

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KKTC'DE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN
RİSK FAKTÖRLERİNİN İRDELENMESİ**

GÜLŞEN SARMIŞ KUŞCU

DANIŞMAN

Doç.Dr. Saleh SALİMİ

LEFKE-2022

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ



**KKTC'DE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN
RİSK FAKTÖRLERİNİN İRDELENMESİ**

GÜLŞEN SARMIŞ KUŞCU

DANIŞMAN
DOÇ.DR. SALEH SALİMİ

LEFKE 2022

İntihal Farkındalık Bildirimi

Öğrenci Adı & Soyadı: Gülşen SARMIŞ KUŞCU

Öğrenci Numarası: 186183

Programı: Hemşirelik

Tezsiz Y.Lisans Tezli Y.Lisans Doktora

Bu lisansüstü çalışmanın tez yazımında kendime ait olmayan düşünceleri ve ifadeleri tırnak içinde alıntı yaparak ve kaynak göstererek kullandığımı, aksi takdirde bunun intihal, intihalin de disiplin soruşturması sonucunda Üniversite'den uzaklaştırma ve diğer hukuki sonuçları olduğunun farkında olduğumu bildiririm.

.....

KKTC'DE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİNİN İRDELENMESİ

ÖZET

Bu araştırma KKTC'de kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 2018-2019 yılları arasındaki 2 yıllık sürede Lefkoşa'da bulunan bir devlet hastanesi, Kalp Damar Cerrahi Servisi ve Yoğun Bakımı Ünitesinde tedavi amacıyla yatan 1236 hasta oluşturmuştur. Evren araştırmanın örneklemini teşkil etmiş olup, bu hastalardan 11 tanesi hayatını kaybetmiştir. Covid-19 pandemisi nedeniyle 273 hasta yurtdışına gitmiş ve aynı nedenden dolayı 601 hasta ise görüşmeyi kabul etmemiştir. Bu nedenle araştırmanın örneklemini, ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 351 hasta oluşturmuştur. Örneklem evreni temsil etmektedir.

Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniğiyle 'Bilgilendirilmiş Onam Formu', veri toplama formu ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Pearson ki-kare analizi, Spearman Kolerasyon analizi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzey Ölçeğinden ortalama $23,04 \pm 3,89$ puan, minimum 0, maksimum 31 puan aldıkları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, Kuzey Kıbrıs'ta hipertansiyon, obezite ve diabetes mellitus, KVH için en sık görülen risk faktörleriydi. Ayrıca KVH ile yaş, cinsiyet, evlilik durumu, meslek, aile yatkınlığı, diyet ve düzenli egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELELER: Risk Faktörleri, Kardiyovasküler Hastalıklar, Hemşirelik, bilgi

ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES RISK FACTORS IN NORTHERN CYPRUS

ABSTRACT

This research was carried out to determine the risk factors of cardiovascular diseases in TRNC.

The population of the study consisted of 1236 patients hospitalized for treatment in the Cardiovascular Surgery Service and Intensive Care Unit of a state hospital in Nicosia during the 2-year period between 2018-2019. Of these, 11 were died. Due to the Covid-19 pandemic, 273 patients went abroad and 601 patients did not accept the interview for the same reason. For this reason, the sample of the study consisted of 351 patients who could be reached and accepted to participate in the study.

Research data were collected by face-to-face interview technique after signing 'Informed Consent Form', using data collection form and Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level (CARRIF-BD) Scale. The Mann-Whitney U, Pearson chi-square analysis, Spearman correlation analysis and Kruskal Wallis tests were used to data analysis.

The participants average CARRIF-BD score was calculated as 23.04 ± 3.89 , a minimum of 0, and a maximum of 31.

As a result, Hypertension, obesity, and Diabetes Mellitus were the most frequently seen risk factors for CVD in Northern Cyprus. Also, there was a statistically significant relationship between CVD and age, gender, marriage status, occupation, family susceptibility, diet, and regular exercise.

KEY WORDS: Risk Factors, Cardiovascular Diseases, Nursing, knowledge

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim süresince ve tezimle ilgili çalışmalarımda yoğun temposuna rağmen titiz çalışması ile bana yol gösteren, bilgi ve desteğini her zaman hissettiğim danışmanım Sayın Doç. Dr. Saleh SALİMİ' ye,

Her aşamada anlayışlı yaklaşımları ile yönlendiren, daima cesaretlendiren ve özveride bulunan değerli Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu akademik kadrosuna ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Vasküler Cerrahi Servisinde bulunan tüm çalışma arkadaşlarıma,

Eğitimimin başlangıcından sonuna kadar, bu zorlu süreçte maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü sıkıntıda yanımda olduklarını hissettiren, göstermiş oldukları sabır ve anlayış için varlığı mutluluk kaynağım sevgili eşim Hasan KUŞCU' ya ve hayatımın anlamı kızım Nisa KUŞCU' ya

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNUYORUM.

Gülşen SARMIŞ KUŞCU

LEFKE- 2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii

I.BÖLÜM

1. GİRİŞ.....	1
---------------	---

II.BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Tanımı.....	4
2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Belirtileri.....	6
2.1.3. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörleri.....	7
2.1.4.1. Kardiyovasküler Hastalıklarında Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	7
2.1.4.2. Kardiyovasküler Hastalıklarında Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	8
2.2. Koroner Arter Hastalıkları	11
2.2.1. Koroner Arter Hastalıkları Belirtileri ve Tedavisi	12
2.3. Periferik Arter Hastalıkları	14
2.3.1. Periferik Arter Hastalıkları Belirtileri ve Tedavisi.....	14
2.4. Kalp Kapak Hastalıkları	15
2.4.1. Kalp Kapak Hastalıkları Belirtileri ve Tedavisi.....	15
2.5. Kalp Yetmezliği	16
2.5.1. Kalp Yetmezliği Belirtileri ve Tedavisi.....	16
2.6. Kardiyovasküler Hastalıklarda Hemşirelik Yaklaşımı.....	17

III.BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Şekli.....	18
3.2. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları.....	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	18
3.4. Verilerin Toplanması.....	19
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	20

IV.BÖLÜM	
4.BULGULAR.....	21
V.BÖLÜM	
5.TARTIŞMA.....	46
VI.BÖLÜM	
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1.Sonuç.....	60
6.2.Öneriler.....	63
7. KAYNAKLAR.....	64
8. EKLER.....	81

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Hastaların demografik özellikleri.....	21
Tablo 4.2. Hastaların antropometrik ölçümleri.....	23
Tablo 4.3. Hastaların tanı durumlarının dağılımı.....	24
Tablo 4.4. Hastaların kronik hastalık durumlarının dağılımı.....	25
Tablo 4.5. Hastaların ilaç kullanma durumları.....	26
Tablo 4.6. Hastaların genetik özellikleri.....	27
Tablo 4.7. Hastaların çevresel ve mesleki faktörleri.....	28
Tablo 4.8. Hastaların beslenme alışkanlıkları	29
Tablo 4.9. Hastaların spor yapma ve uyku durumları.....	30
Tablo 4.10. Hastaların sigara-alkol kullanma durumları.....	31
Tablo 4.11. Hastaların demografik özellikleri ile tanılarının karşılaştırılması...32	32
Tablo 4.12. Hastaların bazı özelliklerine göre tanılarının karşılaştırılması.....33	33
Tablo 4.13. Hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzey Ölçeği puanları.....34	34
Tablo 4.14. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....35	35
Tablo 4.15. Hastaların antropometrik ölçümlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar.....37	37
Tablo 4.16. Hastaların hastalık, tanı ve ilaç kullanma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....38	38
Tablo 4.17. Hastaların genetik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....39	39
Tablo 4.18. Hastaların çevresel ve mesleki faktörlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....41	41
Tablo 4.19. Hastaların beslenme alışkanlıklarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....43	43
Tablo 4.20. Hastaların spor yapma ve uyku durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....45	45

KISALTMALAR DİZİNİ

BKI	: Beden Kitle İndeksi
CABG	: Koroner Arter Bypass Greft
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
HDL	:Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (<i>High Density Lipoprotein</i>)
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
KAH	: Koroner Arter Hastalıklar
LDH	:Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (<i>Low Density Lipoprotein</i>)
PAH	: Periferik Arter Hastalıkları
KKH	: Kalp Kapak Hastalıkları
KY	: Kalp Yetmezliği
MI	: Myokard Enfaktüsü
TAVİ	: Transkatater Aortik Valv İmplantasyonu
TAVR	: Transkatater Aortik Valv Replasmanı
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KARRİF-BD	: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın temelini oluşturan problemin tanımı, önemi ve çalışmanın amacıyla ilgili bilgiler sunulmaktadır.

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ölüm oranları ve görülme sıklığı nedeniyle önemli bir yere sahip olduğundan, hastalıkların oluşumuna katkı sağlayan risk faktörlerinin belirlenmesi, kontrol altına alınması ve korunma önlemlerinin uygulanması da önem taşımaktadır (DSÖ, 2009; Dülek vd. 2018). DSÖ'nün açıkladığı sağlık raporlarına göre; dünya çapında her yıl 17.9 milyondan fazla insan hayatını kaybetmektedir. DSÖ'ne göre bu sayının tüm dünyadaki ölümlerin %32'sini oluşturduğu belirtilmiştir. 2030 yılına kadar tüm ölümlerin %14,2'sinin koroner kalp hastalıklarından kaynaklanabileceği vurgulanmaktadır (WHO, 2021).

Kardiyovasküler hastalıklar arasında en sık görülen hastalık olan koroner arter hastalığında (KAH) risk faktörleri kavramı ilk olarak 1957' de bulgularını yayınlayan Framingham kalp çalışması tarafından oluşturulmuştur. Framingham kalp çalışması, sigara içimi, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol seviyelerinin insanlarla epidemiyolojik ilişkilerini göstermiştir (Hajar, 2017). KVH gelişmesine katkıda bulunan birçok risk faktörü vardır. İnsanların bir kısmı kalp hastalığına doğuştan yatkın doğarlarken, birçoğunda kötü beslenme, fiziksel aktivite eksikliği veya sigara içme gibi risk faktörlerinin bir kombinasyonu olarak ortaya çıkar. İnsanlar kendilerini ne kadar fazla risk faktörüne maruz bırakırsa, KVH gelişme durumu da o kadar yüksek olmaktadır. Risk faktörleri arasında hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, diyabetes mellitus ve metabolik sendrom gibi hazırlayıcı etkenler bulunmaktadır. Araştırmalar kardiyovasküler hastalık riskleri değerlendirilmesinin, birincil önlemenin temeli olduğunu ve yüksek risk altındaki kişilerin belirlenmesine hastalığın doğru yönetimi

kararlarının alınmasına yardımcı olabileceğini vurgulamaktadır (Goff vd., 2014; Piepoli vd., 2016; Arnett vd., 2019; Li vd., 2021).

1960'lı yıllarda gelişmekte olan ülkelere bakıldığında ise batı yaşam tarzına uyum sağlanması nedeniyle koroner kalp hastalıkları mortalitesinde artış olduğu görülmektedir. Yine 1970'li yıllarda tanımlanmış risk faktörlerine yönelik toplumsal girişimler hastalık mortalitesinde düşüşü beraberinde getirmiştir (Badıllıoğlu vd., 2011). Günümüzde ölümlerin 2/3si gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların insan yaşamına etkilerine bakıldığında günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, ağrı (extremitelerde geçmeyen ağrı şikayetleri), nefes almada güçlük, yaşam kalitesinde düşüş, kapanmayan yaralara bağlı enfeksiyon riski, anksiyete ve ölüm korkusudur (Middel vd., 2014 ve Kaya ve Şenturan, 2016).

Türkiye'de kalp hastalığı prevalansı; 20'li yaşlarda %6.7, 39-49 yaşlarda %3, 50-59 yaşlarda %11, 60 ve üzeri yaş %27 dir (Badıllıoğlu vd., 2011). Ayrıca genetik ve çevresel faktörlerin birbirleriyle etkileşime girdiği (Girelli vd., 2009) ve yaşam tarzının bu tür kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Yusuf vd., 2004 ve Yeşil ve Altıok, 2012).

Ölüm riskinin azaltılması açısından; risklerin değerlendirilmesi, erken tanınması, hatalı yaşam biçimi davranışlarının saptanması ve tutumu etkileyen bireysel faktörlerin tanınması kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Yöresel ve toplumsal sağlık bilinci geliştirilerek sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazandırılması önem arz etmektedir. Önlenebilir risk faktörlerinin kontrolü sağlık profesyonellerine, özellikle hemşirelerin omuzlarına önemli roller yüklemektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2017).

1.2 Araştırmanın Amacı

Kardiyovasküler hastalıkların prevalansının gün geçtikçe artması nedeniyle risk faktörlerinin değerlendirilmesi, erken tanısı, yerleşmiş hatalı yaşam biçimi davranışlarının saptanması ve tutumu etkileyen bireysel faktörlerin tanınması kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi bakımından önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve önlenebilir risk faktörlerinin kontrolü açısından

sağlık profesyonellerine, özellikle hemşirelere önemli görev düşmektedir. KKTC'de şimdiye kadar bu risk faktörleri araştıran bir çalışma yapılmamıştır. Bu araştırmada KKTC'de kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri ve korunma yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Tanımı

Dünyada kalp hastalığı görülme sıklığı oldukça yüksektir ve gelişmiş ülkelerde KVH başlıca ölüm nedenidir (Hata & Kiyohara, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2013) verilerine göre; 2008 yılında 17.3 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu rakam tüm ölümlerin %32'sini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin 7.3 milyonu koroner arter hastalığı ve 6.2 milyonu inme nedeniyle gerçekleşmiştir. Kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %80'inden fazlası düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde meydana gelmiş, kadın ve erkeklerde yaklaşık eşit olarak gerçekleşmiştir. 2019 yılında bu sayı 17,9 milyona ulaşmıştır ve ölümlerin %85'i kalp krizi ve inme nedeniyle gerçekleşmiştir. 2030 yılında yaklaşık 23.3 milyon kişinin KVH nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2021).

Nichols ve diğerlerinin (2013) yaptıkları araştırmalar sonucunda Avrupa'da her yıl 4 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle öldüğünü ve bu sayının tüm ölümlerin %45'ini oluşturduğunu saptamışlardır (Nichols vd., 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun ICD 10 ana tanı kodlarına göre yapmış olduğu araştırmada ise kardiyovasküler sistem hastalıkları %39.9 ile (kadınlarda %44.4, erkeklerde %36.2) ölüm nedenlerinden üst sırada yer aldığı görülmektedir (TÜİK 2010).

2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde çeşitli faktörlere bağlı olarak ortalama yaşam süresinin uzaması kronik rahatsızlıkları ön plana çıkarmaktadır. (Eray vd., 2013).

Ülkemizde 2004 yılında yapılan Hastalık Yüğü Çalışması'nda KVH kadınlarda %52,27, erkeklerde %43,89 olmak üzere toplamda %47,73 ölüm oranı ile birinci

sırada yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, kadınlarda erkeklere göre daha fazla ölüme neden olmaktadır (Oğuz vd., 2019).

Dünya genelinde yaşam kalitesine olan olumsuz etkisinin yanı sıra ciddi bir ekonomik yükü beraberinde getiren ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkan koroner arter hastalığının yapılan epidemiyolojik çalışmalarda en önemli semptomunun angina pektoris olduğu görülmektedir. Angina pektoris prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadınlarda 45-64 yaşlar arasında %5-7 iken, 65-84 yaşlar arasında %10-12; erkeklerde ise 45-64 yaşlar arasında %4-7 iken, 65-84 yaşlar arasında %12-14 civarındadır. Bu veriler dikkate alındığında ileri yaşlarda erkeklerde kadınlara göre daha fazla angina pektoris görüldüğü saptanmaktadır. Yıllık KAH insidansına bakıldığında 45-64 yaş arası erkeklerde %1 iken aynı yaş kadınlarda angina pektorisine bağlı olarak daha yüksek seyretmektedir. 84 yaş ve üzerinde ise ateroskleroza bağlı olarak her iki cins için insidans %4 e kadar yükselir (Onat vd., 2012).

Akut koroner sendrom ve miyokard enfarktüsü verilerine dayanarak elde edilen epidemiyolojik sonuçlara göre hastalık ve ölüm görülme oranının %31 olduğu ve oldukça yüksek seyrettiği söylenebilir (Reis S. vd., 2001; Han S. vd., 2008 Özkan, 2013 ve Yavuzgil, 2016).

Periferik arter hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar arasında görülme sıklığı en fazla değişkenlik gösteren bir hastalıktır. Araştırmalarda genellikle toplumlarda PAH görülme sıklığı 65-70 yaş arası bireylerde %6, 70-75 yaş arası bireylerde %7, 70 yaş üzeri bireylerde ise bu oranın %29 olduğu görülmektedir. 65 yaş ve üzeri kadınların %17’si, aynı yaş erkeklerin ise %20’sinde görülmektedir (Sadıkoğlu vd., 2002 ve Başgöz vd., 2017). Bu sonuçlara baktığımızda yaşın ilerlemesi ile toplumda periferik arter hastalığının arttığını, 80 yaş ve üzeri bireylerde ise PAH ile birlikte arterosklerotik olayların görülme sıklığı arttığından KAH ve serebrovasküler hastalık görülme sıklığının da arttığını göstermektedir. Bu bireylerde periferik arter hastalığının yanı sıra koroner arter hastalığı %58, serebrovasküler hastalık görülme sıklığı ise %34 civarında seyretmektedir (Regensteiner vd., 2008 ve Karabay vd., 2012 ve Balkanay ve Ömeroğlu, 2017).

Kardiyovasküler rahatsızlıkların diğer bir tipi olan kalp yetmezliği hastalar ve ailelerinin hayatını etkilediği kadar toplum için de önemli bir sağlık sorunudur.

Avrupa’da yaklaşık 6,5 milyon kişi, ABD’de yaklaşık 2,4 milyon kişi kalp yetmezliği hastasıdır. Kalp yetmezliği toplumda 50 yaş altı kişilerde görülme sıklığı oldukça düşük fakat 50 yaş ve üzeri bireylerde görülme sıklığı yaşla birlikte artan bir patolojidir (van Der Wal vd., 2006). ABD popülasyonlu yapılan çalışmada kalp yetmezliğinin toplumda görülme sıklığı %2,2 olarak bulunmuştur. 45-54 yaş arası kişilerde %0,7, 55-64 yaş arası kişilerde %1, 65-74 yaş arası kişilerde %3, 75-84 yaş arası kişilerde %7, 85 yaş ve üzeri kişilerde %10 olarak bulunmuştur. En sık görülen kalp yetmezliğinin ise konjestif kalp yetmezliği olduğu belirtilmiştir (Mosterd ve Hoes, 2007).

