

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK
FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK
ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Abdurrahman ÖZ

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM/2025

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK
FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK
ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Abdurrahman ÖZ

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile kılavuzluk eden, tez araştırmasının her aşamasında desteklerini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a,

Asistanlık sürecimin ilk anlarından itibaren bilgi ve tecrübeleriyle beni aydınlatan, desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK'a,

Klinik rotasyonlar sırasında eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte güldüğümüz, birlikte öğrendiğimiz uzman olan kıdemlilerime ve eğitimlerine devam eden değerli asistan arkadaşlarıma,

Tez sürecinde beni yalnız bırakmayan, bilgi ve birikimleriyle destek olan, canımdan çok sevdiğim kıdemlim ve sevgili eşim Uzm. Dr. Hilal ÖZ'e,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, varlıklarıyla güç veren, en büyük şansım canım aileme, eşimle tanışmamızdan itibaren hayatıma giren ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen eşimin ailesine,

21.04.2024 saat 10:40 suları itibariyle hayatımıza giren, evimizin neşesi, bana babalık, sevgili eşime annelik duygusunu tattıran canım oğlum Ömer Erdem ÖZ'e,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Abdurrahman ÖZ

Çorum, 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	VI
KISALTMALAR	VIII
TABLO LİSTESİ.....	IX
ŞEKİL LİSTESİ.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR	3
2.1.1 Epidemiyoloji.....	3
2.1.2. Koroner Olmayan Aterosklerotik Hastalık.....	3
2.1.3 Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Yaygınlığı ve Etkisi.....	4
2.1.4. Aterosklerotik KVH İçin Belirlenmiş Risk Faktörleri.....	4
2.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	10
2.2.1. Terminoloji ve DSM-5-TR.....	10
2.2.2. Epidemiyoloji.....	11
2.2.3. Patogenez.....	11
2.2.4. Klinik.....	12
2.2.5. Değerlendirme.....	14
2.2.6. Teşhis.....	16
2.2.7. Ayırıcı Tanı.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi.....	18
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.3. İşlem.....	18
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	18
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu:.....	19
3.4.2. KARRİF-BD Ölçeği:.....	19
3.4.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği:.....	20
3.5. Verilerin Analizi.....	20
3.6. Çıkar Çatışması.....	21
3.7. Etik Onay ve Araştırma İzni.....	21
4. BULGULAR	22

5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKLAR.....	39
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	46
EK-2: KARRİF-BD ÖLÇEĞİ	48
EK-3: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)	49
EK 4. KARRİF-BD ÖLÇEĞİ İZİNİ	53
EK 5. SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ KULLANIM İZİNİ.....	54
EK 6. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU.....	54
EK 7. EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONAYI.....	56



ÖZET

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Kişiler sağlıklarıyla ilgili bir konuda bilgilendirilirken anksiyeteleri etkilenebilir. Literatürde sağlık okuryazarlığı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar mevcuttur. Ancak sağlık okuryazarlığı ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren yeterli veri olmadığından bu araştırmada kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerine özgü farkındalığın artırılması hedefiyle bilgilendirme ve tarama çalışmaları önemlidir. Bu araştırma; bilgilendirme ve tarama çalışmalarına yön verebileceği, hastalıkların ve gereksiz hastane başvurularının önüne geçerek ülkelerin ekonomilerine ve sağlık sistemlerine katkı sunabileceği düşünülerek planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve prospektif olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 20-65 yaş aralığındaki dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmaktadır. Gerekli izin ve onaylar alındıktan sonra Aile Hekimliği polikliniğine başvuran gönüllü yetişkinlerden, onamları alınarak Sosyodemografik Veri Formu'nu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği'ni, Sağlık Anksiyetesi Envanteri'ni doldurmaları istendi. Veriler, IBM SPSS Statistics 23.0 programıyla analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan 303 kişinin yaş ortalaması $33,45 \pm 9,07$ 'ydi ve %65,3'ü kadındı. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi'ne göre %48,2'nin normal kilolu, %33,3'ünün fazla kiloluydu; %53,8'inin birinci derece akrabalarında kardiyovasküler hastalık öyküsü mevcuttu, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği puan ortalamaları $21,55 \pm 4,66$ 'ydi. Kadınların ($p=0,003$), bekarların ($p=0,000$), üniversite ve üstü mezun olanların ($p=0,000$), sağlık meslek grubundan olanların ($p=0,000$), geliri giderinden fazla olanların ($p=0,000$), birinci derece akrabalarında kardiyovasküler hastalık öyküsü olanların ($p=0,024$), sigarayı hiç kullanmamış olanların ($p=0,000$), 20-30 yaş arası olanların ($p=0,000$) ve beden kitle indeksi normal olanların

($p=0,001$) kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. Sağlık Anksiyetesi Envanteri puan ortalaması ise $15,38\pm 6,67$ 'ydi. Sağlık Anksiyetesi; kadınlarda ($p=0.000$) anlamlı olarak yüksek bulundu. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0.150$).

Sonuç: Beden kitle indeksi normal olanların bilgi düzeyi arttıkça sağlık anksiyeteleri de artmaktadır bununla birlikte diğer tüm değişkenler özelinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Normal kilolu olanların sağlıklı vücutlarını kaybetme korkusu; bilgi düzeyleri arttıkça sağlık anksiyetelerini de artırıyor olabilir. Bu açıdan bireylerin doğru ve güvenilir bilgiye ulaşması önem arz etmektedir. Bu araştırmanın farklı coğrafi bölgelerde tekrarlanarak bölgesel farklılıkların etkisinin incelenmesi de önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Hastalıklar, Risk Faktörleri, Sağlık Anksiyetesi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS AND HEALTH ANXIETY

Introduction and Aim: Anxiety can be affected when people are being informed about something related to their health. In the literature, there are studies examining the relationship between health literacy and health anxiety. However, since there is not enough data showing the relationship between health literacy and knowledge level, this study aimed to examine the relationship between knowledge level of cardiovascular disease risk factors and health anxiety. In preventive health services, information and screening studies are important with the aim of increasing awareness of cardiovascular disease risk factors. This research was planned with the idea that it can direct information and screening studies and contribute to the economies and health systems of countries by preventing diseases and unnecessary hospital admissions.

