



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YETİŞKİN KADINLARIN KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ,
BİLGİ DÜZEYLERİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEVİLAY HEBCAN ÖRS

ŞUBAT, 2018

MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YETİŞKİN KADINLARIN KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ,
BİLGİ DÜZEYLERİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

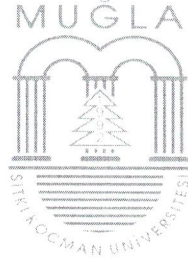
SEVİLAY HEBCAN ÖRS

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Adile TÜMER

**Bu araştırma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir**

ŞUBAT, 2018

MUĞLA



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YETİŞKİN KADINLARIN KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ, BİLGİ
DÜZEYLERİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI

SEVİLAY HEBCAN ÖRS

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 26.02.2018

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Adile TÜMER

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Asiye KARTAL

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

ŞUBAT, 2018

MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 26/02/2018 tarih ve 103/03 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin **24/06** maddesine göre, **Hemşirelik** Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevilay HEBCAN ÖRS'ün "**Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyleri ve Sağlığı Geliştirme Davranışları**" adlı tezini incelemiş ve aday 26/02/2018 tarihinde saat 10:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra **60** dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine **oy birliği** ile karar verildi.



Yrd. Doç. Dr. Adile TÜMER
Tez Danışmanı



Doç. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA
Üye



Doç. Dr. Asiye KARTAL
Üye

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyleri ve Sağlığı Geliştirme Davranışları” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



14/03/2018

Sevilay HEBCAN ÖRS

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

Soyadı : HEBCAN ÖRS

Adı : Sevilay

Kayıt No: 10184873

TEZİN ADI

Türkçe : Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyleri ve Sağlığı Geliştirme Davranışları

Y. Dil : Adult Women's Cardiovascular Risk Factors, Knowledge Levels and Health Promotion Behaviors

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans
(x)

Doktora
O

Sanatta Yeterlilik
O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte : Sağlık Bilimleri Fakültesi

Enstitü : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih : 26/02/2018

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : TÜMER, Adile

Ünvanı : Yrd. Doç. Dr.

TEZİN KONULARI :

1. Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Risk Faktörleri
2. Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Bilgi Düzeyleri
3. Yetişkin Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:

1. Yetişkin Kadınlar
2. Kardiyovasküler Risk Faktörleri
3. Bilgi Düzeyi
4. Sağlığı Geliştirme Davranışları

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

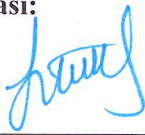
1. Adult Women
2. Cardiovascular Risk Fctors
3. Knowledge Level
4. Health Promotion Behaviors

1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum

2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir

3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası:



Tarih : 14/03/2018

ÖZET

Amaç: Bu araştırma yetişkin kadınların kardiyovasküler risk faktörleri, bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini Muğla ilinin Marmaris ilçesine bağlı bir askeri lojmanda oturan 20-65 yaş arasındaki 630 kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 239 olarak hesaplanmış, basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 253 yetişkin kadından veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, Tanıtıcı Bilgi Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Ölçümsel veriler, kan basıncı ölçüm aleti, mezura ve baskül aracılığı ile toplanmıştır. Veriler SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Veri analizinde, Kolmogrov Smirnov testi, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), normal dağılım gösteren verilerde t testi ve varyans analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamaları arasındaki ilişki ise Spearmen's korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışma için etik kurul ve kurum izni, ayrıca katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan yetişkin kadınların yaş ortalaması 35.2 ± 7.0 'dir. Kadınların yaklaşık yarısının (%53.8) çalışmadığı, çoğunluğun evli (%88.1), yarıdan fazlasının (%67.2) yükseköğretim mezunu ve yarısının (%52.2) orta düzey gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %29.2'sinin 1.derece yakınlarında kardiyovasküler hastalık olduğu, %33.6'sının düzenli olarak sigara içtiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %7.6'sının sistolik, %6.3'ünün diastolik kan basıncının normal değerlerin üzerinde olduğu saptanmıştır. Beden kütle indeksi değerlerine göre %30'unun normal değerlerin üzerinde ve bel çevresi ölçümüne göre %37.6'sının risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ölçek puan ortalaması 17.67 ± 4.85 ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek puan ortalaması ise 125.29 ± 22.04 'dir. Her iki ölçek puan ortalamasının da orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim, çalışma, gelir

düzeyi, ailede kalp hastalığı olma durumuna göre, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma durumu ve gelir düzeyine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.293$, $p<0.05$).

Sonuç: Genel olarak araştırma kapsamındaki yetişkin kadınların, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu ve ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin artırılması, tarama çalışmalarının yapılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinin ciddi bir gereksinim olduğu; araştırmanın farklı örneklem gruplarında tekrarlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin kadınlar, kardiyovasküler risk faktörleri, bilgi düzeyi, sağlığı geliştirme davranışları.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted for the purpose of examining the cardiovascular risk factors, knowledge levels and health promotion behaviors of adult women.

Method: Target population of the cross-sectional study was composed of 630 women in the age range of 20-65 who live in a military lodging in Marmaris district of Mugla province. Sample size was calculated as 239 and the data were collected from 253 voluntary adult women via simple random sampling method. Data collection tools included; Introductory Information Form, Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level Scale and Healthy Life-Style Behaviors Scale II. Measuremental data were collected via a blood pressure measurement device, tape measure and weighing machine. The data were evaluated in the SPSS 20.0 package software. The data analysis was conducted using Kolmogorov Smirnov test, descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation), t test and variance analysis (ANOVA) for the data showing a normal distribution and Mann Whitney U test and Kruskal Wallis for the data not showing a normal distribution. On the other hand, the relationship between the score averages of cardiovascular disease risk factors knowledge level scale and healthy life style behaviors scale II was evaluated with Spearman's correlation analysis. In order to conduct the study, we received an ethical committee and institution approval and also an informed consent from the participants.

Findings: Adult women who participated in the study had an age average of 35.2 ± 7.0 . It was determined that almost half of women (53.8%) did not work, majority of them (88.1%) were married, more than half of them (67.2%) were higher education graduates and half of them (52.2%) had middle income. It was determined that first degree relatives of 29.2% of women had cardiovascular diseases and 33.6% smoked regularly. Systolic blood pressure was found to be above the normal values in 7.6% of women who participated in the study and diastolic blood pressure in 6.3%. According to the body mass index's values; it was determined that 30% were above the normal values and 37.6% were in the risk category according to the waist circumference measurement. Women's score average of cardiovascular disease risk factors knowledge level scale was determined as 17.67 ± 4.85 and healthy life-style behaviors scale II as 125.29 ± 22.04 . It was determined that the score average of both scales was

moderate. A statistically significant difference was determined in the score average of cardiovascular disease risk factors knowledge level scale according to women's educational background, employment, level of income and state of having a heart disease history in family ($p < 0.05$). In the study, it was determined that there was a statistically significant difference in the score average of healthy life-style behaviors scale II according to the level of income ($p < 0.05$). It was determined that there was a statistically and positively weak correlation between the score averages of the knowledge level of cardiovascular diseases risk factors and healthy lifestyle behaviors ($r = 0.293$, $p < 0.05$).

Conclusion: In general, it was concluded that adult women within the scope of the study had moderate score averages regarding the knowledge level of cardiovascular diseases risk factors and healthy lifestyle behaviors. And between scale point averages were found to have a meaningful weak correlation in the positive direction. It is believed that there is a serious need for repeating the study in different sample groups, increasing the knowledge level of women regarding cardiovascular diseases risk factors, conducting screening studies and developing healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Adult women, cardiovascular risk factors, knowledge level, health promotion behaviors.

TEŞEKKÜR

Başta bu araştırma sürecinde gerek bilgisi ve deneyimi gerekse yorumlarıyla bana her zaman destek olan tez danışmanım ve hocam Yrd. Doç. Dr. Adile Tümer'e, değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Atilla GÖKTAŞ'a ve çalışmama gönüllü olarak katılan lojman sakini kadınlara, her zaman desteklerini hissettiğim aileme ve özellikle yüksek lisans eğitimim süresince gösterdikleri sonsuz sabır için eşim A. Önder Örs'e ve kızım Güneş Örs'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kavram Olarak KVH.....	7
2.2. KVH Risk Faktörleri	7
2.2.1. Sigara Kullanımı.....	8
2.2.2. Hipertansiyon	9
2.2.3. Dislipidemi	10
2.2.4. Obezite.....	12
2.2.5. Fiziksel İnaktivite	13
2.2.6. Diyabetes Mellitus.....	14
2.2.7. Beslenme	15
2.3. Kavram Olarak Sağlık	17
2.3.1. Kavram Olarak Sağlık Geliştirme	18
2.4. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma	18
2.4.1. Birincil Korunma.....	19
2.4.2. İkincil Korunma	19
2.4.3. Üçüncül Korunma	20
2.5. KVH'dan Korunmada Halk Sağlık Hemşiresinin Rolü	21
3. YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	23
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.5. Veri Toplama Araçları.....	23
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	24

3.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD)	24
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II).....	24
SYBD II Ölçeğinin alt boyutları	25
3.5.4. Ölçümsel Veriler	26
3.6. Verilerin Toplanması.....	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	28
3.9. Araştırma Etiği	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.11. Çalışma Planı.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	40
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	48
6.1.Sonuçlar.....	48
6.2. Öneriler.....	48
7. KAYNAKLAR	50
EK 1	68
TANITICI BİLGİ FORMU.....	68
EK 2	71
KARDİYOASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF BD) ÖLÇEĞİ	71
EK 3	73
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI (SYBD) ÖLÇEĞİ II	73
EK 4	75
ETİK KURUL İZİN ONAYI	75
EK 5	76
KARDİYOASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF BD) ÖLÇEK İZİNİ	76
EK 6	77
KURUM İZİN ONAYI	77

TABLolar LİSTESİ

TABLO 1. BKİ DEĞERLERİNİN YORUMLANMASI	26
TABLO 2. KAN BASINCI DEĞERLERİNİN YORUMLANMASI	27
TABLO 3. ÇALIŞMANIN ZAMANLAMASI	29
TABLO 4. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ (n=253)	30
TABLO 5. KADINLARIN KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ (n=253)	31
TABLO 6. KADINLARIN KAN BASINCI, BKİ VE BEL ÇEVRESİ DEĞERLERİ (n=253)	33
TABLO 7. SYBDÖ II VE KARRİF-BD ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI.....	34
TABLO 8. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARRİF-BD ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI (n=253).....	35
TABLO 9. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE SYBDÖ II ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI (n=253)	37
TABLO 10. KADINLARIN KARRİF-BD ÖLÇEK PUAN ORTALAMASI İLE SYBDÖ II ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ (n=253).....	38

KISALTMALAR LİSTESİ

- BKİ** : Beden Kütle İndeksi
- DALY** : Disability Life-Adjusted Year (Yeti Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılları)
- DM** : Diabetes Mellitüs
- DKB** : Diastolik Kan Basıncı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- ESC** : European Society of Cardiyoloji (Avrupa Kalp Cemiyeti)
- ESH** : European Society of Hypertansion (Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti)
- FA** : Fiziksel Aktivite
- HDL-K** : Yüksek Yoğunluklu Kolesterol
- HT** : Hipertansiyon
- KB** : Kan Basıncı
- KVH** : Kardiyovasküler Hastalıklar
- KYATA** : Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
- LDL-K** : Düşük Yoğunluklu Kolesterol
- MI** : Miyokard İnfarktüsü
- OECD** : Organisation for Economic Co- operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
- SKB** : Sistolik Kan Basıncı
- TG** : Trigliserid
- TK** : Total Kolesterol
- TURDEP**: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH); iskemik kalp hastalıkları veya koroner arter hastalığı (kalp krizi), serebrovasküler hastalık (inme) ve hipertansiyonu da içeren periferik damar hastalıkları olarak sınıflandırılmaktadır (Mendis ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; dünyada her yıl, tüm ölümlerin %31'i, bir başka deyişle ortalama 17.5 milyon ölüm KVH nedeniyle gerçekleşmektedir. Bu ölümlerin %75'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde olup, %80'i kalp krizi ve inme sonucu meydana gelmektedir. KVH'ya bağlı ölümlerin 2030 yılında 22,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2018).

KVH tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de başlıca hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004 verilerine göre KVH'ya bağlı mortalite yüğü erkeklerde %29, kadınlarda %31 ile birinci sırada yer almıştır. Ulusal Hastalık Yüğü 2013 çalışması sonuçlarına göre ise, diğer gelişmiş ülkeler gibi Türkiye de, KVH'lar başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların artan etkisi ile karşı karşıyadır.

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ölüm verileri incelendiğinde; toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğu görülmektedir. Veriler incelendiğinde; (1989' da %40, 1993' te %45, 2009' da %40, 2010' da %39,6, 2011' de %38,8, 2012'de %37,9, 2013' te %39,6, 2014' te %40.0, 2015' te %40,3) KVH' nın en sık ölüm nedenlerinin başında geldiği ve tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı gözlenmiştir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020, 2015; Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015).

KVH risk faktörlerini belirlemek amacıyla 1990 yılında başlatılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 23 yıllık sonuçlarının ele alındığı 2013 raporuna göre, hem erkeklerde hem de kadınlarda ölüm nedeni olarak KVH ilk sırada olup, 23 yıllık takibinde 45-74 yaş kesiminde genel mortalitenin daha yüksek olduğu, 2009 çalışmasında ise KVH mortalitesinin kır-kent farkı bulunmaksızın benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Onat, 2010; Onat, 2014).

Kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar erkeklere oranla 10 yıl daha geç ortaya çıkmaktadır. Bu süre avantajına rağmen kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda en çok ölüme yol açan ve prognozu daha kötü ve mortalitesi daha yüksek hastalıklar arasında yer almaktadır (Çengel, 2010). Bu on yıllık gecikmenin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte endojen östrojenin doğurganlık dönemindeki koruyucu etkisine bağlanmaktadır (Kayıkçıoğlu, 2010). Geçtiğimiz birkaç on yılda gelişen bir bilgi olarak; KVH'nın yaygınlık, semptom belirtisi ve patofizyolojisi için kadın ve erkekler arasında farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Kadınlarda anatomik KVH prevalansı ve ciddiyeti düşük olmasına rağmen, erkeklere göre daha fazla semptom yükü, fonksiyonel kayıp, daha fazla sağlık gideri ve olumsuz klinik sonuç söz konusudur. Sıklıkla atipik ama ısrarlı semptomla gelen kadın hastalarda normal koronerlerle karşılaşılması hekimleri kadın hastalarda sorun olmadığı veya tedaviye gerek olmadığı şeklinde bir yanılsamaya itmektedir. Bu nedenle de kadınlarda KVH tanısı, tedavi ve korunma girişimleri yeterli uygulanmamaktadır. Üstelik kadınlar klinik çalışmalarda erkeklere göre çok az oranda temsil edildiklerinden, kadınlara ait veriler de yetersizdir (Shaw, 2009).

Günümüzde kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların prevalansı ve mortalitesinin arttığına dair bir bilinç olmasına rağmen hala kadınlar kardiyovasküler hastalıkların en önde gelen ölüm nedeni olduğunun farkında değildir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (European Society Cardiology-ESC) "Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm" sonuç raporlarına göre kadınlar erkeklere göre kendi risk faktörlerini daha az fark etmekte ve tarama programlarına daha az katılmaktadır (Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi, 2010). Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde önemli bir payı olan kalp ve damar hastalıkları açısından olumlu olan husus, büyük ölçüde "önlenebilir" olmalarıdır. Kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalığı görülme sıklığının yarıya indirilebileceği bildirilmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020, 2015).

KVH risk faktörleri ve buna bağlı olarak gelişebilecek sorunların önemli bir bölümü sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasıyla önlenebilmektedir (Koldaş, 2008). Bahar (2008)' in aktardığına göre; Pender (1992) sağlıklı yaşam

biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştirme davranışları; bireyin iyilik dűzeyini artıran, kendini gerçekteştirmesini sağlayan davranışları kapsar. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik dűzeyini artıran davranışları benimsemektir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yűnetimidir.

Yapılan araştırmalarda, KVH ve ۆlűm oranının geńç kadınlarda arttığı; obezite, metabolik sendrom ve sigara içiciliğinin kadınlarda yaygınlaşması sonucu, bu hastalıkların her yaştaki kadınlara için en ۆnemli ۆlűm nedeni olmaya başladığı gۆrűlmektedir (Boo, 2012). Bu da KVH'dan korunmada risk faktۆrlerinin azaltılmasının (en az erkekler kadar) kadınlarda da ۆnemli olduğunu ortaya koymaktadır (engel, 2010).

Sađlıklı bir yařam tarzına bađlı kalmak, KVH'yı ۆnemli ۆlűde azaltabilir (Lv ve ark., 2017). Yapılan bir çalıřmada kadınlara verilen sađlığı geliřtirme eđitiminin kadınlara kardiyovaskűler risk faktۆrlerini dűřűrdűđű, eđitim sonrası giriřim grubunun KVH bilgisinin, sađlıklı yařam biçimi davranıřlarının kontrol grubuna gۆre daha yűksek olduđu bildirilmiřtir. Kardiyovaskűler risk faktۆrleri azaldıkça sađlıklı yařam biçimi davranıřlarında anlamlı bir fark olduđu bildirilmiřtir. (Adıbelli, 2014). Diđer bir çalıřmada da koroner kalp hastalıklarına bađlı ۆlűmler ile SYBDÖ puanı arasında ters bir iliřkinin olduđu bildirilmiřtir (Eguchi ve ark., 2014).

