches, S. et al. (2016). Systematic review of the association between dairy product consumption and risk of cardiovascular-related clinical outcomes. *Advances in Nutrition.* 7(6):1026-1040.

Eray, A., Ateş, E., Set, T. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 22(1): 12-19.

European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2012; 40(3): 1-76.

Gürdoğan, E.P., Kurt, S., Ünsar, S., (2014). The Knowledge about Cardio-vascular Risk Factors among Students in A Faculty of Health Sciences. *Euras J Fam Med.* 3(2):79–84.

Haider, A., Bengs, S., Luu, J., Osto, E., Siller-Matula, JM., Muka, T. et al (2020). Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. *European Heart Journal.* 41(13): 1328-1336.

Harris, ER. (2020). *Epidemiology of Chronic Disease Global Perspectives.* Second edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Jafari Azad, B., Daneshzad, E., Azadbakht, L. (2020). Peanut and cardiovascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition.* 60(7):1123-1140.

Kang, Y., Yang, IS., Kim, N. (2010). Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research.* 24(1): 45-55. doi:10.1016/S1976- 1317(10)60005-9.

Kara, S., Arslan, B., Mergen, H., Öngel, K. (2012). Aile Hekimliği Polikliniklerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *İzmir Tepecik Eğitim Hastane Derg,* 22(3):163-169s.

Kırağ, N., Çalışkan, G. (2020). Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. *Medical Sciences (NWSAMS).* 15(1):1-11. <http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2020.15.1.1B0085>.

Kitiş, Y. (2019). Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve yönetimi ve yaşam tarzı değişikliğine uyumda aile sağlığı hemşiresinin rolü. Hacıhasanoğlu Aşılar R, editör. *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik.* 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri.* 1-6.

Krupp, K., Wilcox, M. L., Srinivas, A., Srinivas, V., Madhivanan, P., Bastida, E. (2020). Cardiovascular Risk Factor Knowledge and Behaviors Among Low-Income Urban Women in Mysore, India. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 35(6):588-598. doi: 10.1097/JCN.00 00000000000657

Kul, B. (2018). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin kardiyovasküler risk faktörlerini bilme durumu (Master's thesis), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <http://hdl.handle.net/11424/39358>.

Laursen, A., Sluijs, I., Boer, J., Verschuren, W., van der Schouw, YT., Jakobsen, MU. (2019). Substitutions between dairy products and risk of stroke: results from the European Investigation into Cancer and Nutrition-Netherlands (EPIC-NL) cohort. *The British Journal of Nutrition.* 121(12): 1398–1404. <https://doi.org/10.1017/S0007114519000564>

Lovegrove, J., Givens, D. (2016). Dairy food products: Good or bad for cardiometabolic disease? *Nutrition Research Reviews.* 29(2): 249-267. doi:10.1017/S0954422416000160

Micha, R., Peñalvo, JL., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, CD., Mozaffarian, D. (2017). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA*. 317(9): 912-924.

Oğuz, S., Erguvan, B., Ünal, G., Bayrak, B., Çamcı, G. (2019). Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *MN Kardiyoloji*. 26(3):184-191.

Örs, S. H., Tümer, A. (2020). Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*.2(2):81-88.

Praagman, J., Franco, OH., Ikram, MA., Soedamah-Muthu, SS., Engberink, MF., Van Rooij, FJ. et al (2015). Dairy products and the risk of stroke and coronary heart disease: the Rotterdam Study. *European Journal of Nutrition*, 54(6): 981-990.

Sağlık Bakanlığı (2017). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). Yayın No:1056. Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547> (Erişim Tarihi:10.10.2020).

Smith. E., Sweeting, H., Wringht, C. (2013). “Do I care?” young adults’ recalled experiences of early adolescent overweight and obesity: A qualitative study. *International Journal of Obesity*,37: 303-308.

Soedamah-Muthu, SS., Ding, EL., Al-Delaimy, WK., Hu, FB., Engberink, MF., Willett, WC. et al (2011). Milk and dairy consumption and incidence of cardiovascular diseases and all-cause mortality: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 93(1): 158-171.

Soedamah-Muthu, SS., De Goede, J. (2018). Dairy consumption and cardiometabolic diseases: systematic review and updated meta-analyses of prospective cohort studies. *Current Nutrition Reports*. 7(4): 171-182.

Şimşek, E., Ökmen, M. (2020). Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 22(3):1-11.

Tan, M., Dayapoğlu, N., Şahin, Z., Gürcan, M., Polat, H. (2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(3):331-41.

Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm>, (Erişim Tarihi:16.01.2021).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). Ölüm ve Ölüm Nedenleri İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>. 28.11.2020

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020:26, <https://tkd.org.tr/TKDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastalıkları-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>, (Erişim Tarihi:12.11.2020).

Uçar, A., Arslan, S. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 8(17):121-130.

World Health Organization (WHO) (2018). The top 10 causes of death. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, (Erişim Tarihi: 27.11.2020).

Winham, DM., Jones, KM. (2011). Knowledge of young African American adults about heart disease: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 11(1):1-11.

Yılmaz, M., Boylu, M. (2016). Determining the levels of knowledge about cardiovascular risk factors and behaviours of desk-based staff/Masa basi çalışanlarda kardiyovaskuler hastalik risk faktorleri bilgi düzeyleri ve davranis durumları. *Journal of Education and Research in Nursing*. 13(1): 259-267.

Yıldırım, NK., Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 7(2): 60-68.