

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP

**LÜLEBURGAZ'DA ÖZEL BİR HASTANE'YE
BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERİN
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK
FAKTÖRLERİ VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK
BİLGİ DÜZEYLERİ İLE YEME TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

ESENGÜL KOMBAK

REFERANS NO: 10465541

EDİRNE-2024

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Ülfıye ÇELİKKALP

**LÜLEBURGAZ'DA ÖZEL BİR HASTANE'YE
BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERİN
KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK
FAKTÖRLERİ VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK
BİLGİ DÜZEYLERİ İLE YEME TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

ESENGÜL KOMBAK

EDİRNE-2024

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	3
2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Risk Faktörleri	4
2.2.1. Cinsiyet	5
2.2.2. Yaş.....	6
2.2.3. Aile Öyküsü	6
2.2.4. Obezite	6
2.2.5. Dislipidemi.....	8
2.2.6. Sigara	8
2.2.7. Hipertansiyon.....	9
2.2.8. Diabetes Mellitus.....	9
2.2.9. Sedanter Yaşam	9
2.2.10. Psikosyal Riskler	10
2.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Değerlendirmesi	10
2.4. Kardiyovasküler Risk Hesaplama Sistemi	11
2.5. Yeme Tutumu.....	12
2.6. Yeme Türleri	14
2.6.1. Duygusal Yeme.....	14
2.6.2. Yeme Bağımlılığı.....	14
2.6.3. Yeme Farkındalığı	15
2.7. Yeme Bozuklukları	16
2.8. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme	18
2.9. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma	19

2.9.1. Birincil Koruma	19
2.9.2. İkincil Koruma	22
2.9.3. Üçüncül Koruma.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.3. Kitledeki birey sayısı bilinmiyorsa;	26
3.4. Araştırmanın Tipi.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6. Kişisel Bilgi Formu	26
3.7. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRIF-BD) Ölçeği	27
3.8. Yeme Tutum Ölçeği-26.....	27
3.9. Score Risk Değerlendirme Ölçeği (Systematic Coronary Risk Evaluation) ..	28
3.10. Araştırmanın Ön Uygulaması	28
3.11. Verilerin Toplanması	29
3.12. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.12.1. Bağımlı Değişkenler:	29
3.12.2. Bağımsız Değişkenler:	29
3.13. Hipotezler	30
3.14. İstatiksel Analiz.....	30
3.15. Araştırmanın İzinleri ve Etik Kurul Onayı	31
3.16. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	31
4. BULGULAR	32
4.1. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Antropometrik Ölçüm ve Kan Değerlerine İlişkin Bulgular	32
4.2. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular	42
4.3. Katılımcıların Yeme Tutumlarına İlişkin Bulgular	49
5. TARTIŞMA.....	57
KAYNAKLAR.....	69
EKLER	I
EK 1: Anket Formu	I

EK 2: Kardiovasküler Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD)	IV
EK 3:Yeme Tutum Ölçeği-26 (YTT-26)	VI
EK 4: Etik Kurul Onay Formu	VIII
EK 5: Çalışma İzni	IX
ÖZGEÇMİŞ	XI
BENZERLİK RAPORU	XII



ONAY SAYFASI



ETİK BEYAN

“Lüleburgaz’da Özel Bir Hastane’ ye Başvuran Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Ve Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki ” adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Adı Soyadı

İmza

İTHAF

“Anneme / Babama / Eşime / Hocam Doç. Dr. Ülfıye ÇELİKKALP’e” ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman bilgi ve tecrübeleriyle bana ışık tutan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP'e, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Galip EKUKLU başta olmak üzere çok değerli hocalarım Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a emekleri için sonsuz teşekkür ediyorum.



SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık  rg t 

HT: Hipertansiyon

KB: Kan Basıncı

KARRİF-BD: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

Mİ: Miyokard İnfarktüsü

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YTT: Yeme Tutum Testi

ÖZET

“Lüleburgaz’da Özel Bir Hastane’ ye Başvuran Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri ve Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2023.

Giriş ve Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümler dünyada ve ülkemizde tüm ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların erken dönemde önlem alınabilmesi için risk faktörlerinin ve farkındalık seviyelerinin tespit edilmesi çok önemlidir.

Bu çalışmada, Lüleburgaz’da özel bir hastaneye başvuran yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerini ve kardiyovasküler hastalık bilgi düzeylerini belirlemek ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma, Lüleburgaz’daki Özel bir Hastaneye herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri 240 gönüllü katılımcı ile yürütülmüştür. Yüz yüze yapılan çalışmada; veri toplamada Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD), on yıllık KVH riski (SCORE) hesaplama metodu ve Yeme Tutum Ölçeği (YTT-26) kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22,0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $40,94 \pm 13,61$ yıl, %71,3’ü kadın, %55,8’inin eğitim durumu lise ve altında olup %70’i evlidir. Ortalama KARRİF-BD puanı $22,90 \pm 3,46$, kardiyovasküler hastalık risk skoru $5,24 \pm 6,42$ ve YTT-26 ölçek puan ortalaması $9,53 \pm 8,49$ olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların KARRİF-BD ölçek puanı ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, egzersiz yapma, tuz tüketimi, ailede KVH durumu arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. SCORE puan ortalamasına göre katılımcıların %16,3’ünün çok yüksek risk grubunda olduğu bulunmuştur. KARRİF-BD ölçek puanı arasında bir korelasyon

saptanmamıştır. Katılımcıların %12,1'inin YTT-26' cut-off değeri olan 20 puanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların SCORE puanları ile YTT-26 puanları arasında negatif yönde bir zayıf korelasyon saptanmış olup KARRİF-BD ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

Sonuç: Çalışmada katılımcıların KARRİF-BD ölçeği puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen SCORE puanlarına bakıldığında %40'ının KVH riskinin yüksek risk sınıflamasında yer aldığı ve yaklaşık her sekiz kişiden birinin yeme tutumu açısından risk altında olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, izlemler ile riskleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak önemli olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kardiyovasküler hastalık, risk faktörleri, risk hesaplama, yetişkin bireyler, yeme tutumu

ABSTRACT

“The Relationship Between Cardiovascular Disease Risk Factors and Cardiovascular Disease Knowledge Levels and Eating Attitudes of Adults Admitted to a Private Hospital in Lüleburgaz”, Trakya University, Institute of Health Science, Public Health Department, Master Thesis, Edirne, 2023.

Background and Aim: Cardiovascular diseases represent the leading cause of mortality globally and within our nation. A critical imperative lies in the meticulous identification of risk factors and the assessment of awareness levels to facilitate the timely implementation of preventative measures against cardiovascular illnesses.

The objective of this study was to assess the cardiovascular disease risk factors and levels of cardiovascular disease knowledge among adult individuals who were admitted to a private hospital in Lüleburgaz. Furthermore, we aimed to investigate the correlation between their eating attitudes.

Material and Methods: The present study engaged 240 voluntary participants, aged 18 and above, who sought services at a private hospital in Lüleburgaz for diverse reasons. Employing a face-to-face method, data were gathered through the utilization of the Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level Scale (KARRIF-BD), the ten-year CVD risk calculation method (SCORE), and the Eating Attitude Scale (YTT-26). Subsequently, the collected data were analyzed through the SPSS 22 software package in a computerized environment.

Results: The average age of the participants was 40.94 ± 13.61 years. A total of 71.3% of the participants were women, while 55.8% reported having a high school education or less, and 70% were married. The mean KARRIF-BD score was found to be 22.90 ± 3.46 , the cardiovascular disease risk score was 5.24 ± 6.42 , and the mean YTT-26 scale score was 9.53 ± 8.49 . A statistically significant difference was observed between the KARRIF-BD scale score of the participants and various demographic factors, including their gender, education level, working status, exercise habits, salt consumption, and family history of cardiovascular disease. Based on the SCORE score average, 16.3% of the participants were identified as being in the very high-risk group. No correlation was detected between the KARRIF-BD scale score and other factors. Furthermore, 12.1% of the participants exceeded the YTT-26 cut-off value of 20 points. Although a weak negative correlation was noted between the participants' SCORE scores and YTT-26 scores, no significant relationship was established between the KARRIF-BD scale scores.

Conclusion: The research findings reveal that despite the participants' notable high average KARRIF-BD scale score, a concerning 40% of them were classified as being at high risk for cardiovascular disease (CVD) based on SCORE scores. Moreover, it was observed that nearly one in every eight individuals exhibited risk in terms of eating attitude. Given these outcomes, it is imperative to emphasize the prioritization of preventive health services, proactively identify risks through systematic monitoring, and take essential precautions for mitigating potential health challenges.

Keywords: Cardiovascular Disease, risk factors, risk measurement, adult individuals, eating attitude



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH), tüm dünyada milyonlarca insanı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde KVH görülme sıklığı hızlı bir şekilde artış göstermekte olup yetişkinlerde önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir (1). Dünyada en sık ölüm nedeni KVH nedeniyledir ve tüm ölüm sebepleri içerisinde ilk sıradadır. Yirminci yüzyılın başlarındayken KVH dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan daha azını oluşturmakta iken günümüzdeki artış dikkat çekicidir. 2019 yılında dünya çapında 18.6 milyon kişi KVH nedeniyle hayatını kaybetmiştir (2).

Ülkemizde de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine bakıldığında 2022 yılında ölüm sebepleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı meydana gelen ölümler bütün ölümlerin %35,4'ünü oluşturarak ilk sırada yer almaktadır (TÜİK). Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin %86'sı gibi büyük bir çoğunluğu bulaşıcı olmayan hastalıklardan (diyabet, kalp damar hastalıkları, kanser türleri, kronik solunum yolu hastalıkları) kaynaklanmaktadır. Türkiye'de tüm yaş grupları arasında değerlendirme yapıldığında her iki ölümden biri kalp damar hastalıklarından kaynaklı olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında (2017), 1990-2016 yılları arasındaki ölümlerin %42'si koroner arter hastalığı (KAH), %12'si serebrovasküler hastalıklardır (3).

Yaşam süresinin artmasıyla beraber 3.5 milyon koroner arter hastası bulunmaktadır. Koroner kalp hastalığı mortalitesi kadınlarda binde 3,4, erkeklerde 5,1 olarak belirlenmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar yalnızca yüksek ölüm oranlarından sorumlu olmamakla birlikte, orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerinde üretkenliğin azalmasına ve sağlık maliyetlerinde önemli bir artışa neden olmaktadır (4).

Kardiyovasküler hastalıklara neden olan risk faktörlerinin büyük bir çoğunluğu bilinmektedir. KVH gelişmesinde çok fazla risk faktörü etkili olmakla birlikte en önemlileri cinsiyet, yaş ve ailede birinci derece akrabalarda erken dönemde kardiyovasküler hastalık görülmesi gibi değiştirilemeyen ve sigara, hipertansiyon, diabetes mellitus, sedanter yaşam, obezite, yağ oranı yüksek beslenme ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi değiştirilebilen risk faktörleri olarak ikiye ayrılmıştır (5).

Obezite sadece sağlık açısından büyük bir risk oluşturmakla kalmaz aynı zamanda birçok hastalığa yol açabilmektedir. Obezitenin neden olduğu yüksek morbidite ve mortaliteye sahip sağlık sorunlarının başında dislipidemi, tip 2 diyabet (DM), hipertansiyon (HT) ve kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelmektedir (6). Sergilenen yanlış beslenme tutum ve davranışları obeziteye yol açarak yukarıda sayılan sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilmektedir.

Yeme davranışları sağlığımız üzerinde önemli etkiler göstermektedir. Bireylerin genetik faktörleri ve bedenlerine yönelik algıları sağlıklı ya da sağlıksız beslenme davranışlarını oluşturmalarını etkilemekte ve bu da bireylerin yeme tutumlarını değiştirmektedir (7). Bununla birlikte, kişilerin yemeye yönelik alışkanlıkları ve davranışları, yaşanılan toplumdaki kültürel özelliklerden etkilenip değişebilmektedir (8).

KVH açısından olumlu olan bir özellik büyük oranda önlenebilir olmalarıdır. KVH'a bağlı gelişen erken ölümlerin %80'i önlenebilir niteliktedir. Kardiyovasküler hastalıkların görülme oranı, gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olmasının sebebi, toplumdaki yaşam tarzı değişikliklerini hedef alan koruma programlarının etkisi bulunmaktadır. Toplum temelli korunmada en önemli etken, hayat tarzı ile ilişkili alışkanlıklardır. Bunun nedeni, yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması etkin ve daha ucuz bir yöntemdir. Bu amaçla; toplumdaki yüksek riskli olan kişilerin ve hastaların belirlenmesi ve bu kişilerin yeni sağlık risklerine karşı korunması gereklidir. Bu kapsamda bireylerin risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyini ölçmek (2) ve bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini değerlendirmek, erken tanılanmayı sağlamak, yanlış yaşam tarzı davranışları ve yeme tutumunu etkileyen bireysel faktörleri belirlemek kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir (9).

Buradan hareketle bu çalışmada Lüleburgaz'da özel bir hastaneye başvuran yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerini ve kardiyovasküler hastalık bilgi düzeylerini belirlemek ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar, kalp ve kan damarlarının hastalıklarını içeren geniş bir hastalık grubunu oluşturmakta olup bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya genelinde ve ülkemizde en çok ölüme, engelliliğe yol açan ve yüksek sağlık harcamalarına neden olan bir halk sağlığı sorunudur. Kardiyovasküler hastalıklar; koroner kalp hastalıkları (anjina pectoris, miyokard infarktüsü), hipertansif hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, periferik arter hastalığı (klaudikasyon veya ekstremité iskemisi), konjenital kalp hastalıkları, kardiyomiyopatileri ve kalp yetmezliği gibi kalbin ve damarların tüm hastalıklarını kapsamaktadır (10).

Tüm dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıklar önemli bir sağlık sorunudur. Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklardan (BOH) kaynaklanan ölümler 2012 yılında 38 milyon iken, 2030 yılında 52 milyona artış göstereceği tahmin edilmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %82’sini kardiyovasküler hastalıklar oluşturur (11). Dünyada en sık karşılan ölüm nedeni, Dünya Sağlık Örgütü’nün raporuna göre kardiyovasküler hastalıklar olarak rapor edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde olduğu gibi bu durum daha belirgin bir şekilde görülmektedir. Tüm dünya genelinde 2019 yılında BOH’lara bağlı olmayan ölümlerin 17.9 milyonu kardiyovasküler hastalıklar sebebiyledir. Bu 17.9 milyonun %85’i kalp krizi ve inmeye bağlı olarak gerçekleşmiştir (12).

Türkiye’deki toplam ölümlerin %86’sından BOH sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. BOH nedeniyle olan ölümlerin de yaklaşık yarısı (%47,0) Kalp-Damar Hastalıklar (KDH)’ından kaynaklanır (13). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) dolaşım sistemi hastalıkları verilerine bakıldığında 2009 yılında %39,8, 2012 yılında %37,9, 2013 yılında %39,6, 2014 yılında %40,0, 2015 yılında %40,1, 2016 yılında %39,5, 2017 yılında %39,5, 2018 yılında %37,8, 2019’da %36,8, 2020’de %36,

2021’de %33,5 ve 2022’de %35,4 ile tüm ölüm sebeplerinin içerisinde ilk sırada yer almaktadır (14-17). 2022 yılı TÜİK verilerine bakıldığında dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle olan ölümlerin %42,3’ünü iskemik kalp hastalıkları, %23,5’ini diğer kalp hastalıkları, %19,2’lik kısmını serebrovasküler hastalıklar ve %9,9’unu hipertansif hastalıklar oluşturmaktadır (17). Ülkemizde dolaşım sistemi hastalıkları illere göre ayrı ayrı incelendiğinde en yüksek görülen iller sırasıyla Çanakkale (%47), Kırşehir (%46,4), Balıkesir (%44) ve Afyonkarahisar (%43,8)’dir (17).

Kardiyovasküler hastalıklar ayrıca en sık görülen hastalık grubudur. 2020 Sağlık Raporuna göre hipertansiyon, ülkemizdeki erişkinler arasında en az %24’lük bir prevalans ile önemli derecede bir risk faktörü ve kronik sağlık sorunudur (13). Ülkemizde Yetişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri üzerine yapılan ulusal çalışmada (TEKHARF), 40 yaş üzerindeki bireylerde diyabet prevalansı 1998-2000 yılları arasında %7,4, 2002-2006 yılları arasında %11,8, ve 2007-2012 yılları arasında %18,4 olarak rapor edilmiş ve 12 yıl içerisinde 2600 kişinin incelenmesiyle diyabet prevalansının %80 arttığı görülmüştür. Bunun da yılda %52’lik bir artışa denk geldiği belirtilmiştir (18). 25 ülkede yürütülen, Türkiye’de 8 bölgeyi kapsayan 35-70 yaş arasını kapsayan 4056 kişinin incelendiği PURE çalışmasında, prediyabet prevalansı %9,4 olarak rapor edilmiş, kentsel alanlarda %9,6, kırsal alanlarda %9,2 olduğu belirtilmiştir (13).

2017 yılında yapılmış olan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Çalışmasına göre kalp hastalığına veya kalp krizine bağlı göğüs ağrısı veya inme geçirmiş olma sıklığı %5 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca sıklık; kadınlarda %4,8, erkeklerde %5,2’dir. Kalp hastalıklarına bağlı göğüs ağrısı veya inme ya da kalp krizi riski yaşla birlikte artış göstermektedir. Bu oran 15-29 yaş grubunda %1,3 iken 70 yaş ve üzeri için %18,8’e çıkmaktadır (11).

2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalıkların en önemli özelliği büyük ölçüde önlenabilir olmalarıdır. Bu kardiyovasküler risk faktörlerinin ortaya konarak, kişilerin kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi, özellikle uygulanacak yaşam tarzı değişiklikleri ve erken tanı ve

tıbbi tedavi ile mümkün olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar açısından kişiler doğru bir şekilde tanımlandığında değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesi sonucunda kalp krizi, inme, periferik arter hastalıkları çoğunlukla önlenabilmektedir (1)

Kardiyovasküler hastalıklar, genetik ve çevresel etmenlerin sonucunda ortaya çıkmaktadır. KVH gelişiminde birçok risk faktörünün etkili olmasının yanında KVH risk faktörleri genelde iki grupta incelenir. Değiştirilemeyen grup olarak cinsiyet, yaş ve aile üyelerinde birinci derece akrabalarda erken yaşta KVH görülmesi ve değiştirilebilen grup olarak; diabetes mellitus, hipertansiyon, sigara, obezite, sedanter yaşam, yüksek yağ içerikli beslenme alışkanlığı ve yüksek kolesterol düzeyi gibi özetlenebilir (Tablo 1.1) (19).

Tablo 2.2.1 Kardiyovasküler risk faktörleri (19)

Değiştirilebilen risk faktörleri	Değiştirilemeyen risk faktörleri
- Obezite - Dislipidemi - Sigara kullanımı - Hipertansiyon - Diabetes Mellitus - Sedanter Yaşam - Psikososyal risk faktörleri	- Yaş - Cinsiyet - Aile öyküsü

2.2.1. Cinsiyet

Erkeklerle göre kadınlar, kalp ve damar hastalıklarından daha az etkilenmekte olup kadınlarda kalp ve damar hastalıkları erkeklerle kıyasla 7-10 yıl kadar daha geç ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda menopoz öncesi dönemin koruyucu etkisi östrojenin kan lipidleri üzerine olumlu etkisinden kaynaklandığı bildirilmektedir. 2003 yılında 40 farklı ülkeden otuz bir bin hastanın ortalama 56 ay takip edildiği ONTARGET VE TRANSCEND çalışmalarına göre, kadınlar erkeklerle göre tüm kardiyovasküler sonlanımlarda (inme, kalp krizi, kardiyovasküler ölüm, kalp yetmezliği) %20 oranında daha az riske sahiptirler (20).

