



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN RİSK  
FAKTÖRLERİNİ BİLMENİN SAĞLIKLI YAŞAM  
DAVRANIŞLARI GELİŞTİRME DÜZEYİNE ETKİSİ**

YELİZ KAHVECİOĞLU  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Vesile Ünver

İSTANBUL-2021





T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN RİSK  
FAKTÖRLERİNİ BİLMENİN SAĞLIKLI YAŞAM  
DAVRANIŞLARI GELİŞTİRME DÜZEYİNE ETKİSİ**

YELİZ KAHVECİOĞLU  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Vesile Ünver

İSTANBUL-2021

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

04.01.2021

Yeliz Kahvecioğlu

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca hemşireliğe bakış açısı ile yolumuza ışık tutan sayın hocam Prof. Dr. Ükke Karabacak'a,

Bu çalışmayı hazırlama süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Vesile Ünver'e,

Çalışmamda katkıları olan ve aynı anda salgın hastalığın getirdiği güçlüklerle ustaca baş etme gayretinde olan meslektaşlarıma,

Hayatım boyunca benden desteğini bir an esirgemeyen annem Filiz Gürbüz, bامam Mulla Gürbüz ve kardeşlerim Gözde Gürbüz ve Ali Seydi Gürbüz'e,

Bu zor dönemde yanımda olduğunu her an hissettiren eşim Yahya Kahvecioğlu'na,

Sıkıntılı anlarda beni rahatlatan, bana cesaret veren tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....</b>	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>3</b>
1.1. Amaç ve Kapsam .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi .....	5
2.2. Kardiyovasküler Risk Faktörleri .....	6
2.2.1. Değişirilebilir risk faktörleri .....	7
2.2.2. Değişirilemez risk faktörleri .....	10
2.2.3. Yeni risk faktörleri .....	10
2.3. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma.....	12
2.4. Kardiyovasküler Hastalıklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışını Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	13
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>14</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre .....	14
3.3. Araştırma Evren ve Örnekleme .....	15
3.4. Verilerin Toplanması .....	15
3.4.1. Kişisel bilgi formu (Ek-1) .....	16
3.4.2. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi ölçeği (KARRİF-BD) (Ek-2)16	
3.4.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Ölçeği II (Ek-3) .....	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	18
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	18
3.7. Etik Hususlar.....	18

<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>20</b>
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Sağlığa İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=175).....	21
4.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri ile KARRIF-BD Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	23
4.3. Hastaların Sosyo Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri SYBD-II Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular .....	31
4.4. Hastaların Kardiyovasküler Riskleri Bilme Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	42
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....	<b>44</b>
5.1. Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Tartışılması.....	44
5.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Sergileme Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	45
5.3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	46
5.4. Hastaların Sosyo Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Geliştirme Düzeyinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.5. Hastaların Kardiyovasküler Riskleri Bilme Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	58
<b>6. KAYNAKLAR</b> .....	<b>62</b>
<b>7. EKLER</b> .....	<b>73</b>
EK-1 Kişisel Bilgi Formu .....	73
EK-2 Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRIF-BD) .....	75
EK-3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	76
EK-4 Etik Kurul Kararı.....	78
EK-5 Kurum İzni.....	80
EK-6 Aydınlatılmış Onam Formu.....	82

EK-7 Ölçek Kullanım İzni .....	83
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>84</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

%	Yüzde
±	Artı-Eksi İşareti
A	Cronhbach alfa
ANOVA	Analysis of Variance
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CRP	C-reaktif protein
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HT	Hipertansiyon
KAH	Kardiyovasküler Hastalıklar
KARRİF-BD	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktöleri Bilgi Ölçeği
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
MI	Miyokard iİnfarktüsü
N	Sayı
Ort.	Ortalama
R	Spearman's Korelasyon Katsayısı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
T	t testi sonucu
z	Mann Whitney U Test
$\chi^2$	Kruskal Wallis Test

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.1.</b> Sosyo Demografik Özelliklerin Dağılımı .....	21
<b>Tablo 4.1.2.</b> Sağlığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	22
<b>Tablo 4.2.1.</b> KARRIF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları .....	23
<b>Tablo 4.2.2.</b> Demografik Özelliklere Göre KARRIF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	24
<b>Tablo 4.2.3.</b> Sağlığa İlişkin Özelliklere Göre KARRIF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	29
<b>Tablo 4.3.1.</b> SYDÖ-II Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları.....	31
<b>Tablo 4.3.2.</b> Demografik Özelliklere Göre SYBDÖ-II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 4.3.3.</b> Sağlığa İlişkin Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.4.1.</b> Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması .....	42

## ÖZET

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın amacı hastaların kardiyovasküler riskleri bilme düzeyi ile sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışma Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir hastanenin polikliniklerine başvuran hasta ya da sağlıklı bireyler ile , yatarak tedavi gören hastalar ve hasta yakınları ile yürütüldü. Yapılan güç analizi doğrultusunda çalışmaya 175 kişi dahildi. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD)” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)” kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Dunn-Bonferroni testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.Katılımcıların KARRİF-BD ölçek toplam puan ortalaması  $21,08 \pm 3,10$  ve SYBDÖ-II ölçek toplam puan ortalama ise  $138,85 \pm 34,42$  olarak saptandı. KARRİF-BD ölçeği toplam puanı ile SYBDÖ-II toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $r=-0,102$ ;  $p=0,182$ ). KARRİF-BD ölçeğinin alt boyutları ile SYBDÖ-II ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; KVH'nın özellikleri ile SYBDÖ-II ölçek alt boyutları ve toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki; KVH'nın risk faktörleri ile SYBDÖ-II ölçek alt boyutları ve toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptandı. Bununla birlikte KVH'dan korunma ile SYBDÖ-II ölçek alt boyutları ve toplam puanları negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

**Anahtar Sözcükler:** Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörü; Sağlıklı Yaşam Biçimi; Hemşirelik.

## **SUMMARY**

### **THE EFFECT OF KNOWING THE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES ON THE DEVELOPMENT OF HEALTHY LIFE BEHAVIORS**

The aim of this descriptive study is to determine the relationship between the level of knowledge of cardiovascular risks and the level of developing healthy living behaviors. The study was carried out with patients or healthy individuals who applied to the polyclinics of a private hospital in Istanbul between February 2019 and April 2019, inpatients and patient relatives. 175 people were included in the study in line with the power analysis. The data were obtained using the "Personal Information Form", "Cardiovascular Diseases Risk Factors Information Scale (CARRF-BD)" and "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS-II)". "Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test", "Dunn-Bonferroni test" and "Spearman correlation analysis" were used to analyze the data. Participants' CARRF-KL scale total score mean was "21.08 ± 3.10", and the mean total score of HLBS-II scale was "138.85 ± 34.42". No statistically significant correlation was found between the total score of the "Cardiovascular Disease Risk Factors Information Scale" and the total score of the "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II" "(r = -0.102; p = 0.182)". When the relationship between the subscales of the CARRF-KL scale and HLBS-II scale scores is examined; Positive weak correlation between "CVD characteristics" and "HLBS-II scale sub-dimensions" and total scores; A moderate positive correlation was found between risk factors of "CVD and sub-dimensions" of "HLBS-II and total scores". However, a statistically significant negative correlation was found between protection from CVD and HLBS-II scale sub-dimensions and total scores.

**Keywords:** Cardiovascular Disease Risk Factor; Healthy Lifestyle; Nursing.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Amaç ve Kapsam

Kronik hastalıklar arasında önemli bir yerde olan kardiyovasküler hastalıklar (KVH), tüm dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. KVH'ların önüne geçilebilmesi için kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması önemlidir (1).

Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışmasının 1990-2008 yıllarını kapsayan 2009 raporuna göre , 45-74 yaş aralığında koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ölümler bin kişi yılında erkeklerde 7,64, kadınlarda 3,84 oranında tespit edilmiş olup; bu oranın 30 Avrupa ülkesi içinde en yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Önümüzdeki 10 yılda ise, KAH'sı sayısının iki kat artış göstereceği beklenmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde yaşa özgül kardiyovasküler mortalite oranlarının azalmasına karşın, KVH'a sahip olan hasta sayısında artış olmaktadır. Bu durum, hastalar üzerinde yarattığı fiziksel ve psikolojik bozuklukların yanı sıra, sağlık sistemi üzerinde maliyet artışına neden olmaktadır (2). Kardiyovasküler risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. Değiştirilemez risk faktörleri arasında; yaş, cinsiyet ve aile öyküsü yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında; diabetes mellitus ve kötü kan şekeri regülasyonu sigara kullanımı, hipertansiyon (HT), dislipidemi, obezite veya viseral yağlanma, psikososyal faktörler, sedanter yaşam, fiziksel aktivitenin az olması, meyve ve sebze tüketiminin az olması ve düzenli alkol kullanımı yer almaktadır (3).

Değiştirilebilir risk faktörlerinin önüne geçilebilmesi için hastalıkların engellenebilmesi ya da hastalığın ilerlemesinin durdurulması gereklidir (4). Son yıllarda KVH konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmaların artırılmasına rağmen, KVH halen hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en önemli ölüm nedeni olarak görülmektedir (5). KVH'dan korunmaya yönelik primer koruma, toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda, risk faktörlerine

yönelik tarama programlarının sürdürülmesinde, risk faktörlerinin erken dönemde tespit edilmesinde ve hastaların tedaviye yönlendirilmesinde, hastalarla sürekli birlikte olan ve bakımından birinci derecede sorumlu olan hemşirelere önemli roller düşmektedir (6).

Kardiyovasküler hastalıkların prevelansını ve insidansını düşürmek, mortaliteyi, morbidite ile ilgili komplikasyonları azaltmada risk faktörleri ile mücadele etmek oldukça önemlidir. Bireylerin KVH'dan korunmaya ilişkin kendi ve genel sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik farkındalıklarının artırılmasında ve yaşam biçimlerinde gerekli değişiklikleri yapmalarında sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimler önemlidir (7).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada kalp damar hastalıklarından kaynaklanan ölümler ilk sırada yer almaktadır (8). Kalp damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, konjestif kalp yetersizliği, periferik damar hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi hastalıklar grubudur (9). Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzamasına paralel kronik hastalıklarda artış yaşandığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) raporuna göre Dünya’da her yıl 17,9 insan ölmekte ve KVH’lara bağlı ölümler tüm ölüm oranlarının yaklaşık %31’ini oluşturmaktadır (10). Wong, KVH’ların Dünya’daki ölüm oranlarının 3’te 1’ini oluşturduğunu belirtmektedir (11). 2016 yılında dünyada meydana gelen ölümlerin başında inme ve iskemik kalp hastalıkları gelmektedir. Bu hastalıklar 15,2 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (12). DSÖ’ye göre 2030 yılına gelindiğinde 22 milyondan fazla ölümün kalp ve damar hastalıkları nedeniyle gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (13). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2018 yılında ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sisteminden kaynaklı hastalıkların ilk sırada yer aldığı görüldü. Dolaşım sistemi kaynaklı gelişen hastalıklara bağlı ölümlerin nedenlerine bakıldığında: ölenlerin %39,7’sinin iskemik kalp hastalığından, %22,4’ünün serebro-vasküler hastalıklardan, %24,4’ünün diğer kalp hastalıklarından öldüğü görülmektedir (14).

Kardiyovasküler hastalıkların epidemiyolojisi hakkında birçok araştırma yapılmış olup, yapılan araştırmalarda özellikle KVH’ların birçok toplumda sık olduğu görülmektedir. Gu ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada Çin’de 35-74 yaş aralığındaki bireylere bakıldığında. HT hastalarının %26,1’inde, diyabet hastalarının %5,2’sinde, sigara kullananların %34,4’ünde, BKİ’si yüksek bireylerin ise %28,2’sinde KVH’ların görüldüğü belirtilmiştir (15). Thomas ve diğerleri 2000-2016 yılları arasında dünyanın farklı ülkelerinde KVH’lara ilişkili ölüm oranlarının araştırıldığı çalışmada Avrupa’da her 100000 insandan birinin KVH’lara bağlı olarak yaşamını yitirdiğini belirtmiştir (16). Birhan-Yılmaz ve diğerleri tarafından

Türkiye’de 1054 kalp hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların %28,7’sinde kalp yetersizliği varlığı tespit edilmiş, hastalarda kalp rahatsızlığına ilave olarak HT ve diyabetin de yüksek oranda bulunduğu görülmüştür (17). Kocaman-Yıldırım ve Öztürk Dünya geneline bakıldığında ölüme sebep olan hastalıkların yaklaşık olarak 3/1’inin KVH’dan olduğunu belirtmiştir (18).

Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ve bireylerin sosyoekonomik durumları farketmeksizin hastalıkların zaman içerisinde artmakta olduğu görülmektedir. Bundan dolayı hastalıklarla mücadelede küresel düzeyde tedbirlerin alınmasına devam edilmelidir (19). Hastalıklar ekonomik olarak önemli ölçüde bir yük oluşturmaktadır. Ülkelerin en çok harcama yaptıkları sağlık problemlerinin başında KVH’lar yer almaktadır. Avrupa Kalp Birliği tarafından yapılan bir çalışma da KVH’ların neden olduğu genel ekonomik yükün %57’sini sağlık hizmeti harcamaları, %22’sini hastaların kayıtlı olmayan harcamaları ve %21’ini üretkenlik kayıplarına bağlı harcamaların oluşturduğu belirlenmiştir (20).

## **2.2. Kardiyovasküler Risk Faktörleri**

Kardiyovasküler risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez olmak üzere iki kategoride incelenmektedir. Değiştirilemez risk faktörleri arasında; yaş, aile öyküsü ve cinsiyet yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında; diabetes mellitus ve kötü kan şekeri regülasyonu sigara kullanımı, HT, dislipidemi, obezite veya visceral yağlanma, psikososyal faktörler, sedanter yaşam, fiziksel inaktivite meyve ve sebze tüketiminin az olması ve düzenli olarak alkol kullanıyor olmak yer almaktadır (3).

Bu risk faktörlerine ek olarak yeni risk faktörleride mevcuttur. Olası yeni risk belirteçlerinin sayısı her yıl artmaktadır. Fakat bu belirteçlerden C-reaktif proteini (CRP), fibrinojen, lipoprotein, bozulmuş glikoz intoleransı, Apolipoprotein B ve homositein 10 yıllık kardiyovasküler morbidite veya mortaliteyi tahmin etme veya düzenleme yeterlilikleri klasik risk faktörlerine alternatif oluşturabilirler (21).

### 2.2.1. Değiştirilebilir risk faktörleri

**Sigara Kullanımı:** Sigara kullanımı tüm vasküler hastalıklara bağlı ölüm riskini 2–3 kat arttırır. Sigara, KAH, inme ve periferik arter hastalığının önemli nedenlerinden biridir (22,23). Trombosit aktivasyonu, endotel inflamasyonu ve vasküler disfonksiyona neden olarak ateroskleroza, plak rüptürünü, akut koroner sendromu ve ölümü hızlandırır (24). Tütün kontrolü kapsamında hayata geçirilen uygulamalara bağlı olarak gelişmiş ülkelerde sigara kullanım düzeyi düşerken, sigara kullanımıyla ilgili herhangi bir çalışma planı bulunmayan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar artış göstermektedir. Sigara kullanım düzeylerindeki söz konusu artışlar, sigara firmalarının potansiyel müşteri olarak nitelendirdiği gençler ve kadınlar arasında daha fazladır. Özellikle reklam firmaları sigara kullanan kadınların daha çekici veya çağdaş görüldüğü konusunda mesajlar sunarak kadınlar arasında sigara içme düzeylerini yukarı çekmeye çalışmaktadır (25). Sigara tüketimi hem neden olduğu sağlık problemleri hem de sigara için yapılan masrafların yüksek olması dolayısıyla dünya genelinde olduğu üzere Türkiye’de de oldukça ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Bugün bilimsel çevreler tarafından sigara kullanımının insan sağlığını tehlikeye sokan en dikkat çeken unsurlardan birisi, hatta en önemlisi olduğu noktasından görüş birliğine varmıştır. Sigara, üreticinin tavsiye ettiği şekilde kullanıldığında tüketilen orana bağlı olmadan- kullanıcı kişinin sağlığını ciddi anlamda tehdit eden, hayat kalitesini önemli oranda düşüren, ölümlere yol açabilen ve yasal anlamda satılan tek üründür. Üstelik sigara kullanımı, önüne geçilebilir ölüm sebepleri dahilinde ilk sırada bulunmaktadır (26). Sigara içenlerin yarısından fazlası sigaradan kaynaklanan bir sebeple yaşamını yitirir. Sigaradan kaynaklanan ölüm sebepleri kapsamında farklı kanserler, kalp ve akciğer problemleri ile felç sigara içenlerde en fazla rastlanan ölüm sebepleridir (27,28).

**Hipertansiyon:** İnsan sağlığını, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkileyen HT dünya çapında yetişkin nüfusun çoğunu etkileyen küresel bir sağlık problemidir. İstirahat halinde sistolik kan basıncının 140 mm Hg’den fazla ve diyastolik kan basıncının 90 mm Hg’den fazla veya kan basıncını düşürmeye yönelik tedavi almak HT olarak tanımlanır (29). HT sadece bir sağlık problemi olmamakla beraber, pek çok durumun bir arada görüldüğü bir sendromdur (30). HT, yeti kaybı, erken ölüm,

böbrek hastalığı, inme, kalp hastalıkları gibi durumlarla bağlantılı olup, ekonomi ve sağlık alanında ciddi bir yük yaratmaktadır. HT engellenebilir, erken tanı konularak tedavi edildiğinde kardiyovasküler komplikasyon riski azaltılabilir (31,32,33).

**Psikososyal Faktörler:** Bazı psiko-sosyal faktörler kalp damar hastalıkları riskini arttırmaktadır. Günlük hayatımızda stres ayrılmaz bir unsurdur. Stresin önde gelen nedenleri arasında hayatın telaşlı temposu, aile ve arkadaşlarla ilişkileri sınırlamak, rekabetçi bir çalışma ortamı ve çok kısa dinlenme süreleri veya hiç dinlenmeme gibi durumların stres düzeyine etkisi olduğunu göstermiştir. Bilimsel raporlar, depresyonun kardiyovasküler sistem üzerinde daha doğrudan bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Metabolik değişikliklere neden olan stres hormonları aşırı trombotik aktiviteyi teşvik eder. Bu mekanizma tromboza yol açabilir ve bu durum depresyonu olan hastalar daha çok görülmektedir. Düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, kötü barınma koşulları, kötü yaşam tarzı, kötü beslenme alışkanlıkları, aşırı sigara tüketim ve fiziksel inaktivite kardiyovasküler tedavi sırasında uyumu zorlaştıran etmenler arasında sayılabilir (34).

**Diyabet:** Diyabet, doğru zamanda ve iyi tedavi edilmediği takdirde bütün sistemlerin bozulmasına neden olabilmektedir. Özellikle obezite, HT, aile öyküsünün varlığı Tip 2 diyabet gelişimine neden olan faktörlerdir (35). Diyabet 21. yüzyılın en önemli sağlık problemlerindedir. Toplumlar arasında ciddi bir maliyet gerektiren bu hastalık oldukça hızlı şekilde büyümektedir. 2019 yılında dünya genelinde 463000 insanın diyabet hastası olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayının 2030 yılında 578000'e ulaşacağı ve 2045 yılında ise 700000 olacağı öngörülmektedir (36). Diyabet kardiyovasküler risk faktörleri arasında da ilk sıralarda gösterilmektedir (37).

