




Araştırma Makalesi | Research Article

40 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE BAZI DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

CARDIOVASCULAR DISEASES RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVELS OF INDIVIDUALS OVER 40 YEARS OLD AND THEIR RELATIONSHIP WITH SOME VARIABLES

 Gülnaz Karatay^{1*},  Akgün Yeşiltepe²,  Hakkı Aktaş³

¹Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Tunceli, Türkiye. ²Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Tunceli, Türkiye. ³Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü, Tunceli, Türkiye.



ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, 40 yaş üstü bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeylerinin saptanması ve bazı değişkenlerle ilişkisinin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel türdeki bu çalışma; bir il merkezinde ağırlıklı tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 40 yaş üstü 386 kişi ile yürütüldü. Veriler 15 Mayıs-15 Haziran 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yapılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizi ile spearman korelasyon analizi yapıldı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların KARRIF-BD toplam puan ve KVH'den Korunma, KVH Risk Faktörleri, KVH'nin Özellikleri alt boyut puan ortalamalarının sırasıyla; 19,92±4,40, 6,20±1,56, 11,40±2,65, 2,31±1,08 olarak hesaplandı. Öğrenim durumu ve meslek ile KARRIF-BD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Sonuç: Bu örneklem grubunda KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyinin diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği, risk farkındalığı ile davranışlar arasında uyum olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler hastalıklar, risk faktörleri, toplum taraması, prevalans

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the knowledge levels of cardiovascular disease risk factors in individuals over the age of 40, and to reveal their relationship with some variables.

Methods: This cross-sectional study; it was conducted with 386 people over the age of 40 selected using the weighted stratified sampling method in a city center. The data were collected by face-to-face interviews between 15 May and 15 June 2018. Spearman correlation analysis was performed with Mann Whitney U and Kruskal Wallis analysis in the evaluation of the data. The corrected Bonferroni test was used to find out from which group the difference originated.

Results: Participants KARRIF-BD total score and protection from CVD, CVD Risk Factors, CVD characteristics subscale mean scores respectively; It was calculated as 19.92±4.40, 6.20 ±1.56, 11.40±2.65, 2.31±1.08. Education level and profession were found to be significant predictors of KARRIF-BD Scale score.

Conclusion: It was found that the knowledge level of CVD risk factors in this sample group was similar to other studies, and there was no correlation between risk awareness and behaviors.

Keywords: Cardiovascular diseases, risk factors, community survey, prevalence

Giriş

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH); bir yıldan uzun süren ve işlevsel kısıtlamalara neden olan, tam bir tedavisi söz konusu olmadığı için sürekli izleme ve tedavi gerektiren fiziksel veya zihinsel sağlık sorunlarını içeren hastalık kategorisini ifade etmektedir.¹ Küresel düzeyde ölümlerin üçte ikisinden fazlası (%71, yaklaşık 41 milyon) BOH'lar nedeniyle meydana gelmektedir.² BOH'lar aynı zamanda 30-69 yaş aralığında gerçekleşen 15 milyon prematür (erken) ölümünden sorumludur ve bu ölümlerin %85-90'ı düşük-orta gelir grubundaki ülkelerde meydana gelmektedir.³

Küresel düzeyde tüm ölümlerin üçte ikisinden fazlası ise BOH'lar içinde yer alan dört ana kronik hastalık nedeniyle meydana gelmekte olup, yaygın görülen bu hastalık grupları içinde kardiyovasküler hastalıklar (koroner kalp hastalığı ve inme) ilk sıraya yerleşmiştir.³ Küresel hastalık yüküyle ilgili 204 ülkeden 369 hastalıkla ilgili elde edilen ve 1990- 2019 yılları arasını kapsayan verilere göre; 50-74 ve 75 yaş üzeri bireylerde iskemik kalp hastalıkları ve inmeler, Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted LifeYears-DALY) indeksi açısından en fazla yük oluşturan hastalık grubunu oluşturmaktadır.⁴ Ülkemizde ise Ulusal Hastalık Yükü ile ilgili 2004 ve 2017 yılları arasında oluşan farklılaşmayı gösteren verilere göre; iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda gelmektedir ve zaman içerisinde yaygınlığın giderek artacağına vurgu yapılmaktadır.⁵