Materials and Methods: This study was designed as descriptive, cross-sectional and prospective. The study population consists of individuals aged 20-65 who met the inclusion criteria and visited the Family Medicine outpatient clinic at Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital. After obtaining the necessary permissions and approvals, volunteer adults who applied to the Family Medicine outpatient clinic were asked to fill in the Sociodemographic Data Form, Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level Scale, and Health Anxiety Inventory. The data were analyzed with IBM SPSS Statistics 23.0 program.

Results: The mean age of 303 participants was 33.45 ± 9.07 years and 65.3% were female. According to the Body Mass Index, 48.2% of the participants were normal weight, 33.3% were overweight, 53.8% had a history of cardiovascular disease in their first-degree relatives, and the mean score of the knowledge level scale of cardiovascular diseases risk factors was 21.55 ± 4.66 . Women ($p=0.003$), single people ($p=0.000$), university graduates and above ($p=0.000$), people in the health profession group ($p=0.000$), people whose income is higher than their expenses ($p=0.000$), people with a history of cardiovascular disease in first-degree relatives ($p=0.024$), people who have never smoked ($p=0.000$), people aged 20-30 years ($p=0.000$) and people with a normal body mass index ($p=0.001$). 024), those who had never smoked ($p=0.000$), those aged

between 20-30 years ($p=0.000$) and those with a normal body mass index ($p=0.001$) had a significantly higher level of knowledge about cardiovascular disease risk factors. The mean score of the Health Anxiety Inventory was 15.38 ± 6.67 . Health Anxiety was significantly higher in women ($p=0.000$). No significant relationship was found between the level of knowledge of cardiovascular disease risk factors and health anxiety ($p=0.150$).

Conclusion: As the knowledge level of those with normal body mass index increases, their health anxiety also increases, but no significant relationship was found for all other variables. The fear of losing their healthy bodies of those with normal weight may increase their health anxiety as their level of knowledge increases. In this respect, it is important for individuals to access accurate and reliable information. It may also be recommended to repeat this study in different geographical regions and to examine the effect of regional differences.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Risk Factors, Health Anxiety

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSM-5-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu

HDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

HT: Hipertansiyon

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

INTERHEART: Akut Miyokard Enfarktüsü Risk Faktörlerine İlişkin Küresel Bir Çalışma

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KARRİF-BD: Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein

MI: Miyokard Enfarktüsü

NHANES: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması

ONTARGET: Tek Başına ya da Ramipril ile Birlikte Telmisartan Devam Eden Global Sonuç Araştırması

TRANSCEND: Kardiyovasküler Hastalığı Olan ACE İntoleransı Olan Hastalarda Telmisartan Randomize Değerlendirme Çalışması

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ark. : arkadaşları

Üni: Üniversite

vb. : ve benzeri

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	22
Tablo 2. Nicel Verilerin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	23
Tablo 3. BKİ ile KARRİF-BD ve SAE.....	24
Tablo 4. Cinsiyete Göre KARRİF-BD ve SAE	24
Tablo 5. Cinsiyet ile Bazı Nitel Değişkenler Arasındaki İlişki.....	25
Tablo 6. Yaş Grupları ile KARRİF-BD ve SAE.....	25
Tablo 7. Yaş Grupları ile Bazı Nitel Değişkenler Arasındaki İlişki.....	26
Tablo 8. Medeni Duruma Göre KARRİF-BD ve SAE.....	26
Tablo 9. Medeni Durum ile Bazı Nitel Değişkenler Arasındaki İlişki.....	27
Tablo 10. Eğitim Durumuna Göre KARRİF-BD ve SAE.....	27
Tablo 11. Sağlık Meslek Grubundan Olmaya göre KARRİF-BD ve SAE.....	28
Tablo 12. Sağlık Meslek Grubundan Olma ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki.....	28
Tablo 13. Gelir Durumuna Göre KARRİF-BD ve SAE.....	29
Tablo 14. Birinci Derece Akrabalarda KVH Durumuna Göre KARRİF-BD ve SAE ..	29
Tablo 15. Sigara Kullanımı ile KARRİF-BD ve SAE	29
Tablo 16. Sağlıkla İlgili Bilmediği Bir Durum Hakkında Bilgi Amaçlı İlk Başvuru Kaynağı ile KARRİF-BD ve SAE Arasındaki İlişki	30
Tablo 17. Sağlıkla İlgili Bir Probleme Doktora Başvurma Sıklığı ile KARRİF-BD ve SAE Arasındaki İlişki	30
Tablo 18. Korelasyon Analizi	31

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Akış Şeması.....	22
----------------------------------	----

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde kardiyovasküler hastalık (KVH) risk faktörlerinin yaygınlığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yakın tarihli bir raporunda erken ölümlerin en önemli önlenbilir nedenleri arasında gösterilen hipertansiyonun (HT) 30-79 yaş aralığındaki yaklaşık 1,4 milyar yetişkinde olduğu tahmin ediliyor (1).

KVH'ler Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) önde gelen hastalık ve ölüm nedenidir. Bu ülkede tahminen 62 milyon KVH'si ve 50 milyon HT'si olan insan bulunmaktadır (2). KVH nedeniyle 2022 yılında 941.652 ölüm gerçekleşmiştir (3).

Yurdumuzda yaşlanmakta olan toplum ve değişmekte olan hayat şekli sebebiyle kronik hastalıklar artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2024 yılı ölüm sebebi istatistiklerine göre yurdumuzda ölüme neden olan ilk üç hastalık sırasıyla; %36 dolaşım sistemi hastalıkları, %16,3 benign ve malign tümörler ve %15 respiratuar sistem hastalıklarıdır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümler alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, ölümlerin %42,9'unun iskemik kalp hastalıkları, %23,9'unun diğer kalp hastalıkları, %18,3'ünün serebro-vasküler hastalıklar kaynaklı olduğu görüldü (4).

Bu verilerden de anlaşılmaktadır ki bu hastalıklar sık görülen ve ölüm nedeni olan hastalıklardadır. Kişiler sağlıklarıyla ilgili bir konuda bilgilendirilirken anksiyeteleri etkilenebilir.

Sağlık anksiyetesi; bedensel duyuların veya değişikliklerin ciddi bir hastalığın göstergesi olduğuna inanıldığında ortaya çıkan ve tüm bedeni etkileyebilen bir deneyimdir. Sınıflandırmaya bakılmaksızın, şiddetli sağlık anksiyetesinin refah, sosyal ve mesleki işlevsellik ve sağlık hizmetleri kaynaklarının kullanımı üzerinde önemli olumsuz etkileri vardır (5).