**Sedanter Yaşam:** Çağımızda teknolojik gelişmeler nedeniyle bireylerin daha az hareket ettiği, fiziksel aktivite oranlarının azaldığı, bununla beraber halk sağlığının farklı şekillerde tehlike kapsamına girdiği bilinmektedir (38). Otomobilde uzun süre oturma ve televizyon karşısında uzun süre oturarak vakit geçirmek gibi yüksek sedanter davranış biçimlerinin mortalite, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve

diyabet nedenli mortalite ve insidans riskleri ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (39). Özellikle hareketsiz yaşam tarzına paralel olarak ortaya çıkan obezitenin KVH'lara zemin hazırladığı belirtilmektedir (40,41).

**Alkol Tüketimi:** Alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar değerlendirildiği zaman alkol kullanımının KVH'lara neden olan unsurlar arasında yer aldığı belirtilmektedir (42). alkol alınmasıyla kalp atışları artar ve damarlarda kan akışı hızlanır, kalp krizi geçirme riski artar (43). Alkol kullanımı ile kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar arasındaki ilişki değişkendir. Bu durum alkol kullanım düzeyine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Aşırı alkol kullanımı ile kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki tespit edilmiştir (44).

**Dislipidemi:** Dislipidemi, kalp ve damar hastalıklarında hem yaşam biçimi değişiklikleri hem de ilaç tedavisi ile düzene koyulabilen ciddi bir risk unsurudur. Aynı anda hem primer hem de sekonder koruma amaçlı lipid düşürücü tedavi ile (yaşam şekli değişiklikleri ve ilaç tedavisi beraber) kardiyovasküler olay gelişiminde düşüş olduğu gösterilmiştir (46). Dislipidemi tedavisi; yaşam biçimi değişikliği, diyet, ikincil sebeplerin tedavisi ve tıbbi tedaviyi kapsar. KVH olasılığının düşürülmesi için tedavi yaşam boyu sürdürülmelidir. Risk tehdidiyle karşı karşıya olan bireylerin tespit edilmesi, lipid seviyelerinin hedef değerler kapsamında tutularak hastaların izlenmesi önemlidir (47).

**Beslenme:** Sağlıklı beslenme farklı besin kaynakları ile dengeli beslenerek, bütün besin kaynaklarını kişinin gereksinimi doğrultusunda tüketmesi ve olması gereken vücut ağırlığını korumasıdır. Sağlıklı beslenme alışkanlığına henüz anne karnındayken başlanarak bu yaşam boyu vücudun büyümesi, tazelenmesi, işlevlerini yerine getirmesi ve kronik problemlerin önlenmesi için devam ettirilmelidir. Bu çalışmaların devamı için gerekli olan enerji ve besin maddelerinin yeterli miktarda temin edilmesi ve gerekli bir şekilde tüketimi yeterli ve dengeli beslenme olarak nitelendirilmektedir (48). Sağlıksız ve aşırı beslenme alışkanlıkları ise bireyde KVH'lar başta olmak üzere birçok sağlık sorununun ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme ise kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmaktadır (49).

### 2.2.2. Değiştirilemez risk faktörleri

**Yaş:** Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde artan kalp ve damar hastalıkları yükü nüfusun yaşlanması ile ilişkilidir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme oranları artmaktadır (50). Ayrıca 55 yaş sonrasındaki her 10 yılda bir KVH'a yakalanma riski iki kat artmaktadır (51,52).

**Cinsiyet faktörü:** 50 yaşın altında bulunan erkeklerde sıklıkla görülmekte, 50-55 yaş aralığında cinsiyette eşitlik görülmekte ve 55 yaşından sonra ise kadınlarda daha sık görülmektedir (53). Erkekler, kadınlara göre 1,25 kat fazla görülme olasılığı taşımaktadır. Kadınlarda ise inmeye bağlı ölüm hızı daha fazla olmaktadır. Kadınlarda hormonal etkiden de bahsetmek mümkündür (51,52).

**Genetik:** Genetik faktörler tüm kardiyovasküler olaylarda önemli bir rol oynamaktadır. Son yapılan çalışmalar, 50 kadar kromozom bölgenin KAH'ı ile güçlü bir ilişkiye sahip olduklarını göstermişlerdir (54). Aile öyküsü KVH'ın bağımsız bir göstergesidir. Aile öyküsünün olması hastalığa sebep olan ölçülen ya da ölçülemeyen risk faktörlerinin kombinasyonu ile aileyi tanımlayarak altta yatan genetik ve çevresel etkileşimleri de kapsar (55). Erkek akrabalar için 55 yaş, kadın akrabalar için ise 65 yaş öncesinde KVH öyküsü olması aile öyküsü için pozitif olarak kabul edilmektedir. Erken yaşta KAH'ı tanısı olan ailedeki kişi sayısı arttıkça risk de orantılı şekilde artmaktadır. Yapılan çalışmalara göre KVH aile öyküsü olanlarda hastalık gelişme riski 4 kat artmaktadır (56).

### 2.2.3. Yeni risk faktörleri

**C-reaktif proteinin:** CRP'nin klinik kapsamda kullanım alanı gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle, sağlıklı bireylerde ilerleyen yaşlarda koroner kalp rahatsızlığı ve serebrovasküler hastalığın etkili bir habercisi olduğunu ortaya koyan araştırmalar umut vaat edicidir. Klinik kullanım kapsamındaki gelişmelerle birlikte yöntemde de gelişmeler yaşanmaktadır (57). Son yıllarda, CRP'nin değerlendirilmesi, gelecekteki KVH'da dâhil olmak üzere, yalnızca bir inflamasyon belirteci olarak değil, aterotrombotik inme riskinin önemli, bağımsız bir öngörüsüne dönüşmüştür.

Çalışmalarda, yüksek CRP seviyelerinin, belirgin KVH belirtileri olmayan hastalarda olduğu gibi, MI, iskemik inme veya pulmoner arteriyel hipertasyon olan hastalarda da kardiyovasküler komplikasyonların insidansı ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Artmış CRP konsantrasyonları, perkütan koroner girişim sonrası hastalarda ani ölüm risk faktörü olarak kabul edilmektedir (58).

**Fibrinojen:** Akut faz reaktanı olan fibrinojen kronik inflamatuvar sürecin önemli mediatörlerindedir ve aterosklerotik süreçte plak oluşumunda, trombosit ve lökosit agregasyonunda önemli görev almaktadır. Yükselen fibrinojen seviyeleri miyokard infarktüsü (MI) riskinde artışla ilişkilidir ve artmış fibrinojen düzeyleri kötü prognozla da bağlantılı olduğu bulunmuştur. Fakat kötü prognozla ilişkili olmasının patofizyolojik sebepleri tam olarak bilinmemektedir (59). Fibrinojen, tromboz ve enflamasyonun bir belirteci olarak KVH ile bağlantılıdır. Yüksek fibrinojen seviyesinin intima media kalınlığı ve subklinik ateroskleroz ile anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda fibrinojenin bağımsız olarak gelecekteki iskemik inme riskini ve HT'yi öngördüğünü ortaya koymaktadır. Genel popülasyonda fibrinojen güçlü ve bağımsız bir kardiyovasküler risk faktörü olduğu görülmektedir (60).

**Lipoprotein:** Bir lipidprotein kompleksi olup, proaterojenik ve protrombotik özellikler taşıdığından, koroner kalp hastalığı için bir risk faktörü olarak görülmektedir (61). Lipidprotein metabolizması hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Aterosklerozun oluşum döneminde kolesterol ve lipoproteinlerin rolü oldukça önemlidir. Lipoprotein metabolizmasının bilinmesi klinik tedavinin oluşturulmasında yardımcı bir unsurdur. Transkranyal doppler incelemeleri ile yüksek lipoprotein (a) değerlerine sahip olanların ileri derecede intrakranial darlıklarının olduğu görülmüştür (62).

**Homosistein:** Epidemiyolojik ve olgu-kontrol araştırmalarının sonuçları, kanda homosistein yükselmesinin KVH'lar için bağımsız risk faktörü olduğunu göstermektedir (63). Homosistein seviyesi; metabolizmadaki dejenerasyonlar, kronik hastalıklar, vitamin ve gıda alımı yetersizlikleri, kişisel özellikler ve tedavi amaçlı olarak kullanılan ilaçlardan etkilenmektedir. Homosisteinin 5-15 mmol/L düzeyi

uygun seviye olarak kabul edilmekte ve 16 mmol/L üzerindeki değerler hiperhomosisteinemi olarak adlandırılmaktadır. Plazmadaki hiperhomosisteinemi; arteriyal veya venöz dolaşımdaki tromboz, inme, MI ve kronik böbrek yetmezliği oluşumunda önemli risk faktörüdür. Homosisteinin seviyesindeki her 5 mmol/L'lik artış erkeklerde 1,35, kadınlarda ise 1,42 kat KVH riskini arttırdığı bildirilmektedir (64).

### **2.3. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma**

KVH'dan korunma ideal olarak gebelikte başlar ve yaşamın sonuna kadar sürer. Kardiyovasküler riskin erken yaşta oluşmaya başladığı yönündeki kanıtlar son yıllarda giderek artmaktadır. Hatta doğum öncesi maruziyet bile yaşam boyu KVH gelişimi riskini etkileyebilir. Klinik araştırma sonuçlarında, kronik kardiyovasküler hastalık mortalitesinde azalmasında diyet veya sigara gibi faktörlerin düzeltilmesi sonrasında hızla düzelebileceğini göstermektedir. Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme, klasik risk faktörlerini kontrol altında tutma korunmada önemlidir (65).

Koroner ve serebrovasküler hastalıkların erken tanı ve tedavisi KVH'nın mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında önemlidir. KVH'dan korunmak için hiperlipidemi, HT ve diabetes mellitusun değerlendirilmesi, kontrolünün sağlanması, hastaların tedavilerine ve sağlık önerilerine uyum göstermeleri gerekmektedir. KVH'nın bilinen sosyal ve çevresel risk faktörlerini azaltmak için bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazanmaları gerekmektedir (66).

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hastanın sosyal özelliklerinede bakılmalı ve 40 75 yaş arasındaki bireylerin 10 yılda bir aterosklerotik koroner arter hastalığı riski yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Bunların yanısıra sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapılması, tütün kullanımının bırakılması hastalık oluşumunu önlenmesinde önemli korunma ilkekerindedir (67).

## **2.4. Kardiyovasküler Hastalıklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışını Geliştirmede Hemşirenin Rolü**

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde toplumun bilinçlendirilmesi önemli bir yere sahiptir. Bu kapsamda toplum gerek örgün eğitim gerekse de yaygın eğitim yöntemleri ile KVH'lerden korunma konusunda bilinçlendirilmektedir. Sağlık alanında özellikle hemşireler ve doktorlar sağlık kurumlarına giden hastalar ile yakın iletişim içinde oldukları için kardiyovasküler risk faktörlerinin en aza indirilmesinde hemşirelerin topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırması önemli bir konudur. Hemşireler hastaneleri tercih eden hastaları kardiyovasküler risk faktörleri konusunda bilinçlendirdiği zaman öncelikli olarak toplumun kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyleri yükselmekte, daha sonraki aşamada insanların risk faktörlerinden kaçınmak için sağlıklı yaşam biçimi davranış biçimi davranışları gelişmektedir. Bu kapsamda KVH'ların önlenmesinde hemşirelerin yapacakları yönlendirmelerin önlenebilir risk faktörleri üzerinde önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir (2).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşirelerin temel rolleri bakım verme, danışmanlık, eğitim, araştırma, rehabilitasyon ve yönetimdir. Kardiyovasküler veya diğer kronik hastalıkların gelişmesinin önlenmesinde, riskli gruplarda hastalığın oluş süresinin geciktirilmesinde ve mümkün olan komplikasyonların azaltılmasında toplumda farkındalık oluşturma, bireyleri eğitme, bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırma ve hastalandıklarında da bireylerin tedaviye uyumun sağlanmada önemli rolleri vardır (68).

Günümüzde, hemşirelik eğitiminin içeriği; yalnızca hastalıkların bakımı ve tedavisi olmakla kalmayıp, bireylerin sağlığını koruyacak ve geliştirecek, yaşam kalitesini arttıracak, yeni duruma uyumunu sağlayacak bilgi ve becerileri de içinde bulundurmaktadır. 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 kapsamaktadır. Hastalık önleme programlarının ana kavramları olan bu bilgi ve beceriler hemşirelik eğitiminde üzerinde durulan önemli konulardır (69).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu tez çalışması kardiyovasküler risk faktörlerini bilmenin sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt arandı.

Araştırma Soruları;

- Katılımcıların kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyi nedir?
- Sosyo-demografik özellikler hastaların kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyini nasıl etkilemektedir?
- Sosyo-demografik özellikler hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirme düzeyini nasıl etkilemektedir?
- Katılımcıların kardiyovasküler hastalık gelişimine neden olan riskleri bilme düzeyi ile sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre**

Araştırma İstanbul ilinde bir özel hastanenin tüm polikliniklerine başvuran hasta ya da sağlıklı (her hangi bir kronik hastalığı olmayan) bireyler ile, yatarak tedavi gören hastalar ve hasta yakınlarından çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylerle Şubat-Nisan 2019 tarihler arasında yürütüldü.

#### **Hastanın Dahil Edilme Kriteri:**

- İletişim engeli olmayan hastalar.
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunun bulunması
- Lisan ve işitme engelini bulunmaması.
- Hastanın genel durumunun soruları cevaplamaya elverişli olması.

- Hasta yaşının 18' den küçük olmaması.

#### **Hastanın Dışlanma Kriteri:**

- İletişim engelinin olması.
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunun bulunmaması.
- Lisan ve işitme engelinin bulunmaması.
- Hastanın genel durumunun soruları cevaplamaya elverişli olmaması.
- Hasta yaşının 18' den küçük olması.

### **3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Şubat-Nisan 2019 tarihler arasında özel bir hastanenin polikliniklerine başvuran hasta ya da sağlıklı bireyler, yatarak tedavi gören hastalar ve hasta yakınları oluşturuldu. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G\*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Çalışmanın gücü  $1-\beta$  ( $\beta =$  II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Risk faktörleri bilgi düzeyi ile Sağlıklı yaşam davranışlarını ölçeği ilişkisinin incelendiği Çürük ve arkadaşlarının (70) çalışmasında KARRİF-BD total puanı ile SYBDÖ-II ölçek puanı ilişkilerinden (r) en düşük düzeyde saptanan 0,244 düzeyindeki ilişkinin anlamlı bulunabilme ve  $\alpha=0,01$  düzeyinde %99 güç elde etmek için elde edilen etki büyüklüğü  $d=0.493$  olarak hesaplanmış olup çalışmanın en az 132 kişi ile yapılmasının uygun olacağı belirlenmiş olmakla birlikte 175 kişi örneklemi oluşturmuştur.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanmasında; “Kişisel Bilgi Formu”, “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD)” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)” kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmacı tarafından veri toplamak için form doldurulmadan evvel katılımcılara çalışmanın yapılma amacı hakkında açıklama

yapıldı. Verilen toplanması yaklaşık 30 dakika sürdü. Veriler toplanırken katılımcılar ile sessiz bir yerde baş başa görüşme yöntemiyle yapıldı.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanırken normal/sağlıklı bireyler  $18,5-24,99 \text{ kg/m}^2$ , kilolu  $25-29,99 \text{ kg/m}^2 \geq$ , obez  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , morbit obez  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  olarak hesaplandı (71).

#### **3.4.1. Kişisel bilgi formu (Ek-1)**

Yayı yapılandırılmış bu form literatür incelemesi sonrası araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, 12 sorudan oluşmaktadır (72,73,74). Bu soru formunda hastaların sosyo demografik özellikleri, alışkanlıkları (sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma durumları) kendi ve ailelerindeki sistemik hastalık bilgilerinden oluşmaktadır.

#### **3.4.2. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi ölçeği (KARRİF-BD) (Ek-2)**

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Arıkan ve arkadaşları tarafından erişkinlerde KVH risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek amacıyla 2009 yılında yapılmıştır (75). Ölçekte yer alan 28 maddeden ilk dördü KVH'ların özellikleri korunabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 madde risk faktörlerini, dokuz madde ise risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan soruları katılımcılar "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaktadır. Ölçeğin puanlaması her "doğru cevap" için bir, "bilmiyorum" ve "yanlış" cevap için sıfır puan olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçekte yer alan, 11, 12, 16, 17, 24 ve 26. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük sıfır puan, en yüksek 28 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin iyi olduğunu göstermektedir. Arıkan ve arkadaşları tarafından ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach alfa değeri 0,768 bulunmuştur (75).

Bu tez çalışmasında ölçek iç tutarlılıkları incelendiğinde Alpha güvenilirlik katsayısı; KVH'lerin özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü için  $\alpha=0,739$  olarak, Risk faktörleri alt boyutu için  $\alpha=0,861$  olarak, Risk davranışlarında değişimin sonucu alt boyutu için  $\alpha=0,700$  olarak ve ölçek toplamı için  $\alpha=0,911$  olarak saptandı.

### 3.4.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Ölçeği II (Ek-3)

İlk geliştirilen SYBDÖ'nde 48 madde ve altı faktör bulunmaktadır. 1996 yılında Walker ve arkadaşları tarafından düzenleme yapılarak SYBDÖ-II adını almış, 52 madde ve altı boyuttan oluşmuştur. Toplam ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,94, alt boyutları için 0,79-0,87 arasında değişim göstermektedir. Bahar ve arkadaşları 2008 yılında geçerlilik ve güvenilirliğini yaparak, Cronbach alpha değerinin 0,92 olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin Alt Boyutları Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51): Bireyin kendi sağlığına özen vererek, sağlığı hakkında bilgi sahibi olması, gerektiğinde destek alabilmesidir. Fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46): Önerilen düzeyde ve günlük hayatın bir parçası olarak yapılan aktiviteyi kapsar. Beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50): Bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını belirtir. Manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52): Bireylerin iç huzurunu ve evrenle kurduğu uyumu yansıtır. Kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49): Bireylerin sözel ya da sözel olmayan iletişimlerine bağlı duygularını başkalarıyla karşılıklı olarak aktardıkları ilişkileri içerir. Stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47): Bireylerin stres kaynaklarını belirleyerek, etkin bir şekilde kontrollerini sağlayabilmeleridir. Ölçek 4'lü likert tipte ve tüm maddeleri olumludur. Ölçek, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilerek puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 52, en yüksek puanı ise 208'dir. Alt boyutlar için en düşük ve en yüksek puanlar, sağlık sorumluluğu için 9-36, fiziksel aktivite için 8-32, beslenme için 9-36, manevi gelişim için 9-36, kişilerarası ilişkiler için 9-36 ve stres yönetimi için 8-32'dir. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınırsa bireylerde o derece SYBD olduğunu göstermektedir (76).