Sigara içilmemesi, fizik aktivite, kardiyak rehabilitasyon, diyet ve kilonun sűrdűrűlmesi/azaltılması gibi yařam řekli deđiřiklikleri tűm kadınlara için tavsiye edilmektedir (Mosca, 2011). Sigara içme, fiziksel inaktivite, obezite, hipertansiyon gibi KVH risk faktۆrleri, hemřirelerin hastalarına gerekli eđitimi vermesi bakımından ۆnemlidir. Yapılan bir çalıřmada, en ۆnemli kardiyovaskűler risk faktۆrű olarak belirlenen hipertansiyonun rۆlatif riskinin, obezlerde normal kilolulara gۆre 3 kat daha fazla olduđu bildirilmiřtir (Adedoyin ve ark., 2012). KVH'nın oluřmasını ۆnlemek için obezite ile műcadele etmek ve obeziteyi tedavi etmek gereklidir (Bilge ve ark., 2016). Bir arařtırmada sigara, hipertansiyon ve hiperlipidemi, KVH için en ۆnemli risk faktۆrleri arasında bulunmuřtur (Kara ve ark., 2012). ۆnlenebilir risk faktۆrű olan sigara içilmesi bir bireyde KVH riskini 2 ila 4 kat artırmaktadır. Sigara bırakma

girişimleri ile akut koroner sendrom oranında %61 azalma sağlandığı belirtilmektedir (Rippe, 2013). Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından verilen eğitimin, sigarayı altı ay veya daha uzun süre bıraktırmada etkili olduğu bildirilmiştir (Bakan, 2013). Yapılan diğer bir çalışmada da kalp damar hastalıklarının önlenmesinde fizik aktivite programının uzun süreli ve beslenme, sigara gibi sağlığı geliştirici girişimlerle birlikte uygulanması önerilmiştir (Gerçeklioğlu, 2010).

İşe bağlı stresin (örneğin yüksek psikolojik talepler, sosyal destek eksikliği, iş gerginliği, uzun çalışma saatleri) KVH gelişimi için bir risk faktörü olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Kiwimaki, 2015). Kadınlar ile ilgili çalışmalar kesin bir sonuca ulaşılması için çok azdır. Çatışmalar, krizler ve aile yaşamında uzun süreli stresli durumların da özellikle kadınlarda KVH riskini artırdığı gösterilmiştir (Oğuz, 2016).

KVH ortaya çıktıktan sonra uygulanan tıbbi, cerrahi ve girişimsel tedavi yöntemleri oldukça yüksek bir maliyet gerektirmektedir. Böyle önemli bir sağlık sorununda, yüksek maliyetle yürütülebilen tedavi çalışmalarından çok, primer ve sekonder korunma çalışmalarına ağırlık verilmesi gerekir (Küçükberber ve ark., 2011). Primer korunma, tanım olarak hastalık belirti ve bulgularının olmadığı bireylerde, yaşam tarzı değişiklikleri ve/veya risk faktörlerinin değiştirilmesi ya da düzeltilmesiyle hastalık oluşumunun engellenmesidir (Türkmen ve Güven, 2010). Bu risk faktörleri; hipertansiyon, sigara içimi, diyabet, hiperkolesterolemi, düşük HDL kolesterol, yüksek LDL kolesterol, obezite, sedanter yaşam (fiziksel inaktivite), stres ve alkol kullanımınıdır. KVH'nın kontrol edilemeyen risk faktörleri ise yaş, cinsiyet ve kalıttır (Koldaş, 2008). KVH'nın önlenmesinde, kardiyovasküler risk faktörlerinin tek tek tespit edilmesi, davranış değişikliği sağlanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması, uygun medikal tedavi ile hastanın hedef değerlere ulaştırılması ve bu değerlerin korunması gerekmektedir (Koldaş, 2008). KVH'ya bağlı tüm ölümlerin dörtte üçünden fazlasının uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebileceği bildirilmektedir (Perk ve ark., 2012). Yaygın bir sağlık sorunu olan KVH'nın önlenmesinde, birey ve toplumun sağlık sonuçlarının güçlendirilmesinde hemşirenin çok önemli sorumlulukları vardır (Türkmen ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin verdiği sağlığı geliştirme eğitiminin kadınlarda KVH riskini düşürdüğü ve bilgi düzeylerini artırdığı belirtilmiştir (Adıbelli, 2014).

Literatürde kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kardiyovasküler hastalık riski olan bireylerin saptanmasına yönelik taramaların yapılması önerilmektedir (Tan ve ark., 2013). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ilk adım kadınların risk faktörlerini değerlendirmektir. Olası risk faktörlerinin erken tespiti kadınlarda KVH ile ilişkili morbidite ve mortalitenin azaltılmasında yardımcı olur. Hemşirelerin belirlenen risk faktörleri hakkında kadınları eğitmeleri, KVH'ları önlemek için büyük önem taşır. KVH risk faktörleri hakkında bilgisi olan kadınlar, hastalığın önlenmesi için önerilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimser ve uygular. Hemşire kadının mevcut bilgi ve risk düzeyini değerlendirerek bu süreci başlatabilir (Oğuz, 2016). Yapılan bir çalışmada kırsal kesimdeki kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin orta seviyede olduğu bildirilmiştir. Kadınların yaşı, eğitim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, ailesinde kalp hastalığı bulunma durumu, kan basıncı değerleri ve sigara kullanma durumunun kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini etkilediği saptanmıştır (Tan ve ark., 2013).

KVH bilgi düzeyinin azlığı, yetersiz önleyici davranış kalıplarına ve KVH oluşumuna dönüşebilir (Al Hamarneh ve ark., 2011). Bireylerin KVH hakkındaki bilgi eksiklikleri, farkındalıklarına ve tutumlarına da yansiyarak hastalığın kontrolünü güçleştirmektedir. (Thanavaro ve ark., 2006). KVH risk faktörlerine yönelik eğitim verilen kadınların, KVH risk skorlarında, BKİ, bel çevresi, sistolik kan basıncı (SKB), diastolik kan basıncı (DKB), trigliserid ve LDL ortalamalarında anlamlı düşüşler olurken; egzersiz yapma ve sebze meyve tüketim oranlarında, KVH risk faktörleri bilgi düzeylerinde artış olduğu belirtilmektedir (Toptaner, 2013).

Kadınlarda KVH risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek önemlidir. Bu tür çalışmalar kadınlarda farkındalık yaratacak, çalışma sonuçları girişimsel araştırmalara ışık tutacak ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, yetişkin kadınların kardiyovasküler risk faktörleri, risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Yetişkin kadınların KVH risk faktörleri (KHV öyküsü, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet, kolesterol, felç) dağılımı (%) nedir?
2. Yetişkin kadınların KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi nedir?
3. Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (ölçek puanı) nasıldır?
4. Yetişkin kadınların tanıtıcı özelliklerine göre (eğitim, çalışma, meslek, aile öyküsü, gelir düzeyi) KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ölçek puan ortalamasında fark var mıdır?
5. Yetişkin kadınların tanıtıcı özelliklerine göre (eğitim, çalışma, gelir düzeyi) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puan ortalamasında fark var mıdır?
6. Yetişkin kadınların KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi ile sağlığı geliştirme davranışları ölçek puan ortalamaları arasında ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde kavram olarak kardiyovasküler hastalık (KVH), KVH risk faktörleri, KVH'dan korunma ve Halk Sağlığı Hemşireliğinin rolleri konularına yer verilmiştir.

2.1. Kavram Olarak KVH

KVH; koroner kalp hastalıkları, inme, konjestif kalp yetmezliği, konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi kalbin ve kan damarlarının tüm hastalıklarını içeren hastalık grubudur. Koroner kalp hastalıkları, kalbi besleyen koroner arterlerdeki daralmaya bağlı olarak gelişir. Koroner daralmalar sıklıkla ateroskleroza bağlı olup kalbin kan dolaşımının bozulmasına ve kalpte iskemi oluşmasına neden olur. Kalpte oluşan iskemi, miyokard infarktüsüne (MI) veya ani ölümlere yol açabilir. Koroner kalp hastalıklarına aynı zamanda “koroner arter hastalığı”, “iskemik kalp hastalığı” ve “aterosklerotik kalp hastalığı” isimleri de verilmiştir (Mendis ve ark., 2011).

2.2. KVH Risk Faktörleri

Risk faktörü kavramı yaşam biçimine bağlı, biyokimyasal ve fizyolojik faktörler gibi değiştirilebilen ve değiştirilemeyen kişisel özellikleri içerir. ‘Risk faktörü’ kavramı ilk kez KVH için kullanılmıştır (WHO, 1997). Risk faktörleri, yaşlı kadınlar ve erkeklerle karşılaştırıldığında genç bireylerde daha kuvvetlidir (Anand, 2008).

Ateroskleroz ve KVH ile ilgili risk faktörleri çok iyi tanımlanmış olup değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler şeklinde ikiye ayrılır (Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2002). Irk, yaş, cinsiyet ve genetik gibi risk faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. Yaş arttıkça KVH riski artmakta olup ailede KVH öyküsünün olması hem erkekler hem de kadınlar için risk oluşturmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, metabolik sendrom, sigara içmek, obezite, fiziksel hareketsizlik gibi etmenlerdir. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet ve metabolik sendrom biyolojik faktörler olup ilaç tedavisi, kilo azaltma ve diyetle kontrol altına alınabilmektedir. Sigara içmek, obezite ve hareketsizlik ise davranışsal risk faktörleri olup sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının kazanılması ile ortadan kalabilir (Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi

Kılavuzu, 2002; Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu: Özet, 2008). Yaş ve cinsiyet ayrımı olmaksızın, sigara, yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol seviyeleri düzeltililebilen risk faktörlerindedir ve KVH'nın %80' inde görülmektedir. Bu risk faktörlerinin toplam etkisi erken yaşta KVH gelişmesinde büyük rol oynamaktadır (Emberson, 2003).

2.2.1. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı, dünyada önlenebilir ölümlerin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Her yıl dünya çapında yaklaşık 6 milyon insanın ölümüne ve yüz milyarlarca dolarlık ekonomik zarara neden olmaktadır. Bu ölümlerin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu eşitsizliğin önümüzdeki birkaç on yıl içinde daha da genişlemesi beklenmektedir. Mevcut eğilimler devam ettiği sürece, 2030 yılına kadar sigaranın, her yıl dünya çapında 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olacağı ve 21. yüzyıl boyunca acil önlemler alınmadığı takdirde 1 milyar insanın ölümüne neden olacağı bildirilmektedir (WHO, 2011).

Türkiye'de yetişkinler arasında sigara kullanımı oldukça yaygındır. Bu konuda ulusal düzeydeki ilk çalışma 1988 yılında yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda 15 ve üzeri yaş grubunda sigara kullanım sıklığı erkeklerde %62, kadınlarda %24 ve toplamda %44 olarak bildirilmiştir (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012, 2014). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 (KYTA) sonuçlarına göre Türkiye'de 2008 yılında sigara kullanım sıklığı %31,2'dir. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,'dir. Bu değerlere göre 2008 yılında 16 milyon (12 milyon erkek, 4 milyon kadın) kişinin sigara içtiği hesaplanmıştır. KYTA 2012 sonuçlarına göre ise Türkiye'de 15 ve üzeri yaştaki yetişkinler arasında tütün ürünü kullanım sıklığı %27,1'dir. Bu değer 14,8 milyon yetişkine karşılıktır. Erkeklerde %41,5 kadınlarda %13,1'dir. Yaklaşık olarak 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir. KYATA 2012 sonuçlarına göre eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanımı da artmaktadır. Sigara kullanım sıklığı, kırsal bölgede yaşayan ve eğitimi olmayan kadınlarda en düşük iken, en yüksek sıklık hem erkeklerde hem de kadınlarda lise mezunu olan gruplardadır. Yaş grupları olarak en yüksek sıklığın 25-44 yaşlarda, en düşük değerlerin de erkek ve kadınlarda 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu bildirilmektedir.

Önlenbilir ölümlerin yarısı kalp ve damar hastalıkları olup, sigara bu hastalıklar için en başta gelen risk faktörüdür. Sigaraya başlama yaşı, içilen sigara sayısı ve içme süresi, diğer risk faktörlerinin varlığı, sigaranın KVH'ya olan katkısını etkiler. Sigaranın bırakılması KVH riskini azaltmaktadır (WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2014; WHO, 2002). Sigara kullanımı azaltıldığı takdirde KVH kaynaklı ölümlerin %5'i önlenmektedir (Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2004). Erhardt (2009)'ın yaptığı çalışmada, sigara kullananları sigara bırakma terapilerine yönlendirmenin ve bu terapileri uygulamanın, KVH riski ve mortalitesini azaltmada önemli etken olduğu bildirilmiştir. KVH riskinin azalmasında kolesterol düşürücü tedavilere kıyasla sigarayı bırakmanın daha etkili olduğu ve iki yıllık sigara bırakma süresi sonunda KVH riskinin büyük ölçüde azaldığı belirtilmiştir. Diğer yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, yaşadığı ülke ve yapılan girişimin süresine bakılmaksızın sigara bırakmanın KVH riskini azalttığı ve KVH'sı olan bireylerde mortaliteyi de düşürdüğü bildirilmiştir (Critchley, 2003; Wilson, 2000).

Sigara içen kadınlarda KVH'ya bağlı mortalite, diğer risk faktörlerine göre ayarlama yapıldıktan sonra bile sigara içen erkeklere göre daha yüksektir. Özellikle oral kontraseptif kullanan kadınlarda başta olmak üzere, kadınların erkeklere göre nikotini daha hızlı metabolize ettikleri bildirilmiştir. Sigara ve oral kontraseptifler, KVH riski üzerine sinerjik etki gösterirler (Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi, 2010).

2.2.2. Hipertansiyon

SKB 140 mmHg, DKB 90 mHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon (HT) olarak tanımlanır. KVH, diyabet, kronik böbrek yetmezliği varlığında hedef kan basıncı 130/80 mmHg'nin altı olmalıdır. SKB özellikle önemlidir ve çoğu hastada tanıda esastır. HT tanısı için en az iki veya daha fazla ölçümün ortalaması değerlendirilmelidir. ESH-ESC (Avrupa Kalp Cemiyeti-Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti) Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013 (2014) kılavuzuna göre SKB<120 ve DKB<80 optimal, SKB= 120-129 ve/veya DKB= 80-84 normal, SKB= 130-139 ve/veya DKB= 85-89 yüksek normal, SKB= 140- 159 ve/veya DKB= 90-99 evre 1, SKB= 160-179 ve/veya DKB= 100-109 evre

2, SKB \geq 180 ve/veya DKB \geq 110 evre 3, SKB \geq 140 ve/veya DKB $<$ 90 izole sistolik hipertansiyon olarak sınıflandırılmıştır.

Hipertansiyon, 2010 yılında dünya genelinde yıllık 9,4 milyon ölüm ve hastalık yükünün %7'sinden sorumludur. 2014 yılında dünya genelinde 18 yaş ve üzeri kişilerde yüksek kan basıncı (\geq 140/90mmHg) prevalansı %22'dir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020, 2015).

Ülkemizde hipertansiyon konusunda farkındalık, tedavi ve kontrol oranları ile ilgili yapılan araştırmalarda ülkemizdeki hipertansiyon durumu iyi bir şekilde ortaya konmuştur. TEKHARF (1991) çalışmasında ülkemizde hipertansiyon sıklığı %33.7 bulunmuştur (Onat, 1991). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (2003)'nda ise ülkemizde hipertansiyon sıklığı %31.8, farkındalık %40, tedavi alma %31, kontrol oranı %8 ve antihipertansif tedavi almakta olanlarda kontrol oranı %20 bulunmuştur. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğini (2012)'nin 26 ilde yaptığı çalışmaya göre, hipertansiyon sıklığı kadınlarda %32.3, erkeklerde %28.4 ve toplamda %30.3 olduğu bildirilmiştir (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2, 2012).

Yüksek kan basıncı, KVH ve serebrovasküler hastalık için majör risk faktörüdür. Kan basıncı seviyesinin, inme ve KVH ile anlamlı ve ilerleyici ilişkisi vardır. Aynı yaş grubunda 115/75 mmHg'dan itibaren kan basıncındaki her 20/10 mmHg'lık artış KVH riskini iki katına çıkarmaktadır (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020, 2015). KVH risk faktörleri arasında önemli yere sahip olan hipertansiyon, kontrol altına alındığında toplam hastalık yükünün %8.6 önlenebildiği, KVH riskinde azalma meydana geldiği gösterilmiştir (Dağıstan ve Gözüm, 2016; Abacı, 2011).

2.2.3.Dislipidemi

Yüksek kan kolesterol seviyeleri KVH için önemli bir risk faktörüdür (WHO Health Report, 2002). Dislipidemi, lipoproteinlerin sayısal fazlalığı veya eksikliği ile işlevsel bozukluklarını tanımlayan bir kavramdır. Lipoproteinler, total kolesterol (TK), trigliserid (TG), düşük yoğunluklu kolesterol (LDL-K) ve yüksek yoğunluklu kolesteroldür (HDL-K). Çalışmalarda bugüne kadar risk hesaplanması ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde TK ve LDL-K düzeyleri kullanılmıştır. Ayrıca TK ve

LDL-K düşürmenin mortaliteyi azalttığı çok sayıda çalışma ile ispatlanmıştır (Lipit Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2015).