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar mevcuttur. Ancak sağlık okuryazarlığı ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren yeterli veri olmadığından bu araştırmada kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde KVH risk faktörlerine özgü farkındalığın artırılması hedefiyle bilgilendirme ve tarama çalışmaları yapılması önemlidir. Bu araştırma; bilgilendirme ve tarama çalışmalarına yön verebileceği, hastalıkların ve gereksiz hastane başvurularının önüne geçerek ülkelerin ekonomilerine ve sağlık sistemlerine katkı sunabileceği düşünülerek planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. KARDİYOYASKÜLER HASTALIKLAR

KVH'ler; koroner kalp hastalıkları (KKH), serebrovasküler hastalıklar, HT, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalığı, konjenital kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatiyi içerir. KVH'lerin oluşumunda; sigara tüketimi, fiziksel hareketsizlik, obeziteye sebep olabilen sağlıksız beslenme gibi kötü yaşam tarzlarının yanı sıra şeker, HT, hiperlipidemi gibi durumlar vardır (6).

KVH dünya genelinde genel popülasyonda yaygındır ve 60 yaş üstü bireylerin büyük bölümünü etkilemektedir. KVH'nin, 2012 ve 2013 senelerinde dünya çapında senelik 17,3 milyon ölüme yol açtığı düşünülmektedir (7). Kalp Hastalığı ve İnme İstatistiklerinin ABD'de 2019 yılında 20 yaş ve üzerindeki kişilerin %48'inde KVH olduğu söylenmiştir (8). Bu istatistiklere göre KVH oranı erkek kadın fark etmeksizin yaş ile yükselmektedir.

2.1.1 Epidemiyoloji

Bilinen KVH'si olmayan 30 yaşındaki kişiler için yaşam boyu genel KVH riski %50'ye yaklaşmaktadır (9). KKH, toplam KVH vakalarının yaklaşık üçte biri ile yarısını oluşturmaktadır ve iskemik kalp hastalığı hem düşük hem de orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki yetişkinlerde bir numaralı ölüm nedenidir (8).

Gelişmiş ülkelerin çoğunda KVH önde gelen ölüm nedeni olmaya devam ederken, akut miyokart infarktüsü'nden (MI) kaynaklanan ölümlerin 1990'larda ve 2000'lerde %50'ye varan oranlarda azaldığı görülmektedir. Avrupa ve Kuzey Asya'daki 49 ülkede her yıl dört milyondan fazla kişi KKH nedeniyle hayatını kaybetmektedir (10). ABD'de yılda yaklaşık 1,5 milyon kişi kalp krizi veya felç geçirmektedir ve 250.000'in üzerinde ölüm görülmektedir (11).

2.1.2. Koroner Olmayan Aterosklerotik Hastalık

Tüm arteriyel dolaşımı içeren yaygın bir durum olan koroner olmayan aterosklerotik arter hastalıkları; karotid arter hastalığı, periferik arter hastalıkları veya

abdominal aort anevrizması olan hastaları içerir. Bilinen KKH olmayıp yukarıda belirtilen hastalıklara sahip olan bireylerin de kardiyovasküler olay riski, KKH olan hastalar kadar yüksektir (12). Bir vasküler bölgede klinik aterosklerozun varlığı, genellikle başka bir yerde var olma olasılığının arttığını gösterir. Bu tür hastalarda eş zamanlı risk faktörleri agresif bir şekilde tedavi edilmelidir (13).

2.1.3 Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Yaygınlığı ve Etkisi

Değiştirilebilir risk faktörlerinin yaygınlığı: Değiştirilebilir risk faktörleri genel popülasyonda yaygındır. ABD’de Hispanik olmayan beyaz yetişkinler üzerinde yapılan iki nüfus temelli kohort araştırmasında (Framingham Kalp Araştırması ve Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması), koroner arter hastalığı (KAH) olmayan erkeklerin yaklaşık %60’ında ve kadınların %50’sinde beş ana KKH risk faktöründen (kan basıncı, düşük dansiteli lipoprotein [LDL], yüksek dansiteli lipoprotein [HDL], glikoz intoleransı ve sigara) biri ya da ikisi bulunmuştur (14).

Değiştirilebilir risk faktörlerinin etkisi: Değiştirilebilir risk faktörleri kardiyovasküler olayların ve mortalitenin yaklaşık %50’sinden ve KKH olayların yaklaşık %90’ından sorumludur.

Örnek olarak, 1.500.000’den fazla kişiden oluşan küresel bir kohortun analizinde, beş değiştirilebilir risk faktörü bir arada değerlendirildiğinde (hiperkolesterolemi, diyabet, HT, obezite ve sigara), 10 yıllık KVH insidansının küresel nüfusa atfedilebilir toplam kesri kadınlarda %57, erkeklerde %53 olarak bulundu (15).

Birden fazla risk faktörü ile artmış risk: Birden fazla risk faktörü kardiyovasküler riskin artmasına neden olurken, majör risk faktörlerinin yokluğu KKH riskinin çok daha düşük olmasını öngörür (14).

2.1.4. Aterosklerotik KVH İçin Belirlenmiş Risk Faktörleri

Ateroskleroz, KKH vakalarının neredeyse tamamından mesuldür. Süreç ergenlik döneminde görülen yağlı çizgilerle başlar; lezyonlar erken yetişkinlik döneminde plaklara ilerler, sonrasında trombotik tıkanıklıklar ve koroner olaylar meydana gelir (16).

Risk faktörü prevalansı: KVH risk faktörlerinin yaygınlığına ilişkin kesin bir tahminde bulunmak zor olmakla birlikte, tanımlanan risk faktörlerinin yaygınlığı,

farkındalığın artması, beslenme ve yaşam tarzındaki değişikliklerle zaman içinde değişmiştir. NHANES'ten (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması) alınan ardışık raporların sonuçları incelendiğinde, obezite prevalansının (Beden Kitle İndeksi (BKİ) ≥ 30 kg/m²) 1960 ve 2000 yılları arasında ABD'de dramatik bir şekilde arttığını göstermiştir (17). Toplam diyabet yaygınlığı (Tanılı+tanısız) BKİ grupları içinde on yıllar boyunca sabit kalırken, teşhis edilen diyabet yaygınlığı aşırı kilolu ve obez gruplar arasında arttı.