TÜİK 2018-2019 verilerine göre Türkiye’de ölüm nedenleri arasında 2018 yılında %37,8 2019 yılında %36,8 ile ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından ise 2018 yılında %39,8, 2019 yılında ise %39,1 ile ilk sırada iskemik kalp hastalığı yer almaktadır. İskemik kalp hastalığını ise serebrovasküler hastalıklar, diğer kalp hastalıkları ve hipertansif hastalıklar takip etmektedir. Yaş ilerledikçe KKH görülme sıklığı artmaktadır. Kalp yetmezliğine ve ani kardiyak ölümlere sebep olmakla birlikte son zamanlarda yapılan çalışmalara bakıldığında en sık görülen KKH ise aort darlığıdır (Supino vd., 2006 ve Maganti vd., 2010 ve Demirbağ vd., 2013 ve Özdemir ve Çelik, 2018).

2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Belirtileri

Kalp hastalığının tipine göre belirtiler farklılık gösterebilir; genel anlamda göğüs ağrısı, göğüs sıkışması, göğüste basınç hissi, nedensiz nefes darlığı, kalpteki damarların sertleşmesi veya daralmasına bağlı ağrı, uyuşukluk veya halsizlik hali, boyun, çene, boğaz, üst karın veya sırt bölgelerinde ağrı, kalbin yerinden çıkacakmış gibi atması veya duracakmış gibi yavaş atması gibi belirtiler örnek olarak gösterilebilir (Kültürsay, 2011).

2.1.3. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörleri

Kardiyovasküler risk faktörleri kontrol edilebilen yani değiştirilebilir ve kontrol edilemeyen yani değiştirilemeyen risk faktörleri olarak 2 şekilde ele alınır. Bunlar arasında yaş, cinsiyet, aile öyküsü faktörleri kontrol edilemeyen risk faktörleri ve sigara, hareketsiz yaşam, aşırı kilo, hipertansiyon, yetersiz ve dengesiz beslenme, hiperlipidemi ve diyabet kontrol edilebilen risk faktörleri yer almaktadır (Alkan ve Enç, 2013).

Değiştirilebilen risk faktörlerine erken müdahale edilmesi kalp hastalıklarının gelişmesini önleyebilmektedir. Bunun sağlanması için en önemli girişim yaşam biçiminin ve davranışların değiştirilmesidir. Yaşam biçimi değişiklikleri, bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının edinimini sağlayarak kalp hastalıklarının tekrarlama riskini ve kalp hastalığına bağlı ölüm oranlarını azaltmaktır (Çürük vd., 2018).

2.1.4.1. Kardiyovasküler Hastalıklarında Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalıklarında değiştirilemeyen grupta yer alan risk faktörlerine bakıldığında, genellikle bireyin yaşamını tehdit eden etmenler ile birlikte yaşamak durumundadır. Cinsiyet açısından ele alındığında, kadınların erkekler kadar kalp ve damar hastalıklarından şikayet etmesi görülmekte, ancak kadınlarda kardiyovasküler hastalık erkeklere oranla 7 ile 10 yıl kadar sonra kendini göstermektedir. Bu durum, kadınlarda özellikle menopoz öncesi dönemde koruyucu etki gösteren östrojen hormonunun olumlu yansımalarıyla ilişkilendirilmektedir (Dülek vd., 2018).

İngiltere’de yapılan Ontarget ve Transcend çalışmalarında 9,378 bin kadın ve 22,168 erkek olmak üzere toplamda 31.000 hasta yaklaşık 56 ay gözetim altında tutulmuş, kadınlar erkeklerden kalp krizi, kardiyovasküler ölüm, inme, kalp yetmezliğinin dahil olduğu tüm major kardiyovasküler hastalık oluşumunda yaklaşık %20’lik bir oran ile daha az riske sahip olduğu gözlenmiştir (Sleight, 2005).

Yaş faktörü, kalp damar hastalıkları için önemli kabul edilen bir risk faktörüdür. Koroner kalp hastalığı insidans ve prevalansı yaş ile orantılı olarak artış göstermektedir. Aslında, yaş gerçek bir risk faktörü olmaktan çok, riske maruz kalma süresi açısından önem teşkil etmektedir. Ülkemizde yapılan 40 yaş ve üstünde olan 3,5 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklar açısından taramaya girdiği kohort araştırmasında, vasküler hastalık prevalansının yaşamın her on yılında belirgin olarak artış gösterdiği saptanmıştır (Dülek vd., 2018).

Bunun yanısıra olan birçok çalışmada kalp ve damar hastalığının ortaya çıkmasında kritik öneme sahip etkenlerden birinin de aile öyküsünde hastalık varlığının olduğu ortaya çıkmıştır. Aile öyküsünde 50 yaşından önce kalp hastalığı tanısı konmuş birinin bulunması sonrasında kardiyovasküler hastalık varlığı olması riski artmaktadır (Barnes, 2012). Irk ve etnik kökene bakıldığında yapılan birkaç çalışmada, beyaz ırka oranla siyah ırkın vasküler hastalıklara daha yüksek riski olduğunu göstermektedir (Guerchet vd., 2012)

2.1.4.2. Kardiyovasküler Hastalıklarında Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalıklarda değiştirilebilir grupta yer alan risk faktörleri irdelendiğinde, genel anlamda bireyin yaşamını tehdit eden durumları, kişinin çaba ve dikkatiyle en az etkiye sahip etmen haline getirmek olası görünmektedir. Değiştirilebilir risk faktörleri içinde en önemli olan sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalık riskini oranını iki kat artırmaktadır. Sigara tüketimiyle ilişkili görülen riskler yalnızca doğrudan kullanımla olmamakla birlikte sigara, puro, pipo dumanına maruz kalmayla dolayısıyla pasif içicilik de endotel disfonksiyonuna neden olmaktadır. Sigara kan basıncı ve kalp hızında yükselmeye, periferik damar direnci ve katekolamin salınım miktarında artışa neden olmaktadır. Koroner arterlerde akıma bağlı dilatasyonu azaltırken, kanda pıhtılaşma eğilimini artırmaktadır. Solunum yolu ile maruz kalınan dumanda bulunan reaktif oksijen radikalleri plazma düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL)'i okside eder; okside LDL, arterlerin intimasından damar duvarına monosit adezyonu ile enflamatuvar süreci başlatmakta ki bu da aterosklerozla sonuçlanmaktadır (Yamaguchi vd., 2004).

Risk faktörlerinden hipertansiyondan, 18 yaşın üstündeki yetişkinlerde sistolik kan basıncı ≥ 130 mmHg ve diyastolik kan basıncı ≥ 85 mmHg olarak görüldüğünde bahsedilmektedir. Bu sınırların altı normal kan basıncı değerleridir. Sınırdaki yüksek normal değerler ise sistolik kan basıncı için 130-139 mm Hg, diastolik kan basıncı için ise 85-89 mmHg'dır. Yaş ilerledikçe kan basıncında artıştan söz edilmektedir. Hipertansiyonun varlığı büyük arterlerde ateroskleroza hızlandırmakta, ayrıca kronik kan basıncı yüksekliği endotel hücrelerinde farklılığa, düz kas hücrelerinde büyümenin yanında yeniden şekillenmeye ve kan akımına bağlı olarak damarlarda hasara neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin kan basıncının dengelenmesi gerekmektedir (Hamm vd., 2001 ve Buğan & Çelik, 2014 ve DSÖ, 2020).

Kolesterolün varlığında, kanda total kolesterol ve LDL düzeyleri arttıkça kardiyovasküler hastalık riski oranlarında artış gözlenmektedir (Torpy vd., 2009). Yapılan araştırmalarda kardiyovasküler hastalık riski ile total kolesterol düzeyi arasında güçlü bir ilişki olduğu epidemiyolojik çalışmalarla doğrulanmıştır (Hajar, 2017).

Fiziksel aktivite yetersizliği değiştirilebilir bir diğer risk faktörüdür. Doğa yürüyüşü, koşma, kayak, bisiklet, kürek, yüzme, paten, gibi spor ile bütünleşmiş aktiviteler olarak, hızlı adımlarla yürüme, merdiven çıkma, fazla ev ve bahçe işleri yapma ve aktif faaliyetlere katılma gibi hareketler ise yaşam ile bütünleşmiş fiziksel aktiviteler olarak değerlendirilmektedir. Haftalık olarak gerçekleştirilen orta düzeydeki bir egzersizle kardiyovasküler ölüm arasında egzersiz çeşidi, tekrar sayısı, şiddeti ve yapılış süresine bağlı koruyucu bir ilişki varlığı gözlemlenmiştir (Fletcher vd., 1996). Fiziksel aktivite endotel fonksiyonu düzeltmeye yardımcı olmakta ve kilo kaybı, kan basıncı, glisemik kontrol, lipid profili ve insülin duyarlılığında düzelmeye ilişkili görülmektedir (Cornelissen & Fagard, 2005). Aerobik uğraşı olan bireylerde egzersiz; plazma hacminde artış, kan viskozitesinde azalma, trombosit agregasyonunda azalma gibi antitrombotik etkileri sayesinde, bir plağın yırtılmasına bağlı koroner tıkanma olasılığı azalmaktadır (Lippi vd., 2009).

Değiştirilebilen risk faktörlerinden olan obezite tanım olarak, insan bedeninde yağ miktarının optimal düzeyin üzerinde olması durumudur. Erkeklerde vücut yağı, normal ağırlıkta %15-20 iken kadınlarda %25-30 civarında seyretmektedir. Beden kitle indeksi (BKİ) olarak bilinen hesaplama ile elde edilen değer 25 ve üzeri bir sayıya ulaştığında ek hastalık riskinde artış gözlemlenmektedir (WHO, 2000). $BKİ \geq 30 \text{kg/m}^2$ olan bireylerde obez olmayanlara oranla kalp yetersizliği riskinde 2 kat, atriyal fibrilasyon riskinde ise 1,5 kat artış olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda obezite ile kalp ve damar hastalıkları arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmalarda, erkeklerde vücut kilolarındaki her %10 düzeyinde azalma yaşandığında kardiyovasküler hastalıklarda %20 azalma sağladığı görülmektedir (Dülek vd., 2018).

Bireydeki insülin eksikliği izlenmesi veya insülin etkisinin kişiye yeterli olmaması sebebiyle hipergliseminin ortaya çıktığı bir durum olan diabetes mellitus kalp hastalıkları açısından bir risk faktörüdür. Ateroskleroz, diyabetli bir kişide sağlıklı bir bireye kıyasla daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Satman vd., 2015). Diyabetin komplikasyonları arasında serebrovasküler hastalıklar, diyabetik ayak, iskemik kalp hastalıkları ve periferik arter hastalıkları yer almaktadır (Koloğlu, 1996).

Metabolik sendrom, insülin direnci, abdominal obezite, glukoz intolerans ya da diabetes mellitus, hiper yada hipolipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği bir endokrinopatidir. Yetişkin bireylerde prevalans %22; yaş ile birlikte artmakta ve 20-29 yaş aralığında % 6.7, 60-69 yaş aralığında ise %43.5 olarak görülmektedir. 2000 yılı itibariyle Türkiye genelinde 30 yaş ve üzerindeki 9.2 milyon kişide metabolik sendrom mevcuttur. KAH geliştiren bireylerin %53'ü aynı zamanda metabolik sendrom hastalığına sahiptir (Balkan, 2013).

Risk faktörlerinden biri olan, kronik alkol tüketiminin, hipertansiyon, hemorajik inme, kardiyak aritmi ve ani ölüme kadar gidebilen durumlara yol açma olasılığı bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda alkol kullanımıyla interstisyumda kollajen birikimi gözlemlendiği, buna bağlı olarak erken dönemde diyastolik fonksiyon bozukluğuna neden olduğu, uzun süreçteki sonuçlarında ise sistolik fonksiyon bozukluğu görüldüğü söylenmektedir (Çifçili ve Ünalın, 2002).

Değiştirilebilir risk faktörlerinden biri olan beslenme alışkanlıklarına bakıldığında, kardiyovasküler hastalıklarında önemli görülen bir diğer unsur olduğu söylenebilir. Yüksek miktarda kırmızı et ve yağlı süt ürünlerinin tüketimi, kardiyovasküler hastalık görülme riskinde ciddi artışa neden olmaktadır. Araştırmalarda, öğünlerde yüksek miktarda et tüketiminin, kardiyovasküler hastalık görülme riskinde kadınlarda %29; erkeklerde %20 artışla neticelendiği sonucuna ulaşılmıştır (Chowdhury, 2014). Sebzenin meyvenin balığın az alımı ve doymuş yağ, trans yağ, kolesterol, tuzun fazla tüketimi kalp ve damar hastalıklarına yakalanma riskini artırmaktadır. “The Alpha-Tocopherol, Beta-carotene Cancer Prevention (ATBC) Study” çalışmasında lifli gıdalardan zengin bir beslenmenin orta yaşlı erkeklerde kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (Van Wijk vd., 2001 ve Barbaros ve Kabaran, 2014).

2.2. Koroner Arter Hastalıkları

Koroner arter hastalıkları (KAH), aort damarından çıkan ve kalbi besleme görevini üstelenen koroner arterlerin genellikle ateroskleroz (damar sertliği) nedeniyle daralması veya tıkanması ile meydana gelen ve en sık karşılaşılan kardiyovasküler hastalıktır (Kültürsay, 2011). Ateroskleroz ise, arterlerin iç duvarlarında kolesterol ve yağ birikintilerinin (plak) meydana gelmesi sonucunda damar lümeninin daralmasıdır (Kültürsay, 2011).

Aterosklerozis çocuklukta başlayan, erişkin dönemde semptom vermeden devam eden klinik bulgularla kendini gösteren bu nedenle de uzun bir zaman sürecine yayılım gösteren bir hastalıktır. Ateroskleroz arterlerin elastikiyetini etkileyen, plaklar ve yağlı çizgilenmelerden dolayı damar lümenini daraltan stabil veya ilerleyici formları olan kesintisiz bir süreçtir (Şatiroğlu vd., 2011). Aterosklerozun dönüşsüz olarak ilerleyen bir hastalıktan değil tıbbi tedaviye yanıt verebilen, dinamik inflamatuvar bir süreç olduğu belirlenmiştir. Ateroskleroza bağlı olarak damarlardaki kan akımının yavaşlaması angina pectoris ya da miyokard enfarktüsüne yol açabilir (Durusoy vd., 2010). KAH, angina pectoris, miyokard enfarktüsü, miyokardiyal

iskemisi gibi akut koroner sendromu ve ani kardiyak ölümü beraberinde getirebilir (Hanson vd., 2013).

Koroner ateroskleroz çoğunlukla koroner arter hastalığına (KAH) yol açmakta, koroner damarlarda gelişen tıkaçıcı lezyonlar, aterosklerotik plaklar miyokartta akut iskemiye neden olabilmektedir. Kısa sürede gelişen ve miyokart dokusunu tehdit eden iskemik tabloların tamamı akut koroner sendrom olarak tanımlanmaktadır (Şimşek ve Alpar, 2020). Akut koroner sendromlar, kararsız anjina pektoris, ST segment yükselmez miyokard enfarktüsü ve ST yükselmeli miyokard enfarktüsünü içermektedir. Bu hastalarda tipik göğüs ağrısı, artmış kardiyak biyobelirteçler ve elektrokardiyografide (EKG) iskemik değişiklikler gözlenmektedir (Şahin vd., 2021).

Koroner arter hastalıkları arasında önemli sıklıkta görülenlerden birisi miyokard enfarktüsüdür. Akut MI'dan ölümler son 30 yıl içerisinde en sık ölüm nedenleri arasındadır. Yılda 900 bin-1 milyon kişi ABD'de, Almanya'da ise yılda 300-350 bin kişi MI geçirmektedir (Kocataş ve Atalay, 2001 ve Türkmen ve Çam, 2012).

Angina pektoris, özellikle kalp kasındaki iskemi veya koroner arter spazmı nedeniyle oluşan göğüste ağrı, sıkışma, baskı hissi olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla koroner arter hastalığında (KAH) arter lümeninin daralmasıyla ilişkilidir. Bu daralma ateroskleroza bağlıdır. Angina pektoris, kararlı (stabil) angina pektoris ve kararsız (anastabil) angina pektoris olarak ikiye ayrılmaktadır (Türkmen ve Çam, 2012).

2.2.1. Koroner Arter Hastalıkları Belirtileri ve Tedavisi

Koroner arter hastalığında miyokart iskemisine bağlı olarak kalbin yeterince beslenememesi nedeni ile birçok hastada görülen göğüs ağrısı (angina pektoris) dört kategoride incelenmektedir. Bunlar: yerleşimi, karakteri, süresi ve eforla arttırıcı ya da rahatlatıcı faktörlerle ilişkisine bağlı olarak ayrılmaktadır. Miyokart iskemisinin neden olduğu sıkıntı hissi genellikle göğüste sternum altındadır, çene altı veya dişlere, her iki kürek kemiğinden her iki kol, el bilekleri ve parmaklara kadar geniş bir alana yayılarak hissedilebilir. Ayrıca, yorgunluk, baygınlık, bulantı, terleme, huzursuzluk

duygusu gibi belirtiler, fiziksel aktivite sırasında zorlanma, kolda uyuşma, sıkıştırıcı nitelikte ağrı gibi yakınmalarda görülmektedir (Arter vd., 2013).

Biyokimya tam kan sayımı benzeri laboratuvar tetkikleri (tam kan sayımı, kardiyak enzimler, koagülasyon testleri, serum lipitleri, serum elektrolitleri, kan-üre-nitrojen), radyolojik tetkikler (göğüs filmi, fluoroskopi, kalp kateterizasyonu, anjiyokardiyografi), grafi görüntüleme tetkikleri (elektrokardiyografi, holter monitörü, eforlu EKG) ile tanı konulmaktadır. EKG'nin kullanım amacı kalp kasının ve sinirsel iletiminin çalışmasını incelemek üzere kalpte meydana gelen elektriksel faaliyetin kaydedilmesi işlemidir. Bu kayıtle elde edilen grafik elektrokardiyogram (EKG), bu işlem sırasında kullanılan alete de elektrokardiyograf denir. Angina pektoriste ise tanı genellikle anamnez ile konur. Ağrının özelliklerini bilmek çoğunlukla tanı için yeterlidir (Özkan vd., 2019).

Kalp damar hastalığı tanısı konmuş bireylere genellikle ilaç tedavisi, açık kalp ameliyatı ve perkütan koroner girişimler şeklinde 3 ayrı tedavi uygulanmaktadır. İlaç tedavisinin aksatılmadan kullanılması hastalığın yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Kalbe normal kan akışını yeniden sağlamak için koroner arter bypass cerrahisi uygulanır. Koroner arter bypass greft ameliyatı, açık kalp ameliyatı tekniği kullanılarak tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere göğüs, kalp ya da bacadan alınan safen ven, radial ya da internal arter kullanılarak bypass yapılması işlemidir. Girişimsel bir tedavi olan ve koroner arterdeki darlıkların giderilmesi için kullanılan koroner anjioplasti yöntemi ise ciltten damar yolu ile ilerlenerek gerçekleştirilen bir yöntemdir (Demirkıran, 2011).

