



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN
SAĞLIK PERSONELİNİN KARDİYOVASKÜLER
HASTALIK RİSK DURUMLARININ VE SAĞLIK
ANKSİYETESİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Abdulsamet GÖNÜL

Çankırı 2024

**AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK
DURUMLARININ VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN BELİRLENMESİ**

Abdulsamet GÖNÜL

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli YL Programı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN

Çankırı 2024

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün 208210010 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Abdulsamet GÖNÜL, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Ameliyathane ve Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Personelinin Kardiyovasküler Hastalık Risk Durumlarının ve Sağlık Anksiyetesinin Belirlenmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi : 17.09.2024

Tez Danışmanı: **Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN**

Çankırı Karatekin Üniversitesi **İmza**

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK**

Çankırı Karatekin Üniversitesi **İmza**

Jüri Üyesi: **Doç. Dr. Filiz ÖZEL ÇAKIR**

Kastamonu Üniversitesi **İmza**

**Yukarıdaki sonucu
onaylarım
İmza
Prof. Dr. Ersoy
YILMAZ
Enstitü Müdür**

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Ameliyathane Ve Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Personelinin Kardiyovasküler Hastalık Risk Durumlarının ve Sağlık Anksiyetesinin Belirlenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Abdulsamet GÖNÜL

17.09.2024

ÖN SÖZ

Çalışmamın başlangıcından bugüne kadar bilgi, birikim ve yardımlarını esirgemeyen, çalışmama rehberlik eden sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN'a teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Tezimin verilerinin toplanmasında yardımlarından dolayı meslektaşlarım sayın Abdulkadir ÖZPOLAT ve Mustafa AKER'e, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji servisinde çalışan meslektaşlarıma, çalışmama katılan tüm hastanemizin sağlık personellerine, bana yardımcı olan tüm arkadaşlarıma ve çalışmam boyunca maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen aileme ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Abdulsamet GÖNÜL

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ	iv
ÖN SÖZ	v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER	viii
ÇİZELGELER LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÖZET	xii
SUMMARY	1i
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın amacı	3
1.2 Sınırlılıklar	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Epidemiyolojisi	4
2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Etiyolojisi	5
2.3. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörleri	6
2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	6
2.3.1.1. Ailesel Öykü	7
2.3.1.2. Yaş	7
2.3.1.3. Cinsiyet	7
2.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri	8
2.3.2.1. Fiziksel Aktivite Yetersizliği, Sedanter Yaşam	8
2.3.2.2. Sigara Kullanımı	8
2.3.2.3. Düzensiz Beslenme, Obezite, Visseral Yağlanma	9
2.3.2.4. Stres	9
2.3.2.5. Diabetes Mellitus (DM), Kötü Kan Şekeri Regülasyonu	10
2.3.2.6. Hipertansiyon (HT)	10
2.3.2.7. Dislipidemi	11
2.3.2.8. Alkol Kullanımı	11
2.3.2.9. Psikososyal Faktörler	12
2.3.3. Yeni Risk Faktörleri	12
2.3.3.1. C-reaktif proteinin	12
2.3.3.2. Fibrinojen	13
2.3.3.3. Homosistein	13
2.3.3.4. Lipoprotein	13
2.4. Ameliyathane ve Yoğun Bakımlardaki Sağlık Personelleri	18
2.4.1. Yoğun Bakımda Çalışma	18
2.4.2. Ameliyathanede Çalışma	18
2.4.3. Ameliyathane ve Yoğun Bakımlarda Çalışmanın Meslek Hastalığı Boyutu	19
2.5. Kardiyovasküler Hastalıklarda Korunma, Risk Değerlendirme ve Tedavi	20
2.5.1. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmak	20

2.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Değerlendirme	20
2.5.3. Kardiyovasküler Hastalıklarda Tedavi	21
2.5.3.1. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Refleksoloji	21
2.6. Kardiyovasküler Hastalıkların Yaşam kalitesine Etkisi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.....	22
2.7. Sağlık Anksiyetesi	22
2.8. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sağlık Anksiyetesi	23
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	24
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	24
3.5. Verilerin Toplama Araçları	25
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)	25
3.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD) (Ek-4)	25
3.5.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Ek-5)	26
3.6. Verilerin Toplanması	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	55
Ek 1. Etik Kurul Kararı	55
Ek 2. Kurum İzni	56
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu	58
Ek 4. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD) ...	62
Ek 5. SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)	64
ÖZGEÇMİŞ.....	69

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

Bağ- Kur	: Esnaf Ve Sanatkarlar Ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
Ca	: Cronbach Alfa
CRP	: C-reaktif protein
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HbA1C	: GLikolize hemoglobin
HDL Kolesterol	: High Density Lipoprotein
HT	: Hipertansiyon
ISH	: In Situ Hibridizasyon
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KARRİF- BD	: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
LDL kolesterol	: Low Density Lipoprotein
MI	: Miyokard İnfarktüsü
mmHg	: Milimetre Civa
MMOL/L	: Milimol/litre
n	: Örneklem Büyüklüğü
Ort	: Ortalama
p	: Ana kütle Korelasyon Katsayısı
r	: Örneklem Korelasyon Katsayısı
SA	: Sağlık Anksiyetesi
SBÜ	: Sağlık Bakanlığı Üniversitesi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu

t	: Test İstatistiği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Ve Risk Faktörleri
Tukey HSD	: Tukey's Significant Difference Test
TÜİK	: Türk İstatistik Kurumu
VLDL	: Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
WHO	: World Health Organization
X	: Bağımsız Değişken



ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=250).....	28
Çizelge 4.2: Araştırma Ölçeklerine İlişkin Bulgular.	30
Çizelge 4.3: Yaş ile Araştırma Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları	31
Çizelge 4.4: Sosyodemografik Özellikler, KARRİF-BD, SAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	32
Çizelge 4.5. Araştırma Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları.....	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1: Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi.....	15
Şekil 2.2: DSÖ ile birlikte toplam kolesterol konsantrasyonları 5 mmol / L ve sistolik kan basıncı 140 mm Hg olan bir birey için öngörülen 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskleri, her bölge için laboratuvar tabanlı model.....	16
Şekil 2.3: Dağıtımı 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskine göre, yaşlı bireyler için DSÖ risk tahmin modelleri, laboratuvar bazlı yeniden kalibre edilmiş.....	17

**AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK
DURUMLARININ VE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN BELİRLENMESİ**

ÖZET

GÖNÜL Abdulsamet. Ameliyathane Ve Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Personelinin Kardiyovasküler Hastalık Risk Durumlarının ve Sağlık Anksiyetesinin Belirlenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2024.

Bu çalışmanın amacı, ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan sağlık personelinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi durumunun ve sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesidir. Araştırma, Ankara’da bir Eğitim Araştırma Hastanesi’nde en az 1 yıl Ameliyathane ya da Yoğun bakımda çalışmış/çalışmaya devam eden sağlık çalışanları üzerinde yapıldı. Veriler Temmuz-Aralık 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırmamızın örneklemini 195 kişi oluşturdu. Araştırma için sosyo demografik özellikleri içeren veri formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRIF-BD) ve Sağlık Anksiyetesi ölçeği (SAÖ) ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizi olarak t-testi, Mann Whitney Utesti, ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı, değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile değerlendirildi. Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların KARRİF-BD ölçek toplam puan ortalaması $23,15 \pm 2,56$ ve SAÖ puan ortalaması $18,55 \pm 8,52$ olarak saptandı. Bu puan ortalamalarına göre katılımcıların önemli düzeyde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgisine sahip oldukları, orta düzeyde de sağlık anksiyetesine sahip oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların yaşları ile KARRİF-BD Ölçeği puanı ($r=0,164$) arasında pozitif yönlü anlamlı ($p<0,05$) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($r=-0,161$) puanı arasında negatif yönlü anlamlı ($p<0,05$) ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Kadınların erkeklere göre, geliri giderinden fazla olanların gelir giderden az olanlara göre SAÖ toplam puanları daha yüksek ve anlamlı bulundu. Bu bilgiler çerçevesinde sağlık personelinde kardiyovasküler ve sağlık anksiyetesi risk faktörlerinin belirlenip, risk faktörleri açısından taramalar yapılması, kardiyovasküler hastalıklar açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür. Sosyal eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik uygulamalar ön plana çıkarılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Hastalık, Kardiyovasküler, Sağlık personeli, Yoğun bakım.

Determination of Cardiovascular Disease Risk Status and Health Anxiety of Healthcare Personnel Working in the Operating Room and Intensive Care Unit

SUMMARY

GÖNÜL, Abdulsamet. Determination of Cardiovascular Disease Risk Status and Health Anxiety of Healthcare Personnel Working in the Operating Room and Intensive Care Unit, (Master Thesis), Çankırı, 2024.

The aim of this study is to evaluate the knowledge status of cardiovascular disease risk factors and health anxiety of healthcare personnel working in the operating room and intensive care. The research was conducted on health workers who have worked/continued to work in the Operating Room or Intensive care unit for at least 1 year at a Training and Research Hospital in Ankara. December July-Dec 2022 data was collected. The sample of our research consisted of 195 people. For the research, a data sheet containing socio-demographic characteristics was collected using the Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level Scale (KARRIF-BD) and the Health Anxiety scale (SAE). T-test, Mann Whitney U test, ANOVA and Kruskal Wallis tests were used as statistical analysis of the data, and Pearson and Spearman correlation tests were used to evaluate the relationships between the variables. According to the results of the research; the average total score of the participants on the KARRIF-BD scale was found to be 23.15 ± 2.56 and the average SAE score was 18.55 ± 8.52 . According to these score averages, it was determined that the participants had a significant level of knowledge of cardiovascular disease risk factors and had a moderate level of health anxiety. It was determined that there were positive decently significant ($p < 0.05$) relationships between the participants' ages and the KARRIF-BD Scale score ($r = 0.164$) and negative decently significant ($p < 0.05$) Health Anxiety Scale score ($r = -0.161$). Compared to men, women found that those with more income than expenses, those with less income, the total SAE scores were higher and more significant than those who exercise. Within the framework of this information, it was considered necessary to determine the risk factors of cardiovascular and health anxiety in medical personnel, conduct screenings for risk factors, and develop healthy lifestyle behaviors in terms of cardiovascular diseases. Practices aimed at reducing social inequalities should be brought to the fore.

Key Words: Cardiovascular, Health personnel, Illness, Intensive care, Operating room

1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalık (KVH), kalp damar hastalıkları; yaşam süresi ve yaşam kalitesini etkileyebilen kronik hastalıklar arasında önemli bir yere sahip olan, kalp ve dolaşım sistemini olumsuz etkileyen hastalıkları kapsayan genel bir terimdir (Arslan ve Akça, 2020). Kalp damar hastalıkları arasında koroner kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalığı, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi kalp ve dolaşım sisteminin tüm hastalıklarını içeren hastalıklar bulunur (Kahvecioğlu, 2021).

Bu hastalıklar dünyada ve ülkemizde en önemli mortalite ve morbidite nedeni olmakla beraber günümüzde de bu oran yıllar geçtikçe artmaktadır (Arslan ve Akça 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre KVH dünyada her yıl 17.9 milyon insanın ölüm sebebidir ve bu oran tüm ölümler arasında %31'lik bir kısmı oluşturur. Ülkemizde ise 2023 yılı verilerine göre ölümlerin %33.4'ü KVH'a bağlı yaşanmıştır ve ölüm nedenlerinde ilk sırada yer almıştır. KVH'a bağlı ölümlerin de %80'i kalp krizi ve felçten kaynaklanmaktadır (Topcu Altın, 2020, TÜİK, 2024).

Kalp damar hastalıklarına yakalanmada çeşitli risk faktörleri vardır. KVH'ların önüne geçilebilmesi için kardiyovasküler risk faktörlerinin bilinmesi ve kontrol altına alınabilmesi çok önemlidir. Bu risk faktörleri değiştirilebilir riskler ve değiştirilemez riskler olarak iki grupta incelenir. Değiştirilemez risk faktörleri arasında; yaş, cinsiyet ve aile öyküsü yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında; diabetes mellitus (DM) 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. Son yıllardaki çalışmalarda KVH'a yeni risk faktörlerinin de etki ettiği bulunmuştur. Bunlar ise; C-reaktif proteinin, Fibrinojen, Homosistein, Lipoprotein olarak sıralanabilir (Kahvecioğlu, 2021). Değiştirilemeyen risk faktörlerine müdahale edilememesinin aksine değiştirilebilen risk faktörlerinin etkileyeceği insanlar tanımlanabilirse bu risklerin kontrol altına alınması ile KVH riski azalabilmektedir. Değiştirilebilir risk faktörlerine müdahale edilerek koroner kalp

hastalıkları, serebrovasküler olaylar ve tip 2 diyabetin %80 oranla önlenilebileceği gösterilmiştir. KVH'dan korunmak tek bir risk faktörüne bakılarak değil tüm riskleri kavrayıp yaşamı ona göre düzenleme ile çoğul risk faktörüne dikkat edilerek elde edilebilir (Eray, Ateş ve Set, 2018).

Ameliyathane ve yoğun bakımlarda çalışan sağlık personeli günlük vakitlerinin çoğunu mesai saatleri içerisinde çalıştıkları ortamda geçirirler. Ameliyathane ve yoğun bakımlar çalışan sağlığını etkileyebilecek meslek hastalıkları ve iş kazaları açısından riskli bir çalışma ortamıdır (Akkaya ve Karadağ, 2020). Bu risklerin nedeni ameliyathane ve yoğun bakımların işlemlerde teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, güncel teknik ve yöntemlerin uygulandığı, personellerin uyumlu çalışması gereken, uygulamaya geçilecek kararların hızlı alındığı ve bu kararların birimlerin doğası gereği önemli ve riskli girişimlerin uygulandığı ortamlar olmasıdır. Ameliyathane ve yoğun bakımlarda çalışan sağlık personelinin uzun süre ayakta kalma, stresli iş ortamı, uykusuzluk, riskli birimde çalışma, yapılan işin getirdiği stres yükü, yaşanan anksiyete, fazla mesai, ruhsal ve bedenen yorgunluk gibi etkilere fazlaca maruz kalmasından dolayı kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riski fazladır (Aktaş ve Dilek, 2019). Sağlık personelleri hastanenin başka birimlerine oranla yoğun bakım ve ameliyathanelerde daha fazla radyasyona maruz kalma, antimikrobiyal temizlik ürünleri, sterilizasyon ve anestezi gazları gibi kimyasallara maruz kalma, kan ve kan ürünleri ile temas, cerrahi duman, delici kesici alet yaralanmaları, ağır araç-gereçleri kullanma, sedyeden masaya ya da masadan sedyeye hastayı alma, pozisyon verme, ameliyat masalarının vücut mekaniğine uygun olmaması gibi nedenlerle de kalp damar hastalıklarına yakalanmada risk altındadırlar (Akkaya ve Karadağ, 2020).