Kalp ve damar hastalıklarının başlıca sebepleri arasında sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve obeziteye yol açan sağlıksız beslenme alışkanlıkları yer almaktadır.⁶ Sigara ve alkol kullanımı kardiyovasküler hastalıklara (KVH) bağlı erken ölümlerin hala en önemli önlenilebilir nedenlerinin başında gelmektedir. KVH'ler genellikle yaşlı bireylerle ilişkilendirilerek düşünülse de, orta yaş döneminde kalp krizlerine bağlı prematür (erken) ölümlerin her geçen gün artması oldukça dramatiktir.^{3,7} KVH'lerden kaynaklı prematür ölümlerin en önemli nedenleri arasında hızlı kentleşmenin getirdiği batılı yaşam tarzı, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, teknoloji bağımlılığının giderek artması ve hareketsiz yaşam gibi değiştirilebilir riskler yer almaktadır.⁸ *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı"* çalışması sonuçlarını göre; toplumun %31,5'inin halen tütün ürünü kullandığı, %43,6'sının Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık için önerdiği fiziksel aktivite kriterlerini karşılamadığı; her 3 kişiden 2'sinin fazla kilolu, her 10 kişiden 3'ünün obez olduğu; kısacası nüfusun yarıdan fazlasının (%51,2), BOH'lar açısından üç ya da daha fazla risk faktörüne sahip olduğu saptanmıştır.⁹

Her yaş grubundaki bireylerin kalp damar sağlığını koruyabilmesi ve prematür ölümlerin önlenilebilmesi için bazı yaşam tarzı değişikliklerine ihtiyaç vardır. Ancak topluma yaşam tarzı değişikliklerinin önerilebilmesi için kültüre özgü risk faktörlerinin ortaya konulması önemlidir. Çalışmanın yürütüldüğü ilde yetişkinlerde KVH risk

faktörleri bilgi düzeyleri ve ilişkili olduğu risk faktörleri bilimsel olarak ortaya konulmamıştır. Bu çalışmanın amacı bir ilde 40 yaş üstü bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve bazı değişkenlerle ilişkisini ortaya koymaktır.

Araştırma Soruları

1. Çalışmanın yürütüldüğü ilde 40 yaş üzeri bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri nasıldır?
2. 40 yaş üzeri bireylerde KVH bilgi düzeyini etkileyen değişkenler nelerdir?
3. 40 yaş üzeri bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi nasıldır?

Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu çalışma kesitsel türde planlandı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma bir il merkezinde bulunan 8 mahallede yürütüldü. Çalışmanın yürütüldüğü il doğurganlık oranının oldukça azaldığı ve doğuştan beklenen yaşam süresinin en uzun olduğu illerdendir. İlde yaşlı nüfus hızı %13'ün üzerine çıkmıştır ve bu düzey Türkiye ortalamasından fazladır.¹⁰

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışma evrenini; çalışmanın yürütüldüğü ilde ikamet eden 40 yaş ve üstü bireyler oluşturdu. 2017 yıl ortası nüfusa göre çalışmanın yürütüldüğü ilde 40 yaş üstü birey sayısı 12201 olup, %50,9'u erkeklerden oluşmaktaydı. Sayısı bilinen evrenden örneklem seçim formülü kullanılarak yapılan hesaplamada ($p=0,05$ alındı) 400 bireyin evreni temsil ettiği görüldü. Hesaplanan örnek büyüklüğüne ulaşmak için olasılıklı örnekleme yöntemlerinden olan tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Yaş bantları ve cinsiyet dikkate alınarak ağırlıklı olarak hesaplanan tabakalı örnekleme yöntemine göre; Alibaba (15 Erkek, 13 Kadın), Moğoltay (22 Erkek, 18 Kadın), Atatürk (120 Erkek, 104 Kadın), Cumhuriyet (31 Erkek, 25 Kadın); Esentepe (8 Erkek, 8 Kadın); Yenimahalle (6 Erkek, 6 Kadın) ve Aktuluk (6 Erkek, 6 Kadın) mahallelerinden toplamda 217 erkek, 169 kadın katılımcı araştırma kapsamına alındı ve çalışma 386 birey ile tamamlanabildi. Çalışma kapsamına alınan bireylere, sokak bazlı olarak, amaçlı örnekleme yöntemi ile ulaşıldı. Yaşa, cinsiyete, mahalleye uyarlanmış tabakalı örnekleme yöntemi Tablo 1'de gösterilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Yetişkin Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Veri Toplama Formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT), Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRIF-BD) Ölçeği, Alkol Kullanım Bozuklukları Tanılama Testi kullanılarak toplandı. Ayrıca katılımcıların kan basınçları ve bel çevreleri ölçülerek ilgili formlara kaydedildi.