2.3. Periferik Arter Hastalıkları

Sistemik ateroskleroza bağlı olarak gelişen PAH alt ekstremitte arterial kan dolaşımının kronik ve ilerleyici olarak bozulmasıyla karakterizedir (Başgöz vd., 2017). Arter duvarında enflamasyona bağlı gelişme gösteren bu durum etkilenen arterlerde giderek tıkanmalara neden olan darlıklar meydana gelmektedir. Sadece

KAH bulunan insanlara göre hem koroner arter hastalığı hem de periferik arter hastalığı bulunan bireylerde miyokard enfarktüsü, iskemik inme ve kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm oranı daha fazla görülmektedir (Kullo vd., 2016).

Periferik arter hastalıklar (PAH), koroner arterler ve aort dışındaki tüm arterlerin hastalıklarını kapsamaktadır. Bunlar: alt ekstremitte periferik arter hastalıkları, üst ekstremitte periferik arter hastalığı (subklavilan arter hastalığı), serebrovasküler hastalıklar (karotis arter hastalığı, vertebral arter hastalığı), mezenterik arter hastalığı ve renal arter hastalığıdır (Keleşoğlu, 2020).

2.3.1. Periferik Arter Hastalıkları Belirtilerinin Tedavisi

Periferik arter hastalığı yavaş gelişen aterosklerotik bir sürece sahiptir ve karotis, vertebral, üst ekstremitte, mezenter, böbrek, alt ekstremitte damarları olmak üzere gelişen bölgeye ve daralmasına göre değişen semptomlar ortaya çıkmaktadır. Alt ekstremitte için en tipik belirti baldırda yürümekle artan bazen uyluk ve kalça bölgesine de yayılabilen ağrıdır. Ağrı ve nekrotik dokular çoğu kez ayak parmaklarının uç kısmından başlar, yürümeyle başlayan ağrı giderek dinlenme sırasında da ortaya çıkar (Şatiroğlu vd., 2011; Altuncu vd., 2019). Renk değişikliği ve uyuşma hissi bunun yanı sıra alt ekstremitelerde ülserasyon ve gangren, periferik arter hastalığının belirgin ve ciddi bulgularıdır. Gangren aşamasına gelmiş hastaların 1/3'ünden fazlasına cerrahi girişim olarak amputasyon işlemi uygulanmaktadır (Sadıkoğlu vd., 2002; Özyaprak vd., 2020).

Tedavide ana hedef kardiyovasküler riski en aza indirmek ve işlevsel kapasiteyi geliştirmektir (Kullo vd., 2016). Bunun için öncelikle hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon gibi aterosklerotik risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır (Özyaprak vd., 2020).

2.4. Kalp Kapak Hastalıkları

Kalp kapak hastalıkları kapaklarda bulunan stenoz veya yetmezlik şeklinde ortaya çıkmaktadır ve kalp kapağının kalınlığı, pozisyonu, kapakta kitle veya trombus

varlığı, kapakların yaprakçıklarının sayısına göre değerlendirilmektedir. Kapak yetersizliğinde kalp kapak yapısı bozularak işlevini yapamaz hale gelmekte dolayısıyla kalbin yükü artmaktadır. Risk faktörleri genellikle doğumsal, ateşli romatizmal hastalık, ileri yaş ve diğer nedenler olarak ayrılmaktadır. Diğer nedenler endokarditler, miyopatiler, KAH, aort darlığı veya genişliği, konjenital kalp hastalıklarıdır (Becit vd., 2001; Alkan ve Enç, 2013). Kalp kapak hastalıkları yaş, cinsiyet gibi değiştirilemez faktörleri ve hipertansiyon, hiperlipidemi, metabolik problem, sigara kullanımı gibi değiştirilebilir faktörleri içermektedir. Yaş ilerledikçe aort yetmezliği görülme sıklığı artmaktadır. Bunun nedeni yaş ilerledikçe kapakların zamanla kalınlaşma göstererek esnekliğini yitirmesidir. Her 10 yılda bir bu sıklık 2.3 kat artmaktadır (Supino vd., 2006; Alkan ve Enç, 2013).

2.4.1. Kalp Kapak Hastalıkları Belirtileri ve Tedavisi

Kişilerde görülen semptomlar çarpıntı, yorgunluk, halsizlik ve efor halinde gelen dispnedir. İlk başta eforla oluşan dispne zamanla istirahat halinde de oluşmaktadır. Yetmezlik ilerledikçe periferik ödem, akciğer ödemi, atrial fibrilasyon ve pıhtı oluşumu görülmektedir. Pıhtılar dolaşım sistemine katılarak emboli ve felç gibi ciddi problemlere yol açmaktadır ve giderek sol atrium basıncı kalp yetmezliğine neden olmaktadır (Becit vd., 2001; Demirbağ vd., 2009).

Kalp kapak hastalıklarında tedavi prosedürlerin çoğu cerrahi girişimlerdir. En sık uygulanan Transkatater Aortik Valv İmplantasyonu (TAVI) ya da Transkatater Aortik Valv Replasmanı (TAVR), minimal invaziv kapak cerrahisi, kapak tamiri veya replasmanları ve valvüloplastidir (Kankaya vd., 2018). Biyolojik ve mekanik olmak üzere iki çeşit kapak vardır. Mekanik kalp kapakçıkları titanyum ve karbon gibi malzemelerden yapılır. Biyolojik kapaklar hayvan veya insan dokusundan oluşmaktadır (Özdemir vd., 2018).

2.5. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, kalp performansının eksilmesi sonucu kalbin doku ve organlara gerekli ve yeterli kanı gönderememesiyle ortaya çıkan klinik patolojik bir

tablodur. Kalp yetmezliği sıklıkla kalp damar hastalığı, kalp krizi, hipertansiyon, kalp kapak hastalığı gibi kalp performansını bozan ayrıca kalbin iç yükünü arttıran durumlarda gelişir. Kardiyovasküler hastalıkların genelinde olduğu gibi kalp yetmezliğinde de obezite risk faktörüdür. Obezite ile artan kolesterol değerleri kalp yetmezliği riskini artırmaktadır. Kalp ile ilgili anomalilikler, ailede kalp yetmezliği öyküsünün olması, böbreklerde fonksiyon bozukluğu ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kalp dışında gelişen durumlar, sigara ve alkol kullanımı, diyabet gibi kronik hastalıkların varlığı da kalp yetmezliği riskini artırmaktadır (Mosterd vd., 2007). Kalp yetmezliği genelde kronik olarak seyretse de akut olarak da görölmektedir. Akut kalp yetmezliği, aniden ortaya çıkan ve belirti bulguları hızlı bir şekilde artan, acil tedavi gerektiren bir durumdur (Ponikowski vd., 2016).

2.5.1. Kalp Yetmezliği Belirtileri ve Tedavisi

Kronik kalp yetmezliğinin en önemli belirtileri yorgunluk, dispne, sıvı retansiyonuna bağlı pulmoner konjesyon ve periferik ödemdir. Bu belirtiler sonucunda bireylerin fonksiyonel kapasiteleri azalmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir.

Kalp yetmezliğinde tedavinin asıl amacı kalp yetmezliğinin ilerlemesini önlemek, görölen semptomları azaltmak veya gidermek, hastaların yaşam kalitesini artırmak, sürekli hastaneye yatışları azaltmak, mortalite ve morbiditeyi düşürmektir. Kalp yetmezliğinde tedavi seçenekleri farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerdir. Farmakolojik tedavi ilaç tedavisidir. Nonfarmakolojik tedaviler ise hasta ve aile eğitimi, egzersiz, istirahat, sodyum ve sıvı kısıtlaması, genel beslenme önlemleri, kilo verme ve kilo kontrolü, sigara ve alkol kullanımı, enfeksiyonlara karşı aşılanma gibi önlemlerdir. Sigarayı bırakma, fiziksel aktiviteyi artırma, alkol tüketimini azaltma, ideal kiloda olma, sağlıklı beslenme alışkanlığı edinme, etkin stres yönetimini sağlama, düzenli sağlık kontrolleri yapmak, hipertansiyon ve diyabetin düzenlenmesi, birey ve aileye yönelik yaklaşımları belirleme, yaşam kalitesinin artırılması da nonfarmakolojik yöntemlerdendir (Kahraman vd., 2004; Özdemir vd., 2009).

2.6. Kardiyovasküler Hastalıklarda Hemşirelik Yaklaşımları

Kardiyovasküler hastalığa sahip bireyleri sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması gibi konularda yönlendirecek ve bilgilendirecek sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Bu süreçte üstlenmeleri gereken en önemli rol eğitimci ve danışmanlık rolleridir. Primer koruma programında risklerin azaltılması, hastalık hakkında bilgi verilmesi ve sağlıklı yaşama yönlendirilmesi konusunda hemşireler aktif rol oynamaktadır (Yeşil vd., 2012).

Koroner arter hastalığının ortaya çıkış nedenlerinin bilinmesi ve risk faktörlerinin azaltılması için toplumda farkındalık oluşturma, toplum ve bireylere sağlık eğitimi verme, hastaların tedaviye uyumlarını sağlama, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma, bireyin kendi bakımını yönetmesinde hasta ve yakınlarına destek belirtmek önemlidir (Yeşil vd., 2012; Annaç, 2018).

Bireylerin kilo kontrolünün sağlanması, diyet kontrolü ve diyete uyum, uygun ve düzenli fiziksel aktivite, düzenli ve bilinçli ilaç kullanımı, sigara ve alkol tüketiminin sınırlandırılması ve bırakılması gibi konularda hasta ve ailesine eğitim verilmesi hastaların ve yakınlarının hastalığa uyumlarını kolaylaştırmakta ve bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır (Yeşil vd., 2012; Annaç, 2018).

Koruyucu sağlık hizmetlerinden ilk olarak yapılması gereken, bireyin mevcut durumunu anlamak ve bireyin var olan yaşam davranışı alışkanlıklarını değerlendirmektir. İkinci basamakta ise multidisipliner ve aile temelli ekip çalışması yer almaktadır. Amerikan Kalp Birliği sekonder korunma kapsamındaki öneriler ise; sigaranın bırakılması, arter kan basıncının kontrol altına alınması, kan lipid değerlerinin kontrolü, fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kontrolü, diyabetin tedavi edilmesi ve ilaçların verilmesi benzeri biyolojik ve davranışsal risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır. Hemşireler bu noktada hasta bakımı, hastaya ve aileye verilen eğitim ile bireylerin sağlığını kontrol altına alınmasına, risk faktörlerine maruziyetin azaltılmasına ve yaşam kalitesinin artmasına destek olmaktadır (Türkmen vd., 2012; Kumsar ve Yılmaz, 2017).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Araştırmada kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri ve korunma yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Soruları;

- 1- Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri nelerdir?
- 2- Risk faktörlerinin çevresel ve demografik değişkenlerle ilişkisi nelerdir?

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Araştırmanın evrenini 2018-2019 yılları arasındaki 2 yıllık sürede Lefkoşa’da bulunan bir devlet hastanesi, Kalp Damar Cerrahi Servisi ve Yoğun Bakımı Ünitesinde tedavi amacıyla yatan 1236 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini; Evren araştırmanın örneklemini teşkil etmiş olup, bu hastalardan 11 tanesi hayatını kaybetmiştir. Covid-19 pandemisi kaynaklı tam kapanma nedeni ile 273 hasta yurtdışına gitmiş ve aynı bu nedenden dolayı 601 hasta ise görüşmeyi kabul etmemiştir. Bu nedenle araştırmanın örneklemini, ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 351 hasta oluşturmuştur. Örneklem evreni temsil etmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin Toplanmasına Lefke Avrupa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma Enstitüsü'nün onayından geçtikten sonra ve KKTC Sağlık Bakanlığı etik kurul izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan ‘‘Bilgilendirilmiş Onam Formu’’(EK-1) ile verilerin toplanması sırasında kişilerde yazılı onamları alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulaması yapılmıştır.

Materyal Ve Metod; Çalışma da araştırmaya uygun hazırlanmış hasta onam formu, veri toplama formu, ölçek olarak ise (KARRİF-BD) (Arıkan ve diğerleri, 2009) ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik-güvenirligini yapan İnci Arıkan'dan izin alınmıştır. Ölçekte yer alan ilk dört madde KVH'lerin özellikleri, korunulabilirliği ve yaş faktörü ile ilgilidir. Sonraki 15 madde risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), 9 madde de (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru ya da yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmuş ve katılımcıların bu ifadeleri ‘‘Evet’’, ‘‘Hayır’’ veya ‘‘Bilmiyorum’’ olarak yanıtlamaları istenmiştir. Her doğru yanıt 1 puan verilmesi gerekmektedir. Ölçekteki ifadelerden 6 tanesinde ifadenin yanlış olduğu tespit edilmiştir. Bu maddeler ters kodlanmıştır. Ters kodlanan maddeler 11-12-16-17-24-26'dır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam 28 puan olarak belirlenmiştir (Arıkan vd., 2009).

Demografik veri toplama formu 38 sorudan oluşmuştur. Bunlardan 1-13 arası soruları demografik özellikler, 14-16 arası soruları geçirilmiş hastalık ve uygulanan tedaviler, 17-19 arası soruları genetik özellikler, 20-23 arası soruları çevresel ve mesleki faktörler, 24-38 arası sorularını ise yaşam tarzı soruları oluşturmaktadır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ve anket uygulanmasıyla toplanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirmesi, Excel formatında elektronik ortamına girilerek SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) programında yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki Pearson ki-kare analizi, Spearman Kolerasyon Analizi, Kruskal Wallis Testi ve Mann-Whitney U ile test edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmaya, Lefke Avrupa Üniversitesi Etik Kurulu ve KKTC Sağlık Bakanlığı kurum izinleri alındıktan sonra Temmuz ve Eylül 2020 tarihleri arasında hasta bilgilerine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu nedenle katılımcılara 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' sunulmuştur.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Kardiyovasküler hastalıkların tümü bağımlı değişkeni oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
39 yaş ve altı	29	8,26
40-54 yaş	80	22,79
55-69 yaş	154	43,87
70 yaş ve üzeri	88	25,07
Cinsiyet		
Kadın	106	30,20
Erkek	245	69,80
Medeni durum		
Bekar	31	8,83
Evli	320	91,17
Eğitim düzeyi		
İlkokul	51	14,53
Ortaokul	43	12,25
Lise	172	49,00
Lisans ve üzeri	85	24,22
Meslek		
Çalışmayan	65	18,52
Esnaf	23	6,55
Memur	52	14,81
Emekli	132	37,61
Serbest meslek	79	22,51
Gelir düzeyi		
Asgari ücret	60	17,09
Asgari ücretten az	44	12,54
Asgari ücretten fazla	247	70,37
Toplam	351	100,00

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %8,26’sının 39 yaş ve altında, %22,79’unun 40-54 yaş arasında, %43,87’sinin 55-69 yaş arasında, %25,07’sinin 70 yaş ve üzerinde olduğu, %30,20’sinin kadın, %69,80’inin erkek olduğu, %8,83’ünün medeni durumunun bekar, %91,17’sinin medeni durumunun evli olduğu, %14,53’ünün ilkokul mezunu, %12,25’inin ortaokul mezunu, %49’unun lise mezunu, %24,22’sinin lisans mezunu ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %18,52’sinin çalışmadığı, %6,55’inin esnaf, %14,81’inin memur, %37,61’inin emekli, %22,51’inin serbest meslek sahibi olduğu, %17,09’unun gelir düzeyinin asgari ücretli, %12,54’ünün gelir düzeyinin asgari ücretten az, %70,37’sinin gelir düzeyinin asgari ücretten fazla olduğu belirlenmiştir.

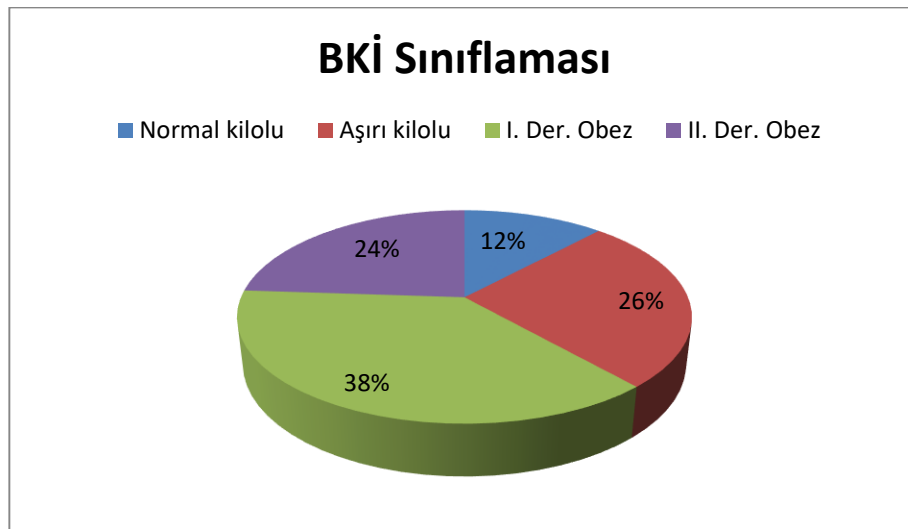
Tablo 4.2. Hastaların antropometrik ölçümleri

	Cinsiyet	N	\bar{x}	s	Min	Max
Vücut ağırlığı (kg)	Kadın	106	80,37	16,25	48,00	120,00
	Erkek	245	93,49	14,26	47,00	132,00
Boy uzunluğu (cm)	Kadın	106	161,06	6,98	150,00	188,00
	Erkek	245	172,94	7,64	154,00	205,00
BKİ (kg/m²)	Kadın	106	30,97	5,92	18,29	41,91
	Erkek	245	31,30	4,75	19,82	44,62

Tablo 4.2.'de araştırmaya dahil edilen hastaların antropometrik ölçümlerine yer verilmiştir.

Kadın hastaların vücut ağırlığı ortalamasının $80,37 \pm 16,25$ kg, minimum 48, maksimum 120 kg, boy uzunluğu ortalamasının $161,06 \pm 6,98$ cm, minimum 150, maksimum 188 cm, BKİ ortalamasının $30,97 \pm 5,92$ kg/m², minimum 18,29, maksimum 41,91 kg/m² olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan erkek hastaların vücut ağırlığı ortalamasının $93,49 \pm 14,26$ kg, minimum 47, maksimum 132 kg, boy uzunluğu ortalamasının $172,94 \pm 7,64$ cm, minimum 154, maksimum 205 cm, BKİ ortalamasının $31,30 \pm 4,75$ kg/m², minimum 19,82, maksimum 44,62 kg/m² olduğu belirlenmiştir.