KVH ortaya çıktıktan sonraki tedavi yöntemleri yüksek maliyet içerdiği için koruyucu yöntemler, tanılama ve sağlık kontrollerine önem verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle risk altında olan bireylerin kardiyovasküler risklerinin belirlenip, bu risklere uygun yaşam biçimi ve tedavilerle KVH'ın önlenmesi sağlanabilir (Topçu Altın, 2020). Değiştirilebilir faktörlerin hastalığı daha çok etkilediği KHV'da risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile KVH önlenmesi büyük oranda sağlanabilmektedir. Bu amaçla çeşitli yollarla değerlendirilen bireylerdeki risk faktörlerine uygun tedavi edici yaklaşım sağlanabilmektedir (Eray, Ateş ve Set, 2018).

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan sağlık personelinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi durumunun ve sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesidir.

1.2. Sınırlılıklar

Bu alışma ülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, belirli bir zaman aralığında , sadece Yoğun Bakım ve Ameliyathane personeline, sağlık çalışanı olarak hemşire, doktor ve anestezi teknikerlerine ve gönüllü kişilere uygulanacağından araştırmanın bu bağlamda sınırlılıkları vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Epidemiyolojisi

Hastalık, organizmanın yapı ve işleyişindeki değişiklikler ile sağlığın bozulması ile tanımlanabilir (Öztürk ve Kıraç, 2019).

KVH ise yaşam süresi ve yaşam kalitesini etkileyebilen kronik hastalıklar arasında önemli bir yere sahip olan, özellikle kalp hastalıkları, beyin ve böbrek damarlarını etkileyen hastalıklar ve periferik damar hastalıklarını kapsayan genel bir terimdir (Arslan ve Akça, 2020). Kalp damar hastalıkları arasında koroner kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalığı, derin ven trombozu, pulmoner emboli, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi kalp ve dolaşım sisteminin tüm hastalıklarını içeren hastalıklar bulunur (Özkan, Büyükünäl, Yiğit, Yusuf, Şakar ve Ersu, 2019).

KVH günümüze kadar daha çok erkek hastalığı olarak kabul edilse de son zamanlardaki çalışmalar kadınlarda da KVH riskinin yükseldiği ve KVH 'ın erkek hastalığı olabilecek seviyede olmadığını ortaya koymuştur. Sanılanın aksine kadınlarda meme kanseri, KVH'dan sonra ikinci ölüm nedenidir. KVH her iki cinsiyette de ölüm nedenlerinde birinci sıradadır. Kadınlarda KVH daha geç yaşlarda ortaya çıksa da prognozu daha kötü ve mortalitesi daha yüksektir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

Dünyada ve ülkemizde ölüm ve sakatlıkların başlıca sebeplerinin en başında KVH'ı da içinde bulunduran, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) gelmektedir. Bu hastalıklar yaşam kalitesini bozarlar ve yüksek sağlık harcamalarına neden olurlar. BOH ölümlerinin %82'sinden dört ana hastalık (KVH, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) sorumludur. Bunlar arasında KVH (%37) yer almaktadır. Kanserler (%27), diyabet (%24), kronik solunum yolu hastalıkları (%8) ve %4'ü diğer bulaşıcı olmayan hastalıklardan oluşmaktadır (Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018). BOH içinde küresel olarak en büyük ölüm oranına sahip olan Kalp Damar Hastalıklarına bağlı ölümler, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) toplam ölüm verilerine

bakıldığında yıllar geçtikçe artmaktadır. Kalp hastalıklarına bağlı ölümler; 1989'da %40, 1993'te %45, 2009'da %40, 2013'te %39.6 ve 2014 yılında %40.4 ile ilk sırada yer almaktadır. 2014 yılı verisine göre bu oran, erkeklerde %35.83, kadınlarda ise %44.61'dir ve 2013 yılı verilerine göre %0.8 oranında artış göstermiştir (Şencan, Keskinlik, İkinci, Öztemel, Sarıoğlu, Çobanoğlu ve Bolay Yavaşoğlu, 2015; Obuz, 2018).

Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması, Türk toplumunda KVH risk faktörleri ve bu faktörlerin KVH üzerindeki etkisini incelemek üzere 1990 yılında başlatılmıştır ve bu çalışmanın 23 yıllık 2013 verileri ele alındığında KVH ölüm nedenlerinde hem erkek hem kadınlarda birinci sırada yer almaktadır. Bu 23 yıllık süreçte, 45-74 yaş kategorisinde genel mortalite oranı bin kişi-yılda erkekte 16.8, kadınlarda 9.9 oranındadır. Bu sonuçlar Avrupa ülkelerinden yüksek çıkmıştır ve ülkemizde KVH kırsal- kent farketmeksizin sonuçlar benzer çıkmıştır (Obuz, 2018; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017; Akman ve Civek, 2022).

Ülkemiz ve dünya verilerine baktığımızda KVH zamanla artmaktadır. Bu durum ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile alakalı olmadan tüm ülkeler genelinde geçerli bir durum olarak bulunmuştur. Buna bağlı olarak KVH küresel bir tehdit olarak ülke ekonomilerine büyük hasarlar vermektedir. Ülkelerin sağlık problemleri arasında en çok harcama yaptıkları hastalıklar arasında KVH ilk sırada yer almaktadır. Avrupa Kalp Birliği tarafından yapılan bir çalışmada KVH'nın 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 (Kahvecioğlu, 2021).

2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Etiyolojisi

KVH ateroskleroz kaynaklı ve diğer nedenler kaynaklı olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (Topçu Altın, 2020).

Ateroskleroz kaynaklı KVH;

- Kronik Kalp Hastalığı
- Serebrovasküler Hastalık

- Periferik Arter Hastalığı ve Hipertansiyon

Diğer nedenler kaynaklı KVH;

- Konjenital Kalp Hastalıkları
- Romatizmal Kalp Hastalıkları
- Kardiyomiyopatiler
- Kardiyak aritmiler olarak yer almaktadır.

KVH etiolojisinde rol oynayan faktörler genetik ve çevresel nedenli olup, bazıları müdahale edilebilir ve değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alırken bazıları ise değiştirilemez ve müdahale edilemez risk faktörleri olarak gruplara ayrılmaktadır. KVH nedenleri arasında %80 oranından fazla olan kısımda değiştirilebilen risk faktörleri yer almaktadır. Bu risk faktörlerinin azaltılması ile KVH'ya bağlı hastane yatışı ve ölümleri azaltmak %80-90 oranında mümkün olabilmektedir (Dağıstan ve Gözüm, 2016).

Değiştirilemez risk faktörleri arasında aile öyküsü, yaş ve cinsiyet bulunurken; değiştirilebilen risk faktörleri arasında da fiziksel aktivite yetersizliği, sigara kullanımı, düzensiz beslenme, obezite, visseral yağlanma, stres, DM, kötü kan şekeri regülasyonu, HT, dislipidemi, alkol kullanımı ve psikososyal faktörler yer almaktadır. Son yıllarda risk hesaplamasına yeni risk faktörleri de eklenmiştir bu risk faktörlerinde; genetik, ırk ilaç kullanma durumu, C-reaktif protein (CRP), glikolize hemoglobin (HbA1C), fibrinojen, High Density Lipoprotein (HDL kolesterol) yer almaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

2.3. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörleri

KVH'larda risk faktörleri; değiştirilemeyen risk faktörleri, değiştirilebilen risk faktörleri ve yeni risk faktörleri olmak üzere 3 grupta incelenir.

2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

2.3.1.1. Ailesel Öykü

Kalp damar hastalıklarında risk faktörü olarak ailesel öyküyü alabileceğimiz bireylerin birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce KVVH bulunmasıdır. Yapılan araştırmalar KVVH'da genetik geçişin toplam hastalıklarda %50 oranda etkisinin olduğunu göstermektedir (Topçu Altın, 2020). KVVH için en büyük ailesel risk birincil akrabalarda erken yaşta KVVH öyküsü bulunmasıdır. Birinci derece akraba olan baba veya diğer erkek akrabalarda 55 yaşından önce KVVH bulunması ve anne veya diğer birinci derece kadın akrabalarda 65 yaşından önce KVVH bulunması bireyde ateroskleroz gelişim riskini 1.3-1.6 kat artırmaktadır (Karakoç Kumsar, Taşkın Yılmaz, 2017). Bu nedenle erken yaşta KVVH hastası bulunan bireyler KVVH açasından değerlendirilmelidir.

2.3.1.2. Yaş

Kalp damar hastalıklarında risk faktörü olarak yaşı alabileceğimiz bireylerde erkekte 45 yaş ve üstü, kadınlarda 55 yaş ve üstü veya erken menopoz bulunmasıdır. KVVH görölme sıklığı yaş ile beraber artmaktadır. Bu nedenle yaş en önemli risk faktörleri arasında görölmektedir. Erkekte 45, kadında 55 yaşından itibaren KVVH açasından bireyler risk altına girmektedirler. Bireylerde ilerleyen her on yaş KVVH riskinde iki kat artmaya neden olmaktadır (Topuz, 2019). Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında bulunan yaş, ilerledikçe KVVH riski açasından her bireyde farkındalık geliştirilmelidir.

2.3.1.3. Cinsiyet

Kalp damar hastalıklarında değiştirilemeyen risk faktörü olarak yerini alan cinsiyet erkeklerde 50 yaşın altında erkeklerde daha sık, 50-55 yaş arası cinsiyetlerde eşit oranda, 55 yaş üstünde ise kadınlarda daha sık olmak üzere bir dağılım göstermektedir (Topuz, 2019). Ateroskleroza yatkınlık oranı, erkeklerde kadınlarla eşit oranda risk faktörüne sahip oldukları durumlarda bile daha fazladır. Kadınlarda cinsiyet faktörünün daha az risk oranı barındırmasının sebebinin çalışmalarda östrojen ve endojen hormonlarının koruyuculuğu olarak anlamlandırılmıştır. Bu nedenle menopoz sonrası KVVH riski kadınlarda oran erkeklerin oranına gelmektedir (Topcu Altın, 2020).

2.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

2.3.2.1. Fiziksel Aktivite Yetersizliği, Sedanter Yaşam

KVH riskinin dūřürülebilmesi için fiziksel aktivite çok önemlidir ve artırılması gereklidir. Fiziksel olarak aktif bireylerde kan basıncı ve kolesterol düzeyi istenilen düzeye gelmektedir. Kilo kontrolü ve DM'yi kontrol altına alma gibi etkileri olan fiziksel aktivite KVH riskini önemli düzeyde azalmaktadır (Obuz, 2018). Günümüzde gelişen teknoloji ve evden çalışma gibi faktörler ile fiziksel aktivite oranlarında azalma meydana gelmiştir. Bu şekilde azalan fiziksel aktivite düzeyi de KVH açısından son yıllarda önemli hale gelmiştir (Kahvecioęlu, 2021).

HT'si olan bireylerde 12 haftalık yürüyüş programından sonra aktivite yapan grubun sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 1-2 mmHg düşüş olduğu bildirilmiştir. Ayrıca fiziksel aktivitenin artırılması, toplam yaşam beklentisini ve KVH'siz yaşam beklentisini (1.3-3.5 yıl) uzatabilir. Düzenli fiziksel aktivite ile beraberinde fazla kilolar azalmakta, Low Density Lipoprotein (LDL kolesterol), ve trigliserid düzeyleri düşmekte, HDL kolesterol düzeyleri yükselmekte, insüline duyarlılık artmakta, kan basıncı düşmekte, endotele bağlı vazodilatasyon ve fibrinolitik aktivite artmaktadır (Şen, 2019).

2.3.2.2. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı günümüzde toplum sağlığını tehdit eden en büyük tehlikelerdendir. Sigara alışkanlığı geçtiğimiz yüzyılda giderek artmıştır ve sigaraya bağlı hastalık oranları yükselmiştir (Okutan, 2018). Sigara kullanımı tüm vasküler hastalıkları 2-3 kat artırmaktadır ve sigara KVH'lardan en önemlileri olan Koroner Arter Hastalığı (KAH), inme ve periferik arter hastalığının önemli nedenlerinden biridir (Mainali, Pant, Rodriguez, Deshmukh & Mehta, 2015). KVH risk faktörleri arasında önemli bir yeri olan sigara kullanımının azaltıldığı ve bırakıldığı durumlarda KVH riski önemli ölçülerde azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda; yaş cinsiyet, yaşanılan ülke ve yapılan tedaviye bakılmaksızın sigarayı bırakmanın KVH riskini azaltmanın yanında KVH'ı bulunan hastalarda mortaliteyi de azalttığı ortaya koyulmuştur. Günümüzde yapılan çalışmalarla gelişmiş ülkelerdeki sigara kullanım düzeyi azaltılırken sigara kullanım

oranı gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Bu ülkelerde yapılan propaganda ve reklam çalışmaları erkeklere oranla daha az kullanım oranı olan kadınlara ve yetişmekte olan gençlere yönelik olduğu için bu gruptaki sigara içme oranı zamanla artmaktadır (İnce, Eti ve Çolak, 2019).

2.3.2.3. Düzensiz Beslenme, Obezite, Visseral Yağlanma

Düzensiz beslenme kilo artışı ve obeziteyi beraberinde getirmektedir. KVH'da bu durum diğer tüm riskleri artıran önemli bir mortalite sebebidir. Modern yaşamın getirdiği hareketsizlik ile beraber son 10 yılda toplumumuzda şişmanlık önemli bir sorun haline gelmiştir (Paycı, 2009; Kahveciöglu, 2021).

Vardiyalı çalışan sağlık personellerinde düzensiz beslenme çalışma saatlerinin düzensizliğinden dolayı sık görülen bir KVH risk faktörüdür. Biyolojik saat düzenini etkileyen vardiyalı çalışma ile sağlık personelleri, yetersiz ve düzensiz beslenme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Uyku süresinin de kısılması ve düzensizliği enerji alımı ve harcanması düzenini bozmakta ve obeziteye yol açmaktadır (Dağistan ve Gözüm, 2016).

2.3.2.4. Stres

Günlük hayatımızda stres; sürekli bireylere eşlik eden, iyileştirmeyi geciktiren, sağlığı olumsuz etkileyen ayrılmaz bir unsur haline gelmiştir. Stres bireylerin olumsuz bir durum karşısında yetersiz şekilde verdikleri fizyolojik ve psikolojik tepkilere verilen addır (Koç, Özkul, Özdemir Ürkmez, Özkul Özel ve Çelik Çevik, 2017). Psikososyal faktörler arasında da yer verilen stres KVH riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Stres diğer KVH riskleri ve sağlıksız davranış biçimleri ile bağlantı kurar ve KVH gelişiminde etki eder. Stres; obezite, fiziksel hareketsizlik, sigara içme, DM, dislipidemi ve HT gibi KVH risk faktörleri ile ilişkili bir etkidir (Chou, Tsai, Li & Hu, 2016).

Stres etkenleri arasında çalışma ortamı, hayat temposu, çevre ile sosyal ilişkiler, kısa dinlenme süreleri veya hiç dinlenememe gibi durumlar sıralanabilir. Mesleki stres yapılan işin içindeki ve dışarıdaki verimliliğin azalmasına ve mesleki tehlikelerin

artmasına yol açmaktadır. Stres hormonları aktivitesiyle artabilen trombolitik aktivite tromboza yol açıp KVH'a neden olabilir (Epik ve Öztürk, 2020).