Kandaki kolesterolün büyük kısmı LDL-K olarak taşınmaktadır. Yüksek LDL-K ya da TK düzeylerinin ateroskleroz ve sonrasında koroner olay gelişmesi ile ilişkili olduğu başta Framingham Kalp Çalışması olmak üzere, birçok epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir. HDL-K, kolesterolü damarlardan karaciğere geri taşır, bu nedenle yararlı ya da iyi kolesterol olarak anılır. Düşük HDL-K, KVVH morbidite ve mortalite riskini artıran bağımsız bir risk etmenidir. Buna karşılık yüksek HDL-K düzeyleri ise KVVH gelişme riskini azaltmaktadır. HDL-K düzeyinde %1'lik azalma KVVH riskini %2-3 artırmaktadır. Kan yağlarından trigliseridlerin KVVH açısından risk etmeni olup olmadığı uzun süre tartışılmıştır. Yapılan bir çalışmada yüksek TG düzeyi yüksekliğinin, HDL-K'dan bağımsız olarak KVVH için riskli olduğu bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2013).

Yüksek kan kolesterolü kalp krizi ve inme riskini artırır. Genel olarak iskemik kalp hastalıklarının 1/3'ü yüksek kolesterolle ilişkilidir. Tüm dünyada yılda 2,6 milyon ölümün (%4,5) ve 29,7 milyon DALY veya total DALY'nin %2'sinin yüksek kolesterole bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Yüksek serum kolesterolünü düşürmek KVVH riskini azaltır (Mendis ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda kan-lipid düzeyinin KVVH riskini %30 azalttığı bildirilmiştir (WHO, 2007). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda yüksek LDL-K prevalansı %12,5 olup erkeklerde %11, kadınlarda %14'dür. Yüksek kolesterol prevalansı hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artmaktadır. Yüksek kolesterol prevalansı 45-54 yaş grubundan başlayarak her yaş grubunda kadınlarda daha yüksektir. Kentsel bölgelerde kırsala göre daha yüksektir. En yüksek prevalans Batı Anadolu bölgesindedir (Ünal ve ark., 2013).

Dislipidemi tanı ve tedavisinde, hastaya yaklaşımda lipoprotein düzeylerinin, KVVH ve eşdeğeri durumların, LDL kolesterol dışındaki major KVVH risk faktörlerinin ve hastanın risk kategorisinin belirlenmesi ve LDL kolesterol düzeyi hedef değerinin üstünde ise tedavi amaçlı yaşam tarzı değişikliklerinin ya da gerekli hallerde ilaç tedavisinin başlatılması önemlidir (Kaya, 2011).

Yapılan çalışmalarda aterosklerotik sürecin, çocukluk döneminde başladığı, yaşla birlikte sıklığının ve yaygınlığının artarak dislipidemi ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Hong, 2010). Duman (2011)'in çalışmasında LDL yüksekliği ve HDL düşüklüğü açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu, KVVH olan grupta LDL düzeyinin anlamlı olarak daha yüksekken, HDL düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir.

2.2.4. Obezite

Obezite; DSÖ tarafından ‘‘Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi’’ olarak tanımlanmaktadır. DSÖ belirlemelerine göre; dünya genelinde obezite, 1980 yılından bu yana iki kat artmıştır (Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2017). Türkiye’de obezite oranı 2008 yılında %15,2 iken 2014 yılında %31,1 oranında artarak %19,9’a ulaşmıştır. Artış oranı, kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %24’tür. Seçilmiş Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Co-operation and Development OECD) ülkelerine ilişkin obezite oranları incelendiğinde en yüksek obezite oranına %28,7 ile ABD’nin sahip olduğu görülmektedir. ABD’yi %22,2 ile İzlanda izlemektedir. Türkiye ise %19,9’luk oranla üçüncü sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu Basın Odası Haberleri, 2015).

KVVH, obez hastalarda en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Obezitenin artmış KVVH ile ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir. Ancak bu ilişkinin yakın zamana kadar obeziteye sıklıkla eşlik eden hipertansiyon (HT), dislipidemi, özellikle azalmış HDL-K seviyeleri, bozulmuş glukoz toleransı ya da insülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus (DM) nedeniyle oluştuğu düşünülmekteydi. Yapılan prospektif uzun dönem çalışmalarda, obezitenin KVVH ile yalnızca obeziteye eşlik eden risk faktörleri nedeniyle ilişkisinin olmadığı, aynı zamanda KVVH için bağımsız öngördürücü bir durum olduğu gösterilmiştir (Helvacı, 2014).

Yapılan bir çalışmada, KVVH prevalansının, obezlerde (BKİ: >30 kg/m²) %37, fazla kilolularda (BKİ: 25-30 kg/m²) %21 ve normal kilolularda (BKİ: <25 kg/m²) %10 olduğu bildirilmiştir (Adams, 2000).

Obeziteyi belirlemek için DSÖ’nün obezite sınıflandırılması kullanılmakta ve genellikle beden kütle indeksi (BKİ) esas alınmaktadır. Buna göre, BKİ’nin 25.00-

29.99 kg/m² olması fazla kiloluluk ve 30 kg/m² ve üzeri olması obesite olarak kabul edilmektedir. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir (World Health Organization Body Mass Index Classification, 2017).

Bel çevresi ya da bel/kalça oranı (BKO)'nın artmış olduğu obezite tipi, santral (viseral ya da abdominal) obezite olarak adlandırılır. Santral obezite, kalp-damar sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür ve bel çevresinin bu riski daha iyi yansıttığı kabul edilmektedir (Yavuz ve Tontuş, 2013). DSÖ'ye göre, kadınlarda bel çevresinin 88 cm, erkeklerde ise 102 cm veya üzerinde olması santral obesite varlığını göstermektedir (WHO Waist Circumference and Waist-Hip Ratio, 2008). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I (TURDEP-I)'de santral obezite prevalansı, kadınlarda %49, erkeklerde %17, genelde ise %34 olarak bildirilmiştir. TURDEP-II'de santral obezite sıklığı genel toplumda %53 olup kadınların yaklaşık olarak %64'ü, erkeklerin ise %35'i santral obezidir (Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2017).

2.2.5. Fiziksel İnaktivite

Fiziksel aktivite (FA) ve egzersiz sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılsa da bu terimler eş anlamlı değildir. FA, bazal düzeyin üzerinde enerji harcamayı gerektiren, iskelet kaslarının kasılmasıyla yapılan bedensel hareketlerdir. FA günlük yaşam aktivitelerini de kapsayan çeşitli spor faaliyetlerini (bahçe işleri, yük taşıma, spor aktiviteleri vb.) içeren her türlü kas hareketidir.

Egzersiz ise zindelik, fiziksel performans, sağlıklı olma ve kilo kontrolü gibi amaçlara yönelik planlı, programlı yapılandırılmış, istemli fiziksel aktivitelerdir (kardiyovasküler fitness, kas gücü ve dayanıklılığı, esneklik ve vücut kompozisyonu) (Ardıç, 2014).

Fiziksel inaktivite KVH riskini artırırken fiziksel olarak aktif olmak KVH riskini önemli düzeyde azaltır. Bunu kan basıncını, kolesterol düzeyini düşürerek, kilo ve DM'nin kontrol altına alınmasını sağlayarak gerçekleştirir. (Yeşil ve Altıok, 2012). Yalın ve ark. (2001)'nin diyet kısıtlaması ve yürüyüş aktivitesinden oluşan 4 haftalık bir girişim programının, sedanter bireylerde lipid profili üzerindeki etkilerini

araştırdıkları çalışmalarında total kolesterol, trigliserit ve LDL kolesterol düzeylerinde anlamlı azalma olduğu bildirilmiştir.

DSÖ 18-64 yaş arası kişilere haftada en az 150 dakika orta şiddette fizik aktivite yapmasını veya haftada 75 dakika ağır şiddette fizik aktivite yapmasını önermektedir (WHO Physical Activity and Adults, 2017).

Düzenli yapılan FA'nın kadınlarda bazı KVH risk faktörlerinin azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmaya göre, kadınlarda düzenli yapılan FA ile Total-K ve LDL-K düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu gözlemlenirken, düzenli egzersiz yapmayan kadınlarda vücut ağırlığı, bel kalça oranı, BKİ, vücut yağ yüzdesi, vücut yağ ağırlığı, yağsız vücut ağırlığı değerlerinde artma, HDL-K değerinde azalma olduğu gözlemlenmiştir (Arslanoğlu, 2008). Yapılan bir çalışmada yüksek seviyede FA'nın KVH risk faktörlerini %20-35 oranında azalttığı bildirilmiştir (Warburton ve ark, 2006). Ayrıca fiziksel aktivitenin artırılması, toplam yaşam beklentisini ve KVH'sız yaşam beklentisini (1.3-3.5 yıl) uzatabilir (Franko ve ark., 2005).

2.2.6. Diyabetes Mellitus

Diyabetes Mellitus (DM) insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk olması sonucunda ortaya çıkan, hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu, 2013).

TURDEP-II çalışması sonuçlarına göre, Türkiye'deki diyabetik hasta oranları 2002'de %7,8'den 2010'da %13,7'ye yükselmiştir. (Satman ve ark., 2013). Dünyada 1985 yılında 30 milyon diyabet hastası mevcut iken 2005 yılında bu sayı 230 milyonu aşmıştır. Yaklaşık 20 yılda diyabetli birey sayısı 7 kat artmıştır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 7. Diyabet Atlası'nındaki tahminlere göre 2015 yılında 415 milyon olan diyabetli sayısının 2040 yılında 642 milyona çıkacağı düşünülmektedir.

DM, KVH'nın gelişiminde en önemli risk faktörleri arasındadır. Diyabetik hastalarda oluşan endotel disfonksiyonu ve hızlanmış aterosklerozun kardivasküler komplikasyonların oluşumunda anahtar rol oynadığı düşünülmektedir (Keskin ve Balcı, 2011). Diyabetli hastada en sık ölüm nedeni KVH'dır. Yapılan çalışmalarda KVH gelişimi riskinin diyabetlilerde 2-4 kat arttığı, ayrıca KVH gelişen diyabetli hastalarda ise ölüm riskinin diyabetik olmayanlara göre benzer oranlarda daha yüksek

olduğu bulunmuştur. KVH'nın, diyabetli hastaların çoğunda önemli mortalite ve morbidite nedeni olmasında en önemli etken diyabetin çok sayıda majör risk faktörleriyle birlikte bulunmasıdır. Diyabetli hastaların %77-%87'sinde hipertansiyon, %74-%81'inde dislipidemi ve %62-%67'sinde obezite mevcuttur. Makrovasküler komplikasyonların en aza indirilmesinde hipertansiyon, dislipidemi, obezite, hiperglisemi, sigara ve fiziksel inaktivite gibi değiştirilebilen risk faktörlerinin tedavi edilmesi kritik öneme sahiptir (Lorber, 2014).

Günümüzde diyabet komplikasyonlarının önlenmesi için hem bireysel hem de toplumsal önlemler alınması bir zorunluluktur. Diyabet tedavisinin ilk hedefi glisemik kontrolün erken ve etkin bir şekilde sağlanmasıdır. Bununla birlikte tedavide sıkı glisemik kontrolün yanında diğer kardiyovasküler risk faktörleri de saptanmalı ve acilen düzeltilmelidir (Keskin ve Balcı, 2011).

2.2.7. Beslenme

Beslenme, sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almayı tanımlar. Yeterli ve dengeli beslenme, kişilerin büyüme ve gelişme potansiyellerine ulaşabilmesi, hastalıklardan korunması için temel bir gereksinimdir. Yaş, cinsiyet, genetik ve fizyolojik özellikler ve hastalık durumu alınması gereken besin öğeleri miktarını etkiler. Bu yüzden beslenme bireye özgü olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır. Toplum sağlığı için bazı temel beslenme ilkelerinin topluma özgü olarak belirlenmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

Kalp hastalıklarının yüksek kan kolesterol düzeyi ile ilişkili olduğu ve kan kolesterol düzeyinin düşürülmesinin kalp hastalıkları görülme riskini azalttığı bilinen bir gerçektir. Kan kolesterol düzeyi yükseldikçe, kalp hastalığı oluşma riski de artmaktadır. Kanda kolesterol düzeyini etkileyen çok sayıda faktör vardır. Kalıtım, beslenme alışkanlıkları/besinler, şişmanlık ve stres gibi faktörler total TK ve LDL-K'yı yükseltmektedir. Kolesterole duyarlı bazı insanlarda yüksek kolesterollü diyet, TK ve LDL-K düzeylerini önemli derecede yükseltir. Fakat toplam yağ, özellikle doymuş yağlar, birçoğumuz için çok önemli olan kolesterol yükseltici etkiye sahiptir (Samur, 2008).

Yapılan bir çalışmada premenopozal kadınların doymuş yağ asidi ile trigliserit ve LDL-K arasında pozitif ilişki, HDL-K arasında negatif ilişki olduğu bildirilmiştir (Güler, 2015). KVH'nın önlenmesi için doymuş yağların tüketiminin sınırlanması gerektiği ancak, oluşan enerji açığının karbonhidratlarla değil bitkisel kaynaklı doymamış yağlarla dengelenmesi gerektiği bildirilmektedir. Toplam yağın kısıtlanmasından ziyade dengeli yağlı beslenmenin benimsenmesi ve tekli şekerlerin kısıtlanması önerilmektedir (Kayıkçıoğlu ve Tokgözoğlu, 2015). Yapılan bir çalışmada, doymuş yağ alımı ile kardiyovasküler riskin arttığı, tekli ya da çoklu doymamış yağlarla azaldığı gösterilmiştir (Hu, 1997). DSÖ'nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Eylem Planı 2013-2020 çerçevesinde belirlediği ana hedeflerden biri de risk faktörlerinin azaltılmasıdır. Bu bağlamda sağlıklı beslenme için;

- Sebze meyve tüketiminin artırılması,
- Bebek ve küçük çocukların beslenmesine ilişkin küresel stratejilerin uygulanması,
- Tuz alımının kısıtlanması
- Trans yağların doymamış yağlarla ikame edilmesi
- Beslenmeye ilişkin toplumsal farkındalığın artırılması
- Okullar ve tüm kurumlarda sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi
- Okullarda beslenme eğitimi programlarının yürütülmesi
- Beslenme konusunda ulusal rehberlerin hazırlanması ve benimsenmesi stratejileri öne çıkmaktadır
- Türkiye'de bu çerçevede Halk Sağlığı Kurumu tarafından Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017 oluşturulmuştur. Program kapsamında;
- Sosyo-ekonomik bakımdan gelişmemiş bölgeler başta olmak üzere ülke genelinde yeterli ve dengeli beslenme için temel gıdalara ulaşılabilirliğe yönelik ekonomik önlemler alınması
- Özel gruplara yönelik (gebe ve emzिकliler, bebek ve çocuklar, okul çağı çocukları, yaşlılar, sağlık çalışanları vb.) beslenme araştırmaları yapılması
- Okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde yeterli ve dengeli beslenme ve fizik aktivite ile ilgili müfredat programlarının iyileştirilmesinin sağlanması

- Çocukluk ve adolesan döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için temel besin gruplarında yer alan besinlerin tüketiminin özendirilmesine yönelik beslenme programlarının yürütülmesi, beslenme hizmetlerinin periyodik olarak denetlenmesinin sağlanması
- Çalışanların yeterli ve dengeli beslenme ve fizik aktivite konularında bilgi düzeyinin artırılması
- Ulusal politikalarda gıda sektörü ile işbirliğinin sağlanması
- Gıdalardaki trans yağların çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması
- Tuz alımının ve gıdalardaki tuz oranının azaltılmasının sağlanması
- Gıda sanayinin üst düzey yöneticilerinin obezite ile mücadele konusunda bilgilendirilmesi
- Toplumun yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirmesi ve bilinçlendirmesi
- Reklam ve pazarlama faaliyetlerinin, uluslararası uygulamalar dikkate alınarak tüketicilerin doğru seçim yapmalarını sağlayacak şekilde geliştirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması
- Gıda reklamları ve tanıtım faaliyetleri ile ilgili yasal düzenlemelerin yeniden değerlendirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması, yürürlüğe koyulması ve uygulamaların denetlenmesi
- Topluma yazılı ve görsel basın aracılığı ile yeterli ve dengeli beslenme, fizik aktivite ve obezite konularında doğru bilgilerin verilmesi sağlanmalıdır (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017, 2013).

2.3. Kavram Olarak Sağlık

Sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

2.3.1. Kavram Olarak Sağlığı Geliştirme

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiş, sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır (Özvarış ve ark., 2006). Sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme süreci olarak tanımlanmıştır. Sadece tedavi ve iyileştirmeye odaklanmak değil, hastalıkların kök nedenlerini gidermek ve önlemek suretiyle bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsar (Özvarış, 2011). Sağlığı geliştirebilmek için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve hijyenik önlemleri kapsar. Sağlık hizmetlerinde çok önemli rolü olan hemşirelerin sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları, vurgulamaları, bu davranışların kazanılmasında yol gösterici olmaları gerekmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, ruhsal gelişim ve stres yönetimidir. (Bahar, 2008).

Sağlıklı olmak ve yaşamına sağlıklı devam etmek insanın temel haklarından birisidir. Bu hakkın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesini temel olarak belirleyen günümüz sağlık bakım politikaları, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunun farkında olması ve sağlığını geliştirecek davranışları kazanması üzerinde durmaktadır (Ulamış ve Özmen, 2014).

2.4. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma

KVH'dan korunma anne karnında başlayan ve hayat boyu süren bir yaşam şeklidir. KVH'dan korunma birincil ve ikincil korunma olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Birincil korunma; ilk kez kardiyovasküler olay geliştirme riski yüksek olan kişileri kapsar. KVH riski, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet veya dislipidemi eşliğinde artar. İkincil korunma ise; KVH tanısı alan bireyleri kapsar. Gençlerde ve çok yaşlılarda ya da sadece orta veya hafif riski olanlarda KVH'dan korunma hala sınırlıdır ancak önemli yararları olabilir (Perk ve ark., 2012).