**Şekil 1.** Hastaların BKİ sınıflamalarına göre dağılımı

Şekil 1’de hastaların BKİ sınıflamalarına göre dağılımı grafik şeklinde gösterilmiştir. Araştırmaya dahil olan hastaların %12’sinin normal kilolu, %26’sının aşırı kilolu, %38’inin I. Derece obez, %24’ünün II. Derece obez olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Hastaların tanı durumlarının dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı*		
KAH	176	50,14
PAH	70	19,94
KKH	92	26,21
KKY	8	2,28

*Birden fazla tanı alan hasta bulunmaktadır.

Tablo 4.3’te hastaların tanı durumları verilmiş olup, araştırma kapsamına alınan hastaların %50,14’üne KAH, %19,94’üne PAH, %26,21’ine KKH ve %2,28’ine KKY tanısı konulduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Hastaların kronik hastalık durumlarının dağılımı (N=351)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalık		
Var	149	42,33
Yok	203	57,67
Hastalık (n=149)		
Diyabet	8	5,37
Hipertansiyon	66	44,30
Obezite	48	32,21
Böbrek yetmezliği	2	1,34
Diğer	25	16,78
Toplam	351	100,0

Tablo 4.4 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hastaların %42,33'ünün Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığının olduğu, %57,67'sinin Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığının olmadığı görülmüştür. Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığı bulunan katılımcıların %5,37'sinin hastalığının diyabet, %44,30'unun hipertansiyon, %32,21'inin obezite, %1,34'ünün böbrek yetmezliği, %16,78'inin diğer hastalıklar olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların ilaç kullanma durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli ilaç kullanma		
Kullanmayan	87	24,79
Kullanan	264	75,21
Kullanılan ilaçlar (n=264)*		
Antihipertansif	249	94,32
Antiguagulan	154	58,33
Antikolesterol	59	22,35
Antiülser	147	55,68
Antidiabetik	90	34,09
Antidiüretik	16	6,06
Diğer	45	17,05
Toplam	351	100,0

**Birden fazla ilaç kullanan hasta bulunmaktadır.*

Tablo 4.5'te araştırma kapsamına alınan hastaların ilaç kullanma durumları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %24,79'unun düzenli ilaç kullanmadığı, %75,21'inin düzenli ilaç kullandığı görülmektedir. Düzenli ilaç kullananların kullandıkları ilaçlar incelendiğinde %94,32'sinin Antihipertansif, %58,33'inin Antiguagulan, %55,68'inin Antikolesterol, %55,68'inin Antiülser, %34,09'unun Antidiabetik ve %6,06'sının Antidiüretik ilaç kullandığı, %17,05'inin diğer ilaçları kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların genetik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anne-baba arasında akrabalık		
Yok	294	83,76
Var	57	16,24
Doğum şekli		
Sezeryan	86	24,50
Normal	265	75,50
Düzenli ilaç kullanma		
Kullanmayan	87	24,79
Kullanan	264	75,21
Bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşama		
Yaşamayan	337	96,01
Yaşayan	14	3,99
Ailede kalp-damar hastalığı öyküsü		
Yok	106	30,20
Var	245	69,80
Kişilik yapısı		
Stresli	111	31,62
Hiperaktif	41	11,68
Sakin	199	56,70
Toplam	351	100,00

Tablo 4.6’da araştırmaya dahil edilen hastaların genetik özellikleri verilmiştir.

Araştırmaya dahil olan hastaların %83,76’sının anne-babası arasında akrabalık bulunmadığı, %16,24’ünün anne-babası arasında akrabalık olduğu, %24,50’sinin doğum şeklinin sezaryen, %75,50’sinin doğum şeklinin normal olduğu, %24,79’unun düzenli ilaç kullanmadığı, %75,21’inin düzenli ilaç kullandığı, %96,01’inin bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşamadığı, %3,99’unun bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşadığı, %30,20’sinin ailesinde kalp-damar hastalığı

öyküsü olmadığı, %69,80'inin ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olduğu, %31,62'sinin stresli kişilik yapısına, %11,68'inin hiperaktif kişilik yapısına, %56,70'inin sakin kişilik yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların çevresel ve mesleki faktörleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşanılan ev tipi		
Apartman	83	23,65
Müstakil	247	70,37
Dubleks	21	5,98
Mesleğin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünme		
Düşünmeyen	162	46,15
Düşünen	189	53,85
Çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşama		
Yaşamayan	303	86,32
Yaşayan	48	13,68
Toplam	351	100,0

Tablo 4.7'de araştırmaya dahil edilen hastaların çevresel ve mesleki faktörleri verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %23,65'inin apartmanda, %70,37'sinin müstakil evde, %5,98'inin dubleks evde yaşadığı, %46,15'inin mesleğinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünmediği, %53,85'inin mesleğinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşündüğü, %86,32'sinin çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşamadığı, %13,68'inin çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşadığı görülmüştür.

Tablo 4.8. Hastaların beslenme alışkanlıkları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Günlük tüketilen öğün sayısı		
1-2 öğün	48	13,68
3 öğün ve üzeri	303	86,32
Çok sık atıştırmalık tüketme durumu		
Tüketmeyen	248	70,66
Tüketen	103	29,34
Diyet yapma durumu		
Hayır	227	64,67
Evet	124	35,33
Günlük tüketilen kahve miktarı		
Hiç	51	14,53
1-2 fincan	147	41,88
3-4 fincan	134	38,18
5 fincan ve üzeri	19	5,41
Toplam	351	100,0

Tablo 4.8’de araştırma kapsamına alınan hastaların beslenme alışkanlıkları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %13,68’inin günlük tükettikleri öğün sayısının 1-2 öğün, %86,32’sinin günlük tükettikleri öğün sayısının 3 öğün ve üzerinde olduğu, %70,66’sının çok sık atıştırmalık tüketmediği, %29,34’ünün çok sık atıştırmalık tükettiği, %64,67’sinin diyet yapmadığı, %35,33’ünün diyet yaptığı, %14,53’ünün hiç kahve tüketmediği, %41,88’inin günde 1-2 fincan kahve, %38,18’inin 3-4 fincan kahve ve %5,41’inin 5 fincan ve üzerinde kahve tükettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların spor yapma ve uyku durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Spor yapma durumu		
Yapmayan	213	60,68
Yapan	138	39,32
Uyku düzeninin uygun olduğunu düşünme		
Düşünmeyen	316	90,03
Düşünen	35	9,97
Toplam	351	100,0

Tablo 4.9’da araştırma kapsamına alınan hastaların spor yapma ve uyku durumları verilmiştir.

Araştırmaya dahil olan hastaların %60,68’inin spor yapmadığı, %39,32’sinin spor yaptığı, %90,03’ünün uyku düzeninin uygun olduğunu düşünmediği, %9,97’sinin uyku düzeninin uygun olduğunu düşündüğü saptanmıştır.

Tablo 4.10. Hastaların sigara-alkol kullanma durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanma durumu		
Kullanmayan	128	36,47
Kullanan	172	63,53
Alkol kullanma durumu		
Hayır	102	29,06
Evet	249	70,94
Toplam	351	100,0

Tablo 4.10.'da araştırmaya dahil olan hastaların sigara ve alkol kullanma durumları gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, %36,47'sinin sigara kullanmadığı, %63,53'ünün sigara kullandığı, %29,06'sının alkol kullanmadığı, %70,94'ünün alkol kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların demografik özellikleri ile tanılarının karşılaştırılması

	KAH		PAH		KKH		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Yaş grubu								
39 yaş ve altı	5	3,18	15	23,08	8	11,94	34,475	0,000*
40-54 yaş	26	16,56	16	24,62	17	25,37		
55-69 yaş	79	50,32	23	35,38	17	25,37		
70 yaş ve üzeri	47	29,94	11	16,92	25	37,31		
Cinsiyet								
Kadın	34	21,66	22	33,85	29	43,28	11,374	0,003*
Erkek	123	78,34	43	66,15	38	56,72		
BKI								
Normal	18	11,46	9	13,85	9	13,43	9,511	0,147
Fazla kilolu	32	20,38	22	33,85	18	26,87		
I. Der. Obez	65	41,40	25	38,46	20	29,85		
II. Der. Obez	42	26,75	9	13,85	20	29,85		
Medeni durum								
Bekar	8	5,10	14	21,54	9	13,43	13,646	0,001*
Evli	149	94,90	51	78,46	58	86,57		
Meslek								
Çalışmıyor	20	12,74	21	32,31	10	14,93	18,380	0,019*
Esnaf	9	5,73	5	7,69	4	5,97		
Memur	23	14,65	12	18,46	13	19,40		
Emekli	64	40,76	14	21,54	28	41,79		
Serbest	41	26,11	13	20,00	12	17,91		

* $p < 0,05$

Tablo 4.11.'de araştırmaya dahil edilen hastaların demografik özelliklerine göre tanılarının karşılaştırılmasında Pearson ki kare testi sonuçları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların, 39 yaş ve altı bireylerde, kadınlarda ve bekar hastalarda KAH görülme oranı istatistiksel açıdan anlamlı düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların BKI değerlerine göre tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Emekli hastalarda PAH görülme oranı daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.12. Hastaların bazı özelliklerine göre tanılarının karşılaştırılması

	KAH		PAH		KKH		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Anne-baba akrabalık								
Var	132	84,08	56	86,15	56	83,58	0,198	0,906
Yok	25	15,92	9	13,85	11	16,42		
Doğum şekli								
Sezaryan	35	22,29	23	35,38	19	28,36	4,162	0,125
Normal	122	77,71	42	64,62	48	71,64		
Başka kronik hastalık								
Yok	110	70,06	45	69,23	40	59,70	2,415	0,299
Var	47	29,94	20	30,77	27	40,30		
Düzenli ilaç kullanma								
Kullanmayan	30	19,11	28	43,08	19	28,36	13,643	0,001*
Kullanan	127	80,89	37	56,92	48	71,64		
Ailede kalp-damar hastalığı öyküsü								
Yok	33	21,02	32	49,23	28	41,79	20,456	0,000*
Var	124	78,98	33	50,77	39	58,21		
Kişilik yapısı								
Stresli	43	27,39	24	36,92	23	34,33	2,067	0,170
Hiperaktif	16	10,19	15	23,08	7	10,45		
Sakin	98	62,42	26	40,00	37	55,22		
Yaşanılan ev tipi								
Apartman	31	19,75	24	36,92	19	28,36	8,629	0,071
Müstakil	117	74,52	36	55,38	45	67,16		
Dubleks	9	5,73	5	7,69	3	4,48		
Günlük tüketilen öğün sayısı								
1-2 öğün	16	10,19	15	23,08	10	14,93	6,309	0,043*
3 öğün ve üzeri	141	89,81	50	76,92	57	85,07		
Çok sık atıştırmalık tüketme durumu								
Tüketmeyen	116	73,89	38	58,46	45	67,16	5,216	0,074
Tüketen	41	26,11	27	41,54	22	32,84		
Diyet yapma durumu								
Yapmayan	105	66,88	42	64,62	44	65,67	0,112	0,946
Yapan	52	33,12	23	35,38	23	34,33		
Spor yapma durumu								
Yapmayan	108	68,79	35	53,85	36	53,73	6,846	0,033*
Yapan	49	31,21	30	46,15	31	46,27		
Sigara kullanma durumu								
Kullanmayan	55	35,03	26	40,00	25	37,31	0,530	0,767
Kullanan	102	64,97	39	60,00	29	62,69		
Alkol kullanma durumu								
Kullanmayan	45	28,66	19	29,23	17	25,37	0,330	0,848
Kullanan	111	70,70	46	70,77	50	74,63		

* $p < 0,05$

Tablo 4.12.'de araştırmaya katılan hastaların bazı özelliklerine göre tanılarının karşılaştırılmasına ilişkin Pearson ki kare testi sonuçlarına ilişkin veriler sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların anne-baba akrabalık durumuna, doğum şekline ve başka kronik hastalığının olması durumuna göre tanıları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Düzenli ilaç kullananlarda, ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olan hastalarda KAH tanısı görülme oranı istatistiksel açıdan anlamlı yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların kişilik yapısına ve yaşadığı ev tipine göre tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Spor yapan ve günlük 1-2 öğün tüketen hastalarda KAH tanısı görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya alınan hastaların çok sık atıştırmalık tüketme, sigara ve alkol kullanma durumuna göre tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Hastaların, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzey Ölçeği puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
KARRİF-BD	351	23,04	3,89	0	31

Tablo 4.13'te Araştırma kapsamına alınan hastaların, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzey (KARRİF-BD) Ölçeği puanları verilmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların, KARRİF-BD Ölçeğinden ortalama $23,04\pm 3,89$ puan, en az 0, en yüksek 31 puan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	N	\bar{x}	s	M	SO	Z / χ^2	p	Fark
Yaş grubu								
39 yaş ve altı	29	25,03	3,21	26	227,64	18,699	0,000*	
40-54 yaş	80	23,99	3,92	24	200,26			
55-69 yaş	154	22,79	3,39	22	168,32			
70 yaş ve üzeri	88	21,95	4,47	22	150,37			
Cinsiyet								
Kadın	106	23,53	3,54	23	188,75	-1,553	0,120	
Erkek	245	22,82	4,03	23	170,49			
Medeni durum								
Bekar	31	24,19	3,59	25	204,89	-1,665	0,096	
Evli	320	22,93	3,91	23	173,20			
Eğitim düzeyi								
İlkokul	51	21,29	3,38	21	126,89	18,951	0,000*	
Ortaokul	43	22,26	4,11	22	153,09			
Lise	172	23,51	3,89	24	190,92			
Lisans ve üzeri	85	23,52	3,78	23	186,87			
Meslek								
Çalışmayan	65	22,98	3,78	22	172,82	19,867	0,001*	
Esnaf	23	24,96	3,52	25	228,50			
Memur	52	24,19	3,93	24,5	203,99			
Emekli	132	22,02	4,09	22	150,28			
Serbest meslek	79	23,47	3,26	24	187,88			
Gelir düzeyi								
Asgari ücret	60	23,30	3,20	23	182,96	1,159	0,560	
Asgari ücretten az	44	23,52	3,76	23	187,26			
Asgari ücretten fazla	247	22,89	4,07	23	172,30			

* $p < 0,05$ (Z: Mann-Whitney U testi, X^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 4.14.'te Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları ile KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). 39 ve altı yaş hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, 70 yaş ve üzeri yaş grubuna mensup hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek hesaplanmıştır. Hastaların cinsiyetlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Kadın ve erkek hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir. Katılımcıların medeni durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Evli ve bekar katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Eğitim düzeyi lise mezunu olan ve eğitim düzeyi lisans mezunu ve üzerinde olan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları, eğitim düzeyi ilkokul mezunu olan katılımcıların puanlarından daha yüksek hesaplanmıştır. Tespit edilen puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Katılımcı hastaların mesleklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Mesleği esnaf olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, emekli olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan hastaların gelir düzeylerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gelir düzeyi asgari ücretten az olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, gelir düzeyi asgari ücretten fazla olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından daha yüksek hesaplanmasına rağmen, gelir düzeylerinden kaynaklı puan farkı istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 4.15. Hastaların antropometrik ölçümlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar

		KARRİF-BD
Vücut ağırlığı (kg)	r	-0,167
	p	0,002*
	N	351
Boy uzunluğu (cm)	r	-0,057
	p	0,286
	N	351
BKİ (kg/m ²)	r	-0,159
	p	0,003*
	N	351

* $p < 0,05$ (r : Spearman testi)

Tablo 4.15'te hastaların antropometrik ölçümlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların vücut ağırlıkları ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon vardır ($p < 0,05$). Hastaların vücut ağırlıkları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puanları azalmaktadır.

Hastaların boy uzunlukları ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında negatif yönlü fakat istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmayan korelasyon vardır ($p > 0,05$). Hastaların boy uzunlukları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puanları azalmaktadır fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırmaya katılanların BKİ değerleri ile KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Araştırmaya katılanların BKİ değerleri arttıkça, KARRİF-BD Ölçeği puanlarında azalma olduğu görülmektedir.