2.3.2.5. Diabetes Mellitus (DM), Kötü Kan Şekeri Regülasyonu

KVH'da mortalite oranları açısından önemli risk faktörleri arasında yer alan DM diğer risk faktörleriyle özellikle de obeziteyle etkileşim halindedir. DM olan birey KVH riski açısından olmayana göre 3.2 kat daha fazla risk altındadır (Kahvecioğlu, 2021). DM ve insülin direnci sıklıkla eşlik eden hiperlipidemi, hipertansiyon ve obezite gibi diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin de hızlanmış ateroskleroz ve bunun sonucunda artmış KVH riski artışına neden olduğu belirtilmektedir (Topçu Altın, 2020). Diyabette KVH riski azaltılmasında düzenli fiziksel aktivite, HT tedavisi, serum kolesterolünün düşürülmesi, fazla kiloları azaltma oldukça önemlidir. Tip 2 diyabette, diyabet kontrolünün sağlanması için beslenme ve fiziksel aktiviteye dikkat edilmesi gerekmektedir. Diyete uygun beslenme ile insülin direnci kırılmakta ve glisemik kontrol sağlanabilmektedir (Taşkın Yılmaz, 2017).

2.3.2.6. Hipertansiyon (HT)

Hipertansiyon kan basıncından artma olarak tanımlanır (140/90 mmHg'den fazla) ve KVH riski açısından önemli bir durumdur. Aterosklerotik olayların %35'inden hipertansiyon sorumludur. HT aşırı tuz tüketimi, fiziksel aktivite düzeyinin düşük olması ve psikososyal stres gibi değiştirilebilen yaşam tarzı alışkanlıklarıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017). Kan basıncının yükselmesi KVH riskinin artması ile ilişkilidir ve sistolik kan basıncındaki her 10 mmHg'lik artış, KVH riskini iki katına çıkarmaktadır. Çalışmalar hipertansiyonun ilaçlarla tedavisi sonrası mortalite ve morbiditesinde ciddi azalmalar ortaya koymuştur. Tedavi ile beraber 5-6 mmHg'lık bir diyastolik kan basıncı düşmesiyle serebrovasküler olay riskinin %42 oranında azaldığı gözlemlenmiştir. Düzenli fiziksel aktivite kan basıncı ve kilo kontrolünde olumlu etki yaratmaktadır. Bu sayede HT tedavisinde bireyin hayatına eklenen düzenli fiziksel aktivite ile hastalıkta azalma gözlemlenmektedir (Dağıstan ve Gözüm, 2016).

2.3.2.7. Dislipidemi

Anormal kan lipid profili anlamına gelen Dislipidemi, insülin direnci ve abdominal obezite sonucu gelişmektedir. HDL-K düşüklüğü ve trigliserid yüksekliği ile anlamlandırılmaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017). Hiperlipidemi varlığında kan lipid seviyelerinin düşürülmesiyle KVVH'ı olan hastalarda hastane yatışını ve mortaliteyi azaltmaktadır. Dislipidemi hem yaşam biçimi değişiklikleri hem de ilaç tedavileri ile düzenlenebilmektedir. Düzenli fiziksel aktivite kilo kontrolünde bireylere yardımcı olarak, kan lipoproteinleri üzerinde olumlu etki yaratırlar. Düzenli beslenme ve düşük kolesterol ve düşük doymuş yağlardan oluşan diyet ile trigliserid düzeyini düşürürler. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite ile çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeyi azalmakta, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeyi artmakta ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeyi düşmektedir (Topuz, 2019).

2.3.2.8. Alkol Kullanımı

Alkol kullanımının neden olduğu hastalıklara bakıldığında ilk göze çarpan hastalıklardan birisi KVVH'lardır. Alkolün etkisi ile kalp hızındaki artış ve damarlardaki kanın akış hızlanması kalp krizi geçirme riskini artırır. Bu etkiler kullanılan alkol düzeyi ile doğru orantılı bir şekilde artmaktadır. Alkol ve KVVH arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik yapılan ve 42 prospektif araştırmadan oluşan ilk meta-analiz çalışmasında, günde bir veya daha az içki (5-10 g alkol) tüketildiğinde alkolün KVVH'a karşı koruyucu etkisi olduğu ve içilen miktarın artmasının riski daha fazla arttırmadığı belirlenmiştir (Topçu Altın, 2020). Alkolün KVVH açısından riskleri çok fazla alınması ile başlamaktadır. Hafif orta düzeyde alındığında yararları olduğu yönünde çalışmalar da vardır (Topuz, 2019).

2.3.2.9. Psikososyal Faktörler

KVH’da çeşitli psikososyal faktörlerin hastalık gelişiminde etkisi olduğu bulunmuştur. Bu risk faktörleri (Yıldırım ve Öztürk, 2016):

- Depresyon, umutsuzluk
- Akut stres (öfke patlaması, akut anksiyete)
- Kronik stres, aile çatışmaları, iş stresi (fazla çaba/düşük karşılık, fazla talep/düşük kontrol)
- A-tipi, D-tipi kişilik örüntüleri, öfke, düşmanlık
- Sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon (duygularını paylaştığı bir yakınının olmaması, aile, arkadaş destek yetersizliği, yalnız yaşama)
- Düşük sosyoekonomik durum (düşük iş pozisyonu, sadece zorunlu temel eğitim, düşük gelir)

Bu risk faktörleri çoğu zaman birbirleriyle ilişkili durumdadır. Bu faktörler etki mekanizması olarak ikiye ayrılır. Patofizyolojik ve davranışsal olarak ayrılan faktörler; kalp hızı, kan basıncı, inflamasyon ve pıhtılaşma süreçlerinde artma gibi KVH’da önemli fizyolojik etkiler ve sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivitede azalma, tedaviye uyum sağlamama gibi KVH güçlendiren davranışsal etkiler ile ilişkilidir. Bu risk faktörlerinin etkilediği faktörler KVH’da en etkili riskler olduğu için psikososyal risk faktörlerine gerekli önem verilmelidir (Epik ve Öztürk, 2020).

2.3.3. Yeni Risk Faktörleri

2.3.3.1. C-reaktif proteinin

Sağlıklı bireylerde dolaşımda düşük oranda bulunmasına rağmen enfeksiyon, doku yaralanması ve enflamasyon gelişimlerinde seviyesi yüksek oranda artmaktadır. Son araştırmalarda CRP’nin yalnızca enflamasyon sürecini belirten bir faktör olmaktan çok gelecekteki KVH’da dahil olmak üzere aterotrombotik riskin değerli ve çok önemli ve bağımsız bir öngörüsüne dönüşmüştür. KVH belirtileri olmayan hastalarda da yüksek CRP seviyeleri hastalık habercisi olabilmektedir. Artmış CRP konsantrasyonları, perkütan koroner girişim sonrası hastalarda ani ölüm risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Boncler, Wu & Watala, 2019).

2.3.3.2. Fibrinojen

İnsan vücudunda fibrinojen, akut faz reaktanıdır ve kronik inflamatuvar sürecin önemli başlatıcılarından biridir. Kanda yükseldiği durumlarda kan viskozitesini artırır. Bu durum trombosit ve lökosit agrasyonunu tetikler. Fibrinojenin KVH ile ilişkisi tromboz ve enflamasyon belirteci olmasından kaynaklanır. Yüksek fibrinojen seviyesi miyokard infarktüsü (MI) riskinde artışla ilişkilidir ve yükselen fibrinojen seviyelerinin kötü prognozla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Fibrinojen seviyesi; sigara, yaş ve DM artırmakta, fiziksel aktivite azaltmaktadır. Yüksek fibrinojen seviyesinin intima media kalınlığı ve subklinik ateroskleroz ile anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar fibrinojenin bağımsız olarak gelecekteki iskemik inme riskini ve HT'yi öngördüğünü ortaya koymaktadır. Genel popülasyonda fibrinojen güçlü ve bağımsız bir kardiyovasküler risk faktörü olarak görülmektedir (Yang, Du, Zhang, Li XL & Li S, 2017).

2.3.3.3. Homosistein

KVH için, kanda homosisteinin yükselmesi araştırmalar sonucunda bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Sucu, Karadere ve Toprak, 2001). Homosistein seviyesini kronik hastalıklar, metabolik yıkımlar, vitamin ve beslenme yetersizlikleri, kişisel özellikler, kullanılan ilaçlar etkilemektedir. Homosisteinin 5-15 mmol/L düzeyi 12 uygun seviye olarak kabul edilmekte ve 16 mmol/L üzerindeki değerler hiperhomosisteinemi olarak adlandırılmaktadır. Plazmadaki hiperhomosisteinemi; arteriyel 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 (Açık, Göz, Aydın, Padak, Dikme ve Göç, 2019).

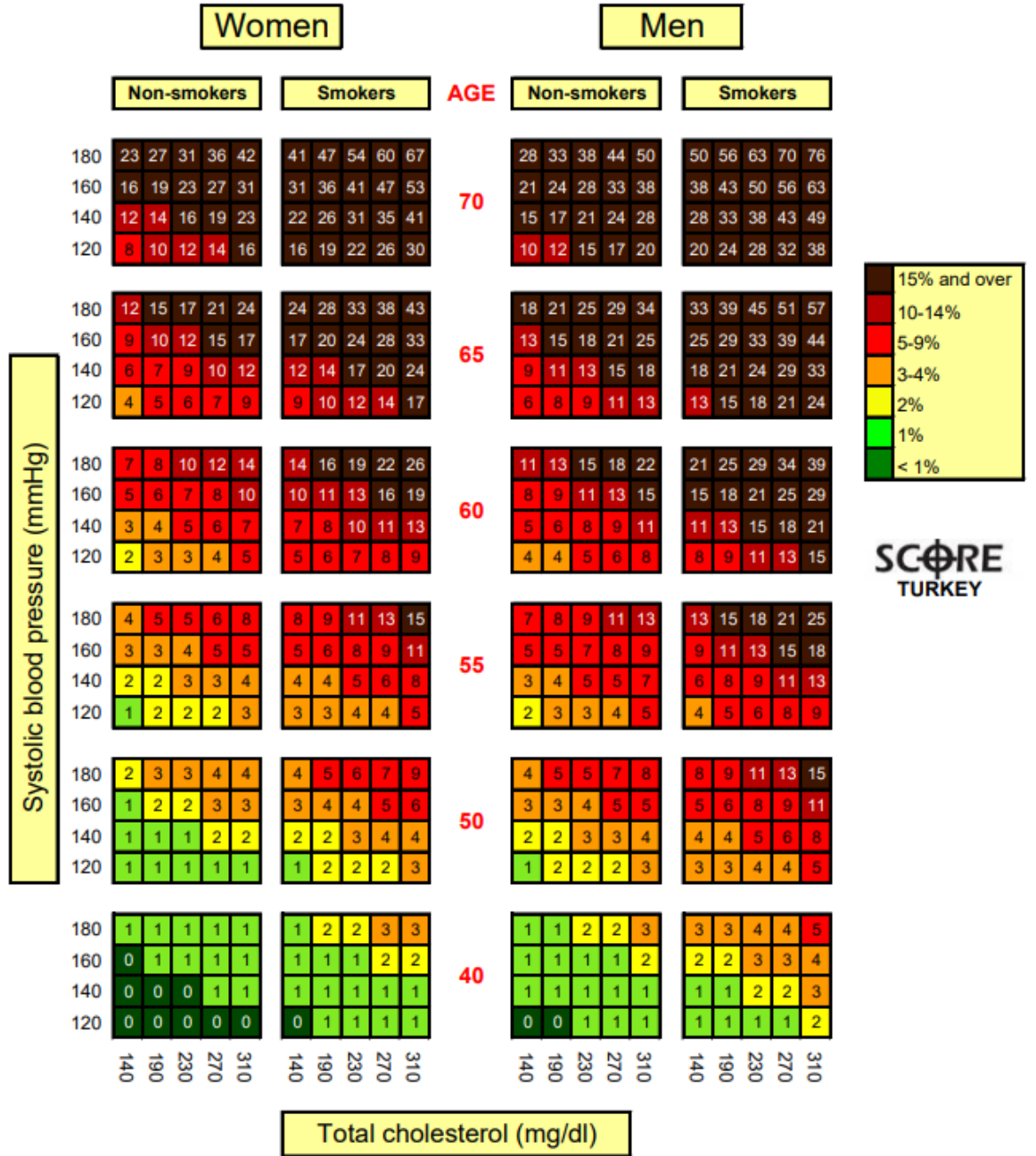
2.3.3.4. Lipoprotein

KVH için risk faktörü olarak görülen lipoprotein bir lipidprotein kompleksidir ve proaterojenik, protrombotik özellikler taşıdığı için yeni risk faktörleri arasında yerini almıştır. Lipoprotein metabolizması hastalıklarının aterosklerozun oluşum döneminde

etkisi olduğu için KVH riski bilinirliği ve kontrol altına alınabilirliği açısından önemli bir konumdur. Ateroskleroz oluşum döneminde kolesterol ve lipoproteinlerin rolü çok önemli olduğu için bu konuma gelmiştir. Yapılan çalışmalarda transkraniyal doppler incelemeleri ile yüksek lipidprotein (a) değerlerine sahip olanların ileri derecede intrakraniyal darlıklarının olduğu görülmüştür (Topçu Altın, 2020).

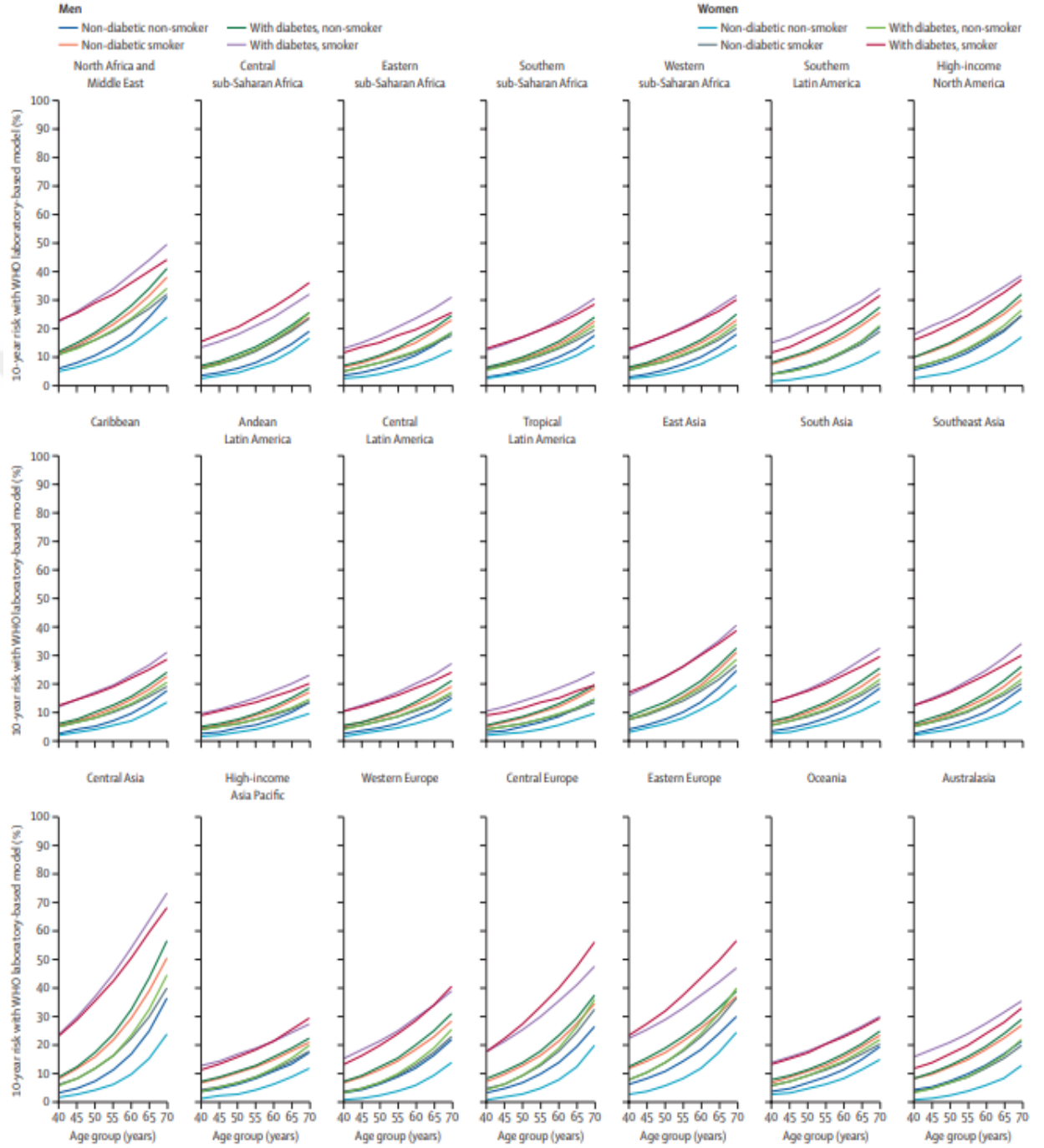


Score Türkiye Tablosu (Eray ve ark, 2018).