2.4.1. Birincil Korunma

KVH'dan birincil korunma, hastalık belirti ve bulgularının olmadığı, yaşam tarzı değişiklikleri ve/veya risk faktörlerinin değiştirilmesi ya da düzeltilmesiyle hastalık oluşumunun engellenmesidir (Türkmen, 2010).

Hastalığın hiçbir belirtisinin olmadığı fakat aynı zamanda KVH için yüksek risk taşıyan bireylerde, hastalığın oluşumunun önlenmesi veya ortaya çıkışının geciktirilmesi için, yaşam tarzı değişikliği yapmak ve risk faktörlerini ortadan kaldırmak gerekir (Bilir, 2006).

DSÖ, kronik hastalıkların önlenmesinde (KVH kanser, diyabet, solunum sistemi hastalıkları) toplum stratejisinin kullanılmasını önermektedir. KVH'nın kontrolü için ise birey ve toplum temelli her iki stratejinin birlikte kullanılması ve tüm girişimlerin birbiri ile bütünlük içinde uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır (Mendis ve ark., 2011). KVH'dan primer korunma önlemleri olarak davranış değişikliği girişimleri (sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz) ile birlikte kilo ve kan basıncının kontrolünün sağlanması, lipid düşürücü tedavinin uygulanması, diyabetin kontrol altında tutulması ve aspirin verilmesi gibi ilaç tedavilerini içeren girişimlerdir. Risk faktörlerine yönelik yapılan her uygulama tüm risk faktörlerini içermelidir. Ancak bu şekilde korunma sağlanabilir (Türkmen ve ark., 2012).

Kısmen de olsa daha büyük risk altında olan ve tedavi girişimlerinden fayda görebilecek kişileri tahmin etmedeki zorluklardan dolayı KVH'da birincil korunmanın sağlanması daha zordur. Güncel KVH'dan korunma risk hesaplayıcılarının çoğu kısa dönem (5-10 yıl) riske odaklanmakta, bu yüzden de kaçınılmaz bir şekilde yaşlıları yüksek riskli ve gençleri ise düşük riskli olarak sınıflama eğilimindedir. Yirminci yüzyılın sonlarında KVH mortalitesindeki değişiklikler, akut miyokard infarktüsünde kısa vadeli vaka ölümcüllük oranındaki değişikliklerle değil, daha çok insidanstaki değişikliklerle açıklanmaktadır (Onat, 2004).

2.4.2. İkincil Korunma

KVH'da sekonder korunmanın amacı; kardiyovasküler ve diğer aterosklerotik vasküler hastalığı olan bireylerde hastalığın ilerlemesini önlemek, olayların tekrarını ve hastalığa bağlı ölümleri azaltmaktır (Yüksel, 2006). Sekonder korunma

önlemlerinin etkinliği ölüm oranları izlenerek değerlendirilir (Türkmen ve ark., 2012). Amerikan Kalp Birliği'nin sekonder korunma kapsamında yer alan önerileri; sigaranın bırakılması, arter kan basıncının kontrol edilmesi, kan lipid değerlerinin kontrolü, fizik aktivitenin artırılması, kilo kontrolü, diyabetin tedavi edilmesi, antiagregan /antikoagülan, renin anjiyotensin aldosteron antagonistleri ve beta bloker ilaçların verilmesi gibi hem biyolojik hem de davranışsal risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır (Smith ve ark., 2006).

Koroner kalp hastalarında diyet değişikliğinin yapılmasıyla kan kolesterol düzeyinin düştüğü ve aterosklerozisin gerilediği, koroner kalp hastalığından sonra sigarayı bırakmanın, miyokard infarktusu ve ölüm oranını 3 yıl içinde sigara içmeyen hastaların düzeyine indirdiği bildirilmektedir (Irmak ve Fesci, 2005).

KVH'da egzersiz programlarını da kapsayan ikincil korunmaya yönelik programların tedavi sürecini geliştirme, hastaneye tekrar başvuruları azaltma, işlevsel durum ve toplam mortaliteyi olumlu yönde değiştirmede etkili olduğu kanıtlanmıştır (Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu: Özet, 2008). Özellikle kardiyovasküler bir olay sonrası, planlı rehabilitasyon programı çerçevesinde yürütülen ikincil korunma çalışmaları önemli ölçüde maliyet etkinliği sağlamaktadır (İnangil ve Şendir, 2014).

2.4.3. Üçüncül Korunma

Hastalıklardan üçüncül düzeyde korunma, klinik belirti ve bulguları ortaya çıkmış olan hastaların bilinen en iyi şekilde tedavi edilmesi anlamına gelir. Bu yaklaşım aslında hastalıktan değil, hastalığın olumsuz sonuçlarından korunma anlamına gelir. Üçüncül korunma çalışmaları hastaların rehabilitasyonu kavramını, yani hastaların kendi hastalıkları ile birlikte yaşamayı öğrenmeleri ve hastalıkları ile uygun olan bir çalışma hayatına uyum sağlamalarını da içerir. Kronik hastalıklar uzun süreli sağlık sorunu olduğundan ve hastalar yaşamları boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak durumunda olduklarından hastalıkları ile birlikte yaşamayı öğrenmelidir. Hastalığın seyri sırasında değişik düzeylerde fiziksel ve fonksiyonel yetersizlikler ortaya çıkacağından hastaların bazı fonksiyonlar bakımından desteklenmesi konusu gündeme gelebilir. Buna yönelik olarak da evde bakım hizmetleri, çeşitli hastalığı olan hastalara yönelik bakım verecek kurumlara gereksinim olacaktır (Bilir, 2006).

2.5. KVH'dan Korunmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Dünyanın en başta gelen sağlık sorunlarından biri olan KVH'nın önlenmesinde, bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde, hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (Türkmen ve ark., 2012). Ülkemizde hemşirelerin, bakım verme, eğitim, danışmanlık, araştırma, kalite geliştirme ve yönetim rolleri 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'nde tanımlanmış ve 2011 yılında yönetmeliğe ilaveler yapılmıştır. Buna göre hemşirelerin çalıştıkları bölümlere özgü görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010; Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Yönetmelik, hemşirelerin birincil ve ikincil korunma hizmetlerini detaylandırmıştır. Hemşireler bu görevlerini hastanelerde, okullarda ve iş yerlerinde yürütebilirler. Bu da hemşirelik mesleği için çok olumlu bir gelişmedir. Halk Sağlığı Hemşirelerinin koruyucu hizmetler kapsamındaki önemli rolleri, kronik hastalık ve risk faktörleriyle mücadele konusunda bireyi/toplumun bilgilendirerek farkındalığın artırılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasıdır. Kronik hastalıklar risk faktörlerinin azaltılması ve kontrolü kapsamında beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite danışmanlığı, hipertansiyon tedavisi, sigaranın bırakılması, kilo verilmesi/korunması gibi konularda halk sağlığı hemşirelerine büyük sorumluluk düşmektedir. Halk Sağlığı Hemşireleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ayrıntılı hemşirelik tanılamasında kan basıncı, BKİ, bel-kalça çevresi ölçümlerini yapmalı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmeli, kan değerleri sonuçları ile birlikte bireyin risk durumunu belirlemelidir (Yılmaz ve Boylu, 2016).

Günümüzde, hemşirelik eğitiminin içeriği; sadece hastalıkların bakım ve tedavisi değil, bireylerin sağlığını koruyacak ve geliştirecek, yaşam kalitesini iyileştirecek, yeni duruma uyumunu artıracak bilgi ve becerileri de kapsamaktadır. Bu bilgi ve beceriler; sağlığın değerlendirilmesi, hasta eğitimi ve danışmanlık, terapötik iletişim ve emosyonel destek ile yaşam kalitesi, motivasyon ve uyumu artırma, öz-bakım ve öz-sorumluluğu geliştirmeyi içermektedir. Hastalık önleme programlarının ana kavramları olan bu bilgi ve beceriler hemşirelik eğitiminde derinlemesine incelenen ve kullanılan temel konulardır. Kronik hastalıklardan primer ve sekonder korunmada en önemli faktör; bireylerin katılımının sağlanması ve kendi sağlıklarının sorumluluğunu alabilmeleridir. Bireylerin, hastalıklardan primer ve sekonder korunma

kapsamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasını ve bunu sürdürebilmesini etkileyen pek çok faktör vardır. Birçok kişi davranış değişikliği yapmada zorlanmaktadır. Davranış değişikliği sağlamada ve sürdürmede sağlık profesyonelleri ile bireyler ve aileleri arasında işbirliğinin sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu temel rolleri kapsamında hemşireler, sadece akut bakım hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde değil okullarda, işyerlerinde, aile sağlığı merkezlerinde ya da belediyelerde yani insanın olduğu her yerde görev yapmaktadır. (Türkmen ve ark., 2012).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses=ICN) kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, aldıkları eğitim nedeni ile diğer sağlık profesyonellerine göre hemşire iş gücünün önemli olduğunu ve bu iş gücünden etkin şekilde yararlanılması gerektiğini bildirmiştir (ICN, 2010).

3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, yetişkin kadınların kardiyovasküler risk faktörleri, bu faktörlere ilişkin bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi amacıyla kesitsel tipte tasarlanmıştır (Erdoğan ve ark., 2015).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Ekim 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında Muğla ilinin Marmaris ilçesindeki bir Askeri Lojma'nda yapılmıştır. Çalışmanın verileri Ocak, Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Muğla ilinin Marmaris ilçesine bağlı bir Askeri Lojman'da oturan 20-65 yaş arasındaki 630 kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evreni bilinen örneklem yöntemi ile %95 güven aralığında Sample Size Online Calculator sitesinden örneklem büyüklüğü hesaplayıcısı kullanılarak 239 olarak hesaplanmıştır (The Survey System). Olasılıklı örneklemelerden basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 253 yetişkin kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Gönüllü olmak
2. Kardiyovasküler hastalık tanısı almamış olmak
3. En az okur-yazar olmak

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan, yetişkin kadınların bazı tanıtıcı özelliklerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve ölçümsel veriler için kullanılan kan basıncı ölçüm aleti, mezura, baskül aracılığı ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen bu form toplamda 21 sorudan oluşmuştur (Yalçın, 2006; Adıbelli, 2014). İlk 7 soru kadınların yaş, eğitim, meslek, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik bilgileri sorgulamaktadır. Sonraki 14 soru ise aile öyküsü, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve geçirilmiş serebrovasküler olay ya da geçici iskemik atak durumları, sigara içme durumu, total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol, boy-kilo, bel ölçüsü, sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümlerini içeren kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik soruları kapsamaktadır. Bu formun anlaşılabilirliğini test etmek için örneklem dışındaki 25 kadına ön deneme yapılmış ve son şekli verilmiştir.

3.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği

Arıkan ve ark. (2009) tarafından geliştirilen Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği, kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini, risk faktörlerini ve risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulayan, toplam 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerin yanıtlanmasında “evet”, “hayır” ve “bilmiyorum” seçenekleri kullanılmakta ve her doğru yanıt 1 puan verilerek en yüksek 28 puan alınmaktadır. Ölçekteki 6 madde (11, 12, 16, 17, 24,26) tersine kodlanmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması, bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik-güvenirlik değerlendirmesinde Cronbach’s alfa değerinin .76 olduğu bildirilmiştir (Arıkan ve ark., 2009). Bu çalışmada Cronbach’s alfa değeri .78 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker, Sechrist, Pender (1987) tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)’nin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bu ölçek 1996 yılında tekrar revize edilmiş ve SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin cronbach alpha değeri, toplam ölçek için .94 olup, altı alt faktörler için .79-.87 arasında değişim göstermektedir (Bahar ve ark., 2008). SYBDÖ II’nin geçerlik ve güvenilirliği Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmış, Cronbach alpha değeri .92 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .93 olarak bulunmuştur.

SYBD II Ölçeğinin alt boyutları

Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51): Bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenebilmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .75 saptanmıştır.

Fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46): Hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .79 saptanmıştır.

Beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50): Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .66 saptanmıştır.

Manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52): İç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .83 saptanmıştır.

Kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49): Başkaları ile olan ilişkilerdir. Nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .83 saptanmıştır.

Stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47): Gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri .67 saptanmıştır.

Ölçek, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208' dir. Alt boyutlar için en düşük ve en yüksek puanlar, sağlık sorumluluğu 9-36, fiziksel aktivite 8-32, beslenme 9-36, manevi gelişim 9-36, kişilerarası ilişkiler 9-

36 ve stres yönetimi için 8-32'dir. Ölçekten yüksek puan alınması, yaşam biçimi davranışlarının sağlıklı olduğunu göstermektedir (Bahar ve ark., 2008).

3.5.4. Ölçümsel Veriler

3.5.4.1. Vücut Ağırlığı: Katılımcıların vücut ağırlığı ölçümlerinde taşınabilir, dijital cam baskül kullanılmıştır.

3.5.4.2. Boy Ölçümü: Boy ölçümü duvara sabitlenen metre ile yapılmıştır.

3.5.4.3. Beden Kütle İndeksi (BKİ): BKİ değerleri ve yorumları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. BKİ Değerlerinin Yorumlanması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	Obezite Sınıflandırılması
Zayıf	<18,5	-
Normal	18,5-24,9	-
Fazla Kilolu	25,0-29,9	-
Obezite	30,0-34,9	I
	35,0-39,9	II
	≥40	III

Kaynak: WHO, Body Mass Index, 2017

3.5.4.4. Bel Çevresi: Bel çevresi ölçümlerinde plastik yetişkin mezurası (0-200 cm) kullanılmıştır. WHO tarafından bel çevresi değerlerinin erkeklerde <94 cm ve kadınlarda <80 cm olması önerilmektedir. Erkeklerde 94-102 cm ve kadınlarda 80-88 cm arasında olmasının önlem alınmasının gerekliliğinin/risk olduğunun, erkeklerde ≥102 cm ve kadınlarda ≥88 cm olması ise yüksek risk olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (WHO, Waist Circumference and Waist-Hip Ratio, 2008).

3.5.4.5. Kan Basıncı Ölçümü: Kan basıncı ölçümünde kalibrasyonu yapılmış aneroid sfigmomanometre kullanılmıştır. KB değerleri ve yorumları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Kan Basıncı Değerlerinin Yorumlanması

Kan Basıncı Derecesi	Kan Basıncı (mmHg)		
	Sistolik		Diastolik
Optimal	< 120	ve	<80
Normal	120-129	ve	80-84
Yüksek- Normal	130-139	veya	85-89
Hipertansiyon			
Evre 1	140-159	veya	90-99
Evre 2	160-179	veya	100-109
Evre 3	≥ 180	veya	≥ 110
İzole sistolik hipertansiyon	≥ 140	ve	>90

Kaynak: ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşamasında katılımcılara telefonla randevu verilmiş ve kadınların hastanede araştırma için geçici olarak tahsis edilmiş odaya gelmeleri sağlanmıştır. Veriler, katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilip aydınlatılmış onam formu imzalatıldıktan sonra toplanmıştır. Anket formlarındaki veriler katılımcıların öz bildirimlerine dayalıdır. Ölçümsel veriler ise araştırmacı tarafından ölçülmüş ve formlara kaydedilmiştir.

Kan basıncı: Katılımcıların kan basıncı değerleri, oturur pozisyonda, kalp seviyesinde olan sağ koldan ve en az 5 dk dinlenmiş durumda, ölçümler arasında bir dakika bırakılmak suretiyle iki kez ölçülerek ve ölçümlerin ortalaması alınarak elde edilmiştir (Ay, 2008).

Boy Uzunluğu: Boy ölçümü, ayakta, ayakkabısız olarak, ayaklar bitişik halde, topuklar, kalça ve omuzlar dik düzleme temas eder biçimde, göz bakışı yere paralel istikamette, derin nefes alımı esnasında yapılmıştır.

Vücut Ağırlığı: Kullanılan tartı aleti sert ve düz bir zemin üzerine yerleştirilmiştir. Ölçüm yapılan yerde yeterli ışık olmasına dikkat edilmiştir. Kalın giysilerin (palto, ceket, kazak vb.), ceplerde bulunan eşyaların (cüzdan, anahtarlık, telefon, adres defteri vb.) ve ayakkabıların çıkartılması istenmiştir. Tartıya ayakların yerleştirilmesi ve

vücut ağırlığının iki ayağa sabit dağılımı sağlanmıştır. Bireyin dik ve hareket etmeden durması istenmiştir.

Bel Çevresi: Ölçümü yapan kişi ölçümü yapılan kişinin tam karşısında durmuştur. Ölçümü alınacak kişinin tam karşısında durularak, sağ tarafında en alt kaburga kemiği bulunmuş ve kalem ile işaret konulmuştur. İliyak kemik çıkıntısı midaksiller çizgide bulunmuş ve işaret konulmuştur. İki işaret arası ölçülmüş ve orta noktasına işaret konulmuştur. Bireyin normal nefes alıp vermesi istenmiştir. Ölçüm sırasında nefesini vermesi (nefesin tutulmaması) ve kendisini kasmaması istenmiştir. Böylece karnın (abdomenin) serbest olması ve kasılmaması sağlanmıştır (nefes tutulmamıştır). Ölçüm sırasında mezura bol tutulmamış, aşırı baskı uygulanmamıştır. Mezuranın doğru yerleştirilmesi ve yere paralel olması sağlanmıştır (TBSA, 2010).