2.2.2. Yaş

Kalp ve damar hastalıkları için yaş faktörü çok önemlidir. Yaş ile kalp ve damar hastalıkları prevalans ve insidansı artmaktadır. Yaş, riske maruz kalma süresi olarak önem taşımaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 40 yaş ve üzeri 3,6 milyondan fazla kişinin dahil edildiği, kardiyovasküler hastalık taraması yapılan bir kohort çalışmasında, KVVH prevalansının her 10 yılda belirgin bir şekilde artış gösterdiği tespit edilmiştir. Kadınlarda 55 yaş ve üzeri, erkeklerde ise 45 yaş ve üzeri önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır (20, 21).

2.2.3. Aile Öyküsü

Aile öyküsü, birçok çalışmada gösterildiği gibi kardiyovasküler hastalıklar üzerinde önemli bir etki gösterir. Birinci derece akrabalarda kadınlarda 65 yaş öncesi, erkeklerde 55 yaş öncesi KVVH öyküsü bulunması kişinin KVVH riskini arttırmaktadır (1).

2.2.4. Obezite

Obezite, pek çok hastalığın etyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Obeziteye bağlı olarak yüksek morbidite ve mortaliteye sahip başlıca sağlık sorunları, tip 2 diyabet (DM), hipertansiyon (HT), dislipidemi ve kardiyovasküler hastalıklardır (KVVH) (22).

Beden Kütle İndeksi (BKİ) 30 kg/m²'in üzerinde olan bireylerde obezite olmayanlara göre kalp yetmezliği riski 2 kat, atriyal fibrilasyon riskinin 1,45 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. BKİ'de her 1 birim artışının kalp yetmezliği riskini kadınlarda %7, erkeklerde %5 arttırdığı gösterilmiştir. Yapılan prospektif çalışmalarda obez ve şişman olmanın kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu gösterilmektedir

(23). Abdominal yağlanmanın artışı, insülin direncine sebep olarak diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklara yol açmaktadır (24).

2014 -2020 yılları arasında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının sonuçları Tablo 1.2’de sunulmuştur. Buna göre son beş yılda kadınlarda obez öncesi ve obez oranı %53,8’den % 55,2’ye, erkeklerde ise; %53,5’den %57,6’ya yükselmiştir (13).

Tablo 2.2.2 2014-2020 yılları arasında Türkiye’de yapılan çalışmalarda BKİ sınıflaması dağılımı

Araştırma adı	Düşük kilolu (%)	Normal kilolu (%)	Obez öncesi* (%)	Obez (%)	
Türkiye Sağlık Araştırması 2014 (15 yaş üstü bireyler)					
Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3	
Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5	
Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9	
Türkiye Sağlık Araştırması 2016 (15 yaş üstü bireyler)					
Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2	
Kadın	5,6	40,4	30,1	23	
Toplam	4,0	42,1	34,3	19,6	
Türkiye Sağlık Araştırması 2019 (15 yaş üstü bireyler)					
Erkek	2,7	40,3	39,7	17,3	
Kadın	4,9	40,0	30,4	24,8	
Toplam	3,8	40,1	35	21,1	
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (15-49 yaş kadınlar)					
Kadın	4,0	37,7	29,0	30,0	
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı-2017 (15 yaş üstü bireyler)					
Erkek		1,5	35,7	41,2	21,6
Kadın		2,2	31,8	30,1	35,9
Toplam		1,8	33,8	35,6	28,8

*fazla kilolu,

2.2.5. Dislipidemi

Doymuş yağ ve trans yağ içeren besinlerin ve diyetle tuzun fazla alımı, meyve-sebzelerin ve balığında az alımı kardiyovasküler hastalıkların riskini arttırmaktadır. Yüksek miktarda hayvansal ürünlerin tüketimi de riski arttırmaktadır. Yapılan araştırmalara göre yemeklere yüksek miktarda kırmızı et eklemenin kardiyovasküler hastalık riskini erkeklerde %20, kadınlarda %29 arttırdığı gösterilmiştir (1).

Kardiyovasküler hastalık riski kandaki total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyleri yükseldikçe artış göstermektedir. Çalışmalarda genellikle, iskemik kalp hastalıkları yüksek kolesterol değerleriyle ilişkili gösterilmiştir. Birçok araştırmada, kardiyovasküler hastalıklardan korunmada LDL kolesterolün düşürülmesi öncelik olması gerektiği bildirilmiştir (18). Sonraki hedefler arasında total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL-kolesterol ≥ 130 mg/dl, HDL kolesterol (>40 mg/dl) ve trigliserid seviyelerinin (<150 mg/dl) de normal seviyelerde tutulması, kan basıncının $<140/90$ mmHg, diyabetik hastalarında HbA1c seviyesinin $<7\%$ civarında tutulması ve tütün ürünlerine maruz kalınmaması ve kullanılmaması sağlanmalıdır (25).

2.2.6. Sigara

Kardiyovasküler hastalık riski, sigara kullanan kişilerde iki kat daha fazla artmaktadır. Sigara kullanımına bağlı risk doğrudan kullanımla olmadan; sigara dumanına maruz kalma sonucunda da endotel disfonksiyonuna sebep olabilmektedir. Sigarayı bıraktıktan sonra ilk 1 yıl içerisinde kardiyovasküler risk yarıya düşmekte, ikinci yıldan itibaren hiç sigara içmeyenlerin seviyesine düşmektedir. Sigaranın bırakılması ve bireylerin sigaraya maruziyetten uzak tutulması primer korunmada önemli bir hedef olmalıdır (1).

Kardiyovasküler hastalıklara bağlı oluşan ölümlerin %21'inde sigara kullanımı ve tütün dumanına maruz kalma sorumlu olarak gösterilmektedir. Sigara kullanımını azaltmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara kullanımını özendiren reklamların kaldırılması, sigara üzerine yapılan vergileri arttırarak, sigara ve tütün kullanımının azaltılmasını amaçlamaktadır (26).

2.2.7. Hipertansiyon

Hipertansiyon, 18 yaş üzeri bireylerde sistolik kan basıncının ≥ 130 mmHg olması ve diyastolik kan basıncının ≥ 80 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır. Kan basıncının yüksek olması da serebrovasküler hastalık, konjestif kalp yetmezliği, koroner iskemi, abdominal aort anevrizması ve periferik vasküler hastalıklar için risk oluşturmaktadır (1).

2.2.8. Diabetes Mellitus

Diyabetin komplikasyonları mikro ve makrovasküler olarak ikiye ayrılmaktadır. Makrovasküler komplikasyonları arasında serebrovasküler hastalıklar, diyabetik ayak, iskemik kalp hastalıkları ve periferik arter hastalıkları yer almaktadır. Prospektif çalışmalarda, yüksek kan basıncı, obezite ve dislipidemi haricinde kardiyak olayları %70 oranında arttırdığı gösterilmiştir (1).

2.2.9. Sedanter Yaşam

Fiziksel aktivite; yürüyüş, koşu, bisiklet sürme, paten kayma, yüzme, kürek gibi spor ile ilgili aktiviteler, ev işleri yapma, bahçe işleriyle uğraşma, merdiven çıkma gibi daha aktif faaliyetlerde bulunulan yaşam tarzı faaliyetlerini kapsamaktadır. 2017 yılında Dünya Sağlık rgt Türkiye Ofisi'nin yaptığı, 15 yaş ve üzeri 5848 katılımcının olduğu Türkiye Hanehalkı Araştırması'nda sonuçlara göre katılımcıların %43,6'sının yani neredeyse yarısının DSÖ'nün fiziksel aktivite önerilerini karşılamadığı bildirilmiştir (13).

Fiziksel aktivite; kilo kontrolü, glisemik kontrol, kan basıncı, kan lipid seviyeleri, insülin duyarlılığını iyileştirir ve endotelial fonksiyonu düzeltir. İnaktif bir yaşam

tarzıyla mortalite arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada günde 7,7 saatten fazla televizyon izleyenlerle, günde 1 saatten az televizyon izleyenler kıyaslandığında KVH'a bağlı ve tüm nedenlerden ölümlerin oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (27).

Akut miyokard enfarktüsü (Mİ) risk faktörlerine ilişkin küresel bir çalışma olan INTERHEART çalışmasında hafif/orta/ağır egzersizlerin Mİ karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmada, araba ve televizyonu bulunan bireylerin bulunmayanlara kıyasla Mİ riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (28).

2.2.10. Psikosyal Riskler

Toplumdan uzak yalnız bir şekilde yaşayan, sosyal destek göremeyen bireylerde KVH gelişme riski artmaktadır. Ayrıca mevcut bir KVH varsa da prognozu daha kötü ilerler (20). Ekonomik gelirin düşük olması, eğitim seviyesi düşüklüğü, gelişmemiş bölgelerde yaşamının KVH mortalitesinin rölatif riskinde 1,3-2,0 kat artışa sebep olduğu gösterilmiştir (29). Yapılan bir araştırmaya göre kişinin kendisi için değerli olan bir insanın ölümünden sonra Mİ geçirme riski ilk 24 saat içerisinde 21 kat artış göstermiştir (30). Akut stres ataklarının dışında, kronik stres de KVH riskini arttırmaktadır. Yoğun ve stresli çalışma şartlarının KVH riskinin erken gelişmesini göreceli olarak 1,2-1,5 kat arttırdığı gösterilmiştir (31). Ayrıca anksiyete, panik nöbetler, şizofreni, kişilik bozuklukları ve posttravmatik stres bozukluğu gibi etkenlerin de KVH riskinde artışa sebep olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (20).

2.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Değerlendirmesi

Kardiyovasküler hastalık risk değerlendirmesi, bireyin kardiyovasküler risk faktörleri araştırılarak tespit edilmesi ve bunların bütünsel olarak ele alınıp bireye özel risk profilinin oluşturulmasıdır.

Kardiyovasküler hastalıkların klinik uygulamada önlenmesi için kılavuzlarda bütün KVH riskinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu bütüncül değerlendirme sonrasında

kişilere öneriler ve gerekli durumlarda da tedaviye yönelik müdahaleler yapılması sağlanacaktır. Bu öneriler ve müdahalelerde kişiye yönelik olacaktır. Bunun için kişilerin risklerini ve risk düzeylerini belirlemek değerlendirme için yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle risk hesaplama sistemleri geliştirilmiştir. Risk hesaplama sistemleri kanıta dayalıdır, ortak bir dil kullanılır ve yaygın olarak kullanılmaktadır.

Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2016 yılında sınırlı kanıtlarla yayınlanan Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalık Önlemi Rehberi, yüksek riskli gruplar örneğin aile öyküsü olanlar için sistematik değerlendirme yapılmasını tavsiye etmektedir. Bilinen kardiyovasküler riski olmayan 50 yaş altı kadınlar ve 40 yaş altı erkeklerde maliyetin düşük olması sebebiyle kardiyovasküler risk değerlendirmesi önerilmemektedir (32). Risk değerlendirme bir kerelik bir olay olmamakla birlikte her beş yılda bir tekrarlanması gerekmektedir. Bu risk değerlendirme uygulamaları birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilmektedir. Genel olarak çoğu insan aile hekimini yılda en az iki kez ziyaret etmektedir. Bu da risk değerlendirilmesi yapılabilmesi için iyi bir fırsattır. Veri tabanları, yüksek riskli kişileri belirlemek ve veriler depolamak için aile hekimlerine yardımcı olmaktadır (32).

2.4. Kardiyovasküler Risk Hesaplama Sistemi

Yetişkinlerde kardiyovasküler hastalık riskini belirlemek için çeşitli risk tahmini sistemi kullanılmaktadır. Sağlıklı bireylerdeki kardiyovasküler hastalık riski etkileşen tüm risk faktörlerinin sonucudur. Tüm bu risk faktörlerinin değerlendirilip tahmini bir risk değeri çıkaran sistemlere ihtiyaç duyulmuştur. İlk olarak 1994 ve 1998 yılında kılavuzlarda risk tablolarından söz edilmiştir. İlk olarak bu tablolar Anderson tarafından geliştirilmiştir. Bu tablolarda yaş, cinsiyet, kan kolesterolü, sigara kullanımı ve sistolik kan basıncı KVVH'nın 10 yıllık riskini tahmin etmek için sorgulanmıştır. Ancak bu sistemde birçok eksik olduğundan yapılan çalışmalar neticesinde günümüzdeki risk tahmin sistemleri geliştirilmiştir. Önemli risk sistemleri aşağıda sıralanmıştır (20).

- Framingham risk score (1998)
- ATP III hard CHD risk score (2002)

- QRISK and QRISK2
- SCORE CVD death risk score (2003)
- Reynolds CVD risk score (2008)
- Framingham General CVD risk score (2008)
- ACC/AHA pooled cohort hard CVD risk calculator (2013)
- JBS² risk score (2014)
- MESA risk score (2015)

Bulunan risk hesaplama cetvelleri, daha genç yaşta bulunan gruplara ait verilerin üstünden geliştirilmiştir ve risk faktörlerinin etkisinin yaş gözetmeksizin tüm yetişkin gruplarında geçerli olduğu varsayılmaktadır (33). Fakat, bu sistemlerden hiçbiri Türk yetişkin toplumu için uygun bir belirleyici olmamıştır. Bunun için, Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği Türk toplumu için KVH risk değerlendirmesinde SCORE sisteminin kullanılmasını tavsiye etmektedir (34). Risk tahmini sistemlerinin kullanımı ile toplam KVH riski en yüksek olanların belirlenerek ve korunma önlemlerinin esas olarak bu riski yüksek gruba yöneltilmesi önerilmektedir (33).

2.5. Yeme Tutumu

“Sağlık; yalnızca bir sakatlığın ya da hastalığın olmayışı değil, bununla birlikte sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Bireyin tam bir iyilik halinde olması için beslenme tutumları tüm canlı türlerinde çok önemli bir yere sahiptir. Günlük hayatımızdaki işlevlerimizi yerine getirebilmek için enerji üretmemizi sağlayan yeme işlevi, gün içerisinde düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Bireylerin genetik faktörleri ve bedenlerine yönelik algıları sağlıklı ya da sağlıksız beslenme davranışlarını oluşturmalarını etkilemekte ve bu da bireylerin yeme tutumlarını etkilemektedir (7). Bununla birlikte, kişilerin yemeye yönelik alışkanlıkları ve davranışları, kişinin bulunduğu toplumun kültürel özellikleri ve yaşam şartları tarafından etkilenip değişebilmektedir (8).

Yeme tutumu kavramı yeme ile ilgili bozuklukları bulunan hastaların yemek yeme ile ilgili tutum ve davranışlarını; normal kişilerde bulunan yeme tutumlarındaki olası bozuklukların belirtileri şeklinde ifade edilmektedir (35).

Ruhsal sağlık ve bozulmaların beslenme üzerinde etkisi olduğu gibi beslenmenin de ruh sağlığı üzerinde etkisi bulunmaktadır. Yeme tutumu üzerinde duygusal ve bilişsel faktörlerin etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda duyguların %30-48 oranında iştahı etkilemesi nedeniyle kişilere göre değişen yemeyi artırma ve azaltma davranışı görülebilmektedir (36). Duygusal faktörlerin yeme tutumları üzerindeki etkisine depresyon, anksiyete, öfkelenme gibi duygusal durumlarda iştah azalması veya artması da örnek olarak gösterilebilmektedir. Fakat yeme tutumu üzerindeki azalma veya artma birçok faktörle ilişkilendirilmektedir (37).

Yeme davranışının psikoloji açısından açıklanması için birçok kuram ortaya koyulmuştur. Bireylerin sıkıntı içerisinde kaldıkları durumlarda duygusal anlamda bir savunma mekanizması olan yemek yemeyi kullanmaları ve özellikle sıkıntı içerisinde olduklarında başa çıkma yöntemi olarak kullandıklarına dair bu kuram, temel kuram olarak gösterilmektedir (38). Bu temel kuramın dışında yeme tutumunu açıklamak üzere ortaya atılan diğer bir kuram dışsal yeme kuramıdır. Evers (2011), yemenin bir savunma mekanizması olarak kullanıldığı bu temel kuram yerine bireylerin yemeğin görüntüsü, kokusu gibi dışsal uyaranlardan etkilenmeye duyarlı olduklarını ve bu nedenle yeme davranışına yönelme gösterdiklerini ortaya koymuştur (39).

Yeme tutumlarındaki bozuklukları anlatan bir diğer kuram da psikosomatik kuramdır. Buna göre kişiler çocukluk dönemindeki kafa karıştırıcı deneyimlerle açlığın ve doygunluğun iç içe geçmesinin sonucunda olumsuz duygulara karşı yemek yeme davranışı gösterirler. Çocuklara ebeveynlerin besinleri ödül veya ceza amacıyla kullanması, çocuğun yeme üzerine kendi ihtiyaçlarını anlayamadan ebeveyninin çocuk adına beslenme davranışını yönetmesinin neticesinde çocuğun açlık-tokluk sinyallerini anlayıp öğrenememesi, yemek yemeyi olumlu veya olumsuz olarak algıladığı duygulara cevap olarak yapmasına yol açmaktadır (40).

Yeme tutumu beden ağırlığı üzerinde değişiklik yaratmaktadır. Beden ağırlığı genellikle sabit değildir ve ortalama bir değerin etrafında yukarı veya aşağı oynayarak değişiklikler göstermektedir. Beden ağırlığındaki ortalama değer yüksek derecede saptığında ve obez derecesindeki ağırlık metabolik olarak savunulduğunda metabolik obezite ortaya çıkmaktadır. Obeziteye bağlı olarak artan insülin direnci, diyabet,

kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklar oluşabilmektedir. Yaşam tarzında bir değişim ve kilo kaybı sağlanmadıkça obezite ve metabolik savunma devam etmektedir (41).

Bireylerin yeme tutumlarındaki bozulmaların aşırı kilo ve beden algısından kaynaklanan katı diyetler veya kişilerarası deneyimlerin sorunlu olmasından kaynaklanan araştırmalar bulunmaktadır. Katı diyetler sonucunda değişen beden kütle indeksi yeme tutumları üzerindeki bozulmaları beraberinde getirmektedir.

2.6. Yeme Türleri

2.6.1. Duygusal Yeme

Duygusal yeme, olumsuz duygulara yanıt olarak gelişen aşırı yeme davranışının gösterildiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Duygusal yemenin bir başka tanımı olarak, duygusal yeme davranışı depresyon, yalnız kalma, anksiyete gibi duygu değişimlerine cevaben daha fazla yemek yemeye sebebiyet veren psikolojik bir yeme türü tanımı yapılmıştır (42). Bu yeme davranışı, ruh halini kontrol edebilmek adına besin alımının sonucu olarak tanımlanmaktadır. Duyguların, iştah ve besin alımı üstünde %30-48 oranında artış veya azalışa neden olduğu bildirilmektedir. Yeme davranışı üzerinde her ne kadar etkisi yüksek olsa da duyguların beslenme üzerindeki etkisinin nasıl olduğunu belirlemek oldukça güçtür. Farklı duygu durumlarının yeme sürecinde etkilerinin araştırıldığı bir araştırmada kişiler arası farklılıklar olsa da genel olarak stres, kaygı bozukluğu, kızgınlık, depresyon gibi olumsuz duyguların besin alımını arttırdığını ve beslenme alışkanlıkları üzerinde olumsuz etkiler gösterdiği bulunmuştur (43).

2.6.2. Yeme Bağımlılığı

Yeme bağımlılığı kavramı, aşırı şekerli ve yağlı olan besinlerin düzensizce ve tekrar eden bir şekilde besinlerin aşırı miktarda tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır (44). İlk olarak 1956 yılında, yeme bağımlılığı kavramı alkol bağımlılığı ile ilişkilendirilerek Theron Randolph tarafından işlenmiş ve yüksek kalori içeren besinlerin zamanla bağımlılık tablosu oluşturduğunu ifade edebilmek için oluşturulmuştur (45). Sonraki yıllarda da tıkanırcasına yeme bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (46). Yapılan bazı çalışmalarda yeme bağımlılığı kavramını, karbonhidrat ve şeker içeriği yüksek bazı besinlerin düzensiz bir şekilde ve fazla miktarda tüketilmesini bağımlılık olarak nitelendirmekte ve obez veya kilolu kişilerdeki yeme davranışının madde kullanım bozukluğunda bulunan tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmektedir (47, 48).