Şekil 2.1. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü kardiyovasküler hastalık risk çizelgeleri: 21 küresel bölgedeki riski tahmin etmek için revize edilmiş modeller (Kaptoge, Pennells, De Bacquer, Cooney, Kavousi, Stevens, & Di Angelantonio, 2019).



Şekil 2.2. DSÖ ile birlikte toplam kolesterol konsantrasyonları 5 mmol / L ve sistolik kan basıncı 140 mm Hg olan bir birey için öngörülen 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskleri, her bölge için laboratuvar tabanlı model.



Şekil 2.3. Dağıtımı 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskine göre, yaşlı bireyler için DSÖ risk tahmin modelleri, laboratuvar bazlı yeniden kalibre edilmiş.

2.4. Ameliyathane ve Yoğun Bakımlardaki Sağlık Personelleri

2.4.1. Yoğun Bakımda Çalışma

Yoğun Bakımlar; yaşamsal işlevlerinin tümünü veya bir kısmını kaybetmiş olan hastaların iyileşmesini amaçlayan, hasta bakımı açısından gelişmiş teknoloji ve cihazları bünyesinden bulunduran, 24 saat bu doğrultuda hastaları izleyen, özenli ve bütüncül yaklaşımla çalışılan birimlerdir. Yoğun bakımlar sahip oldukları özellikler, kabul edilen hastaların durumlarına göre ve hastalıklarına göre sınıflandırılmaktadır. İzole ve kapalı ortamlar olan yoğun bakımlar bulaş, enfeksiyon ve güvenlik riski nedeniyle giriş- çıkışların kısıtlandığı birimlerdir (Altun, 2019).

Yoğun bakımlarda çalışan sağlık personelleri iş yükünün fazla olması, haftalık ve aylık mesai saatlerinin fazla olması, maruz kaldıkları ilaçlar ve anestezi maddelerinin çok olması, radyasyon kimyasal ve enfeksiyona açık olmaları, malzeme ve koruyucu ekipman yetersizliği, personelin yapması gereken işlerde kas gücüne çok ihtiyaç duyulması, personele düşen hasta sayısının fazlalığı, çalışma koşullarının ağır olması ve yönetici pozisyonundan destek görememe gibi nedenlerle çalıştıkları bu birimde zorluk çekmektedirler (Akkaya ve Karadağ, 2021).

Yoğun bakımlarda yüksek stres altında çalışmanın getirdiği uykusuzluk, yorgunluk ve tükenmişlik personellerin bu birimde karşılaştığı zorlukların temelini oluşturmaktadır (Yalçın, Tunca, Çevik, Aslankoç ve Saygın, 2020).

2.4.2. Ameliyathanede Çalışma

Ameliyathaneler farklı disiplinlerden meslek gruplarının olduğu, ileri teknolojileri, gelişmiş bilgilerle, çeşitli cerrahi teknik ve yöntemlerle uygulandığı bir birimdir (Aktaş ve Dilek, 2019; Özlü, Aras ve Bayrak, 2022).

Birçok sağlık ve güvenlik riskini içinde bulunduran ameliyathanelerde çalışan sağlık personelleri ekip çalışmasını her adımda içinde barındıran, doğru kararların hızlı alınıp uygulanması gerektiği, uzun çalışma saatlerinin olduğu, hasta sirkülasyonunun ve takibinin hızlı olduğu, gürültülü, stresli, izole ve dinamik bir birimde çalışmaktadırlar (Akkaya ve Karadağ, 2021; Aktaş ve Dilek, 2019; Özgür ve ark., 2008; Ön, 2021).

Ameliyathane personelleri diğer kliniklere oranla ameliyathanelerde; radyayona maruz kalma süresinin uzun olması, çeşitli cerrahi dumanlara maruz kalınması, nöbet sisteminden dolayı uykusuzluk problemleri yetersiz havalandırma, ortopedik problemler, gün ışığı olmayışına bağlı gece ve gündüz dengesinin bozulması, kan ve kan ürünleri ile temasın yüksek ölçüde olması, sterilizasyon ve anestezi gazlarına maruz kalınması, delici kesici alet yaralanması riskinin yüksek olması, uzun süren ameliyathane dolayısıyla ayakta kalma süresinin uzaması, ağır araç gereçlerin kullanılması ve taşınması, hastanın taşınması ve pozisyon verilmesi gibi nedenlerle daha fazla KVH yakalanma riskine sahiptirler (Akkaya ve Karadağ, 2021; Alkan ve Ayar, 2017; Ön, 2021).

2.4.3. Ameliyathane ve Yoğun Bakımlarda Çalışmanın Meslek Hastalığı Boyutu

Kalp damar hastalıkları ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanlarının yaptıkları meslekler doğrultusundaki risklerle ortaya çıktığında meslek hastalığı boyutunda incelenmektedir.

5510 sayılı Kanununun 14. Maddesine göre meslek hastalığı; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir (Güvercin ve Mil, 2016).

Yapılan araştırmalarda ülkemizde meslek hastalıklarının görülme sıklığı Dünya'ya göre önemli ölçüde az olarak ifade edilmiştir. Bunun nedeni ülkemizde meslek hastalığının tanısını koymadaki yetersizliklerdir. Ülkemizde sadece 3 ilimizde meslek hastalığı hastanesi vardır ve diğer illerdeki sağlık çalışanlarının iş sağlığı birimlerinden yararlanma ve tanı konulma olasılığı bu nedenle çok düşüktür. Tanı koymadaki yetersizliklerin diğer nedenleri de; yeterli bir şekilde ya da hiç kontrol muayenelerinin ve tarama çalışmalarının yapılmaması, kalp damar hastalıklarının emeklilik döneminde ortaya çıkması ve meslek hastalığı tanısı koyabilecek kişilerin azlığı gibi nedenleri vardır (Akçapınar ve İnceboz, 2016).

2.5. Kardiyovasküler Hastalıklarda Korunma, Risk Değerlendirme ve Tedavi

2.5.1. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmak

Kalp damar hastalıklarından korunmada yüksek risk stratejisi uygulanır. Yüksek risk stratejisi; toplumdaki yüksek riskli bireyleri ve hastaları belirleyip, kalp damar hastalıklarından bu bireyleri korumak anlamına gelir. Bir diğer korunma stratejisi de risk durumları öngörülemeyen fakat gelecekte kalp damar hastalıklarına yakalanma riskinde olan bireyleri koruma olan genel topluma yönelik stratejilerdir. Bu stratejilerde bireylerden kalp damar hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeye gerek duyulur. Bilgi düzeyi ölçülen bireye diğer bilgileri de alındıktan sonra yaklaşım daha kolay yapılabilmektedir (Topuz, 2019).

KVH önleme çalışmaları öncelikle bireyin davranışlarının neden olduğu olumsuz durumları bilmesi ile başlatılmalıdır. Olumsuz davranış biçimlerini öğrenen bireyler yeterli bilgiye sahip olduklarında yaşam tarzı ve davranış biçimlerini değiştirmede kendilerini yeterli görecekler, bu değişim için çabalayacaklardır. KVH önleme çalışmalarında bu doğrultuda toplumu bilgilendirme çalışmalarına odaklanılmalıdır (Kahvecioğlu, 2021). KVH önlenmesinde hastanın kişisel ve sosyal özelliklerine bakılmalı ve 40-75 yaş arası bireylerin her 10 yılda bir KVH öncü hastalıklarından biri olan aterosklerotik koroner arter hastalığı riski yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Bu önlemlerin beraberinde; sigara ve tütün kullanımı, hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme ve fazla miktarda alkol kullanımı gibi olumsuz davranışların bırakılması hastalık oluşumunu önlenmesinde önemli korunma ilkekerindedir (Arnett, Blumenthal, Albert, Buroker & Goldberger, 2019).

Bireylerde KVH'dan korunmak risk faktörlerini bilip onlara göre hayatı düzenlemek ile gerçekleşmektedir. Erken tanı kişinin zamanında tarama yapılarak risk faktörleri açısından değerlendirilmesi ile gerçekleştirilebilir.

2.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Değerlendirme

Bireylerde Kardiyovasküler risk değerlendirme dört basamaktan oluşmaktadır (Topçu Altın, 2020):

- 1- Tarama
- 2- Erken Teşhis

- 3- Tedavi
- 4- Düzenli izlem

2.5.3. Kardiyovasküler Hastalıklarda Tedavi

KVH prognozunda ve ikincil korumasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hastalarda geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Hastaya, eğitim ve bilgilendirme programlarıyla kazandırılacak sağlıklı yaşam biçimi davranışları KVH tedavisinde etkili olmaktadır (Özkan ve ark., 2019).

2.5.3.1. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Refleksoloji

Günümüzde tamamlayıcı yöntemler; sağlığı koruma ve geliştirme, gevşeme ve rahatlama, hastalık etkilerini azaltma gibi nedenlerle kullanılmaktadır. Bu tamamlayıcı yöntemler güvenilebilir, etkili, az maliyetli, girişimsel olmayan, alet gerektirmeyen, yan etkileri az ve basit oldukları için kullanımları giderek artmaktadır. Bu tamamlayıcı yöntemlerden en yaygın olarak kullanılan yaklaşım da refleksolojidir (Embong, Soh, Ming & Wong, 2015).

Refleksoloji; insan vücudunda bulunan organların, el ve ayaklarda sonlanan bedenim tüm bölümündeki sinir uçlarına özel el ve parmak teknikleriyle bası, ovma ve gerdirme uygulanarak, gerginliği ortadan kaldırmak ve hastalığı tedavi etmeye yönelik destek tedavi sağlanan tamamlayıcı bir yöntemdir. Belirli bası noktalarına çeşitli masajlar yapılarak, organlardaki bozukluklar iyileştirilmeye çalışılır.

Birçok hastalık ve onların tedavisinde kullanılan refleksoloji kalp damar hastalıklarında ilişkili semptomları ve riski azalttığı için destekleyici bir tedavi olarak kullanılabilir. Kan basıncı ve hızında, işlem öncesi anksiyetede, kolesterol seviyelerini düşürmede ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu çalışmalarla bulunmuştur (Doğru, Yıldırım ve Aykar, 2017).

2.6. Kardiyovasküler Hastalıkların Yaşam kalitesine Etkisi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesi ile kalp damar hastalıklarında önemli ölçüde mortalite ve morbiditenin azaldığı bilinmektedir. Bu olumlu sağlıklı davranışlarına; fiziksel aktiviteyi hayata almak, beslenme şeklini düzenlemek, sigara kullanmayı bırakmak, hayatta stresi azaltmak gibi kalp damar hastalıklarında değiştirilebilen faktörlere dikkat edip düzeltmek örnek gösterilebilir (Alemdağ, 2019).

Sağlık profesyonellerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına bir diğer örnek de olumlu bir yaşam kalitesine sahip olmaktır. Yaşam kalitesi genel olarak; sağlık, mutluluk, yaşam doyumu, memnuniyet ve pozitif etki gibi anlamlara gelir. Yaşam kalitesine sahip kişiler iş doyumuna ulaşmışlar demektir. İş doyumunu da; çalışanların mesleklerinden duyduğu mutluluğu ifade etmektedir. Kaliteli bir çalışma ortamı iş doyumunu da beraberinde getirir. Çalışma ortamları olan yoğun bakımlar ve ameliyathaneler sağlık çalışanlarının zamanlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yerlerdir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturulmak isteniyorsa bu vakitlerde iş doyumuyla birlikte olumlu davranış biçimi geliştirilmeli ve bu sayede yaşam kalitesine ulaşılmalıdır. (Alkan ve Ayar, 2017).

2.7. Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi (SA), diğer bir deyişle ‘Hipokondriyazis’ bireyin kendisinde ya da bir başkasında ortaya çıkabilecek hastalıklarla ilgili aşırı endişe, korku ve endişeye neden olan bir psikolojik bozukluktur. Bireyin bedenindeki değişimleri yanlış olarak yorumlaması ve kaygı duyması şeklinde deneyim yaşaması olarak ortaya çıkar (Bleichhardt&Willer 2007; Bailer et. al., 2016; Newby et. al., 2017; Barbek et. al., 2022)

Sağlıkla ilgili kaygılar bireyin yaşadığı hastalıklar, bedensel belirtiler sonucu hafif yada ciddi düzeyde ortaya çıkabilir. Genellikle bu kaygının hafif düzeyde olması sorun oluşturmaz. Ciddi düzeyde yaşadığı kaygılar ise bireyin günlük yaşamını olumsuz düzeyde etkileyebilir (Marmot&Winners 2019; Barbek et. al., 2022).

Sağlık anksiyetesinin etyolojisini birçok faktör oluşturmaktadır. Çocukluk dönemindeki yaşam olayları, kişisel özelliklerle, barınma, çalışma ve çevre koşulları, stres, kaygı, sosyal izolasyon, sağlığı algılama biçimi, yaşam tarzı, yaş, cinsiyet, etnik köken, düşük sosyo

ekonomik durum gibi birçok faktörden etkilendiği için toplumlara göre de görülme sıklığı farklılık göstermektedir. Yaşanılan zihinsel bozukluklar, sosyal eşitsizlikler, yaygın anksiyete bozukluğu ve fobiler görülme sağlık anksiyetesi sıklığını artırmaktadır (Siegrist&Marmot 2004; Fryers et al., 2003; Moreno-Peral et. al., 2014, Barbek et. al., 2022).