Tablo 1. Yaşa, cinsiyete ve mahalleye uyarlanmış tabakalı örnekleme yöntemi

Yaş	Alibaba		Moğoltay		Atatürk		Cumhuriyet		Esentepe		İsmet İnönü		Yenimahalle		Aktuluk		Toplam
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	
40-44	3	3	5	4	25	22	7	5	2	2	1	1	1	1	1	1	84
45-49	3	3	4	3	20	18	5	4	2	2	1	1	1	1	1	1	70
50-54	2	2	3	3	17	15	4	4	2	2	1	1	1	1	1	1	60
55-59	2	2	3	2	14	13	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	53
60-64	1	1	3	1	13	11	3	3	-	-	1	1	1	1	1	1	42
65-69	1	1	2	1	10	8	2	2	-	-	1	1	1	1	1	1	33
70-74	1	1	1	1	6	5	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	18
75-79	1	-	1	1	4	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	12
80-84	1	-	-	1	5	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	13
85+	-	-	-	1	6	5	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Toplam	15	13	22	18	120	104	31	25	8	8	6	6	6	6	6	6	400

E: Erkek, K: Kadın

Yetişkin Bireylerin Sağlık Durumu ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına İlişkin Veri Toplama Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve toplamda 25 sorunun yer aldığı formda üç kısım bulunmaktaydı. Birinci kısımda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (7 soru), ikinci kısımda genel sağlık durumu ve yaşam tarzı alışkanlıkları (12 soru), üçüncü kısım ise sigara/alkol kullanma durumlarını (9 soru) değerlendirmeye yönelik sorular bulunmaktaydı.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT); Fagerstrom ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, 6 sorudan oluşmaktadır. Bu çalışmada, Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısı "0,56" olarak hesaplanan form kullanıldı. FBNT'den elde edilen toplam puanlara göre; nikotin bağımlılığı düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan), yüksek (≥ 7 puan) olmak üzere üç grupta değerlendirilmektedir.^{11,12} Bu çalışma için FBNT cronbach alpha güvenirlik katsayısı "0,72" olarak hesaplandı.

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği; Arıkan ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik güvenirlilik çalışması yapılmış olup Ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı "0,76" olarak bulunmuştur.¹³ Ölçekte ilk dört madde KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 madde risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), dokuz madde (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) ise risk davranışlarında değişimin sonucunu değerlendirmektedir. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulup, katılımcıların bu ifadeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaları istenmektedir. Her doğru yanıt 1 puan verilmektedir. Ölçekteki ifadelerden altı tanesi (11, 12, 16, 17, 24, 26) diğerlerine göre ters şekilde kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28 olup, puanın artması bireylerin bilgi düzeylerinin de arttığına işaret etmektedir. Bu çalışmada ise, KARRİF-BD ölçeğinin toplam Cronbach alpha güvenirlik katsayısı "0,79" olarak hesaplandı.

Alkol Kullanım Bozuklukları Tanılama Testi (AKBTT); Dünya Sağlık Örgütü tarafından birinci basamakta alkol kullanma alışkanlığı, alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptamak amacıyla geliştirilen ve 10 maddeden oluşan bir ölçektir. AKBTT'nin Türkçe'ye uyarlaması ise Saatçioğlu, Evren ve Çakmak tarafından yapılmıştır.¹⁴ Likert tipi bu ölçekte her bir madde 0-4 arasında değerler almakta ve toplamda 40 toplam üzerinde değerlendirilmektedir. AKBTT için önerilen kesme noktası olan 8 veya 9 puan alkolden zarar görme düzeyini belirlemektedir. Ölçekten 20 ve üzerinde puan alınması ise, alkol bağımlılığına işaret etmektedir. Bu son çalışmada AKBTT Cronbach alpha güvenirlik katsayısı "0,83" olarak hesaplandı.

Kan Basıncı Ölçümü: Bireylerin kan basıncı ölçümleri, araştırmacılar tarafından, il sağlık müdürlüğünden temin edilen kalibrasyonu yapılmış manuel tansiyon aletleri kullanılarak yapıldı.

Bel çevresi Ölçümü: Bel çevresi ölçümleri ise, araştırmacılar tarafından, iç giyim üzerinden esnemeyen mezüre kullanılarak yapıldı.