Bu tez çalışmasında ölçek iç tutarlılıkları incelendiğinde Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı; Sağlık sorumluluğu alt boyutu için  $\alpha=0,932$ , Fiziksel aktivite alt boyutu için  $\alpha=0,900$ , Beslenme alt boyutu için  $\alpha=0,915$ , Manevi gelişim alt boyutu için  $\alpha=0,804$ , Kişilerarası ilişkiler alt boyutu için  $\alpha=0,815$ , Stres yönetimi alt boyutu için  $\alpha=0,874$  ve ölçek toplamı için  $\alpha=0,978$  olarak saptandı.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık  $p<0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın tek bir kurumda yapılmış olması ve kurumun özel bir sağlık kuruluş olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

### **3.7. Etik Hususlar**

Araştırma öncesinde, Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma İzin ve Onay Başvuru etik değerlendirme komisyonununun 10/01/2019 tarih ve 2019-1/25 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek-4). Çalışmanın yapıldığı özel hastanenin hemşirelik hizmeti müdürü ve başhekiminden onay alınmıştır, öncesinde sözel onay alınarak etik kurul izninden sonra araştırmaya şubat ayında başlanmıştır (Ek-5). Ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-6). Katılımcılar ise araştırmaya

başlamadan önce bilgilendirilmiş olup aydınlatılmış onam formu ile onamları alınmıştır (Ek-7).



## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına dahil edilen 175 hastaya ait bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir:

4.1. Katılımcıların sosyo-demografik ve sağlığa ilişkin özelliklerine yönelik bulgular

4.2. Katılımcıların sosyo-demografik ve sağlığa ilişkin özellikleri ile KARRİF-BD puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.3. Katılımcıların sosyo-demografik ve sağlığa ilişkin özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları-II ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular

4.4. Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklara yönelik riskleri bilme düzeyi ile sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

#### 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Sağlığa İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=175)

**Tablo 4.1.1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellik		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Medyan (IQR)</i>	55 (45-65)
	<i>Ort±Ss</i>	54,29±12,30
Cinsiyet (%)	<b>Kadın</b>	56 (32,0)
	<b>Erkek</b>	119 (68,0)
Boy (cm)	<i>Medyan (IQR)</i>	171 (167-177)
	<i>Ort±Ss</i>	170,70±7,18
Kilo (kg)	<i>Medyan (IQR)</i>	80(71-95)
	<i>Ort±Ss</i>	81,37±13,22
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	<i>Medyan (IQR)</i>	27,44(24,82-31,02)
	<i>Ort±Ss</i>	27,93±4,35
	<b>Normal Kilolu</b>	47 (26,9)
	<b>Fazla Kilolu</b>	68 (38,9)
Eğitim Durumu	<b>Obez</b>	60 (34,3)
	<b>Ortaokul</b>	1 (0,6)
	<b>Lise</b>	27 (15,4)
	<b>Ön Lisans</b>	11 (6,3)
Çalışma Durumu	<b>Lisans</b>	133 (76,0)
	<b>Lisansüstü</b>	3 (1,7)
	<b>Çalışan</b>	81 (46,3)
	<b>Çalışmayan</b>	94 (53,7)
Sigara Kullanımı	<b>Kullanıyor</b>	65 (37,14)
	<b>Kullanmıyor</b>	87 (49,71)
	<b>Bırakmış</b>	23 (13,15)
Sigara Kullanım Süresi (yıl) (n=65)	<i>Medyan (IQR)</i>	33 (15-45)
	<i>Ort±Ss</i>	28,69±13,96
Sigara Kullanım Adeti (gün) (n=65)	<i>Medyan (IQR)</i>	20(15-20)
	<i>Ort±Ss</i>	17,38±4,65
Alkol Kullanımı	<b>Kullanıyor</b>	15 (8,6)
	<b>Kullanmıyor</b>	152 (86,9)
	<b>Bırakmış</b>	8 (4,5)
Alkol Kullanım Süresi (yıl) (n=15)	<i>Medyan (IQR)</i>	20 (10-30)
	<i>Ort±Ss</i>	20,93±13,50
Alkol Kullanım Kadeh (ay) (n=15)	<i>Medyan (IQR)</i>	1(1-1)
	<i>Ort±Ss</i>	1,40±0,91

*Ort±Ss: Ortalama Standart Sapma n: kişi sayısı IQR: %25-75 Percentil*

Tablo 4.1.1.'de hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %32'si (n=56) kadın, %76'sı (n=133) lisans mezunu, %46,3'ü (n=81) ise halen bir işte çalışmaktadır. Yaş ortalaması 54,29±12,30 yıl olup, BKI ortalaması 27,93±4,35kg/m<sup>2</sup>'dir. Katılımcıların %49,7'sinin sigara (n=87) kullanmadığı, sigara kullanma süresi 28,69±13,96 yıl ve günlük sigara tüketim ortalamasının 17,38±4,65 adet olduğu saptandı. %86,9'unun (n=152) alkol

kullanmadığı, alkol kullanma süresinin  $20,93 \pm 13,50$  yıl ve aylık tüketim ortalamasının  $1,40 \pm 0,91$  kadeh olduğu saptandı.

**Tablo 4.1.2.** Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n (%)
Egzersiz Yapma Sıklığı	Yapıyor	112 (64,0)
	Yapmıyor	63 (36,0)
Strese sık sık maruz kalma	Evet	62 (35,4)
	Hayır	113 (64,6)
Kalp Yetersizliği	Var	27 (15,4)
	Yok	148 (84,6)
Kalp Yetersizliği Süresi (yıl) (n=27)	Medyan (IQR)	3(2-4)
	Ort±Ss	3,07±1,88
KOAİ	Var	12 (6,9)
	Yok	163 (93,1)
KOAİ Süresi (n=12) (yıl)	Medyan (IQR)	2(1-3)
	Ort±Ss	2,08±1,17
HT	Var	63 (36,0)
	Yok	112 (64,0)
HT Süresi (n=61) (yıl)	Medyan (IQR)	5(3-10)
	Ort±Ss	7,15±5,63
Diyabet	Var	41 (23,4)
	Yok	134 (76,6)
Diyabet Süresi (n=40) (yıl)	Medyan (IQR)	3(2-5)
	Ort±Ss	4,98±5,98
Hiperkolesterolemi	Var	17 (9,7)
	Yok	158 (90,3)
Hiperkolesterolemi Süresi (n=17) (yıl)	Medyan (IQR)	2(1-4)
	Ort±Ss	4,76±7,09
Ailede Kalp Yetersizliği	Var	29 (16,6)
	Yok	146 (83,4)
Ailede KOAİ	Var	23 (13,1)
	Yok	152 (86,9)
Ailede HT	Var	55 (31,4)
	Yok	120 (68,6)
Ailede Diyabet	Var	46 (26,3)
	Yok	129 (73,7)
Ailede Kolesterol	Var	20 (11,4)
	Yok	155 (88,6)

Ort±Ss: Ortalama Standart Sapma

n: kişi sayısı

IQR: %25-75 Percentil

Tablo 4.1.2.'de hastaların sağlığa ilişkin özelliklerin dağılımı verilmiştir. %36'sının (n=63) ise egzersiz yapmadığı, %35,4'ü (n=62) sık sık strese maruz kaldığı, %36'sında (n=63) HT ve %23,4'ünde (n=41) diyabet öyküsü olduğu saptandı.

## 4.2. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri ile KARRIF-BD Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.2.1.** KARRIF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Medyan (IQR)</b>	<b>Ort±Ss</b>
KVH'nin özellikleri	4	4(3-4)	3,30±1,10
KVH'nin risk faktörleri	15	11(11-12)	10,98±1,64
KVH'dan korunma	9	6(6-8)	6,81±1,48
KARRİF-BD toplam puan	28	22(21-23)	21,08±3,10

*Ort±Ss: Ortalama Standart Sapma* *IQR: %25-75 Percentil*

Tablo 4.2.1'de KARRİF-BD Ölçeği alt boyut ve toplam puan dağılımları verilmiştir. KARRİF-BD toplam puanı 6 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama 21,08±3,10'dır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları; KVH'lerin özellikleri için 3,30±1,10, KVH'nin risk faktörleri için 10,98±1,64 ve KVH'dan korunma için 6,81±1,48 olduğu saptandı.

**Tablo 4.2.2.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile KARRİF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Demografik Özellikler		<i>r</i>	<i>p</i>			
	Yaş	n (%)			Ort+Ss	Medyan (IQR)	Test Değ.
KVH'nin özellikleri			0,225				
KVH'nın risk faktörleri			0,229				
KVH'dan korunma			0,059				
KARRİF-BD			0,229				
	Cinsiyet	n (%)	Ort+Ss	Medyan (IQR)	Test Değ.	p	
KVH'nin özellikleri	Kadın	56 (32,0)	3,36±1,21	4(3-4)	Z=-1,341	0,180	
	Erkek	119 (68,0)	3,27±1,05	4(3-4)			
KVH'nın risk faktörleri	Kadın	56 (32,0)	11,27±1,57	12(11-12)	Z=-2,322	<b>0,020*</b>	
	Erkek	119 (68,0)	10,84±1,66	11(10-12)			
KVH'dan korunma	Kadın	56 (32,0)	6,48±1,31	6(6-7)	Z=-1,759	0,079	
	Erkek	119 (68,0)	6,96±1,53	6(6-9)			
KARRİF-BD Toplam Puan	Kadın	56 (32,0)	21,11±3,07	22(21-23)	Z=-0,203	0,839	
	Erkek	119 (68,0)	21,07±3,12	22(21-23)			
	BKİ	n (%)					Post Hoc Dunn test
KVH'nin özellikleri	<sup>1</sup> Normal	47 (26,9)	3,28±1,12	4(3-4)	$\chi^2$ :5,529	0,063	-
	<sup>2</sup> Fazla Kilolu	68 (38,9)	3,47±1,01	4(3,5-4)			
	<sup>3</sup> Obez	60 (34,3)	3,12±1,17	4(3-4)			
KVH'nın risk faktörleri	<sup>1</sup> Normal	47 (26,9)	11,02±1,98	12(11-12)	$\chi^2$ :26,248	< <b>0,001**</b>	3<1p:0,001
	<sup>2</sup> Fazla Kilolu	68 (38,9)	11,44±1,16	12(11-12)			
	<sup>3</sup> Obez	60 (34,3)	10,42±1,66	11(10-11)			
KVH'dan korunma	<sup>1</sup> Normal	47 (26,9)	6,04±1,02	6(6-6)	$\chi^2$ :37,741	< <b>0,001**</b>	3<2p:0,001
	<sup>2</sup> Fazla Kilolu	68 (38,9)	6,54±1,30	6(6-7)			
	<sup>3</sup> Obez	60 (34,3)	7,70±1,53	8(6,5-9)			
KARRİF-BD Toplam Puan	<sup>1</sup> Normal	47 (26,9)	20,34±3,41	22(20-22)	$\chi^2$ :10,405	<b>0,006**</b>	1<2 p:0,025
	<sup>2</sup> Fazla Kilolu	68 (38,9)	21,46±2,48	22(22-23)			
	<sup>3</sup> Obez	60 (34,3)	21,23±3,41	22(21-23)			

*r*=Spearman's Korelasyon Katsayısı      *Z*=Mann Whitney U Test      *n*: kişi sayısı  
 $\chi^2$ :Kruskal Wallis Test      \**p*<0,05      \*\**p*<0,01      IQR: %25-75 Percentil Ort±Ss:  
Ortalama Standart Sapma

**Tablo 4.2.2.** Demografik Özelliklere Göre KARRIF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması (devamı)

Ölçek alt boyutları	Demografik Özellikler	n (%)	Ort+Ss	Medyan (IQR)	Test Değ.	P	Post Hoc Dunn test
<b>Eğitim Durumu</b>							
<b>KVH'nın özellikleri</b>	<sup>1</sup> Lise ve altı	28 (16)	2,46±1,35	3(1-3,5)	$\chi^2:20,9$ 91	<b>&lt;0,000</b> **	<i>1&lt;2</i> <i>p:0,001</i>
	<sup>2</sup> Önlisans	11 (6,3)	3,64±0,67	4(3-4)			
	<sup>3</sup> Lisans ve lisansüstü	136 (77,7)	3,44±0,99	4(3-4)			
<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	<sup>1</sup> Lise ve altı	28 (16)	9,75±2,73	11(8,5-12)	$\chi^2:11,3$ 66	<b>0,003*</b> *	<i>1&lt;3</i> <i>p:0,007</i>
	<sup>2</sup> Önlisans	11 (6,3)	11,00±0,45	11(11-11)			
	<sup>3</sup> Lisans ve lisansüstü	136 (77,7)	11,23±1,26	12(11-12)			
<b>KVH'dan korunma</b>	<sup>1</sup> Lise ve altı	28 (16)	6,25±1,62	6(5-7,5)	$\chi^2:18,2$ 46	<b>&lt;0,001</b> **	<i>2&gt;1</i> <i>p:0,001</i>
	<sup>2</sup> Önlisans	11 (6,3)	8,64±0,92	9(9-9)			
	<sup>3</sup> Lisans ve lisansüstü	136 (77,7)	6,77±1,37	6(6-8)			
<b>KARRIF-BD Toplam Puan</b>	<sup>1</sup> Lise ve altı	28 (16)	18,46±4,96	21(16,5-22)	$\chi^2:30,5$ 28	<b>&lt;0,001</b> **	<i>1&lt;2</i> <i>p:0,001</i>
	<sup>2</sup> Önlisans	11 (6,3)	23,27±1,19	24(23-24)			
	<sup>3</sup> Lisans ve lisansüstü	136 (77,7)	21,44±2,32	22(22-23)			
<b>Çalışma Durumu</b>							
<b>KVH'nın özellikleri</b>	<sup>1</sup> Çalışan	81 (46,3)	3,10±1,11	0-4(4)	Z:2,967	<b>0,003**</b>	<i>1&lt;2</i>
	<sup>2</sup> Çalışmayan	94 (53,7)	3,46±1,06	1-4(4)			
<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	<sup>1</sup> Çalışan	81 (46,3)	10,57±1,89	3-13(11)	Z:3,221	<b>0,001**</b>	<i>1&lt;2</i>
	<sup>2</sup> Çalışmayan	94 (53,7)	11,32±1,29	9-13(12)			
<b>KVH'dan korunma</b>	<sup>1</sup> Çalışan	81 (46,3)	6,74±1,57	3-9(6)	Z:0,665	0,506	-
	<sup>2</sup> Çalışmayan	94 (53,7)	6,86±1,39	4-9(6)			
<b>KARRIF-BD Toplam Puan</b>	<sup>1</sup> Çalışan	81 (46,3)	20,41±3,51	6-24(22)	Z:2,861	<b>0,004**</b>	<i>1&lt;2</i>
	<sup>2</sup> Çalışmayan	94 (53,7)	21,65±2,57	14-24(22)			

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Test \* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$  IQR: %25-75 Percentil n: kişi sayısı Ort±Ss: Ortalama Standart Sapma

**Tablo 4.2.2.** Demografik Özelliklere Göre KARRIF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması (devamı)

Ölçek alt boyutları	Demografik Özellikler	n (%)	Ort±SD	Medyan (IQR)	Test Değ.	P	Post Hoc Dunn test
<b>Sigara Kullanımı</b>							
<b>KVH'nın özellikleri</b>	<sup>1</sup> Evet	65 (37,14)	3,11±1,00	3(2-4)	$\chi^2:10,641$	<b>0,005**</b>	$I < 2$ $p:0,001$
	<sup>2</sup> Hayır	87 (49,71)	3,49±1,06	4(4-4)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	23 (13,15)	3,09±1,41	4(2-4)			
<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	<sup>1</sup> Evet	65 (37,14)	10,49±1,36	11(10-11)	$\chi^2:30,527$	<b>&lt;0,000*</b>	$I < 2$ $p:0,001$
	<sup>2</sup> Hayır	87 (49,71)	11,31±1,53	12(11-12)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	23 (13,15)	11,09±2,35	12(12-12)			
<b>KVH'dan korunma</b>	<sup>1</sup> Evet	65 (37,14)	7,40±1,70	8(6-9)	$\chi^2:18,619$	<b>&lt;0,000*</b>	$I < 2$ $p:0,001$
	<sup>2</sup> Hayır	87 (49,71)	6,61±1,23	6(6-7)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	23 (13,15)	5,87±0,87	6(6-6)			
<b>KARRIF-BD Toplam Puan</b>	<sup>1</sup> Evet	65 (37,14)	21,00±3,11	22(20-23)	$\chi^2:2,545$	0,280	-
	<sup>2</sup> Hayır	87 (49,71)	21,41±2,72	22(22-23)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	23 (13,15)	20,04±4,16	22(19-22)			
<b>Alkol Kullanımı</b>							
<b>KVH'nın özellikleri</b>	<sup>1</sup> Evet	15 (8,6)	2,87±0,99	3(2-4)	$\chi^2:5,248$	0,072	-
	<sup>2</sup> Hayır	152 (86,9)	3,36±1,06	4(3-4)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	8 (4,5)	3,00±1,85	4(2-4)			
<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	<sup>1</sup> Evet	15 (8,6)	10,73±1,71	11(10-12)	$\chi^2:1,391$	0,499	-
	<sup>2</sup> Hayır	152 (86,9)	11,02±1,52	11(11-12)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	8 (4,5)	10,63±3,29	12(10,5-12)			
<b>KVH'dan korunma</b>	<sup>1</sup> Evet	15 (8,6)	6,33±1,40	6(6-7)	$\chi^2:7,538$	<b>0,023*</b>	$I > 3$ $p:0,021$
	<sup>2</sup> Hayır	152 (86,9)	6,92±1,46	6(6-8)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	8 (4,5)	5,50±1,31	6(5-6)			
<b>KARRIF-BD Toplam Puan</b>	<sup>1</sup> Evet	15 (8,6)	19,93±3,26	21(19-22)	$\chi^2:6,033$	<b>0,049*</b>	$I < 2$ $p:0,032$
	<sup>2</sup> Hayır	152 (86,9)	21,30±2,86	22(21-23)			
	<sup>3</sup> Bırakmış	8 (4,5)	19,13±5,74	22(18-22)			

$\chi^2$  Kruskal Wallis Test \* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$  IQR: %25-75 Percentil n: kişi sayısı Ort±Ss: Ortalama Standart Sapma

Tablo 4.2.2.'de demografik özelliklere göre KARRİF-BD toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş ile KARRİF-BD ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü 0,206 düzeyinde zayıf ilişki bulundu ( $r=0,206$ ;  $p=0,006$ ). KARRİF-BD ölçeğinin KVH'nın özellikleri ( $r=0,225$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ) ve KVH'nın risk faktörleri ( $r=0,229$ ;  $p=0,003$ ) alt boyutları ile yaş arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulundu. Yaş ile KVH'dan korunma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Cinsiyet ile KARRİF-BD ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Cinsiyet ile KVH'nın özellikleri ve KVH'dan korunma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Bununla birlikte kadınların KVH'nın risk faktörleri puanları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ( $p=0,020$ ).