Sağlık personelleri sağlık hizmeti sunan profesyonelleri olarak, yoğun çalışma temposu, acil durumları yönetebilme ve karar verme süreci, nöbetli çalışma sistemi ve daha birçok faktör kaynaklı iş yaşamında stres altında çalışmaktadırlar. Bu nedenle bu faktörler sağlık personellerinin sağlık anksiyetesi düzeyini olumsuz olarak etkilemektedir.

2.8. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi; hastalık varlığına gerek duymaksızın, sağlık duyularında olumsuz algı durumunun ortaya çıkması olarak tanımlanabilir. Bu olumsuz duyularla, anksiyete bozuklukları oluşumunda ve hastalıklarda risk faktörü olması ile ilişkilendirilmektedir (Burçin ve Nurgül, 2015). Sağlık anksiyetesi oluşumunda bireyin yaşam biçimi, kişilik özellikleri, geçmiş deneyimleri, hastalık durumu ve çevresel faktörler gibi etkenler rol oynamaktadır (Çevik ve Sıtlık Sarıtaş, 2020).

Sağlık anksiyetesi ile kardiyovasküler hastalıklarının ilişkisi de kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin önemli bir kısmını oluşturan psikososyal durum ve stres gibi faktörleri etkilediği için çok önemlidir. Anksiyete varlığı hem hastalık gelişim riskini artırmakta hem de prognozun kötü seyirli olmasına neden olmaktadır (Yıldırım ve Öztürk, 2016). Sağlık anksiyetesi, bireyde kontrolcü bir tutuma da neden olabilir. Bu davranış biçimine sahip bireyler sık doktor kontrolüne gitme isteğinde olabilecekleri için hastalık varlığının erken teşhis ile saptanması sağlık anksiyetesinin yararlı olabileceği bir duruma örnek olarak gösterilebilir. Sık kontroller bireyin sağlığı ile ilgili iyi şeyler duyma arzusundan kaynaklanabilir. Anksiyete varlığında kötü haber duyma endişesi ile doktor kontrolünden kaçınma durumu da gözlemlenebilir. Tek bir doktordan duyacakları sağlık durumları onlar için yeterli olmaz ve şüphe ile birden fazla doktora görünme ihtiyacında olabilirler (Özdelikara, Alkan ve Mumcu, 2018).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışmanın amacı, ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan sağlık personelinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi durumunun ve sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesidir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi'nde en az 1 yıl Ameliyathane ya da Yoğun bakımda çalışmış veya çalışmaya devam eden, herhangi bir görme- duyma- konuşma ve iletişim engeli bulunmayan, geçirilmiş MI öyküsü olmayan, mevcut KY ya da diğer KVH tanısı olmayan, hemşire- doktor ve anestezi teknikerleri üzerinde yapıldı. Veriler 1 Temmuz 2022- 1 Aralık 2022 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Ankara il merkezinde bulunan Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Yoğun Bakımları ve Ameliyathanelerindeki sağlık personelleri oluşturdu. Örneklemi ise kriterlere uygun ve katılmaya gönüllü 195 sağlık çalışanı oluşturmuştur (doktor, hemşire, anestezi teknikeri).

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. En az 1 yıldır Ameliyathane ya da Yoğun bakımda çalışıyor olmak.
2. Hemşire, doktor veya anestezi teknikeri olmak.
3. Herhangi bir görme, duyma, konuşma ve iletişim engeli bulunmamak.
4. Geçirilmiş MI öyküsünün olmaması, mevcut KY yada diğer KVH tanısının olmaması.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri incelenerek araştırmacılar tarafından oluşturulan sağlık personellerinin tanıtıcı bilgilerini içeren ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD)’ ve ‘Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)

Literatür bilgileri incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan bu form 11 sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcıların sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalıştığı birim, gelir düzeyi, sosyal güvence vb) kendi ve ailelerindeki hastalık bilgisi, doktor kontrol durumları ve egzersiz alışkanlıkları bilgilerinden oluşmaktadır.

3.5.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği (KARRİF-BD) (Ek-4)

Ölçek Arıkan ve arkadaşları tarafından erişkinlerde KVH risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek amacıyla 2009 yılında yapılmıştır (Arıkan ve ark., 2009). 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 güvenilirlik katsayısı olan Cronhbach alfa değeri 0,768 bulunmuştur (Arıkan ve ark., 2009).

Bu tez çalışmasında ölçek iç tutarlılıkları incelendiğinde Alpha güvenilirlik katsayısı; KVH’lerin özellikleri, KVH’lerin risk faktörleri alt boyutu ve

KVH'den korunma alt boyutu ele alınarak ölçek toplamı için $\alpha=0,655$ olarak saptandı.

3.5.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Ek-5)

Sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları 2002 yılında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ni geliştirmişlerdir (Salkovskis ve ark., 2002). Bu ölçeği 2013 yılında Aydemir ve arkadaşları Türkçeye çevirmişlerdir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgulayan dördü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise hastalardan, sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmelerini istemekte ve buna göre de sorgulama yapmaktadır. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin güvenilirlik çözümlerinde cronbach alpha katsayısı 0,918 olarak elde edilmiştir (Aydemir ve ark., 2013).

Bu tez çalışmasında ölçek iç tutarlılıkları incelendiğinde Alpha güvenilirlik katsayısı; Hastalıklarla ilişkili olumsuz beklentiler alt boyutu için $\alpha=0,771$ olarak ve ölçek toplamı için $\alpha=0,892$ olarak saptandı.

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde sağlık personelleri çalıştıkları Ameliyathane ve Yoğun Bakım birimlerinde ziyaret edilmiştir. Çalışma hakkında bilgilendirilip anketler dağıtıldıktan sonra cevaplamaları beklenmiş ve sonrasında anketler toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ile yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, minimum/maksimum, ortalama, standart sapma ve medyan değerleri ile verildi. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirildi. Cronbach alfa değerinin 0,700'ün üzerinde olması

ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermiştir (Eray ve ark., 2018). Değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğine çarpıklık ve basıklık değerlerine göre karar verildi. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin $\pm 1,5$ aralığında olduğu durumlar normal dağılımı göstermiştir (Tan ve ark., 2013). Farklılık testlerinde normal dağılımın yanında karşılaştırma yapılan grupların örneklem sayısı da dikkate alınarak yapılacak testlere karar verildi. Gruplar arasında 30'un altında örnekleme sahip grup olduğunda non-parametrik testler kullanıldı. Farklılık analizlerinde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında t testi ve Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. ANOVA ve Kruskal Wallis testlerinde anlamlı farklılık belirlendiğinde çoklu karşılaştırma testleri yapıldı ve aralarında anlamlı fark bulunan gruplar belirlendi. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile değerlendirildi. Analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.8. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya katılan sağlık personelinin tanımlayıcı özellikleri (cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim durumu, yaş, alışkanlıkları, meslek, çalışma birimi, sosyal güvenceleri) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği bağımsız, KARRİF-BD bağımlı değişken olarak incelenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik kurulu'ndan 21.04.2022 tarihli kararı ile etik izin alınmıştır (Ek-1). Çalışmanın yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi kurum prosedüründen dolayı Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Ek-2). Ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır. Çalışmaya katılanlar ise çalışma öncesi bilgilendirilip aydınlatılmış onam formu ile onamları alınmıştır (Ek-3).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına dahil edilen 195 sağlık personeline ait bulgular incelenmiştir. Çalışmaya katılan sağlık personellerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara göre yaş ortalamaları $29,73 \pm 6,92$ 'ydi.

Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=195)

		n	%
Yaş (Ort±SS)	29,73±6,92		
Cinsiyet	Erkek	63	32,3
	Kadın	132	67,7
Çalışma Birimi	Ameliyathane	85	43,6
	Yoğun Bakım	110	56,4
Öğrenim Durumu	Lise mezunu	21	10,8
	Ön Lisans / Üniversite / Lisansüstü mezunu	174	89,2
Meslek	Hemşire	141	72,3
	Anestezi Teknikeri	26	13,3
	Doktor	28	14,4
Gelir Durumu	Gelir giderden az	63	32,3
	Gelir gidere eşit	89	45,6
	Gelir giderden fazla	43	22,1
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	40	20,5
	Hayır	155	79,5
Birinci Derecede Yakınlarında Kalp Hastası Varlığı	Evet	73	37,4
	Hayır	122	62,6
Kalp ve Damar Hastalıkları Kontrolü İçin Doktora Başvuru Sıklığı	Doktor kontrolüne gitmiyorum	129	66,2
	6 ayda bir kez	12	6,2
	Yılda bir kez	45	23,1
	Diğer	9	4,6
Düzenli Egzersiz Yapma	Evet	54	27,7
	Hayır	72	36,9
	Ara sıra yürüyüş yapıyorum	69	35,4
Egzersiz Yapma Sıklığı (Gün/Ay) (Ort±SS)	10,05±7,11		

Çizelge 4.1’de çalışmaya katılan sağlık personellerinin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır.

Cinsiyet durumları değerlendirildiğinde; 132 (%67,7) kişi kadın, 63 (%32,3) kişi erkekti.

Hastanede çalışma birimi ele alındığında; 110 (%56,4) kişi yoğun bakımda görev yaparken 85 (%43,6) kişi ameliyathanede görev yapmaktadır.

Eğitim düzeyi değerlendirildiğinde; katılımcılardan 174 (%89,2) kişi ön lisans, üniversite veya lisansüstü düzeyinde eğitime sahiptir. Lise mezunu katılımcı sayısı 21 (%10,8)’dir.

Meslek grubuna bakıldığında; 141 (%72,3) kişi hemşire, 26 (%13,3) kişi anestezi teknikeri, 28 (%14,4) kişi doktor olarak görev yapmaktadır.

Katılımcılardan 89 (%45,6) kişinin geliri giderine eşit durumdadır.

155 (%79,5) kişinin kronik hastalığı bulunmamaktadır. 40 (%20,5) kişinin ise kronik hastalığı mevcuttur.

122 (%62,6) kişinin birinci derece yakınlarında kalp hastası bulunmamaktadır.

129 (%66,2) kişi kalp ve damar hastalıkları kontrolü için doktor kontrolüne gitmemektedir. Yılda bir kez kontrol için doktora gidenlerin sayısı ise 45 (%23,1)’dir.

Katılımcılardan 72 (%36,9) kişi düzenli olarak egzersiz yapmadığını ifade ederken egzersiz yapma sıklığının ayda ortalama $10,05 \pm 7,11$ gün olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.2. Araştırma Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Değişken	Min	Max	Ort.	SS	Medyan	CA
KVH'nın Özellikleri	0	4	2,65	±0,69	3	
KVH'nın Risk Faktörleri	7	15	13,18	±1,62	14	
KVH'dan Korunma	2	9	7,32	±1,94	7	
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği	13	28	23,15	±2,56	24	0,655
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı	0	35	14,49	±7,16	14	0,891
Hastalığın Olumsuz Sonuçları	0	11	4,06	±2,47	4	0,771
Toplam Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	1	43	18,55	±8,52	17	0,892

CA=Cronbach Alfa

Araştırma ölçeklerine ilişkin istatistiki bulgular ve Cronbach alfa katsayıları Çizelge 4.2'de yer almaktadır. Bu bulgulara göre,

- ✓ Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puan ortalamasının $23,15 \pm 2,56$ olduğu ve Cronbach alfa katsayısına göre güvenilir bir ölçek olduğu,
- ✓ Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamasının $18,55 \pm 8,52$ olduğu ve Cronbach alfa katsayısına göre güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Yaş ile Araştırma Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

		Yaş
KVH'nın Özellikleri ¹	r	-0,148
	p	0,039*
KVH'nın Risk Faktörleri ²	r	0,159
	p	0,026*
KVH'dan Korunma ²	r	0,230
	p	0,001*
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği ²	r	0,164
	p	0,022*
Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı ¹	r	-0,178
	p	0,013*
Hastalığın Olumsuz Sonuçları ¹	r	-0,041
	p	0,570
Toplam Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ¹	r	-0,161
	p	0,024*

*p<0,05; 1: Pearson Testi; 2: Spearman Testi

Katılımcıların yaşları ile Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanları ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile incelenmiş olup analiz bulguları Çizelge 4.3'de yer almaktadır. Bu bulgulara göre katılımcıların yaşları ile KVH'nın Özellikleri ($r=-0,148$), Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı ($r=-0,178$) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($r=-0,161$) puanları arasında negatif yönlü anlamlı ($p<0,05$) ilişkiler olduğu, KVH'nın Risk Faktörleri ($r=0,159$), KVH'dan Korunma ($r=0,230$), Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği ($r=0,164$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ($p<0,05$) ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Sosyodemografik Özellikler, KARRİF-BD, SAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	KVH'ın Özellikleri	KVH'ın Risk Faktörleri	KVH'dan Korunma	KARRİF-BD	Bedensael Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı	Hastalığın Olumsuz Sonuçları	SAÖ
Cinsiyet							
Erkek	2,76±0,64	13,10±1,87	7,52±1,12	23,38±2,71	12,60±6,76	3,84±2,44	16,44±7,74
Kadın	2,59±0,67	13,23±1,49	7,23±1,22	23,05±2,49	15,39±7,19	4,17±2,49	19,55±8,72
Test analizi	t=1,679 p=0,095	Z=-0,133 p=0,894	Z=-1,726p=0,084	Z=-1,206p=0,228	t=-2,576p=0,011*	t=-0,859p=0,391	t=-2,412p=0,017*
Çalıştığı Birim							
Ameliyathane	2,64±0,69	13,28±1,76	7,42±1,27	23,34±2,89	14,69±7,41	4,11±2,36	18,80±8,77
Yoğun Bakım	2,66±0,66	13,11±1,50	7,25±1,13	23,00±2,27	14,33±6,99	4,03±2,58	18,35±8,35
Test analizi	Z=-0,052p=0,958	Z=-1,635 p=0,102	Z=-1,507 p=0,132	Z=-1,789 p=0,074	t=0,354 p=0,724	t=0,220 p=0,826	t=0,361 p=0,718
Öğrenim Durumu							
Lise Mezunu	2,81±0,68	12,24±2,28	6,71±1,10	21,76±3,14	15,05±6,78	4,48±2,44	19,52±8,30
Üniversite/Lisansüstü mezunu	2,63±0,67	13,30±1,49	7,40±1,19	23,32±2,44	14,42±7,22	4,01±2,48	18,43±8,56
Test analizi	Z=-0,848 p=0,396	Z=-2,331 p=0,020*	Z=-2,638 p=0,008*	Z=-2,312 p=0,021*	Z=-0,672 p=0,501	Z=-0,791 p=0,429	Z=-0,785 p=0,433
Meslek							
Hemşire	2,58±0,71	13,06±1,63	7,21±1,25	22,86±2,57	14,40 ±6,85	4,09±2,58	18,50±8,31
Anestezi Teknikeri	2,65±0,63	13,30±1,64	7,19±0,94	23,15±2,48	16,46 ±9,05	4,00±2,21	20,46±10,36
Doktor	2,96±0,33	13,68±1,49	8,00±0,86	24,64±2,09	13,07 ±6,55	3,96±2,19	17,04±7,64
Test Analizi	X ² =8,577 p=0,014*	X ² =5,275 p=0,072	X ² =11,384 p=0,003*	X ² =12,829 p=0,002*	X ² =2,608 p=0,271	X ² =0,033 p=0,984	X ² =1,752 p=0,416
Gelir Durumu							
Gelir giderden az	2,62±0,75	12,86±1,67	7,21±1,37	22,68±2,73	12,29±6,59	3,67±2,39	15,95±7,58
Gelir gidere eşit	2,61±0,60	13,31±1,57	7,40±1,15	23,31±2,38	14,79±7,28	4,37±2,63	19,16±8,93
Gelir giderden fazla	2,77±0,68	13,40±1,61	7,35±1,00	23,51±2,61	17,10±6,87	4,00±2,19	21,09±8,11