2.6.3. Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığı kavramı, ne yenildiğinden daha çok nasıl ve ne sebeple yeme davranışının ortaya çıktığını fark ederek, fiziksel olarak açlık-tokluğun ve düşüncelerin etkilerinin farkında olarak, çevresel faktörlerden etkilenmeden, besin tercihlerini yargılamadan o anda yenecek olan besine odaklanarak yeme şeklidir. Yeme farkındalığında asıl önemli olan, bireyin yiyeceğinin tadını ve dokusunun da içerisinde bulunduğu yeme konusundaki tam farkındalığıdır. Bu tam farkındalık, yemek yeme hızını azaltabilmekte, besin aşermelerini azaltabilmekte, ağırlık kontrolünü sağlamada faydalı olabilmektedir. Yeme farkındalığı, besin tüketiminin neden olduğuna dair farkındalık yarattığından ağırlık kaybını doğru bir şekilde sağlayabilmektedir. Yeme farkındalığı uygulamaları, yaşam tarzı değişikliği programlarında tavsiye edilen diyet davranış değişiklikleri ile kullanılabilir. Yeme farkındalığı uygulamaları, besin tüketim kaydı, menü planlama ve porsiyon kontrolü sağlama gibi ağırlık kontrolü için yaygın olarak kullanılan bilişsel becerilerden daha farklıdır. Yeme farkındalığı üzerine çalışanlar, kişileri yemek yerken televizyon izlemek gibi dikkat dağıtıcı ve yemek yerken aynı zamanda çalışmak gibi birden fazla işlevden uzak tutmayı önermektedir (49).

Yeme farkındalığına yönelik yapılan müdahaleler sonucunda yeme farkındalığının artması sağlıklı bir yaşam için uzun süreli ve bütüncül bir sonuç oluşturma potansiyeli göstermektedir (50).

2.7. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, obeziteye yol açan aşırı yeme, yememeyi reddetme veya bazı psikolojik nedenlerden dolayı yeme miktarını sınırlama, yemek olmayan şeyleri yeme, yemekleri hızla sindirip boşaltma veya kontrol edilemeyen gece yeme davranışlarını sergileme gibi durumları içerir (49). Dünyada yeme bozukluğu, görülme sıklığı gün geçtikçe artan bir hastalık grubudur. Görülme sıklığının bu kadar hızlı artmasının birçok nedeni olduğu öngörülmektedir. Bu nedenlerin arasında başlıca; medya ve çevre etkisi, tanı kriterlerinin gelişmesi, beden algısındaki değişimler ve farkındalık seviyelerinin artması yer almaktadır (51).

Yeme bozuklukları için tanımlanmış birçok risk faktörü bulunmakla birlikte bunların arasında ilk sırada yer alanlar; vücut ağırlığını artacağına duyulan korku, beden algısındaki değişiklikler, çevre baskısı, olumsuz yeme davranışları ve sosyal çevredeki başarısızlıklardır (52). Son yıllarda yapılan araştırmalarda yeme bozukluklarını psikolojik faktörler haricinde genetik özelliklerinde etkilediği gösterilmiştir (53).

Yeme bozuklukları/tutumları, metabolik kontrolün bozulmasına yol açabilmektedir. Vücut, yetersiz ve düzensiz insülin salgıladığında, bu kan glikoz seviyesinin yükselmesine neden olmaktadır. Bu tür durumlarda bireyler hızla açlık hissetmeye başlar ve tükürük üretiminin azalması (xerostomia), susuzluk ve aşırı dehidrasyona yol açmaktadır. Bu uzun süreli hiperglisemik durum, uzun vadeli komplikasyonların (nöropati, retinopati, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar) yolunu açmaktadır (22).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı Zihinsel Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) yeme bozukluklarını 5 başlığa ayırmıştır. Bununla birlikte de güncel verilerin eksik olması durumunda tanı konulmak üzere tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları alt grubu eklenmiştir. Bunlar:

- Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza,

- Pika,
- Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu,
- Ruminasyon (Geri Çıkarma) Bozuklukları,
- Kısıtlayıcı/Kaçıngan Besin Alım Bozuklukları,
- Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları,
- Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (54).

Yeme bozukluklarının yaşam boyunca görülme sıklığı yapılan çalışmaların sonuçlarına göre %1-5 aralığında değişmektedir (55). 2000-2018 yılları arasında yapılan bir sistematik derlemede kadınlarda hayatları boyunca herhangi bir yeme bozukluğu görülme riski %8,4, erkeklerde görülme riski ise %2,2 olarak bulunmuştur (56). 8 yıl boyunca yeme bozukluğu olan bireylerde yapılan bir çalışmada kişiler prevalans, görülme sıklığı, hastalığın başlangıcı ve prognozu açısından incelenmiştir. 20 yaş altında olan kişilerde yaşam boyunca yeme bozuklukların yaygınlık oranlarına bakılmıştır ve anoreksiya nervoza %0,8, bulimiya nervoza % 2,6, tıkanırcasına yeme bozukluğu ise %3,0 olarak gösterilmiştir. Ayrıca bir çalışmada, yeme bozukluğu bulunan kişilerde daha fazla işlevsel bozukluklar, intihara eğilim, sıkıntı, geçmişte bir psikiyatrik bozukluk ve sağlıklı BKİ bulunduğu gösterilmiştir (57).

Yeme bozukluklarında cinsiyetlere göre dağılımları üzerinde oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yeme bozuklukları ayrı ayrı değerlendirildiğinde; anoreksiya nervoza prevalansı kadınlarda %1,4 iken erkeklerde %0,2 olarak bulunmuştur. Bulimiya nervoza prevalansı kadınlarda %1,9 iken erkeklerde %0,6; Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu prevalansı kadınlarda %2,8, erkeklerde %1,3; Tanımlı olmayan diğer beslenme ve yeme bozuklukları prevalansı kadınlarda %4,3, erkeklerde %3,6 olarak bulunmuştur (56). Yapılan bir araştırmada yeme bozuklukları prevalansının erkeklerden daha çok kadınlarda görüldüğü saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozalı olan kişilerin %10'unu erkeklerin oluşturduğu bulunmuştur (54). Fakat başka yapılan bir çalışmada ise anoreksiya ve bulimiya nervozalı bireylerin %25'ini, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin %36'sını erkeklerin oluşturduğu sonucu gösterilmiştir (58).

Yeme bozukluklarının başlangıç zamanlarını inceleyen çalışmalarda anoreksiya ve bulimiya nervozanın başlama zamanlarının genel olarak adolesan dönemde olduğu

görülmüştür (59). Yeme bozukluklarının başlangıç yaşları ise anoreksiya nervoza için 19-20, bulimiya nervoza için 16-20 ve tikanırcasına yeme bozukluğu için ise 19-20'dir.

Geçmiş zamanlı çalışmalara bakıldığında yeme bozukluğunun görülme sıklığının Amerika ve Batı ülkelerinde daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat yeni dönemlerde yapılan çalışmalarda ise Kore başta olmak üzere Asya ülkelerinde de prevalansların arttığı gösterilmiştir (60-62). Bölgelere göre görülme sıklığının değişmesinde araştırmanın modeli, örneklem grupları, genetik farklılıklar, kültürel farklılıklar ve bağırsak mikrobiyotasının farklılığının etkili olduğu düşünülmektedir (63-65).

2.8. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme

“Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır” olarak tanımlanmaktadır (66). Beslenme sadece açlığı bastırmak, karnı doyurmak değildir. Beslenmedeki amaç bireylerin cinsiyetine, yaşına, fizyolojik gereksinimine göre tüm besin öğelerinden yeteri kadar almasını sağlayabilmektir. Epidemiyolojik çalışmalarda gösterildiği gibi yeterli ve dengeli beslenme birçok kronik hastalık ihtimalini düşürebilmekte ve kronik hastalıklara tedavi olanağı sunmaktadır (66).

Yeme davranışları sağlığımız üstünde önemli etkiler gösterebilmektedir. Yeme davranışları ve beden algısındaki bozulmayla ilişkili olan yeme bozuklukları (YB), daha sık kadınlarda görülen, yanında diğer psikiyatrik, sosyal, ekonomik ve tıbbi sorunların da eşlik ettiği, kronikleşmeye yatkın olup sürece göre hayati tehlikeyi de içeren sağlık sorunlarıdır (67).

Sağlıklı bir beslenme modeline ulaşabilmek için tam tahıl ürünleri, meyve ve sebzeler, kabuklu çığ kuruyemişler, az yağlı etler, az yağlı süt ürünleri, balık, beyaz et tüketimi yer almalıdır. Margarin, tereyağı, şarküteri ürünleri, basit karbonhidratlar gibi doymuş yağ oranı yüksek besinler yerine zeytinyağı gibi doymamış yağ içeriği yüksek besinlerin tüketimi tavsiye edilmektedir (68). Şeker, un, tuz tüketimi sınırlandırılmalı veya hiç tüketilmemelidir. Hazır ve paketli gıdaların yüksek tuz içeriği nedeniyle tüketiminin kontrolü sağlanmalıdır. Şeker içeriği yüksek besinlerin ve alkol (kadın 1

kadeh/gün, erkek 2 kadeh/gün) içeren içeceklerin tüketimi de sınırlandırılmalıdır (69). Besinler doğal halleriyle tüketilmeye çalışılmalı ve çok fazla işlem görmemelidir.

Günümüz şartlarında değişen beslenme alışkanlıklarımız, besinlerin değerindeki değişim, sosyoekonomik şartlar kardiyovasküler hastalıkların gelişmesindeki beslenmenin etkisini daha da ön plana çıkarmıştır. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada beslenme önemli bir yer almaktadır (66).

Başlıca beslenme ile ilgili kardiyovasküler hastalıklar (70)

- Koroner arter hastalıkları
- Kalp yetersizliği
- Hipertansiyon
- Dislipidemi
- Aritmiler
- İnsülin direnci – Hiperinsülinemi
- Tip 2 Diyabet
- Obezite

2.9. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma

Kardiyovasküler hastalıkların önemli özelliklerinden biri de önlenabilir olmasıdır. Kardiyovasküler hastalıkların ortaya konarak risklerin belirlenmesi, bunun üzerine erken tanı ve tıbbi tedaviyle birlikte yaşam tarzı değişikliklerinin yapılmasıyla önleme mümkün olabilmektedir. Birçok kardiyovasküler hastalık kişiler doğru tanımlandığında ve değiştirilebilir risk faktörleri düzenlendiğinde önlenabilmektedir (1).

Kardiyovasküler hastalıklarının kontrolüne yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları uygulanmalıdır.

2.9.1. Birincil Koruma

Korunmada amaç, oluşabilecek risk faktörlerini önlemektir. Özellikle de değiştirilebilir risk faktörlerinin izlenerek erken müdahalede bulunulması önemlidir. Hasta olma ihtimali olan popülasyona ve hastalara risk faktörlerinin oluşmasını önleyecek yaşam tarzı değişikliklerini benimsemeye yönelik uygulamalarda bulunulmalıdır. Kişinin kardiyovasküler risk faktörleri ayrı ayrı belirlenerek toplam kardiyovasküler riskinin belirlenmesiyle yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun tıbbi tedavi sonucunda mevcut olduğu risk grubuna göre hedef olan değerlere ulaştırılması ve bu değerlerin korunması gerekmektedir (71)

Bu korunma basamağı KVH oluşmadan önce alınacak olan önlemleri kapsamaktadır. Risk faktörlerinin önüne geçilmesi, yaşa ve sağlık durumuna uygun bilgilendirme, sağlık hizmetlerine erişim, sağlığa uygun davranışların desteklenmesini kapsar. Ayrıca tütün kontrolü gibi sağlıklı yaşam davranışlarının teşvikini de içermektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki değiştirilebilir risk faktörleri olan alkol, diyet, tütün, fiziksel inaktivite açısından toplum ve hastalar eğitim verilerek bilinçlendirmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için

- Tütün kullanımını azaltma,
- Diyette tuz miktarının azaltılması,
- Daha çok sebze ve sebze tüketilmesi,
- Düzenli fiziksel aktivite ve
- Zararlı alkol kullanımından kaçınılması önerilerinde bulunmuştur

(72).

Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada sağlıklı yaşam tarzı benimseyebilmek için başlıca hedefler arasında beden kitle indeksinin $BKİ < 25 \text{ kg/m}^2$ olarak tutulması ayrıca bel çevresinin kadınlarda $< 80 \text{ cm}$, erkeklerde $< 94 \text{ cm}$ olarak korunmasıdır. $BKİ$ 25 veya 30'un üzerinde ise bireyin kalori alımı kısıtlanmalı ve fiziksel aktivite düzeyi artırılarak kilo kaybı sağlanmalıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda diyet programı düzenlenirken; kişinin yaş, kilo, boy, sosyokültürel düzeyi gibi kişisel özellikleri, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi eşlik eden risk faktörleri ve mevcut bulunan kardiyovasküler hastalığı göz önünde bulundurularak program düzenlenmektedir. Primer korunmada hedef, doğumdan hayatın sonuna kadar sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması ve bunun sürdürülmesidir. Kardiyovasküler hastalıklarda

önerilen sağlıklı beslenme modelleri DASH (Hipertansiyonu Önlemek için Diyet Yaklaşımları) ve Akdeniz diyeti olmakla birlikte olumlu etkileri çalışmalarda gösterilmiştir (73).

Tablo 2.9.1.Avrupa ve Amerika Kalp Derneklerinin kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri ve primer koruma için önerdiği diyet tavsiyeleri (70)

	Diyet Önerisi	Seviye ve kanıt düzeyi
Avrupa Kardiyoloji Derneği	Sağlıklı bir diyet HVH önlenmesinde anahtar rol oynar	İB
	Enerji alımını ideal ağırlığı korumak veya BKİ<25 kg/m2 olacak şekilde sürdürülmeli	
	Doymuş yağ asitleri günlük alınan enerjinin <%10'unu oluşturulmalı	
	Trans doymamış yağ asitleri alınan enerjinin <%1'ini geçmemeli	
	Tuz tüketimi günlük <5 gr/gün olmalı	
	Günlük 30-45 gr lif alınmalı bu lif tam tahıllı ürünler, meyve ve sebzelerden olmalı	
	Günde 2-3 porsiyon meyve (200 gram)	
	Günde 2-3 porsiyon sebze (200 gram)	
	Alkol tüketimi erkekler için günde 2 birim (20 gr/gün alkol) ve gebelik olmayan kadınlar için günde 1 birim (10 gr/gün alkol) ile sınırlandırılmalıdır.	
	Haftada en az 2 kez balık tüketimi, daha çok yağlı balıklar	
	Genel sağlıklı beslenme kurlarını uygularken hiçbir gıda takviyesine gerek yoktur.	
Amerikan Kardiyoloji Koleji/ Amerikan Kalp Derneği	Yetişkin bireylerde LDL kolesterolün düşürülmesine fayda sağlayacak öneriler	
	1- Diyetle sebze-meyve ve tam tahılların tüketimi önemli, az yağlı süt ürünleri, kümes hayvanları, baklagiller, balık, tropikal olmayan bitkisel yağlar ve kabuklu yemişler yer almalı ve tatlıların, şeker ilaveli içeceklerin ve kırmızı etlerin alımını sınırlandırılmalı a) Diyet modeli, kalori ihtiyaçlarına, kişisel ve kültürel özelliklere ve eşlik eden tıbbi duruma (diyabet dahil) uygun olmalı. b) DASH diyet modeli, USDA Gıda Modeli veya AHA Diyeti gibi diyetler doğrultusunda hazırlanmalı	İ-A
	2- Toplam alınan kaloringin %5 ile %6'sı doymuş yağdan sağlanmalı	İ-A
	3- Doymuş yağlardan alınan kalori yüzdesi azaltılmalı	İ-A
	4- Trans yağdan alınacak kalori yüzdesi azaltılmalı	İ-A

Tablo 2.9.1. (Devam) Avrupa ve Amerika Kalp Derneklerinin kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri ve primer koruma için önerdiği diyet tavsiyeleri (70)

	Yetişkinlerde kan basıncının düşürülmesi için fayda sağlayacak öneriler	
	5- Diyetle sebze-meyve ve tam tahılların tüketimi önemli, az yağlı süt ürünleri, kümes hayvanları, baklagiller, balık, tropikal olmayan bitkisel yağlar ve kabuklu yemişler yer almalı ve tatlıların, şeker ilaveli içeceklerin ve kırmızı etlerin alımını sınırlandırılmalı c) Diyet modeli, kalori ihtiyaçlarına, kişisel ve kültürel özelliklere ve eşlik eden tıbbi duruma (diyabet dahil) uygun olmalı. a) DASH diyet modeli, USDA Gıda Modeli veya AHA Diyeti gibi diyetler doğrultusunda hazırlanmalı.	İ-A
	1- Tuz miktarını azalt	İ-A
	2- Özellikle: a) Sodyum tüketimi 2400 mg'dan az olmalı b) Sodyumun 1500 mg/gün'den daha az alınması kan basıncında daha da büyük düşüş sağlar c) Bu hedeflere ulaşılmassa bile, sodyum alımını en az 1000 mg/gün azaltılması kan basıncını düşürür.	IIa-B
	3- DASH diyet modelini daha düşük sodyum alımı ile birleştirin	İ-A

AHA; American Heart Association, DASH; Dietary Approaches to Stop Hypertension KVVH; Kardiyovasküler hastalık, LDL-K; düşük dansiteli kolesterol, USDA; United States Department of Agriculture

2.9.2. İkincil Koruma

İkincil koruma, hastalıkların başlangıcında ilerlemeden tespiti yapılarak tedavi edilmedir. Kardiyovasküler hastalıklara yönelik olan ikincil koruma yöntemleri erken evrede tespit edilerek hastalığın sonuçlarını iyileştirmeyi hedef belirleyen erken tanı ve tedavi yöntemleridir. Erken tespit yöntemlerinin birincisi, semptom gösteren kişilerin saptanıp erken tanı konulması, ikincisi risk altında olup semptom göstermeyen kişilerin taranarak erken dönemde saptanmasıdır.

Tarama testleri, asemptomatik ve henüz hasta olduğu bilinmeyen kişilere uygulanarak erken tanı koyulmasında kullanılır. Hastalığa erken dönemlerde tanı koymak, geç tanı koyulmasına karşın hastalığın seyrinde belirgin bir fayda sağlayacaksa anlam kazanmaktadır. Erken tanıyı arttırabilmek adına yapılan uygulamalarda hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun farkındalık düzeyi arttırılarak kişide semptomlar ortaya çıktığında hastalığın erken evresinde sağlık kuruluşlarına başvurmaları amaçlanmaktadır. Tarama ise hiçbir belirtisi olmayan sağlam kişilere uygulanan bir yöntemdir.

Kardiyovasküler hastalıklar açısından Sağlık Bakanlığı bu kapsamda önerdiği tarama programına tablo 2.9.2’de gösterildiği gibi >18 yaş yetişkinlerde senede en az bir kez hipertansiyon, 18-65 yaş grubu yetişkinlerde; yılda bir kez ağırlık, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümü, 40 yaşından itibaren 3 yılda bir diyabet ve 20 yaşından itibaren 5 yılda bir ve ilerleyen yaşlara göre değişen dislipidemi taraması önerilmektedir (10, 74).

Tablo 2.9.2. Sağlık bakanlığı tarama programı

Hipertansiyon	18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerde yılda en az bir kez
Obezite	18-65 yaş grubu yetişkinlerde; yılda bir kez boy, ağırlık, BKİ ve bel çevresi ölçülmeli
Dislipidemi	20 yaş itibarıyla 5 yılda bir 40 yaş itibarıyla erkeklerde yılda 1-2 kez 50 yaş itibarıyla kadınlarda yılda 1-2 kez 65 yaş itibarıyla yılda 1 kez
Diyabet	40 yaş itibarıyla 3 yılda 1 kez

Taramalar ile Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi yapılan yetişkinlerinde risk derecesine göre belirli periyotlarda değerlendirmelerinin yapılması önerilmektedir. Risk değerlendirme sıklıkları tablo 2.9.3’te gösterilmiştir (75).