BKI düzeyi ile KARRİF-BD ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,006$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; normal kilolu bireylerin ölçek toplamından aldıkları puanın, fazla kilolu ve obez bireylere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ( $p=0,025$ ;  $p=0,007$ ). BKI düzeyi ile KVH'nın özellikleri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). BKI düzeyi ile KVH'nın risk faktörleri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; obez bireylerin ölçek toplamından aldıkları puanlar, normal ve fazla kilolu bireylere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ). BKI düzeyi ile KVH'dan korunma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; obez bireylerin ölçek toplamından aldıkları puan, normal ve fazla kilolu bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ).

Katılımcıların eğitim durumu ile KARRİF-BD Ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Farklılığın hangi gruptan

kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu lise ve altı olan bireylerin ölçek toplamından aldıkları puanlar, eğitim durumu ön lisans, lisans ve lisansüstü olan bireylere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ). Aynı şekilde eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan bireylerin ölçek toplamından aldıkları puanlar da eğitim durumu ön lisans olan bireylere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,001$ ). Eğitim durumlarına göre katılımcıların KVVH'nın özellikleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu lise ve altı olan bireylerin ölçek toplamından aldıkları puanlar, eğitim durumu ön lisans, lisans ve lisansüstü olan bireylere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,010$ ). Eğitim durumlarına göre KVVH'nın risk faktörleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu lise ve altı olan bireylerin ölçek toplamından aldıkları puanlar, lisans ve lisansüstü olan bireylere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,007$ ). Eğitim durumlarına göre bireylerin KVVH'dan korunma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu önlisans olanların ölçek toplamından aldıkları puanlar, lise ve altı ile lisans ve lisansüstü olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ).

Çalışanların KARRİF-BD ölçek toplam puanları çalışmayan olgulardan istatistiksel olarak düşük olarak saptandı ( $p=0,004$ ). Çalışan olguların KVVH'nın özellikleri ve KVVH'nın risk faktörleri puanları çalışmayan olgulardan istatistiksel olarak düşük saptandı ( $p=0,003$ ;  $p=0,001$ ). Çalışma durumu ile KVVH'da korunma puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,506$ ).

Sigara kullanımı ile KARRİF-BD ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Sigara kullanan bireylerin KVVH'nın özellikleri puanı kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,001$ ). Sigara kullanan bireylerin KVVH'nın risk faktörleri puanı da kullanmayan ve bırakanlardan düşük olarak saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ). Kullanmayan ve bırakanların KVVH'nın risk faktörleri puanları arasında anlamlı farklılık yoktur

( $p>0,05$ ). Sigara kullanan bireylerin KVVH'dan korunma puanı, sigara kullanmayan ve bırakanlardan yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ;  $p=0,009$ ). Kullanmayan ve bırakanların KVVH'dan korunma puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanımına göre katılımcıların KARRİF-BD ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,049$ ). Alkol kullanımı ile KVVH'nın özellikleri ve KVVH'nın risk faktörleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Alkol kullanımı ile KVVH'dan korunma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $p=0,023$ ) alkol kullananların puanı alkolü bırakmış olgulardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,021$ ).

**Tablo 4.2.3.** Sağlığa İlişkin Özelliklere Göre KARRİF-BD Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları		n (%)	Ort+SD	Medyan (IQR)	Test Değ.	P
<b>Eğzersiz Yapma Sıklığı</b>						
KVVH'nın özellikleri	<sup>1</sup> Yapıyor	112 (64)	3,40±1,13	4(3-4)	Z:2,863	<b>0,004**</b>
	<sup>2</sup> Yapmıyor	63 (36,0)	3,11±1,03	3(2-4)		
KVVH'nın risk faktörleri	<sup>1</sup> Yapıyor	112 (64)	11,42±1,58	12(12-12)	Z:8,169	<b>0,001**</b>
	<sup>2</sup> Yapmıyor	63 (36,0)	10,19±1,44	11(10-11)		
KVVH'dan korunma	<sup>1</sup> Yapıyor	112 (64)	6,05±0,881	6(6-6)	Z:8,722	<b>0,001**</b>
	<sup>2</sup> Yapmıyor	63 (36,0)	8,14±1,45	9(8-9)		
KARRİF-BD Toplam Puanı	<sup>1</sup> Yapıyor	112 (64)	20,87±2,91	22(21-22)	Z:3,427	<b>0,001**</b>
	<sup>2</sup> Yapmıyor	63 (36,0)	21,44±3,39	23(21-24)		
<b>Strese Maruziyet</b>						
KVVH'nın özellikleri	Evet	62 (35,4)	2,73±1,42	3(2-4)	Z:-4,153	<b>0,001**</b>
	Hayır	113 (64,6)	3,61±0,71	4(3-4)		
KVVH'nın risk faktörleri	Evet	62 (35,4)	10,89±1,85	12(10-12)	Z:-0,360	0,719
	Hayır	113 (64,6)	11,03±1,52	11(11-12)		
KVVH'dan korunma	Evet	62 (35,4)	5,89±1,04	6(6-6)	Z:-5,977	<b>0,001**</b>
	Hayır	113 (64,6)	7,31±1,44	7(6-9)		
KARRİF-BD Toplam Puan	Evet	62 (35,4)	19,5±3,53	21,5(18-22)	Z:-6,169	<b>0,001**</b>
	Hayır	113 (64,6)	21,95±2,45	22(22-23)		

<sup>Z</sup>:Mann Whitney U Test

<sup>χ</sup><sup>2</sup>:Kruskal Wallis Test

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

IQR: %25-75 Percentil n: kişi sayısı

**Tablo 4.2.3.** Sağlığa İlişkin Özelliklere Göre KARRIF-BD Alt Boyut ve Toplam Puanının Karşılaştırılması (devamı)

Ölçek alt boyutları		n (%)	Ort+Ss	Medyan (IQR)	Test Değ.	P
<b>Kendisinde Kronik Hastalık Öyküsü Olan Bireyler</b>						
<b>KVH'nın özellikleri</b>	Yok	95 (54,2)	3,47±1,02	4(3-4)	Z:-2,752	<b>0,006**</b>
	Var	80 (45,8)	3,07±1,17	4(2-4)		
<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	Yok	95 (54,2)	11,22±1,46	12(11-12)	Z:-3,396	<b>0,001**</b>
	Var	80 (45,8)	10,65±1,82	11(11-12)		
<b>KVH'dan korunma</b>	Yok	95 (54,2)	6,5±1,17	6(6-6)	Z:-3,059	<b>0,002**</b>
	Var	80 (45,8)	7,22±1,74	7(6-9)		
<b>KARRIF-BD Tolam Puan</b>	Yok	95 (54,2)	21,19±2,58	22(21-22)	Z:-0,959	0,337
	Var	80 (45,8)	20,93±3,71	22(22-23)		
<b>Ailesinde Kronik Hastalık Öyküsü Olan Bireyler</b>						
<b>KVH'nın özellikleri</b>	Yok	87 (49,7)	3,39±1,05	4(3-4)	Z:-1,092	0,275
	Var	86 (50,3)	3,20±1,15	4(2-4)		
<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	Yok	87 (49,7)	10,98±1,31	11(10-12)	Z:-1,192	0,318
	Var	86 (50,3)	10,98±1,92	12(11-12)		
<b>KVH'dan korunma</b>	Yok	87 (49,7)	7,18±1,52	7(6-9)	Z:-3,193	<b>0,001**</b>
	Var	86 (50,3)	6,43±1,34	6(6-7)		
<b>KARRIF-BD Toplam Puan</b>	Yok	87 (49,7)	21,55±2,53	22(22-23)	Z:-2,316	<b>0,021*</b>
	Var	86 (50,3)	20,61±3,52	22(20-22)		

<sup>Z</sup>=Mann Whitney U Tes <sup>\*</sup>p<0,05 <sup>\*\*</sup>p<0,01 IQR: %25-75 Percentil n: kişi sayısı Ort+Ss: Ortalama Standart Sapma

Egzersiz yapanları KARRİF-BD ölçek toplam puanı yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı (p=0,001). Egzersiz yapanların KVH'nın özellikleri puanları yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı (p=0,004). Egzersiz yapanların KVH'nın risk faktörleri puanı yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı (p=0,001). Egzersiz yapanların KVH'dan korunma puanları yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı (p=0,001).

Strese maruziyet ile KARRİF-BD ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında strese maruz kalanların kalmayanlara göre toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı (p=0,001). Alt boyutlar açısından karşılaştırıldığında strese

maruz kalanların KVH'nın özellikleri ( $p=0,001$ ) ve KVH'dan korunma puanları ( $p=0,001$ ), strese maruz kalmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Strese maruz kalma ile KVH'nın risk faktörleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Kronik hastalığı olan bireylerin KARRİF-BD Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Alt boyutlar karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan bireylerin KVH'nın özellikleri puanı ( $p=0,006$ ) ve KVH'nın risk faktörleri puanı ( $p=0,001$ ) anlamlı düzeyde düşük iken; KVH'dan korunma puanı ( $p=0,002$ ) anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Ailesinde kronik hastalık olanların KARRİF-BD ölçeğinden aldıkları toplam puan ailesinde kronik hastalık olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,02$ ). Alt boyutlar açısından karşılaştırıldığında KVH'nın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri puanları anlamlı farklılık göstermezken ( $p>0,05$ ); KVH'dan korunma puanları ailesinde kronik hastalık olanlarda istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptandı ( $p=0,001$ ).

#### 4.3. Hastaların Sosyo Demografik ve Sağlığa İlikin Özellikleri SYBD-II Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

**Tablo 4.3.1.** SYDÖ-II Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları

	Madde Sayısı	Medyan (IQR)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Sağlık Sorumluluğu	9	25(17-31)	24,23±7,26	0,932
Fiziksel Aktivite	8	20(11-24)	17,97±6,55	0,900
Beslenme	9	24(14-28)	21,62±7,09	0,915
Manevi Gelişim	9	29(22-32)	27,10±5,02	0,804
Kişilerarası İlişkiler	9	28(23-31)	27,17±4,70	0,815
Stres Yönetimi	8	23(14-24)	20,07±5,50	0,874
<b>Toplam puan</b>	<b>52</b>	<b>144,5(103-171)</b>	<b>138,85±34,42</b>	<b>0,978</b>

*Ort±Ss : Ortalama Standart Sapma IQR: %25-75 Percentil n: kişi sayısı*

Tablo 4.3.1.'de çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Buna göre alt boyut puan ortalamaları;“Sağlık

Sorumluluğu” 24,23±7,26, “Fiziksel Aktivite” 17,97±6,55, “Beslenme” 21,62±7,09, “Manevi Gelişim” 27,10±5,02, “Kişilerarası İletişim” 27,17±4,70, “Stres Yönetimi” 20,07±5,50’dir. Ölçek toplam puanı aldıkları puanlar 78 ile 188 arasında değışmekte olup, ortalaması 138,85±34,42’dir.



**Tablo 4.3.2. Demografik Özelliklere Göre SYBDÖ-II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II							Toplam Puan
	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi		
<b>Yaş</b>	0,109	0,109	0,127	0,104	0,094	0,106	0,120	
<b>P</b>	<b>0,151</b>	<b>0,154</b>	<b>0,095</b>	<b>0,173</b>	<b>0,215</b>	<b>0,164</b>	<b>0,116</b>	
<b>Kadın (n=56)</b>	29(19-31)	22(14-25)	26(19-29)	29(25-32)	28(24,5-31,5)	24(18-24,5)	166(122-171)	
<b>Ort±Ss</b>	25,89±6,85	19,7±5,97	23,71±6,26	27,91±4,59	27,95±4,16	21,21±4,63	146,69±31,02	
<b>Erkek (n=119)</b>	22(16-30)	17(10-24)	20(13-28)	28(22-32)	28(23-31)	21(13-24)	138(100-171)	
<b>Ort±Ss</b>	23,45±7,34	17,17±6,67	20,64±7,26	26,72±5,19	26,81±4,9	19,53±5,8	135,27±35,41	
<b>Test Değeri</b>	Z: -1,882	Z: -2,108	Z: -2,437	Z: -1,152	Z: -1,401	Z: -1,559	Z: -1,589	
<b>P</b>	<b>*0,060</b>	<b>*0,035*</b>	<b>*0,015*</b>	<b>*0,249</b>	<b>*0,161</b>	<b>*0,119</b>	<b>*0,112</b>	
<b><sup>1</sup>Normal Kilolu (n=47) (%26,9)</b>	29(20-32)	23(16-26)	26(20-27)	30(28-32)	28(27-32)	24(20-24)	166(141-171)	
<b>Ort±Ss</b>	26,21±6,54	20,96±5,64	23,94±5,53	29,43±3,73	28,28±4,2	22,21±3,79	151,89±26,92	
<b><sup>2</sup>Fazla Kilolu (n=68) (%38,9)</b>	29(20,5-32,5)	22(14-24)	26(19,5-29)	30(25,5-32)	28(24-32)	24(16,5-25)	166(115-176)	
<b>Ort±Ss</b>	26,74±6,71	19,73±6	24,04±6,63	28,28±4,78	28,43±4,55	21,46±5,22	149,32±32,3	
<b><sup>2</sup>Obez (n=60) (%34,3)</b>	17(15-24)	11(9-19)	15(12-22,5)	22,5(21-27)	24(22-28)	14(13-22,5)	102(94-138,5)	
<b>Ort±Ss</b>	19,83±6,38	13,73±5,61	17,07±6,51	23,95±4,64	24,88±4,43	16,82±5,51	117,35±31,71	
<b>Test Değeri</b>	$\chi^2$ : 31,841	$\chi^2$ : 40,502	$\chi^2$ : 34,394	$\chi^2$ : 36,491	$\chi^2$ : 21,321	$\chi^2$ : 31,071	$\chi^2$ : 33,910	
<b>P</b>	<b>b0,001**</b>	<b>b0,001**</b>	<b>b0,001**</b>	<b>b0,001**</b>	<b>b0,001**</b>	<b>b0,001**</b>	<b>b0,001**</b>	
<b>Post Hoc Dunn test</b>	3<1 p:0,001	3<1 p:0,001	3<1 p:0,001	3<1 p:0,001	3<1 p:0,001	3<1 p:0,001	3<1 p:0,001	
	3<2 p:0,001	3<2 p:0,001	3<2 p:0,001	3<2 p:0,001	3<2 p:0,001	3<2 p:0,001	3<2 p:0,001	
<b><sup>1</sup>≤Lise (n=28) (%16)</b>	23(18,5-27)	18(12-22)	24(17-26,5)	28(24,5-30)	27,5(23-31,5)	22(17,5-24)	141(114-157)	
<b>Ort±Ss</b>	23,07±6,09	17,3±5,27	22,04±6,18	27,21±4,1	27,18±4,64	20,71±4,32	137,19±27,9	
<b><sup>2</sup>Ön Lisans (n=11) (%6,3)</b>	15(15-16)	9(9-11)	13(11-14)	21(20-22)	22(19-23)	12(13-24)	94(91-99)	
<b>Ort±Ss</b>	15,82±1,78	9,85±1,08	13,45±2,88	20,45±2,66	21,73±2,33	12,27±1,49	94,55±7,41	
<b><sup>3</sup>Lisans ve Lisansüstü (n=136) (%77,7)</b>	29(17-31,5)	22(12-24)	26(15-29)	30(23-32)	28(24-32)	24(14-25)	166(105-173)	
<b>Ort±Ss</b>	25,15±7,3	18,77±6,58	22,2±7,12	27,62±4,97	27,61±4,6	20,57±5,46	142,83±34,46	
<b>Test Değeri</b>	$\chi^2$ : 17,550	$\chi^2$ : 18,207	$\chi^2$ : 13,824	$\chi^2$ : 17,921	$\chi^2$ : 15,553	$\chi^2$ : 24,092	$\chi^2$ : 19,701	
<b>P</b>	<b>*0,001**</b>	<b>*0,001**</b>	<b>*0,001**</b>	<b>*0,001**</b>	<b>*0,001**</b>	<b>*0,001**</b>	<b>*0,001**</b>	
<b>Post Hoc Dunn test</b>	2<1 p:0,012	2<1 p:0,010	2<1 p:0,006	2<1 p:0,005	2<1 p:0,004	2<1 p:0,001	2<1 p:0,003	
	2<3 p:0,001	2<3 p:0,001	2<3 p:0,001	2<3 p:0,001	2<3 p:0,001	2<3 p:0,001	2<3 p:0,001	

r=Spearman'ın Korelasyon Katsayısı <sup>z</sup>Mann Whitney U Test  $\chi^2$ Kruskal Wallis Test \*p<0,05 Ort±Ss: Ortalama Satandart Sapma n: Kişi SayısıIQR: %25-75 Percentil