Test analizi	$X^2=3,319$ p=0,190	$X^2=4,683$ p=0,096	$X^2=0,415$ p=0,813	$X^2=3,390$ p=0,184	$X^2=13,394$ p=0,001*	F=1,522 p=0,221	$X^2=12,919$ p=0,002*
Kronik Hastalık Varlığı							
Evet	2,70±0,69	13,05±1,65	7,30±1,36	23,05±2,79	15,78±8,37	4,10±2,90	19,88±10,59
Hayır	2,63±0,66	13,22±1,62	7,33±1,15	23,18±2,50	14,15±6,80	4,05±2,36	18,21±7,90
Test analizi	t=0,571 p=0,569	Z=-0,555 p=0,579	Z=-0,136 p=0,892	Z=-0,079 p=0,937	t=1,278 p=0,203	t=0,110 p=0,912	t=0,932 p=0,356
Birinci Derecede Yakınlarında Kalp Hastası Varlığı							
Evet	2,53±0,71	12,97±1,91	7,26±1,53	22,77±3,18	14,48±6,92	4,04±2,65	18,52±8,60
Hayır	2,71±0,64	13,31±1,41	7,36±0,95	23,39±2,08	14,49±7,33	4,07±2,37	18,57±8,51
Test analizi	Z=-1,579 p=0,114	t=-1,417 p=0,158	t=-0,506 p=0,614	t=-1,482 p=0,141	t=-0,012 p=0,991	t=-0,089 p=0,929	t=-0,036 p=0,972
Kalp ve Damar Hastalıkları Kontrolü İçin Doktora Başvuru Sıklığı							
Doktor kontrolüne gitmiyorum	2,65±0,69	13,28±1,52	7,40±1,05	23,33±2,30	13,91±6,74	4,12±2,48	18,02±8,00
6 ayda bir kez	2,75±0,45	11,67±3,03	6,25±1,54	20,67±4,48	13,92±10,53	4,33±3,17	18,25±12,58
Yılda bir kez	2,62±0,68	13,20±1,34	7,27±1,36	23,09±2,47	16,11±7,71	4,00±2,35	20,11±9,31
Diğer	2,56±0,52	13,78±0,67	7,89±1,05	24,22±1,30	15,44±3,91	3,22±2,17	18,67±4,97
Test analizi	$X^2=0,770$ p=0,857	$X^2=3,136$ p=0,371	$X^2=7,874$ p=0,049*	$X^2=4,699$ p=0,195	$X^2=3,806$ p=0,283	$X^2=1,034$ p=0,793	$X^2=2,238$ p=0,524
Düzenli Egzersiz Yapma							
Evet	2,61±0,63	13,26±1,74	7,26±1,17	23,13±2,74	13,76±7,63	3,78±2,49	17,54±9,40
Hayır	2,61±0,68	13,15±1,61	7,26±1,33	23,03±2,76	14,93±7,15	4,50±2,74	19,43±8,67
Ara sıra yürüyüş yapıyorum	2,71±0,69	13,16±1,56	7,43±1,06	23,30±2,19	14,59±6,83	3,83±2,10	18,42±7,63
Test analizi	$X^2=1,902$ p=0,386	$X^2=0,729$ p=0,695	$X^2=0,594$ p=0,743	$X^2=0,200$ p=0,905	F=0,422 p=0,656	F=1,817 p=0,165	F=0,772 p=0,463

- ✓ Katılımcıların cinsiyetlerine göre bakıldığında; SAÖ alt boyutu olan Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı ve toplam SAÖ puanlarında kadın katılımcıların ortalamasının erkek katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,
- ✓ Öğrenim durumlarına göre bakıldığında; KARRİF-BD alt boyutu olan KVH'nın Risk Faktörleri, KVH'dan Korunma ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanında üniversite/lisansüstü mezunu olanların ortalamasının lise mezunu olanların ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,
- ✓ Meslek gruplarına göre bakıldığında; KARRİF-BD alt boyutu olan KVH'nın özellikleri puanında doktorların ortalamasının hemşirelerin ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,
- ✓ KVH'dan Korunma ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanlarında doktorların ortalamasının hemşire ve anestezi teknikeri grubunun ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,
- ✓ Ekonomik duruma göre bakıldığında; SAÖ alt boyutu olan Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı ve toplam SAÖ puanlarında geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan katılımcıların ortalamasının geliri giderinden az olan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,
- ✓ Kalp ve damar hastalıkları kontrolü için doktora başvuru sıklığına göre bakıldığında; KARRİF-BD alt boyutu olan KVH'dan Korunma puanında doktor kontrolüne gitmeyen, doktora yılda bir kez başvuran ve diğer grubundaki katılımcıların ortalamalarının doktora 6 ayda bir kez başvuran katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulundu.

Çizelge 4.5. Araştırma Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

		Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlık ve Kaygı	Hastalığın Olumsuz Sonuçları	Toplam Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
KVH'nın Özellikleri ¹	r	0,066	-0,012	0,052
	p	0,356	0,871	0,467
KVH'nın Risk Faktörleri ²	r	0,014	0,032	0,024
	p	0,850	0,660	0,736
KVH'dan Korunma ²	r	-0,093	-0,066	-0,082
	p	0,196	0,362	0,254
Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği ²	r	-0,023	-0,024	-0,021
	p	0,754	0,741	0,775

*p<0,05; 1: Pearson Testi; 2: Spearman Testi

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanları ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile incelenmiş olup analiz bulguları Çizelge 4.5’de yer almaktadır. Bu bulgulara göre katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanları ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişkilerin olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamına dahil edilen 195 sağlık personeline ait bulgular kardiyovasküler risk durumları açısından literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1. KARRİF-BD ve SAÖ Ortalama Puanlarının Tartışması

Çalışmamızda KARRİF-BD toplam puanı $23,15 \pm 2,56$ bulundu. Ülkemizde sağlık personelinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini belirleyen bir sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yılmaz ve Boylu'nun (2016) yılında yaptığı masa başında çalışanlarda kardiyovasküler risk bilgi düzeyi isimli çalışmasında toplam KARRİF-BD puanı sağlık çalışanlarında $20,06 \pm 4,05$, sağlık çalışanı olmayanlar da $18,5 \pm 3,5$ olup, her iki grup arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Farklı meslek gruplarıyla yapılmış Özel-Çakır ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı İtfaiyecilerde Kardiyovasküler Hastalık Riski Bilgi Düzeyi çalışmasında toplam KARRİF-BD puanı $18,54 \pm 4,34$ olarak bulundu. Yardımcı-Gürel'in (2020) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmasında ise KARRİF-BD toplam puanı $20,51 \pm 2,53$ olarak bulundu.

Çalışmamızda SAÖ toplam puanı $18,55 \pm 8,52$ bulundu. Kayacı'nın (2023) Hemşirelerin Yaşadığı Sağlık Anksiyetesi ile İş Yaşamı Kalitesi Arasındaki İlişki isimli çalışmasında SAÖ toplam puanı $14,96 \pm 7,86$, Polat'ın (2020) Hemşirelerde sağlık anksiyetesi ev siberkondria ilişkisi çalışmasında ise SAÖ toplam puanı $36,24 \pm 8,9$ olarak bulundu. Bizim sonucumuzun sonucuna göre sağlık anksiyetesinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

5.2. Sosyodemografik Verilerle KARRİF-BD Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda yaş arttıkça KARRİF-BD alt boyutu olan KVH özellikleri alt boyutunun azaldığı görüldü. Bu bulgumuzun katılımcıların yaş ortalamasının genç olduğundan kaynaklı çıktığını düşünmekteyiz.

Katılımcıların eğitim durumuna göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Coşkun'un (2023) yetişkin bireylerde, Yılmaz ve Boylu'nun masa başında çalışanlarda, kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça KARRİF-BD puanlarının arttığı görüldü.

5.3. Sosyodemografik Verilerle SAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Göre Analiz Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda yaş arttıkça SAÖ alt boyutu olan bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık ve toplam puanlarının azaldığı görüldü. Kayacı'nın (2023) hemşirelerde iş yaşam kalitesi ve sağlık anksiyetesi isimli çalışmasında yaş arttıkça SAÖ toplam puanlarının arttığı bulundu. Bizim çalışmamızdaki bulgumuzun farklılığının örneklem grubumuzun yaş ortalamasının daha genç grup olduğundan kaynaklı ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

Literatürde sağlık anksiyetesinin için kadın cinsiyeti risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Hsu et. al., 2019; Akter et. al., 2018). Bizim çalışmamızda da kadınlarda erkeklere göre SAÖ alt boyutu olan bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık ve toplam puanlarının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Polat'ın (2020) hemşirelerde sağlık anksiyetesi ve sibenkondria ilişkili çalışmasında da kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre SAÖ puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Ancak yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Kayacı'nın (2023) hemşirelerde iş yaşam kalitesi ve sağlık anksiyetesi isimli çalışmasında kadın-erkek cinsiyet açısından SAÖ puanları arasında bir farklılık bulunmadığı belirtildi. Yine Bleichhardt ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da kadınların erkeklerden

fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğu ama cinsiyetler arasında sağlık anksiyetesiyle ilgili fark olmadığı belirtildi (Bleichhardt, 2007).

Literatürde çok sayıda çalışma sağlık anksiyetesinin düşük sosyo-ekonomik durumla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Düşük sosyo ekonomik durumun sağlık anksiyetesini olumsuz etkilediği bulundu (Marmot&Winners, 2019; Barbet et. al., 2022). Çalışmamızda gelir giderden fazla olanların gelir giderden düşük olanlara göre SAÖ alt boyut ve toplam puanlarının fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Kayacı'nın (2023) hemşirelerde iş yaşam kalitesi ve sağlık anksiyetesi isimli çalışmasında ise aldığı ücreti yeterli bulan ve bulmayan grup arasında SAÖ puanları arasında herhangi bir anlamlılık bulunmadı. Can'ın (2023) hekimlerin sağlık anksiyetesi ile sağlıklı beslenme takıntısını incelediği çalışmasında da ekonomik durum açısından SAÖ puanları arasında anlamlılık bulunmadı. Bu durumun örneklem grubumuzda gelir giderden fazla olanların % 22,1 oranında olması kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca bu durumun sadece ekonomik nedenler dışında yaşam koşulları, çalışma koşulları, başa çıkma stratejileri gibi etkenler kaynaklı olduğunu da söyleyebiliriz.

Fiziksel aktivite, fiziksel sağlık açısından değil, aynı zamanda zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal sağlık açısından da faydalıdır. Araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin depresyon, kaygı, stres gibi ruh sağlığı sorunlarını azaltacağını ve ruh halini iyileştirebileceğini göstermektedir (Aktaş&Basat 2022). Düzenli egzersiz yapmayanlarda yapanlara göre SAÖ puanlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulundu. Aktaş&Basat'ın (2022) Egzersizin Sağlıklı Olma İnancı ve Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkileri isimli 331 katılımcıyla yaptıkları çalışmada da düzenli egzersiz yapmayanların yapanlara göre SAÖ puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

5.4. KARRİF-BD ve SAÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyon Analiz Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda KARRİF-BD ve SAÖ alt boyut ve toplam puanları arasında herhangi bir anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Literatürde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi durumu ile sağlık anksiyetesini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle de bu bölümün tartışması yapılamamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

Bu araştırma ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan sağlık personelinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi durumunun ve sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puan ortalamasının $23,15 \pm 2,56$, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamasının $18,55 \pm 8,52$,
- Sağlık personellerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara göre yaş ortalamaları $29,73 \pm 6,92$, egzersiz yapma sıklığı ayda ortalama $9,96 \pm 6,83$,
- Katılımcıların yaşları ile KVH'nın Özellikleri ($r=-0,148$) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($r=-0,161$) puanları arasında negatif yönlü anlamlı ($p<0,05$) ilişkiler,
- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanları ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları katılımcıların cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde erkek hastaların kadın hastalara göre bilgi düzeylerinin yüksek ve istatistiksel anlamlı, kadın katılımcıların sağlık anksiyetesi puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel anlamlı,
- Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanında düzenli egzersiz yapan katılımcıların ortalamasının düzenli egzersiz yapmayan katılımcıların ortalamasından daha yüksek ve anlamlı,
- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanında Üniversite/Lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamasının diğer katılımcıların ortalamasından daha yüksek ve anlamlı,

- Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanında Üniversite/Lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamasının diğer katılımcılara oranla daha düşük ve anlamlı,
- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanları ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları bulgularına göre ölçek puanlarında katılımcıların çalışma birimine göre farklılık olmadığı,
- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Ölçeği puanında doktorların katılan diğer sağlık personellerinin ortalamasından daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlendi.