Tablo 4.16. Hastaların hastalık, tanı ve ilaç kullanma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	Z	P
Kalp-damar bozukluğuna							
neden olacak hastalık							
Var	149	23,41	3,71	23	184,25	-1,313	0,189
Yok	203	22,76	4,01	23	169,91		
Düzenli ilaç kullanma							
Kullanmayan	87	23,57	3,71	23	188,01	-1,277	0,202
Kullanan	264	22,86	3,94	23	172,04		

(Z: Mann-Whitney U testi)

Tablo 4.16’da hastaların hastalık, tanı ve ilaç kullanma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığının bulunması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığı bulunan ve bulunmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Katılımcı hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Düzenli ilaç kullanan ve düzenli ilaç kullanmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 4.17. Hastaların genetik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	Z/ χ^2	p	Fark
Anne-baba arasında								
Akrabalık								
Yok	294	23,07	4,01	23	176,92	-0,387	0,699	
Var	57	22,86	3,26	23	171,25			
Doğum şekli								
Sezeryan	86	24,49	3,50	25	213,15	-3,920	0,000*	
Normal	265	22,57	3,90	22	163,94			
Bebeklik-çocukluk döneminde								
kalp problemi yaşama								
Yaşamayan	337	22,97	3,90	23	174,33	-1,514	0,130	
Yaşayan	14	24,57	3,41	24	216,11			
Ailede kalp-damar								
hastalığı öyküsü								
Yok	106	22,73	3,43	22	166,45	-1,164	0,245	
Var	245	23,17	4,08	23	180,13			
Kişilik yapısı								
Stresli	111	24,24	3,24	24	208,29	17,583	0,000*	1-3
Hiperaktif	41	23,10	3,39	23	175,70			
Sakin	199	22,35	4,16	22	158,05			

* $p < 0,05$ (Z: Mann-Whitney U testi, X^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 4.17.'de hastaların genetik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil olan hastaların anne-babası arasında akrabalık olması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Anne- babası akraba olan ve anne-babası akraba olmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Araştırmaya katılan hastaların doğum şekilleri ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Doğum şekli sezaryen olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, doğum şekli normal olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların bebeklik çocukluk döneminde kalp problemi yaşama durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşamayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından daha yüksek olmasına karşın aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olan ve olmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Katılımcı hastaların kişilik yapılarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Stresli kişilik yapısına sahip olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, sakin kişilik yapısına sahip hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.18. Hastaların çevresel ve mesleki faktörlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	Z / χ^2	p	Fark
Yaşanılan ev tipi								
Apartman	83	24,11	3,48	24	204,16	26,055	0,000*	1-2
Müstakil	247	22,41	3,87	22	159,71			2-3
Dubleks	21	26,14	3,37	27	256,24			
Mesleğin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünme								
Düşünmeyen	162	22,13	4,13	22	152,48	-4,034	0,000*	
Düşünen	189	23,81	3,51	24	196,16			
Çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşama								
Yaşamayan	303	22,97	3,92	23	174,19	-0,842	0,400	
Yaşayan	48	23,46	3,76	23	187,43			

* $p < 0,05$ (Z: Mann-Whitney U testi, X^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 4.18’de hastaların çevresel ve mesleki faktörlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları ev tipine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Dupleks evde yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, müstakil evde yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ve apartmanda yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları müstakil evde yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Hasta katılımcıların mesleklerinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünme durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Mesleklerinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünen katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları,

mesleklerinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünmeyen katılımcıların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşama durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşayan ve yaşamayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Tablo 4.19. Hastaların beslenme alışkanlıklarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	Z / χ^2	p	Fark
Günlük tüketilen								
öğün sayısı								
1-2 öğün	48	24,73	3,41	25	220,29	-3,265	0,001*	
3 öğün ve üzeri	303	22,77	3,90	22	168,98			
Çok sık atıştırma								
tüketme durumu								
Tüketmeyen	248	22,85	4,01	23	171,17	-1,388	0,165	
Tüketen	103	23,50	3,58	23	187,63			
Diyet yapma durumu								
Hayır	227	22,78	3,67	22	167,21	-2,203	0,028*	
Evet	124	23,52	4,24	24	192,09			
Günlük tüketilen								
kahve miktarı								
Hiç	51	22,10	3,55	22	148,70	20,723	0,000*	1-5
1-2 fincan	147	22,32	4,07	22	157,86			2-5
3-4 fincan	134	23,90	3,73	24	198,46			
5 fincan ve üzeri	19	25,00	2,52	25	231,24			

* $p < 0,05$ (Z: Mann-Whitney U testi, X^2 : Kruskal-Wallis H testi)

Tablo 4.19’de hastaların beslenme alışkanlıklarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil olan hastaların günlük tükettikleri öğün sayılarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Günlük 1-2 öğün tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, günlük 3 öğün ve üzerinde tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların çok sık atıştırma tüketme durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Çok sık atıştırma tüketen

ve çok sık atıştırmalık tüketmeyen katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Araştırmaya katılan hastaların diyet yapma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır ($p<0,05$). Diyet yapan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları, diyet yapmayan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Hasta katılımcıların günlük tükettikleri kahve miktarlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Günlük 5 fincan ve üzerinde kahve tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, günlük 1-2 fincan kahve tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından ve hiç kahve tüketmeyen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 4.20. Hastaların spor yapma ve uyku durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	M	SO	Z	p	Fark
Spor yapma durumu								
Yapmayan	213	22,97	3,59	23	172,87	-0,720	0,472	
Yapan	138	23,14	4,34	23	180,83			
Uyku düzeninin uygun olduğunu düşünme								
Düşünmeyen	316	23,09	3,89	23	177,60	-0,889	0,374	
Düşünen	35	22,51	3,91	23	161,57			

* $p < 0,05$ (Z: Mann-Whitney U testi)

Tablo 4.20’de hastaların spor yapma ve uyku durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil olan hastaların spor yapma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Spor yapan ve spor yapmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzerdir.

Katılımcıların uyku düzenlerinin uygun olduğunu düşünme durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Uyku düzenlerinin uygun olduğunu düşünen ve uyku düzenlerinin uygun olduğunu düşünmeyen katılımcılar KARRİF-BD Ölçeğinden benzer puanlar almışlardır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 173 milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu rakam tüm ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %80'inden fazlası az ve orta gelişmiş ülkelerde meydana gelmiş, kadın ve erkeklerde yaklaşık eşit olarak gerçekleşmiştir. 2019 yılında bu sayı 179 milyona ulaşmıştır ve ölümlerin %85'i kalp krizi ve inme nedeniyle gerçekleşmiştir. 2030 yılında yaklaşık 233 milyon kişinin KVH nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2021).

Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerinin azalması hem kardiyovasküler olayların azalmasına hem de mortalitenin azalmasını sağlamaktadır. Yine risk faktörlerini azaltma için gösterilen çabalar kardiyovasküler olaylarda azalma sağlamaktadır (Rothwell vd., 2004).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %43,87'sinin 55-69 yaş arasında ve çoğunluğu kapsadığı, %30,20'sinin kadın, %69,80'inin erkek olduğu, %91,17'sinin medeni durumunun evli olduğu, %49'unun lise mezunu olduğu, %37,61'inin emekli olduğu, %17,09'unun gelir düzeyinin asgari ücretli, %70,37'sinin gelir düzeyinin asgari ücretten fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Thom ve diğerlerinin (2006) yaptığı çalışmada, kardiyovasküler hastalıkların yaşlanmayla (erkeklerde ≥ 45 yaş, kadınlarda ≥ 55 yaş) artış gösterdiği belirtilmektedir.

Kadın hastaların vücut ağırlığı ortalamasının $80,37 \pm 16,25$ kg, minimum 48, maksimum 120 kg, boy uzunluğu ortalamasının $161,06 \pm 6,98$ cm, minimum 150, maksimum 188 cm, BKİ ortalamasının $30,97 \pm 5,92$ kg/m², minimum 18,29, maksimum 41,91 kg/m² olduğu tespit edilmiştir (Tablo, 4.2).

Araştırmaya katılan erkek hastaların vücut ağırlığı ortalamasının $93,49 \pm 14,26$ kg, minimum 47, maksimum 132 kg, boy uzunluğu ortalamasının $172,94 \pm 7,64$ cm, minimum 154, maksimum 205 cm, BKİ ortalamasının $31,30 \pm 4,75$ kg/m², minimum 19,82, maksimum 44,62 kg/m² olduğu belirlenmiştir (Tablo, 4.2). Araştırmaya dahil olan hastaların %12'sinin normal kilolu, %26'sının aşırı kilolu, %38'inin I. derece obez, %24'ünün II. derece obez olduğu görülmektedir (Şekil 1).

DSÖ'nün tahminlerine bakıldığında, dünya üzerindeki yetişkinlerin yarısından çoğu aşırı kilolu ya da obezdir (WHO, 2014). Dünyanın pek çok yerinde obezite prevalansı hızlı bir şekilde artmaktadır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre 2025'e kadar dünya üzerinde erkek nüfusun %18'den ve kadın nüfusun %21'den fazlasında obezite görülecektir (NCD, 2016). Birçok klinik ve epidemiyolojik kanıt da obezitenin; “koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, atriyal fibrilasyon, ventriküler aritmiler ve ani kardiyak”la birlikte birçok KVH ile ilişkilendirildiği görülür (Poirier vd., 2006). Sağlık Bakanlığının 2014 verilerine göre Türkiye geneline bakıldığında “obezite ve kilolu olma”, “hafif şişmanlık” prevalansı, erkeklerde %20,5 ve %39,1, kadınlardaysa %41,0 ve %29,7 olduğu görülür. TÜİK 2019 verilerine göre de 15 yaş ve üzerindeki obez bireylerin oranı, 2016 %19,6 iken, 2019 %21,1 olarak yükselmiştir. Kadınların %24,8'i obez, %30,4'ünün obez öncesi, erkeklerin %17,3'ü obez ve %39,7'si obez öncesi olarak tespit edilmiştir.

Uyanık (2016)'ın yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hastaların obezite sıklığı, erkeklerde %51,6, kadınlarda %58,8 olmuştur. Ünal ve diğerlerinin (2013) çalışmasında Türkiye'deki erkeklerden %15'inin, kadınlarınsa %29'unun obez olduğu ve yine erkeklerin %37'sinin, kadınlarınsa %29'unun fazla kilolu olduğu belirtilmiştir. Çiftçi'nin (2019) çalışmasına katılanların obezite oranı %43,9'dur.

Bu çalışmada obezite oranının daha önce gerçekleştirilen benzer çalışmalara bakıldığında daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni de obezite sorunu dönemin getirisi olarak hızla artmasıdır.

Hastaların tanı durumlarına bakıldığında, araştırma kapsamına alınan hastaların %50,14'üne KAH, %19,94'üne PAH, %26,21'ine KKH ve %2,28'ine KKY tanısı konulduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Çürük ve diğerlerinin (2018) yapmış olduğu çalışmada hastalardan %45,2'si koroner arter hastalığına sahip, %38,9'unda akut koroner sendroma, %7,2'sinde kalp yetmezliğine, %5,5'inde aritmi ve %3,2'sinde hipertansiyona sahip olduğu belirtilmiştir.

Küçükberber ve diğerlerinin (2011)'de gerçekleştirdikleri çalışmada 325 katılımcıdan %10,8'i kalp ritim bozuklukları, %39,1'i kalp-damar hastalıkları, %17,8'i kalbin yapısal hastalıkları ve 32,3'ü kalp yetmezliği tanısına sahiptir.

Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan hastaların %42,33'ünün kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığının olduğu, %57,67'sinin kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığının olmadığı görülmüştür. Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığı bulunan katılımcıların %5,37'sinin hastalığının diyabet, %44,30'unun hipertansiyon, %32,21'inin obezite, %1,34'ünün böbrek yetmezliği, %16,78'inin diğer hastalıklar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Uyanık (2016), çalışmasına katılan 1850 kişiden %15'inde diyabet, %29,5'inde hipertansiyon, %34,8'inde obezite olduğunu belirtmekte ve bu çalışmayla benzer sonuçlara rastlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %24,79'unun düzenli ilaç kullanmadığı, %75,21'inin düzenli ilaç kullandığı görülmektedir. Düzenli ilaç kullananların kullandıkları ilaçlar incelendiğinde %94,32'sinin Antihipertansif, %58,33'inin Antiguagulan, %55,68'inin Antikolesterol, %55,68'inin Antiülser, %34,09'unun Antidiyabetik ve %6,06'sının Antidiüretik ilaç kullandığı, %17,05'inin diğer ilaçları kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Başaran (2021)'in çalışmasında düzenli ilaç kullananların oranı %34, düzenli olarak ilaç kullanmayanların oranı ise %66'dır ve çalışmamızdan farklı sonuçlara rastlanmıştır. Bizim çalışmamızda tam tersi bir kullanım oranının olmasının sebebi çalışma grubumuzun KVH tanılı bireylerden oluşmasından kaynaklıdır. Çiftçi (2019)'nin çalışmasında düzenli ilaç kullanan katılımcı oranı %60,3'tür.

Araştırmaya dahil olan hastaların %83,76'sının anne-babası arasında akrabalık bulunmadığı, %16,24'ünün anne-babası arasında akrabalık olduğu, %24,50'sinin doğum şeklinin sezaryen, %75,50'sinin doğum şeklinin normal olduğu, %96,01'inin bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşamadığı, %3,99'unun bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşadığı, %30,20'sinin ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olmadığı, %69,80'inin ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olduğu, %31,62'sinin stresli kişilik yapısına, %11,68'inin hiperaktif kişilik yapısına, %56,70'inin sakin kişilik yapısına sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

Kırağ ve Çalışkan (2020)'in çalışmasında ailesinde KVH olan katılımcı oranı %34,8; Çiftçi (2019)'nin çalışmasında ailesinde KVH olan katılımcı oranı %51,4; Paslı ve diğerlerinin (2014) çalışmasında ailesinde KVH olan katılımcı oranı %31,9; Tan ve diğerlerinin (2013) çalışmasında ailesinde KVH olan katılımcı oranı %37,2;

Arıkan ve diğerlerinin (2009) çalışmasında ailesinde KVH olan katılımcı oranı %60'tır ve bu çalışmayla benzer sonuçlara rastlanmıştır. Sağlıklı ya da genç bireylerle yapılan çalışmalarda ailede KVH öyküsü daha düşük oranda görülürken, KVH ya da kronik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi ailede KVH öyküsü oranı yüksek çıkmıştır ve benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %70,37'sinin müstakil evde yaşadığı, %46,15'inin mesleğinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünmediği, %53,85'inin mesleğinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşündüğü, %86,32'sinin çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşamadığı görülmüştür (Tablo 4.7). Araştırmaya dahil edilen hastaların %86,32'sinin günlük tükettikleri öğün sayısının 3 öğün ve üzerinde olduğu, %70,66'sının çok sık atıştırmalık tüketmediği, %64,67'sinin diyet yapmadığı, %41,88'inin günde 1-2 fincan kahve tükettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.8). Literatürde araştırmanın bu bölümlerinin sonuçlarını tartışacak başka bir çalışmanın mevcut olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan hastaların %60,68'inin spor yapmadığı, %90,03'ünün uyku düzeninin uygun olduğunu düşünmediği saptanmıştır (Tablo 4.9).

KVH riskinin azaltılmasında spor/egzersiz yapmanın önemini olduğu bilimsel bir gerçektir. Türkiye'de 18-30 yaşlar arasındaki bireylerden %76,6'sının spor/egzersiz yapmadığı belirlendi (TFAR, 2014). Oğuz ve diğerlerinin (2019) katılımcılarının üniversite öğrencileri olduğu çalışmalarında katılımcılarının %78,5'inin düzenli olarak spor/egzersiz yapmadığını belirlemişlerdir. Şimşek ve Ökmen (2020)'in spor bilimleri fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise bu oran katılımcı grubun sporla ilgili bireylerden oluşmasında kaynaklı olarak spor yapanların oranı %73'tür. Bizim çalışmamızda bu oran yukarıda da belirtildiği gibi spor yapmayanların oranı %60,68'tir. Bizim çalışmamızdaki oranın TFAR ile Oğuz ve diğerlerinin çalışmasına göre daha düşük oranlı olmasında bizim katılımcıların KVH tanısı konmuş bireyler olması ve yaş farklılıklarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çünkü KVH tanısı konmuş bireyler arasında bazıları tanı konduktan sonra daha sağlıklı bir hayat tarzına geçmekte ve buna paralel olarak da spor/egzersiz yapmaya başlamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %49'unun sigara kullandığı, %70,94'ünün alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

“Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012” sonucuna bakıldığında, 2012’de Türkiye’de yaşayan bireylerin %27,1’i tütün mamullerini tüketmektedir. Sağlık Bakanlığının 2013’te gerçekleştirdiği Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörü Sıklığı Çalışması’ na göre tütün mamulleri kullanma sıklığı erkek bireylerde %41,5 olduğu ve bunun da kadın bireylere göre %13,1 daha fazla oranda olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada Türkiye’de alkol kullanma sıklığının erkek bireylerde %23, kadın bireylerde %4 olduğu belirtilmiştir.

Başaran (2021)’in çalışmasındaki katılımcıların hiç sigara kullanmayanlarının oranı %60,9, hiç alkol kullanmayanların oranı ise %20,9’dur ve bizim çalışmamızla benzer sonuçlara rastlanmıştır. Kırağ ve Çalışkan (2020)’in çalışmasında katılımcıların %30,1’inin günde sigara içtiği, %15,2’sinin haftalık alkol tükettiği saptanmıştır. Çiftçi (2019)’nin çalışmasındaki katılımcıların %57,5’i sigara içmemekte, %58’i ise alkol kullanmamaktaydı. Uyanık (2016)’in çalışmasındaki katılımcılardan erkek katılımcıların sigara içme oranı %58,8, kadın katılımcıların sigara içme oranı %16,9 olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada erkeklerin %19,2’sinin, kadınlarınsa %1,4’ünün alkol kullanmakta olduğu belirtilmiştir. Boylu ve Yılmaz (2016)’in çalışmalarındaki katılımcıların sigara içme oranı %36,4’tür.

Araştırmamıza benzer çalışmalarda tespit edilen sigara-alkol kullanma oranları çalışmaların evren ve örnekleme göre farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızın KKTC’de KVH üzerinde gerçekleştirilmiş olmasının çalışmamızdaki oranlar üzerinde olduğu düşünülmektedir.

Araştırma incelendiğinde, 39 yaş ve altı bireylerde, kadınlarda ve bekar hastalarda KAH görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Hastaların BKİ değerlerine göre tanıları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Emekli hastalarda PAH görülme oranı daha düşük bulundu (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan hastaların anne-baba akrabalık durumuna, doğum şekline ve başka kronik hastalığının olması durumuna göre tanıları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmemiştir. Düzenli ilaç kullananlarda, ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olan hastalarda KAH tanısı görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Hastaların kişilik yapısına ve yaşadığı ev tipine göre tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi. Spor yapan ve günlük 1-2 öğün tüketen hastalarda KAH tanısı görülme oranı

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Araştırmaya alınan hastaların çok sık atıştırılmalık tüketme, sigara ve alkol alma durumuna göre tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi (Tablo 4.12).

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. 39 yaş ve altı yaş grubuna mensup hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları (25,03), 70 yaş ve üzeri yaş grubuna mensup hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanından istatistiksel anlamlı derecede yüksek hesaplanmıştır (21,95) (Tablo 4.14).

Kırağ ve Çalışkan (2020)'in çalışmalarında 30-40 yaş arası katılımcılarda KARRİF-BD Ölçeği puanları 18.739 ± 3.672 olarak; 61 yaş ve üzeri katılımcılarda bu puan 18.833 ± 3.969 olarak belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda bizim çalışmamın aksine katılımcı alt yaş sınırı ile üst yaş sınırı arasında KARRİF-BD Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Kilkenny ve diğerlerinin (2017), ≥ 55 yaş düzeyindeki katılımcılarla yaptıkları çalışmada KARRİF-BD Ölçeği puanlarını daha düşük bulmuştur. Sözmen ve diğerlerinin (2015) çalışmasında yaş artışının KARRİF-BD Ölçeği puanlarını arttırdığı ortaya konmuştur ki bu bizim çalışmamızdaki sonucun aksine bir durumdur. Tan ve diğerlerinin (2013) kırsal kesimdeki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmaya göre araştırmaya katılan kadınları yaşları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamaları düşmektedir. Amerika'da Scalzi ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmadan çıkan sonuçlara göre yaş, risk farkındalığı açısından önemli belirleyici olup ve genç hastaların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Araştırmada hastaların cinsiyetlerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.14).