**Tablo 4.3.2.** Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması  
(Devamı)

		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği							
		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan	
<sup>1</sup> Çalışan (n=81) (%46,2)	Medyan (IQR)	22(17-29)	17(11-24)	20(13-26)	28(22-32)	28(23-30)	20(14-24)	141(105-166)	
	Ort±Ss	23±6,5	17,2±6,6	20,33±6,64	26,84±4,99	26,41±4,41	19,36±5,29	134,22±32,13	
<sup>2</sup> Çalışmayan(n=94) (%53,8)	Medyan (IQR)	29(17-32)	22(11-24)	26(15-29)	29(23-32)	28(24-32)	24(14-25)	166(103-174)	
	Ort±Ss	25,28±7,73	18,647±6,45	22,73±7,31	27,33±5,07	27,82±4,85	20,68±5,62	142,97±35,99	
<b>Test Değeri</b>		Z:2,096	Z:1,192	Z:2,583	Z:0,705	Z:2,021	Z:2,110	Z:1,989	
<b>P</b>		<b>0,036*</b>	<b>0,233</b>	<b>0,010*</b>	<b>0,481</b>	<b>0,043*</b>	<b>0,035*</b>	<b>0,047*</b>	
<sup>1</sup> Kullanıyor (n=65) (%37,14)	Medyan (IQR)	18(16-23)	11(9-17)	15(12-22)	23(22-28)	23(22-28)	14(13-20)	107(95-138)	
	Ort±Ss	19,86±5,54	13,91±5,66	17,14±6,14	24,18±4,82	24,49±3,99	16,77±5,04	117,32±28,98	
<sup>2</sup> Kullanmıyor (n=87) (49,71)	Medyan (IQR)	29(19-33)	22(14,5-24,5)	26(18-29)	30(26-32)	30(27-32)	24(18-25)	166(122,5-177)	
	Ort±Ss	26,86±7,25	20,08±5,93	24,21±6,55	28,59±4,54	28,75±4,43	21,72±5,06	150,83±32,53	
<sup>3</sup> Birakmış (n=23) (%13,15)	Medyan (IQR)	29(24-30)	23(18-26)	26(20-29)	31(29-32)	28(28-32)	24(23-25)	166(138-170)	
	Ort±Ss	26,61±5,63	21,7±5,19	24,52±5,04	29,74±3,18	28,78±4,23	23,13±3,49	155,96±23,36	
<b>Test Değeri</b>		$\chi^2$ :34,980	$\chi^2$ :38,455	$\chi^2$ :42,408	$\chi^2$ :31,807	$\chi^2$ :33,041	$\chi^2$ :35,035	$\chi^2$ :38,564	
<b>P</b>		<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	
<b>Post Hoc Dunn test</b>		$I < 2$ p:0,001	$I < 2$ p:0,001	$I < 2$ p:0,001	$I < 2$ p:0,001	$I < 2$ p:0,001	$I < 2$ p:0,001	$I < 2$ p:0,001	
		$I < 3$ p:0,002	$I < 3$ p:0,001	$I < 3$ p:0,001	$I < 3$ p:0,001	$I < 3$ p:0,001	$I < 3$ p:0,001	$I < 3$ p:0,001	
<sup>1</sup> Kullanıyor (n=15) (%8,6)	Medyan (IQR)	22(18-29)	16(12-22)	21(13-26)	26(24-32)	27(23-29)	16(14-24)	124(107-166)	
	Ort±Ss	22,87±5,73	16,53±5,93	20,04±6,1	26,93±4,18	25,93±4,01	18,13±4,76	131,73±28,51	
<sup>2</sup> Kullanmıyor (n=152) (%86,9)	Medyan (IQR)	25,5(17-31)	21(11-24)	24,5(14-28)	29(22-32)	28(23-31)	23(14-24)	150(102-171)	
	Ort±Ss	24,14±7,38	18,02±6,67	21,56±7,15	26,99±5,18	27,05±4,7	20,05±5,53	138,41±35,02	
<sup>3</sup> Birakmış (n=8) (%4,5)	Medyan (IQR)	29,5(25-33,5)	22,5(15-23,5)	29,5(18,5-30,5)	29,5(28,5-31)	32,5(30-34)	24,5(20,5-28)	170(138-183)	
	Ort±Ss	28,5±6,59	19,63±5,24	25,13±7,28	29,63±2,2	31,75±3,45	24±4,57	160,5±27,14	
<b>Test Değeri</b>		$\chi^2$ :2,863	$\chi^2$ :0,849	$\chi^2$ :4,412	$\chi^2$ :1,206	$\chi^2$ :9,372	$\chi^2$ :5,579	$\chi^2$ :4,446	
<b>P</b>		<b>0,239</b>	<b>0,654</b>	<b>0,110</b>	<b>0,547</b>	<b>0,009**</b>	<b>0,061</b>	<b>0,108</b>	
<b>Post Hoc Dunn test</b>		-	-	-	-	3>1 p:0,010	-	-	
		-	-	-	-	3>2 p:0,014	-	-	

r=Spearman'ın Korelasyon Katsayısı <sup>z</sup>Mann Whitney U Test  $\chi^2$ Kruskal Wallis Test \*p<0,05 Ort±Ss: Ortalama Satandart Sapma n: Kişi SayısıIQR: %25-75 Percentil

Tablo 4.3.2.'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SYBDÖ-II toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaşları ile SYBDÖ-II toplam puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Cinsiyete göre bireylerin “Sağlık Sorumluluğu”, “Manevi Gelişim”, “Kişilerarası İlişkiler”, “Stres Yönetimi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Kadınların “Fiziksel Aktivite” ( $p= 0,035$ ) ve “Beslenme” ( $p= 0,015$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Katılımcıların BKI düzeyi ile SYBDÖ-II alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p= 0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; obez bireylerin sağlık sorumluluğu ( $p= 0,001$ ), fiziksel aktivite ( $p= 0,001$ ), beslenme ( $p= 0,001$ ), manevi gelişim ( $p= 0,001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $p= 0,001$ ), stres yönetimi ( $p= 0,001$ ) alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının normal kilolu ve fazla kilolu bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. SYBDÖ-II toplam puanı ile BKI arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p= 0,001$ ) ve obez bireylerde normal kilolu ve fazla kilolu bireylere göre puan ortalamasının daha düşük olduğu saptandı ( $p= 0,001$ ).

Katılımcıların eğitim düzeyi ile SYBDÖ-II alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p= 0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim durumu lisans ve üstü olan bireylerin sağlık sorumluluğu ( $p= 0,001$ ), fiziksel aktivite ( $p= 0,001$ ), beslenme ( $p= 0,001$ ), manevi gelişim ( $p= 0,001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $p= 0,001$ ), stres yönetimi ( $p= 0,001$ ) alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının ön lisans ve altındaki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. SYBDÖ-II toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki saptandı ( $p= 0,001$ ) ve eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan bireylerin eğitim durumu ön lisans ve altı olan bireylere göre yüksek olduğu saptandı ( $p= 0,001$ ).

Çalışan bireylerin SYBDÖ-II “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puan çalışmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüzeyde düşük olarak saptandı ( $p=0,036$ ). Çalışan ve çalışmayan bireylerin SYBDÖ-II “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışan bireylerin SYBDÖ-II “Beslenme” alt boyutundan aldığı puan çalışmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüzeyde düşük olarak saptandı ( $p=0,010$ ). Çalışan ve çalışmayan bireylerin SYBDÖ-II “Manevi Gelişim” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Çalışan bireylerin SYBDÖ-II “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutundan aldığı puan çalışmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüzeyde düşük olarak saptandı ( $p=0,043$ ). Çalışan bireylerin SYBDÖ-II “Stres Yönetimi” alt boyutundan aldığı puan çalışmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüzeyde düşük olarak saptandı ( $p=0,035$ ). Çalışan bireylerin SYBDÖ-II toplamından aldığı puan çalışmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüzeyde düşük olarak saptandı ( $p=0,047$ ).

Katılımcıların sigara kullanım durumu ile SYBDÖ-II alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p= 0,001$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sigara kullanan bireylerin sağlık sorumluluğu ( $p= 0,001$ ), fiziksel aktivite ( $p= 0,001$ ), beslenme ( $p= 0,001$ ), manevi gelişim ( $p= 0,001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $p= 0,001$ ), stres yönetimi ( $p= 0,001$ ) alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının sigara kullanmayan ve sigara kullanımını bırakmış bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. SYBDÖ-II toplam puanı ile sigara kullanımını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p= 0,001$ ) ve sigara kullananların sigara kullanmayan ve bırakmış bireylere göre puan ortalamasının daha düşük olduğu saptandı ( $p= 0,001$ ).

Alkol kullanımına göre bireylerin SYBDÖ-II “Sağlık Sorumluluğu”, “Fiziksel Aktivite”, “Beslenme”, “Manevi Gelişim”, “Stres Yönetimi” alt boyutlarından ve

ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Alkol kullanımına göre bireylerin SYBDÖ-II “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ). Alkol kullanımını bırakmış olan bireylerin alt boyuttan aldıkları puanlar, alkol kullanan ve alkol kullanmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,010$ ;  $p=0,014$ ).



**Tablo 4.3.3.** Sağlığa İlişkin Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği							
			Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan
Egzersiz Yapma Sıklığı	<sup>1</sup> Egzersiz yapıyor (n=112) (%64)	Medyan (QR) Ort±Ss	29(26-33) 28,44±5,33	23(22-25) 22,25±3,89	26(25-29) 26,11±4,21	31(29-32) 30,14±2,91	30(28-32) 29,79±3,48	24(23-25) 23,64±3,00	166(152-176) 161,46±19,79
	<sup>2</sup> Hiç Yapmıyor (n=63) (%36)	Medyan (QR) Ort±Ss	16(15-18) 16,73±2,76	10(9-12) 10,54±1,82	13(12-15) 13,65±2,88	21(20-24) 21,70±3,04	23(21-24) 22,51±2,39	13(13-14) 13,71±2,14	98(93-106) 99,75±11,48
		<b>Test Değeri</b>	Z:-9,916	Z:-10,517	Z:-10,530	Z:-10,233	Z:-9,739	Z:-10,769	Z:-10,666
		<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
Strese Sık Maruz Kalma	Evet (n=62) (%35,4)	Medyan (QR) Ort±Ss	26(20-29) 24,61±4,86	21,54(15-26) 20,34±5,55	25,5(20-26) 23,08±4,11	29,5(26-32) 28,68±3,71	28(25-28) 26,95±3,06	23,5(18-24) 21,26±3,82	150,5(126-166) 145,87±21,74
	Hayır (n=113) (%64,6)	Medyan (QR) Ort±Ss	22(11-33) 24,02±8,29	16(9-23) 16,63±6,71	20(13-29) 20,82±8,19	28(21-31) 26,24±5,44	28(23-32) 27,29±5,4	22(13-25) 19,42±6,15	123(96-176) 134,9±39,37
		<b>Test Değeri</b>	Z:-0,163	Z:-4,250	Z:-0,756	Z:-2,770	Z:-0,816	Z:-0,989	Z:-0,645
		<b>P</b>	0,871	<b>0,001**</b>	<b>0,450</b>	<b>0,006**</b>	0,414	0,323	0,519
Z:Mann Whitney U Test		χ <sup>2</sup> :Kruskal Wallis Test	*p<0,05	**p<0,01	Ort±Ss: Ortalama Satandart Sapma	n: Kişi Sayısı	IQR: %25-75 Percentil		

**Tablo 4.3.3.** Sağlığa İlişkin Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği							
			Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan
<b>Kendisinde Kronik Hastalık</b>	<b>Yok (n=95) (%54,2)</b>	<i>Medyan (QR)</i>	29(18-32)	22(13-25)	26(18-29)	30(25-32)	28(24-32)	24(18-25)	166(115,5-173)
		<i>Ort±Ss</i>	25,89±7,12	19,88±6,09	23,53±6,48	28,16±4,81	28±4,65	21,46±4,85	147,47±32,36
	<b>Var (n=80) (%45,8)</b>	<i>Medyan (QR)</i>	20(16-29)	14(9,5-22)	17(13-26)	26(21-30,5)	25,5(22,5-30)	16,5(13-24)	117,5(97,5-166)
		<i>Ort±Ss</i>	22,25±6,95	15,76±6,39	19,36±7,15	25,85±5,01	26,19±4,58	18,41±5,78	128,95±34,23
		<b>Test Değeri</b>	Z:-3,276	Z:-4,049	Z:-3,776	Z:-3,035	Z:-2,629	Z:-3,476	Z:-3,412
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,002**</b>	<b>0,009**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	
<b>Ailesinde Kronik Hastalık</b>	<b>Yok (n=87) (%49,7)</b>	<i>Medyan (QR)</i>	20(16-31)	14(10-24)	18(13-28)	25(21-32)	26(23-31)	18(13-24)	119(99-171)
		<i>Ort±Ss</i>	23,25±7,64	16,66±7	20,21±7,61	26,14±5,24	26,55±4,69	18,8±5,74	132,49±36,76
	<b>Var (n=88) (50,3)</b>	<i>Medyan (QR)</i>	26(19-31)	22(14-24)	26(17-28,5)	29(26-32)	28(23,5-31,5)	24(17-25)	153(118-171)
		<i>Ort±Ss</i>	25,19±6,76	19,27±5,81	23,02±6,26	28,06±4,63	27,78±4,64	21,32±4,97	145,22±30,81
		<b>Test Değeri</b>	Z:-1,388	Z:-2,346	Z:-2,437	Z:-2,254	Z:-1,669	Z:-2,839	Z:-1,957
	<b>P</b>	0,165	<b>0,019*</b>	<b>0,015*</b>	<b>0,024*</b>	0,095	<b>0,005**</b>	<b>0,047*</b>	
<i>Z:Mann Whitney U Test</i>		<i>*p&lt;0,05</i>	<i>**p&lt;0,01</i>	<i>Ort±Ss: Ortalama Standart Sapma</i>			<i>n: Kişi Sayısı</i>	<i>IQR: %25-75 Percentil</i>	

Tablo 4.3.3. 'de Sağlığa ilişkin özelliklere göre SYBDÖ-II toplam puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verildi.

Egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ-II ‘Sağlık Sorumluluğu’ alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ). Egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ-II ‘Fiziksel Aktivite’ alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ). Egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ-II ‘Beslenme’ alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ). Egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ-II ‘Manevi Gelişim’ alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ). Egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ-II ‘Kişilerarası İlişkiler’ alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ). Egzersiz yapma sıklığına göre bireylerin SYBDÖ-II ‘Stres Yönetimi’ alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ). Egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ-II toplamından aldıkları puanlar alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı ( $p=0,001$ ).

Strese maruziyet durumuna göre SYBDÖ-II ‘Sağlık Sorumluluğu’, ‘Beslenme’, ‘Kişilerarası İlişkiler’, ‘Stres Yönetimi’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Strese sık maruz kalan bireylerin SYBDÖ-II ‘Fiziksel Aktivite’ alt boyutundan aldıkları puanlar, strese sık maruz kalmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ). Strese sık maruz kalan bireylerin SYBDÖ-II ‘Manevi Gelişim’ alt boyutundan aldıkları puanlar, strese sık maruz kalmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,006$ ).

Kronik hastalığı olan bireylerin SYBDÖ-II ‘Sağlık Sorumluluğu’, ‘Fiziksel Aktivite’, ‘Beslenme’, ‘Manevi Gelişim’, ‘Kişilerarası İlişkiler’, ‘Stres Yönetimi’

alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar incelendiğinde; kronik hastalığı olan bireylerin puanları kronik hastalığı olmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı (sırasıyla  $p=0.001$ ;  $p=0.01$   $p=0.001$ ;  $p=0.003$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0.001$ ;  $p=0.001$ ).

Ailesinde kronik hastalık olup olmama durumuna göre SYBDÖ-II “Sağlık Sorumluluğu” ve “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ( $p>0,05$ ). Ailesinde kronik hastalık olan bireylerde SYBDÖ-II “Fiziksel Aktivite”, “Beslenme”, “Manevi Gelişim”, “Stres Yönetimi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanları incelendiğinde; ailesinde kronik hastalık görülen bireylerin puanları ailesinde kronik hastalık görülmeyen bireylerin puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla  $p=0.019$ ;  $p=0.015$ ;  $p=0.024$ ;  $p=0.005$ ;  $p=0.047$ ).

#### 4.4. Hastaların Kardiyovasküler Riskleri Bilme Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 4.4.1.** Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		<b>KVH'nın özellikleri</b>	<b>KVH'nın risk faktörleri</b>	<b>KVH'dan korunma</b>	<b>KARRİF-BD Toplam</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	R	0,471	0,641	-0,475	-0,031
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,680</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	R	0,381	0,673	-0,567	-0,128
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,095</b>
<b>Beslenme</b>	R	0,418	0,652	-0,501	-0,070
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,357</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	R	0,360	0,570	-0,508	-0,138
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,069</b>
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	R	0,385	0,561	-0,437	-0,075
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,322</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	R	0,340	0,638	-0,524	-0,126
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,095</b>
<b>Toplam puan</b>	R	0,396	0,633	-0,535	-0,102
	<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,182</b>

*r=Spearman's Korelasyon Katsayısı*

*\*\*p<0,01*

Tablo 4.4.1.'de bireylerin KARRİF-BD ölçeği KVH'nın özellikleri alt boyut puanı ile SYBDÖ-II toplam puanı ve Sağlık Sorumluluğu ( $r=0,471$ ), Fiziksel Aktivite ( $r=0,381$ ), Beslenme ( $r=0,418$ ), Manevi Gelişim ( $r=0,360$ ), Kişilerarası İlişkiler ( $r=0,385$ ), Stres Yönetimi ( $r=0,340$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki saptandı.

Bireylerin KARRİF-BD Ölçeğinin alt boyutu KVH'nın risk faktörleri puanları ile SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu ( $r=0,641$ ), Fiziksel Aktivite ( $r=0,673$ ), Beslenme ( $r=0,652$ ), Manevi Gelişim ( $r=0,570$ ), Kişilerarası İlişkiler ( $r=0,561$ ), Stres Yönetimi ( $r=0,638$ ) alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki saptandı.

Bireylerin KARRİF-BD Ölçeğinin alt boyutu KVH'dan korunma puanları ile SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu ( $r=-0,475$ ), Fiziksel Aktivite ( $r=-0,567$ ), Beslenme

( $r=-0,501$ ), Manevi Gelişim ( $r=-0,508$ ), Kişilerarası İlişkiler ( $r=-0,437$ ), Stres Yönetimi ( $r=-0,524$ ) alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Çalışmaya katılan bireylerin KARRİF-BD ölçeği toplam puanı ile SYBDÖ-II'nin tüm alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde araştırma kapsamına dahil edilen 175 katılımcıya ait bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

### 5.1. Katılımcıların Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirildiği zaman KARRİF-BD toplam puanları 6 ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama  $21,08 \pm 3,10$  olduğu saptandı (Tablo 4.2.1). Hepcan Örs ve Tümer'in kalp hastası olmayan yetişkin 253 kadın ile yaptıkları çalışmada KARRİF-BD puanları  $17,67 \pm 4,85$  bulunmuştur (77). Oğuz ve diğerlerinin üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin KARRİF-BD ortalama puan ortalamasının  $19,5 \pm 4,6$  olduğu saptanmıştır (51). Bizim çalışmamıza yakın sonuç elde edilmiştir. Arıkan ve diğerlerinin sağlık çalışanları ve diğer kurum çalışanlarından oluşan toplam 200 kişi ile yaptıkları araştırmada KARRİF-BD ölçeği" toplam puan ortalamasını  $19,3 \pm 3,2$  bulunmuştur (75). Paslı ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada ölçeğin puan ortalaması  $17,86 \pm 2,83$  olarak saptanmıştır (78). Tan ve diğerlerinin kırsal kesimlerde yaşayan 113 kadınla yaptığı çalışmada KARRİF-BD ölçeği" toplam puan ortalamasını  $13,05 \pm 6,93$  olarak saptamıştır (79). Uysal ve arkadaşları "KARRİF-BD ölçeğini" hemşirelik bölümü öğrencilerinde  $21,8 \pm 4,37$  puan, edebiyat fakültesi öğrencilerinde ise  $17,1 \pm 4,37$  olarak saptamıştır (80). Hemşirelik bölümü öğrencilerin KARRİF-BD ölçek puan ortalaması sonucu bizim çalışmamıza yakın olarak bulunmuştur bunun sonucu olarak eğitim durumunun branşlaşması olarak düşünülebilir. Gürdoğan ve diğerlerinin 82 metal işçisiyle yaptıkları çalışmada  $18,65 \pm 4,04$  olarak saptanmıştır (81). Şimşek ve Ökmek tarafından spor bilimleri öğrencilerine yapılan çalışmada KARRİF-BD Puanı ortalaması ise  $16,70 \pm 4,71$  olduğu bulunmuştur (82).