Ön Uygulama

Veri toplamaya başlamadan önce veri toplama araçları 10 katılımcı ile ön uygulamaya tabi tutuldu ve veri toplama araçlarının işleyip işlemediğine, katılımcıların yanıtlarına göre sürecin nasıl yönetileceğine, her bir görüşme için harcanması gereken ortalama zamana karar verildi. Bu doğrultuda veri toplama araçları tekrar gözden geçirildi ve son şekli verildi.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, 15 Mayıs-15 Haziran 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Veri toplama amacıyla, amaçlı örneklem doğrultusunda 40 yaş üstü bireylere ulaşıldı ve kendi ev ortamlarında 25-30 dakika arasında değişen bir süreyle görüşme gerçekleştirildi ve ölçümler yapıldı.

Veri Analizi

Elde edilen veriler bilgisayar destekli SPSS programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler normal dağılıma uygun olmadığı için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis analizi ile Spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Gruplar arası farklılığın kaynağını bulmak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına, Munzur Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar İçin Etik Kurul onayı (14.05.2018-Karar No:16) alındıktan sonra başlandı. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü ilin halk sağlığı müdürlüğünden kurumsal izni alındı. Çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra, katılımcılardan da gönüllülük esasına göre sözel onam alındı.

Bulgular

40 yaş üstü bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve bazı değişkenlerle ilişkisinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri (n=386)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	191	49,5
Erkek	195	50,5
Yaş (Ort+SS)	57,81±12,14	
Medeni Durum		
Evli	324	83,9
Bekar	62	16,1
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	74	19,2
Okuryazar	25	6,5
İlkokul	117	30,3
Ortaokul	46	11,9
Lise	80	20,7
Üniversite ve üstü	44	11,4
Meslek		
Ev hanımı	144	37,3
İşçi	38	9,8
Memur	33	8,5
Emekli	84	21,8
Esnaf	62	16,1
İşsiz	13	3,4
Diğer	12	3,1
Gelir Durumu		
Gelir gideren az	231	59,9
Gelir gidere denk	136	35,2
Gelir giderden fazla	19	4,9
Kronik Hastalık		
Var	232	60,1
Yok	154	39,9

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Katılımcıların bazı demografik özelliklerine incelendiğinde; %50,5'inin cinsiyetinin erkek olduğu, %83,9'unun evli olduğu görülürken, %30,3'ü ilkokul mezunu, %37,3'ü ev hanımı ve %21,8'inin emekli bireylerden oluştuğu görüldü. Katılımcıların %59,9'u gelirini giderinden az olarak ifade etmiş olup, %60,1'i en az bir kronik hastalığı bulunduğu

ifade etti. Ayrıca katılımcıların yaş ortalaması 57,81±12,14 olarak hesaplandı.

KVH ile ilgili tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında; sırasıyla sistolik kan basıncı ortalaması 121,17±14,21, diyastolik kan basıncı ortalaması 75,12±9,40, bel çevresi ortalaması 98,90±12,23 ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması 28,23±2,81 olarak hesaplandı. Katılımcıların %30,8'i sigara içtiğini, %19,9'u alkol tükettiğini, %41,5'i egzersiz yapmadığını, %17,4'ü yemeklere tadına bakmadan tuz eklediğini ifade etti. Katılımcıların ifadelerine göre; günlük sebze-meyve tüketim ortalaması 1,06±6,13 porsiyon, çay tüketimi ortalaması (bardak bazlı) 7,47±5,78, günlük kahve tüketim ortalaması (fincan bazlı) 0,83±1,24 olarak hesaplandı. Ayrıca katılımcıların %44,0'ı KVH'ye yönelik yıllık kontrollere gitmediğini ifade etti (Tablo 3).

Tablo 3. Kardiovasküler Hastalık (KVH) risk faktörleri ile ilişkili bulgular

Risk Faktörleri	Ort±SS	n	%
Sistolik Kan Basıncı	121,17±14,21	386	100,0
Diastolik Kan Basıncı	75,12±9,40	386	100,0
Bel çevresi	98,90±12,23	386	100,0
Kadın	100,26±13,01	191	49,4
Erkek	97,56±12,31	195	50,6
BKİ	28,23±2,81	386	100,0
Kadın	26,42±2,11	191	49,4
Erkek	30,00±2,24	195	50,6
Tüm Grup		386	100,0
Normal Kilolu		37	9,6
Fazla Kilolu		214	55,4
1. Derece Obezite		99	25,1
2. Derece Obezite		5	1,4
Sigara Kullanımı	3,84±2,96 (FBNT)*	386	100,0
İçiyorum		119	30,8
İçmiyorum		267	69,2
Alkol Kullanımı	6,27±6,25 (AKBTT)**	386	100,0
Tüketiyorum		77	19,9
Tüketmiyorum		309	80,1
Sebze/Meyve Tüketimi (Porsiyon/Günlük)	1,06±6,13	386	100,0
Egzersiz	-	386	100,0
Evet		226	58,5
Hayır		160	41,5
Yemeklerin Tadına Bakmadan Tuz Ekleme	-	386	100,0
Evet		67	17,4
Hayır		319	82,6
Çay Tüketimi (Bardak/Günde)	7,47±5,78	386	100,0
Kahve Tüketimi (Fincan/Günde)	0,83±1,24	386	100,0
KVH yıllık kontrolü		386	100,0
Evet		216	56,0
Hayır		170	44,0