Bizim çalışmamıza benzer şekilde, Topuz (2017) çalışmasında kadın ve erkek katılımcıların ortalama KARRİF-BD Ölçeği skorunun birbirine yakın çıktığını belirtmektedir. Fakat Andsoy ve diğerlerinin (2015) çalışmasında KARRİF-BD Ölçeğinden alınan puanların kadın katılımcılarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Şimşek ve Ökmen (2020)'in çalışmasında kadınların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamalarının, erkeklerin puan ortalamasından yüksek olduğu fakat bu farklılığın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Badır ve diğerlerinin (2015) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinde cinsiyete göre KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamalarının değiştiği, kadınların ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hindistan'da Sadasivam ve diğerlerinin (2016) çalışmalarında da kadınların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamalarının erkek katılımcılardan yüksek olduğu belirtilmiştir. Cin ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da cinsiyete göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir. Sözmen ve diğerlerinin (2013) ile Oğuz ve diğerleri (2019) yaptıkları çalışmada kadınların ortalama puanları, erkeklerinkinden yüksek olarak tespit edilmiştir. Gürdoğan ve diğerleri (2014) ve Yılmaz ve Boylu (2016)'nun gerçekleştirdikleri çalışmalarda ise erkeklerin ortalama puanı, kadınlarınkinden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmalarda görülen kadın lehine pozitif durumun kadınların farkındalık durumlarının erkeklerle göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların medeni durumlarına göre puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14). Benzer şekilde Zengin (2019) ve Kırağ ve Çalışkan (2020)'nin çalışmalarında katılımcıların medeni durumlarıyla KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir. Buna karşılık Manfredini ve diğerleri (2017), Uyanık (2016), Sözmen ve diğerlerinin (2013) çalışmalarında medeni durumun KARRİF-BD Ölçeği puanlarını pozitif yönlü etkilediğini söylemektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi lise mezunu olan ve eğitim düzeyi lisans mezunu ve üzerinde olan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları, eğitim düzeyi ilkokul mezunu olan katılımcıların puanından yüksek hesaplanmıştır. Tespit edilen puan farkı istatistiksel anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).

Çalışmamıza benzer şekilde, diğer çalışmalarda da KVH risk bilgisinin eğitim düzeyi arttıkça arttığı bildirilmiştir (Telfair ve Shelton, 2012 ve Andsoy vd., 2015). Katılımcı hastaların mesleklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmüştür. Mesleği memur ve esnaf olan hastaların

KARRİF-BD Ölçeği puanları; emekli, serbest meslek ve çalışmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14).

Çiftçi (2019)'nin çalışmasında emeklilerin KARRİF-BD Ölçeği puanları memurlar da dahil olmak üzere diğer meslek grupları ve çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur. Zengin (2019) çalışmasında meslek grupları KARRİF-BD Ölçeği puanlarında en yüksek skorlu olan grup memurlardır.

Araştırmaya dahil olan hastaların gelir düzeylerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Gelir düzeyi asgari ücretten az olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, gelir düzeyi asgari ücretten fazla olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından yüksek hesaplanmasına karşın, gelir düzeylerinden kaynaklı puan farkı istatistiksel anlamlı değildir (Tablo 4.14).

Toptaş (2020), Çürük ve diğerlerinin (2018), Min ve diğerlerinin (2017), Kollia ve diğerlerinin (2016), Kuru ve Piyal'ın (2012), Küçükberber ve diğerlerinin (2011) çalışmalarındaki sonuçlar bizim sonucumuzla uyumlu olup gelir düzeyinin artmasıyla birlikte KARRİF-BD Ölçeği puanlarının da arttığı görülmüştür.

Hastaların Antropometrik Ölçümlerine Göre KARRİF-BD Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların vücut ağırlıkları ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon olduğu görüldü. Hastaların vücut ağırlıkları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puanları azaldığı belirlendi (Tablo 4.15).

Hastaların boy uzunlukları ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında negatif yönlü fakat istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmayan korelasyon olduğu görüldü. Hastaların boy uzunlukları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puanları azalmaktadır fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.15).

Araştırmaya katılanların BKİ değerleri ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında negatif yönlü, istatistiksel anlamlı korelasyon belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların BKİ değerleri arttıkça, KARRİF-BD Ölçeği puanlarında azalma olduğu görüldü (Tablo 4.15).

Kırağ ve Çalışkan (2020), Zengin (2019), Çiftçi (2019), Yılmaz ve Boylu (2016), Jafary ve diğerlerinin (2005), Rexrode ve diğerlerinin (1998) yapmış oldukları çalışmalarda katılımcıların KARRİF-BD ölçeği ortalaması; bizim çalışmamızda olduğu gibi kilo ve beden kitle indeksi arttıkça azalmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığının bulunması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığı bulunan ve bulunmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzer olduğu görüldü (Tablo 4.16).

Krupp ve diğerleri (2020), Patel ve diğerleri (2012), Potvin ve diğerleri (2000) tarafından yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde sonuçlar alınmıştır. Çiftçi (2019), çalışmasında bu çalışmanın aksine KARRİF-BD ölçek puanıyla kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır.

Katılımcı hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı görüldü. Düzenli ilaç kullanan ve düzenli ilaç kullanmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzer olduğu görüldü (Tablo 4.16).

Çiftçi (2019) çalışmasında bu çalışmanın aksine KARRİF-BD Ölçeği puanıyla düzenli ilaç kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır.

Araştırmaya dahil olan hastaların anne-babası arasında akrabalık olması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı. Anne- babası akraba olan ve anne-babası akraba olmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzer olduğu görüldü (Tablo 4.17). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların doğum şekilleri ile KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Doğum şekli sezaryen olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanı, doğum şekli normal olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.17). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların bebeklik çocukluk döneminde kalp problemi yaşama durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşayan hastaların

KARRİF-BD Ölçeği puanları, bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşamayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından daha yüksek hesaplanmasına karşın aralarındaki puan farkı istatistiksel anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4.17). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görüldü. Ailesinde kalp-damar hastalığı öyküsü olan ve olmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzer olduğu görüldü (Tablo 4.17).

Tekin (2018) çalışmasında katılımcıların ailede kalp-damar hastalığı öyküsü olması durumuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanları bizim sonucumuzla uyumludur. Fakat bizim çalışmamızın aksine; bazı çalışmalarda ailesinde kalp-damar hastalığı olan katılımcıların kardiyovasküler bilgi düzeylerinin olmayanlara göre daha fazla olduğunu ve kalp-damar hastalığı bulunmasının KARRİF-BD Ölçeği puan ortalaması anlamlı olarak arttırdığını tespit etmişlerdir (Tan vd., 2013 ve Gürdoğan vd., 2014 ve Karakoç Kumsar vd., 2015 ve Cin vd., 2018 ve Çürük vd., 2018 ve Oğuz vd., 2019 ve Kırağ ve Çalışkan, 2020).

Katılımcı hastaların kişilik yapılarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Stresli kişilik yapısına sahip olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, sakin kişilik yapısına sahip hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı yüksek saptanmıştır (Tablo 4.17). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları ev tipine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi. Dubleks evde yaşayan hastaların puanları, müstakil evde yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ve apartmanda yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, müstakil evde yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.18). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hasta katılımcıların mesleklerinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünme durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı. Mesleklerinin kalp-damar hastalığına sebebiyet

verdiğini düşünen katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları, mesleklerinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünmeyen katılımcıların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.18). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşama durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı görüldü. Çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşayan ve yaşamayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzer olduğu görüldü (Tablo 4.18). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmaya dahil olan hastaların günlük tükettikleri öğün sayılarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Günlük 1-2 öğün tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, günlük 3 öğün ve üzerinde tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.19).

Katılımcıların çok sık atıştırmalık tüketme durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görüldü. Çok sık atıştırmalık tüketen ve çok sık atıştırmalık tüketmeyen katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzer olduğu tespit edildi (Tablo 4.19).

Araştırmaya katılan hastaların diyet yapma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Diyet yapan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanları, diyet yapmayan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.19).

Hasta katılımcıların günlük tükettikleri kahve miktarlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı. Günlük 5 fincan ve üzerinde kahve tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, günlük 1-2 fincan kahve tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından ve hiç kahve tüketmeyen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel anlamlı yüksek bulundu (Tablo 4.19).

Yerli ve yabancı literatürde beslenme alışkanlıkları ve kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan farklı çalışmalar mevcuttur. Fakat söz konusu çalışmalarda beslenme alışkanlıkları ile ilgili değişkenler farklı farklı olarak alınmıştır. Bizim çalışmamızdaki değişkenlerin aynısı kullanan

çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu sebeple değişkenleri genelleme yaparak sağlıklı beslenme ve sağlıksız beslenme olarak aldığımızda yapılan çalışmaların tamamında sağlıklı beslenmeyi tercih eden katılımcıların puanından istatistiksel anlamlı yüksek görülmektedir (Sofi vd., 2005 ve Abdel-Megeid vd., 2011 ve Tekin, 2018 ve Marhuenda vd., 2019 ve Toptaş, 2020).

Araştırmaya dahil olan hastaların spor yapma durumlarına göre “KARRİF-BD ölçeği” puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü. Spor yapan ve spor yapmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları benzediği tespit edildi (Tablo 4.20).

Yılmaz ve Boylu (2016) çalışmalarında egzersiz/spor yapmayan bireylerin KARRİF-BD Ölçeği puanı ortalamalarını egzersiz/spor yapanlara bakarak daha yüksek bulmuş fakat aralarında anlamlı fark saptamıştır. Literatürde bulunan çalışmalarda bizim çalışmanın aksine, spor yapan katılımcıların spor yapmayan katılımcılara göre KARRİF-BD Ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görüldü (Shapero vd., 2016 ve Nystoriak ve Bhatnagar, 2018 ve Pinckard vd., 2019 ve Şimşek ve Ökmen, 2020).

Katılımcıların uyku düzenlerinin uygun olduğunu düşünme durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edildi. Uyku düzenlerinin uygun olduğunu düşünen ve uyku düzenlerinin uygun olduğunu düşünmeyen katılımcıların KARRİF-BD Ölçeğinden benzer puanlar aldıkları saptandı (Tablo 4.20). Literatürde bu değişkenle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların, KARRİF-BD Ölçeğinden ortalama $23,04 \pm 3,89$ puan, minimum 0, maksimum 31 puan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo, 13). Kahvecioğlu (2021) özel bir hastanenin polikliniklerine başvuran hasta ve sağlıklı bireylerle onların yakınlarından oluşan 175 kişilik katılımcı grubu ile yaptığı çalışmada KARRİF-BD Ölçeği toplam puanlarının 6 ile 24 arasında değişmekte olduğunu ve ortalamasının da $21,08 \pm 3,10$ olduğunu saptamıştır.

Başaran (2021), “aile hekimliği polikliniğine” gelen yetişkin hastalardan oluşan 215 kişilik bir çalışma grubuyla gerçekleştirdiği çalışmada katılımcılarının KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamasını $18,7\pm 4,9$ olarak bulmuştur. Hepcan Örs ve Tümer (2020), kalp hastası olmayan yetişkin 253 kadın katılımcıyla yaptığı araştırmada KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamasını $17,67\pm 4,85$ bulmuştur. Şimşek ve Ökmek (2020)’in birlikte yaptıkları araştırmada katılımcı olarak spor bilimleri fakültesi öğrencilerinden 207 kişilik bir katılımcı grubuyla çalışmıştır. Çalışma sonucuna göre KARRİF-BD Ölçeği puanları ortalaması $16,70 \pm 4,71$ olarak belirlenmiştir.

Oğuz ve diğerlerinin (2019), üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada öğrencilerin KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamasını $19,5\pm 4,6$ olarak hesaplamıştır. Çürük ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada kardiyovasküler hastalığı bulunan hasta ve hasta yakınlarının KARRİF-BD Ölçeği puanlarının ortalamasını sırası ile $18,7\pm 4,1$ ve $19,3\pm 5,8$ olarak saptamıştır. Uyanık (2016), birinci basamak sağlık kuruluşlarına gelen bireylerden 1850 kişilik bir katılımcı grubuyla gerçekleştirdiği araştırmasında araştırma grubu katılımcılarının KARRİF-BD Ölçeğinden aldığı puanların 0- 28 arasında değişmekte olduğunu ve ortalama puanın $18,64\pm 4,68$ olarak hesaplandığını belirtilmiştir.

Yılmaz ve Boylu (2016)’nun masa başı çalışan bireylerden oluşan katılımcılarından; kadının KARRİF-BD puanları $19,4 \pm 2,8$, erkeklerin $18,6 \pm 3,1$ ’dir. Gürdoğan ve diğerlerinin (2015), metal işçilerinden 82 kişilik katılımcıyla gerçekleştirdikleri araştırmada KARRİF-BD Ölçeği puanları ortalamasını $18,65\pm 4,04$ olarak bulunmuştur. Paslı ve diğerlerinin (2014), Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinden 665 katılımcıyla gerçekleştirdiği araştırmada KARRİF-BD Ölçeği puanlarının ortalamasının $17,86\pm 2,83$ olduğu belirtilmiştir.

Uysal ve diğerleri (2013), Hemşirelik ve Edebiyat Fakültesi öğrencilerinden 900 kişilik katılımcı grubuyla gerçekleştirdikleri araştırmada KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamasını hemşirelik öğrencilerinde $21,8\pm 4,37$, edebiyat fakültesi öğrencilerindeyse $17,1\pm 4,37$ olarak tespit etmiştir. Tan ve diğerlerinin kırsalda yaşamakta olan 113 kadın katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada KARRİF-BD Ölçeği puanlarının ortalaması $13,05\pm 6,93$ olarak belirtilmiştir. Arıkan ve diğerlerinin (2009), sağlık kurumlarında çalışanlar ile diğer kurumlarda çalışanlardan 200 katılımcıyla

gerçekleştirdiği araştırmada KARRİF-BD ÖLçeği puanlarının ortalamasını $19,3\pm 3,2$ bulmuştur.

Alan bazındaki bu çalışmalara bakıldığında KARRİF-BD ÖLçeđi ortalamalarının aşağı yukarı birbirine yakın olduğu var olan puansal farklılıkların da “alışma grubu” farklılıklarından kaynaklandığı dűřünülmektedir. Bu yapılan çalışmada KARRİF-BD ÖLçeđi puan ortalaması diğer bűtűn çalışmalardan yűksektir. Bunun nedenin de bu yapılan çalışma evreninin KKTC’de bulunması ve burada bulunan bireylerin de sağlık konusunda daha bilinçli olmasından kaynaklandığı dűřünülmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri ve korunma yöntemlerinin incelenmesi ile bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yardımcı olacak öneriler geliştirmesi amaçlanan bu çalışmada ortaya çıkan verileri incelediğimizde şu sonuçlara ulaştık:

Kuzey Kıbrıs'ta hipertansiyon, obezite ve diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar için en sık görülen risk faktörleriydi. Ayrıca kardiyovasküler hastalıklar ile yaş, cinsiyet, evlilik durumu, meslek, aile yatkınlığı, diyet ve düzenli egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Hastaların çevresel ve mesleki faktörlerine göre sonuçlar;

Çoğunun müstakil evde yaşadığı,

Yarıya yakınının mesleğinin kalp-damar hastalığına sebebiyet verdiğini düşünmediği,

Çoğunluğunun çalışma sırasında kalp rahatsızlığı yaşamadığı belirlenmiştir.

Hastaların beslenme, spor, uyku, sigara ve alkol alışkanlıklarına göre sonuçlar;

Çoğunluğunun üç öğün ve üzeri beslendiği,

Üçte ikisinden fazlasının atıştırmalık tüketmediği,

Üçte ikisinden fazlasının diyet yapmadığı,

Çoğunluğunun günde 1-4 fincan arası kahve tükettiği,

Yarısından fazlasının spor yapmadığı,

Büyük bir çoğunluğunun uyku düzeninin uygun olduğunu düşünmediği belirlenmiştir.

Yarısına yakınının sigara kullandığı, yaklaşık yüzde %15'lik kısmının sigara kullanmayı bıraktığı,

Çoğunluğunun alkol tükettiği belirlenmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre tanılarının karşılaştırılmasından çıkan sonuçlar;

39 yaş ve altı bireylerde, kadınlarda ve bekar hastalarda KAH görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu,

Hastaların BKİ değerlerine göre tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,

Emekli hastalarda PAH görülme oranı daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Antropometrik özelliklere göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılması sonuçları

Hastaların vücut ağırlıkları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puanlarının azaldığı,

Boy uzunlukları arttıkça KARRİF-BD Ölçeği puanları azaldığı fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

BKİ değerleri arttıkça, KARRİF-BD Ölçeği puanlarının azaldığı saptanmıştır.

Hastaların hastalık, tanı ve ilaç kullanma durumlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasından çıkan sonuçlar;

Kalp-damar bozukluğuna neden olacak hastalığı bulunan ve bulunmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzediği,

Düzenli ilaç kullanan ve düzenli ilaç kullanmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzediği saptanmıştır.

Hastaların genetik özelliklerine göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasından çıkan sonuçlar;

Anne-babası akraba olan ve anne-babası akraba olmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzediği,

Doğum şekli sezaryen olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, doğum şekli normal olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

Bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, bebeklik-çocukluk döneminde kalp problemi yaşamayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarından daha yüksek hesaplanmasına karşın aralarındaki puan farkı istatistiksel anlamlı olmadığı,

Ailesinde kap-damar hastalığı öyküsü olan ve olmayan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzediği,

Stresli kişilik yapısına sahip olan hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, sakin kişilik yapısına sahip hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanından istatistiksel anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların beslenme, spor, uyku alışkanlıklarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasından çıkan sonuçlar;

Günlük 1-2 öğün tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanları, günlük 3 öğün ve üzerinde tüketen hastaların KARRİF-BD Ölçeği puanından istatistiksel anlamlı yüksek olduğu,

Çok sık atıştırmalık tüketen ve çok sık atıştırmalık tüketmeyen katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanlarının benzediği,

Diyet yapan katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği puanının, diyet yapmayan kişilerden yüksek olduğu,

Günlük tükettikleri kahve miktarlarına göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır.