Homko ve arkadaşlarının kırsal ve şehir içinde yaşayan bireylerle yaptıkları çalışmada kırsal kesimin KVH bilgi düzeyinin şehir içinde yaşayanlara oranla düşük olduğu saptanmıştır (83). Aminde ve arkadaşlarının Kamerun'da yapmış oldukları bir çalışmada KVH'lar hakkında nüfus bilgi düzeyinde önemli bir açıklık olduğu yönünde sosyoekonomik durumda göz önüne alınarak uygun maliyetli toplum sağlığı eğitiminin yararlılığı olduğunu söylemektedir (84). Sosyoekonomik durumu hesaba katan uygun maliyetli toplum sağlığı eğitimi müdahaleleri bu ortamda faydalı olabilir. Çalışmalar arasında puan farkı olmasının nedeni araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeyi, çalışmaların yapıldığı bireylerin sağlık alanı ile ilgili bilgi düzeyi farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Sergileme Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Katılımcıların SYBDÖ-II'den aldıkları puanlar 78 ile 188 arasında değişmekle birlikte, ortalama  $138,85 \pm 34,42$  olarak saptandı (Tablo 4.3.1). Hepcan Örs ve Tümer'in kadınlar ile yaptıkları çalışmada SYBDÖ-II'den aldıkları puan ortalaması  $125,29 \pm 22,04$ 'tür (77). Aydın'ın 60 yaş üstü 98 Roman vatandaşı ile yapılan çalışmasında yaşlı Romanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması  $115,98 \pm 15,82$  olduğu saptanmıştır (73). Polat ve Kahraman'ın yaptığı çalışmasında yaşlı bireylerin toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması ise  $127,33 \pm 18,69$  olduğu belirlenmiştir (85). Arıkan'ın çalışmasında Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalaması  $126,94 \pm 18,92$  olarak bulunmuştur (86). Çalışmaya katılan bireylerin puan ortalamasının farklı olma sebebinin kültürel durumları olduğu düşünülebilir. Çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ-II ölçeği alt boyutlarından en yüksek ortalamayı manevi gelişim ve kişilerarası ilişkilerin aldığı bulundu. Arıkan'ın çalışmasında da ölçek alt boyutunda aldığı en yüksek puan manevi gelişim ve kişilerarası ilişkilerin olduğu bulunmuştur (86). Aydın'ın çalışmasında da en yüksek puan ortalaması kişilerarası ilişkiler olarak bulunmuştur (73). Bu çalışmalardan farklı olarak Polat ve Kahraman'ın çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde kendini gerçekleştirme alt grubu en

yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt grubu ise en düşük puanı almıştır (85). Bu çalışmada da literatüre benzer sonuç elde edildi.

### **5.3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yapılan bazı çalışma sonuçları KVH'lar konusundaki risk algılarının cinsiyete göre farklılaşmadığını ortaya koymaktadır (51,55). Kırağ ve Çalışkan tarafından aile sağlığı merkezine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada da hastaların KVH'lara yönelik risk faktörleri konusundaki algılarının cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (87). Badir ve arkadaşlarının yaptığı KVH'lar konusundaki algının cinsiyete göre farklılaştığı bulgularına ulaşılmıştır (88). Yılmaz ve Boylu tarafından masa başı çalışan bireyler üzerinde yürütülen araştırmada da KVH'lar konusundaki risk faktörü algılarının kadın çalışanlar lehine yüksek çıktığı saptanmıştır (89). Araştırma bulguları arasında paralellik görülmemesinin temelinde araştırmaların farklı yaş gruplarında ve farklı eğitim düzeylerine sahip bireyler üzerinde yapılmasının yattığı düşünülebilir.

Bu çalışmada katılımcıların BKİ düzeyleri ile KARRİF-BD ölçek toplam puanları ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı. Fazla kilolu ve obez bireylerde kardiyovasküler risk faktörleri algılarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.2). Oğuz ve diğerlerinin yaptığı çalışmada KVH'lar konusundaki bilgi düzeyinin BKİ değeri düşük olan normal kilolu bireyler lehine yüksek olduğu rapor edilmiştir (51). Tan ve diğerleri, Kırağ ve Çalışkan'ın çalışmalarında KVH'lar konusundaki risk algılarının katılımcıların BKİ düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (79,87). Araştırma bulguları arasında farklılık görülmesinin sebebi BKİ değeri yüksek olan bireylerin KVH'lar konusunda riskli grupta olmalarının ve söz konusu hastalıklar konusunda bilgi arayışı içinde olmalarının yattığı düşünülebilir. Yapılan bazı çalışma bulguları da BKİ değeri yüksek olan bireylerin KVH'lar konusunda risk grubunda yer aldıklarını ortaya koymaktadır (89,90).

Bu çalışmada eğitim durumu ile KARRİF-BD ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, . kardiyovasküler risk faktörleri algısının eğitim düzeyi yüksek bireyler lehine olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2). Badir ve diğerleri, Gündoğan ve diğerleri tarafından yapılan benzer çalışma sonuçları da eğitim düzeyi yüksek bireylerde KVH'lar risk faktörleri algısının da yüksek olduğunu göstermektedir (81,88). Tan ve diğerleri tarafından ev hanımları ve çalışan kadınlar üzerinde bu konuda yapılan bir çalışmada okur-yazar olmayan kadınlar ile kıyaslandığı zaman ilkokul mezunu olan kadınların KVH'lar konusundaki risk faktörü algılarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (79). Örs ve Tümerin çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça KARRİF-BD ölçek toplamından aldıkları puanın arttığını saptanmıştır (77). Masa başı çalışan bireyler üzerinde yapılan araştırmada lise mezunu çalışanlar ile kıyaslandığı zaman lisans düzeyinde eğitim almış bireylerde KVH'lara neden olan risk faktörlerine yönelik algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (89). Uçar ve Aslan tarafından ofis çalışanları üzerinde yürütülen araştırmada ise lise, ön lisans ve lisans mezunu çalışanlar ile kıyaslandığı zaman yüksek lisans mezunu çalışanların KVH'lara yönelik risk faktörü algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (91). Bunun temelinde eğitim düzeyi yükseldikçe insanların hastalıklara yönelik bilgi düzeylerinin de gelişmesinin yattığı düşünülebilir.

Bu çalışmada çalışmayan bireyler ile herhangi bir işte çalışan bireyler karşılaştırıldığında çalışmayan bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri algılarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2.2). Yapılan diğer çalışmalarda herhangi bir işte çalışma durumlarına göre insanların KVH'lar konusundaki risk faktörlerine yönelik algılarının anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir (79,87). Bizim çalışmamızda sonucun farklı çıkmasının sebebinin bireylerin arasında emekli olup boş vakitlerini araştırma yaparak geçirdiklerinden dolayı olduğu ve eğitim durumlarının yüksek olduğundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Sigara kullanımı ile KARRİF-BD ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.2.2). Araştırmada bulunan sonucun literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Nitekim literatürde yer alan çalışmalarda insanların KVH'lar konusundaki risk algılarının ve bilgi düzeylerinin

sigara kullanma durumlarına göre farklılaşmadığı rapor edilmiştir (51). Aile hekimliğine başvuran bireyler üzerinde bu konuda yürütülen çalışmada hastaların KVH'lar konusundaki risk faktörü algılarının sigara kullanma değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (87). Buna karşılık yapılan bazı çalışma bulguları KVH'lar konusundaki risk algısının sigara kullanma alışkanlığı olan bireyler lehine (79), bazı çalışmalarda ise sigara içme alışkanlığı olmayan bireyler lehine yüksek olduğu bulunmuştur (91). Bu çalışmada KVH'ın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri alt boyutlarında sigara kullanmayan bireylerin, KVH'dan korunma alt boyutunda ise sigara kullanan bireylerin yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgulara göre sigara kullanmayan bireylerin hem KVH'ları özellikleri hem de risk faktörleri konusunda daha bilgili oldukları görülmektedir. Sigara kullanmayan bireylerin söz konusu alt boyutlara ilişkin algılarının yüksek olmasının sigara kullanmamalarına katkı sağladığı düşünülebilir. KVH'lardan korunma alt boyutunda sigara kullanan bireyler lehine anlamlı farklılık çıkması ise sigara kullanan bireylerin KVH'lara neden olacağını bilmelerine rağmen sigara kullanmaya devam ettiklerini ortaya koymaktadır. Sigara kullanımının KVH'lar konusunda önemli bir risk faktörü olduğu bilinmekle beraber, KVH'lardan korunmada sigara kullanmamanın faydalı olacağı belirtilmektedir (7,92,93). Bu noktada yapılan bu çalışmada sigara kullanan bireylerin KVH'lardan korunma konusundaki algılarının yüksek olmasının KVH'lardan korunma konusundaki davranışları üzerinde belirleyici olmadığı söylenebilir.

Alkol kullanma durumu değişkenine göre katılımcıların KARRİF-BD ölçek toplamından aldıkları puanlar kullanmayan katılımcıların kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. (Tablo 4.2.2). Masa başı çalışanlar üzerinde bu konuda yapılan benzer bir çalışmada ise araştırmaya katılan bireylerde KVH'lar konusundaki risk algı düzeyinin alkol kullanma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir (91). Aile sağlığı merkezine başvuran bireyler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre KVH'lar konusundaki risk faktörü algılarının anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (87). Araştırma bulguları arasında paralellik olmamasının temelinde araştırmaların yürütüldüğü örneklem gruplarında alkol kullanma oranlarının birbirinden farklı

olmasının, bunun yanında araştırma gruplarında yer alan bireylerin sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir. Alkol kullanma değişkenine göre katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri alt boyutlarına ilişkin bulgular incelendiği zaman KVH'nın özellikleri ile KVH'nın risk faktörleri alt boyutlarına ilişkin bulguların katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır. Alkol kullanımının KVH riskini arttırdığı (94,95,96) göz önünde bulundurulduğu zaman alkol kullanma alışkanlığı olmayan bireylerin özellikle KVH'lardan korunma alt boyutuna ilişkin bilgi ve tutumlarının yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Egzersiz yapma sıklığı ile KARRIF-BD ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Egzersiz yapan bireylerde kardiyovasküler risk faktörleri algılarının egzersiz yapmayan bireylerden daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.2.3). Bilindiği gibi yeterli düzeyde egzersiz yapmamak KVH riskini arttıran bir unsurdur (97). Bu kapsamda araştırmada ortaya çıkan sonucun temelinde egzersiz yapan bireylerin genellikle sağlık için egzersize katılmalarının ve sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin egzersiz yapma alışkanlığı olmayan bireylerden daha yüksek olmasının yattığı düşünülebilir. Araştırma bulguları ile paralellik gösteren ve masa başı çalışanlar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada da KVH'lar konusundaki risk algısının egzersiz yapma alışkanlığı olan çalışanlar lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir (91). Buna karşılık literatürde egzersize katılım durumuna göre insanların KVH'lar konusundaki risk faktörleri algılarının anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (89). Haftalık egzersiz yapma sıklığı değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri KVH'nın özellikleri, KVH'nın risk faktörleri ve KVH'dan korunma alt boyutlarına ilişkin algılarının anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (Tabko 4.2.3.). Araştırmada elde edilen bulgulara göre düzenli olarak egzersiz yapmanın KVH'lar konusunda risk faktörleri ve KVH'ların özellikleri konusundaki bilinci geliştirdiği söylenebilir. Egzersiz yapma alışkanlığı olmayan bireylerde kardiyovasküler hastalıklardan korunma alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının yüksek olmasının temelinde ise KVH'lardan korunma konusunda

toplumun temel bilgileri genel olarak bilmesinin fakat davranışa dönüştürememesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bunun yanında egzersiz yapma alışkanlığı olan bireylerin KVH'ların özellikleri ve risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olmasının da egzersize yönelmelerine katkı sağladığı düşünülebilir. KVH'larla ilişkili risk faktörlerinin en aza indirilmesinde egzersize katılımın önemli bir yere sahip olduğu bilinmekle beraber, yapılan araştırma bulguları da KVH'lara ilişkin risk faktörlerinin azaltılmasında egzersizin olumlu bir etkiye sahip olduğu görüşünü desteklemektedir (98,99). Bu noktada egzersiz yapma alışkanlığı yüksek olan katılımcılarda KVH'ların özellikleri ve risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyinin yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Strese sık sık maruz kalma durumlarına göre katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri algılarının anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 4.2.3). Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde araştırmaya katılan bireylerin sıklıkla strese maruz kalma düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bunun yanında literatürde görülen araştırma sonuçları stresin KVH'lara neden olan psikolojik faktörler arasında olduğunu göstermektedir (100,101). Strese maruziyet ile KARRİF-BD ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında strese maruz kalanların kalmayanlara göre toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı. Strese maruz kalma değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri KVH'nın özellikleri, KVH'nın risk faktörleri ve KVH'dan korunma alt boyutlarına ilişkin algılarının anlamlı farklılık gösterdiği, tüm alt boyutlarda sık sık strese maruz kalmayan bireyler lehine anlamlı farklılık görüldüğü tespit edildi (Tablo 4.2.3). Negatif duyguların ve stresin kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer aldığı bilinmektedir. Dalgıç ve Esch ve diğerlerinin çalışmalarında sıklıkla strese maruz kalmanın KVH'ların ortaya çıkma olasılığını arttırdığını göstermektedir (102,103). Bu kapsamda yapılan bu çalışmada sıklıkla strese maruz kalmayan bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri alt boyutlarına ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olmasının temelinde stresin KVH'ları tetiklediğini bilmelerinin, buna paralel olarak stres yönetimini doğru uygulamaya çalışmalarının

yattığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda da stres yönetiminin kardiyovasküler risk faktörleri üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir (104).

Kronik hastalığa sahip olan bireylerin KVH'dan korunma puanları yüksek, olmayan bireylerin ise KVH'nın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri puanları yüksek bulundu (Tablo 4.2.3). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerle olmayan bireylerin KVH bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (51,87). Ölçek alt boyutlarından KVH'dan korunma puanının yüksek çıkma sebebinin Kronik hastalığa sahip olmaları nedeniyle hastalığa ilişkin bilgi arayışı çabası içerisinde olmaları da bir diğer neden olarak düşünülebilir.

Ailesinde kronik hastalık olanların toplam puanı kronik hastalık olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı (Tablo 4.2.3). Ailesinde kronik hastalığa sahip başka birey bulunmasının KVH'lar konusundaki bilgi düzeyi üzerinde önemli bir belirleyici olmadığı rapor edilmiştir (51,91). Yetişkin ev hanımı ve çalışan kadınlar üzerinde bu konuda yapılan bir çalışmada ailesinde kalp hastası bulunan bireylerin KVH'lar konusundaki risk algılarının ailesinde kalp hastası bulunmayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (79). Sanayi işçileri üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan bireylerin KVH'lar konusundaki risk faktörü algılarının ailesinde kalp hastalığı varlığı bulunmayan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (81). Araştırma bulguları arasında farklılık göstermesinin sebebinin bizim çalışmamıza katılanların bireylerin diğer katılımcılara göre eğitim durumunun ve bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ve bunun yanı sıra katılımcılarının kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

#### **5.4. Hastaların Sosyo Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Geliştirme Düzeyinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Cinsiyet değişkenine göre baktığımızda kadınların SYBDÖ-II “Fiziksel Aktivite” ve “Beslenme” alt boyutundan aldıkları puanlar, erkeklere göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (Tablo 4.3.2). Yalçinkaya ve diğerlerinin sağlık çalışanları üzerine yaptığı bir çalışmada kadınların “sağlık sorumluluğu” ve “beslenme” alt boyutlarına ilişkin puanlarının erkek çalışanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (105). Özçelik’in farklı meslek gruplarında yer alan bireyler üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada kadın ve erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından olan “sağlık sorumluluğu” ve “beslenme” alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının kadın çalışanların erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur (106). İnsanların beslenme alışkanlıklarının yaşam tarzlarına göre bazı farklılıklar gösterdiği bilinmektedir (107). Tokuç ve Berberoğlunun öğretmenler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise “kişilerarası ilişkiler” alt boyutunda kadın öğretmenler, “fiziksel aktivite” alt boyutunda ise erkek öğretmenler lehine anlamlı farklılık görüldüğü tespit edilmiştir (108). Al-Hazzaa ve diğerlerinin genç bireyler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da sağlıklı yaşam biçimi davranışları “fiziksel aktivite” alt boyutunda erkek bireyler lehine anlamlı farklılık olduğu rapor edilmiştir (109). Şimşek ve diğerlerinin tıp öğrencileri üzerinde yürütülen benzer bir çalışmada da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğrencilerin cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (110). Bu çalışmada katılımcıların beslenme alt boyutuna ilişkin puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermesinin temelinde kadın ve erkeklerin yaşam stillerinin birbirinden farklı olmasının, buna paralel olarak kadın ve erkeklerin farklı beslenme tarzlarına sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde yer alan araştırma bulguları da kadın ve erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır (111,112). Literatürde kadın ve erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında farklılıklar olmasının temelinde kadın ve erkeklerin sağlık konusundaki bilgi ve inanç düzeylerinin farklı olmasının yattığı belirtilmektedir (113). Bu çalışmalarda elde edilen sonuçların araştırma bulguları ile benzerlik göstermemesinin temelinde araştırmaların farklı yaş grupları ve farklı sosyo-kültürel çevrelerde yaşayan bireyler üzerinde gerçekleştirilmesinin yattığı düşünülebilir.

Beden kitle indeksi değişkenine göre ele alındığı zaman normal ve fazla kilolu bireyler ile kıyaslandığı zaman obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının

daha düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.2). Yıldırım'ın araştırmasında BKİ düşük olan ve vücut ağırlığı sağlıklı sınırlar içinde bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (114). Oktay'ın kız öğrenciler üzerinde yaptığı çalışma bulgularında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının BKİ değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır (115). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları obezite üzerinde önemli bir belirleyici olmakla beraber, obezite de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını seyrini etkilemekte ve farklı metabolik hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (116,117,118,119,120). Bu nedenle obezite dünyanın birçok ülkesinde üzerinde önemle durulan sağlık sorunları arasında yer almaktadır (121). Bizim çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme düzeyinin obez bireylere göre yüksek bulunmasının temelinde obez bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilememesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Eğitim durumu değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların tüm ölçek alt boyutlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 4.3.2). Vereecken ve diğerlerinin çalışmasında da sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde eğitim değişkeninin önemli bir belirleyici olduğu bulgularına ulaşılmış, genellikle eğitim düzeyi yükseldikçe bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme düzeylerinin de yükseldiği bulunmuştur (122). Yalçinkaya ve diğerlerinin sağlık çalışanları üzerinde bu konuda yürütölen bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm alt boyutlarında puan ortalamalarının eğitim düzeyi yüksek olan çalışanlar lehine yüksek olduğu rapor edilmiştir (123). Özçelik'in aile hekimi, sınıf öğretmenleri ve imamlar üzerinde bu konuda yapılan bir araştırmada katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birçok sosyo-demografik değişkene göre anlamlı farklılık gösterdiği, buna karşılık katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği rapor edilmiştir (106). Bu çalışmalarda elde edilen bulguların araştırma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Eğitim durumu yükseldikçe bilgi düzeyinin arttığını görmekteyiz.