Buna karşılık, diğer bazı önemli KVH risk faktörleri 1960 ve 2000 yılları arasında önemli ölçüde azalmıştır (17):

- Serum total kolesterolü ≥ 240 mg/dL (6,2 mmol/L) (%34'den %17'ye)
- HT (%31'den %15'e)
- Sigara kullanımı (%39'dan %26'ya)

Bu değişiklikler obez bireyler de dahil olmak üzere tüm kilo gruplarında meydana gelmiş ve lipid düşürücü ilaçlar ile antihipertansif ilaçların kullanımındaki artışlarla ilişkilendirilmiştir.

Yerleşik risk faktörlerinin varlığı daha yüksek KVH riski ile ilişkilidir ve Amerikan Kalp Derneği'nin "Yaşamın Temel 8'i" gibi programları, iyi kardiyovasküler sağlık alışkanlıklarının kazanılması ve sürdürülmesi yoluyla riskin azaltılmasını teşvik eder (18):

- Tütün kullanmamak
- Fiziksel hareketlilik
- Normal kan basıncı
- Normal kan şekeri
- Normal total kolesterol
- Normal kiloda olmak
- Sağlıklı beslenme
- Sağlıklı bir uyku düzenine sahip olmak

Çocukluk çağında risk faktörleri: KVH risk faktörleri çocukluk çağında tanımlanabilir ve daha sonra KKH gelişimini öngörebilir (19). KVH için risk faktörlerine sahip çocukların belirlenmesi ve çocuklarda ateroskleroz gelişimi ayrıca ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Yaş ve cinsiyet: KVH risk faktörleri, her cinsiyetten ve yaştan bireyde KVH'yi teşvik eder, ancak yaşa, cinsiyete ve çeşitli durumlara göre farklı düzeylerde öneme sahiptir.

● Şeker hastalığı ve düşük HDL/toplam kolesterol oranı kadınlarda daha güçlü bir şekilde etkilidir (20)

●Sigara kullanmamış kadınlara nazaran en az 20 adet/gün için kadınlarda MI görölme sıklığı 6 kat, aynı karşılaştırma erkeklerde 3 kat artmaktadır (21).

●Sistolik Kan Basıncı ve izole sistolik HT, her yaştaki erkek ve kadınlarda önemli KKH risk faktörleridir.

●Obezite veya kilo alımı, aterojenik risk faktörlerinin çoğunu teşvik eder ve ağırlaştırır, fiziksel hareketsizlik bazılarını kötüleştirerek her yaştan bireyi KKH olaylarına yatkın hale getirir (22).

Yaşın da tek başına KVH gelişimine katkıda bulunduğu görölmektedir. KVH için kendi isteğiyle tarama programına (ayak bileği brakial indeksi, karotis ve abdominal ultrason) katılan ≥ 40 yaş 3,6 milyon kişilik bir kohortta, tüm vasküler hastalıkların prevalansı yaşamın her on yılında önemli ölçüde artmıştır (23).

Erkek cinsiyet tek başına KKH riskine katkıda bulunabilir, ancak bu riskin potansiyel mekanizmaları iyi anlaşılmamıştır. Çeşitli nüfus araştırmaları, erkek cinsiyetini daha yüksek KKH ve buna bağlı ölüm oranları için risk olarak görmüştür (24). ONTARGET (Tek Başına ya da Ramipril ile Birlikte Telmisartan Devam Eden Global Sonuç Araştırması) ve TRANSCEND (Kardiyovasküler Hastalığı Olan ACE İntoleransı Olan Hastalarda Telmisartan Randomize Değerlendirme Çalışması) araştırma popülasyonlarından ortalama 56 ay takip edilen 31.000 hasta arasında, kadınların kardiyovasküler ölüm, MI, inme ve kalp yetmezliği yatışı dahil olmak üzere tüm önemli kardiyovasküler sonlanım noktaları için erkeklerden %20 daha düşük riskli olduğu görölmüştür (25).

Erkeklerde KKH riski Y kromozomundaki varyasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Y kromozomu genotipleme yapılan biyolojik olarak akraba olmayan 3233 İngiliz erkek arasında, genotip sonuçlarına göre; erkek cinsiyette KKH riskindeki farklılıkların cinsiyet kromozomlarındaki kalıtsal varyasyonlarla ilişkili olduğunu ve bunun da KKH için bir risk faktörü olarak aile öyküsünün önemine katkıda bulunabileceğini göstermektedir (26)

Aile öyküsü: Özellikle ailesinde erken KVH öyküsünün varlığı KKH için risk faktörüdür (27). Birinci derece akrabada 55 (erkek) veya 65 (kadın) yaşından önce aterosklerotik KVH gelişmesi veya KVH'den ölmenin önemli bir aile geçmişini gösterdiği konusunda genel bir fikir birliği vardır. Bir araştırma, ailede erken KVH öyküsü veya daha ayrıntılı bir aile öyküsü ile karşılaştırıldığında, tek bir soru sormanın

(herhangi bir yaşta birinci derece akrabada KVVH var mı?) artmış KVVH riskini belirlemede yardımcı olduğunu öne sürmüştür (28).

Ailede erken KVVH ölümü öyküsünün önemi, birden fazla erken ölümün görüldüğü ailelerde artıyor gibi görünmektedir. Danimarka Aile İlişkileri Veritabanı'ndan (1950-2008 yılları arasında doğan 3.985.301 kişi yaklaşık 90 milyon kişi yılı boyunca takip edilmiştir) elde edilen veriler kullanılarak, birinci derece akrabaları arasında ≥ 2 erken kardiyovasküler ölüm olan ailelerden gelen kişilerde 50 yaş öncesi KVVH riski üç kat fazladır (29).

Bununla birlikte ile öyküsünün doğruluğunu ve güvenilirliğini tespit etmek kişisel veya yanlış beyanlar nedeniyle zor olabilmektedir. Ulusal Sağlık Enstitüleri'nin 2009 tarihli bir raporu, çeşitli yaygın hastalık durumlarında (astım ve alerjiler, diabetes mellitus, majör depresyon ve duygudurum bozuklukları, inme, KVVH ve beş yaygın kanser türü) kendi kendine bildirilen aile geçmişinin doğruluğunu gözden geçirmiştir (30). Genel olarak, hastalar sağlıklı aile üyelerini daha doğru bir şekilde sağlıklı olarak tanımlamış, bunun aksine belirli hastalıklara sahip aile üyelerini doğru bir şekilde tanımlamada zorlanmışlardır.