6.2. Öneri

KVH risk faktörlerinin tüm bireyler tarafından bilinmesinin sağlıkçılar tarafından sağlanması,

Sağlıklı beslenmenin ve düzenli egzersiz yapmanın KVH görülme sıklığını azalttığı bilincinin, tüm bireyler tarafından bilinmesinin sağlıkçılar tarafından sağlanması,

Bu doğrultuda halkı bilinçlendirmede ilk sırada yer alan sağlık personellerine gerekli eğitimler verilmesi,

Sigara kullanma sıklığının düşürülmesi ile ilgili gerekli yasal tedbirler oluşturulması, sigara kullanmayı bırakmayı özendirici faaliyetlerin düzenlenmesi,

Gittikçe artan bir sorun olan obezite ile mücadele edilmesi,

KVH neden olan hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde halk sağlığı hemşirelerinin etkin olarak görevlendirilmesinin sağlanması,

Sağlıklı yaşam uygulamaları ile ilgili kamu spotlarının hazırlanması,

Toplumda bireylerin çokça kullandığı sosyal medya platformlarında KVH risk faktörleri ile ilgili kamu spotlarının yayınlanması,

KVH ile ilgili bilinçlendirme eğitimlerinin hemşireler tarafından hastane ve diğer sağlık kuruluşları dışında farklı alanlarda da verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Abdel-Megeid, F. Abdelkarem, H. El-Fetouh, A. (2011). Unhealthy Nutritional Habits in University Students Are Risk Factor for Cardiovascular Diseases. *Saudi medical journal*. 32. 621-7.
2. Alkan, H. Ö., & Enç, N. (2013). The Role of Nursing in Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(5), 14-29.
3. Altuncu, F. T., Balcioğlu, H., & Civil, C. (2019). Evaluation of the Relationship between Peripheral Artery Disease Risk Factors and Ankle Brachial Index in Patients Who Applied to Family Medicine Policlinic.
4. Andsoy, I. I., Sevinc Tastan, R. N., Emine Iyigun, R. N., & Kopp, L. R. (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.
5. Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
6. Anushka Patel, M Justin Zaman, Stephen Jan, Graham S Hillis, P Krishnam Raju, Bruce Neal, Clara K Chow, Socio-economic distribution of cardiovascular risk factors and knowledge in rural India, *International Journal of Epidemiology*, Volume 41, Issue 5, October 2012, Pages 1302–1314, <https://doi.org/10.1093/ije/dyr226>
7. Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., & Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(1), 35-40.
8. Arnett, D.K., Blumenthal, R.S., Albert, M.A., Buroker, A.B., Goldberger, Z.D., Hahn, E.J. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *Circulation*, 140 (11), 596–646.

KAYNAKLAR (devam)

9. Arter, A. K. D. E. K. K., & Grubu, H. Y. G. (2013). Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. *İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
10. Badıllıoğlu, O., Toğrul, B. Ü., & Uçku, Ş. R. (2011). İzmir, Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3), 129-132.
11. Badır, A., Tekkaş, K., Topçu, S. (2015). Knowledge of Cardiovascular Disease in Turkish Undergraduate Nursing Students, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(5): 441– 449.
12. Balkan, F. (2013). Metabolik sendrom. *Ankara Medical Journal*, 13(2), 85-90.
13. Balkanay, O. O., & SN, Ö. (2017). Yaşlılarda periferik arter hastalığına yaklaşım. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(5), 96-101.
14. Barbaros, B., & Kabaran, S. (2014). Akdeniz diyeti ve sağlığı koruyucu etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42(2), 140-147.
15. Barnes, A. S. (2012). Obesity and sedentary lifestyles: risk for cardiovascular disease in women. Texas Heart Institute
16. Başaran, M. (2021). T. C. Sağlık bilimleri üniversitesi, Haydarpaşa numune sağlık, uygulama ve araştırma Merkezi Aile hekimliği kliniği Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin yaş Hastalarda kardiyovasküler hastalıklar risk Faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi Davranışları üzerine etkisi, (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul.
17. Başgöz, B. B., Cintosun, Ü., & Taşçı, İ. (2017). Periferik Arter Hastalığı Ve Kalp. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 10(3), 173-7.
18. Becit, N., Ünlü, Y., & Ceviz, M. (2001). Edinsel Mitral Kapak Hastalıklarında Cerrahi Tedavi Endikasyonları. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 33: 61-68.
19. Yılmaz, M., & Boylu, M. (2016). Determining the levels of knowledge about cardiovascular risk factors and behaviours of desk-based staff/Masa basi çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktorleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13(1), 259-267

KAYNAKLAR (devam)

20. Buğan, B., Çelik, T. (2014). Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Clinical and Analytical Medicine*, 4:5(2), 159-163.
21. Chowdhury, R., Warnakula, S., Kunutsor, S. (2014). et al. Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*, 160, 398-406.
22. Cin, A., Sevgi Doğan, E., Demirağ, H. (2018). Paramedik Öğrencilerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. Cilt 6, Sayı 2; 36-43
23. Cornelissen, V. A., Fagard, R. H. (2005). Effect of resistance training on resting blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 23(2), 251, 9.
24. Çiftçi, S., & Rakıcioğlu, N. (2019). Yaşlılarda Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme Etmenleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47(1), 82-90.
25. Çifçili, S., & Ünalın, P. C. (2002). Diyet ve egzersizin kalp-damar hastalıklarından koruyucu etkileri ile ilgili kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 7(2), 84-88.
26. Çürük, G. N. Bayındır, S. K. Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta Ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27 (1), 40-47. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eujhs/issue/44573/553197>
27. Çürük, G. N., Bayındır, S. K., & Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta Ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 40-47.
28. Demirbağ, R. (2009). Triküspit kapak yetersizliğinde tedavi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9: Özel Sayı 1;43-9.

KAYNAKLAR (devam)

29. Demirbağ, R., Sade, L. E., Aydın, M., Bozkurt, A., & Acartürk, E. (2013). The Turkish registry of heart valve disease. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 41(1), 1-10.
30. Demirkıran, G. (2011). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi* (Master's thesis, İnönü Üniversitesi).
31. Dobbeltsteyn, C. J., Joffres, M. R., MacLean, D. R., Flowerdew, G. (2001). A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors. *The Canadian Heart Health Surveys. International journal of obesity*, 25(5), 652.
32. Durusoy, E., Yıldırım, T., & Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 27(1), 13-18.
33. Dülek, H., Tuzcular Vural, E. Z., & Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 53-58.
34. Eray, A., Ateş, E., & Set, T. (2018). Assessment of cardiovascular disease risk in adults. *Turkish Journal of Family Practice*, 22(1), 12-19.
35. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi' Nde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Erişkin Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Bilgi Ve Farkındalık Düzeyi Dr. Gültekin Uyanık Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Eskişehir 2016
36. Fletcher, G. F., Balady, G., Blair, S. N. (1996). et al. Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity. *Circulation*, 94(857), 62.
37. Girelli, D., Martinelli, N., Peyvandi, F. ve Olivieri, O. (2009). Genetic architecture of coronary artery disease in the genome-wide era: implications for the emerging “golden dozen” loci. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 35, 671–682.
38. Global hastalık yükü: 2004 güncellemesi Dünya Sağlık Örgütü; 2009

KAYNAKLAR (devam)

39. Goff, D.C Jr, Lloyd-Jones, D.M., Bennett, G., Coady, S., D'Agostino, R.B. ve Gibbons, R. (2014). 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation*, 129 (25 Suppl 2), S49–73.
40. Guerchet M, Aboyans V, Mbelesso P, Mouanga AM, Salazar J, Bandzouzi B, Tabo A, Clément JP, Preux PM, Lacroix P. (2012). Epidemiology of peripheral artery disease in elder general population of two cities of Central Africa: Bangui and Brazzaville. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 44, 164–169.
41. Gürdoğan M, Pashlı Gürdoğan E, Arı H, Ertürk M, Genç A, Uçar MF. (2015). Levels of awareness of occupational and general cardiovascular risk factors among metal industry employees. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*; 43 (4): 361-367.
42. Hajar, R. (2017). Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 18(3), 109.
43. Hamm, C. W., Möllmann, H., Bassand, J. P., & Van deWerf, F. (2001). Acute coronary syndromes. *Thrombosis Research*, 103, S63-S69.
44. Han, S. H., Bae, J. H., Holmes Jr, D. R., Lennon, R. J., Eeckhout, E., Barsness, G. W., ... & Lerman, A. (2008). Sex differences in atheroma burden and endothelial function in patients with early coronary atherosclerosis. *European heart journal*, 29(11), 1359-1369.
45. Hanson, M. A., Fareed, M. T., Argenio, S. L., Agunwamba, A. O., & Hanson, T. R. (2013). Coronary artery disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 40(1), 1-16.
46. Hata, J., & Kiyohara, Y. (2013). Epidemiology of stroke and coronary artery disease in Asia. *Circulation Journal*, CJ-13.

KAYNAKLAR (devam)

47. Hepcan Örs T, Tumor A. (2020). Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi; 2(2): 81-88.
48. https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/158339-CAD%20Guide%20for%20GPS_TR.pdf (erişim tarihi 07.11.19)
49. Jafary F.H. Aslam F. Mahmud H. Waheed A. Shakir M., Afzal A. Qayyum MA. Akram J, Khan IS. Haque IU. (2005). Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan--a cause for concern. BMC Public Health. Nov 25;5:124. doi: 10.1186/1471-2458-5-124. PMID: 16309553; PMCID: PMC1318493.
50. Telfair J, Shelton T. (2012). Educational attainment as a social determinant of health. North Carolina Medical Journal, 73, 358-365.
51. Kahraman, G., & Ural, D. (2004). Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. *İçinde: Klinik Kardiyoloji. Eds: Komşuoğlu B, Ural E, Ural D, 1, 377-420.*
52. Kahvecioğlu, Y. (2021). Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini bilmenin sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyine etkisi (Master's thesis, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
53. Kankaya, E. A., & Bilik, Ö. (2018). Kalp Kapak Ameliyatı Sonrası Güncel Hemşirelik Yaklaşımları: Bakım Neden Önemli?. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 101-111.
54. Karabay, Ö., Karaçelik, M., Yılık, L., Tekin, N., İriz, A. B., Kumdereli, S., & Çalkavur, T. (2012). İskemik periferik arter hastalığı: Bir tarama çalışması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 450-457.
55. Karakoç Kumsar, A., Taşkın, Y.F., Altınbas, A.Ö. (2015). The Effect Of Cardiovascular Risk Factors Knowledge Level On Healthy Life Style Behaviors And Related Factors İn Nursing Students, *International Journal of Basic and Clinical Studies*, 4: 47-60

KAYNAKLAR (devam)

56. Kaya, S., & Şenturan, L. (2016). Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastaların yorgunluklarının incelenmesi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2(2), 59-67.
57. Keleşoğlu, Ş. (2020). Periferik Arter Hastalıkları. Bölüm 19.
58. Kırığ, N. & Çalışkan, G. (2020). Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Yapan Hastaların Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ve Depresyon Düzeyi İle İlişkili Faktörler . *Medical Sciences* , 15 (1) , 1-11 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/nwsamed/issue/52191/630835>
59. Kilkenny MF, Dunstan L, Busingye D, Purvis T, Reyneke M, Orgill M, Cadilhac DA (2017). Knowledge of risk factors for diabetes or cardiovascular disease (CVD) is poor among individuals with risk factors for CVD. *PLoS ONE*,12, 2-11.
60. Kocataş, S. Z., & Atalay, M. (2001). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 28-33.
61. Kollia, N., Panagiotakos, D.B., Georgousopoulou, E., Chrysohoou, C., Tousoulis, D., Stefanadis, C., et al. (2016). Exploring the association between low socioeconomic status and cardiovascular disease risk in healthy Greeks, in the years of financial crisis (2002-2012): the ATTICA study. *Int J Cardiol*; 223:758e63. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.08.294>.
62. Koloğlu, S. (1996). Diabetes Mellitus. In: Koloğlu Temel ve Klinik Endokrinoloji. (ed) Erdoğan G. *1. Baskı. Ankara, Medical Network ve Nobel*, 367-(86).
63. Krupp, Karl PhD, MSc; Wilcox, Meredith L. MPH; Srinivas, Arun MD; Srinivas, Vijaya DGO; Madhivanan, Purnima PhD; Bastida, Elena PhD, Cardiovascular Risk Factor Knowledge and Behaviors Among Low-Income Urban Women in Mysore, India, *The Journal of Cardiovascular Nursing*: [11/12 2020 - Volume 35 - Issue 6 - p 588-598](#) doi: 10.1097/JCN.0000000000000657

KAYNAKLAR (devam)

64. Kullo, I. J.,& Rooke, T. W. (2016). Peripheral artery disease. *New England Journal of Medicine*, 374(9), 861-871.
65. Kumsar, A. K., Yılmaz, F. T. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 18-27.
66. Kuru, N. ve Piyal, B. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'ne Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.11(3), 287-298
67. Küçükberber, N., Özdilli, K. ve Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi: *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 11, 619-626
68. Kültürsay, H. (2011). Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk. Kardiyol. Dern. Arş*, 39, 6-13.
69. Lakier, J. B. (1992). Smoking and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 93(1), S8-S12.
70. Li, J., Liu, F., Yang, X., Cao, J., Chen, S., Chen, J., Huang, K., Shen, C., Liu, X., Yu, Ling(2021). Validating World Health Organization cardiovascular disease risk charts and optimizing risk assessment in China. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 8, 1-9.
71. Lippi, G., Maffulli, N. (2009). Biological influence of physical exercise on hemostasis. *Semin Thromb Hemost*, 35(269), 76.
72. Maganti, K., Rigolin, V. H., Sarano, M. E., & Bonow, R. O. (2010, May). Valvular heart disease: diagnosis and management. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 5, pp. 483-500). Elsevier.
73. Manfredini, R., De Giorgi, A., Tiseo, R., Boari, B., Cappadona, R., Salmi, R., et al. (2017). Marital Status, Cardiovascular Diseases, and Cardiovascular Risk Factors: A Review of the Evidence. *J Womens Health (Larchmt)*, 26(6), 624–32. Epub 2017/01/28. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6103> PMID: 28128671.

KAYNAKLAR (devam)

74. Marhuenda, J. Villaño, D. (2019). Begoña Cerdá and María Pilar Zafrilla (February 18th 2019). Cardiovascular Disease and Nutrition, Nutrition in Health and Disease - Our Challenges Now and Forthcoming Time, Gyula Mózsik and Mária Figler, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.84370. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/65720>
75. Middel, B., El Baz, N., Pedersen, S. S., van Dijk, J. P., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2014). Decline in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass graft surgery: the influence of anxiety, depression, and personality traits. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(6), 544-554.
76. Min, YI., Anugu, P., Butler, KR., Hartley, TA., Mwasongwe, S., Norwood, AF., et al. (2017). Cardiovascular disease burden and socioeconomic correlates: findings from the Jackson heart study. *J Am Heart Assoc*, 6(8), e004416. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004416>.
77. Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *heart*, 93(9), 1137-1146.
78. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2016). Trends in adult bodymass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*, 387:1377–96.
79. Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2013). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *European heart journal*, 34(39), 3028-3034.
80. Nystoriak, M. A., Bhatnagar, A. (2018). Cardiovascular Effects and Benefits of Exercise. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 5, 135. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2018.00135>
81. Oğuz, S., Erguvan, B., Ünal, G., Bayrak, B., & Çamcı, G. (2019). Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *MN kardioloji*, 26(3), 184-191.

KAYNAKLAR (devam)

82. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2013;41(5):373-378. 7
83. Onat, A. (2003). Türkiye'de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 31(5), 279-289.
84. Özdemir, V. (2009). *Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
85. Özdemir, Z., & Çelik, S. Ş. (2018). Kalp Kapak Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*, 4(1), 26-34.
86. Özkan, A. A. (2013). Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 41(1), 1-3.
87. Özkan, Ö. P., Büyükünäl, S. K., Yiğit, Z., Yusuf, İ. N. C. İ., Şakar, F. Ş., & Ersü, D. Ö. (2019). Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Almış Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 22-31.
88. Özyaprak, B., Kahraman, N., Anarat, K., Gamlı, M., Erkan, G., & Eroğlu, A. (2020). Pain Management İn Patients With Peripheral Arterial Disease. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 12-17.
89. Paslı A, Kurt S, Unsar S. (2014). The Knowledge About Cardiovasculur Risk Factors Among Students in A Faculty of Health Sciences. *Euras J Fam Med*;3(2):79-84.

KAYNAKLAR (devam)

90. Patel, M. R., Dehmer, G. J., Hirshfeld, J. W., Smith, P. K., & Spertus, J. A. (2012). ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 appropriate use criteria for coronary revascularization focused update: a report of the American college of cardiology foundation appropriate use criteria task force, society for cardiovascular angiography and interventions, society of thoracic surgeons, American association for thoracic surgery, American heart association, American society of nuclear cardiology, and the society of cardiovascular computed tomography. *Journal of the American College of Cardiology*, 59(9), 857-881.
91. Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*, 37 (29), 2315–2381.
92. Pinckard Kelsey, Baskin Kedryn K., Stanford Kristin I.Effects of Exercise to Improve Cardiovascular Health *Frontiers in Cardiovascular Medicine: Volume 6/2019 page.69* <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fcvm.2019.00069>
<https://doi.10.3389/fcvm.2019.00069>
93. Poirier P., Giles TD., Bray GA., Hong Y., Stern JS., Pi-Sunyer FX. (2006). Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 113:898–918.

KAYNAKLAR (devam)

94. Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... van der Meer, P. (2016). *2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 37(27), 2129–2200.*
95. Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. *BMC Public Health, 17, 1-10.*
96. Potvin L, Richard L, Edwards AC. (2000). Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *CMAJ.;162(9 Suppl):S5-11.* PMID: 10813022; PMCID: PMC1232442.
97. Regensteiner, J. G., Hiatt, W. R., Coll, J. R., Criqui, M. H., Treat-Jacobson, D., McDermott, M. M., & Hirsch, A. T. (2008). The impact of peripheral arterial disease on health-related quality of life in the Peripheral Arterial Disease Awareness, Risk, and Treatment: New Resources for Survival (PARTNERS) Program. *Vascular medicine, 13(1), 15-24.*
98. Reis, S. E., Holubkov, R., Smith, A. C., Kelsey, S. F., Sharaf, B. L., Reichek, N., ... & WISE investigators. (2001). Coronary microvascular dysfunction is highly prevalent in women with chest pain in the absence of coronary artery disease: results from the NHLBI WISE study. *American heart journal, 141(5), 735-741.*
99. Rexrode, KM, Carey, VJ, Hennekens, CH, Walters, EE, Colditz, GA, (1998). Stampfer MJ, et al. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. *JAMA; 280 (21) : 1843-1848.*
100. Rothwell, P. M., Coull, A. J., Giles, M. F., Howard, S. C., Silver, L. E., Bull, L. M., ... & Anslow, P. (2004). Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *The Lancet, 363(9425), 1925-1933.*

KAYNAKLAR (devam)

101. Sadasivam, K. Nagarajan, P. K. (2016). Balaji Ramraj, Balaji Chinnasami, Karthick Nedunchezian, Saravanan Aiyavoo. Cardiovascular disease risk factor knowledge assessment among medical students [Natl J Physiol Pharm Pharmacol](#). 2016; 6(3): 251-251 doi: [10.5455/njppp.2016.6.20022016129](https://doi.org/10.5455/njppp.2016.6.20022016129)
102. Sadıkoğlu, G., Özçakır, A., Yeşim, U. N. C. U., & Yıldız, C. (2002). Periferik Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri Ve Klinik Bulgular. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(3), 77-80.
103. Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincçag, N., ... & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 28(2), 169-180.
104. Satman, İ., İmamoğlu, Ş., Yılmaz, C., Akalın, S., Salman, S. (2015). TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 7. Baskı. Ankara, Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., 131(2).
105. Scalzi LV, Ballou SP, Park JY, Redline S, Kirchner HL. Cardiovascular disease risk awareness in systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis & Rheumatism* 2008; 58: 1458- 64.
106. Shapero, K., Deluca, J., Contursi, M. *et al.* (2016). Cardiovascular Risk and Disease Among Masters Endurance Athletes: Insights from the Boston MASTER (Masters Athletes Survey To Evaluate Risk) Initiative. *Sports Med - Open* 2, 29. <https://doi.org/10.1186/s40798-016-0053-0>
107. Sleight, P. (2005). The ONTARGET/TRANSCEND trial programme: baseline data. *Acta Diabetologica*, 42(1), s50-s56.
108. Sofi, F., Vecchio, S., Giuliani, G. *et al.* (2005). Dietary habits, lifestyle and cardiovascular risk factors in a clinically healthy Italian population: the 'Florence' diet is not Mediterranean. *Eur J Clin Nutr* 59, 584–591 <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602112>
109. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. (2015). Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*.;42(2).