Çalışma durumu değişkenine göre Türkol ve Güneş'in çalışmasında çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde önemli bir belirleyici olduğu

rapor edilmiştir (124). Sadece kadınların üzerinde bu konuda yürütülen benzer bir çalışmada da ev hanımları ile kıyaslandığı zaman iş yaşamına katılan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sergilenme düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (125). Yalçınkaya ve diğerlerinin çalışma bulguları da meslek dalının sağlıklı yaşam biçimi davranışların etkilediğini göstermektedir (105). Bunun yanında çalışma değişkenine göre bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı farklılık göstermesinin diğer bir nedeni olarak yapılan iş türünün sağlık davranışlarını farklı biçimlerde etkilemesi gösterilebilir. Çalışan bireylerinin SYBD-II ölçek toplam puanının herhangi bir işte çalışanlardan yüksek olarak bulunmasının sebebinin bizim çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğunun emekli olması eğitim durumu ya da yaş ile birlikte bilgi düzeylerinin arttığı ve sosyal ortamlarda vakit geçirdikleri için bilgi düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Sigara kullanma değişkenine göre ele alındığı zaman sigara kullanan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışı “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “manevi gelişim”, “kişilerarası ilişkiler”, “stres yönetimi” ve “fiziksel aktivite” alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının sigara kullanmayan ya da sigarayı bırakmış olan bireylerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde ölçek toplam puanının da sigara kullanma alışkanlığı bulunan katılımcılar lehine anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu (Tablo 4.3.2). Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da zararlı alışkanlıkları ve sigara kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği (126,127,128,129), bu nedenle zararlı alışkanlıklara sahip bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması gerektiği belirtilmektedir (124,130). Bunun yanında yapılan araştırma bulguları sigara içme alışkanlığı olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme düzeylerinin sigara içme alışkanlığı bulunan bireylerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (123,131). Yıldız’ın mevsillik tarım işçileri ile yaptığı çalışmada “sağlık sorumluluğu” ve “fiziksel aktivite” alt boyut ölçek puanından aldıkları puan ortalamalarının sigara içmeyen bireylerde yüksek olduğu saptanmıştır (132). Yeşil Bayülgenin çalışmasında sigara kullanmayan bireylerin ölçek alt boyutu olan “sağlık sorumluluğu” puanının sigara kullananlara göre yüksek bulunmuştur (133). Sonucun

böyle çıkmasının sebebinin sigara içmeyen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok benimseyip uyguladığı düşünülebilir.

Alkol kullanma durumu değişkenine göre sadece sağlıklı yaşam biçimi davranışları “kişilerarası ilişkiler” alt boyutunda alkolü bırakmış olan katılımcıların puan ortalamalarının alkol kullanan ve kullanmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.2). Yapılan çalışmalarda da alkol kullanımının sağlık üzerinde zararlı olduğu (134,135,136,137,138), sağlığa zararlı alışkanlıklardan uzak durmanın ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir (123). Üniversite öğrencileriyle bu konuda yapılan araştırmada öğrencilerin “kendini gerçekleştirme,” “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite” ve “kişilerarası ilişkiler” alt boyutlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alkol kullanma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları ile “stres yönetimi” ve “beslenme” alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının alkol kullanma alışkanlığı olmayan öğrenciler lehine anlamlı farklılık gösterdiği rapor edilmiştir (114). Bu sonucun ortaya çıkmasında alkolü bırakan bireylerin zaman içerisinde sosyal çevreleri ile ilişkilerini yeniden sağlamlaştırmış olmalarının yattığı, bunun yanında alkolü bırakma sürecinde sosyal çevrelerinden destek almalarının yattığı düşünülebilir.

Egzersiz yapma sıklığı değişkenine göre ele alındığı zaman Yalçinkaya ve diğerlerinin çalışmasında egzersiz yapma değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ele alındığında egzersiz yapma alışkanlığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme düzeylerinin egzersiz yapma alışkanlığı olmayan bireylerden daha yüksek olduğu bulgularına ulaşılmıştır (123). Yıldız'ın çalışmasında da egzersiz yapma durumuna göre SYBDÖ-II puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda egzersiz yapanların daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (132). Işıkların çalışmasında düzenli egzersiz yapan grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (139). Bu sonucun ortaya çıkmasında egzersize katılımın psikolojik ve sosyal gelişim üzerinde olumlu etkilere sahip olmasının yattığı düşünülebilir. Nitekim literatürde yer alan çalışma

sonuçları egzersize katılımın psikolojik ve sosyal gelişimi olumlu yönde etkilediğini (140,141,142,143), bunun yanında egzersiz yapan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (131). Bu kapsamda yapılan araştırmada bulunan sonuçların literatürde var olan çalışma bulguları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Sık sık strese maruz kalma değişkenine göre ele alındığı zaman katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “kişilerarası ilişkiler”, “stres yönetimi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanların anlamlı farklılık göstermediği belirlendi. Buna karşılık “fiziksel aktivite” ve “manevi gelişim” alt boyutlarında strese sık sık maruz kalmayan bireylerin puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.3). Yalçinkaya ve diğerlerinin sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada strese maruz kalma ve stresle baş etmede sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir (123). Bunun yanında sık sık strese maruz kalan bireylerin stresle başa çıkma sürecinde kendisine sosyal destek sağlayan birey bulunma durumunun da psikolojik sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır (144). İlhan ve diğerlerinin üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada ise ruhsal sağlık sorunları bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının herhangi bir ruhsal sağlık sorunu olmayan bireylere kıyasla daha düşük olduğu belirtilmiştir (145). Literatürde yer alan araştırma bulguları ile bu çalışmada elde edilen sonuçlar değerlendirildiği zaman strese maruz kalmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği, bu süreçte stres yaşayan bireylerin bu durumla baş etmek için fiziksel aktivitede bulunmaları ya da maneviyata yöneldikleri düşünülmektedir.

Kendisinde kronik hastalık olması durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği “Sağlık Sorumluluğu”, “Fiziksel Aktivite”, “Beslenme”, “Manevi Gelişim”, “Kişilerarası İlişkiler”, “Stres Yönetimi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanları incelendiğinde; kronik hastalık görülenlerin puanları kronik hastalık görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 4.3.3). Mevsimlik tarım işçisi gençlerdeki kronik hastalık varlığına göre SYBDÖ-II ve tüm alt boyutların puan ortalamalarında gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup kronik hastalığı olmayan mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (132). Savaşan ve Ayten'in KAH'sı bireyler üzerinde bu konuda yaptıkları bir çalışmada hastalığın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği, özellikle hastalarda görülen umutsuzluk düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (146). Kılınç ve diğerleri tarafından kalp yetersizliği olan hastalar üzerinde yapılan ve 251 hastanın katıldığı benzer bir çalışmada da hastalarda umutsuzluğa paralel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme düzeyinin azaldığı rapor edilmiştir (147). Akgün Şahin ve Biçer'in HT hastaları ile yaptıkları çalışmada HT hastası bireylerde hastalığa adapte olma düzeyinin yüksek olduğu, bu durumun bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının korunduğunu bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ise düşük düzeyde sergilendiğini göstermektedir (148). Literatürde yer alan bazı çalışmalarda da kronik bir hastalığa sahip olma durumunun bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarında önemli bir belirteç olmadığı bulgularına varılmıştır (106,114,144,149). Bizim çalışmamızda da literatür ile paralel sonuçlar bulundu. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II den aldıkları puan ortalamasının kronik hastalığı olmayan bireylerden düşük olmasının sebebi kronik hastalık sebebinin sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olmadıkları için düşünülebilir.

Ailesinde kronik hastalık durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği "Sağlık Sorumluluğu" ve "Kişilerarası İlişkiler" alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Ailesinde kronik hastalık olması durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği "Fiziksel Aktivite", "Beslenme", "Manevi Gelişim", "Stres Yönetimi" alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanları incelendiğinde; ailesinde kronik hastalık görülenlerin puanları ailesinde kronik hastalık görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.3).

Ailede kalp yetersizliği varlığına göre ele alındığı zaman katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ailede kalp yetersizliği varlığına göre anlamlı farklılık

göstermediği belirlenmiştir. Aksoy ve Uçar'ın hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ailede kronik rahatsızlığı bulunan birey olmasının diğer aile bireylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediğini göstermektedir (144). Literatürde ailede kronik hasta varlığına göre insanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ele alındığı çalışmalar sınırlı olmakla beraber, ailede kronik hasta bulunması durumunda genellikle bakım veren kişilerin bakım yüküne göre yaşam tarzlarının değiştiği belirtilmektedir (150,151,152). Bizim çalışmamızda SYBDÖ-II “Fiziksel Aktivite”, “Beslenme”, “Manevi Gelişim”, “Stres Yönetimi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanları incelendiğinde; ailesinde kronik hastalık görülenlerin puanları ailesinde kronik hastalık görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek düzeyde saptandı. Bunun sebebi olarak ailesinde kronik hastalık olanların kronik hastalığa yakalanmamaları için sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandığı düşünülebilir.

#### **5.5. Hastaların Kardiyovasküler Riskleri Bilme Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılan bireylerin KARRİF-BD ölçeği KVH'nın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri alt boyut puanı ile SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken KVH'dan korunma puanı ile SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken KARRİF-BD ile SYBD ölçeği arasında istatistiksel ilişki saptanmadı (Tablo 4.4.1). Literatürde yer alan bazı çalışma sonuçları da kardiyovasküler risk faktörü algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüşünü desteklemektedir (153). Yılmaz ve Boylu tarafından yapılan ve çalışma bulguları ile benzerlik gösteren diğer bir çalışmada katılımcıların KVH'lar konusundaki risk algıları ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmış, araştırmaya 250 masa başı çalışanı birey katılmıştır. Çalışmanın sonunda katılımcıların KVH'lar konusundaki risk algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Buna karşılık bazı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda

KVH'lar konusundaki risk algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki bulunduğu bulgularına ulaşılmıştır (87). Hepcan Örs ve Tümer'in çalışmasında KVH'lar risk faktörleri bilgi düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı, zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (77). Taşkın Yılmaz ve diğerleri tarafından diyabet hastaları üzerinde bu konuda yapılan çalışmada hastaların KVH'lar konusundaki bilgi düzeylerinin, buna paralel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da düşük düzeyde olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada hastaların KVH'lar konusundaki risk faktörü algıları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da yükseldiği ifade edilmiştir (154). Çürük ve diğerleri tarafından KVH sahibi bireyler ile ailesinde KVH tanısı konmuş birey bulunan kişiler üzerinde yürütülen çalışmada da KVH risk faktörleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş, bu kapsamda katılımcıların KVH'lar konusundaki risk algıları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da yükseldiği rapor edilmiştir (70).

Araştırmada ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiler değerlendirildiği zaman, KVH'ın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri puanları ile SYBDÖ tüm alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4.1). Bu kapsamda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek düzeyde sergileyen bireylerde KVH'ın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri konusundaki bilinç ve tutum düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Buna karşılık katılımcılarda KVH'dan korunma puanları ile SYBDÖ tüm alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4.1). Elde edilen bu sonuca göre katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilerken KVH'dan koruma konusundaki uygulamaları bazen göz ardı ettikleri görülmektedir bunun sebebinin bilgiyi tutum ve davranışa dönüştürmedikleri olduğu düşünülmektedir. Yılmaz ve Boylunun çalışmasında KVH'lara ilişkin risk faktörlerinin azaltılmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmanın önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (89). Taşkın-Yılmaz ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada yetişkin bireylerde KVH'lara ilişkin bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları arasındaki ilişki ele

alınmış, araştırmada kardiyovasküler risklere ilişkin bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı seviyede bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kardiyovasküler risk faktörleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları “manevi gelişim”, “stres yönetimi”, “sağlık sorumluluğu” ve “beslenme alt boyutları” arasında da pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunduğu rapor edilmiştir (154). Çürük ve diğerleri tarafından yapılan araştırmada kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerin yakınlarında kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları arasındaki ilişki ele alınmış, araştırmanın sonunda katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışı “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite”, “beslenme”, “manevi gelişim”, “kişilerarası ilişkiler” ve “stres yönetimi alt boyutlarına” ilişkin puanları arttıkça kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerinin de yükseldiği, bu kapsamda kardiyovasküler risk faktörleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı seviyede ilişkiler bulunduğu bulunmuştur (70). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları ile kardiyovasküler risk faktörleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu için insanlarda kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyinin yükselmesi için öncelikli olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarına ilişkin alışkanlıkların geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (2). Araştırmaya katılan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olmadığı bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde katılımcıların tüm sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarında yüksek puan almış olmalarıdır.

Sonuç olarak araştırma soruları kapsamında çalışma sonuçlarını özetlenecek olursa;

- Çalışmaya katılan bireylerin kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Yaş, BKİ, eğitim düzeyi, çalışma durumu, alkol kullanımı, egzersiz yapma sıklığı, strese sık maruz kalma ve ailesinde bir kronik hastalık öyküsünün olmasının kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyleri etkilediği saptanmıştır. Bununla birlikte cinsiyetin KVH'ların risk faktörü alt

boyutunda, sigara kullanım durumunun KARRİF-BD ölçeğinin tüm alt boyutlarında, kendisinde bir kronik hastalık öyküsünün olmasının KARRİF-BD ölçeğinin tüm alt boyutlarında ilişki bulunmakla birlikte bireylerin kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. BKİ, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sigara kullanımı, egzersiz yapma sıklığı, ailesinde ve kendisinde kronik hastalık öyküsünün olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Diğer taraftan yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi. Cinsiyet değişkenine göre sadece ölçek alt boyutlarından olan fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu anlamlı bulundu. Alkol kullanım durumuna göre kişiler arası ilişkiler alt boyutunda anlamlı bulundu ve strese maruziyet durumuna göre fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutu arasında ilişki bulundu.
- Araştırmaya katılan bireylerin KARRİF-BD ölçeği KVH'nın özellikleri ve KVH'nın risk faktörleri alt boyut puanı ile SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken KVH'dan korunma puanı ile SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken KARRİF-BD ile SYBD ölçeği arasında istatistiksel ilişki saptanmadı

Bu çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda;

Çalışmaya katılan bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin yüksek olmasına rağmen yaklaşık üçte birinin fazla kilolu olduğu görülmektedir. Obezite, kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde önemli bir faktör olduğu için hemşireler tarafından eğitim ve danışmanlıklarının verilmesi, çalışmanın daha büyük örneklem üzerinde tekrarlanması ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitimlerin planlanması önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Yeşil P, Altık M, Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012; 3(3): 39-48.
2. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 2(4): 18-27.
3. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korumada hemşirelerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3(4): 223-231.
4. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyol Dern Arş 2011; 39(4): 1-5.
5. Tokgözoğlu L, Kaya B, Çetin E, Ergene O. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş 2010; 38(3): 164-172.
6. Cebeci F. Kardiyovasküler hastalıklarda depresyonun önlenmesi, saptanması ve tedaviye yönlendirilmesinde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2007; 19(1): 86-90.
7. Dağıstan A, Gözüm S. birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(6): 575-582.
8. Whitfield MD, Gillett M, Holmes M, Ogden E. Predicting the impact of population level risk reduction in cardio-vascular disease and stroke on acute hospital admission rates over a 5 year period--a pilot study. Public Health 2006; 120(12): 1140-1148.
9. Tekbaş ÖF. Kalp damar hastalıkları ve çevresel faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(5): 435-444.
10. WHO, Cardiovascular Diseases, 2019, [https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1) et:20.11.2020 (Erişim Tarihi: 20.11.2020)
11. Wong ND, Epidemiological Studies of Coronary Heart Disease and the Evolution of Preventive Cardiology Net. Rev Cardiol 2014;11(5):276-289.
12. WHO, The Top 10 Causes of Death, 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, (Erişim tarihi:20.04.2020.)
13. WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2014, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf)=1, (Erişim tarihi:12.03.2020.)
14. Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK), Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018, <http://www.tuik.gov.tr/>, (Erişim tarihi: 01.11.2020.)

15. Gu D, Gupta A, Muntner P, Hu S, Duan X, Chen J, He J. Prevalence of cardiovascular disease risk factor clustering among the adult population of China: results from the International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterAsia). *Circulation* 2005; 112(5): 658-665.
16. Thomas H, Diamond J, Vieco A, Chaudhuri S, Shinnar E, Cromer S, Roth GA. Global atlas of cardiovascular disease 2000-2016: The Path to Prevention and Control. *GLOBAL HEART* 2018; 14(1): 97-97.
17. Birhan Yılmaz M, Çelik A, Çavuşoğlu Y, Bekar L, Onrat E, Eren M, Güngör H. Türkiye'de kalp yetersizliğinin anlık görüntüsü: Selfie-TR bazal karakteristik özellikleri. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2019; 47(3): 198-206.
18. Kocaman-Yıldırım N, Öztürk S. Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016; 7(2): 60-68.
19. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Ankara Türk Halk Sağlığı Kurumu. 2015: 1-15.
20. Gögen, S. Avrupa Birliği ve Türkiye'nin kalp sağlığı politikaları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*-2011; 39(3): 248-253.
21. Gülel O. Kardiyovasküler risk faktörleri. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi* 2012; 29(3): 107-116.
22. Mainali P, Pant S, Rodriguez AP, Deshmukh A, Mehta JL. Tobacco and cardiovascular health. *Cardiovasc Toxicol* 2015;15: 107-16.
23. Brevetti G, Piscione F, Silvestro A, Galasso G, Di Donato A, Oliva G, et al. Increased inflammatory status and higher prevalence of threevessel coronary artery disease in patients with concomitant coronary and peripheral atherosclerosis. *Thromb Haemost* 2003;89(6):1058-63.
24. Reilly MP. Tobacco-related cardiovascular diseases in the 21st century. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2013;33(7):1458-9.
25. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve Sigara. Ankara: Klasmat Matbaacılık,2008.
26. Çalışkan Ş. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2015; 8(2): 23-48.
27. Huxley RR, Woodwar, M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *The Lancet* 2011; 378(9799): 1297-1305.
28. Ebbert JO, Janney CA, Sellers TA, Folsom AR, Cerhan JR. The association of alcohol consumption with coronary heart disease mortality and cancer incidence varies by smoking history. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20(1): 14-20.
29. Lloyd-Jones DM. General Population and Global Cardiovascular Risk Prediction. In: Bakris G L, Sorrentino M J. Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease E Book. Elsevier, 2018:1-13.
30. Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *STED* 2004; 13(3): 99-104.

31. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, Özin B. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. Turk Kardiyol Dern Ars2019; 47(6): 535-546.
32. Kılıç T, Üstü Y. Hipertansiyon için birinci basamak kullanımına yönelik kanıta dayalı bir rehber çalışması. Ankara Medical Journal 2012; 12(4): 205-213.
33. Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, Gersh BJ, Gore J, Izzo JL, Oparil S. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. Circulation 2007; 115(21): 2761-2788.
34. Nasilowska-Barud A, Barud M. Psychological Risk Factors for Cardiovascular Diseases. Wiadomości Lekarskie 2020; 73(9): 1829-1934.
35. Olgun N, Yalın H, Demir HG. Diyabetle mücadelede diyabet risklerinin belirlenmesi ve tanılama. Family Physician 2011; 2(2): 36-44.
36. IDF Diabetes Atlas,2019, <https://www.diabetesatlas.org/en/resources> (Erişim tarihi: 11.11.2020).
37. Huxley R, Barzi F, Woodward M. Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. Bmj 2006;332(7533): 73-78.
38. Şanlı E, Atalay Güzel N. Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş cinsiyet ve beden kitle indeksi ilişkisi. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2017;14(3):23-32.
39. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. Exercise and Sport Sciences Reviews 2010; 38, 105–113.
40. Chomistek AK, Manson JE, Stefanick ML, Lu B, Sands-Lincoln M, Going S. Relationship of sedentary behavior and physical activity to incident cardiovascular disease: results from the Women's Health Initiative. Journal of the American College of Cardiology 2013; 61(23): 2346-2354.
41. Barnes AS. Obesity and sedentary lifestyles: risk for cardiovascular disease in women. Texas Heart Institute Journal 2012; 39(2): 224.
42. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2012; 107(7): 1246-1260.
43. Mehmet Ali Kurçer, Aydan Özbay Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi Anadolu Kardiyol Derg 2011; 1: 107-13.
44. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventive Medicine, 2004; 38(5): 613–619.
45. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Temd dislipidemi tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara: Miki Matbaacılık, 2018.