Tablo 2.9.3. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sıklıkları

Risk Grubu	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Sıklığı
Düşük Risk Grubu	2 yıl arayla 1 kez
Orta Risk Grubu	6 ila 12 ayda 1 kez
Yüksek Risk Grubu	Kişiye özel belirlenen izlem sıklığı
Çok Yüksek Risk Grubu	Kişiye özel belirlenen izlem sıklığı

KVH için ikinci koruma basamağında taramalarla birlikte hasta olan bireylerin uygun tedavi ve bakımın sağlanması, hastalığın komplikasyonlarından korunma, yetmezlik süresini kısaltma ve prematüre ölümleri engelleme sağlanabilmektedir.

2.9.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma için tam teşekküllü bir sağlık merkezinde KVH tedavisinin yapılması ve hastaların rehabilitasyonu için uygun tedavi ortamının oluşturulmuş olması gerekir. Erken tanı ve tarama, tele tıp, teknolojik gelişmelere paralel tedavi, tıbbi rehabilitasyon ve evde bakım gibi yapılan uygulamaların yaygınlaştırılması önerilmekte ve bireyin kapasitesinin en üst seviyeye çıkarılması hedeflenmektedir (10).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Haziran – Aralık 2022 tarihleri arasında Lüleburgaz Özel Bir Nefes Hastanesinde yürütülmüştür. Çalışma, herhangi bir nedenle hastaneye başvuran yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerini ve kardiyovasküler hastalık bilgi düzeylerini belirlemek ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini Lüleburgaz'da Özel bir hastaneye Haziran 2022 – Aralık 2022 tarihleri arasında herhangi bir nedenle hastaneye başvuran bireyler oluşturmaktadır. Hastane başvurusunda mükerrer başvurular söz konusu olması nedeniyle örneklem büyüklüğünü belirlemek için evrendeki birey sayısı biliniyorsa; $n = t^2pq/d^2$ formülü ile hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini için Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ulusal hastalık yükü çalışmasındaki kardiyovasküler hastalık sıklığı değeri olan %19,3 baz alınarak (76), %95 güvenirlilik aralığında ($\alpha = 0.05$), $d = 0,05$ örnekleme hatası içerebileceğini kabul edilerek örneklem 239 olarak hesaplanmıştır. Çalışma toplam 240 kişi ile tamamlanmıştır.

N: Kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer ($\alpha = 0,05$ serbestlik derecesinde t değeri tablodan 1,96 bulunmuştur)

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma]

3.3. Kitledeki birey sayısı bilinmiyorsa;

$$n = \frac{t^2 \times pq}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \times (0,193 \times 0,807)}{0,5^2} = 239$$

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Özel hastanedeki polikliniklerden birine başvuran

- 18 yaş ve üzeri olanlar
- Türkçe konuşup iletişim kurulabilen
- Mental rahatsızlığı olmayan
- Son 6 ay içerisinde ölçülmüş HDL, LDL, total kolesterol değerleri olan
- Araştırmaya katılmaya istekli olan bireyler dahil edilecektir.

3.4. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir alan araştırmadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ve (KARRIF-BD) ve Yeme Tutum Ölçeği-26 kullanılarak toplanmıştır.

3.6. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan bilgi formu katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini, (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim), sağlık durumlarını, kronik hastalık varlığı, alkol / sigara kullanımını, düzenli olarak fiziksel aktivite yapıp yapmadığını, sağlıklı beslendiğini düşünüp düşünmediğini, son 6 ay içinde ölçülmüş kan LDL, HDL, total kolesterol değerlerini içeren sorularla birlikte kan basıncı, boy, kilo ölçümlerinden oluşmaktadır.

3.7. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRIF-BD) Ölçeği

Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini saptamak amacıyla 2009 yılında Arıkan ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılarak geliştirilen ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. İlk dört maddesi KVH'ların özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü ile ilgili olan ölçeğin; 15 maddesi risk faktörlerini (5,6,9-12,14,18- 20,23-25,27,28. maddeler), 9 maddesi de (7,8,13,15,16,17,21,22,26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmakta ve her doğru yanıt 1 puan verilmektedir. 22 soru düz, 6 soru (11,12,16,17,24,26) ters yönde puanlanarak değerlendirilen ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28'dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,76 olarak hesaplanmıştır (77). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,76 olarak hesaplanmıştır.

3.8. Yeme Tutum Ölçeği-26

Yeme Tutum Testi (YTT) anorektik/bulimik tutum ve davranışların belirlenebilmesi için Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Bu formun Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 40 maddeli olup daha sonra Garner ve ark. tarafından 26 maddelik kısa formu geliştirilmiştir. YTT-26’nın Türkçe ’ye çevrilmiş formu Baş ve diğerlerinin yapmış

oldukları çalışmalarda kullanılmıştır. Yeme Tutum Ölçeği-26’da “Sık sık”=1, “Çok sık”=2, “Daima”=3 olarak diğer cevaplarda “0 puan” olarak değerlendirilmiştir. Diğer bir yandan 26. soruda tersine puanlama yapılmaktadır. Yani “Hiçbir zaman”=3, “Nadiren”=2, “Bazen”=1 olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte alınan toplam puan arttıkça yeme tutumu davranışlarında bozukluklar görülebilmektedir (55). Bu çalışmada ki ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,86 olarak hesaplanmıştır.

3.9. Score Risk Değerlendirme Ölçeği (Systematic Coronary Risk Evaluation)

Bireylerin KVH risk durumu SCORE risk değerlendirme ölçeği ile hesaplanmıştır. SCORE risk değerlendirme ölçeği Avrupa Ateroskleroz Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin 2011 yılında beraber yayınladıkları dislipidemi kılavuzunda yer almaktadır. SCORE modeli 10 yıllık inme, kalp krizi, aort anevrizması veya diğer aterosklerotik olayların riskini değerlendirmektedir. Risk düzeyi yaş, cinsiyet, total kolesterol düzeyi, sistolik kan basıncı ve sigara tüketimi dikkate alınarak risk hesaplanmaktadır. Yüksek ve düşük riskli ülkeler için Score hesaplaması ayrı olarak değerlendirilmektedir. “Avrupa Düşük Risk Skoru”nun Belçika, Yunanistan, Belçika, İtalya, İsviçre, Lüksemburg, Fransa, İspanya ve Portekiz için kullanılması, “Avrupa Yüksek Risk Skoru” nun da Türkiye ve diğer Avrupa ülkeleri için kullanılması önerilmektedir. SCORE değerlendirmesi için >10 puan alanlar çok yüksek risk grubu, ≥ 5 ve ≤ 9 arasında olanlar yüksek risk grubu, >1 ve ≤ 4 arasında olanlar orta risk grubu ve hesaplanan değeri ≤ 1 olanlar ise düşük risk grubu olarak değerlendirilmektedir (75).

3.10. Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formunun uygulanabilirliğinin belirlenmesi amacıyla anket formu 10 sağlık çalışanına uygulanmış, geri dönüşler sonucu anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapıp anket formuna son şekli verilmiştir.

3.11. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, anket formunu yüz yüze görüşme ile uygulamıştır. Araştırmacı, katılımcılar ile bireysel olarak görüşerek araştırma ile ilgili bilgi vermiştir. Özellikle kimlik bilgilerinin istenmediği, araştırma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı açıklanarak onamları alınmıştır. Anket uygulamasının 15 ila 20 dk. arasında sürmüştür.

3.12. Araştırmanın Değişkenleri

3.12.1. Bağımlı Değişkenler:

- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğinden elde edilen puanlar,
- Yeme Tutum Ölçeği-26'dan elde edilen puanlar,
- SCORE risk puanı.

3.12.2. Bağımsız Değişkenler:

- Demografik: Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, gelir, aile tipi, meslek
- Boy, kilo, vücut kitle indeksi
- Kan basıncı
- Kronik hastalık
- Alkol / tütün kullanımı
- Katılımcının fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ile ilgili durumları

3.13. Hipotezler

H0₁: Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre KVH risk durumları ve KARRIF-BD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1₁: Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre KVH risk durumları ve KARRIF-BD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark vardır.

H0₂: Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Yeme Tutum Testi - 26'dan aldıkları puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H1₂: Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Yeme Tutum Testi - 26'dan aldıkları puan ortalamaları arasında fark vardır.

3.14. İstatiksel Analiz

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı (SPSS 22.0 programı için seri numarası: 10240642) kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. KARRIF-BD ve YTT-26 ölçeklerinden alınan puanlar normal dağılım göstermediği için sürekli değişkenler arasındaki farklılığın tanımlanmasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada KVH risk faktörlerini belirlemek için bireylerin tansiyon, boy, kilo, bel ve kalça çevresi ölçülmüştür. Ayrıca katılımcıların son 6 ay içinde ölçülmüş HDL, LDL, total kolesterol değerleri, sigara içme durumu ve yaş ayrıca sorgulanmıştır.

Katılımcıların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve yeme tutumu puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan tüm analizlerde önemlilik sınırı için alfa değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.15. Araştırmanın İzinleri ve Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yürütülebilmesi için, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu, 08.04.2022, TÜTF-GOBAEK 2022/172 alınmış olup; onay yazısı (Ek-4) ekte sunulmuştur.

Çalışma için kurum izni Lüleburgaz Özel Bir Nefes Hastanesi'nden alınmıştır (EK-5). Ayrıca katılımcılara araştırmanın amacı, yöntemi ve toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı konusunda gerekli açıklamalar yapılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.16. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Araştırma verileri, katılımcıların ankete verdikleri cevaplarla sınırlıdır, veriler kişisel beyana dayalıdır.
- Araştırma sadece bir hastaneye başvuran yetişkinlerde yapılmış olup, sonuçları sadece kendi evrenine genellenebilir. Tüm topluma genellenebilecek sonuçlar için daha geniş örneklem ve farklı çalışma gruplarında (klinik ve toplum tabanlı örneklem vs.) araştırma yapılması gerekmektedir.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan katılımcıların bulguları üç başlık halinde sunulmuştur.

1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri ile antropometrik ölçüm ve kan değerlerine ilişkin bulgular
2. Katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyine ilişkin bulgular
3. Katılımcıların yeme tutumlarına ilişkin bulgular

4.1. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Antropometrik Ölçüm ve Kan Değerlerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubumuzun yaş ortalaması $40,94 \pm 13,61$ (min:18; maks:74; medyan:40) olup %62,5'i 35 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %71,3'ü kadın, %28,8'i erkektir ve %70'inin evli olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde %44,2'sinin üniversite ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %31,7'si ev hanımı ve %72,5'i gelirinin gidere eşit olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.1.1. Katılımcıların bazı sosyo-demografik bulguları (n=240)

Değişkenler		Sayı	%
Yaş	18-39 yaş	121	50,4
	40 yaş ve üzeri	119	49,6
	$40,94 \pm 13,61$ (min:18; maks:74)		
Cinsiyet	Kadın	171	71,3
	Erkek	69	28,8
Medeni durum	Evli	168	70

Tablo 4.1.1. (Devam) Katılımcıların sosyo-demografik bulguları (n=240)

	Bekar	72	30
Eğitim durumu	Hiç okula gitmemiş	1	4
	İlkokul-ortak-okul-lise	133	55,4
	Üniversite ve üzeri	106	44,2
Meslek	Ev hanımı	76	31,7
	İşçi-esnaf	48	20,0
	Memur	41	17,1
	Emekli	16	6,7
	Diğer (öğrenci, işsiz, atipik çalışma)	59	24,6
Gelir	Gelir giderden az	17	7,1
	Gelir gidere eşit	174	72,5
	Gelir giderden fazla	49	20,4

Katılımcıların boy ortalaması $167,47 \pm 9,35$ cm, kilo ortalamaları $82,63 \pm 18,04$ kg, beden kütle indeks (BKİ) ortalamaları $29,48 \pm 6,16$ olup %79,'inin BKİ değerinin fazla kilolu ve obez kategorisinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kadın katılımcıların bel/kalça oranına bakıldığında %59,6'sının, erkek katılımcılarında %17,4'ünün riskli grupta yer aldığı görülmüştür.

Katılımcılar görüşme esnasında dinlenmiş halde iken kan basınçları ölçüldü ve sistolik kan basıncı ortalaması $120,16 \pm 12,33$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması $75,16 \pm 9,85$ mmHg olup %29,2'sinde hipertansiyon riski olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte %96,7'si daha önce tansiyonunu ölçtüğünü belirtmektedir.

Katılımcıların kan kolesterol değerlerine bakıldığında LDL kolesterol ortalaması $131,70 \pm 34,60$ mg/dl olup %52,5'i LDL kolesterol sınır değeri 130mg/dl'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. HDL kolesterol ortalaması 47,02 olarak bulunmuştur ve katılımcıların %92,5'inin HDL kolesterol değerinin referans değerin üstünde olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların kan kolesterol değer ortalaması

200,27±46,64 mg/dl olarak bulunmuş ve katılımcıların %48,3'ünün kolesterol değerinin yüksek aralıkta olduğu belirlenmiştir.

Bu veriler kapsamında çalışmaya katılan katılımcılar SCORE hesaplama formülüne göre kalp hastalık riskleri hesaplanmıştır buna göre %16,3'ünde çok yüksek risk, %23,3'ü de yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların ölçümler ile ilgili tanımlayıcı bulguları Tablo 2'de sunulmuştur.

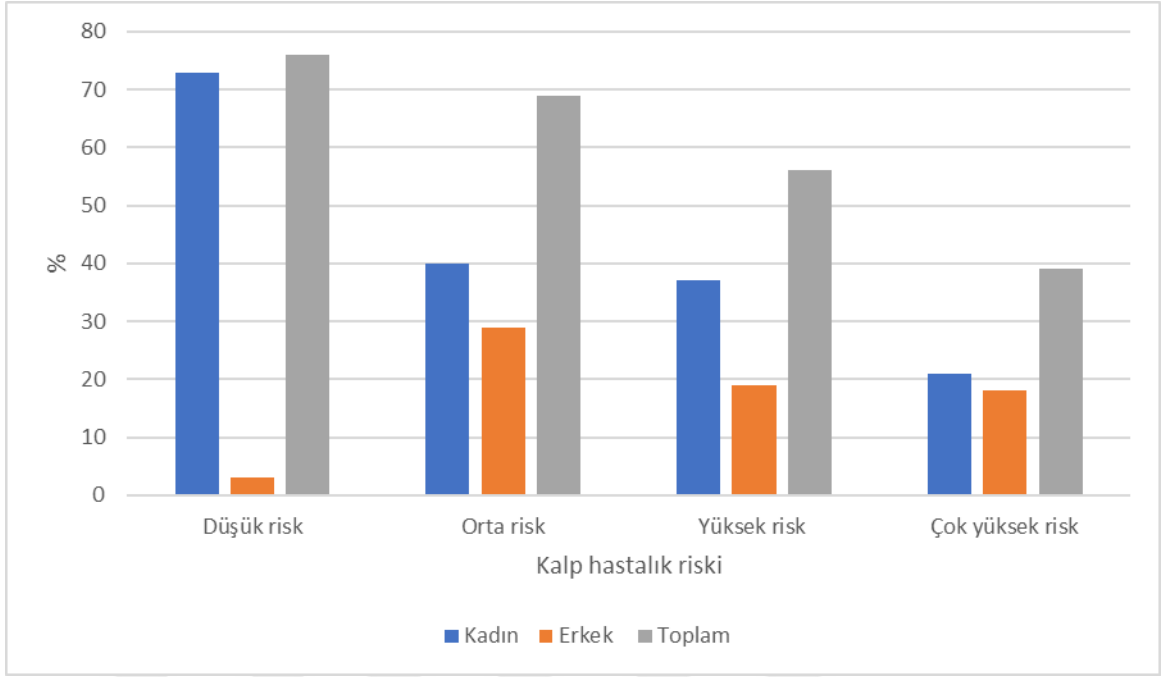
Tablo 4.1.2. Katılımcıların antropometrik ölçüm ve kan değerleri ile ilgili bulgular

Değişkenler	Sayı	% Ort±SS
Boy	167,47 ± 9,35cm	
Kilo	82,63± 18,04kg	
Bel çevresi	92,65±15,41cm	
Kalça çevresi	109,60±11,79cm	
LDL kolesterol	131,70±34,60 mg/dl	
HDL kolesterol	47,02±10,49 mg/dl	
Toplam kolesterol	200,27±46,64 mg/dl	
Sistolik kan basıncı	120,16±12,33 mmHg	
Diastolik kan basıncı	75,16±9,85mmHg	
BKİ	29,48±6,16	
18.5>	4	1,7
18.5-24.9	45	18,8
25-29,9	103	42,9
30-34,9	43	17,9
35-39,9	31	12,9
40<	14	5,8
Bel çevresi		
Kadın 80cm ve üzeri	120	70,1
Erkek 94 cm ve üzeri	40	57,9

Tablo 4.1.2.(Devam) Katılımcıların antropometrik ölçüm ve kan değerleri ile ilgili bulgular

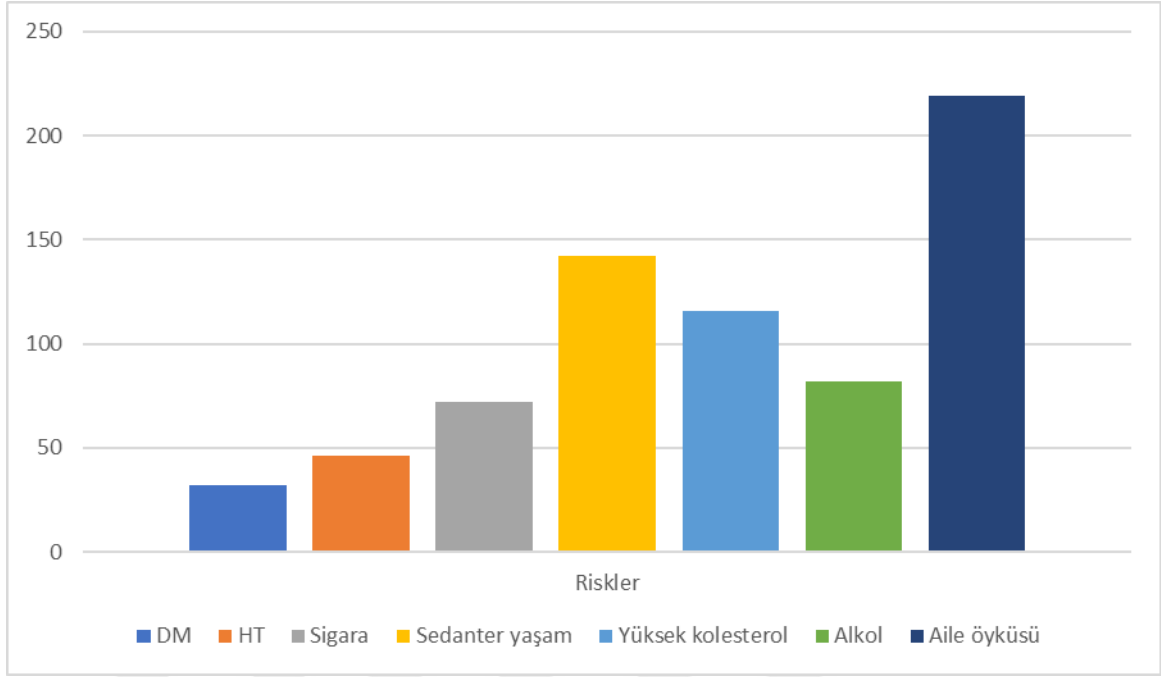
Bel kalça oranı riski		
Kadın cinsiyeti (n=171)		
Risk var (0,8>)	102	59,6
Risk yok	69	40,4
Erkek cinsiyeti (n=69)		
Risk var (1>)	12	17,4
Risk yok	57	82,6
LDL kolesterol		
135>	114	47,5
135 ve üzeri	126	52,5
HDL		
35>	18	7,5
35 ve üzeri	222	92,5
Toplam Kolesterol		
200 mg/dl üzeri	116	48,3
200>	124	51,7
Kan basıncı		
130 mmHg ve üzeri	70	29,2
Kalp hastalık riski		
%10<	39	16,3
%5-9	56	23,3
%1-4	69	28,8
%1>	76	31,7

Çalışmaya katılan katılımcılar SCORE hesaplama formülüne göre kalp hastalık riskleri hesaplandığında kadınların %21'inin ve erkeklerin %18'inin çok yüksek risk grubunda olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.1.1).