Hipertansiyon: KKH ve inmeden kaynaklanan ölüm dahil olmak üzere olumsuz kardiyovasküler sonuçlar için iyi bilinen bir risk faktörüdür (31). Bu nedenle ölçümlerinin doğru ve düzenli bir şekilde yapılması bazı özellikli gruplarda; özellikle ofis, beyaz önlük veya maskeli HT'si olan hastalarda ambulatuvar kan basıncı ölçümleri daha doğru sonuç alabilmek adına önemlidir.

Lipidler ve lipoproteinler: Lipidler, esas olarak kolesterol ve trigliseridler, kanda taşınmaları için lipoprotein adı verilen daha büyük protein içeren komplekslere ihtiyaç duyan suda çözünmeyen bileşiklerdir. Lipoproteinin protein bileşenleri apolipoproteinler veya apoproteinler olarak bilinir.

INTERHEART (A Akut Miyokard Enfarktüsü Risk Faktörlerine İlişkin Küresel Bir Çalışma) araştırmasında, dislipidemi ilk MI'nin popülasyona atfedilebilir riskinin %49'unu oluşturmuştur (32).

Aşağıdaki lipid ve lipoprotein anormallikleri artmış KKH riski ile ilişkilidir:

- Yüksek total kolesterol ve yüksek LDL
- Düşük HDL
- Hipertrigliseridemi

- HDL dışı kolesterolde artış
- Lp(a)'da artış
- Artmış apolipoprotein C-III
- Küçük, yoğun LDL partikülleri
- Apolipoprotein E'nin (apoE) farklı genotipleri kolesterol ve trigliserit seviyelerinin yanı sıra KKH riskini de etkilemektedir.

Diabetes mellitus: İnsülin direnci, insülin yüksekliği, artmış glukoz KKH'yle alakalıdır (33). INTERHEART araştırmasında diyabet, ilk MI'nin popülasyona atfedilebilir riskinin %10'unu oluşturmuştur (32). Diyabetle ilişkili bütün sebeplere bağlı ölüm riski, önceki bir MI'yla ilişkili bütün sebeplere bağlı ölüm riskiyle karşılaştırılmıştır (34). Diyabet hastaları HT, obezite, artmış toplam kolesterol/HDL oranı, hipertrigliseridemi ve artmış fibrinojen gibi aterosklerotik risk faktörleri açısından diyabet hastası olmayanlara göre daha büyük bir yüke sahiptir.

Kronik böbrek hastalığı: Son evre böbrek hastalığı olan hastalarda artmış KKH riski kanıtlanmıştır, ancak artık hafif ila orta dereceli böbrek fonksiyon bozukluğunun da KKH riskinde önemli bir artışla ilişkili olduğuna dair net kanıtlar bulunmaktadır (35). Ulusal Böbrek Vakfı'nın 2002'deki ve Amerikan Kardiyoloji Koleji görev gücünün 2004'teki uygulama kılavuzları, kronik böbrek hastalığının bir KKH risk eşdeğeri olarak kabul edilmesini tavsiye etmiştir (36).

Yaşam tarzı faktörleri: Çeşitli yaşam tarzı faktörleri KKH riskini etkilemektedir:

●Sigara içimi- KKH için önemli ve geri döndürülebilir bir risk faktörüdür. Hiç sigara içmeyen kadınlara kıyasla ≥ 20 tane/gün içen kadınlarda MI insidansı 6 kat, aynı durum erkeklerde ise 3 kat artmaktadır (21).

Tersine, MI geçiren sigara içicileri üzerinde yapılan bir araştırmada tekrarlayan enfarktüs riski sigarayı bıraktıktan sonraki bir yıl içinde %50 azalmış ve iki yıl içinde sigara içmeyenlerinkine yaklaşmıştır (37). Sigarayı bırakmanın faydaları, hastanın daha önce ne kadar süre veya ne kadar sigara içtiğinden bağımsız olarak görülmektedir.

●Diyet- KKH riski açısından değerlendirilen diyet unsurları arasında glisemik indeks, şekerli içecekler, meyve ve sebzeler, et, trans yağ asitleri, lif, kahve ve düşük kolesterolü diyetler yer almaktadır (13)

Riski artırabilecek diyet faktörleri:

- Yüksek glisemik indeks
- Az meyve ve sebze tüketimi
- Yüksek trans yağ asitleri tüketimi
- Şeker ile tatlandırılmış içecek tüketimi
- Çok kırmızı et tüketimi
- Düşük lif tüketimi

Etkisi belirsiz diyet faktörleri:

- Kahve
- Düşük kolesterol diyeti

●Egzersiz- Orta derecede egzersizin KKH ve tüm nedenlere bağlı ölümlere karşı koruyucu etkisi vardır (32). Egzersizin serum HDL’de artış, kan basıncında düşüş, daha az insülin direnci ve kilo kaybı gibi çeşitli faydalı etkileri olabilir.

-Orta derecede kuvvetli spor aktivitesi yapan erkeklerin ölüm riskinin, daha az aktif olanlara göre %23 daha düşük olduğu bildirilmiştir (38). Mesleklerinin bir parçası olarak hafif ila orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin, hareketsiz çalışanlara kıyasla daha düşük MI riskine sahip olduğu görülmektedir (39).

●Obezite - BKİ'nin 30'dan büyük olması olarak tanımlanan obezite, özellikle gelişmiş ülkelerde oldukça yaygın bir durumdur ve 2011-2012 yılları arasında ABD nüfusunun %35'inin obez olduğu bilinmekteydi (40). Obezite, hipertansiyon, insülin direnci ve glukoz intoleransı, hipertrigliseridemi, düşük HDL ve düşük adiponektin seviyeleri; ateroskleroz, KVH ve kardiyovasküler mortalite için risk faktörleridir (41).