46. Öztürk S, Öztürk S. Kardiyovasküler risk faktörü olarak dislipidemilere yaklaşım. Abant Medical Journal, 2012; 1(2): 89-93.
47. Sezgin Y. Özçakar N. Dislipidemilere yaklaşım. The Journal of Turkish Family Physician 2011; 2(2): 35-40.
48. Batmaz H. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği Geliştirilmesi ve Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018 (Danışman: Doç. Dr. FE Güneş)
49. Ignarro LJ, Balestrieri ML, Napoli C. Nutrition, physical activity, and cardiovascular disease: an update. Cardiovascular Research, 2007; 73(2): 326-340.
50. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011, World Health Organization, World Heart Federation and World Stroke Organization ([https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/) Erişim tarihi: 20.10.2019)
51. Oğuz S, Erguvan B, Ünal G, Bayrak B, Çamcı G. Üniversite Öğrencilerinde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. MN Kardiyoloji. 2019; 26(3):184-191.
52. Mooney LA, Franks AM. Evaluation of community health screening participants' knowledge of cardiovascular risk factors. Journal of the American Pharmacists Association 2009; 49(4):529-537.
53. Onat A, Uğur M, Çiçek G, Ayhan E, Doğan Y, Kaya H, Can G. TEKHARF 2009 taraması: kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2010; 38(3): 159-163.
54. Katrancıoğlu N, Özerdem G, Arslan S, Akgül A, Berkan Ö. Kardiyovasküler hastalıklar ve Genetik. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg- Special Topics 2012; 4(3): 138-142.
55. Hunt SC, Gwinn M, Adams TD. Family history assessment: strategies for prevention of cardiovascular disease. American journal of preventive medicine 2003; 24 (2): 136-42.
56. Telfair J, Shelton T. Educational attainment as a social determinant of health. North Carolina Medical Journal 2012; 73(5): 358-365.
57. Şişman AR, Küme T, Akan P, Tuncel P. C-Reaktif Protein: Klinik önem, ölçüm yöntemlerindeki gelişmeler, preanalitik ve analitik değişkenlikler. Türk Klinik Biyokimya Derg 2007; 5(1): 33-41.
58. Boncler M, Wu Y, Watala C. The multiple faces of c-reactive protein: physiological and pathophysiological implications in cardiovascular disease. Molecules 2019; 24(11): e2062.
59. Çelebi A, Gökaslan S. Akut ST-Segment yükselmeli miyokart infarktüsü hastalarda başvuru sırasındaki plazma fibrinojen düzeyi fibrinolitik tedavi sonrası ölçülen tümü kare sayısı ile ilişkili midir. Kocatepe Tıp Dergisi 2019; 20(1): 167-171.

60. Yang SH, Du Y, Zhang Y, Li XL, Li S. Serum fibrinogen and cardiovascular events in Chinese patients with type 2 diabetes and stable coronary artery disease: a prospective observational study. *British Medical Journal* 2017;7(6): 015041.
61. Morrisett JD. The role of lipoprotein[a] in atherosclerosis. *Curr Atheroscler Rep* 2000; 2(1): 243–250.
62. H Mergen, Erdoğan Mergen B, Tavlı T, Öngel K, Tavlı V. Lipoprotein metabolizması hastalıkları ve tedavisine yaklaşım *Türk Aile Hek Derg* 2010; 14(1): 38-45.
63. Nygard O, Vollset SE, Refsum H. Total plasma homocysteine and cardiovascular risk profile. The Hordaland Homocysteine Study, *JAMA* 1995; 274(19): 1526-1533.
64. Açık H, Göz M, Aydın M, Padak M, Dikme R, Göç Ö. Kardiyopulmoner baypass sırasında homosistein, vitamin B12 ve folik asit seviyelerinin değişimi ve birbirleri ile olan ilişkilerinin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2019; 46(2): 369-377.
65. Avrupa klinik uygulamada Kardiyovasküler hastalıklardan korunma klavuzu:versiyon 2012. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2012; 40(3): 1-76.
66. Özkan ÖP, Büyükkunal SK, Yiğit Z, İnci Y. Kardiyovasküler hastalıkların tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,2019; 12(1): 22-31.
67. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD. ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. 2019.
68. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: Model for promoting process engagement. *Advanced in Nursing Science* 2004; 27(1): 70-80.
69. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Kardiyovasküler Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirenin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(4): 223-231.
70. Çürük GN, Bayındır SK, Oğuzhan A. Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 27(1): 40-47.
71. Türk Kardiyoloji Derneği. Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Klavuzu: Koroner Kalp Hastalığı Riski ve değerlendirmesi (2002) Erişim Tarihi: 11.12.2019. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm>
72. Demir NC. Acil servis ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir,2019 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi R Kolutek).*

73. Aydın M. Altmış yaş ve üzeri romanlarda kronik hastalık sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun,2016 (Danışman: Prof. Dr. İA-Avcı).
74. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(5): 487-492.
75. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'ni geçerlik ve güvenilirliği. Türk Kardiyol Dern Arş-2009;37(1): 35-40.
76. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal. A. Sağlığı yaşam biçimi davranışları ölçeği-ı'nın geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yuksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.
77. Hepcan Örs T, Tümör A. Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2020; 2(2): 81-88.
78. Pashlı A, Kurt S, Unsar S. The Knowledge About Cardiovascular Risk Factors Among Students in A Faculty of Health Sciences. Euras J Fam Med 2014;3(2):79-84.
79. Tan M, Dayapoğlu N, Şahin Z, Cürcani M, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kvhlar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. Gümüşhane Üni Sağ Bil Derg 2013; 2(3): 331-341.
80. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Hemşirelik ve Edebiyat fakültesi öğrencilerinin önlenebilir kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili farkındalıkları. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2013; 13: 728-731.
81. Gürdoğan M, Pashlı Gürdoğan E, Arı H, Ertürk M, Genç A, Uçar MF. Levels of awareness of occupational and general cardiovascular risk factors among metal industry employees. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2015; 43 (4): 361- 367.
82. Şimşek E, Ökmen M. spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin incelenmesi. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2020; 22 (3): 1-11.
83. Homko JC, Santamore WP, Zamora L, Shirk G. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. J Cardiovasc Nurs 2008; 23(4): 332-337.
84. Aminde LN, Takah N, Ngwasiri C, Jaacques J. Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. BMC Public Health 2017; 17(1): 545-555.
85. Polat Ü, Bayrak Kahraman B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Derg 2013; 18(4): 213-218.
86. Arıkan A. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: üniversite öğrencileri arasında bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020 (Danışman: Prof. Dr. Y-Çelik).

87. Kırış N, Çalışkan G. Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. *Medical Sciences* 2020; 15(1): 1-11.
88. Badir A, Tekkas K, Topcu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 14(5): 441-449.
89. Yılmaz M, Boylu M. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 2016; 13(1): 27-34.
90. Celentano A, Palmieri V, Arezzi E, Sabatella M, Guillaro B, Brancati C, Tufano A. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. The " Help Your Heart Stay Young" study. *Ital Heart J* 2014; 5(10): 767-773.
91. Uçar A, Arslan S. Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017; 8(17): 121-130.
92. Eray A, Ateş E, Set T. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018; 22(1): 12-19.
93. Dülek H, Vural ZT, Gönenç, I. Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 2019; 46(3): 449-459.
94. Özyurt BC. Manisa'da kırsal bir bölgede yaşayan 45 yaş ve üzeri erkeklerde kardiyovasküler hastalık riski. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2010; 24(2): 101-107.
95. Roy A, Prabhakaran D, Jeemon P, Thankappan KR, Mohan V, Ramakrishnan L, ... Sinha N. Impact of alcohol on coronary heart disease in Indian men. *Atherosclerosis* 2010; 210(2): 531-535.
96. Yeung SLA, Jiang C, Cheng KK, Cowling BJ, Liu B, Zhang W. Schooling CM Moderate alcohol use and cardiovascular disease from Mendelian randomization. *PloS one* 2013; 8(7): 1-9.
97. Squires BP. Kardiyovasküler hastalık ve sosyoekonomik durum. *Cmaj* 2000; 162 (9 ek):3-24.
98. Atkinson G, Drust B, George K, Reilly T, Waterhouse J. Chronobiological considerations for exercise and heart disease. *Sports Medicine* 2006; 36(6): 487-500.
99. Kachur S, Chongthammakun V, Lavie CJ, De Schutter A, Arena R, Milani RV, Franklin BA. Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2017; 60(1): 103-114.
100. Steptoe. A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review Of Public Health* 2013; 34: 337-354.
101. Backée. M, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *International Archives Of Occupational And Environmental Health*. 2012; 85(1):67-79.

102. Dalgıç O. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada psikososyal risk faktörleri. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji-Özel Konular 2017; 10(4): 251-259.
103. Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. Stress in cardiovascular diseases. Medical Science Monitor 2002; 8(5): 93-101.
104. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, Hinderliter A. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. Jama 2005; 293(13): 1626-1634.
105. Yalçınkaya M, Özer, FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 409-420.
106. Özçelik H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012 (Danışman: Yrd. Doç. Y Sönmez).
107. Szakály Z, Szente V, Kövér G, Polereczki Z, Szigeti O. The influence of lifestyle on health behavior and preference for functional foods. Appetite 2012; 58(1): 406-413.
108. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlıklı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 421-426.
109. Al-Hazzaa HM, Abahussain NA, Al-Sobayel HI, Qahwaji DM, Musaiger AO. Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Saudi adolescents relative to age, gender and region. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2011; 8(1): 2-14.
110. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 26(3): 151-157.
111. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(2): 166-176.
112. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Prev Med Bull 2008; 7(6): 497-502.
113. B, Goins RT, Laditka JN, Ignatenko V, Goedereis E. Gender differences in views about cognitive health and healthy lifestyle behaviors among rural older adults. The Gerontologist 2009; 49(1):72-78.
114. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005 (Danışman: Yrd. Doç Dr. MBakan).
115. Oktay B. Malatya Battalgazi Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nevroza Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya,2020 (Danışman: Prof. Dr A Özer).
116. Özpulat F, Sivri BB. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 55 yaş ve üstü kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. STED 2013; 22(3): 80-89.

117. Yang CY, Peng CY, Liu YC, Chen WZ, Chiou WK. Surface anthropometric in dices in obesity-related metabolic diseases and cancers. *Chang Gung Med J* 2011; 34(1):1-22.
118. Blüher M. Adipose tissue dysfunction contributes to obesity related metabolic diseases. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2013; 27(2): 163-177.
119. Brahe LK, Astrup A, Larsen LH. Is butyrate the link between diet, intestinal microbiota and obesity-related metabolic diseases? *Obesity Reviews* 2013; 14(12): 950-959.
120. Shehzad A, Ha T, Subhan F, Lee YS. New mechanisms and the anti-inflammatory role of curcumin in obesity and obesity-related metabolic diseases. *European Journal of Nutrition* 2011; 50(3): 151-161.
121. GBD 2015 Obezite Ortak Çalışanlar. 25 yıldan fazla 195 ülkede aşırı kilo ve obezitenin sağlık üzerine etkileri. *New England Tıp Dergisi* 2017; 377 (1): 13-27.
122. Vereecken CA, Maes L, De Bacquer D. The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *Journal of Adolescent Health* 2004; 34(4): 330-338.
123. Yalçinkaya M, Özer, FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(6): 409-420.
124. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *RESEARCH REPORT* 2012; 19(3): 159-66.
125. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 21(5): 211-220.
126. Babizhayev MA, Yegorov YE. Smoking and health: association between telomere length and factors impacting on human disease, quality of life and life span in a large population-based cohort under the effect of smoking duration. *Fundamental & Clinical Pharmacology* 2011; 25(4): 425-442.
127. Giannakopoulos G, Panagiotakos D, Mihos C, Tountas Y. Adolescent smoking and health-related behaviours: Interrelations in a Greek school-based sample. *Child: Care, Health And Development*. 2009; 35(2): 164-170.
128. Heikkinen H, Jallinoja P, Saarni SI, Patja K. The impact of smoking on health-related and overall quality of life: a general population survey in Finland. *Nicotine & Tobacco Research* 2008; 10(7): 1199-1207.
129. Maritz GS, Mutemwa M. Tobacco smoking: patterns, health consequences for adults, and the long-term health of the offspring. *Global Journal Of Health Science*. 2012; 4(4): 62-75.
130. Dil S, Senturk SG, Girgin BA. Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16(1): 51-60.

131. Cihangirođlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Sağlık Yůksekokulu ۆđrencilerinin sağlıklı yaşam biğimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011; 16(2): 78-83.
132. Yıldız Ө. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, şanlıurfa, 2016 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F Ersin).
133. Bayůlgen MY. Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yařam Biđimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2015 (Danışman: Doç. Dr. M Altıok).
134. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Research: Current Reviews. 2014; 35(2): 155-173.
135. Hansel B, Thomas F, Pannier B, Bean K, Kontush A, Chapman MJ, Bruckert E. Relationship between alcohol intake, health and social status and cardiovascular risk factors in the urban Paris-Ile-De-France Cohort: is the cardioprotective action of alcohol a myth? European Journal Of Clinical Nutrition 2010; 64(6): 561-568.
136. Rimm EB, Moats C. Alcohol and coronary heart disease: drinking patterns and mediators of effect. Annals of Epidemiolog 2007; 17(5): 3-7.
137. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Roerecke M. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction 2010; 105(5): 817-843.
138. Parry CD, Patra J, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. Addiction 2011; 106(10): 1718-1724.
139. Işıklar H. Důzenli Egzersizin Yeme Farkındalığı ve Sağlıklı Yařam Biđimi Davranışlarına Etkisi. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yüksek Lisanslar Enstitüsü, İstanbul,2019 (Danışman: Doç. Dr. Zuhal Aydan Sađlam).
140. Hinkley T, Teychenne M, Downing KL, Ball K, Salmon J, Hesketh KD. Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: a systematic review. Preventive Medicine 2014; 62: 182-192.
141. Öztürk F, Efe, M, Koparan ř. 14-16 Yaş grubu kızlarda hentbol çalışmalarının sosyal yetkinlik beklentisi ve atılganlık üzerine etkisi. Spor Bilimleri Dergisi 2017; 18(4): 147-155.
142. Ullrich-French S, McDonough MH. Correlates of long-term participation in a physical activity-based positive youth development program for low-income youth: Sustained involvement and psychosocial outcomes. Journal Of Adolescence 2013; 36(2): 279-288.
143. Eime R, Young JA, Harvey JT, Charity M, Payne W.R. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. International Journal of Behavioral Nutrition And Physical Activity 2013; 98, 1-21.

144. Aksoy T. ve Ucar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2014; 1: 53-67.
145. İlhan N, Bahadır S, Toptaner NE. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Clinical and Experimental Health Sciences 2014; 4(4): 207-215.
146. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. Psikiyatri Hemşireleri Derneği 2013; 4(1): 1-6.
147. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. Journal of Cardiovascular Nursing 2016; 7(13):114-126.
148. Akgün-Şahin Z, Biçer N. Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. MN Kardiyoloji 2015; 22(4): 80-85.
149. Kuru-Çolak T, Acar G, Dereli EE, Özgül B, Demirbüken İ, Alkaç Ç, Polat, MG. Association between the physical activity level and the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. Journal Of Physical Therapy Science 2015; 28(1): 142-147.
150. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmışbeş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(2): 40-60.
151. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat, A. Y. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(3): 513-552.
152. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(3): 22-29.
153. Mullie P, Clarys P. Association between cardiovascular disease risk factor knowledge and lifestyle. Food And Nutrition Sciences 2011; 2: 1048-1053.
154. Taşkın-Yılmaz F, Karakoç-Kumsar A, Çelik S. Tıp 2 Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2018;15 (2): 63-70.

## 7. EKLER

### EK-1 Kişisel Bilgi Formu

1. Doğum Tarihi:
2. Cinsiyet:
  - a) Erkek
  - b) Kadın
3. Medeni durumunuz?
  - a) Evli
  - b) Bekar
4. Meslek:
5. Eğitim Durumu:
  - a) Okur-Yazar değil
  - b) Okur-Yazar
  - c) İlköğretim
  - d) Lise
  - e) Lisans
  - f) Lisansüstü
6. Sigara kullanıyor musunuz ?
  - a) Evet .....süre; .....adet
  - b) Hayır
  - c) Bıraktım
7. Alkol kullanıyor musunuz ?
  - a) Evet .....süre; .....kadeh
  - b) Hayır
  - c) Bıraktım
8. Boy ve kilonuzu yazar mısınız ?  
Boy:\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_
9. Egzersiz yapma sıklığınız nedir ?
  - a) Haftada 3-4 gün
  - b) Haftada 1- 2 gün
  - c) Arada sırada
  - d) Hiç yapmam
10. Sık sık strese maruz kalır mısınız?
  - a) Evet
  - b) Hayır

11. Aşağıdaki hastalıklardan sizde olanları işaretleyin ve kaç yıldır bu hastalığın mevcut olduğunu lütfen belirtiniz. Birden fazla seçebilirsiniz.

a) Kalp Yetmezliği	.....süredir.
b) KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı )	.....süredir.
c) Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)	.....süredir.
d) Diyabet (Şeker Hastalığı)	.....süredir.
e) Hiperlipid emi (Kolestrol Yüksekliği)	.....süredir.

12. Aşağıdaki hastalıklardan ailenizde olanları işaretleyin. Birden fazla seçebilirsiniz.

a) Kalp Yetmezliği	( ) Evet ( ) Hayır
b) KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı)	( ) Evet ( ) Hayır
c) Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)	( ) Evet ( ) Hayır
d) Diyabet (Şeker Hastalığı)	( ) Evet ( ) Hayır
e) Hiperlipid emi (Kolestrol Yüksekliği)	( ) Evet ( ) Hayır

## EK-2 Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD)

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

### EK-3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

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. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

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

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

## **EK-4 Etik Kurul Kararı**



## **EK-5 Kurum İzni**





## EK-6 Aydınlatılmış Onam Formu

### Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Kardiyovasküler risk faktörlerini bilmenin sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacı ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur. Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır ve herhangi bir aşamada çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

ADI :  
GÖREVI :  
TELEFON :

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

### Gönüllü Katılımcı

İmza-----

Tarih -----/-----/2019

Adı Soyadı -----

### Sorumlu Araştırmacı

İmza-----

Tarih -----/-----/2019

Adı Soyadı -----

## EK-7 Ölçek Kullanım İzni