*FBNT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, **AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanılama Testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Katılımcıların KARRİF-BD ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; KARRİF-BD toplam puan ve KVH'den Korunma, KVH Risk Faktörleri, KVH'nin Özellikleri alt boyut puan ortalamalarının

sırasıyla; 19,92±4,40; 6,20±1,56; 11,40±2,65; 2,31±1,08 olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların KARRİF-BD ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=386)

KARRİF-BD Ölçeği ve Alt Boyutları	Alınabilecek Puan Aralığı	Ort±SS
KVH'nin Özellikleri	0-4	2,31±1,08
KVH Risk Faktörleri	0-15	11,40±2,65
KVH'den Korunma	0-9	6,20±1,56
KARRİF-BD Toplam Puan	0-28	19,92±4,40

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Katılımcıların KARRİF-BD ölçeği puanları ile cinsiyet, gelir durumu, yaşanılan yer, kronik hastalık varlığı, egzersiz, alkol kullanımı ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$), öğrenim durumu ve meslek ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 5).

Ayrıca çalışma kapsamında yapılan korelasyon analizinde; FBNT ile AKBTT test puanları ile KARRİF-BD ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 5. Katılımcıların KARRİF-BD ölçeği puanlarının bazı değişkenlerle ilişkisi (n=386)

Değişkenler	n	Rank	U/KW	p	BC	
Cinsiyet*	Kadın	191	189,2	17805,5	0,454	-
	Erkek	195	197,6			
Öğrenim Durumu**	Okuryazar değil (1)	74	131,9	39,6	0,001	3>1 1>4 5>1 1>6
	Okuryazar (2)	25	181,4			
	İlkokul (3)	117	188,0			
	Ortaokul (4)	46	215,7			
	Lise (5)	80	220,8			
	Üniversite+ (6)	44	245,4			
Meslek**	Ev Hanımı (1)	144	174,3	18,2	0,006	1>3
	İşçi (2)	38	211,8			
	Memur (3)	33	256,5			
	Emekli (4)	84	204,9			
	Esnaf (5)	62	184,4			
	İşsiz (6)	13	188,9			
	Diğer (7)	12	163,3			
Gelir Durumu**	Gelir < Gider	231	189,0	3,4	0,184	-
	Gelir = Gider	136	194,9			
	Gelir > Gider	19	237,5			
	Tunceli dışı	35	208,9			
Kronik Hastalık*	Evet	232	189,7	16987,0	0,412	-
	Hayır	154	199,1			
Egzersiz*	Evet	226	190,2	17335,5	0,498	-
	Hayır	160	198,1			
Alkol Kullanımı*	Evet	77	193,2	11871,0	0,977	-
	Hayır	309	193,6			
Sigara Kullanımı*	Evet	119	194,8	15735,0	0,881	-
	Hayır	267	192,9			

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi, BC: Bonferroni Correction

Tartışma

Kardiyovasküler hastalıklar açısından risk grubunda yer alan 40 yaş üstü bireylerde, bu hastalık kategorisine ilişkin

bilgi düzeyleri ve bazı risk faktörleri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen bulguların, bazı sınırlılıklarına rağmen, önemli ipuçları oluşturduğu düşünülmektedir. KHV'lar açısından yaş, cinsiyet, tütün, aşırı alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, obezite, ailede KVH öyküsü, yüksek kan basıncı ve kan şekeri gibi birçok risk faktörü bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada, olanaklar ölçüsünde planlanan çalışma kurgusu gereği, bütün risk faktörleri bir arada değerlendirilememiştir.