Şekil 4.1.1. Kalp hastalık risk skoru

Katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri ayrı ayrı incelendiğinde neredeyse tamamının (%91,2) aile öyküsünde kardiyovasküler hastalığa sahip olma, ikinci en çok görülen risk ise sedanter bir yaşam (%59,1) sürme ve üçüncü en çok görülen risk (%48,3) yüksek kolesterol düzeyine sahip olma olarak tespit edilmiştir (Şekil 4.1.2).



Şekil 4.1.2. Kardiyovasküler Risk Faktörleri

Katılımcıların, sigara ve alkol alışkanlıkları değerlendirildiğinde %30'unun sigara kullandığına, %34,2'sinin alkol tükettiği belirlenmiştir.

Katılımcıların %35,4'ünde kronik hastalık mevcuttur ve ailelerinin de %46,3'ünde diyabet, %45'inde kardiyovasküler hastalık olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların %30,4'ü devamlı bir şekilde ilaç kullandığını ve %53,3'ü sağlığını orta iyi olarak değerlendirdiğini bildirmektedir (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3. Katılımcıların sigara, alkol alışkanlıkları ve kronik hastalık öyküleri

Değişkenler		Sayı	%
Sigara	Kullanan	72	30,0
	Kullanmayan	157	65,4
	Bırakan	11	4,6
Alkol	Tüketen	82	34,2
	Tüketmeyen	158	65,8
Kronik hastalıklar	Olan	85	35,4
	Olmayan	155	64,6

Tablo 4.1.3. (Devam) Katılımcıların sigara, alkol alışkanlıkları ve kronik hastalık öyküleri

Ailede diyabet öyküsü	Evet	111	46,3
	Hayır	129	53,8
Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü	Evet	108	45
	Hayır	132	55
Devamlı ilaç kullanımı	Evet	73	30,4
	Hayır	167	69,6
Sağlığını değerlendirme	Kötü	13	5,4
	Orta	128	53,3
	İyi	95	39,6
	Çok iyi	4	1,7

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları incelendiğinde %59,2'sinin fiziksel aktivite yapmadığı ve %24,2'sinin de haftada 1-2 kez yaptığı belirlenmiştir. Kilosundan memnun olmayan katılımcıların oranı %61,3 olarak bulunmuş ve %48,3'ü sağlıklı beslenmediğini düşünmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların daha önce diyet yapma durumları sorgulandığında %38,8'inin daha önce hiç diyet yapmadığı ve %39,6'sının ara sıra yaptığı öğrenilmiştir. Diyet yapanların %39,6'sının profesyonel yardım alarak diyet yaptığı bilgisine ulaşılmıştır. Bununla birlikte katılımcıların %61,2'sinin kilosundan memnun olmadıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların stresinin beslenmeleri üzerine etkisi sorulduğunda %73,3'ü stres anlarında beslenme düzenlerinin etkilendiğini bildirmişlerdir.

Katılımcıların %55,8'inin yemeklerini normal tuzlu tükettiğine, %5,8'inin tuzlu tükettiğine ve %8,8'nin yemeğin tadına bakmadan yemeğe tuz eklediği bilgisine ulaşılmıştır. Katılımcıların %37,5'inin günde 2000 ml su tükettiğine ulaşılmıştır (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.4. Katılımcıların bazı yaşam tarzı alışkanlıklarına ilişkin bulgular (n=240)

Değişkenler	Sayı	%
Fiziksel egzersiz		
Yapmıyorum	142	59,2
Haftada 1-2 kez	58	24,2
Haftada 3-4 kez	35	14,6
Haftada 5'ten fazla	5	2,1
Diyet yapma durumu		
Hiç yapmadım	93	38,8
Ara sıra	95	39,6
Çoğunlukla	29	12,1
Şu an yapıyorum	23	9,6
Diyet yapma şekli		
Hiç yapmadım	93	38,8
Profesyonel yardım alarak yaptım	95	39,6
Sosyal medya veya internetten yardım alarak uyguladım	29	12,1
Hiç yardım almadan yapıyorum	23	9,6
Kilo memnuniyeti		
Evet	31	12,9
Hayır	147	61,3
Kısmen	62	25,8
Sağlıklı beslendiğini düşünme		
Evet	124	51,7
Hayır	116	48,3
Tuz tüketimi		
Tuzsuz	11	4,6
Az tuzlu	81	33,8
Normal tuzlu	134	55,8
Tuzlu	14	5,8
Yemeğin tadına bakmadan tuz atma		
Evet	21	8,8
Hayır	219	91,3

Tablo 4.1.4. (Devam) Katılımcıların bazı yaşam tarzı alışkanlıklarına ilişkin bulgular (n=240)

Günlük su tüketimi		
2 litrenin altı	71	29,6
2 litre ve üzeri	169	70,4

Öğün düzenleri sorgulandığında %50'sinin 2 öğün beslendiği ve %46,7'sinin en az bir ana öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün %49,6 ile öğle yemeği olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %95'i ara öğün tükettiğini ifade etmiştir.

Haftada 3 porsiyondan fazla kırmızı et tükettiğini beyan edenlerin oranı %46,3, haftada sebze-meyve porsiyonunun beşten az olduğu olanların %80,8 olduğu ve %69,2'sinin yemeklerinde sıvıyağ kullandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan katılımcıların %44,6'sı karbonhidrat ağırlıklı, %30'u sebze ağırlıklı, %21,3'ü et ağırlıklı beslenmektedir. Ekmek tüketimi olarak %52,5'i beyaz ekmek tüketmektedir (Tablo 4.1.5)

Tablo 4.1.5. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına ilişkin bazı bulgular (n=240)

Değişkenler	Sayı	%
Ana öğün sayısı		
1	6	2,5
2	120	50
3	114	47,5
Ana öğün atlama		
Evet	112	46,7
Hayır	53	22,1
Bazen	75	31,3
Atlanan öğün		
Yok	53	22,1
Sabah	64	26,7
Öğle	119	49,6
Akşam	4	1,7

Tablo 4.1.5. (Devam) Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına ilişkin bazı bulgular (n=240)

Ara öğün yapma		
Evet	228	95
Hayır	12	5
Ekmek çeşidi		
Beyaz	126	52,5
Kepekli	13	5,4
Tam buğday	75	31,3
Tüketmiyorum	26	10,8
Beslenme tarzı		
Sebze ağırlıklı	72	30
Et ağırlıklı	51	21,3
Karbonhidrat ağırlıklı	107	44,6
Diğer	10	4,2
Haftada 3 porsiyondan fazla kırmızı et tüketimi		
Evet	111	46,3
Hayır	129	53,8
Günlük tüketilen meyve-sebze porsiyonu		
Tüketmiyorum	14	5,8
5'ten az	194	80,8
5'ten fazla	32	13,3
Yemeklerde en sık kullanılan yağ çeşidi		
Tereyağı	8	3,3
Zeytinyağı	65	27,1
Sıvıyağ	166	69,2
Diğer	1	4

4.2. Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

Katılımcıların KARRİF-BD toplam puanlarının ortalaması $22,90 \pm 3,46$, KARRİF-BD alt boyutları ise; kardiyovasküler hastalık özellikleri puanlarının ortalaması $2,51 \pm 0,80$, kardiyovasküler hastalığın risk faktörleri puanlarının ortalaması $13,30 \pm 1,84$, kardiyovasküler hastalıklardan korunma puanlarının ortalaması $7,09 \pm 1,49$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.1. KARRİF-BD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutları	Ort $\pm$SS	Min-maks-Medyan
KVH'ın Özellikleri*	$2,51 \pm 0,80$	0-4 (3)
KVH'ın Risk Faktörleri**	$13,30 \pm 1,84$	6-15 (14)
KVH'dan Korunma***	$7,09 \pm 1,49$	2-9 (7)
KARRİF-BD Ölçeği Toplam	$22,90 \pm 3,46$	10-28 (23)

Çalışmaya katılan bireylerin kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyleri KARRİF-BD ölçeğine göre incelenmiştir. Tablo 4.2.2. incelendiğinde katılımcıların %99,6'sının sigara içmenin kalp hastalık riskini arttırdığını ve %98,3'ünün kilolu insanların kalp hastalığı riskinin fazla olduğu ifadelerini doğru bildiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların sadece %14,6'sının kalp hastası olduğunu anladığını bildiği belirlenmiştir.

Katılımcıların %44,6'sı KVH'ın önlenemeyeceğini düşündüğü tespit edilirken katılımcıların %7,9'unun diyabet kontrolü sağlanarak ve %8,8'inin de kan basıncı kontrolü sağlanarak KVH oluşma riskinin azaltılabileceğini bilmediği saptanmıştır (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. Çalışmaya katılan katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri (n=240)

BİLGİ SORULARI	Olması gereken yanıt	Doğru		Yanlış	
		Sayı	%	Sayı	%
1- Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.	D	35	14,6	205	85,4
2- Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi arttırır.	D	233	97,1	7	2,9
3- Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.	D	202	84,2	38	15,8
4- Koroner kalp hastalığı önlenabilir.	D	133	55,4	107	44,6
5- Ülkemizde ölüm ve hastalıkların önlenabilir en önemli nedeni sigaradır.	D	216	90	24	10
6- Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.	D	239	99,6	1	4
7- Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.	D	216	90	24	10
8- Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.	D	234	97,5	6	2,5
9- Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.	D	135	56,3	105	43,8
10- Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.	D	224	93,3	16	6,7
11- Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini arttırmaz.	Y	29	12,1	211	87,9
12- Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.	Y	37	15,4	203	84,6
13- Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalp için faydalıdır.	D	225	93,8	15	6,3
14- Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.	D	236	98,3	4	1,7
15- Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.	D	237	98,8	3	1,3
16- Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.	Y	39	16,3	201	83,8
17- Yavaş yürümek ve gezmede egzersiz sayılır.	Y	125	52,1	115	47,9
18- Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini arttırır.	D	239	99,6	1	4
19- İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.	D	233	97,1	7	2,9
20- Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.	D	234	97,5	6	2,5
21-Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.	D	219	91,3	21	8,8
22- Tansiyon hastasının ilacını ömür boyu kullanması gerekir.	D	113	47,1	127	52,9
23- Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.	D	232	96,7	8	3,3
24- İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.	Y	106	44,2	134	55,8

Tablo 4.2.2. (Devam) Çalışmaya katılan katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri (n=240)

25- Kötü kolesterole (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.	D	223	92,9	17	7,1
26- Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.	Y	98	40,8	142	59,2
27- Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.	D	213	88,8	27	11,3
28- Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.	D	221	92,1	19	7,9

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçek puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Lisans-lisansüstü eğitime sahip katılımcıların KARRİF-BD puanı lisans eğitiminden daha az eğitime sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma grubumuzdaki emeklilerin diğer çalışanlara göre, gelir durumu geliri giderden fazla olanların olmayanlara göre KARRİF-BD puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumları ve yaşları ile KARRİF-BD ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. Sosyo-demografik özellikler ile KARRİF-BD ölçeği puan karşılaştırmaları (N=240)

Özellikler	Ort. $\pm$ SS	Med. (Min.-Maks.)	p
Yaş			
18-39 yaş	22,35 $\pm$ 3,68	23 (11-28)	,193
40 yaş ve üzeri	22,91 $\pm$ 3,40	24 (10-28)	
Cinsiyet			
Kadın	23,08 $\pm$ 3,05	24(10-28)	,004
Erkek	21,39 $\pm$ 4,35	22/11-28)	
Medeni durum			
Evli	22,86 $\pm$ 3,26	24 (10-28)	0,075
Bekar	21,97 $\pm$ 4,11	22,5(12-27)	

Tablo 4.2.3. (Devam) Sosyo-demografik özellikler ile KARRİF-BD ölçeği puan karşılaştırmaları (n=240)

Eğitim			
İlkokul-ortaokul	22,33±8,86	23(12-27)	0,043
Lise-ön lisans	22,09±4,05	24(10-28)	
Lisans - lisansüstü	23,35±3,31	24(15-28)	
Meslek			
Ev hanımı	23,28±2,48	23,5(15-28)	0,001
İşçi-esnaf	20,81±4,30	22(10-26)	
Memur	22,58±4,18	24(14-28)	
Emekli	24,00±2,03	25(20-27)	
Diğer (öğrenci, işsiz, atipik çalışma)	22,77±3,47	24(15-28)	
Gelir			
Gelir giderden az	20,09±4,49	22 (12-27)	0,009
Gelir gidere eşit	22,70±3,15	23(10-27)	
Gelir giderden fazla	22,75±4,22	24(11-28)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum

Tablo 4.2.4. deki veriler incelendiğinde katılımcıların yaş ile KARRİF-BD arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,135$; $p=0,036$). KARRİF ve diğer ölçüm verileri arasında korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.4. Katılımcıların metabolik değerler ve yaş ile KARRİF-BD arasındaki ilişki (n=240)

Değişkenler	KARRİF-BD	
	r	p
Yaş	0,135	0,036
BKİ	0,051	0,434
Sistolik kan basıncı	-0,036	0,579
Total kolesterol	-0,042	0,520
HDL	0,023	0,722
LDL	-0,052	0,419
BKO	0,025	0,697
Risk puanı	0,080	0,218

Araştırma grubumuzda düzenli egzersiz yapan bireylerin KARRİF-BD ölçeğinden aldığı puan ortalamalarının egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmamızda ailesinde kardiyovasküler hastalığa sahip birey olan katılımcıların ailesinde kardiyovasküler hastalığa sahip olmayanlara göre KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.5.).

Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları ve kronik hastalığa sahip olma ile KARRİF-BD ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.2.5.).

Tablo 4.2.5. Katılımcıların alkol, sigara alışkanlıkları, kronik hastalık durumları ile KARRİF-BD puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ort. $\pm$ SS	Med. (Min.-Maks.)	p
Sigara			
Kullanan	22,43 $\pm$ 3,76	23 (12-28)	0.680
Kullanmayan	22,63 $\pm$ 3,45	23(10-28)	
Alkol			
Evet	22,18 $\pm$ 4,38	23(11-28)	0.218
Hayır	22,77 $\pm$ 3,01	23(16-27)	

Tablo 4.2.5. (Devam) Katılımcıların alkol, sigara alışkanlıkları, kronik hastalık durumları ile KARRİF-BD puanlarının karşılaştırılması

Kronik hastalıklar			
Evet	22,31 ±3,86	24(14-28)	0,096
Hayır	23,04 ±2,83	23(10-28)	
Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü			
Evet	23,04 ±2,83	24,5(12-28)	0,000
Hayır	22,31 ±3,86	22(10-27)	
Fiziksel egzersiz			
Yapmayan	21,89±3,48	22(10-28)	0,004
Düzenli yapan	23,04±3,52	24(15-28)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum

Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile KARRİF ölçeği ortalama/ortanca puanları Tablo 4.2.6.'te karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların günlük tuz tüketimi alışkanlıkları ile KARRİF ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre yemeklerde tuz miktarı normal olarak bildirenlerin tuzlu tercih edenlere göre KARRİF ölçeği puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların günlük ana öğün sayısı ile KARRİF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında günde 3 ana öğün ile beslenen bireylerin bilgi puan ortalamaları günde bir öğün beslenenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Çalışmaya göre günlük sebze tüketimi yeterli seviyede olan katılımcıların KARRİF-BD ölçeğinden aldığı puan ortalaması, günlük sebze tüketimi yeterli olmayan katılımcıların aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Yine ara öğün beslenme alışkanlığı olanların bilgi puan ortalamaları ara öğün yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Günlük tüketilen su miktarı ile KARRİF ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre günlük su tüketimi 2000 ml ve üzeri

olanlar ile günlük su tüketimi 2000 ml altında tüketenler arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Günlük su tüketimi 2000 ml altında olan bireylerin ölçek puanları günlük su tüketimi 2 litre ve üzerinde tüketenlerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Haftada üç porsiyondan fazla kırmızı et tüketimi olan yetişkinlerin KARRİF-BD puan ortalamaları haftada 3 porsiyondan az kırmızı et tüketenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Katılımcıların günlük tüketilen meyve-sebze porsiyonu ile KARRİF ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Günlük tüketilen meyve-sebze porsiyonu 5'ten fazla olanların daha az tüketenlere göre bilgi puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 4.2.6.).

Tablo 4.2.6. Katılımcıların bazı yaşam tarzı alışkanlıklarına ilişkin bulgular (n=240)

Değişkenler	Ort±SS	Med. (Min.-Maks.)	<i>p</i>
Tuz tüketimi			
Tuzsuz- az tuzlu	21,93±3,90	22 (17-28)	0,000
Normal tuzlu	23,30±2,97	24 (12-26)	
Tuzlu	19,78±4,11	20 (10-26)	
Ana öğün sayısı			
1	19,16±3,92	20,5(12-22)	0,030
2	22,40±3,53	23 (11-28)	
3	22,92±3,46	24(10-28)	
Ara öğün yapma			
Evet	22,68±3,46	24(11-28)	0,037
Hayır	20,50±4,50	21(10-27)	
Su miktarı			
2000 ve üzeri	23,32±2,50	24(18-28)	0,012
2000ml altı	22,26±3,86	23(10-28)	

Tablo 4.2.6. (Devam) Katılımcıların bazı yaşam tarzı alışkanlıklarına ilişkin bulgular (n=240)

Haftada 3 porsiyondan fazla kırmızı et tüketimi			
Evet	21,54±4,06	22(16-28)	0,000
Hayır	23,41±2,14	24(15-28)	
Günlük tüketilen meyve-sebze porsiyonu			
Tüketmiyorum	19,50±4,55	20,5(10-27)	0,003
5'ten az	22,70±3,46	24(11-28)	
5'ten fazla	23,15±2,94	23,5(17-28)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum

4.3. Katılımcıların Yeme Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların yeme tutumları ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1. incelendiğinde, araştırma kapsamındaki bireylerin Yeme Tutum Testi toplamında ortalama 9,53±8,49 puan, minimum 0, maksimum 43 puan aldıkları saptanmıştır.

kesim noktası olan 20 puan ve üstü puan alanlar 29 (% 12,1) kişi idi. Buna göre; katılımcıların %12,1'inin yeme tutumu riski olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1.).

Tablo 4.3.1. Yeme tutum testi puan ortalaması

Ölçek	Ort ±SS	Min-maks
Yeme Tutum Testi toplam puan ortalaması	9,53±8.49	0-43
Yeme tutumundaki risk düzeyi	Sayı	%
Yeme tutumu riski olmayan (20 puan altı)	211	87,9
Yeme tutumu riski olan (20 puan ve üstü)	29	12,1

Katılımcıların bazı tanıtıcı özellikleri ile yeme tutum testinden aldıkları ortalama/ortanca puanları Tablo 4.3.2'de karşılaştırılmıştır.