BKİ: BKİ yetişkinlerde kilolu, fazla kilolu ve obeziteyi sınıflandırmak için sıklıkla kullanılan basit bir ağırlık-boy oranı dizesidir. Kilogram cinsinden ağırlığı metre cinsinden yükseklik kareye bölünerek (kg / m^2) tanımlanır. BKİ değerleri yaşa göre bağımsızdır ve her iki cinsiyet için de aynıdır. Bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($\text{BKİ}=\text{kg}/\text{m}^2$) bölünmesiyle elde edilmiştir (WHO, Body Mass Index Classification, 2017).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, Kolmogorov Smirnov testi (normallik testi), tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), normal dağılım gösteren (SYBDÖ II ölçek puanı) verilerde t testi ve varyans analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen (KARRİF-BD ölçek puanı) verilerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. KARRİF-BD ölçeği ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki ise Spearmen's korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

3.8. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri (medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, meslek) bağımsız, KARRİF-BD Ölçeği ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları bağımlı değişken olarak incelenmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri, KHV risk faktörleri, KVH bilgi düzeyi ve sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n=253)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
20-29	45	17.8
30-39	153	60.5
40-49	44	17.4
50-59	8	3.2
60 ve Üzeri	3	1.1
Yaş Ortalaması (35.20±7.07)		
Eğitim Durumu		
İlköğretim	7	2.8
Ortaöğretim	76	30.0
Yükseköğretim	170	67.2
Medeni Durum		
Evli	223	88.1
Bekar	22	8.7
Boşanmış	8	3.2
Aile Tipi		
Geniş	15	5.9
Çekirdek	231	91.3
Parçalanmış	7	2.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	117	46.2
Çalışmıyor	136	53.8
Meslek		
Memur	96	37.9
İşçi	12	4.7
Serbest Meslek	12	4.7
Emekli	3	1.3
Ev Hanımı	130	51.4
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	100	39.5
Gelir Gidere Denk	132	52.2
Gelir Giderden Fazla	21	8.3

Tablo 4'de araştırmaya katılan kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre kadınların yaş ortalamasının 35.20±7.07 ve

çoğunluğunun (%60.5) 30-39 yaş grubunda olduğu, %67.2' sinin yükseköğretim, %30'unun ortaöğretim, %2.8'inin ilköğretim mezunu, %88.1'inin evli, %53.8'inin çalışmadığı, %51.4'ünün ev hanımı, %37.9'unun memur, %39.5'inin gelirinin giderinden az olduğu, %52.2' sinin orta düzey gelire sahip, %8.3'ünün gelirinin giderinden fazla olduğu ve %91.3'ünün çekirdek aileye mensup olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Kadınların Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri (n=253)

Risk Faktörleri	n	%
Ailede KVH Öyküsü		
Var	74	29.2
Anne	26	35.1
Baba	37	50.0
Kardeş	4	5.4
Anne-Baba	4	5.4
Baba-Kardeş	1	1.4
Anne-Baba-Kardeş	2	2.7
Yok	179	70.8
Toplam	253	100.0
Sigara İçme Durumu		
Evet	85	33.6
Hayır	149	58.9
Bıaktım	19	7.5
Toplam	253	100.0
Günlük İçilen Sigara Miktarı		
Arasıra	18	21.2
Hergün 1 veya Daha Fazla	42	49.4
10-20 Adet	25	29.4
Toplam	85	100.0
Sigara İçilen Süre		
1-5 Yıl	26	30.6
6-10 Yıl	25	29.4
11-20 Yıl	24	28.2
20- Yıl ve Üzeri	10	11.8
Toplam	85	100.0
Sigarayı Bırakma Süresi		
1-5 Yıl	10	52.6
6-10 Yıl	2	10.5
11-20 Yıl	7	36.9
Toplam	19	100.0

Tablo 5. (Devam) Kadınların Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri (n=253)

Risk Faktörleri	n	%
Şimdiye Kadar 6 Ay veya Daha Uzun Süre Günde 1 tane olmak Üzere Sigara İçme Durumu		
Evet	106	41.9
Hayır	147	58.1
Toplam	253	100.0
Hipertansiyon		
Var	10	4.0
Yok	243	96.0
Toplam	253	100.0
Diyabet Hastalığı		
Var	10	4.0
Yok	243	96.0
Toplam	253	100.0
Yüksek Kolesterol		
Var	28	11.1
Yok	225	88.9
Toplam	253	100.0
Felç veya Geçici Felç		
Var *	9	3.6
Yok	244	96.4
Toplam	253	100.0

*Yüz Felci

Kadınların risk faktörlerine yönelik özelliklerine bakıldığında, %29.2'sinin 1.derece yakınlarında KHV olduğu ve 1.derece yakınında KVH olan kadınların ise %50'sinin babasında KVH olduğu saptanmıştır. Kadınların %58.9'unun sigara kullanmadığı, %33.6'sının düzenli olarak sigara kullandığı ve %7.5'inin sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Sigara içenlerin %30.5'inin 1-5 yıldır, %29.4'ünün 6-10 yıldır, %28.3'ünün 11-20 yıldır, %11.7'sinin 20 yıldan uzun süredir sigara kullandığı saptanmıştır. Sigara içenlerin %49.4'ünün her gün 1 veya daha fazla, %21.2'sinin arasına, %28.2' sinin günde 20 adet sigara içtiği, sigarayı bırakanların %52.6'sının 1-5 yıldır, %10.5'unun 6-10 yıldır, %36.8'inin 11-20 yıldır sigara kullanmadığı ve kadınların %58.1' inin şimdiye kadar 6 ay veya daha uzun süre günde 1 tane olmak üzere sigara içtikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların kronik hastalık dağılımının kendi bildirimlerine göre %4.0 hipertansiyon, %4.0 diyabet, %11.1 yüksek kolesterol , %3.6 felç veya geçici felç olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların Kan Basıncı, BKİ ve Bel Çevresi Değerleri (n=253)

Ölçümsel Veriler	n	%
BKİ (kg/m2)		
Zayıf	9	3.6
Normal	168	66.4
Fazla Kilolu	56	22.1
Obez	20	7.9
1.Derece Obez	18	7.1
2.Derece Obez	2	0.8
BKİ Ort.: 23.61±3.75, Min.: 16.31, Max.: 36.60		
Bel Çevresi (cm)		
Normal	156	61.7
Artmış Risk	63	24.9
Yüksek Risk	34	13.4
Bel Çevresi Ort.: 77.76±9.15, Min: 62.00, Max.: 115.00		
Kan Basıncı (KB) (mm/Hg)		
Sistolik KB		
Optimum	166	65.6
Normal	68	26.9
Yüksek N.	13	5.1
Evre I HT	6	2.4
Sistolik KB. Ort.: 111.72±10.98, Min.: 90.00, Max.: 150.00		
Diastolik KB	170	67.5
Optimum	67	26.5
Normal	16	6.3
Evre 1 HT		
Diastolik KB.Ort.: 72.68±8.17, Min.: 55.00, Max.: 100.00		

Kadınların ölçümsel verileri incelendiğinde, sistolik kan basıncı ortalamasının 111.72 mmHg ± 10.98, diastolik kan basıncı ortalamasının 72.68 mmHg ± 8.17, BKİ ortalamasının 23.61 kg/m²±3.75 ve bel çevresi ortalamasının 77.76 cm±9.15 olduğu

saptanmıştır. Kadınların %65.6'sının sistolik kan basınçlarının optimum, %26.9'unun normal; %67.5'inin diastolik kan basıncının optimum ve %26.5'inin normal değerde olduğu saptanmıştır. Kadınların %3.6'sının zayıf, %66.4'ünün normal %22.1'inin fazla kilolu ve %7.9'unun obez olduğu saptanmıştır. Bel çevresi ölçümüne göre katılımcıların %61.7'sinin normal, %13.2'sinin artmış ve %24.4'ünün yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. SYBDÖ II ve KARRİF-BD Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Min.	Max.	Toplam Puan Ort.	Madde Puan Ort.
Sağlık Sorumluluğu	10.00	36.00	20.48±4.50	2.27 ± .50
Fiziksel Aktivite	8.00	32.00	16.37± 4.54	2.04± .56
Beslenme	10.00	34.00	20.46±4.15	2.27± .46
Manevi Gelişim	12.00	36.00	25.03± 5.38	2.78± .59
Kişilerarası İlişkiler	12.00	36.00	24.56± 5.36	2.72± .59
Stres Yönetimi	9.00	32.00	18.35± 3.94	2.29 ± .49
SYBDÖII Toplam Puan	69.00	201.00	125.29±22.04	2.40± .42
KARRİF-BDÖ Toplam Puan	0.00	27.00	17.67±4.85	-

Tablo 7'de kadınların KARRİF-BD, SYBDÖ II ve alt boyutlarının ölçek puan ortalaması dağılımı yer almaktadır. Kadınların KARRİF-BD ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde, ölçek puan ortalamasının 17.67±4.85 olduğu, SYBDÖ II ölçek puan ortalamasının ise 125.29±22.04 (2.40± .42) olduğu belirlenmiştir. SYBDÖ II alt boyut puan ortalamalarının en yüksekte en düşüğe sırasıyla, manevi gelişim 25.03±5.38 (2.72± .59), kişilerarası ilişkiler 24.56±5.36 (2.72± .59), sağlık sorumluluğu 20.48±4.50 (2.27± .50) ve beslenme 20.46±4.15

(2.27± .46), stres yönetimi 18.43±4.14 (2.29± .49), fiziksel aktivite 16.37±4.54 (2.04± .56) olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KARRİF-BD Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=253)

Değişkenler	n	KARRİF-BDÖ
		X±SS
Medeni Durum**		
Evli	223	17.73±4.85
Bekar	22	17.09±5.40
Boşanmış	8	17.62±3.33
Test		p=0.979
Eğitim Düzeyi**		
İlköğretim	7	17.71±5.96
Ortaöğretim	76	16.60±4.51***
Yükseköğretim	170	18.15±4.90***
Test		p=0.032
Aile Tipi**		
Geniş Aile	15	16.06±5.65
Çekirdek Aile	231	17.73±4.82
Parçalanmış Aile	7	19.28±3.49
Test		p=0.332
Çalışma Durumu*		
Çalışıyor	117	18.72±4.93***
Çalışmıyor	136	16.77±4.61***
Test		p=0.001
Meslek**		
Memur	96	18.79±5.13***
İşçi	12	18.58±4.20
Serbest Meslek	12	19.50±4.42***
Emekli	3	18.00±6.55
Ev Hanımı	130	16.60±4.49***
Test		p=0.005
Gelir Düzeyi**		
Gelir Giderden Az	100	16.42±4.43***
Gelir Gidere Denk	132	18.48±4.96***
Gelir Giderden Fazla	21	18.61±4.93
Test		p=0.003
Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumu*		
Var	74	18.90±4.15***
Yok	179	17.17±5.03***
Test		p=0.009

*Mann Whitney U testi, **Kruskall Wallis Testi, *** p<.05

Tablo 8’de kadınların tanıtıcı özelliklerine göre KARRİF-BD ölçek puan ortalaması dağılımları yer almıştır. Yapılan analizde eğitim durumuna göre KARRİF-BD ölçek puan ortalaması puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için ileri analiz (Mann Whitney U testi) ile ikişerli karşılaştırma yapılmış ve yükseköğretim mezunu olanların ölçek puan ortalamasının (18.15 ± 4.90) orta öğretim mezunu olanlara (16.60 ± 4.51) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma durumuna göre bakıldığında çalışan kadınların KARRİF-BD ölçek puan ortalamasının (18.72 ± 4.93) çalışmıyor olanlardan (16.77 ± 4.61) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadınların mesleklerine göre KARRİF-BD ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). İleri analiz (Mann Whitney U testi) ile ikişerli karşılaştırmalarda memur olanların ölçek puan ortalamasının (18.79 ± 5.13) ev hanımlarından (16.60 ± 4.49), serbest mesleğe sahip olanların (19.50 ± 4.42) ev hanımlarından (16.60 ± 4.49), istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gelir düzeyine göre KARRİF-BD ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz (Mann Whitney U testi) ile ikişerli karşılaştırmalarda geliri giderine denk olan katılımcıların toplam KARRİF-BD ölçek puanlarının (18.48 ± 4.96), geliri giderinden az olanlarınkinden (16.42 ± 4.43) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadınların ailede kalp hastalığı olma durumlarına göre KARRİF-BD ölçek puan ortalamasına bakıldığında, ailesinde kalp hastalığı olanların KARRİF-BD ölçek puan ortalamasının (18.90 ± 4.15), ailesinde kalp hastalığı olmayanların ölçek puan ortalamasına (17.17 ± 5.03) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumuna ve aile tipine göre KARRİF-BD ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)

Tablo 9. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ II Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=253)

*Independent T testi, **One Way Anova Testi, *** p<0.05

Değişkenler	n	SYBDÖ II
		X±SS
Medeni Durum **		
Evli	223	126.29±21.26
Bekar	22	119.72±29.05
Boşanmış	8	115.37±18.64
Test		p=0.176
Eğitim Durumu **		
İlköğretim	7	120.85±22.00
Ortaöğretim	76	127.07±20.98
Yükseköğretim	170	124.80±22.53
Test		p=0.696
Aile Tipi **		
Geniş Aile	15	124.26±21.01
Çekirdek Aile	231	125.64±22.20
Parçalanmış Aile	7	119.00±19.65
Test		p=0.721
Çalışma Durumu *		
Çalışıyor	117	120.40±21.82***
Çalışmıyor	136	129.65±21.35***
Test		p=0.001
Meslek **		
Memur	96	118.78±22.39***
İşçi	12	124.58±21.03
Serbest Meslek	12	131.50±14.30
Emekli	3	147.66±47.25
Ev Hanımı	130	129.23±20.62***
Test		p=0.005
Gelir Düzeyi **		
Gelir Giderden Az	100	117.27±22.62***
Gelir Gidere Denk	132	129.75±19.16***
Gelir Giderden Fazla	21	136.47±24.23***
Test		p=0.001

Kadınların çalışma durumuna göre SYBDÖ II ölçek puan ortalaması incelendiğinde, çalışmayanların SYBDÖ-II ölçek puan ortalamasının (129.65±21.35), çalışanlardan (120.40±21.82) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 9).

Kadınların mesleklerine göre SYBD-II ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Varyanslar homojen olmadığından posthoc analizde tamhane T2 istatistiği çoklu karşılaştırmalar incelenmiştir. Buna göre, ev hanımlarının SYBD-II ölçek puan ortalamasının (129.23 ± 20.62) memurlardan (118.78 ± 22.39) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 9).

Kadınların gelir düzeyine göre SYBDÖ-II ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Varyanslar homojenlik gösterdiğinden dolayı posthoc analizde Tukey ve Scheffe çoklu karşılaştırmalar incelendiğinde, geliri giderinden az olanların SYBDÖ-II ölçek puan ortalamasının (117.27 ± 22.62) diğer gruplardan (geliri giderine denk ve fazla olanlar) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumu, eğitim durumu ve aile tipine göre SYBDÖ II ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların KARRİF-BD Ölçek Puan Ortalaması ile SYBDÖ II Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=253)

SYBD II Ölçeği ve Alt Boyutları	KARRİF-BD Ölçeği
Sağlık Sorumluluğu	$r= 0.189$ $p=.002$
Fiziksel Aktivite	$r= 0.128$ $p=.096$
Beslenme	$r= 0.307$ $p=.001$
Manevi Gelişim	$r= 0.229$ $p=.001$
Kişilerarası İlişkiler	$r= 0.255$ $p=.001$
Stres Yönetimi	$r= 0.144$ $p=.028$
SYBDÖ II (Toplam)	$r= 0.293$ $p=.001$

Spearsman's Korelasyon Analizi

Tablo 10'da kadınların KARRİF-BD Ölçeği ile SYBDÖ II ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki Spearsman's korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. KARRİF-BD

Ölçeği ile SYBDÖ II'nin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu ($r= 0.189$), beslenme ($r= 0.307$), manevi gelişim ($r= 0.229$), kişilerarası ilişkiler ($r= 0.255$), stres yönetimi ($r= 0.144$) ve SYBDÖ II ölçek puan ortalaması ($r= 0.293$) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların KARRİF-BD Ölçeği ile SYBDÖ II alt boyutlarından fiziksel aktivite ölçek puan ortalaması ($r= 0.128$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri, KVH risk faktörleri, KVH bilgi düzeyi ve sağlığı geliştirme davranışları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

KVH risk faktörlerini belirlemek amacıyla 1990 yılında başlatılan TEKHARF çalışmasının 2013 raporuna göre, hem erkeklerde hem de kadınlarda ölüm nedeni olarak KVH'nın ilk sırada olduğu bildirilmiştir (Onat, 2014). Mortalite oranının yüksek olması, risk faktörlerinin belirlenerek bu doğrultuda gerekli önlemlerin alınmasını gündeme getirmektedir. DSÖ'ye göre tüm KVH ölümlerinin, dörtte üçünden fazlası uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenabilir (Perk ve ark., 2012). Global bir sağlık sorunu olan KVH'nın önlenmesinde, birey ve toplumun sağlık sonuçlarının güçlendirilmesinde hemşirenin çok önemli sorumlulukları vardır (Türkmen, 2012). Hemşire bireylerin mevcut bilgi düzeyini değerlendirerek bu süreci başlatabilir. Hemşireler bireylerin yaşam şekli değişikliğine uyum sağlamada karşılaştıkları engelleri belirlemeli; değer yargıları, sağlık inanışlarının farkında olmalıdır. Belirlenen engellerin olası çözümleri ile birlikte tartışılması kadınların önerilen girişimlere uyumu için hayati öneme sahiptir (Alkan ve Enç, 2013).

Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 35.2 olarak saptanmıştır. Yaşın KVH'ya maruz kalma süresinin bir göstergesi olduğu ve yaşla birlikte KVH risk faktörlerinin de arttığı bildirilmiştir (Carter, 2011). Erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaş üzeri KVH için güçlü bir risk faktörüdür (Onat, 2001). Yılmaz (2014)'ın 20-64 yaş arası kadınlarda kronik hastalık durumlarını araştırdığı çalışmasında 40-49 yaş arasındaki kadınların %7.1'inde, 50 yaş ve üzerindeki kadınların %36.4'ünde KVH olduğu bildirilmiştir. Jousilahti (1999)'nin Finlandiya'da 9789 erkek ve 9538 kadınla yapılan ve 12 yıl izleme dayanan çalışmasında her iki cinsiyette artan yaşla birlikte kan basıncı, total kolesterol, kilo ve diyabet riskinin de artarak kadınlarda daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de KVH insidansında ve mortalitesinde artışa yol açtığı bildirilmiştir. Hamner ve Wilder (2007)'in çalışmasında da kadınların yaşları arttıkça KVH risk puanlarının da arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmada kadınların çoğunluğu (%60.5) 30-39 yaş arasındadır. Bu yaş grubu KVH risk faktörü olarak belirtilen yaş aralığının altındadır.

Bu çalışmada kadınların %67.2'sinin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu 2014 raporuna göre Türkiye'de yükseköğretim mezunu kadınların oranı %11.7'dir (İstatistiklerle Kadın, 2015). Bu çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyi ülke geneline göre yüksektir. Kurçer (2011) ve Küçükberber ve ark. (2011)'nin kalp hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalar incelendiğinde, Kurçer (2011)'in çalışmasında hiç üniversite mezunu bulunmadığı, Küçükberber'in araştırmasında ise %11.7 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun yükseköğretim mezunu olması KVH riski görülmesi açısından olumlu değerlendirilebilir.

Çalışmada kadınların %29.2'sinin 1.derece yakınında KHV olduğu saptanmıştır. Badıllıoğlu (2011)'nin yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %23.6'sının 1.derece yakınında KVH olduğu bildirilmiştir. Uçar ve Arslan (2017)'in çalışmasında, katılımcıların %55.4'ünün ailesinde KVH olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulguları Badıllıoğlu (2011)'nin çalışma bulgusundan yüksek, Uçar ve Arslan (2017)'in çalışma bulgusundan düşüktür. Aile öyküsü, KVH için iyi bilinen ve önemli bir risk faktörüdür. Ailede KVH öyküsünün olması hem erkekler hem de kadınlar için risk oluşturmaktadır (Perk ve ark., 2012). Pozitif aile hikayesi, ailelerde toplanmış olan risk faktörleri açısından kişilerin ayrıntılı olarak taranmasını gerektirir.

Çalışmada kadınların %33.6'sının düzenli olarak sigara kullandığı belirlenmiştir. Türkiye'de TEKHARF 2011 yılı değerlendirmesine göre, erişkin erkeklerin %43'ünün, kadınların %17'sinin sigara içtiği saptanmıştır (Onat ve ark., 2011). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu (KYATA) 2012 (2014) sonuçlarına göre ise sigara kullanımı erkeklerde %41.5 kadınlarda %13.1 dir. Batı ve kentsel bir Türk toplumunda yaşayan 5552 erkek ve 10528 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansı kadınlarda %26.8, erkeklerde %38.6 olduğu bildirilmiştir (Ünal, 2013). Kaptanoğlu (2012)'nin Marmara Üniversitesi öğretim üyeleri ile yaptığı çalışmada, kadın öğretim elemanlarında sigara içme prevalansı %37 olarak bildirilmiştir. Tan (2013) ve Köse (2011) tarafından kırsal bölgelerde yapılan iki ayrı çalışmada ise kadınlarda sigara içme oranı %26.5 ve %25.5 olarak saptanmıştır. Çalışmada sigara içme oranı ile ilgili bulgu, Kaptanoğlu (2012)'nin çalışma bulgusu ile uyumlu, diğer literatür bulgularından yüksektir. Sigara KVH için önemli bir risk

faktörüdür. Sigara içen kadınlarda KVVH'ya bağlı mortalite erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca, kadınların nikotini erkeklere oranla daha hızlı metabolize ettikleri gösterilmiştir (Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi, 2010). Sigara içen kadınların KVVH açısından risk altında olduğu düşünülebilir.

Çalışmada kadınların bel çevresi ortalaması $77.76 \text{ cm} \pm 9.15$ ve bel çevresine göre %24.4'ü artmış risk, %13.2'si yüksek risk kategorisindedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 raporuna göre kadınların bel çevresi ortalamasının $90,1 \pm 15,2 \text{ cm}$, %73.4'ünün bel çevresinin 80 cm'nin üzerinde olup artmış risk, %53.9'unun ise bel çevresi değerlerinin 88 cm'nin üzerinde ve kronik hastalıklar açısından yüksek risk grubunda olduğu bildirilmiştir. Sharma (2012)'nin Yeni Delhi'de bir üniveristenin tıp bilimlerinde idari kısımda çalışanlar ve aileleri ile yaptığı çalışmasında kadınların %80.7'sinin bel çevresine göre artmış risk kategorisinde olduğu bildirilmiştir. Arslan ve Ceviz (2007)'in çalışmasında kadınların bel çevresi ortalamalarının $85.7 \pm 11.1 \text{ cm}$, Oğuz ve ark. (2008)'nin çalışmasında ise $75.2 \pm 9.6 \text{ cm}$ olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın bulgusu Oğuz ve ark. (2008)'nin çalışma bulgusu ile benzerlik, diğer çalışma bulguları ile farklılık göstermektedir. Bu çalışmada kadınların %37.6'sının bel çevresinin normalin üzerinde olması KVVH açısından riskli grup olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada kadınların BKİ ortalamasının $23.61 \text{ kg/m}^2 \pm 3.75$, %66.4'ünün normal, %22.1'inin fazla kilolu ve %7.9'unun obez olduğu belirlenmiştir. 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) çalışmasında kadınlarda obezite oranı %44.2'dir. TURDEP-1 ile karşılaştırıldığında kadınlarda obezite artışının 12 yılda %34 olduğu bildirilmiştir (Satman, 2010). Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre ise kadınlarda obezite oranı %20.9'dur (TÜİK, 2015). Kırsal bir bölgede yapılan çalışmada obezite oranının %23,5 olduğu bildirilmiştir (Nazlıcan ve ark., 2011). Kara (2012), aile hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 72 kişi ile yaptığı bir çalışmasında, kadınlarda obezite sıklığını %9.7 olarak bulmuştur. Yapılan diğer bir çalışmada kadınlarda obezite oranı %13.3 olarak bildirilmiştir (Doğan ve ark., 2017). Günümüzde kadınlarda obezite artışının, KVVH'ya bağlı mortalite ve morbiditenin de artmasına neden olduğu bildirilmiştir (Helvacı ve ark., 2014). Bu çalışmadaki obezite

oranının (%7.9) literatürdeki KVH risk faktörü bulgusuna göre düşük olması olumlu değerlendirilebilir.

Bu çalışmada kadınların sistolik kan basıncı ortalaması 111.72 ± 10.98 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması 72.68 ± 8.17 mmHg'dir. Kara ve ark. (2012)'nin aile hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran kişilerin kardiyovasküler risk durumlarını araştırdığı çalışmasında katılımcıların sistolik kan basıncı ortalaması 116.10 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması 71.30 mmHg olarak bildirilmiştir. Uçar ve Arslan (2017)'nin yaptığı bir çalışmada katılımcıların %71.1'inin veri toplama sırasında ölçülen kan basınçlarının optimal sınırlarda (SKB<120mmHg, DKB<80mmHg) bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulgusu Kara (2012), Uçar ve Arslan (2017)'in çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Aynı yaş grubunda 115/75 mmHg'dan itibaren kan basıncındaki her 20/10 mmHg'lık artışın KVH riskini iki katına çıkardığı bildirilmiştir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020, 2015). Bu çalışmada çoğu katılımcının kan basıncı ölçüm değerleri optimal sınırlarda (SKB: % 65.6, DKB: %67.5) olup, KVH riski açısından bakıldığında olumludur.

Bu çalışmada kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi KARRİF-BD ile ölçülmüş ve orta düzey (17.67 ± 4.85) olarak değerlendirilmiştir. Kadınlar üzerinde aynı ölçekle yapılan diğer iki çalışmada ölçek puan ortalaması sırasıyla 13.05 ± 6.93 , 20.04 ± 4.00 olarak bildirilmiştir (Tan, 2013; Andsoy ve ark., 2015). Gürdoğan ve ark. (2014)'nin sağlık ile ilgili mesleki eğitim alan üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, kadınların KARRİF-BD ölçek puan ortalamasının 17.79 ± 2.92 olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın bulgusu Tan ve ark. (2013), Andsoy ve ark. (2015) ve Gürdoğan ve ark. (2014)'nin çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tüm hastalıklarda risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması ve bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması hastalıkların ortaya çıkışını engellemekte ve geciktirmektedir (Uçar ve Arslan, 2017).

Eğitim durumuna göre KARRİF-BD ölçek puanı incelendiğinde yükseköğretim mezunu olanların ölçek puan ortalamasının orta öğretim mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların KVH risk faktörleri

bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Angosta, 2013; Tan ve ark., 2013; Gürdoğan, 2014; Badır, 2015; Al Hamarneh, 2011; Awad ve Al-Nafisi, 2014). KVH riskleri ile ilgili kadınların farkındalığının giderek arttığı ve eğitimin bu konuda çok etkili olduğu vurgulanmaktadır (Webster ve Heeley, 2010). Yüksek öğretim düzeyinin, yüksek bilişsel işlev ve daha iyi anlama kabiliyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kang ve ark., 2010). Çalışmanın bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyi daha yüksek olanların KVH'ya ilişkin bilgi düzeyinde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer şekilde Al Hamarneh (2011)'in ve Jafari (2005)'nin çalışmalarında da gelir düzeyi daha yüksek olanların KVH bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Awad (2014)'ün çalışmasında ise katılımcıların aylık geliri ile KVH bilgisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların KVH'ya ilişkin bilgi düzeyinin daha yüksek olması, kadınların sosyokültürel durumlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların çalışma durumlarına göre KARRİF-BD ölçek puan ortalaması incelendiğinde çalışanların (18.72 ± 4.93) KARRİF-BD ölçek puan ortalamasının çalışmayanlardan (16.77 ± 4.61) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tan ve ark. (2013)'ün çalışmasında kadınların mesleklerinin KVH risk faktörleri bilgi düzeyini etkilemediği, Hamner ve Wilder (2007)'in çalışmasında ise tam zamanlı çalışan kadınların yarı zamanlı çalışan kadınlara göre KVH bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Zincir ve ark. (2003)'ün bildirdiğine göre çalışan kadınların ekonomik durumları, çalışmayanlara göre daha iyidir. Çalışan kadınının gelir ve eğitim seviyesinin de daha yüksek olduğu ve bunun bilgi düzeyine yansıdığı düşünülebilir.

Çalışmada ailesinde kalp hastalığı olanların KARRİF-BD ölçek puanlarının ailesinde kalp hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürde, ailesinde kalp hastalığı bulunan bireylerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Andsoy ve ark., 2015; Gürdoğan ve ark., 2014; Winham, 2011; Tan ve ark., 2013; Al Hamarneh, 2011; Awad, 2014). Ailede kalp hastalığı öyküsü bulunmasının, diğer aile bireyleri için de risk oluşturması nedeniyle bilgi düzeylerini yükselttiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan yetişkin kadınların SYBD II ölçek puan ortalaması 125.37 ± 22.02 bulunmuştur. Ölçekten alınacak en yüksek puan ortalaması 208'dir. Bu nedenle kadınların aldığı puanlar orta düzey olarak değerlendirilmiştir. Kadınlar üzerinde aynı ölçekle yapılan diğer çalışmalarda ölçek puan ortalaması sırasıyla 127.34 ± 19.53 , 123.98 ± 98 , 132.30 ± 21.8 olarak bildirilmiştir (Demir ve Arıöz, 2014; Kırtape, 2017; Pehlivan, 2017). Çalışmanın bulgusu literatür bulguları ile uyumludur. SYBDÖ II puanlarının yüksek olması bireyin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu göstermektedir. Günümüzde, yaşam biçiminin sağlığı önemli ölçüde etkilediği ve sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleriyle KVH'da morbidite ve mortalite düzeyinin azaltılabildiği bildirilmiştir (Bozhüyük, 2012).

Çalışmada SYBDÖ II'nin alt boyut puanları incelendiğinde, en yüksek puanın manevi gelişim (25.03 ± 5.38) alt boyutundan alındığı; bunu kişilerarası ilişkiler (24.56 ± 5.36), sağlık sorumluluğu (20.48 ± 4.50), beslenme (20.46 ± 4.15), stres yönetimi (18.43 ± 4.14) ve fiziksel aktivite (16.37 ± 4.54) alt boyutunun izlediği saptanmıştır. Yapılan pek çok çalışmada da manevi gelişim puan ortalamaları en yüksek alt boyut olarak bulunurken, fiziksel aktivite puan ortalamaları en düşük alt boyut olarak bildirilmiştir (Sayan, 2001; Cürçani, 2010; Eshah, 2010; Bahar, 2013; Demir ve Arıöz, 2014; Savoy, 2015; Bozlar, 2016; Pehlivan, 2017; Şen, 2017; Thanavaro ve ark., 2006; Bilgili, 2009). Fiziksel aktivitenin KVH risk faktörlerinin önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (Yeşil ve Altıok, 2012). KVH riskinde azalma sağlanabilmesi için fiziksel aktivitenin artırılmasının önemli bir etken olduğu, fiziksel olarak aktif olmanın, kan basıncı ve kolesterol düzeyini düşürme ile kilo kontrolünü ve DM'nin kontrol altına alınmasını sağlama gibi etkileriyle KVH riskini önemli düzeyde azalttığı bildirilmiştir (Dağıstanlı ve Gözüm, 2016). Beslenmenin, KVH ve kanser gibi kronik hastalıklar açısından değiştirilebilen risk faktörleri arasında olduğu ve beslenme alışkanlıklarının kan değerlerinin değişmesine yol açarak KVH başta olmak üzere pek çok hastalığa neden olduğu bildirilmiştir (Yeşildal ve Aslan, 2003). Esin ve Aktaş (2012)'in çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve mental sağlık durumu birbiri ile ilişkilendirilmiştir. Bedenin sürekli olarak stresin neden olduğu uyarılmışlık durumunda kalması, kan basıncının yükselerek kan damarlarına zarar vermesine sebep

olur. İş stresi, aile yaşamında depresyon, anksiyete, düşmanlık ve D tipi kişiliğin, hem KHV gelişimine hem de KVH'ların klinik ve prognozunun kötüleşmesine katkı sağladığı bildirilmiştir (Bozhüyük, 2012; Perk ve ark., 2012).

Araştırmada çalışmayan kadınların SYBDÖ II toplam ölçek puan ortalamasının çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınlar üzerinde yapılan üç farklı çalışmada, çalışan kadınların çalışmayanlara göre SYBD II ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2009; Gülcivan ve Topçu, 2017; Arslan ve Ceviz, 2007). Çalışma bulguları literatür bulguları ile farklılık göstermektedir. Esin ve Aktaş (2012), uzun çalışma saatlerinin sağlık davranışlarını etkileyen faktörler arasında olduğunu ve kadının evdeki rol ve sorumluluklarından dolayı çalışma saatlerinden daha fazla etkilendiğini bildirmiştir. Bu çalışmada çalışmayan kadınların daha yüksek ölçek puanına sahip olmasının nedeni, çalışanlara göre daha fazla boş vakte sahip olmaları olabilir. Ayrıca çalışma grubunun eğitim seviyesinin yüksek olması da etkili olabilir.

Gelir durumuna göre SYBDÖ II puan ortalaması incelendiğinde gelir düzeyi yüksek olanların SYBDÖ II toplam ölçek puanlarının, gelir düzeyi düşük olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer şekilde birçok çalışmada gelir düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Acaray ve Pınar, 2004; Johnson, 2005; Özarslan, 2013; Bahar ve ark., 2013; Demir ve Arıöz, 2014; Melnyk, 2016; Kırtepe ve Karaman, 2017; Bostan ve Beşer, 2017). Pehlivan (2017) ve Thavanaro (2006)'nın çalışmalarında ise gelir durumuna göre SYBDÖ puan ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Koçoğlu ve Akın (2009)'ın bildirdiğine göre sağlığı geliştirme ile ilgili bazı uluslararası belgelerde gelir, sağlığı geliştirme için ön şart kabul edilmiştir. Ekonomik durumun iyi olmasının hayat standartını yükselteceği ve dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülebilir.

Medeni duruma göre SYBDÖ II puan ortalaması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Bunun nedeni, çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%88.1) evli olması olabilir. Bahar ve ark. (2013)'nın kadınlarla, Kafkas ve ark. (2012)'nin beden eğitimi öğretmenleri ile yaptığı

çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile medeni durum arasında bir fark olmadığı bildirilmiştir. Bostan ve Beşer (2017) ile Onar (2012)'in çalışmasında ise bekarların SYBD puanının evlilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Eshah (2011), Melnyk (2016) ve Güler ve ark. (2008)'nin çalışmasında ise evli katılımcıların SYBDÖ-II puanları daha yüksek saptanmıştır. Çalışmanın bulgusu Kafkas (2012) ve Bahar ve ark. (2013)'nin çalışma bulgusu ile benzerlik, diğer çalışma bulguları ile farklılık göstermektedir. Literatürde medeni durumun sağlık davranışlarını etkileyen faktörler arasında olduğu ve bekar, boşanmış ya da dul olmanın, sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Esin ve Aktaş, 2012).