Çalışma kapsamında, öncelikle, katılımcıların değiştirilemeyen bazı risk faktörleri yanında modifiye edilebilir nitelikteki KVH risk faktörleri değerlendirildi. Yapılan değerlendirmede erkeklerde daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de kilo sorunu olduğu; katılımcıların yaklaşık üçte birinin sigara, beşte birinin alkol kullandığı; sigara kullananlarda FBNT puanlarına göre düşük-orta düzeyde, alkol kullananlarda AKBTT puanlarına göre düşük düzeyde bağımlılık potansiyeli olduğu; günlük porsiyon bazlı sebze meyve tüketiminin oldukça yetersiz olduğu; katılımcıların yaklaşık beşte birinin yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediği; toplumumuzda kültürel bir risk faktörü olarak çay tüketiminin önerilen miktarın oldukça üzerinde olduğu; bu risk faktörlerine rağmen katılımcıların yarıya yakınının erken tanı açısından yıllık kontrollere gitmediği saptandı. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Sağlık Bakanlığı tarafından, Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı Yaklaşımı (STEPWISE) yaklaşımı esas alınarak planlanan ve 2017 yılında sonuçları yayımlanan *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı"* çalışması sonuçlarını göre de; toplumun %31,5'inin halen tütün ürünü kullandığı; %87,8'inin günde beş porsiyondan daha az meyve ve sebze tükettiği, %43,6'sının sağlık için gerekli olan fiziksel aktivite kriterlerini karşılamadığı; her üç kişiden ikisinin fazla kilolu, her 10 kişiden üçünün obez olduğu; her 10 kişiden üçünün hipertansiyonu olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada KVH risk faktörlerine ilişkin durum Türkiye ortalamasından farklı değildir. Sigara kullanımı, KVH açısından, yaşla birleşerek en önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır³. Ancak ülkemizde olduğu gibi (erkeklerin %42,0'ı, kadınların ise %13,0'ı)⁹, bu çalışmada da sigara kullanma seviyeleri henüz istenilen düzeye inmemiş olup, katılımcıların üçte birinin sigarasızlık politikalarına rağmen sigara içmeyi sürdürdüğü görülmektedir. KVH açısından bir başka risk faktörü tuz tüketimidir. Türkiye'de tuz tüketimi uluslararası kuruluşların önerdiği miktardan 3 kat daha fazladır ve bu nedenle toplumumuzda hipertansiyon oldukça yaygındır. Bu çalışmada günlük tuz tüketim miktarı hesaplanamamakla birlikte katılımcıların azimsanmayacak bir kısmı yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediğini ifade etmiştir. Diğer yandan yaş, sigara kullanımı, tuz tüketimi, inaktif yaşam biçimi gibi risk faktörlerinden bir ya da birkaçının varlığına rağmen, yıllık takiplerin ihmal edilmesi, bir başka sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Oysa 40 yaş ve üstü 3,6 milyon bireyle yürütülen longitudinal (uzunlamasına) bir çalışmada, tüm vasküler hastalık prevalansının, hayatın her on yılı için belirgin biçimde arttığı gösterilmiştir.¹⁵

Ülkemizde ise kardiyovasküler olayların daha erken yaş bantlarında yaşandığı bilinmektedir. Diğer çalışmalardan ve bu son çalışmada elde edilen bulgular, ülkemizde KVH farkındalığının artırılmasına ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmada, ana amaç olarak, katılımcıların KVH risk faktörleri bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin yönetiminde bu bilginin etkisinin olup olmadığının değerlendirilmesi hedeflenmişti. Yapılan değerlendirmede, çalışmanın yürütüldüğü popülasyonda, KARRİF-BD Ölçeği puan ortalaması 19,92±4,40 olarak bulundu. Elde edilen puan ortalamasının benzer toplumsal kesimlerden elde edilen puan ortalamalarına benzerlik gösterdiği görüldü. Örneğin bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerle yürütülen bir çalışmada; KARRİF-BD ortalaması 18,96±3,78 olarak bulunurken;¹⁶ başka bir toplum merkezli çalışmada 20,21±4,39;¹⁷ diyabet tanısı alan bireylerde yürütülen bir çalışmada 19,35±2,99 olarak bulunmuştur.¹⁸ Masa başı çalışanları ile yürütülen bir çalışmada ise kadınların KARRİF-BD puanları 19,4±2,8, erkeklerin 18,6±3,1 olduğu saptanmıştır.¹⁹ Akademik personelin KVH risk farkındalıkları ile ilgili yürütülen bir çalışmada ise KARRİF-BD toplam puan ortalamasının 20,23±3,49 olduğu ve cinsiyet ve bel çevresi ile anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır.²⁰