Araştırma grubumuzdaki yetişkinlerin cinsiyetleri ile YTT-26 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın katılımcıların YTT-26 puan ortalaması $11,02 \pm 8,54$ iken erkeklerin puan ortalaması $5,17 \pm 6,11$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların meslekleri ile YTT-26 puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışma durumlarına göre YTT-26 puan ortalaması en yüksek olan grup diğer grup (öğrenci, işsiz, atipik çalışma) kategorisinde yer alanların ($11,35 \pm 9,42$) olduğu belirlenirken en düşük puanı emekli grubunda ($5,50 \pm 4,42$) olanların aldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumları ile YTT-26 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2. Sosyo-demografik özellikler ile yeme tutum ölçeği puan karşılaştırmaları (n=240)

Özellikler	Ort. $\pm$ SS	Med. (Min.-Maks.)	p
Yaş			
40 yaş altı	10,02 $\pm$ 8,54	10 (0-34)	,367
40 yaş ve üzeri	9,03 $\pm$ 8,44	7 (0-43)	
Cinsiyet			
Kadın	11,29 $\pm$ 8,69	10 (0-43)	0,000
Erkek	5,17 $\pm$ 6,11	3 (0-35)	
Medeni durum			
Evli	9,33 $\pm$ 8,35	8 (0-43)	0,578
Bekar	10,00 $\pm$ 8,85	8 (0-34)	
Eğitim			
İlkokul-ortaokul	8,46 $\pm$ 7,91	6(0-36)	0,467
Lise-ön lisans	10,08 $\pm$ 8,76	9(0-43)	
Lisans - lisansüstü	9,78 $\pm$ 8,66	8 (0-32)	

Tablo 4.3.2. (Devam) Sosyo-demografik özellikler ile yeme tutum ölçeği puan karşılaştırmaları (n=240)

Meslek			
Ev hanımı	10,77±8,75	9.5(0-36)	0,016
İşçi-esnaf	7,12±5,94	5.5(0-22)	
Memur	9,00±9,38	5 (0-43)	
Emekli	5,50±4,42	5(0-17)	
Diğer (öğrenci, işsiz, atipik çalışma)	11,35±9,42	10(0-35)	
Gelir			
Gelir giderden az	8,94±7,1	7 (0-26)	0,925
Gelir gidere eşit	9,50±8,57	7 (0-43)	
Gelir giderden fazla	9,85±8,77	9 (0-32)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum

Katılımcıların BKİ ile YTT-26 puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Beden kütle indeksi 24,9-29,9 arasında olan katılımcıların puan ortalaması $8,20\pm7,56$ olarak bulunmuştur. Buna göre BKİ 18,5'in altında olan ($13,75\pm2,17$) bireylerin YTT-26 puan ortalaması 24,9-29,9 arasında olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Araştırma grubumuzdaki bireylerin YTT-26 puan ortalamaları ile LDL kolesterol ve toplam kolesterol düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). LDL kolesterol düzeyi 135 ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması $7,46\pm7,22$ iken 135 ve altında olan katılımcıların puan ortalaması $11,82\pm9,20$ bulunarak anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Total kolesterol düzeyi 200 mg/dl üzeri olan katılımcıların YTT-26 puan ortalamaları $11,04\pm9,30$ bulunmuştur. Total kolesterol değeri 200 mg/dl'in altında olan katılımcıların ise puan ortalamaları $8,09\pm7,13$ olarak bulunmuştur ve 200 mg/dl'in üzerinde olan katılımcıların altında olanlara göre puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan katılımcıların hipertansiyon hastası olmayanların, hipertansiyon hastası olanlara göre YTT-26 puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların kalp hastalık riski ile YTT-26 puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kalp hastalık riski %10'un üzerinde çok yüksek riskte olan katılımcıların puan ortalaması $5,64\pm4,72$ olarak bulunmuştur. Kalp hastalık riski %1'in altında olan katılımcıların puan ortalaması ise $12,89\pm9,38$ olarak bulunarak risk düzeyi %10'un üzerinde olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Araştırmaya katılan yetişkin bireylerden sigara ve alkol kullanmayanların, sigara ve alkol kullananlara göre YTT-26 puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmadaki katılımcılar arasında düzenli veya ara sıra egzersiz yapanların puan ortalaması $12,33\pm9,42$ olarak belirlenmiştir. Hiç egzersiz yapmayan katılımcıların ise YTT-26 puan ortalaması $7,72\pm7,12$ olarak bulunmuştur. Egzersiz yapanların yapmayanlara göre YTT-26 puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların HDL kolesterol düzeyleri ile YTT-26 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.3. Katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri ile yeme tutum testi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Ort. $\pm$ SS	Med. (Min.-Maks.)	p
BKİ			
18.5 ve altı	$13,75\pm2,17$	1,5 (10-36)	0,028
18.5-24.9	$9,20\pm8,76$	7 (0-43)	
24.9 -29.9	$8,20\pm7,56$	6 (0-33)	
30 ve üzeri	$11,28\pm9,13$	10 (0-36)	
LDL kolesterol			
135>	$11,82\pm9,20$	11 (0-43)	0,000
135 ve üzeri	$7,46\pm7,22$	5 (033)	

Tablo 4.3.3. (Devam) Katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri ile yeme tutum testi puan ortalamalarının karşılaştırılması

HDL			
35>	9,54±8,41	8 (0-43)	0,515
35 ve üzeri	10,55±8,99	6 (1-34)	
Toplam kolesterol			
200 mg/dl üzeri	11,04±9,30	10 (0-43)	0,007
200>	8,09±7,13	6 (0-33)	
Hipertansiyon			
Evet	7,52±7,16	5 (0-35)	0,011
Hayır	10,50±7,16	9.5 (0-43)	
Kalp hastalık riski			
%10>	5,64±4,72	4 (0-18)	0,000
%5-9	8,02±7,03	5 (0-35)	
%1-4	9,55±7,79	8 (0-36)	
%1>	12,89±9,38	11 (0-43)	
Sigara kullanımı			
Evet	7,44±7,77	4 (0-34)	0,002
Hayır	10,54±8,56	9 (0-43)	
Alkol kullanımı			
Evet	8,24±8,17	5 (0-34)	0,021
Hayır	10,32±8,51	8.5 (0-43)	
Egzersiz yapma			
Hiç yapmıyor	7,72±7,12	6 (0-36)	0,000
Düzenli –ara sıra	12,33±9,42	11 (1-43)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum

Araştırma grubumuzun KARRİF-BD ve YTT-26 ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Yeme tutum ölçeği LDL kolesterol düzeyi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($r=-0,261$, $p<0,001$). Bununla birlikte katılımcıların boyları ile yeme tutum testi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,204$, $p<0,001$).

Katılımcıların bel kalça oranı ile yeme tutum testi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,336$, $p<0,05$).

Araştırma grubumuzun kalp hastalığı risk puanları ile yeme tutum testi arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0,258$, $p<0,001$), (Tablo 4.3.3.).

Tablo 4.3.4. Katılımcıların yeme tutum testi ile KARRİF-BD ölçeği, metabolik değerler, antropometrik ölçümler arasındaki ilişki (n=240)

Değişkenler	Yeme t -26	
	r	p
BKİ	0,103	0,110
Sistolik kan basıncı	-0,117	0,071
Total kolestreol	-0,199	0,002
HDL	0,089	0,169
LDL	-0,261	0,000
BKO	0,336	0,005
Risk puanı	-0,258	0,000
Boy	-0,204	0,001
KARRİF-BD	-0,003	0,965

Katılımcıların sağlık algısı ile ilgili sorulan sorulara verdikleri cevaplar ile YTT-26'dan aldıkları ortalama/ortanca puanları Tablo 4.3.5'te karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların kilo memnuniyeti sorusuna evet veya kısmen cevap veren katılımcıların YTT-26 puan ortalamalarına göre hayır cevabını veren katılımcıların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmadaki katılımcıların sağlıklı beslendiğini düşünenlerin, sağlıksız beslendiğini düşünenlere göre YTT-26 puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların tuz tüketimi ile YTT-26 puan ortalamaları karşılaştırıldığında yemeklerini tuzsuz tüketenlerin, normal ve tuzlu tüketenlere göre YTT-26 puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan yetişkinlerde diyet yapma durumu sorgulandığında hiç diyet yapmayanların YTT-26 puan ortalaması $5,70\pm5,61$ olarak bulunmuştur. Ara-sıra veya sürekli diyet yapan kişilerin puan ortalaması $12,08\pm8,51$ bulunarak, yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmadaki katılımcıların ara öğünleri sorgulandığında ara öğün yapmayanların ara öğün yapanlara göre anlamlı olarak YTT-26 test ortalama puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcılar arasında haftada 3 porsiyondan az kırmızı et tüketenlerin, 3'ten fazla tüketenlere göre YTT-26 puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmada günlük tüketilen sebze-meyve porsiyonunun 5'ten fazla tüketenlerin, 5'ten az ve tüketmeyenlere göre anlamlı olarak YTT-26 puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 4.3.5.)

Tablo 4.3.5. Katılımcıların bazı alışkanlıkları ile yeme tutum testi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Ort. $\pm$ SS	Med. (Min.-Maks.)	p
Kilo memnuniyeti			
Evet	9,48 $\pm$ 9,42	7 (0-43)	0,000
Hayır	11,19 $\pm$ 8,93	10(0-36)	
Kısmen	5,95 $\pm$ 5,34	4 (0-22)	
Sağlıklı beslendiğini düşünme			
Evet	11,25 $\pm$ 9,23	10 (0-43)	0,004
Hayır	7,87 $\pm$ 7,32	6 (0-35)	
Tuz tüketimi			
Tuzsuz	12,50 $\pm$ 9,44	11 (1-43)	,000
Normal	8,85 $\pm$ 8,65	6 (0-35)	
Tuzlu	7,75 $\pm$ 6,96	3 (0-25)	
Diyet yapma			
Hiç	5,70 $\pm$ 5,61	3 (0-35)	0,000
Ara sıra –sürekli dikkat ederim	12,08 $\pm$ 8,51	11(0-43)	
Ara öğün yapma			
Evet	9,25 $\pm$ 8,06	7.5 (0-36)	0,000
Hayır	16,58 $\pm$ 12,30	15 (3-43)	

Tablo 4.3.5. (Devam) Katılımcıların bazı alışkanlıkları ile yeme tutum testi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Haftada 3 porsiyondan fazla kırmızı et tüketimi			
Evet	7,81±7,08	10 (0-43)	0,000
Hayır	11,17±8,45	5 (0-35)	
Günlük tüketilen meyve-sebze porsiyonu			
Tüketmiyorum	8,64±6,05	8 (0-22)	0,000
5'ten az	8,51±7,82	6 (0-43)	
5'ten fazla	16,71±9,63	17,5 (1-36)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum

5. TARTIŞMA

Çalışmanın önemli bulgularından biri gelecek 10 yılda KVVH ölüm riskinin SCORE ile hesaplandığı bu çalışmada yaklaşık her altı kişiden birinin çok yüksek (%16,3), her dört kişiden birinin ise yüksek risk grubunda olduğunun belirlenmesidir. SCORE KVVH risk değerlendirme sistemi Avrupa popülasyonlarında yüksek ve düşük riskli olan bireyleri tahmin etmek için geliştirilmiştir. SCORE sistemine göre cinsiyet, sigara tüketimi, yaş, sistolik kan basıncı (SKB) ve total kolesterol gibi risk faktörlerine göre 10 yıllık KVVH riski hesabı yapılmaktadır. SCORE risk sistemine göre yaş, sigara, KB, ve hiperlipidemi önemli parametrelerdir (78). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Acar ve Karsavuran çalışmalarında katılımcıların %24,5'i yüksek riskli ve %10,3'ü çok yüksek riskli olarak saptanmıştır (79). Balcı ve arkadaşları ise tüm katılımcıların KVVH riskinin %7,5'inin yüksek riske sahip olduğunu belirtmiştir (76). Suudi Arabistan'da akademisyenlerde yapılan çalışmada yüksek risk oranı %10 olarak bulunurken (80), Parikh ve arkadaşları ofis çalışanlarının %11,7'sini orta, %10,6'sını yüksek riske sahip olduğunu bulmuştur (81). Bu çalışmada riskin biraz daha yüksek bulunması araştırma grubunun özelliklerinden (yaş, cinsiyet, meslek gibi) kaynaklandığı düşünülmüştür. Sonuçlar oldukça önemlidir. DSÖ'ye göre Dünya da en çok görülen yetişkin ölüm sebepleri arasında bulunan KVVH'lar mortalite ve morbiditeyi arttırmasıyla birlikte sağlık sistemi üzerinde de olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Aslında kişiler KVVH'lar açısından değerlendirilip teşhis edildiğinde, değiştirilebilir risk faktörlerinin iyileştirmesi ile büyük oranla önlenabilir. KVVH açısından riskli olan grubun belirlenmesi ve koruyucu uygulamaların uygulanmasıyla morbidite ve mortalitede azalma etkili olacaktır (1).

Katılımcıların KARRİF-BD ölçek puan ortalaması $22,90 \pm 3,46$ olarak tespit bulunması çalışmanın bir diğer önemli bulgusudur. Ölçekten en yüksek alınacak puanın 28 olduğu düşünüldüğünde katılımcıların bilgi düzeylerinin iyi olduğu söylenebilir. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması $20,23 \pm 3,49$ olduğu belirtilmiştir (82). 2015 yılında Yılmaz ve Boylu'nun yaptığı bir

çalışmada da ölçek puan ortalaması $19,0 \pm 2,9$ olduğu saptanmıştır (83). Balcı ve arkadaşlarının ofis çalışanlarında yaptığı bir diğer çalışmada da KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları $19,23 \pm 3,03$ olduğu saptanmıştır (76). Bu bulgular doğrultusunda bizim çalışma grubumuzun bilgi düzeylerinin daha yüksek bulunduğu söylenebilir. Bu olumlu bir bulgudur. Fakat katılımcıların SCORE puanına göre KVH risklerinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların KVH ile ilgili bilgilerinin davranışa, alışkanlıklara yeterli dönüşmediği düşünülmüştür. Literatürde de belirtildiği gibi bireylerin doğruyu biliyor olması davranışa yansımayabilmektedir (13). Oysaki birçok çalışma daha yüksek bilgi puan ortalamalarının korunma davranışı ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Çalışmada katılımcıların bilgi düzeyi ile risk puanı arasında bir korelasyon da saptanmamıştır. Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması için eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlere öncelik verilmesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızın bir diğer bağımlı değişkeni olan yeme tutum ölçeği (YTT-26) puan ortalaması ile SCORE KVH risk puanı arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Risk puanı artanların yeme tutumu açısından daha az riskli oldukları söylenebilir. SCORE risk puanı hesaplamasında beslenme ile ilgili parametreler (LDL, HDL, bel kalça oranı gibi) sorgulandığı için anlamlılığın olması beklenen bir bulgudur. Katılımcıların YTT-26 ölçeğinden $9,53 \pm 4,49$ puan aldıkları bulunmuştur. Ölçekten katılımcıların aldıkları minimum puan 0, maximum puan 43 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %12,1 (n=29)'i 20 puan olan cut-off değerinin üzerindedir. Ölçek değerlendirmesine göre cut-off değerinin üzerinde olanların yeme tutum riski olduğu belirtilmektedir. Kalp hastalık riski %10'un üzerine olup yüksek olan katılımcıların yeme tutumu puan ortalamaları $5,64 \pm 4,72$, riski düşük olup %1'in altında olan katılımcıların yeme tutumu puan ortalaması ise $12,89 \pm 9,38$ olarak bulunmuş ve riski yüksek olanların aldığı puanlar anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalık riskini düşürmede sağlıklı beslenme konusunun önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.

SCORE risk puanı hesaplamasında kullanılan parametrelerin bu çalışmaya katılanlarda sıklıkların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Sigara kullanımı %30, alkol kullanımı %34,2, bel kalça oranı riski olan kadın oranı %59,6, erkek oranı %17,4,

LDL 135 mg/dl üzeri %52,5, HDL 35> altında olan %82,5, total kolesterol 200 mg/dl üzeri %48,3 ve sistolik kan basıncı 130 MmHg üzerinde %29,2 olarak belirlenmiştir.

Çalışma grubumuzun yaş medyan değeri 40 olmasına rağmen KVV risk durumlarının yüksek olduğu söylenebilir. Literatüre göre koroner kalp hastalığının 45-54 yaş grubunda görülme oranının %6 oranında olduğunu, 55-64 yaş grubunda %17 olduğunu ve 65 yaş ve üstündeki kişilerde %28 oranında olduğu ortaya koyulmuştur (2). Fakat bu bulgu DSÖ'nün kronik hastalıkların etyolojisinde altın neden olarak vurguladığı sigara – alkol kullanımı, inaktivite, sağlıklı beslenme gibi durumlarının artış eğiliminde olması bulaşıcı olmayan hastalıkların artmasına neden olacağı ile ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların kan basıncı bulgusu literatür ile benzerdir. Kolcu ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada da yaşın artmasıyla birlikte kan basıncı düzeyinin arttığı saptanmıştır (84). Yıllar geçtikçe dünya çapında artan KB değerleri mortalite riskinin de artmasına neden olmaktadır. Düzenli tansiyon ölçümünün yapılması erken tanıyı sağlaması açısından gerekli olup kan basıncının kontrol altına alınması sağlanarak komplikasyonlarının önüne geçilmesi de sağlanabilecektir. Fakat bu başarının sağlanmasında en önemli anahtarın sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanım oranı %30 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 15 yaş ve üzeri kişilerin tütün ürünleri kullanma oranı 2022 yılında %28,3 olarak belirlenmiştir (85). Bizim çalışmamızda da elde edilen veriler ülke verileri ile benzerdir. Fakat Türkiye, sigara kullanımının yüksek olduğu ülkelerden birisidir. OECD'nin "Bir Bakışta Sağlık 2021" raporunda, 2019 yılında OECD ülkeleri genelinde 15 yaş ve üstünde olan kişilerin %16,5'inin her gün sigara içtiği saptanmıştır (86). Toplumumuzda sigara bırakmaya yönelik birçok önleme rağmen 15 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık üçte biri sigara kullanmaktadır. Farklı ülkelerdeki sigara kullanımı cinsiyet, yaş ve ırktan bağımsız olarak sigara ve kardiyovasküler hastalıklar arasında güçlü bir doğru orantı tespit edilmiştir (87). Bu verilere göre kronik hastalıklar (KVV, KOAH gibi) risk faktörü olarak ilk sırada yer alan sigara, ülkemiz için çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Çalışmamıza katılan katılımcıların alkol kullanım oranı %34,2 olarak bulunmuştur. TÜİK 2022 verilerine bakıldığında 15 yaş ve üzeri bireylerin alkol

kullanım oranı %12,1 olarak belirtilmiştir (85). Alkol, dünyadaki hastalık ve ölümlerdeki en önemli risk faktörlerinden biridir (88). Çalışmalarda alkol tüketiminin kardiyovasküler hastalıklarla karmaşık ve dolaylı yoldan ilişkileri olduğu gösterilmiştir (89).

Sedanter / hareketsiz yaşam tarzı, KVH'nın en önemli risk faktörlerinden biridir. KVH riskinin azaltılmasında fiziksel aktivitenin artırılması çok önemli bir etkidir. Fiziksel hareketlilik; kilo kontrolünü sağlama, KB ve kolesterol düzeyini azaltma ve diyabetin kontrol altında tutulmasını sağlamaya ek olarak psikososyal sağlık üzerine de olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (90). Fakat çalışmamızda katılımcıların yaklaşık %60'ının hiç fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir. Yapılan birçok çalışma da fiziksel aktivite oranlarının çok düşük olduğu söylenebilir (90). Bununla birlikte fiziksel egzersiz yapanların KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları yapmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Toplumun hem KVH riskini azaltmak hem sağlıklarını iyileştirmek amacıyla güncel olan rehberlerin tavsiyeleri doğrultusunda farklı fiziksel aktivitelere teşvik edilmelidir.

KVH değiştirilebilir risk faktörleri arasından biri yüksek kan kolesterol düzeyleridir. HDL iyi kolesterol ve LDL kötü kolesterol olarak adlandırılan iki tip kolesteroldür. İyi kolesterol değerinin yüksek olması kalp hastalığına karşı koruyucudur (91). Ancak bu çalışmada her iki değer koruyuculuk özelliğine sahip değerlerde olmadığı söylenebilir. Bununla birlikte çalışmada katılımcıların YTT-26 puanları ile total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. Yanlış beslenme alışkanlıkları ile artan kolesterol düzeyleri arasında bu bulgunun olması beklenen bir durumdur.

Araştırma grubumuzun %42,9'unun BKİ 25 ve üzerinde olduğu ve %37,6'sının 30 üzerinde yani obez olduğu belirlenmiştir. Obezite kişilerin, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, tip II diyabet, osteoartrit, obstrüktif akciğer hastalığı ve bazı kanser tiplerine yakalanma riskini arttıran, yaşam süresini önemli derecede azaltan bir sağlık sorunudur. 2022 TÜİK verilerine göre kadınların %23,6'sının obez ve %30,9'unun preobez, erkeklerin ise %16,8'inin obez ve %40,4'ünün preobez olduğu bildirilmektedir (85). Ülkemizde de obezite oranları hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Öyle ki Avrupa'nın en çok obezite görülen ülkesi Türkiye'dir (92). Bununla paralel katılımcıların bel kalça oranları da genellikle riskli grupta yer almaktadır. Şehit ve

arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların bel kalça oranları incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun riskli grupta olduğu belirtilmiştir (93). Sonuçlar literatür ile benzerdir. Obezitenin teşhisinde birden çok yöntem bir arada değerlendirilir ve özellikle bel çevresi ölçümü gibi direkt olarak yağ oranı hakkında bilgi veren ölçümler önemli bir yer almaktadır.

Çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların YTT-26 puanı ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Zayıf sınıflamasında olan kişilerin puan ortalamaları normal sınıflamada olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. 2017 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise yeme tutumu bozuldukça Beden Kütle İndeksinde artış olduğu saptanmıştır (94). BKİ ile yeme alışkanlıkları dolayısıyla beden memnuniyetsizliği arasında pozitif yönlü önemli bir korelasyon olduğu belirtilmektedir (5). Vücut ağırlığı ile BKİ arasındaki ilişkide sosyokültürel normların neden olduğu “zayıf” olma düşüncesinin baskın olmasının etkili olduğu düşünülmektedir (95).

Katılımcıların cinsiyetleri ile KARRİF-BD ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre daha yüksek puan ortalaması saptanmıştır ($p<0,05$). Andsoy ve arkadaşlarının (2015), Arslan ve Akça'nın (2020) yaptığı çalışmada da bizim bulgularımıza benzer olarak kadınların KARRİF-BD bilgi düzeyi ortalaması daha yüksek bulunmuştur (82, 96). Kadınların hem genel sağlık alanında hem de kendi sağlıklarıyla ilgili konularda daha ilgili /araştırmacı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Fakat kadın katılımcıların SCORE KVH riskinin yüksek olduğu belirlendiğinden kadınların farkındalıklarının sağlanmasına yönelik interaktif eğitim yöntemlerini kapsayan eğitimlerin düzenlenmesi ve danışmanlık verilmesi sağlanmalıdır.

Çalışmamızda eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan katılımcıların KARRİF-BD ölçek puan ortalamaları lise ve altı olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derece yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Eğitim seviyesi arttıkça KARRİF-BD ölçeği puan ortalamasının arttığı sonucuna varılmıştır. Tan ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği belirtilmiştir (97). Yapılan bir başka çalışmada da eğitim seviyesine göre KARRİF-BD puan ortalamaları incelendiğinde üniversite mezunu bireylerin lise ve altındaki eğitim seviyesinde olan kişilere göre ölçek bilgi düzeyi puanlarının anlamlı

derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (98). Bizim çalışmamız daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyleri KARRİF-BD ölçeği ile ilişkilendirildiğinde gelirleri giderlerinden fazla olanların aldığı puanlar anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tümer ve arkadaşlarının yetişkin kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada geliri giderine denk olan kadınların, geliri giderinden az olanlara göre KARRİF-BD ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (99). 2021 yılında 40 yaş ve üzeri bireylerde yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların KARRİF-BD ölçek puanları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (100). Bizim çalışmamız geliri yüksek olanların KARRİF-BD ölçeği puanlarının yüksek olduğu fikrini desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklara bakıldığında %35,4 oranıyla katılımcıların kronik hastalığı bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre 22 milyon kişide kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunan kişiler toplam nüfusun %31,9'unu oluşturmaktadır (101). DSÖ tarafından dünyadaki ölümlerin en önemli sebebi kronik hastalıklar sebebiyle olduğu belirtilmektedir (102). Katılımcıların ailesinde kardiyovasküler hastalık varlığı ile KARRİF-BD ortalama puanları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p>0,05$). Kırış ve arkadaşlarının yaptığı bir diğerk çalışmada ise katılımcıların ölçek puanları ile ailesinde kardiyovasküler hastalık bulunma durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p<0,05$) (5). Fakat, Gürdoğan ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise ailelerinde kardiyovasküler hastalık bulunan katılımcıların ölçek puanları ile bulunmayanlar arasında istatiksel açıdan farklılık tespit edilmiştir ($p>0,05$) (103). Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsünün mevcut olması diğerk aile fertleri için risk seviyesini arttırdığı için bilgi düzeyini arttırdığını söyleyebiliriz.

Yapılan çalışmalarda YTT-26 ölçeğine göre riskli grupta olanların genellikle genç yaştaki bireyler ve kadınlar olduğu görölmektedir (25,26). Örneğin İstanbul'da Vakıf üniversitesinde üniversite öğrencilerine yapılan başka bir çalışmada Yeme Tutum-40 testi uygulanmıştır ve katılımcıların %17,6'sında yeme davranışı bozukluğu gözlenmiştir ve kadınlarda erkeklere göre daha anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (104). Siyez ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada kadınların

yeme testi puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir (105). Bushi'nin 2016 yılında yaptığı başka bir çalışmada cinsiyet ile yeme tutumu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (106). Bu çalışma da kadınların puan ortalamalarının (11,02±8,54), erkeklerden (5,17±6,11) anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmalar arasındaki farklılıkların örneklem grubunun, zamanın ve araştırma yapılan bölgenin ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda beden algısının daha önemli olduğu ve zayıf olma düşüncesinin daha yüksek olmasından dolayı yeme davranışlarında daha kontrollü olmaya çalışmaları olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda sağlıklı beslendiğini düşünen katılımcıların, sağlıksız beslendiğini düşünenlere göre yeme tutum puanları yüksektir. Başka bir çalışmada bizim bulgumuz ile benzer şekilde sağlıklı beslendiğini düşünen ve ev dışında hiçbir yerde yemek yemeyen bireylerin yeme tutum puanları her gün dışarıdan yiyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (107).

Bununla birlikte çalışmada katılımcıların tuz, haftalık kırmızı et ve sebze tüketimi, diyet yapma gibi bazı alışkanlıkları ile yeme tutum testi puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Çalışmamızda yer alan 'Yemeklerini genelde nasıl tuzlu tüketirsiniz' sorusuna katılımcıların %38,3'ünün tuzsuz, %55,8'inin normal seviyede tuzlu ve %5,8'inin tuzlu tükettikleri tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlıklı bir kişinin günlük tuz tüketim miktarı 5 g(108), olarak önerilmektedir. Fakat endüstrileşen birçok toplumda tuz tüketimi ortalama 9-12 g arasında (109), ülkemizde de günde ortalama 15 g olarak tüketildiği rapor edilmiştir (110). Kalp ve damar hastalıklarının ortaya çıkmasında hipertansiyon önemli bir risk faktörüdür. Tuz tüketiminin fazla olmasının hipertansiyonu tetikleyici etkisi olduğu uzun senelerdir bilinmektedir (111). 2011 yılından itibaren Sağlık bakanlığının tuz tüketimini azaltmaya yönelik aldığı tedbirlerle "Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı İş birliği Platformu" kapsamında Türkiye'de tuz tüketimi kişi başına 10 g altına düştüğü tespit edilmiştir (112). Hipertansiyonu önleme ve kan basıncını düzeltmede tuz tüketimini azaltmak yaşam tarzındaki en önemli değişikliklerdendir (113).

Katılımcıların günlük sebze-meyve porsiyonu sorulduğunda, %5,8'i tüketmediğini, %80,8'i 5 porsiyondan az az tükettiğini, %13,3'ü günde 5 porsiyondan fazla sebze-meyve tükettiğini belirtmiştir. Sağlıklı bir yaşamda sebze-meyve tüketiminin günlük en az 5 porsiyon (400 gram) tüketilmesi önerilmektedir (114).

Çalışmamızda günlük 5 porsiyondan fazla sebze-meyve tüketen katılımcıların yeme tutum puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Yeme davranışları konusunda kontrollü olan kişilerin meyve-sebze tüketimine yani sağlıklı beslenme alışkanlıklarına daha fazla önem vermesinden kaynaklı olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda katılımcılarımızın haftalık kırmızı et tüketimi ile KARRİF-BD ve YTT-26 ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Günlük et tüketimi 100-200 gram arası olarak önerilmektedir (115). Birçok çalışmada hayvansal protein bakımından zengin ve yüksek oranda kırmızı ve işlenmiş et tüketen aynı zamanda tahıl, şekerleme ağırlıklı olan bir beslenme tarzında kardiyovasküler hastalıkların mortalite oranında artışa sebep verebildiği bildirilmiştir (116). Kırmızı et tüketimini haftada 3 porsiyondan fazla tüketmeyen katılımcıların KARRİF-BD puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca hayır diyenlerin yeme tutum puanları da anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kalp hastalık bilgi düzeyi yüksek olan kişilerin kardiyovasküler hastalık riskini azaltacak beslenme tarzını benimsemeleri olarak yorumlanabilir.

Lüleburgaz'da Özel bir hastaneye herhangi bir nedenle başvuran katılımcıların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri, kardiyovasküler hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyi ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçları şöyledir;

- Çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması $40,94 \pm 13,61$ (min:18; maks:74; medyan:40) yıldır.
- Katılımcıların %44,2'si lisans ve üzeri eğitime sahiptir.
- Hastaneye başvuran katılımcıların %71,3'ü kadın, %28,8'i erkek katılımcıdır.
- Çalışmamızdaki katılımcıların %30'unun sigara, %34,2'sinin alkol kullandığı tespit edilmiştir.
- Katılımcıların BKİ ortalaması $29,48 \pm 6,16$ olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların bel-kalça oranı kadın katılımcıların %59,6 oranında riskli, erkek katılımcıların %17,4'ünde riskli olarak tespit edilmiştir.
- Çalışmamızdaki katılımcıların %29,2'sinin kan basıncı 130 mmHg'den fazla olup riskli grupta olduğu belirlenmiştir.

- Katılımcıların kalp hastalık riski bakımından %16,3'ü çok yüksek riskli, %23,3'ü yüksek riskli grupta tespit edilmiştir.
- Katılımcıların %35,4'ünün bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %45'inin ailesinde kardiyovasküler hastalık tanısı olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmadaki katılımcıların %59,2'sinin hiç egzersiz yapmadığı sedanter bir yaşam sürdürdüğü tespit edilmiştir.
- Katılımcılarımızın %38,8'inin daha önce hiç diyet yapmadığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan katılımcılarımızın %5,8'inin yemeklerini tuzlu bir şekilde tükettiği tespit edilmiştir.
- Katılımcılarımızın %52,5'inin günlük beslenmesinde beyaz ekmeği tercih ettiği belirlenmiştir.
- Katılımcılarımızın beslenme tarzı sorgulandığında %21,3'ünün et ağırlıklı beslendiği tespit edilmiştir.
- Katılımcıların, SCORE sistemine göre gelecekteki 10 yıl içerisindeki kardiyovasküler hastalık risk durumlarına bakıldığında %31,7'si düşük risk, %28,8'i orta risk, %23,3'ü yüksek risk, %16,3'ü çok yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların, KARRİF-BD ölçeğinden aldığı puan ortalamaları $22,90 \pm 3,46$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en yüksek puan 28 ve alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin fazla olduğu kabul edilmiştir. Kesim noktası bulunmamaktadır. Buna göre katılımcıların bilgi düzeyinin orta seviyenin biraz daha üstünde olduğu belirlenmiştir. KARRİF-BD ölçeği puanlarına cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, meslek, gelir seviyesinin etkisi olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların YTT-26 puan ortalaması $9,53 \pm 8,49$ bulunmuştur. Katılımcıların 20 puan olan eşik değerinin üstünde kalma oranı %12,1'di. Yani katılımcıların %12,1'inin yeme tutum riski olduğu bulunmuştur. YTT-26 puanlarına cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, gelir seviyesi, kardiyovasküler risk faktörlerinin (BKİ, LDL, total kolesterol, hipertansiyon, sigara-alkol kullanımı, kalp hastalık riski) etkisi olduğu görülmüştür. Katılımcıların SCORE puanları ile YTT-26 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kalp hastalık riski düşük olan katılımcıların, yüksek olanlara göre anlamlı derecede YTT-26 puanları yüksek

bulunmuştur. Yani çalışmamızdaki katılımcılardan yeme tutum ve davranışlarına dikkat edenlerin 10 yıl içerisinde kardiyovasküler olay geçirme riski düşük bulunmuştur.

- KVH ile ilgili risklerin farkında olmanın, sağlıklı yaşam tarzına yönelmeye ve daha az hastalık riski getireceğini beklerken, çalışmamızda KARRİF-BD ölçek puanı yüksek çıkan katılımcılarımızın SCORE düzeyleri anlamlı derecede farklılık göstermemiştir. Yaptığımız çalışma göstermiştir ki, KARRİF-BD ölçek puanlarından genel olarak yüksek puan alınsa da katılımcıların yaklaşık %40'ının SCORE puanı yüksek ve çok yüksek risk sınıflamasında yer almıştır. Böylece hastalıkların riskleri hakkında bilgi sahibi olmanın bur risklere karşı önlem alınacağı anlamına gelmemektedir. Yani çalışmamızdaki katılımcıların bilgi düzeylerinin davranışlarına yansımadığı anlamına gelmektedir.
- Çalışmamızda KARRİF-BD ve YTT-26 ölçekleri arasında anlamlı bir istatistik bulunamamıştır. Kardiyovasküler bilgi düzeyi yüksek olan katılımcıların yeme ile ilgili davranışlarına dikkat etmeleri beklenirken çalışmamızda bu yönde sonuç alınamamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz:

- KVH'ı önlemek ve kontrol altına alabilmek için yüksek risk altında olan kişiler ve gruplar ile tüm topluma primer koruma altında KVH'ı önleme doğrultusunda program ve politikalar planlanmalıdır.
- Bel-kalça oranı, BKİ oranı riskli sınıflamasında olan kişilerin takibi yapılarak, referans değerler arasına getirilmesi için fiziksel aktivite ve beslenme önerilerinde bulunulmalıdır.
- Kardiyovasküler hastalıklar üzerinde önemli etkilerden biri olan sedanter yaşam tarzı ile mücadele etmek fiziksel aktiviteyi arttıracak programlar yaygınlaştırılmalıdır.
- Tütün ve ürünlerinin kullanımını azaltmaya yönelik programlar arttırılmalı, ulaşılabilirlik zorlaştırılmalıdır.
- KVH bilgi düzeyini arttırmaya yönelik programların sosyal medya, internet, ulusal medya ve yerel düzeydeki yönetimlerde tabana daha kolay ulaşabilecek şekilde yaygınlaştırılmalıdır.

- Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri konusunda bilgiye ve farkındalığa sahip olan kişilerin bu bilgilerinin davranışa dönüşebilmesi için teşvik edici programlar planlanmalıdır.
- Günümüzdeki yetersiz ve dengesiz beslenme şartları kardiyovasküler hastalıklar gibi önemli hastalıkların nedeni olabilmektedir. Beslenme bilgisindeki yetersizlik, popüler diyetler ve fastfood tüketiminin her geçen gün artması beslenme davranışları üzerinde olumsuz değişiklikler oluşturmuştur. Beslenmenin sebep olabileceği obezite ve kardiyovasküler hastalıklar gibi hastalıkların önlenmesi için topluma beslenme eğitimi verilmesi önem taşımaktadır.
- Hastalığın kontrolünde kardiyovasküler hastalık semptomlarının erken dönemde tespit edilmesi önemlidir. Kişilerin semptomları tanıyamaması ve bunun üzerine sağlık kuruluşlarına başvuruda gecikmesi hastalığın seyrinin kötü bir şekilde ilerlemesine neden olmaktadır. Bunun için erken teşhis koyulması ve tedavi edilmesi için kişilerin KVH semptomları hakkında bilgi düzeylerini artırılması önemlidir. Kardiyovasküler hastalık semptomlarının erken dönemde tanımlanabilmesi için toplumda hedef gruplar belirlenerek eğitici programlar düzenlenmelidir.
- Erken teşhis için SCORE ve benzeri kardiyovasküler risk skor sistemlerinin toplum tarafından daha kolay ulaşılabilir bir hale getirilebilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilir bir hale getirilmeli ve geliştirilmelidir.
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında da kardiyovasküler hastalık ile ilgili hizmet veren bölümler için SCORE sistemi geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.
- KVH riskleriyle ilgili ulusal düzeyde de politikalar geliştirilmeli ve riskli olan gruplar üzerinde tarama programları planlanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I. Risk factors in cardiovascular diseases. The Journal of Turkish Family Physician. 2018;9:53-8. doi:10.15511/tjtfp.18.00253.
2. Akman M, Civek S. Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 2022;13:21-8. doi:10.15511/tjtfp.22.00121
3. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel N, Kaya A. TEKHARF 2017 Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık. 2017. s.1-272.
4. Uçar A, Arslan S. Bir Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. Journal of Cardiovascular Nursing. 2017;8:121-30. doi:10.5543/khd.2017.36035.
5. Kırış N, Çalışkan G. Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. Medical Sciences. 2020;15:1-11.
6. Özpancar N, Bulantekin Düzalın Ö, Vardar İnkaya B, Olgun N. Evaluation of eating attitudes of nursing students for type-2 diabetes and cardiovascular diseases. Progress In Nutrition. 2019; 21(4):909-16. <https://doi.org/10.23751/pn.v21i4.8770>.
7. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. Yeni Symposium. 2003; p.31-8.
8. Yager J, Andersen AE. Anorexia nervosa. New England Journal of Medicine. 2005;353:1481-8. doi:10.1056/NEJMcp050187.
9. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;2:18-27. doi: 10.26453/otjhs.338014.
10. Civek S, Akman M. Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician 2022;13(1):21-28. doi:10.15511/tjtfp.22.00121.
11. Ofisi DSÖAB. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017;16.
12. WHO. Cardiovascular Diseases (CVDs). World Health Organization. [Cited Date:14.10.2023] Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
13. Üner S, Okyay P. Türkiye Sağlık Raporu. HASUDER. 2020.
14. Şencan, I., Keskinikiliç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarıoğlu, G., Çobanoğlu, N. ve ark. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı

(2015-2020). Ankara: TC Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın; 2015.

15. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2020 [Cited Date: 17.11.2023]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-2020-37243&dil=1#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=%C3%96l%C3%BCm%20say%C4%B1s%C4%B1%202019%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20435,%2C0%C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu.>

16. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2021 [Cited Date: 17.11.2023]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=%C3%96l%C3%BCm%20say%C4%B1s%C4%B1%202021%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20566,%2C4%C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu.&text=Bin%20ki%C5%9Fi%20ba%C5%9F%C4%B1na%20d%C3%BC%C5%9Fen%20%C3%B6l%C3%BCm,y%C4%B1l%C4%B1nda%20binde%205%2C9%20oldu.>

17. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2022 [Cited Date: 17.11.2023]. Available from: data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679#:~:text=Ölümler%20nedenlerine%20göre%20incelendiğinde%2C%202022,ile%20solunum%20sistemi%20hastalıkları%20izledi.

18. Şencan I, Keskinçilic B, Ekinci B, Öztemel A, Sarıoğlu G, Çobanoğlu N, et al. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı (2015-2020). TC Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın. 2015;988:1-63.

19. Dölek H, Vural ZT, Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. Dicle Tıp Dergisi. 2019;46:449-59. doi: 10.5798/dicletip.620443.

20. Eray A, Ateş E, Set T. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22:12-9. doi: 10.15511/tahd.18.00112.

21. Savji N, Rockman CB, Skolnick AH, Guo Y, Adelman MA, Riles T, et al. Association between advanced age and vascular disease in different arterial territories: a population database of over 3.6 million subjects. Journal of the American College of Cardiology. 2013;61:1736-43. doi: 10.1016/j.jacc.2013.01.054.

22. Markowitz JT, Alleyn CA, Phillips R, Muir A, Young-Hyman D, Laffel LM. Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes: prospective pilot assessment following initiation of insulin pump therapy. Diabetes technology & therapeutics. 2013;15:428-33. doi: 10.1089/dia.2013.0008.

23. Helvacı A, Tipi FF, Belen E. Obeziteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30:5-14. doi:10.5222/otd.suppl.2014.005

24. Altun B, Erdem Y, Derici U. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT2). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. 2012:1-27.