Öneriler:

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda sağlık personellerinin KVH risk durumlarının ve sağlık anksiyetelerinin değerlendirilmesi açısından şu öneriler getirilebilir;

- Erken tanılama personeller için taramalar ile sağlanması,
- KVH risk faktörleri fazla olan ameliyathane ve yoğun bakım gibi riskli birimlerde çalışan sağlık personellerine erken tanıda önemli olan bilgi düzeyini ve farkındalığı artırmayı amaçlayan seminer, kongre, bilgilendirme toplantıları, eğitimler ve aktiviteler düzenlenmesi,
- Sağlık personellerin çalışma birimlerinde KVH açısından risk oluşturduğu saptanan durumlara yönelik alınacak tedbirler belirlenmesi,
- Değiştirilebilir risk faktörlerinden olan sigara kullanımı, fiziksel aktivite yetersizliği, düzensiz beslenme ve alkol kullanma personele çeşitli kurs ve düzenleme programlarıyla azaltılması,
- Bu çalışmanın sonuçları ameliyathane ve yoğun bakımları bünyesinde bulunduran sağlık kuruluşları ve üst makamları tarafından kullanılması ve dikkate alınması,
- KVH risk faktörlerinin değerlendirmesinin sağlık personeli gruplarında yapılan çalışmalarla artırılması ve literatüre katkısının artması,
- Sağlık anksiyetesini ortaya çıkaran faktörlerin belirlenip, sağlıklı yaşam programlarıyla en aza indirgenmesi,
- Bu çalışmaya benzer araştırmalarda bulduğumuz sonuçlardan faydalanılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- 1- 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
- 2- Akçapınar, M., & İnceboz, T. (2016). Doğumhanede meslek hastalıkları ve nedenleri: İzmir örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-8.
- 3- Akman, M., & Civek, S. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28.
- 4- Aktaş R, Basat O. (2022). The Effects of Exercise on Health Belief and Health Anxiety, *Nam Kem Med J* 2022;10(3):248-254. DOI: 10.4274/nkmj.galenos.2022.96658.
- 5- Aktaş, Y. Y., & Dilek, A. K. S. U. (2019). AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN CERRAHİ DUMANA MARUZ KALMA DURUMLARI VE KORUNMAYA YÖNELİK ALDIKLARI ÖNLEMLER. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 123-128.
- 6- Akter N, Akkadechanunt T, Chontawan R, Klunklin A. Factors predicting quality of work life among nurses in tertiary-level hospitals, Bangladesh. *International nursing review*, 2018, 65(2), 182-189.
- 7- Aktoz, M., Altay, H., Aslanger, E., Atalar, E., Atar, İ., Aytekin, V., ... & Yıldızeli35, B. (2020). Türk Kardiyoloji Derneği uzlaşısı raporu: COVID-19 pandemisi ve kardiyovasküler hastalıklar konusunda bilinmesi gerekenler. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 48(Suppl 1), 1-48.
- 8- Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of medicine*, 42(7), 487-494.
- 9- Alemdağ, M. (2019). Ameliyathanede Çalışan Sağlık Personelinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- 10- ALKAN, S. A., & AYAR, T. (2017). AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN NESNEL YAŞAM KALİTELERİ VE İŞ DOYUMLARI. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 23-37.
- 11- Altun, M. (2019). *Pediyatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde ebeveyn memnuniyeti: Bir üniversite hastanesi örneği* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 12- Arabacı, A. (2020). Ameliyathanede gürültü düzeylerinin ameliyat ekibinin stres düzeyleri ve iş yüküne etkisinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi).
- 13- Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., & Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*, 37(1), 35-40.
- 14- 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.
- 15- Arslan, D. E., & AKÇA, N. K. (2020). Akademik personelin kardiyovasküler risk farkındalıkları. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(2), 31-38.
- 16- Arslan, D. E., & AKÇA, N. K. (2020). Akademik personelin kardiyovasküler risk farkındalıkları. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(2), 31-38.
- 17- Arslan, Z. İ., Ertargın, M., Yavuz, C. I., Yanal, H. Y., Şenaylı, Y., Baykara, Z. N., & Solak, M. (2015). Türkiye'deki Bazı Kamu Hastanelerinin Anestezi Uzmanı, Anestezi ve Yoğun Bakım Ekipmanı Açısından Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 43(4).
- 18- Aswin, K., Ghorpade, A. G., Kar, S. S., & Kumar, G. (2014). Cardiovascular disease risk factor profiling of group C employees in JIPMER, Puducherry. *Journal of family medicine and primary care*, 3(3), 255.
- 19- Aydemir, Ö., Kirpınar, I., Sati, T., Uykur, B., & Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).
- 20- Aykal, G., Cerit, N., Tekeli, S. Ö., Ellidağ, H. Y., & Yılmaz, N. (2016). Ameliyathane personelinde D Vitamini eksikliği ve yetersizliği prevalansı. *Türk Klinik Biyokimya Derg*, 14(1), 18-25.
- 21- Aynur, C. İ. N., Doğan, E. S., & Demirağ, H. (2018). PARAMEDİK ÖĞRENCİLERİNİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 36-43.

- 22- Bahar, A., & Cİ, B. (2020). Yoğun bakımda COVID-19 tanılı hastanın hemşirelik yönetimi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 78-84.
- 23- Balcan, M. B. (2012). *Dahili yoğun bakım ünitesinde Sepsis Ve Septik şok hastalarında Mortaliteyi Etkileyen faktörlerin Belirlenmesi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- 24- Barbek R, Makowski AC, Knesebek O. (2022). Social inequalities in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 153, February 2022, 110706.
- 25- Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 2007, 12, 511–52.
- 26- Boncler M, Wu Y, Watala C. The multiple faces of c-reactive proteinphysiological and pathophysiological implications in cardiovascular disease. *Molecules* 2019; 24(11): e2062
- 27- Burçin, I., & Nurgül, B. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Belirlenmesi.
- 28- Can MB. (2023). Hekimlerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyi İle Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 29- Chou LP, Tsai CC, Li CY, Hu SC (2016). Prevalence of cardiovascular health and its relationship with job strain: a cross-sectional study in Taiwanese medical employees. *British Medical Journal* 6(4): e010467.
- 30- Coşkun S. (2024). Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Cardiovasc Nurs* 2024;15(36):8-16. DOI: 10.5543/khd.2024.49369
- 31- Critchley JA, Capewell S. Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease. *The Journal of the American Medical Association*. 2003; 290: 86-97.
- 32- ÇALIŞKAN, Z., & SAYKILI, S. (2020). İl sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 1-12.
- 33- Çevik, S., & Sarıtaş, S. Ç. (2020). Miyokard Infarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlık Anksiyetesinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 16-22.
- 34- Dağıstan, A., & Gözüm, S. (2016). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 575-582.

- 35- DEMİR, H. P., Elkin, N., Barut, A. Y., Bayram, H. M., & Averi, S. (2017). Vardiyalı çalışan sağlık personelinin uyku süresi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 89-107.
- 36- DİLEK, F. (2015). Yoğun bakım tedavisi alan yaşlı hastalarda sık görülen sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(1), 29-35.
- 37- Doğru, B. V., Yıldırım, Y., & Aykar, F. Ş. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar ve refleksoloji. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 77-85.
- 38- Doğu, C., Postacı, A., & Turan, I. Ö. (2021). Yoğun Bakım ve Diğer Servislerdeki Hekimlerde Temel Hava Yolu Yönetimi Eğitimi: Küçük Bir Anket. *Turkish Journal of Intensive Care*, 19(3).
- 39- Donmez, Y., Korkmaz, F. D., & Yeşilyaprak, T. (2018). Ameliyathane Hemşirelerinde Uyku Yoksunluğunun Fizyolojik Ve Psikolojik Etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(3), 156-162.
- 40- Donmez, Y., Korkmaz, F. D., & Yeşilyaprak, T. (2018). Ameliyathane Hemşirelerinde Uyku Yoksunluğunun Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(3), 156-162.
- 41- Drew, B. J., Califf, R. M., Funk, M., Kaufman, E. S., Krucoff, M. W., Laks, M. M., ... & Van Hare, G. F. (2004). Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: an American Heart Association scientific statement from the Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology, and Cardiovascular Disease in the Young: endorsed by the International Society of Computerized Electrocardiology and the American Association of Critical-Care Nurses. *Circulation*, 110(17), 2721-2746.
- 42- Ekmekci, C., & Özdoğan, Ö. (2020). COVID-19 enfeksiyonu ve kardiyovasküler hastalıklar. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastane Dergisi*, 30, 94-100.
- 43- Embong, N. H., Soh, Y. C., Ming, L. C., & Wong, T. W. (2015). Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. *Journal of traditional and complementary medicine*, 5(4), 197-206.
- 44- Enç, N., Uysal, H., Şenuzun, F., Canlı Özer, Z., Guruşçu, E., & Şentürk, Ö. (2012). Türkiye’de kardiyoloji kliniklerinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin profili. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 70-83.
- 45- EPİK, M. T., & ÖZTÜRK, M. (2020). Sağlık hizmetlerinde psikososyal riskler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(4), 451-467.
- 46- Eray, A., Ateş, E., & Set, T. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye aile hekimliği dergisi*, 22(1), 12-19.

- 47- Esen, M. F., & Toprak, D. (2017). Astım-kardiyolojik hastalık profilendirmesi ve hava kalitesi değerlendirmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 110-117.
- 48- Esquirol, Y., Perret, B., Ruidavets, J. B., Marquie, J. C., Dienne, E., Niezborala, M., & Ferrieres, J. (2011). Shift work and cardiovascular risk factors: new knowledge from the past decade. *Archives of cardiovascular diseases*, 104(12), 636-668.
- 49- Esra, U. S. T. A., & ÇAVDAR, İ. OBEZİTE CERRAHİSİNDE (BARİYATRİK CERRAHİ) HEMŞİRELİK BAKIMI. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 71-77.
- 50- Esra, U. S. T. A., AYGİN, D., BOZDEMİR, H., & Nursen, U. Ç. A. R. (2019). Ameliyathanelerde cerrahi dumanın etkileri ve korunmaya yönelik alınan önlemler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 17-24.
- 51- Fanghänel-Salmón, M. G., Padilla-Retana, M. J., Sánchez-Reyes, M. L., Cortinas-López, M. L., & Espinosa-Campos, J. (1997). Prevalence of coronary artery disease risk factors in workers at the general hospital of Mexico of the ministry of health. *Endocrine Practice*, 3(5), 313-319.
- 52- Figen, İ. N. C. E., Serkan, E. T. İ., & ÇOLAK, S. Sigara Kullanımının İzole Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçirmiş Olgularda Entübasyon Süresi ve Hastanede Kalış Üzerine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 13-22.
- 53- Franco, O. H., de Laet, C., Peeters, A., Jonker, J., Mackenbach, J., & Nusselder, W. (2005). Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. *Archives of internal medicine*, 165(20), 2355-2360.
- 54- FUSTER, V., ALEXANDER, R. W., ROURKE, R. (2002). Hurt's The Heart. 10. Baskısının Türkçe çevirisi. And Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 1. Basım. S:1065-1169.
- 55- G. Bleichhardt, W. Hiller, Hypochondriasis and health anxiety in the German population, *Br. J. Health Psychol.* 12 (4) (2007) 511-523, <https://doi.org/10.1348/135910706X146034>.
- 56- GASIMOV, E., & ÇAMCI, E. YOĞUN BAKIM VE MAJOR CERRAHİ HASTALARINDA TRANSFÜZYONA BAĞLI KAN GAZI DEĞİŞİKLİKLERİ.
- 57- Ginsberg, S. H., Pantin, E., Kraidin, J., Solina, A., Panjwani, S., & Yang, G. (2013). Noise levels in modern operating rooms during surgery. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 27(3), 528-530.
- 58- Gögen, S. (2011). Avrupa Birliği ve Türkiye'nin kalp sağlığı politikaları. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*, 39(3), 248-253.
- 59- Gülel O. Kardiyovasküler risk faktörleri. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi* 2012; 29(3): 107-116.

- 60- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., & Akgül, N. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Medical Journal*, 31(4), 367-373.
- 61- Gülşen, M., Aydıngülü, N., & Arslan, S. (2021). Physiological and psychological effects of ambient noise in operating room on medical staff. *ANZ Journal of Surgery*.
- 62- Gümüş, H. H., Demiroğlu, Y. Z., Alışkan, H. E., Ödemiş, İ., Ceylan, Ö., & Poçan, A. G. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının antikor taraması ve risk değerlendirmesi. *Mikrobiyol Bul*, 55(3), 357-373.
- 63- Gürbüz, S. (2019). AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- 64- Güvercin, A., & Mil, H. İ. (2016). İş kazası ve meslek hastalığı sigortasının meslek hastalığı boyutunun analizi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(27/3), 82-100.
- 65- Han, Y. (2020). A treatment strategy for acute myocardial infarction and personal protection for medical staff during the COVID-19 epidemic: the Chinese experience.
- 66- Hsu LC, Wang YP, Chang HJ, Su JA. Health anxiety and health-related quality of life in Taiwanese adults: A population-based study. *Quality of Life Research*, 2019, 28(3), 729-736.
- 67- Hwang, L. C., Tsai, C. H., & Chen, T. H. H. (2006). Overweight and obesity-related metabolic disorders in hospital employees. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(1), 56-63.
- 68- Işık S, Delibaş T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi. *Anadolu Kardiyol Dergisi* 2009;9(1):238- 47.
- 69- Işık, S. A., & Abbasoğlu, A. (2020). Cerrahi duman, etkileri ve önlemler. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 5(2).
- 70- İNCE, F., ETİ, S., & ÇOLAK, S. (2019). Sigara kullanımının izole koroner arter bypass greft ameliyatı geçirmiş olgularda entübasyon süresi ve hastanede kalış üzerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 13-22.
- 71- J. Bailer, T. Kerstner, M. Witthöft, C. Diener, D. Mier, F. Rist, Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5, *Anxiety Stress Coping* 29 (2) (2016) 219–239, <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>.
- 72- J. Siegrist, M. Marmot, Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges, *Soc. Sci. Med.* 58 (8) (2004) 1463–1473, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6).
- 73- J.M. Newby, M.J. Hobbs, A.E.J. Mahoney, S.K. Wong, G. Andrews, DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis, *J. Psychosom. Res.* 101 (2017) 31–37, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>.

- 74- Jensen, J. H., Flachs, E. M., Skakon, J., Rod, N. H., Bonde, J. P., & Kawachi, I. (2020). Work-unit organizational changes and risk of cardiovascular disease: a prospective study of public healthcare employees in Denmark. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(4), 409-419.
- 75- Kahvecioğlu, Y. (2021). *Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini bilmenin sağlıklı yaşam davranışları geliştirme düzeyine etkisi* (Master's thesis, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 76- Kaptoge, S., Pennells, L., De Bacquer, D., Cooney, M. T., Kavousi, M., Stevens, G., ... & Di Angelantonio, E. (2019). World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *The Lancet global health*, 7(10), e1332-e1345.
- 77- Karabiyik, L. (2020). Management of Critical Care in COVID-19 Patients. *GAZI MEDICAL JOURNAL*, 31.
- 78- Karaca, A. S., Özmen, M. M., Uçar, A. D., Yastı, A. Ç., & Demirer, S. (2020). COVID-19'lu hastalarda genel cerrahi ameliyathane uygulamaları. *Türk J Surg*, 36(1), 6-10.
- 79- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü.
- 80- Karmally W, Drago L, Odegard P, et al. Healthy eating: Incorporating nutritional management into lifestyle. *The Tip II diabetes EDUCATOR* 2012;38(1):124-8.
- 81- Katrancıoğlu N, Özerdem G, Arslan S, Akgül A, Berkan Ö (2012). Kardiyovasküler hastalıklar ve genetik. *Türkiye Klinikleri J Cardiovascular Surgery-Special Topics* 4(3): 138-142.
- 82- Kayacı R. (2023). Hemşirelerin Yaşadığı Sağlık Anksiyetesi ile İş Yaşamı Kalitesi Arasındaki İlişki. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- 83- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and environmental medicine*, 60(10), 779-783.
- 84- Koç S, Özkul AS, Özdemir Ürkmez D, Özkul Özel H, Çelik Çevik L (2017). Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stres kaynaklarının ve düzeylerinin analizi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 33(2): 68-75.
- 85- Komşuk, D. (2013). Ameliyathanede çalışan hemşirelerde, uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi (Master's thesis, ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- 86- KORKMAZ, F. D., & KARAMANOĞLU, A. Y. KALP DAMAR CERRAHİSİNDE HİBRİD GİRİŞİMLER: AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ YÖNÜ. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 97-105.
- 87- Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve Sigara. Ankara: Klasmat Matbaacılık,2008
- 88- Limchantra, I. V., Fong, Y., & Melstrom, K. A. (2019). Surgical smoke exposure in operating room personnel: a review. *JAMA surgery*, 154(10), 960-967.
- 89- M. Marmot, Winners take all, *Lancet* 394 (10201) (2019) 819–820, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32035-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32035-5).
- 90- M. Marmot, Winners take all, *Lancet* 394 (10201) (2019) 819–820, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32035-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32035-5).
- 91- MACLURE, M. (1993). Demonstration of deductive meta-analysis: ethanol intake and risk of myocardial infarction. *Epidemiol Rev.* 15:328-351
- 92- Mainali P, Pant S, Rodriguez AP, Deshmukh A, Mehta JL. Tobacco and cardiovascular health. *Cardiovasc Toxicol* 2015;15: 107–16
- 93- Maron DJ, Ridker PM, Grundy SM, Pearson TA (2008). Preventive Strategies for Coronary Heart Disease. In: Fuster V, Walsh RA, O'Rourke RA, Poole-Wilson P (Eds.), *Hurst's The Heart*. New York: Mc Graw Medical: 1203-1234.
- 94- Mehmet, T. Ü. R. K., Dursun, R., & Güloğlu, C. (2021). COVID-19 Sürecinde Acil Servis, Hasta Değerlendirme ve Yönetimi. *Dicle Tıp Dergisi*, 48, 23-28.
- 95- Mehtap, T. A. N., DAYAPOĞLU, N., ŞAHİN, Z. A., CÜRCANİ, M., & POLAT, H. (2013). Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 331-341.
- 96- Mendis, S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). World heart federation, world stroke organization. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*.
- 97- Mergen, H., Mergen, B. E., Tavlı, T., & Öngel, K. (2010). Lipoprotein metabolizması hastalıkları ve tedavisine yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(1).
- 98- Merkezi, T. U. V. A., & İzzet, B. A. DS-01 Cerrahi Dumanın İç Ortam Hava Kalitesine Etkisi ile Ameliyathane Çalışanlarında Fiziksel Semptomlara Etkisinin Karşılaştırılması. *İÇİNDEKİLER*, 523.
- 99- Morrisett JD. The role of lipoprotein[a] in atherosclerosis. *Curr Atheroscler Rep* 2000; 2(1): 243–250.
- 100- Naldan, M. E., Kara, D., Soyalp, C., & Gürol, A. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(1), 8-16.