●Psikososyal faktörler- Aterosklerozun erken gelişiminin yanı sıra MI ve ani kardiyak ölümün ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Psikolojik stres ve ateroskleroz arasındaki bağlantı hem endotel hasarı yoluyla doğrudan hem de sigara, HT ve lipid metabolizması gibi risk faktörlerinin şiddetlenmesi yoluyla dolaylı olabilmektedir.

●Cinsiyet- Bazı metabolik, davranışsal ve psikososyal risk faktörlerinin önemi cinsiyete göre farklılık gösterebilir. Yüksek, orta ve düşük gelirli 21 ülkeden yetişkinleri 10 yıl boyunca takip eden Prospective Urban Rural Epidemiological araştırmasından elde edilen veriler; LDL ve non-HDL seviyelerinin kadınlarda genellikle yaşla birlikte yükseldiğini ve 55 yaşından sonra kadınlarda tipik olarak daha yüksek olduğunu ve bunun menopoza atfedilebileceğini göstermiştir. Yazarlar ayrıca yüksek non-HDL'nin erkeklerde daha yüksek KVH riski ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (42). Depresyon belirtileri erkeklerde daha yüksek KVH riski ile ilişkilendirilmiştir. Sigara, alkol, diyet ve fiziksel aktivite gibi davranışsal faktörler arasında, düşük kaliteli diyet kadınlarda majör kardiyovasküler olay ile daha güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Yaşam tarzı faktörleriyle ilişkili KVH'nin toplam nüfusa atfedilebilir oranı erkeklerde daha yüksektir

(%15,7'ye karşılık kadınlarda %8,4); bu durum büyük ölçüde, erkeklerde sigara içmenin yaygınlığının daha yüksek olmasıyla ilişkilidir (10,7'ye karşılık kadınlarda %1,3).

• İnflamasyon- Çok sayıda inflamasyon belirtecinin (C-reaktif protein, interlökin-6, miyeloperoksidaz, diğer enflamatuvar belirteçler) artmış KVH riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (43).

• İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), hepatit gibi bazı enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde gelişen etkili tedavilerin yaygın kullanımı, enfeksiyonu geçiren hastaları KVH gibi yaşlanan popülasyonda görülen birçok yaygın tıbbi duruma maruz bırakarak uzun ömürlülüğün artmasını sağlamıştır. HIV-pozitif hastalarda KVH riski, ağırlıklı olarak geleneksel KVH risk faktörlerinin varlığından etkilenmektedir. Bununla birlikte, geleneksel KVH risk faktörlerini düzelten çalışmalar, HIV pozitif hastalarda HIV negatif kontrollere kıyasla daha yüksek KKH ve MI oranları göstermiştir (13).

• Mediastinal radyasyon- Malignite (örn. Hodgkin lenfoma, meme kanseri) tedavisi sırasında mediastinal veya göğüs duvarı radyasyonuna maruz kalmanın, perikardiyal hastalık, kapak hastalığı, kardiyomyopati ve KVH dahil olmak üzere daha sonra kalp hastalığı gelişimiyle bağlantılı olduğu görülmüştür.

• Metabolik sendrom ve mikroalbüminürinin varlığında KAH riski belirgin şekilde artmıştır (13)

2.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ

Hastalık anksiyetesi bozukluğu, ciddi, teşhis edilmemiş tıbbi bir hastalığa sahip olma veya yakalanma endişesidir. Hastanın sorunu fiziksel semptomlardan ziyade bir hastalığa sahip olma konusundaki asılsız korkusundan kaynaklanır ve negatif çıkan uygun fizik muayene ve laboratuvar testlerine rağmen devam eder. Fiziksel semptomlar mevcut değildir ya da minimal düzeydedir ve genellikle normal bedensel duyuların yanlış algılanmasıdır. Hastalık anksiyetesi bozukluğu genellikle kroniktir (44).

2.2.1. Terminoloji ve DSM-5-TR

Hastalık anksiyetesi bozukluğu DSM-5-TR'de (Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu) bulunmayan hipokondriyazis tanısından türetilmiştir (44).

Daha önce hipokondriyazis tanısı konmuş hastaların yaklaşık %75'inin; DSM-5-TR'de somatik semptom bozukluğu tanısı altında ve %25'inin hastalık anksiyetesi bozukluğu tanısı altında toplandığı tahmin edilmektedir (44).

Hipokondriyazis, WHO'nun Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyon'unda (ICD-11) bir tanı olarak yer almaktadır (45). ICD-11 tanısının temel özelliği, en az bir ciddi genel tıbbi hastalığa sahip olma konusunda ısrarcı bir meşguliyettir. Buna ek olarak, hastalar ya sağlıkla ilgili aşırı davranışlar ya da tıbbi randevulardan kaçma gibi kişinin sağlığıyla ilgili kaçınma davranışları gösterirler. Klinik olarak belirgin sıkıntı mevcuttur ve/veya işlevsellik (örneğin, sosyal veya mesleki) bozulmuştur.

2.2.2. Epidemiyoloji

Hastalık anksiyetesi bozukluğunun yaygınlığı büyük ölçüde bilinmemektedir çünkü 2013 yılında bir tanı olarak literatüre eklenmiştir (46). Bir araştırmada, hipokondriyazis teşhisi konanların yaklaşık %33'ünün aslında hastalık anksiyetesi bozukluğu olduğu tahmin edilmiştir (47).

Hastalık anksiyetesi bozukluğunun tahmini yaygınlığı araştırma örneklemine ve ortama bağlıdır ve hastalık anksiyetesi bozukluğunun/sağlık anksiyetesinin genel tıp kliniklerinde diğer ortamlara göre çok daha sık görüldüğü düşünülmektedir (44):

Hastalık anksiyetesi bozukluğunun başlangıç yaşı bilinmemektedir. Hipokondriyazis en sık erken yetişkinlik döneminde görülür ve nadiren 50 yaşından sonra başlar (48). Sağlık anksiyetesi yaşam boyu ortaya çıkabilir, ancak 35-64 yaşları arasında daha yaygın görünmektedir (49). Hastalık anksiyetesi bozukluğu çocuklarda nadirdir ve çocuğun anksiyetesini ebeveyninkinden ayırmak zor olabilir (50).

Hipokondriyazis ve sağlık anksiyetesi erkeklerde ve kadınlarda yaklaşık bire bir oranında görülür ve medeni durumla ilişkili değildir (51). Sağlık anksiyetesi işsizlerde çalışan nüfusa göre daha yaygındır. Hipokondriyazis ve sağlık anksiyetesi eğitim düzeyi ile ters orantılıdır ve genellikle engellilikle birlikte görülür (49).