25. Derneği TK. Koroner kalp hastalığı riski ve değerlendirilmesi. [Web Sayfası]. Türk Kardiyoloji Derneği. [Cited Date: 06.10.2023]. Available from: <http://www.webcitation.org/query>, 2017
26. Puig-Cotado F, Tursan d'Espaignet E, St Claire S, Bianco E, Bhatti L, Schotte K, et al. Tobacco and coronary heart disease: WHO tobacco knowledge summaries. GENEVA: World Health Organization 2020.
27. Matthews CE, George SM, Moore SC, Bowles HR, Blair A, Park Y, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. The American journal of clinical nutrition. 2012;95:437-45. doi: 10.3945/ajcn.111.019620
28. Held C, Iqbal R, Lear SA, Rosengren A, Islam S, Mathew J, et al. Physical activity levels, ownership of goods promoting sedentary behaviour and risk of myocardial infarction: results of the INTERHEART study. European heart journal. 2012;33:452-66. doi:10.1093/eurheartj/ehr432
29. Alter DA, Franklin B, Ko DT, Austin PC, Lee DS, Oh PI, et al. Socioeconomic status, functional recovery, and long-term mortality among patients surviving acute myocardial infarction. PloS one. 2013;8:e65130. doi: 10.1371/journal.pone.0065130.
30. Mostofsky E, Penner EA, Mittleman MA. Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. European heart journal. 2014;35:1404-10. doi: 10.1093/eurheartj/ehu033.
31. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet. 2012;380:1491-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60994-5.
32. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Kardiologia Polska (Polish Heart Journal). 2016;74:821-936. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
33. Kayıkçıoğlu M. Yaşlı hastalarda kardiyovasküler risk hesaplaması. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45:22-24.doi:10.5543/tkda.2017.33803.
34. Obezite LM, Grubu HÇ. Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2016:15.
35. Aytın N. Ergenlerde yeme tutumları ile sorun çözme eğilimleri ve ebeveyn bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.
36. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27:70-82. doi:10.17827/aktd.336860
37. Serin Y, Şanlıer N. Emotional eating, the factors that affect food intake, and basic approaches to nursing care of patients with eating disorders. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği. 2018;9. doi:10.14744/phd.2018.23600.
38. Akın A, Yıldız B, Özçelik B. Duygusal yeme ölçeğinin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. Journal of International Social Research. 2016;9.

39. Nederkoorn C, Smulders F, Havermans R, Jansen A. Exposure to binge food in bulimia nervosa: finger pulse amplitude as a potential measure of urge to eat and predictor of food intake. *Appetite*. 2004;42:125-30. doi: 10.1016/j.appet.2003.11.001.
40. Altıntaş M, Özgen U. Kişilik yapısının yeme biçimleri üzerindeki etkisi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2017;3:1797-810. doi:10.24289/ijsser.335318
41. Mert M, Adaş M. Obezitenin endokrin ve metabolik komplikasyonları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014;30:1-4. doi: 10.5222/otd.suppl.2014.001.
42. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3:171-8. doi:10.5455/jmood.20130926052526.
43. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50:1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002.
44. Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PloS one*. 2015;10:e0117959.
45. Randolph T. The Descriptive Features of Food Addiction. *Q J Stud Alcohol*. 1965;17.
46. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45:657-63. doi: 10.1002/eat.20957.
47. Avena NM. The study of food addiction using animal models of binge eating. *Appetite*. 2010;55:734-7. doi: 10.1016/j.appet.2010.09.010.
48. Hone-Blanchet A, Fecteau S. Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*. 2014;85:81-90. doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.05.019.
49. Özkan N, Bilici S. Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;3:16-24.
50. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary therapies in medicine*. 2013;21:430-9. doi: 10.1016/j.ctim.2013.06.003.
51. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of eating disorders*. 2014;2:1-8. doi: 10.1186/s40337-014-0021-3.
52. Demirer B, Yardımcı H. Güncel DSM-V Kılavuzuna Göre Yeme Bozukluklarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar*. 2020;275.
53. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *American psychologist*. 2007;62:181. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.
54. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55:220. doi: 10.4103/0019-5545.117131.

55. Ergüney-Okumuş FE, Sertel-Berk HÖ. Yeme tutum testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*. 2019;40:57-78. doi:10.26650/SP2019-0039.
56. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*. 2019;109:1402-13. doi: 10.1093/ajcn/nqy342.
57. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122:445. doi: 10.1037/a0030679.
58. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*. 2007;61:348-58. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
59. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, et al. Sex-and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979–2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders*. 2015;48:1070-81. doi: 10.1002/eat.22467.
60. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape general medicine*. 2004;6:49.
61. Lee H-J, Park S, Kim C-i, Choi D-w, Lee JS, Oh SM, et al. The association between disturbed eating behavior and socioeconomic status: the Online Korean Adolescent Panel Survey (OnKAPS). *PLoS One*. 2013;8:e57880.
62. Pike KM, Hoek HW, Dunne PE. Cultural trends and eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2014;27:436-42. doi: 10.1097/YCO.0000000000000100.
63. Lozupone CA, Stombaugh JI, Gordon JI, Jansson JK, Knight R. Diversity, stability and resilience of the human gut microbiota. *Nature*. 2012;489:220-30. doi: 10.1038/nature11550.
64. Chong CW, Ahmad AF, Lim YAL, Teh CSJ, Yap IKS, Lee SC, et al. Effect of ethnicity and socioeconomic variation to the gut microbiota composition among pre-adolescent in Malaysia. *Scientific reports*. 2015;5:13338. doi: 10.1038/srep13338.
65. Gupta VK, Paul S, Dutta C. Geography, ethnicity or subsistence-specific variations in human microbiome composition and diversity. *Frontiers in microbiology*. 2017;8:1162.
66. Baysal A. Beslenme. 18.baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık; 2018.
67. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*. 2007:1-29.
68. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*. 2019;41:111-88. doi:10.1093/eurheartj/ehz455.

69. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 2006;114:82-96. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.
70. Güler MS, Fedai H, Demirbağ R. Kardiyovasküler hastalıklarda sağlıklı beslenme önerileri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;18:342-8. doi: 10.35440/hutfd.947849
71. Eda T, Ertan M, Uysal Y. Belirlenen hedeflere ulaşamayan kilo verdirici diyet girişimlerinin kardiyovasküler risk üzerine etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018;12:156-61.
72. WHO. Cardiovascular Diseases [Web Sayfası]. World Health Organization; [Cited Date: 08.10.2023]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1.
73. Ravera A, Carubelli V, Sciatti E, Bonadei I, Gorga E, Cani D, et al. Nutrition and cardiovascular disease: finding the perfect recipe for cardiovascular health. *Nutrients*. 2016;8:363. doi: 10.3390/nu8060363.
74. Bakanlığı S. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın. 2015.
75. Müdürlüğü TCSBHSG. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Koroner Arter Hastalığı İçin İzlem Kılavuzu 2019:2.
76. Balcı AS, Kolaç N, Şahinkaya D, Yılmaz E, Nirgiz C. Ofis çalışanlarında kardiyovasküler hastalık riski ve bilgi düzeyi. *Türk J Cardiovasc Nurs*. 2018;9:1-6. doi: 10.5543/khd.2018.84756.
77. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37:35-40.
78. Öksüz F, Yayla C. SCORE kardiyovasküler risk puanlama sistemi ile non-dipper hipertansiyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*. 2018;45:379-86. doi:10.5798/dicletip.497883.
79. Acar AB, Karsavuran N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kardiyovasküler risk durumunun değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2023;32:254-61.
80. Alzeidan R, Rabiee F, Mandil A, Hersi A, Fayed A. Non-communicable disease risk factors among employees and their families of a Saudi university: an epidemiological study. *PloS one*. 2016;11:e0165036.
81. Parikh S, Patel M, Tiwari H, Bala D, Joshi B. Assessment of cardiovascular disease risk by using Framingham risk equation amongst the residents of Ahmedabad city. *National Journal of Community Medicine*. 2013;4:392-7.
82. Arslan DE, Akça NK. Akademik personelin kardiyovasküler risk farkındalıkları. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2020;9:31-8. doi:10.5505/ktd.2020.15010.
83. Yılmaz M, Boylu M. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*. 2016;13:27-34. doi:10.5222/HEAD.2016.259

84. Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda hipertansiyon. Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2017; 1:17-23. doi: 10.26567/marsag.2017130062
85. Türkiye Sağlık Araştırması. [Online Veritabanı]. Türkiye İstatistik Kurumu. 2022.[Cited Date: 23.05.2023]: Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.
86. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing; 2021. <https://doi.org/10.1787/19991312>.
87. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004.
88. WHO. Alkol ve sağlık konusunda küresel durum raporu. World Health Organization; Cenevre, İsviçre 2018.
89. Roerecke M. Alcohol's impact on the cardiovascular system. Nutrients. 2021;13:3419. <https://doi.org/10.3390/nu13103419>.
90. Akgöz AD, Gözüm S. Hemşire liderliğindeki 12 haftalık fiziksel aktivite programına katılan orta derecede kardiyovasküler hastalık (KVH) riski olan katılımcıların deneyimleri: Nitel bir çalışma. Cardiovasc Nurs. 2022;13:1-8. doi: 10.5543/khd.2022.211116
91. Yalçın B. Kardiyovasküler hastalıklar ve nutrigenomik. Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;2:386-94.
92. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 8. baskı. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2019.
93. Şehit K, Anul N, Batar N, Cin P, Ekici G. Vardiyalı çalışan mutfak personelinin yeme davranışı, beden kütle indeksi ve bel-kalça oranlarının değerlendirilmesi. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi. 2019;1:12-8. doi:10.33308/2687248X.201912146.
94. Erdoğan İ, Eryürek S, Ünübol H. Üniversite öğrencilerinde sosyal görünüş kaygısı ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. International Journal of Social Science. 2019;2:85-94.
95. Asil E, Canbolat E. Üniversite öğrencilerinde beden memnuniyetsizliği ve etkileyen faktörler. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2022;50:39-47. doi: 10.33076/2022.BDD.1662
96. Andsoy II, Sevinc Tastan R, Emine Iyigun R, Kopp LR. Knowledge and attitudes towards cardiovascular disease in a population of North Western Turkey: a cross-sectional survey. International Journal of Caring Sciences. 2015;8:115. doi: 10.7759/cureus.46839.
97. Mehtap T, Dayapoğlu N, Şahin ZA, Cürçani M, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2:331-41.
98. Keleşoğlu A. Bir Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran erişkin bireylerde kardiyovasküler riskin belirlenmesi ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. Erciyes: Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Türkiye; 2016.

99. Örs SH, Tümer A. Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2020;2:81-8.
100. Karatay G, Yeşiltepe A, Aktaş H. 40 yaş üstü bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *Acta Medica Nicomedia*. 2021;4:49-55. doi:10.53446/actamednicomedia.886242.
101. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American journal of public health*. 1996;86:214-20. doi: 10.2105/ajph.86.2.214.
102. WHO. Noncommunicable diseases progress monitor [Web Sayfası]. World Health Organization; [Cited Date: 28.11.2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
103. Ertürk M, Genç A, Uçar MF. Metal sektörü çalışanlarının mesleki ve genel kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2015. 43(4): 361-367. doi: 10.5543/tkda.2015.27974.
104. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 2015;5:96-104. doi: 10.5455/musbed.20150309011008.
105. Siyez DM, Baş AU. Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davranış bilimleri dergisi*. 2009; 44: 37-43.
106. Bushi B. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, anksiyete ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2016.
107. Pimenta AM, Bes-Rastrollo M, Gea A, Sayón-Orea C, Zazpe I, Lopez-Iracheta R, et al. Snacking between main meals is associated with a higher risk of metabolic syndrome in a Mediterranean cohort: the SUN Project (Seguimiento Universidad de Navarra). *Public health nutrition*. 2016;19:658-66. doi: 10.1017/S1368980015001342.
108. Organization WH. Guideline: Sodium intake for adults and children. ed. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2012.
109. He FJ, Macgregor GA. Salt intake, plasma sodium, and worldwide salt reduction. *Annals of medicine*. 2012;44:S127-S37. doi: 10.3109/07853890.2012.660495.
110. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, et al. Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients*. 2017;9:933. doi: 10.3390/nu9090933.
111. Ha SK. Dietary salt intake and hypertension. *Electrolytes & Blood Pressure: E & BP*. 2014;12:7-18. doi: 10.5049/EBP.2014.12.1.7.
112. Bakanlığı TCS. Türkiye Tuz Azaltma Programı [Web Sayfası]. T.C. Sağlık Bakanlığı; [Cited Date: 06.10.2023]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,52848/turkiye-tuz-azaltma-programi-15112018.html>.
113. Cappuccio F, GB G. Yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaçsız tedavi. Kozan Ö, editör *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti. 2009:383-403.

114. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Bmj*. 2014;349. doi: 10.1136/bmj.g4490.
115. Sevinç İ, Ercoşkun H. Kırmızı et tüketimi, kolesterol ve beslenme. *Gıda ve Yem Bilimi Teknolojisi Dergisi*. 2020;24:2-7.
116. Doğan MD, Kartal FT. Kardiyovasküler sistem hastalıklarının risk faktörleri üzerine beslenme durumunun etkisi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*. 2019;3:11-9. doi:10.35333/JOHSE.2019.46.



EKLER

Ek1: Anket Formu

Ek2: Kardiyovasküler Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD)

Ek3: Yeme Tutum Ölçeği-26 (YTT-26)

Ek4: Etik Kurul Onay Formu

Ek5: Çalışma İzni

EK 1: Anket Formu

Lüleburgaz'da Özel Bir Hastane'ye Başvuran Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri ve Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri ve Kardiyovasküler Hastalıklar Bilgi düzeylerinin yeme tutumu üzerinde yarattığı etkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Sizden bu çalışmada veri toplama formunu tam eksiksiz ve doğru olarak doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre olup veriler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğretim Üyesi Ülfıye Çelikkalp

Dyt. Esengül Kombak

Anket form:

Doğum tarihi:	Cinsiyetiniz: 1)Kadın 2)Erkek
Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar	Eğitim Durumunuz: 1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4) Ön Lisans 5)Lisans 6)Lisansüstü 7)Hiç okula gitmemiş
Mesleğiniz: 1) Ev hanımı 2)İşçi 3)Öğrenci 4)Esnaf 5)Memur 6)Emekli 7)İşsiz 8) Çiftçi 9) Diğer..... yazınız	Aylık gelir durumunuzu giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz? 1)Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3)Gelir giderden fazla

Boyunuz:	Kilonuz:
Bel çevresi:	Kalça çevresi:
Kan basıncı:	
LDL: HDL:	Total kolesterol:
Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evetsüre,adet 2)Hayır 3) Bıraktım yıl kullandım	Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evetsüre,kadeh 2)Hayır
Kronik hastalığınız var mı? 1) Hayır 2) Evet ise nedir yazar mısınız? (Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, serbrovasküler, özellikle varsa belirtelim)	Ailede diyabet öyküsü var mı? 1)Hayır 2) Evet ise hastalık?.....
Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü var mı? 1)Hayır 2) Evet ise hastalık?.....	Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı, varsa nedir? 1)Yok 2)Var (.....)
Diyet yapma durumunuz (daha önceki dönemler dahil) 1) Hiç yapmadım 2) Ara sıra yapıyorum 3) Çoğunlukla yapıyorum 4) Şuan yapıyorum 5)	Diyet yapma şekliniz 1)Profesyonel yardım alarak yaptım (diyetisyene gitme...) 2)Sosyal medya veya internetten destek alarak uyguladım 3)Hiç yardım almadan yapıyorum
Düzenli olarak fiziksel aktivite (örn; haftada en az 3 gün 25 dk tempolu yürüyüş vs...) yapar mısınız? 1) Yapmıyorum 2) Haftada 1-2 kez 3) Haftada 3-4 kez 4) Haftada 5'den fazla	
Kilonuzdan memnun musunuz? 1)Evet 2)Hayır 3)Kısmen	Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

Beslenmeniz stresten etkilenir mi? 1)Evet 2)Hayır 3)Bazen	Yemeklerinizi genelde nasıl tüketirsiniz? 1) Tuzsuz 2) Az tuzlu 3)Orta tuzlu 4)Tuzlu
Yemeğin tadına bakmadan tuz atar mısınız? 1)Evet 2) Hayır	Ana öğün (sabah, öğle, akşam) sayınız kaçtır?
Ana öğün atlar mısınız? 1)Evet 2)Hayır 3)Bazen Evet ya da bazen ise en çok hangi öğünü?	Düzenli tüketilen ara öğünler hangiler? 1)Kuşluk 2)İkindi 3)Gece
Ana öğünler (sabah, öğle, akşam) dışında aralarda yiyecek-içecek tüketir misiniz? 1) Evet 2) Hayır	En sık tüketilen ekmek çeşidi hangisi? 1)Beyaz 2)Kepekli 3)Tam buğday 4)Tüketmiyorum
Beslenme tarzınız genellikle nasıldır? 1- Sebze ağırlıklı 2- Et ağırlıklı 3- Karbonhidrat ağırlıklı 4- Diğer	Günlük tükettiğiniz su miktarı:
Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? 1)Çok kötü 2)Kötü 3)Orta 4)İyi 5)Çok iyi	Daha önce tansiyon ölçtürdünüz mü? 1)Evet 2)Hayır
Son 3 yılda kan şekeri ölçtürdünüz mü? 1)Evet 2)Hayır	Bir haftada 3 porsiyondan fazla kırmızı et tüketir misiniz? 1)Evet 2)Hayır
Günde tüketilen meyve sebze porsiyonunuz ne kadar? 1)Tüketmiyorum 2)Beşten az 3)Beşten çok	Yemeklerde en sık kullanılan yağ 1)Tereyağ 2)Margarin 3)Zeytinyağı 4)Sıvı yağlar 5)Diğer

EK 2: Kardiovasküler Bilgi Düzeyi 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 taşıır			
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 gezmekte 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.			IV
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			

24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			



EK 3:Yeme Tutum Ölçeği-26 (YTT-26)

İfadeler	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar,						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım,						
3. Aklım fikrim yemektedir,						
4. Yemek yemeği durduramadığım zamanlar olur,						
5. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim,						
6. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim,						
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım						
8. Ailem fazla yememi bekler						
9. Yemek yedikten sonra kusarım,						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım,						
11. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır						
12. Egzersiz yapığımda harcadığım kalorileri hesaplarım						
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür,						
14. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder,						
15. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer,						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım,						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim,						VI
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm,						
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim,						

20. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim,						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır,						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum,						
23. Perhiz yaparım,						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım,						
25. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım,						
26. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir						

EK 4: Etik Kurul Onay Formu

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-GOBAEK 2022/172	
	PROTOKOL ADI	Lüleburgaz'da Özel Bir Hastaneye Başvuran Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri ve Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Ülfıye ÇELİKKALP	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

Tarih: 18.04.2022

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09/10 Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Ülfıye ÇELİKKALP'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Esengül KOMBAK'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
----------------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOBAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülşüm ONAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Semaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TUTUNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 5: Çalışma İzni



16.06.2022

Sayı: 360

Konu: Esengül KOMBAK Hk.

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na

Kırklareli, Lüleburgaz, Siteler Mah. Nazif Balkan Cad. No:35-37 adresinde “Özel Bir Nefes Hastanesi” unvanıyla faaliyet göstermekte olan Hastanemiz Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esengül KOMBAK’ ın “Lüleburgaz’ da Özel Bir Hastaneye Başvuran Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri ve Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki” başlıklı tez çalışmasını Hastanemizde yürütmesi uygun bulunmuştur. Gerekli izinler sağlanmıştır.

Bilgilerinize arz olunur.

İbrahim TURUT
Genel Müdür

Adres: Siteler Mah. Nazif Balkan Caddesi No:35/37 Lüleburgaz/KIRKLARELİ
Tel: 0 (288) 415 74 74 (pbx) Fax: 0 (288) 415 65 95
www.birnefes.com.tr



ÖZGEÇMİŞ



BENZERLİK RAPORU

ESENĞÜL TOMBAK TEZ İNTİHAL RAPORU			
ORJİNALLİK RAPORU			
%17	%16	%4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4	
2	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%3	
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1	
4	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1	
5	turkishfamilyphysician.com İnternet Kaynağı	%1	
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1	
7	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1	
8	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1	
9	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1	