Elde edilen KARRİF-BD ölçek puanının hangi değişkenlerle etkileşimde olduğunu anlamak için yapılan değerlendirmede, bu puanının öğrenim düzeyi ve meslek gibi sosyo-demografik özelliklerle anlamlı ilişki içinde olduğu görüldü. Kırağ ve Çalışkan'ın çalışmasında, öğrenim durumu KARRİF-BD puanının tek yordayıcısı iken,¹⁶ Yılmaz ve diğerlerinin çalışmasında yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerden etkilenmediği saptanmıştır.¹⁹ Arslan ve diğerleri, KARRİF-BD ölçek puanının cinsiyet ve bel çevresi ile anlamlı ilişki içinde olduğunu²⁰; Uçar ve Arslan ise yaş, öğrenim düzeyi, beden kitle indeksi ve kronik hastalık gibi değişkenlerden etkilediğini saptamıştır.¹⁷

Bu çalışmada, BKİ değerine göre, katılımcıların büyük çoğunluğu fazla kilolu ya da obezite düzeyinde ağırlığa sahiptir. Bilindiği üzere, fazla ya da aşırı ağırlık birçok BOH türüyle ilişkili olduğu gibi KVH ile de ilişkilidir. Türkiye'de yapılan 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması sonuçlarına göre, obezite prevalansı 1998'de %22,3'ten 2010'da %40,0'lık bir artış göstererek %31,2'ye ulaşmıştır.²¹ Bu nedenle KVH yönetiminde, BKİ farkındalığının, özellikle de abdominal tip yağlanmaya ilişkin farkındalığın ağırlık yönetimine katkı sunacak biçimde artırılması önemlidir. KVH; diyet, egzersiz, sigara/alkol kullanımı, obezite yönetimi gibi değiştirilebilir risk faktörlerinin uygun yönetimi ile önlenilen ya da kontrol altında tutulabilen bir hastalık kategorisidir. Ancak bu ve diğer çalışmalardan da görülebileceği gibi KARRİF-BD ölçek puanı çok az değişkenle etkileşim içindedir. Oysa KVH risk faktörlerinin yönetilebilmesi için yaşam boyu sağlık perspektifinden, bütün toplumsal kesimlere sağlıklı davranışlar kazandırmaya her zamankinden daha fazla gereksinim vardır. KVH'leri önlemek, risk analizi yapmak ve bireylerin erken tanı ve tedavi olanaklarından yararlanmasını

sağlamak koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının görevleri arasındadır.²² Birçok çalışma; hemşireler tarafından yürütülen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmada ve KVH'leri önlemede etkili olduğunu göstermektedir.²³⁻²⁵ Bu çalışmada elde edilen veriler, farklı toplumsal kesimlerde KVH bilgi düzeylerinin nasıl değiştiğini ve etkileşimde olduğu risk faktörlerini göstermesi açısından önemlidir. Çalışmada elde edilen diğer bir sonuç ise; KVH'lere ilişkin risk faktörleri bilgisine sahip olmanın, risk faktörlerinin yönetimi konusunda davranış değişikliğini beraberinde getirmeyeceği ile ilgilidir. Çürük ve diğerlerinin çalışmasında da KVH hastalarının KARRİF-BD toplam puan ortalamalarının 18,7±4,1 olarak bulunması, farkındalığın hasta grubunda da farklı olmadığını hatta daha düşük olduğunu göstermesi açısından önemlidir.²⁶ Dolayısıyla ülkemizde KVH farkındalığı konusunda motivasyonel görüşme teknikleri gibi kanıt temelli yaklaşımlarla güçlendirilmiş, bireyleri harekete geçiren yaklaşımlara ve tanı alan bireylerin hastalık yönetimi ile ilgili güçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, çalışmada elde edilen bulgulara göre; 40 yaş üstü bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülürken, öğrenim düzeyi ve meslek gibi değişkenlerle anlamlı ilişki içinde olduğu görüldü. Buna karşın cinsiyet, kronik hastalık varlığı, kan basıncı değerleri yanında sigara/alkol kullanımı, sedanter yaşam, tuz tüketimi gibi yaşam tarzı alışkanlıklarından etkilenmediği görüldü. Bu doğrultuda; toplumda oldukça yaygın olan ve ölüm sıralamasında ilk sırada yer alan KVH'lere ilişkin toplumsal farkındalık çalışmalarının yaşam tarzı alışkanlıklarını da hedefleyecek biçimde kanıt temelli olarak yürütülmesi ve KVH risk faktörlerine yönelik kitlesel tarama programlarının başlatılması önerilerinde bulunuldu.