Kadınların eğitim durumuna göre SYBDÖ II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Oysa birçok çalışmada eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Yalçınkaya, 2007; Bilgili, 2009; Koçoğlu ve Akın, 2009; Cürcani ve ark., 2010; Bahar ve ark., 2013; Melnyk, 2016). Çalışmanın bulgusu literatür bulgularından farklıdır. Eğitim, sağlıkla ilgili kararlarda önemli rol oynar ve bireylerin sağlık davranışlarını uygulamalarında etkili olur. Çalışma grubunun çoğunluğunun eğitim seviyesinin yüksek olması (%67.2'si yükseköğretim ve üzeri), SYBDÖ II ile eğitim arasında fark olmamasının nedeni olabilir.

Bu çalışmada KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ölçek puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.293$, $p<0.05$). Oliver-McNeil ve Artinian (2002), Bayülgen ve Altıok (2017) tarafından yapılan çalışmalarda KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Thavanaro ve ark. (2006)'nın çalışmasında KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulgusu Thavanaro ve ark. (2006)'nin çalışma bulgusu ile benzerlik, Oliver-McNeil ve Artinian (2002), Bayülgen ve Altıok (2017)'un çalışma bulguları ile farklılık göstermektedir. KVH risk faktörleri konusunda tek başına bilgiye sahip olmanın kişiyi kalp hastalığına yakalanmaya daha az maruz bırakmadığı; ancak, bilginin yaşam tarzı değişiklikleri yaparken önemli ilk adım olduğu bildirilmiştir (Angosta, 2013).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile yetişkin kadınların kardiyovasküler risk faktörleri, bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır, araştırma bulgularına dayanılarak elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara göre geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan kadınların; %29.2'sinin KVH açısından aile öyküsünün pozitif olduğu ve %33.6'sının düzenli olarak sigara kullandığı tespit edilmiştir. Kadınların kendi bildirimlerine göre kronik hastalık dağılımı incelendiğinde, %4.0 hipertansiyon, %4.0 diyabet, %11.1 yüksek kolesterol ve %3.6'sının felç veya geçici felç olduğu saptanmıştır (Tablo 5).
- Çalışmaya katılan kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ölçek puanının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).
- Araştırmaya katılan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).
- Kadınlardan çalışanların, eğitim ve gelir düzeyi yüksek, aile öyküsü pozitif olanların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 8).
- Kadınlardan çalışmayanların, gelir düzeyi yüksek olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puan ortalamasının diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 9).
- Çalışmada KVH risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

6.2. Öneriler

Bu çalışmada, kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeylerde bulunmasından dolayı, kadınların risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının

geliştirilmesine gereksinimleri vardır. Bu yüzden bu grupta sağlığı geliştirmeye y6nelik eğitim programlarının planlanması ve risk gruplarının izleminin yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında KVH riski olan kadınların saptanmasına y6nelik taramaların yapılması; halk sağlığı hemşirelerinin, KVH risk fakt6rleri ve sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri vermeleri 6nerilmektedir.

KVH riskini azaltmaya y6nelik girişimler s6rekli olarak yapılmalıdır. 6zellikle değiştirilebilir risk fakt6rlerine y6nelik olarak kadınlara sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma ve fiziksel aktivite danışmanlığı yapılmalıdır.

Kadınlarda KVH risk fakt6rleri bilgi d6zeyi ve etkileyen fakt6rlere y6nelik yapılan 7alışma sayılarının artırılması, 7alışmanın farklı 6rneklem gruplarında tekrarlanması, hem literat6re katkı sağlaması, hem de kadınlarda konuyla ilgili farkındalık yaratması, dolayısıyla toplum sağlığını geliştirmesi a7ısından 6nemlidir.

7. KAYNAKLAR

- Abacı, A.** (2011). Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39 (4), 1-5.
- Adams, J.P. and Murphy, P.G.** (2000). Obesity in Anaesthesia and Intensive Care, *British Journal of Anaesthesia*, 85, 91-108
- Adedoyin, RA., Mbada, CE., Ismaila, SA., Awotidebe, OT., Oyeyemi, AL. ve Ativie, RN.** (2012). Kuzeydoğu Nijerya'da Düşük Gelirli Yarı Şehirli Toplumda Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Prevalansı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11 (4), 463-470
- Adıbelli, D.** (2014). Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Azaltmaya Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
- Acaray, P. ve Pınar, R.** (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1, 1-10.
- Al Hamarneh, Y.N., Crealey, G.E. ve McElnay, J.C.** (2011). Coronary Heart Disease: Health Knowledge and Behaviour. *Internanional Journal Of Clinical Pharmacy*, 33 (1), 111-1
- Alkan, H.Ö. ve Enç, N.** (2013). Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4 (5), 14-29.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., ve ark.** (2005). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal Hypertens*, 23, 1817-23.
- Anand, S.S., Islam S., Rosengren, A., Franzosi, M.G., Steyn, K., Yusufali, A.H. ve ark.** (2008). Risk Factors for Myocardial Infarction in Women and Men: Insights From The INTERHEART Study. **European Heart Journal**, 29, 932-40.

Andsoy, H., Taştan, S., İyigün, E. and 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), 115-124.

Angosta, A.D. (2013). CHD Knowledge and Risk Factors Among Filipino-Americans Connected to Primary Care Services. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 503–512.

Ardıç, F. (2014). Egzersiz Reçetesi. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 60 (2), 1-8

Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C. ve Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37 (1), 35-40.

Arslan, C. ve Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (5), 211-220.

Arslanoğlu, E. (2008). Sekiz Haftalık Pilates Egzersizlerinin Orta Yaş Sedanter Bayanların Bazı Kardiyovasküler Risk Faktörleri Üzerine Etkileri, T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu: Özet. (2008). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36 (1), 153-192.

Awad, A. and Al-Nafisi, H. (2014). Public Knowledge of Cardiovascular Disease and Its Risk Factors in Kuwait: A Cross-sectional Survey. *BioMed Central Public Health*, 14, 1131-1140.

Ay, F.A., Ertem, Ü., Özcan, N., Ören, B., Işık, R. ve Sarvan, S. (2008). Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (Ay, F.A.,Ed.). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, ss.298-303.

Badilloğlu, O., Toğrul, Ü.B. ve Uçku, R.Ş. (2011). İzmir, Güzelbahçe’de Koroner Kalp Hastalığı Beş Yıllık İnsidansı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9 (3)

Badır, A., Tekkaş, K. ve Topçu, S. (2015). Knowledge of Cardiovascular Disease in Turkish Undergraduate Nursing Students. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (5), 441– 449.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 1-13.

Bahar, Z., Beşer, A., Özbıçakçı, ve Öztürk, M. (2013). Health Promotion Behaviors of Turkish Women. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (1), 9-16.

Bakan, A.E.S. (2013). Sağlık İnanç ve Transteoretik Modellere Temelli Verilen İki Ayrı Eğitimin Hemşirelerde Sigara Bıraktırmaya Etkisinin Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.

Bilge, U., Gültekin, G., Bilgin, M. ve Ünlüoğlu, İ. (2016). Bir Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kırk Yaş Altı Populasyonda Obezite Ve İnsülin Direnci Oranları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20 (2), 50-53.

Bilgili, N. ve Ayaz, S. (2009). Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (6), 497-502.

Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (3).

Boo, S. ve Froelicher, E.S. (2012). Cardiovascular Risk Factors and 10-Year Risk for Coronary Heart Disease in Korean Women. *Asian Nursing Research*, 6, 1-8.

Bostan, N. ve Beşer, A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (1), 38-44.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. ve Bozdemir, N. (2012). *Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği*. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care, 6 (1), 13-21.

Bozlar, V. ve Arslanoğlu, C. (2016). Healthy Life Style Behaviors of University Students of School of Physical Education and Sports in Terms of Body Mass Index and Other Variables. *Universal Journal of Educational Research*, 4 (5), 1189-1195.

Carter, W.L., Ski, C., Scruth, E., Campbell, M. and Page, K. (2011). Systematic Review of Cardiovascular Disease in Women: Assessing the Risk. *Nursing and Health Science*, 13, 529-535.

Critchley, J.A. ve Capewell, S. (2003). Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease. *The Journal of the American Medical Association*, 290, 86-97.

Cürçani, M., Tan, M. ve Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (5), 487-492.

Çengel, A. (2010). Kadınlarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38, 17-24.

Dağistan, A. ve Gözüm, S. (2016). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Belirlenmesi ve Yönetimi. *TAF Preventif Medicine Bulletin*, 15 (6).

Demir, G. ve Arıöz, A. (2014). Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (2), 1-8.

Diabetes Atlas Seventh Edition. (2015). International Diabetes Federation. ISBN: 978-2-930229-81-2.

Doğan, B., Yörük, N., Öner, C., Yavuz, G. ve Oğuz, A. (2017). Üniversite Öğrenci ve Çalışanlarının Diyabet Riski ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 21 (2), 50-55

Duman, Ö. (2011). Koroner Arter Hastalığı ve Yaygınlığı ile Aortik Nabız Dalga Hızı Arasındaki İlişki, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.

Eguchi, E., Iso, H., Tanabe, N., Yatsuya, H. ve Tamakoshi, A. (2014). Is the Association Between Healthy Lifestyle Behaviors And Cardiovascular Mortality Modified by Overweight Status?. *The Japan Collaborative Cohort Study, Preventive Medicine*, 62, 142–147.

Embersona, J.R., Whincup, H.P., Morriss, R.W. ve Walkera, M. (2003). Re-assessing the Contribution of Serum Total Cholesterol, Blood Pressure and Cigarette Cmoking to the Aetiology of Coronary Heart Disease: Impact of Regression Dilution Bias. *European Heart Journal*, 24, 1719–172

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. (ed). (2015). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013. (2014). Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyon Görev Grubu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 4.

Eshah, F.N., Bond, E.A. and Froelicher, E.S. (2010). The Effects of A Cardiovascular Disease Prevention Program on Knowledge and Adoption of a Heart Healthy Lifestyle in Jordanian Working Adults. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 244–253.

Esin, M.N. ve Aktaş, E. (2012). Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistemik İnceleme. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20 (2), 166-176.

Franco, O.H., Laet, C., Peeters, A., Jonker, J., Mackenbach, J. and Nusselder, W. (2005). Effects of Physical Activity on Life Expectancy With Cardiovascular Disease. *Arch Intern Med*, 165 (20), 2355-2360.

Gerçeklioğlu, G. (2010). Fizik Aktivitenin Kalp Damar Hastalıkları Risk Faktörleri ve 10 Yıllık Koroner Kalp Hastalığı Riski Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Gülcivan, G. ve Topçu, B. (2017). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5 (2), 63-74.

Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F. ve Akgül, N. (2008). Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi*, 12 (3), 18-25.

Güler, M. (2015). Premenopoz ve Postmenopoz Dönemdeki Kadınların Beslenmeye Bağlı Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Gürdoğan, E.P., Kurt, S. ve Unsar, S. (2014). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri, *Euras J Fam Med* ,3 (2), 79-84.

Hamner, J. and Wilder, B. (2007). Knowledge and Risk of Cardiovascular Disease in Rural Alabama Women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20, 333–338

Harrington, B.B., Eastman, M. and Linnan, L. (2013). Community Approaches to Reduce The Risk Of Cardiovascular Disease. Rippe, J.M. (Ed.), *Lifestyle Medicine*, 83-103, U.S. <https://books.google.com.tr/books?id.> (Erişim Tarihi: 24.05.2016)

Helvacı, A., Tipi, F.F. ve Belen, E. (2014). Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (1), 5-14.

Hemşirelik Yönetmeliği, (2010). Resmi Gazete Tarihi: 08.03.2010, Resmi Gazete Sayısı: 27515.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Yayımlandığı Resmi Gazete tarih ve no: 19.04.2011: 27910.

Hong, Y.M. (2010). Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood. *Korean Circulation Journal*, 40, 1-9

Hu, F.B., Stampfer, M.J., Manson, J.E., Rimm, E., Colditz, G.A., Rosner, B.A. and others. (1997). Dietary Fat intake and the Risk of Coronary Heart Disease in Women. *The New England Journal of Medicine*, 337, 1491-9.

İnangil, D. ve Şendir, Ş. (2014). Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2), 96-101.

International Council of Nurses. (2010). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. Geneva, ISBN: 978-92-95094-00-0

Irmak, Z. ve Fesci, H. (2005). Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 84-96

Jafary, H. F., Aslam, F., Mhmud, H., Waheed, A., Shakir, M., Afzal, A. ve ark. (2005). Cardiovascular Health Knowledge and Behavior in Patient Attendants at Four Tertiary Care Hospitals in Pakistan – A Cause for Concern. *BMC Public Health* 2005, 5:124.

Johnson, R.L. (2005). Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22 (2), 130-137.

Jousilahti, P., Vartiainen, E., Tuomilehto, J. and Puska, P. (1999). Sex, Age, Cardiovascular Risk Factors, and Coronary Heart Disease A Prospective Follow-Up Study of 14 786 Middle-Aged Men and Women in Finland. *Circulation*, 99, 1165-1172.

Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi. (2010). Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm Sonuç Raporları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38, 9-12.

Kafkas, M.E., Kafkas, A.Ş. ve Acet, M. (2012). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin İncelenmesi. *Dumlupınar University Journal of Social Sciences*, 32 (2), 47-55.

Kang, Y., Yang, I.S. and Kim, N. (2010). Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research*, 4 (1), 45-55.

Kaptanoğlu, A.Y., Polat, G. ve Soyer, M. (2012). Marmara Üniversitesi Öğrencilerinde ve Öğretim Üyelerinde Sigara Alışkanlığı ve Durağan Maliyet İlişkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2 (2), 119-125.

Kara, S., Arslan, B., Mergen, H. ve Öngel, K. (2012). Aile Hekimliği Polikliniklerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 22 (3), 163-169.

Kaya, M., Özvarış, Ş.B., Atlas, H., Altay, M., Atik, Ç., Aytekin, G. ve diğeri. (2009). Ankara'da Bir Sağlık Ocağına ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınlara Sağlık Geliştirici Yaşam Biçim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28 (1), 8-13.

Kaya, A., Gedik, V.D., Bayram, F. ve Bahçeci, M. (Yay.Haz.). (2011). Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon: Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, ss. 81-92, ISBN: 978-605-4011-131.

Kayıkçıoğlu, M. ve Özdoğan, Ö. (2015). Beslenme ve Kardiyovasküler Sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 43 (8), 667-672

Kayıkçıoğlu, M. ve Tokgözoğlu, L. (2017). Dislipidemilerin tedavisine ilişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu: Neler değişti? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45 (2), 109-112.

Keskin, Ö. Ve Balcı, B. (2011). Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar. *Kafkas Tıp Dergisi*, 1 (2), 81-88.

Kırtepe, A. and Karaman, M.E. (2017). Investigation of Health Life Style Behaviors of Women Who Are In Gym for Recreational Purpose. *The Online Journal of Recreation and Sport*, 6 (3).

Kivimaki, M. ve Kawachi, I. (2015). Work Stress As A Risk Factor For Cardiovascular Disease. *Current Cardiology Report*, 17 (74).

Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4), 145-154.

Koldaş, L. (2008). Bir Bütün Olarak Kardiyovasküler Riskin Ele Alınmasının Önemi. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 64, 25-42.

Köse, E., Pazarlı, P. ve Şimşek, Z. (2011). Şanlıurfa'nın Kırsal Kesiminde Yaşayan Kadınlar Arasında Sigara İçme Davranışı. *Solunum Dergisi*, 13 (1), 26–31.

Kurçer, M.A. ve Özbay, A. (2011). Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 1, 107-13.

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, 619-26.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara, *Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948*, 11, 33. http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf. (Erişim Tarihi: 01.03.2017).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. (2010). Türkiye İstatistik Kurumu. Yayın No: 3324, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.

Lipit Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (2015). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. s.14, Ankara. http://www.turkendokrin.org/files/6_LIPID_PRESS.pdf. (Erişim Tarihi: 03.05.2017).

Lorber, D. (2014). Importance Of Cardiovascular Disease Risk management In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 169–183

Lv, J., Yu, C., Guo, Y., Bian, Z., Yang, L., Chen, Y. ve ark. (2017). Adherence to Healthy Lifestyle and Cardiovascular Diseases in The Chinese Population, *Journal of the American College of Cardiology*, 59 (9), 1116-25

Melnyk, B.M., Amaya, M., Szalacha, L.A. and Hoying, J. (2016). Relationships Among Perceived Wellness Culture, Healthy Lifestyle Beliefs, and Healthy Behaviors

in University Faculty and Staff: Implications for Practice and Future Research. *Western Journal of Nursing Research*, 38 (3), 308–324.

Mendis, S., Puska, P. and Norrving, B. (Ed.). (2011). Cardiovascular Diseases (CVDs) due to Atherosclerosis. *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control* in (pp.3,42). Geneva: World Health Organization, ISBN 978 92 4 156437 3

Mosca, L., Benjamin, E.J., Berra, K., Bezanson, J.L. Dolor, R.J. and Lloyd-Jones, D.M. (2011). Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women-2011 update: A Guideline from the American Heart Association. *Circulation*, 123 (11), 1243–1262.

Nazlıcan, E., Demirhindi, H. ve Akbaba, M. (2011). Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1 (2), 5-12

Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2017). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, ss.11-17, ISBN: 978-605-4011-19-3.

Oliver-McNeil, S. and Artinian, N. T. (2002). Women's Perception of Personal Cardiovascular Risk and Their Risk-Reducing Behaviors. *American Journal of Critical Care*, 11 (3), 221–227.

Onar, E. (2012). Bir Hava Yolu Şirketinde Çalışan Kabin Personelinin Miyokart Enfarktüsü Farkındalığının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Onat, A., Şenocak, M., Örnek, E., Gözükar, Y., Şurdum-Avcı, G., Karaaslan, Y. ve ark. (1991). Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 5. Hipertansiyon ve Sigara İçimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 19, 169-77.

Onat, A., Keleş, İ., Çetinkaya, A., Başar, Ö., Yıldırım, B., Erer, B. ve diğerleri. (2001). On yıllık TEKHARF Çalışması Verilerine Göre Türk Erişkinlerinde Koroner Kökenli Ölüm ve Olayların Prevelansı Yüksek. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 29, 8-19.