- 101- Nilsson, R., Björðal, C., Andersson, M., Björðal, J., Nyberg, A., Welin, B., & Willman, A. (2005). Health risks and occupational exposure to volatile anaesthetics—a review with a systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 173-186.
- 102- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2009). Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occupational and environmental medicine*, 66(1), 51-55.
- 103- Obuz, M. (2018). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde vardiyalı çalışan yardımcı sağlık personelinin uyku bozuklukları, iş yükü stresi ve ruhsal durum açısından değerlendirilmesi.
- 104- Okoshi, K., Kobayashi, K., Kinoshita, K., Tomizawa, Y., Hasegawa, S., & Sakai, Y. (2015). Health risks associated with exposure to surgical smoke for surgeons and operation room personnel. *Surgery today*, 45(8), 957-965.
- 105- Okutan, A. (2018). *Sağlık çalışanlarında uyku kalitesi ve yorgunluğun değerlendirilmesi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- 106- Okutan, O., Taş, D., Kaya, H., & Kartaloğlu, Z. (2007). Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(4), 356-363.
- 107- 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.
- 108- Onat, A. (2001). Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis*, 156(1), 1-10.
- 109- Onat, A., Çakır, H., Karadeniz, Y., Dönmez, İ., Karagöz, A., Yüksel, M., & Can, G. (2014). TEKHARF 2013 taraması ve diyabet prevalansında hızlı artış. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 42(6).
- 110- ÖN, S. Ç. (2021). Ameliyathane Hemşirelerinin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-44.
- 111- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.
- 112- Özel-Çakır F, Demiralp N, Şenuzun Aykar F. (2024). İtfaiyecilerde Kardiyovasküler Hastalık Riski Bilgi Düzeyi ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 5(1): 63- 82.

- 113- ÖZGÜR, G., YILDIRIM, S., & AKTAŞ, N. (2008). BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ.
- 114- Özkan, Ö. P., BÜYÜKÜNAL, S. K., Yiğit, Z., Yusuf, İ. N. C. İ., Şakar, F. Ş., & Ersü, D. Ö. (2019). Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 22-31.
- 115- ÖZKAN, S., & BOYACIOĞLU, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında gürültünün etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1), 27-32.
- 116- ÖZLÜ, Z. K., ARAS, G. U., & BAYRAK, A. (2022). Ameliyathanedeki Görünmez Tehlike: Cerrahi Duman. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(1), 10-14.
- 117- ÖZMEN, G. Ç., SERPİCİ, A., ŞİMŞEK, P., BULUT, E., ÇİLİNGİR, D., & KARAİSMAİLOĞLU, D. AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN CERRAHİ DUMANDAN KORUNMAYA İLİŞKİN ALDIKLARI ÖNLEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.
- 118- Öztekin, S., Tohumat, Ş., Şengör, K., & Kara, Ö. Y. K. Ü. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi–Türkiye’de Kullanımı.
- 119- Öztürk, Y. E., & Kırac, R. (2019). Sağlık ve hastalık. *Scientific Developments*, 382(389), 26-34.
- 120- P. Moreno-Peral, S. Conejo-Cer'on, E. Motrico, A. Rodríguez-Morej'on, A. Fern'andez, J. Garcia-Campayo, et al., Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies, *J. Affect. Disord.* 168 (2014) 337–348, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.021>.
- 121- Paycı, B. (2009). *Yetişkin bireylerde beslenme ile ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi* (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 122- Polat G. (2020). Hemşirelerde Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondria İlişkisi, İstanbul Okan Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- 123- Profili, D. H., & Deneyimi, B. Ü. H. Adli Tıp Bülteni.
- 124- Rollas, K. Yoğun Bakım Yapılanması. *GÖĞÜS HASTALIKLARI*, 125.
- 125- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. . The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32:843-853
- 126- SAMANCI, M. (2020). KÜRESEL BİR SALGIN: COVID-19. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 6-11.

- 127- Sevda, E. F. İ. L., & TÜREN, S. (2015). Ani kardiyak ölüm ve hemşirelik yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(1), 36-42.
- 128- Sharma, D., Vatsa, M., Lakshmy, R., Narang, R., Bahl, V. K., & Gupta, S. K. (2012). Study of cardiovascular risk factors among tertiary hospital employees and their families. *indian heart journal*, 64(4), 356-363.
- 129- Sucu M, Karadere AA, Toprak N (2001). Homosistein ve kardiyovasküler hastalıkları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 29(3): 181-190.
- 130- Şen, K. (2019). *Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Hastalıkları: Fiziksel Aktivite ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi* (Master's thesis, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 131- Şencan, I., Keskinliç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarıoğlu, G., Çobanoğlu, N., & Bolay Yavaşoğlu, G. (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). *TC Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın*, 988, 1-63.
- 132- ŞİMŞEK, P., GÜNAYDIN, M., & GÜNDÜZ, A. (2019). HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- 133- T. Fryers, D. Melzer, R. Jenkins, Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 38 (5) (2003) 229–237, <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>.
- 134- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6 ed.). Boston: Pearson.
- 135- TANITIMI, S. *KARDİYOLOJİ STAJI* (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi).
- 136- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*, 74(8), 840-847.
- 137- TOPBAŞ, E., Hakan, B. A. Y., TURAN, B. B., EMİR, A. H., & ÇITLAK, U. (2013). Kültürlerarası Hemşirelik Kavramının Yoğun Bakıma Yansımaları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 17(1), 37-43.
- 138- Topcu Altın, G. (2020) Trabzon il merkezindeki bir hastanede çalışan hemşirelerde kardiyovasküler risk faktörleri sıklığı ve sağlıklı yaşam davranışları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 139- Topuz, İ. (2019). Amasya il merkezinde yaşayan 40-65 yaş arası erkeklerin gerçek ve algıladıkları kardiyovasküler hastalık risklerinin karşılaştırılması.

- 140- Uçar, A., & Canbolat, Ö. (2021). Kardiyovasküler Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(29), 155-162.
- 141- Uğur, M., Alp, İ., Arslan, G., Şenay, Ş., Selçuk, İ., Selçuk, A., ... & Yılmaz, A. T. (2012). Vasküler hastalıkların yönetiminde endovasküler ve hibrid uygulamalar: Kardiyovasküler cerrahi kliniği deneyimleri. *Turk Gogus Kalp Dama*, 20(2), 230-42
- 142- Uğurlu, Z., Karahan, A., Ünlü, H., Abbasoğlu, A., Özhan Elbaş, N., Avcı Işık, S., & Tepe, A. (2015). The effects of workload and working conditions on operating room nurses and technicians. *Workplace health & safety*, 63(9), 399-407.
- 143- Uluğ, M. (2012). Ameliyathane ve Yoğun Bakım Personelinde Nazal Staphylococcus Aureus Taşıyıcılığının Araştırılması. *Med Bull of Haseki*, 50(2), 48-52.
- 144- Umman B, Kaya AB. Sedanter bireylerde kısa dönem düzenli egzersiz programının lipid profili üzerindeki etkileri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2001;1(4):179-188.
- 145- Üner, S., Balcılar, M., & Ergüder, T. (2018). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). *Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara*, 21-66.
- 146- Üstün, Y., Kaya, C., Köksal, E., Özkan, F., Sarihasan, B., Yıldırım, Y., & Çam, E. Outside Operating Room Management: Five Years Experiences. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 4(3), 133-137.
- 147- Van Dieren S, Beulens J, Kengne A, Peelen L, Rutten G, Woodward M, Van der Schouw Y, Moons K (2012). Prediction models for the risk of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Heart* 98(5): 360-369.
- 148- Vermişli, S., & Korkmaz, F. D. (2021). Güvenli Cerrahi Pozisyon Vermeye Yönelik Stratejiler. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(3), 421-433.
- 149- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247.
- 150- Waters, T. R., & Dick, R. B. (2015). Evidence of health risks associated with prolonged standing at work and intervention effectiveness. *Rehabilitation Nursing*, 40(3), 148-165.
- 151- Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of the Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction. *Journal of the American Medical Association*. 2000; 160: 939-944.
- 152- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.

- 153- YALÇIN, A., TUNCA, Ü., ÇEVİK, D., ASLANKOÇ, R., & MUSTAFA, S. (2020). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışanların Yorgunluk ve Uyku Kalitesi İlişkisi. *Uyku Bülteni*, 1(2), 32-37.
- 154- Yang SH, Du Y, Zhang Y, Li XL, Li S (2017). Serum fibrinogen and cardiovascular events in Chinese patients with type 2 diabetes and stable coronary artery disease: a prospective observational study. *British Medical Journal* 7(6): e015041.
- 155- Yardımcı-Gürel T. (2023). Hemşirelik Öğrencilerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*,8;1:103-112. <https://doi.org/10.47115/jshs.1102010>.
- 156- Yavuz, R., Yavuz, D., & TONTUŞ, H. (2013). Artan mortalite ve morbidite nedeni olarak kardiyovasküler risk faktörlerine sistematik yaklaşım. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 30(1s), 47-53.
- 157- YenaL, K., & Ozan, Y. D. (2013). Gebe hemşireler için riskler ve güvenlik Önlemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 3-7.
- 158- Yenigün M (2002). Alkol tüketimi ve tıp. Alcohol consumption and medicine [online]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/safer/launch/en/. [Accessed 17 April 2019].
- 159- Yeşil, P., & Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 39-48.
- 160- Yıldırım, N. K., & Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(2), 60-68.
- 161- Yıldırım, S. (2010). *Vardiyalı Sağlık Çalışanlarının Uyku Sorunları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- 162- YILDIRIM, S. A., & Gerdan, S. (2017). HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDAKİ MESLEKİ RİSKLERİ. *Hastane Öncesi Dergisi*, 2(1), 37-49.
- 163- Yılmaz M&Boylu M.(2016). Masa Başı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016;13 (1): 27-34.
- 164- Yılmaz, E., & Özkan, S. (2006). Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 81-99.

- 165- Yücel, K. U. R. T. Salgın Döneminde Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Uyku Hijyeni. *Uyku Bülteni*, 1(2), 44-48.
- 166- Zibel, K. O. Ç. Covid-19 Salgınında Hastane Uygulamaları-Özel Hastane Örneği. *Afet ve Risk Dergisi*, 4(2), 351-370.
- 167- Zielhuis, R. L., Stijkel, A., Verberk, M. M., & Poel-Bot, M. V. D. (1984). Operating Room Personnel. In *Health Risks to Female Workers in Occupational Exposure to Chemical Agents* (pp. 79-89). Springer, Berlin, Heidelberg.
- 168- Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O., & Braunwald, E. (2008). Koroner kalp hastalığının primer ve sekonder profilaksisi. *Braunwald kalp hastalıkları a textbook of cardiovascular medicine*, 2, 1.







EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu

Sosyodemografik Veri Formu

Sizi Abdulsamet GÖNÜL ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN tarafından yürütülen **AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN KADİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK DURUMLARININ BELİRLENMESİ** isimli çalışmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılmadan önce araştırmanın neden nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. **Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahipsiniz.** Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **gizli kalacak ve araştırma amacı ile kullanılacaktır.**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu “Ameliyathane ve Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Personelinin Kardiyovasküler Hastalık Risk Durumlarının Belirlenmesi” dir.

Bu araştırma, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yürütülmekte olunan çalışmamız Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN’ ın danışmanlığında ve araştırmacı Abdulsamet GÖNÜL’ ün yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır.

Ameliyathane ve yoğun bakımlarda çalışan sağlık personelinin uzun süre ayakta kalma, stresli iş ortamı, uykusuzluk, riskli birimde çalışma, yapılan işin getirdiği stres yükü, yaşanan anksiyete, ruhsal ve bedenen yorgunluk gibi etkilere fazlaca maruz kalmasından dolayı kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riski fazladır. Bu çalışmada ameliyathane ve yoğun bakım personelinin kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskleri değerlendirilecektir.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan

ayrılma hakkına sahiptir. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı Abdulsamet Gönül' e başvurabilir, araştırmacıya 0554 871 3536 numaralı cep telefonundan erişebilirsiniz. Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum/sözlü olarak dinledim. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz

- a. Erkek
- b. Kadın

3. Çalışma biriminiz?

- a. Ameliyathane
- b. Yoğun Bakım

4. Öğrenim durumunuz?

- a. Okur-yazar
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul/
- d.lise mezunu
- e. Üniversite / Lisansüstü mezunu

5. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?

- a. Hayır
- b. Emekli sandığı
- c. Bağ-Kur
- d. SSK
- e. Özel sigorta
- f. Yeşil kart

6. Mesleğiniz nedir?

- a. Hemşire
- b. Anestezi teknikeri
- c. Doktor
- d. diğer

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere eşit
- c. Gelir giderden fazla

8. Kronik hastalığınız var mı?

- a. Evet (Varsa alta yazınız.)
 - b. Hayır
-

9. Birinci derecede yakınlarınızda kalp hastası olan var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

10. Kalp ve damar hastalıkları kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz?

- a. Doktor kontrolüne gitmiyorum
- b. ayda bir kez
- c. 2 ayda bir kez
- d. 6 ayda bir kez
- e. yılda bir kez
- f. Diğer.....

11. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

a. evet, nedir?:.....

b. hayır, Nedeni nedir?:.....

c. ara sıra yürüyüş yapıyorum. Sıklık;.....



Ek-4 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 önlenabilir.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenabilir en önemli nedeni sigaradır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalp için faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmede egzersiz sayılır.			

18. Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon hastasının ilacını ömür boyu kullanması gerekir.			
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

Ek- 5 SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağımı bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarımı bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.