2.2.3. Patogenez

Hastalık anksiyetesi bozukluğunun patogenezini bilinmemektedir.

Psikososyal: Hastaların nasıl hipokondriyazis geliştirdiğini açıklayan teorilerden, bilişsel-davranışçı model ampirik desteğe sahiptir ve etkilidir. Bu modelde

bozukluk, kişinin sağlığına y6nelik tehditler hakkında aşırı ve ısrarcı anksiyete ile karakterize edilir (52). Anksiyete, anormal derecede yoğun olarak algılanan ve ciddi tıbbi hastalığa yanlış atfedilen normal vücut hislerinden kaynaklanır ve hastayı kaliteli sağlık hizmeti aramaya y6nlendirir.

Bir hastalık hakkında okumak veya bir tanıdığın ya da ünlünün hastalığını duymak gibi bir olay, işlevsiz varsayımları aktive edebilir ve aşırı hastalık kaygısına yol açabilir. Hastalar, hastalığa dair herhangi bir işaret için bedensel hislerini giderek daha fazla izleyebilir ve herhangi bir hastalık kanıtını büyütebilir veya abartabilir. Bu durumda normal bedensel hisler uğursuzluk olarak yanlış yorumlanmaya yatkın hale gelir. Yanlış yorumlama, anksiyeteyi tetikler ve hastalar doktorlardan ve/veya alternatif bakım sağlayıcılardan veya ilaçlardan sağlık güvencesi arayarak anksiyeteyi azaltmaya çalışır (51).

Tıbbi güvenceye rağmen, hastalık kaygısı bozukluğu olan hastalar sağlıkları konusunda endişeli olmaya devam ederler. Bunun bir nedeni, hastaların semptomlar için vücutlarını dikkatle izlemeleri ve normalde meydana gelen hafif homeostatik dalgalanmalara karşı hassas hale gelmeleri olabilir (52).

Kaçınma davranışı da hastalık anksiyetesi semptomlarını sürdürebilir. Örnek olarak, yanlışlıkla kalp hastası olduğuna inanan hastalar, durumlarını daha da kötüleştireceğini düşündükleri için fiziksel efor sarf etmekten kaçınabilirler; hastalar böylece sağlıklı olduklarını doğrulama ve yanlış inancı düzeltme fırsatını kaybederler.

Genetik ve biyolojik korelasyonlar- Hastalık kaygısı bozukluğu ve hipokondriyazisin genetiği bilinmemektedir ve nörobiyolojileri hakkında çok az bilgi vardır. Bir aile araştırmasında, hipokondriyazisli hastaların 72 birinci derece akrabasında ve 97 kontrol akrabasında hipokondriyazis prevalansının benzer olduğu bulunmuştur, ancak katılan birey sayısının az olması ve hastalığın nispeten düşük insidansı nedeniyle sonuçları yorumlamak zordur (53).

2.2.4. Klinik

Hastalık anksiyetesi belirtileri normalden patolojik olana kadar bir spektrumda ortaya çıkar (54) ve sağlıkla ilgili meşguliyet klinik olarak önemli bir sıkıntıya veya bozulmaya neden olduğunda bir bozukluk olarak kabul edilir (44). Geçici sağlık kaygısı meşguliyetleri (örneğin, ikinci sınıf tıp öğrencilerinin yaygın olarak yaşadığı hastalık korkuları) hastalık kaygısı bozukluğu oluşturmaz.

Hastalık anksiyetesi bozukluğunun temel özellikleri şunlardır (44):

•Normal bir fizik muayeneye, negatif testlere ve güvenceye rağmen ciddi bir tıbbi hastalığa yakalanma konusunda aşırı bir endişe veya ciddi bir tıbbi hastalığa sahip olma endişesi.

•Semptomlar çok azdır veya hiç yoktur.

Hastalık anksiyetesi meşguliyetleri heterojendir. Hastalar belirli bir tanı (örneğin kanser veya HIV enfeksiyonu), bedensel bir işlev (örneğin bağırsak hareketleri), işlevdeki normal değişimler (örneğin kalp atış hızı veya kan basıncı) veya belirsiz somatik hislerle (örneğin "yorgun kalp") meşgul olabilir. Hastanın endişesi bir veya daha fazla organ sistemini içerebilir ve endişenin odağı zaman içinde bir organ veya hastalıktan diğerine kayabilir (55).

İçgörü derecesi değişkenlik gösterir; bazı hastalar hastalık korkularının aşırı olduğunu fark ederken, diğerleri inançlarını sıkı sıkıya korur. Bununla birlikte, inanç sanrısız yoğunlukta değildir ve hastalar hastalık korkularının abartılı olduğunu veya hiçbir hastalık olmayabileceğini kabul edebilirler.

Korkulan hastalıkla ilgili endişe genellikle hastanın hayatının merkezi bir özelliği haline gelir ve psikososyal işlevsellik zarar görebilir (44). Birçok hasta kendini rahatlatmak için vücudunu kontrol eder; hastalık kaygısı davranışına örnek olarak kendi kendine aşırı meme muayenesi veya tansiyon ve nabız takibi verilebilir. Bu davranış stres zamanlarında artabilir. Ayrıca, korkulan hastalığın iyi huylu seyrine rağmen sağlık kaygısı azalmaz (55).

Hastalıkla meşguliyet tipik olarak yüksek sağlık hizmeti kullanımına (44) ve hastanın endişelerini gidermeyen çok sayıda normal muayene ve laboratuvar testine yol açabilir (56). Hastalar doktorlarına giderek daha invaziv tanı testleri ve daha yüksek riskli tedaviler istemeleri için baskı yapabilir, bu da hastalığı pekiştirebilir ve iyatrojenik komplikasyon olasılığını arttırabilir. Birden fazla klinisyenden bakım alma ("doktor-alışverişi") da yaygındır (52).

Bazı hastalar iyatrojenik hastalıklardan (örneğin, olumsuz ilaç etkileri veya radyasyona maruz kalma) korkmakta, ana akım tıp klinisyenlerinden kaçınmakta ve hastane ve sağlık profesyonelleri dışında tedavi arayışlarına girmektedir. Buna ek olarak, birçok hasta korkulan hastalıkların önlenmesi hakkında bilgi edinmek için interneti kullanmakta ve vitaminler, reçetesiz ilaçlar ve geçici diyetler tüketmektedir (51).