Onat, A. (2004). Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Kalp-Damar Hastalıklarından Korunma Stratejileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32, 596-602.

Onat, A., Uğur, M., Çiçek, G., Ayhan, E., Doğan, Y., Kaya, H., ve ark. (2010). TEKHARF 2009 taraması: Kırsal Kesim ve Kentlerde Benzer Kardiyovasküler Ölüm Riski, *Türk Kardiyol Derneği Arşivi*, 38 (3), 159-163.

Onat, A., Aydın, M., Köroğlu, B., Örnek, E., Altay, S., Çelik E. ve diğerleri. (2012). TEKHARF 2011 taraması: Ölümler ve Uzun Vadeli Takipte Performans. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40 (2), 117-121.

Onat, A., Çakır, H., Karagöz, A., Yüksel, M., Can, G. (2014). TEKHARF 2013 Taraması ve Diyabet Prevalansında Hızlı Artış. *Türk Kardiyol Derneği Arşivi*, 42 (6), 511-516.

Oğuz, A., Sağun, G., Uzunlulu, M., Alpaslan, B., Yorulmaz, E., Tekiner, E. ve diğerleri. (2008). Sağlık Çalışanlarında Abdominal Obezite ve Metabolik Sendrom Sıklığı ve Bu Durumlar Hakkında Farkındalık Düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36 (5), 302-309.

Oğuz, S. ve Çamcı, G. (2016). Koroner Arter Hastalığı ve İş Yaşamı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7 (12), 15-23.

Özarslan, B.B. (2013). Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özvarış, Ş.B., Güler, Ç. ve Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, ss.1132-1136.

Özvarış, Ş.B. (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe üniversitesi Yayınları.

Pehlivan, Z., Ada, E.N. ve Öztaş.,G. (2017). Ev Kadınlarının Sosyal Görünüş Kaygıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Journal of Sport Science*, 28 (1), 11–23.

Perk, J., Backer, G.D., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M. ve ark. (2012). Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu (Versiyon 2012). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40 (3), 8, 26-28.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (2011). **T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 814, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/pdf>. (Erişim Tarihi: 15.02.2017).

Samur, G. (Yay.Haz.). (2008). Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 728, Klasmat Matbaacılık, Ankara, ISBN : 978-975-590-244-9.

Satman, İ. ve TURDEP Çalışma Grubu. (2011). TURDEP-II Sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. (Erişim Tarihi: 25.07.2017)

Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinçcağ, N. Ve diğerleri. (2013). Twelve-year Trends in the Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. *European Journal Epidemiology*, 28 (2), 169-180.

Savoy, S.M. and Penckofer, S. (2015). Depressive Symptoms Impact Health-Promoting Lifestyle Behaviors and Quality of Life in Healthy Women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30 (4), 360-372.

Sayan, A. ve Erci, B. (2001). Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (2), 11-18.

Sharma, D., Vatsa, M., Lakshmy, R., Narang, R., Bahl, V.K. and Gupta, S.K. (2012). Study of Cardiovascular Risk Factors Among Tertiary Hospital Employees and Their Families. *Indian Heart Journal*, 64, 356-363.

Shaw, L.J., Bugiardini, R., Merz, C.N. (2009). Women and Ischemic Heart Disease: Evolving Knowledge, *Journal of the American College of Cardiology*, 54, 1561-75.

Smith, S.C., Allen, J., Blair, S.N., Bonow, R.O., Brass, L.M., Fonarow, G.C. and others. (2006). AHA/ACC guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 update. *Circulation*, 113, 2362-72.

Şen, M.A., Ceylan, A., Kurt, M.A., Palancı, Y. ve Adın, C. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*, 44 (1), 1-11.

Tan, M., Dayapoğlu, N., Şahin, A.Z., Cürçani, M. ve Polat, H. (2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 331-341.

Thanavaro, J.L., Moore, S.M., Anthony, M., Narsavage, G. ve Delicath, T. (2006). Predictors of Health Promotion Behavior in Women Without Prior History of Coronary Heart Disease. *Applied Nursing Research*, 19, 149–55.

The Survey System, Sample Size Calculator, <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm> (Erişim Tarihi: 10.10.2016).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010. (2014). Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf. (Erişim Tarihi: 03.02.2017).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. (2006). T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/166>. (Erişim Tarihi: 15.02.2017).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent) 2003. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2009/pdf/14_mayis/Cetin_Turgan.pdf. (Erişim Tarihi: 02.05.2017).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2. (2012). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. <http://www.turkhipertansiyon.org/index.php> (Erişim Tarihi: 02.05.2017).

Türkiye İstatistik Kurumu Basın Odası Haberleri. (2015). http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf Erişim Tarihi: 17.04.2017

Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri. (2015). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>, (Erişim Tarihi:05.04.2017)

Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Kadın, 2015. (2016). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519> (Erişim Tarihi:20.01.2017).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020. (2015). <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (Erişim Tarihi: 15.05.2017).

Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu. (2002). <http://tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm> (Erişim Tarihi:02.05.2017).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Erişim Tarihi: 10.02.2017).

Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (2015). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara, ss.11-12, ISBN 978-975-491-408-5

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013-2017. (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No :773,http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf. (Erişim Tarihi: 10.05.2017).

Türkmen, E. ve Güven, GS. (2010). Kardiyovasküler Hastalıklardan Primer Korunma Esasları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41 (3), 179-185.

Türkmen, E., Badır, A. ve Ergün, A. (2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 223-231.

Toptaner, N.E. (2013). Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Koroner Kalp Hastalıklarından Korunmaya Yönelik Programın Kalp Sağlığı Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Uluslararası Diyabet Federasyonu 7. Diyabet Atlası. (2013). <http://www.diabetcemiyeti.org/c/IDFDiyabetAtlasi> (Erişim Tarihi:12.05.2017).

Ulaş, B. ve Özmen, D. (2014). Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı Arasındaki İlişki. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24 (2), 119-125

Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu. (2013). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul: Eos Ajans ve Yayıncılık, ISBN 978-975-98038-2-7.

Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013. (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf. (Erişim Tarihi: 01.08.2017)

Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G.D., Kalaça, S. ve Sözmen, K. (2013). Kan Kolesterol Düzeyleri ve Hiperlipidemi. Ünal, B. ve Ergör, G. (Yay.Haz.), *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013* içinde (ss.108). Ankara., T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Ünal, B., Sözmen, K., Uçku, R., Ergör, G., Soysal, A., Baydur, H. ve diğerleri. (2013). Batı ve Kentsel Bir Türk Toplumunda Kardiyovasküler Risk Etmenlerinin Yüksek Prevalansı: Toplum Tabanlı Bir Çalışma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10, 9-17.

Warburton, D.E.R., Nicol, C.W. ve Bredin, S.S.D. (2006). Health Benefits of Physical Activity: The Evidence. *CMAJ*, 174 (6), 801-809.

Webster, R. ve Heeley, E. (2010). Perceptions of Risk: Understanding Cardiovascular Disease. *Risk Management and Healthcare Policy*, 3, 49–60.

WHO Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. (2008). Report of a WHO Expert Consultation. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 01.02.2017).

Wilson, K., Gibson, N., Willan, A. ve Cook, D. (2000). Effect of the Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction. *Journal of the American Medical Association*, 160, 939-944.

Winham, D.M. and Jones, K.M. (2011). Knowledge of Young African American Adults About Heart Disease: A Cross-Sectional Survey. *BMC Public Health*, 11, 248.

World Health Organization. Body Mass Index Classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, (Erişim Tarihi: 17.01.2017).

World Health Organization. Physical Activity and Adults. (2017). http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/ Erişim Tarihi: 25.04.2017

World Health Organization. (1997). The World Health Report 1997: Conquering Suffering Enriching Humanity. Geneva, s: 39-45. http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1. (Erişim Tarihi:01.10.2017).

World Health Organization. (2002). World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Geneva, s:3-7,58-59. <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flierANG.pdf?ua=1> (Erişim Tarihi:14.07.2017)

World Health Organization. (2007). Prevention of Cardiovascular Disease: Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Geneva, pp:47.

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf. (Erişim Tarihi: 23.08.2017).

World Health Organization. (2008). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: A Framework to Monitor and Evaluate Implementation. Geneva. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-2008-web.pdf>. (Erişim Tarihi: 12.09.2017).

World Health Organization. (2011). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning About the Dangers of Tobacco. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/. (Erişim Tarihi: 01.02.2016).

World Health Organization. (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. (Erişim Tarihi: 03.05.2017).

World Health Organization. (2014). Noncommunicable Diseases Country Profiles. Geneva, ss.7-8. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1. (Erişim Tarihi: 10.05.2017).

World Health Organization. (2018). Cardiovascular Diseases. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ (Erişim Tarihi:22.05.2016).

World Health Organization. (2017). Obesity and Overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Erişim Tarihi:17.04.2017).

Yalın, S., Gök, H. ve Toksöz, R. (2001). Sedanter Bireylerde Kısa Dönem Düzenli Egzersiz-Diyet Programının Lipid Profili Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 1 (3), 179-188.

Yavuz, R. ve Tontuş, H.Ö. (2013). Erişkin, Adolesan ve Çocukluk Yaş Grubunda Obeziteye Klinik Yaklaşım. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 30, 69-S74

Yeşil, P. ve Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi Ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, doi: 10.5543/khd.2012.005.

Yeşildal, N. ve Aslan, D. (2003). Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Beslenme Önerileri. *TTB, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12 (7), 248-249.

Yılmaz, A. (2014). Trabzon Özel İmperial Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran 20-64 Yaş Kadınlarda Antropometrik Ölçümler, Kan Biyokimyasal Değerleri, Kronik Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yılmaz, M. ve Boylu, M. (2016). Masa Başlı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (1), 27-34.

Yüksel H. (2006). Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateroskleroz Koroner, Serebral, Periferik Arter Tutulumu Sempozyum Dizisi*, 52; 77-88

EK 1**TANITICI BİLGİ FORMU****Kadınlarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyi ve Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Belirlemeye Yönelik Anket Formu**

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma sağlıklı yetişkin kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri, bilgi düzeyleri ve sağlığı geliştirme davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketi doldurmanız tamamen sizin isteğinize bağlı olup yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgilerin gizliliği korunacak ve bu bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Anketi doldurup geri vermeniz çalışmaya gönüllü olarak katıldığınız anlamını taşımaktadır. Katılımınız için teşekkürler.

Sevilay Hebcan Örs
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaş: (Belirtiniz.....)
- 2.Eğitim düzeyi:
 - a) İlköğretim b) Orta öğretim c) Yükseköğretim
3. Medeni durumu:
 - a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
4. Aile tipi:
 - a) Geniş aile b) Çekirdek aile c) Parçalanmış aile
5. Çalışma durumu:
 - a) Çalışıyor b)Çalışmıyor
6. Mesleği:
 - a) Memur b) İşçi c) Serbest Meslek d)Emekli e)Ev hanımı
7. Gelir düzeyi:
 - a) Gelir Giderden Az b) Gelir Gidere Denk c)Gelir Giderden Fazla
- 8.Ailede kalp hastalığı olan 1. derece akrabamız var mı? (anne, baba, kardeş,...)
 - a. Evet (Belirtiniz).....
 - b. Hayır
9. Doktorunuz size yüksek tansiyon hastası olduğunuzu söyledi mi?
 - a. Evet b. Hayır
10. Doktorunuz size şeker hastası olduğunuzu söyledi mi?
 - a. Evet b. Hayır,
11. Doktorunuz size kolesterolünüzün yüksek olduğunu söyledi mi?
 - a. Evet b. Hayır
12. Doktorunuz size felç veya geçici felç geçirdiğinizi söyledi mi?
 - a. Evet b. Hayır
- 13.Şimdiye kadar 6 ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiniz mi?
 - a) Evet b) Hayır
14. Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız 'Hayır' ise 19.soruya , 'Bıraktım' ise 18. Soruya geçiniz.)
 - a. Evet b. Hayır c. Bıraktım
15. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
 - a) Her gün bir tane veya daha fazla

b) Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim

c) 1 paket içerim

d) 2 paket ve daha fazla

16. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-20 yıl d) 20 yıldan fazla

17. Ne kadar süredir sigara içmiyorsunuz? (Belirtiniz.....)

18. Boyunuz:

19. Kilonuz:

20. Kan Basıncı:

21. Bel Çevresi:

22. BKİ:

EK 2

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF BD) ÖLÇEĞİ

	Evet	Hayır	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 önlenabilir.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenabilir 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 kalbe 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 gezmek de 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 ilacını ömür boyu kullanmak 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 3

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI (SYBD) ÖLÇEĞİ II

Açıklama: Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

Seçenekler:

Hiç bir zaman 1 Bazen 2 Sık sık 3 Düzenli Olarak 4

1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	1	2	3	4
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1	2	3	4
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	1	2	3	4
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1	2	3	4
5. Yeterince uyurum.	1	2	3	4
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	1	2	3	4
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.	1	2	3	4
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	1	2	3	4
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1	2	3	4
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	1	2	3	4
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1	2	3	4
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	1	2	3	4
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	1	2	3	4
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	1	2	3	4
18. Geleceğe umutla bakarım.	1	2	3	4
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	1	2	3	4
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	1	2	3	4
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1	2	3	4
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4

24.Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	1	2	3	4
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	1	2	3	4
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1	2	3	4
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	1	2	3	4
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	1	2	3	4
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	1	2	3	4
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	1	2	3	4
33.Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	1	2	3	4
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	1	2	3	4
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	1	2	3	4
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	1	2	3	4
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	1	2	3	4
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1	2	3	4
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	1	2	3	4
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	1	2	3	4
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	1	2	3	4
45.Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1	2	3	4
46.Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1	2	3	4
47.Yorulmaktan kendimi korurum.	1	2	3	4
48.İlahi bir gücün varlığına inanırım.	1	2	3	4
49.Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1	2	3	4
50.Kahvaltı yaparım.	1	2	3	4
51.Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	1	2	3	4
52.Yeni deneyimlere ve durumlara açıgım.	1	2	3	4

EK 4

ETİK KURUL İZİN ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU	
Protokol No: 140	Karar No: 140
Araştırmanın Yürütücüsü	MSKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrenci Sevilay Hebean ÖRS
Araştırmanın Başlığı:	Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyleri ve Sağlığı Geliştirme Davranışları
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:	11.10.2016
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:	11.10.2016
Karar Tarihi:	11.10.2016

SONUÇ

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.

Bayan
Prof.Dr.Banu BAYAR
Başkan

Katılmadı
Prof.Dr.Taner ERSELCAN

Katılmadı
Prof.Dr.Feral ÖZTÜRK

Katılmadı
Prof.Dr.Mümtaz NAZLI

Katılmadı
Prof.Dr.Recep GÜRSOY

Bayan
Katılmadı

EK 5**KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ
DÜZEYİ (KARRİF BD) ÖLÇEK İZİNİ**

Teşekkürler Hocam
Saygılar.

Samsung cihazımdan gönderildi

----- Orjinal mesaj -----

Kimden: icarikan@hotmail.com

Tarih: 6 06 2016 11:54 (GMT+02:00)

Alıcı: sevilay_hepcan@hotmail.com

Konu: YNT: KARRİF-BD Ölçek İzin Talebi

Ölçeği kullanabilirsiniz, iyicalismalar, kolayliklar dileklerle..

LG Mobile'dan gönderildi

----- Orijinal mesaj-----

Kimden: sevilay hepcan

Tarih: Cmt, 04 Haz 2016 16:28

Kime: icarikan@hotmail.com;

Konu: KARRİF-BD Ölçek İzin Talebi

Sayın Dr. İnci Arıkan,
Adım Sevilay Hebcan Örs . Muğla Sitki Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Yrd.Doç.Dr.Adile Tümer ile birlikte 'Kardiyovasküler bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi' belirlemek üzere Hemşirelik alanında tez çalışması planlanmaktadır.Tezimde sizin geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız KARRİF-BD Ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum.İyi çalışmalar. Saygılar.

EK 6**KURUM İZİN ONAYI**TASNİF DIŐI

T.C
DENİZ KUVVETLERİ KOMUTANLIĞI
AKSAZ LOJMAN YÖNETİM KURULU BAŐKANLIĐI
MARMARİS / MUĞLA

LOJ.YNT.KRL : 99120560-1630-03 -17

16 - Ocak 2017


KONU : İzin İŞleri

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
ÖĞENCI İŞLERİ DAİRE BAŐKANLIĐINA

İLGİ: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi rektörlüğünün 29.12.2016 gün ve Sayı:28677689-302.08.00.00-4481/4 sayılı ve "İzin İŞleri" koknulu yazısı

Üniversiteniz Sağlık Birimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Lisans öğrencisi Sevilay HEBCAN ÖRS'ün " Yetişkin Kadınların Kadiyovasküler Risk Faktörleri, Bilgi Düzeyleri ve sağlığı Geliştirme Davranışları" konulu anket çalıŐmasını uygulayabilmesi için gerekli izin verilmiştir.

Arz ve Rica ederim.


Aykut KARASU
Dz. Albay
Aksaz Loj. Ynt. Krl. BaŐkanı

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Sevilay Hebcan Örs

Doğum Yeri : Karabük

Doğum Yılı : 1981

Medeni Hali : Evli

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 1995-1999 : Karabük Mustafa Yazıcı Süper Lisesi

Lisans 1999-2003 : GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

Yabancı Dil : İngilizce

MESLEKİ BİLGİLER

2003-2004 : GATA Göğüs Cerrahisi ve GATA Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği

2004-2010 : GATA Üroloji Kliniği

2010-2016 : Marmaris / AKSAZ Asker Hastanesi Baştabipliği

2016-... : Marmaris Devlet Hastanesi