Etik Standartlara Uygunluk

Araştırmanın uygulanmasına, Munzur Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar İçin Etik Kurul onayı (14.05.2018-Karar No:16) alındıktan sonra başlandı. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü ilin halk sağlığı müdürlüğünden kurumsal izni alındı. Çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra, katılımcılardan da gönüllülük esasına göre sözel onam alındı.

Çıkar Çatışması

Yazarların konuyla ve/veya herhangi başka bir yazar ile ilgili maddi veya manevi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı

GK: Literatür tarama, tasarım, veri toplama ve işleme, analiz ve yorumlama, çalışmanın yazımı; AY: Literatür tarama, veri toplama ve işleme, analiz, çalışmanın yazımı; HA: Veri toplama, analiz, çalışmanın yazımı.

Finansal Destek

Yazar(lar) finansal destek beyan etmemişlerdir.

Teşekkür

Çalışmada gönüllü olarak yer alan 40 yaş üstü bireylere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Raghupathi W, Raghupathi V. An empirical study of chronic diseases in The United States: A visual analytics approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3). doi:10.3390/ijerph15030431
- Patel S, Ram F, Patel SK, Kumar K. Association of behavioral risk factors with self-reported and symptom or measured chronic diseases among adult population (18-69 years) in India: Evidence from SAGE study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):560. doi:10.1186/s12889-019-6953-4
- WHO. Noncommunicable diseases. Published 2018. Accessed January 21, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Abbatati C, Machado DB, Cislaghi B, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
- Sağlık Bakanlığı. *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Önleme ve Kontrol Programlarının Yönetimi*; 2018.
- CDC. How You Can Prevent Chronic Diseases | CDC. Published 2020. Accessed January 21, 2021. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/prevent/index.htm>
- The U.S. Government and Global Non-Communicable Disease Efforts*.; 2019.
- Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M, Baykan Z. Noncommunicable diseases as a new urban epidemic. *Turkish J Fam Medicine Prim Care*. 2019;13(1):75-84. doi:10.21763/tjfm.528035
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Sağlık Bakanlığı. *Dünya Sağlık Örgütü*; 2017. <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Orhan F. Tunceli ilinin başlıca nüfus özellikleri ve planlama açısından önemi. *J Int Soc Res*. 2019;12(62):381-394. doi:10.17719/jisr.2019.3061
- Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12(2):159-182. doi:10.1007/BF00846549
- Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Derg*. 2004;52(2):115-121.
- Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37(1):35-40.
- Saatçioğlu, Ö., Evren C, Çakmak D. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatr*. 2002;4(2-3):107-113.
- Savji N, Rockman CB, Skolnick AH, et al. Association between advanced age and vascular disease in different arterial territories: A population database of over 3.6 million subjects. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(16):1736-1743. doi:10.1016/j.jacc.2013.01.054
- Kırağ N, Çalışkan G. Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. *Med Sci*. 2019;15(1):1-11.
- Uçar A, Arslan S. The cardiovascular disease risk factors knowledge level of the adults living in a family health center region. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;8(17):121-130. doi:10.5543/khd.2017.36035
- Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Çelik S. Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. 2018;15(2):63-70. doi:10.5222/HEAD.2018.063
- Yılmaz M, Boylu M, Yılmaz M, et al. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. 2016;13(1):27-34. doi:10.5222/HEAD.2016.259
- Arslan DE, Akça NK, Bölümü H, et al. *Akademik Personelin Kardiyovasküler Risk Farkındalıkları Cardiovascular Risk Awareness of Academic Staff*; 2020.
- Satman İ. Türkiye'de obezite sorunu. *Türkiye Klin Gastroenterohepatol - Spec Top*. 2016;9(2):1-11.
- Karkoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilim Derg*. 2017;2(4):18-27.
- Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: A systematic review. *Obes Rev*. 2012;13(12):1148-1171. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01029.x
- Filmer T, Herbig B. A training intervention for home care nurses in cross-cultural communication: An evaluation study of changes in attitudes, knowledge and behaviour. *J Adv Nurs*. 2020;76(1):147-162. doi:10.1111/jan.v76.1
- Tan SM, Han E, Quek RYC, Singh SR, Gea-Sánchez M, Legido-Quigley H. A systematic review of community nursing interventions focusing on improving outcomes for individuals exhibiting risk factors of cardiovascular disease. *J Adv Nurs*. 2020;76(1):47-61. doi:10.1111/jan.14218
- Çürük NG, Korkut Bayındır S, Oğuzhan A. Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *J Heal Sci*. 2018;27(1):40-47.