KAYNAKLAR (devam)

110. Supino, P. G., Borer, J. S., Preibisz, J., & Bornstein, A. (2006). The epidemiology of valvular heart disease: a growing public health problem. *Heart failure clinics*, 2(4), 379-393.
111. Şahin, M., Turan, O. E., & Gökçe, M. (2021). Ciddi Koroner Arter Hastalığı Olmayan Akut Koroner Sendrom Hastalarında Mortalite Değerlendirmesi. *Mn Kardiyoloji*, 28(3), 171-175.
112. Şatiroğlu, Ö., Bostan, M., Çiçek, Y., Çetin, M., & Bozkurt, E. (2011). Periferik arter hastalığı yaygınlığıyla aterosklerotik risk faktörleri arasında ilişki. *Selçuk Üniv Tıp Derg*, 27(4), 213-8.
113. Şimşek, A. K., & Alpar, Ş. E. (2020). Akut Koroner Sendrom Geçiren Hastalarda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(25), 82-89.
114. 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. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunibesyo/issue/57066/796662>
115. T.C.Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
116. Tan M, Dayapoğlu N, Şahin Z, Cürçani M, Polat H. (2013). Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kvhlar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üni Sağ Bil Derg*; 2(3): 331-341.
117. Tekin, A. (2018). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 40-65 Yaş Arası Erkeklerin Score Eşitliği İle Kardiyovasküler Ölüm Risklerinin Hesaplanması Ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Farkındalığının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi.

KAYNAKLAR (devam)

118. Writing Group Members, Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., Howard, V. J., Rumsfeld, J., ... & Wolf, P. (2006). Heart disease and stroke statistics—2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 113(6), e85-e151.
119. Toptaş, A. (2020). Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin Üniversitesi.
120. Topuz, A.N. (2017). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sağlıklı Görünen Kişilerde; Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğinin Kardiyak İncelemelerle Birlikte Değerlendirilmesi.
121. Torpy, J. M., Burke, A. E., & Glass, R. M. (2009). Coronary heart disease risk factors. *Jama*, 302(21), 2388-2388.
122. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (TFAR). (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:940
123. Türkiye Halk sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye 2012-2014[Available from: http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.Pdf
124. Türkiye İstatistik Kurumu 2010 verileri. TÜİK 2010. <http://www.tuik.gov.tr>. (Erişim tarihi: 01.02.2021).
125. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı (2015) 2015-2020
126. Türkmen, E., Badır, A., Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü.
127. Türkmen, S. N., & Çam, M. O. (2012). Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(3).

KAYNAKLAR (devam)

128. Usta, M., Sakin, A., Sakin, A., Çelik, K., Öztürk, S., Ayer, F. A., ... Feyizoğlu, H. (2015). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Majör Risk Faktörlerinin ve Laboratuvar Parametrelerinin Değerlendirilmesi Evaluation of Risk Factors and Laboratory Parameters in Patients of Acute Coronary Syndrome. *Smyrna Tıp Degisi*, 5(2), 5-11.
129. Uyanık, G. (2016). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi'nde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkin bireylerde kardiyovasküler hastalıklar bilgi ve farkındalık düzeyi.
130. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. (2013). Hemşirelik ve Edebiyat fakültesi öğrencilerinin önlenbilir kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili farkındalıkları. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*; 13: 728-731.
131. Ünal B. Horasan G. Kalaça S. Sözman K. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” Turkey (TR), Study of chronic diseases and risk factors Sağlık Bakanlığı Yayın No 909. Ankara.
132. van Der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European heart journal*, 27(4), 434-440
133. van Wijk, J. P., Cabezas, M. C., Halkes, C. J., & Erkelens, D. W. (2001). Effects of different nutrient intakes on daytime triacylglycerolemia in healthy, normolipemic, free-living men. *The American journal of clinical nutrition*, 74(2), 171-178.
134. WHO. Cardiovascular diseases. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Erişim tarihi: 20.04.2022
135. World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global 3. Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. *Geneva, World Health Organization Technical Report Series 894*.

KAYNAKLAR (devam)

136. Yamaguchi, Y., Matsuno, S., Kagota, S., Haginaka, J., Kunitomo, M. (2004). Peroxynitrite-mediated oxidative modification of low-density lipoprotein by aqueous extracts of cigarette smoke and the preventive effect of fluvastatin. *Atherosclerosis*, 172:259–(65), 8.
137. Yavuzgil, O. (2016). Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 44(3), 1-7.
138. Yeşil, P.,& Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 39-48.
139. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F.,& INTERHEART Study Investigators. (2004). *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. The lancet*, 364(9438), 937-952.
140. Zengin, F. (2019). *Bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile kardiyovasküler hastalık riski arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

EKLER

EK. 1: ANKET FORMU

EK. 2: ÖLÇEK İZİNİ

EK. 3: ETİK KURUL İZİNİ

EK. 4: KURUM İZİNİ

EK. 5: TEZ KABUL TUTANAĞI

EK-1: ANKET FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı ‘Kardiyovasküler Hastalıklara neden olan risk faktörlerinin irdelenmesi’ başlıklı bir çalışma yapıyoruz.

Bu çalışma için verilecek yanıtlarınız sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır ve şahsınıza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiçbir kuruluşa verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı kabul ederek bilimsel çalışmalara verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Saygılarımla.

Gülşen Sarmış Kuşcu

Bu çalışmaya katılmayı kabul edip etmediğinizi aşağıda onayınıza sunuyoruz.

Kabul ediyorum ()

Kabul etmiyorum ()

Adı-soyadı:

İmza:

EK-1 (devam)**DEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU****A-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

a- Kadın b-Erkek

3- Kilonuz:

4- Boyunuz: BKİ:

5- BKİ' si şemasına uygunluk oranı:

a-Normal b-Fazla kilolu c-1.Derece obez d-2. Ve 3. Derece obez

6- Ne kadar zamandır bu kilodasınız?

a- Çocukluktan beri b-Hasta olduğumdan beri c- Doğum yaptığımdan beri

7- Medeni durumuz:

a-Bekar b-Evli

8- Eğitim düzeyiniz:

a-Okur-yazar değil b-Okuma-yazma biliyor c-İlkokul d-Ortaokul e-Lise f-Lisans ve Üstü g-Diğer

9- Mesleğiniz:

a-Çalışmıyor b- Esnaf c- Memur d- Emekli e- Serbest

10- Hangi meslekle uğraşıyorsunuz?

11- Gelir düzeyiniz:

a-Asgari ücret b-Asgari ücretten az c-Asgari ücretin üstü d-Diğer

12- Anneniz ve babanız arasında akrabalık durumu var mı?

a-Hayır b-Evet (yakınlık derecesi).....

13- Doğum şekliniz:

a-Sezaryen doğum b-Normal doğum

EK-1 (devam)**B- GEÇİRİLMİŞ HASTALIKLAR VE UYGULANAN TEDAVİLER**

14- Kalp ve damar hastalıklarından, hastalık tanınız nedir?

15- Kalp ve damar bozukluğuna neden olacak herhangi bir hastalığınız var mı?

a-Diyabet () b-Hipertansiyon () c- Obezite () d-Böbrek yetmezliği () f-Diğer.....

16- Düzenli bir şekilde ilaç kullanıyor musunuz?

a-Hayır b-Evet (Kullandığı ilaç.....)

C- GENETİK ÖZELLİKLER

17- Kalp ve damar hastalıkların genetik özelliklerine baktığımızda, bebeklik ve çocukluk döneminde herhangi bir kalp problemi yaşadınız mı?

a-Hayır b-Evet (Nedir?).....

18- Kalp ve damar hastalıkların genetik özelliklerine baktığımızda, ailede kalp damar rahatsızlığı geçiren var mı?

a-Hayır b-Evet.....

19- Kişilik yapınız nasıldır?

a-Stresli kişilik b- Hiperaktif c- Sakin d- Diğer

D-ÇEVRESEL VE MESLEKİ FAKTÖRLER

20- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, çevresel faktörler incelendiğinde şu an yaşadığınız evin tipi nedir?

a-Apartman (kat....) b-Müstakil c-Dubleks

21- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, çevresel faktörler incelendiğinde hep aynı adreste mi kalıyordunuz?

a-Hayır b-Evet (ne kadar süredir?).....

EK-1 (devam)

22- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, çevresel faktörler incelendiğinde mesleğinizin kalp ve damar hastalıklarına sebebiyet verdiğini düşünüyor musunuz?

a-Hayır b-Evet (Neden?).....

23- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, çevresel faktörler incelendiğinde çalışma hayatınızda veya sırasında kalp rahatsızlığı yaşadınız mı?

a-Hayır b-Evet (Neden?).....

E- YAŞAM TARZI

E-1 BESLENME

24- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, beslenme tarzınız incelendiğinde günde kaç öğün besleniyorsunuz?

a-1-2 öğün b-3 öğün ve üzeri

25- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, beslenme tarzınız incelendiğinde çok sık atıştırmalık tüketiyor musunuz?

a-Hayır b-Evet (Sayısı.....)

26- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, beslenme tarzınız incelendiğinde beslenme içeriği (Ağırlıklı olarak):

a-Sebze ve meyve b-Karbonhidrat c-Protein d-Yağlı yiyecekler, kızartma e-Hepsi

27- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, beslenme tarzınız incelendiğinde diyet yapıyor musunuz?

a-Hayır b-Evet (Çeşidi.....)

28- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, beslenme tarzınız incelendiğinde diyet yaparken kimlerden destek alıyorsunuz?

a-Diyetisyen b-Kendim yapıyorum c-Arkadaşım ile yapıyorum d-Diğer.....

29- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörlerinden, beslenme tarzınız incelendiğinde günde kaç fincan kahve tüketiyorsunuz?

a-Hiç b-1-2 c-3-4 d-5 ve üzeri

EK-1 (devam)

E-2 EGZERSİZ

30- Spor yapıyor musunuz?

a-Hayır (Neden?) b-Evet (Sıklığı).....

31- Cevabınız evet ise hangi tür sporları yapıyorsunuz?

a-Yürüyüş b-Spor salonu c-Yoga d-Yüzme e- Diğer.....

32- Ne zamandır spor yapıyorsunuz?

a-Hep yapıyordum b- Hasta olduğumdan beri yapıyorum c-Diğer.....

33- Egzersiz öncesi doktora başvurduunuz mu?

a-Hayır b-Evet

34- Egzersizler esnasında enerji içeceği veya hormonal ilaç desteği kullanımınız oldu mu?

a-Hayır b-Evet (Neler?)

E-3 ALIŞKANLIKLAR

35- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörleri incelendiğinde, sigara kullanıyor musunuz?

a-Hayır b-Evet (Kaç yıl/gün/adet)..... c-Diğer.....

36- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörleri incelendiğinde, alkol kullanıyor musunuz?

a-Hayır b-Evet (Kaç yıl/sıklığı).....

F-4 UYKU DÜZENİ

37- Kalp ve damar hastalıklarına neden olacak risk faktörleri incelendiğinde, uyku düzeninizin uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

a-Hayır b-Evet

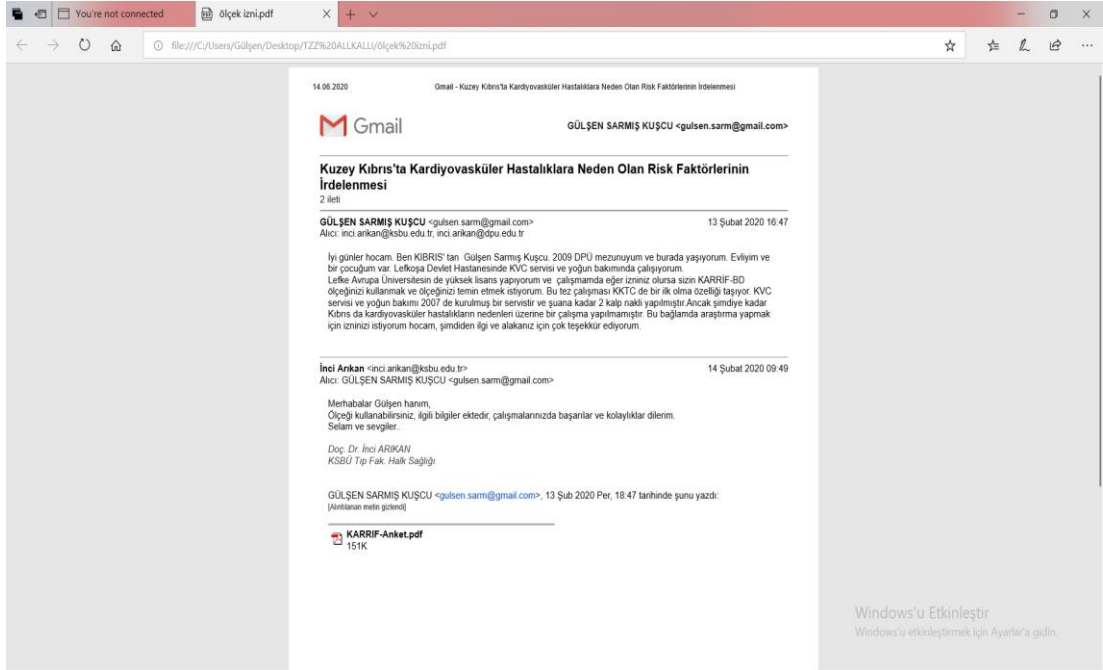
38- Hayır ise nedeni nedir?

a-Çalışma şartları b-Ailevi problemler c-Hastalık d-Diğer.....


EK-1 (devam)**KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEY ÖLÇEĞİ**

Kalp Hastalığı Hakkında Neler Biliyorsunuz?	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2. Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3. Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır			
4. Koroner kalp hastalığı önlenemez.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenemez en önemli nedeni sigaradır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalp için faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmede egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon hastasının ilacını ömür boyu kullanması gerekir.			
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

EK-2: ÖLÇEK İZİNİ



EK-3: ETİK KURUL İZİNİ



LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ

Üniversite Etik Kurulu (ÜEK)

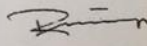
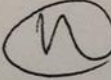
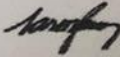
ETİK KURUL RAPORU

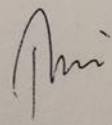
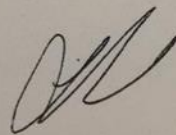
Etik İnceleme Konusu:	Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 186183 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Gülşen Sarmış Kuşcu'nun 'Kardiyovasküler Hastalıklara Neden Olan Risk Faktörlerinin İrdelenmesi' başlıklı tez çalışması
Konunun Etik Kurul'a Geldiği Tarih:	27.08.2020
Konunun Etik Kurul'da İncelendiği Tarih:	10.09.2020
Etik Kurul Karar Tarihi ve Sayısı:	10.09.2020, ÜEK/54/02/09/1920/04


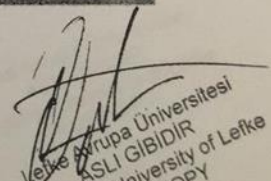
SONUÇ

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	<input type="checkbox"/> Red Gerekçe, Görüş, Öneri ve Açıklamalar:

Etik inceleme konusunun görüşülmesinde hazır bulunan ve konuyla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad soyad ve imzaları ekte sunulmuştur.





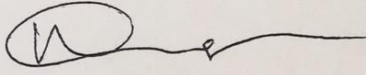



Lefke Avrupa Üniversitesi
 ASLI GIBİDİR
 University of Lefke
 ÜEK/54/02/09/1920/04
 EUROPEAN UNIVERSITY OF LEFKE
 ORIGINAL COPY

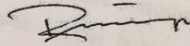
Page 1 of 2 Gizli

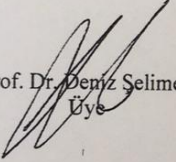
EK-3 (devam)


 **LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ**
Üniversite Etik Kurulu (ÜEK)

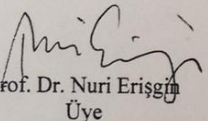

Prof. Dr. Hüseyin Oğuz
Başkan

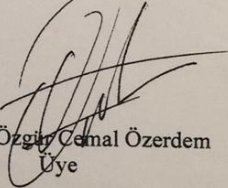
izinli
Prof. Dr. Ayşegül Ataman
Üye


Prof. Dr. Seyide Rümeyisa Demirdamar
Üye

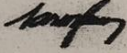

Prof. Dr. Deniz Selimen
Üye


Prof. Dr. Belkis Ayhan Tarhan
Üye


Prof. Dr. Nuri Erişgin
Üye


Prof. Dr. Özgür Cemal Özerdem
Üye

izinli
Prof. Dr. Lerzan Aras
Üye


Prof. Dr. Harun Şeşen
Üye

Lefke Avrupa Üniversitesi
ASLI GIBİDİR
European University of Lefke
TRUE COPY

Page 2 of 2

EK-4: KURUM İZİNİ

K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



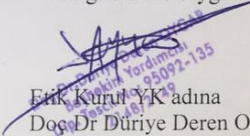
Sayı: YTK.1.01
(EK 53/20)

Tarih: 27.11.2020

Sn, Hem. Gülşen Sarmış Kuşçu,

Etik Kurulumuzun 24 Kasım 2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, "Kardiyovasküler Hastalıklara Neden Olan Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi " isimli projeniz/araştırmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımızla sunulur, başarılar dileriz.


Etik Kurul YK adına
Doç.Dr Düriye Deren Oygur

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Lefke Avrupa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Gülşen SARMIŞ KUŞCU' nun "KKTC'de Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörlerinin İrdelenmesi" başlıklı tez çalışması 2022 tarihinde savunulmuş ve jüri üyeleri tarafından başarılı bulunmuştur.

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Meral DEMİRALP

Lefke Avrupa Üniversitesi

Doç. Dr. Saleh SALİMİ (Danışman)

Lefke Avrupa Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Özdem NURLUÖZ

Yakın Doğu Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür Cemal ÖZERDEM
Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma
Enstitüsü Müdürü