Komorbid psikopatoloji: Hipokondriyazisteki yüksek komorbidite oranlarına dayanarak, hastalık anksiyetesi bozukluğu olan hastalarda yüksek oranda komorbid psikopatoloji olduğu düşünülmektedir (56). Örnek olarak, yapılandırılmış tanı görüşmelerini tamamlayan hipokondriyazis hastaları (n=42) üzerinde yapılan bir araştırmada, %88'inde en az bir komorbid bozukluğun mevcut olduğu bulunmuştur (57):

- Yaygın anksiyete bozukluğu- hastaların %71'i
- Distimi (inatçı depresif bozukluk)- %45 ● Unipolar majör depresyon- %43
- Fobiler- %43 ● Panik bozukluğu- %17 ● Madde kullanım bozukluğu- %17

Hipokondriyazisi olan genel tıp kliniği hastalarında, anksiyete ve depresif bozuklukların yaygınlığı, hipokondriyazisi olmayan hastalara kıyasla daha yüksektir (57).

Kişilik bozuklukları da hipokondriyazisli hastalarda kontrollere kıyasla daha sık görülmektedir (57). Kendi kendine yapılan değerlendirmeleri tamamlayan hipokondriyazis hastaları (n=115) üzerinde yapılan bir araştırmada, %77'sinde en az bir kişilik bozukluğu ve %44'ünde en az dört kişilik bozukluğu olduğu bulunmuştur (58):

- Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (hastaların %56'sı)
- Çekingen Kişilik Bozukluğu (%41) ● Paranoid (%37) ● Şizotipal (%25)
- Sınırdaki Kişilik Bozukluğu (%24) ● Şizoid (%22) ● Narsisistik (%22)

İşlevsellik: Hastalık anksiyetesi bozukluğu, (hipokondriyazis araştırmalarına dayanarak) psikososyal işlevselliğe sıklıkla müdahale eder (44). Yapılan bir araştırmada da, hipokondriyazis her araştırmada artan engellilikle ilişkilendirilmiştir (56).

Hastalığın seyri: Hipokondriyazis ve sağlık kaygısı semptomları üzerine yapılan araştırmalara dayanarak, hastalık anksiyetesi bozukluğunun genellikle dalgalanan semptomlarla birlikte kronik olduğu düşünülmektedir (44). Hipokondriyazisli hastalarla (n>450) yapılan prospektif bir araştırmada, bozukluğun %40-70'inde devam ettiği görülmüştür (59).

2.2.5. Değerlendirme

Olası hastalık anksiyetesi bozukluğu ile başvuran hastaların değerlendirilmesi başlangıçta tıbbi öykü, fizik muayene ve odaklanmış laboratuvar testlerini, ardından psikiyatrik öykü ve ruhsal durum muayenesini içerir. Hastalık anksiyetesi bozukluğu tanısı koymadan önce, klinisyenlerin hastayı diğer tıbbi durumlar, özellikle de endokrin,

immünolojik, nörolojik, onkolojik ve romatolojik hastalıkların erken evreleri açısından değerlendirmesi gerekir (44).

Tarama: Hastaları hastalık anksiyetesi bozukluğu açısından değerlendirmenin bir parçası olarak genellikle tarama araçları kullanılmamaktadır.

Hastalık anksiyetesi bozukluğuna özgü tarama araçları bulunmamakla birlikte, bu bozukluğu taramak isteyen klinisyenler hipokondriyazis taraması için geliştirilmiş olan öz bildirim araçlarını kullanabilirler. Hipokondriyazis tanısı konan hastaların yaklaşık %25'inin hastalık anksiyetesi bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı tahmin edilmektedir (44).

Ne zaman şüphelenmeli: Birinci basamakta veya genel tıbbi ortamlarda, hastalık anksiyetesi bozukluğunun varlığı aşağıdaki ipuçlarıyla akla getirilir (44):

- Hasta kapsamlı tıbbi bakım alır, ancak yine de memnun değildir.
- Aynı sorun için birden fazla klinisyene danışılır ve tanısal değerlendirmeler sürekli olarak olumsuzdur.
- Tıbbi ilgi, hastanın endişelerini gidermek yerine sağlık durumuyla ilgili kaygıyı şiddetlendirir.
- Sağlıkla ilgili kaygı, hastayı rahatlatmaya yönelik tekrarlanan girişimlerden etkilenmez.

Görüşme: Psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası olarak (60), klinisyenler şunları ele almalıdır:

- Ciddi bir genel tıbbi hastalığa sahip olmakla ilgili korku ve inançlar
 - Hastanın sağlık kaygısını hangi bedensel hisler tetikliyor?
 - Hasta anksiyeteye nasıl yanıt veriyor?
 - İçgörü derecesi, yani hasta sağlıkla ilgili endişesinin aşırı olabileceğini fark ediyor mu?
 - Mevcut korkuların kronolojisi ve akut mu yoksa kronik mi oldukları
- Özellikle çocukluk çağında ciddi hastalık öyküsü
- Şu anki ve geçmişteki tıbbi değerlendirmeler ve tedaviler
- Tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedaviler
- Şu anki ve geçmişteki birinci basamak klinisyenleriyle ilişkinin kalitesi
- Anksiyete, depresif ve diğer somatik semptom bozuklukları gibi psikiyatrik komorbidite

- Psikososyal işlevsellik
- Ailede ciddi hastalık öyküsü

2.2.6. Teşhis

DSM-5-TR'ye göre, hastalık anksiyetesi bozukluğu tanısı aşağıdaki kriterlerin her birini gerektirir (44):

- Ciddi bir hastalığa sahip olma ya da ciddi bir hastalık geliştirme endişesi.
- Düşündüğü hastalığa ait semptomlar hafiftir veya hiç yoktur.
- Genel bir tıbbi hastalık mevcutsa veya tıbbi bir hastalığa yakalanma riski yüksekse (örneğin, güçlü aile öyküsü), meşguliyet açıkça aşırıdır.
- Sağlıkla ilgili önemli bir endişe ve kişinin sağlığı hakkında endişelenmek için düşük bir eşik.

- Aşağıdakilerden herhangi biri:

-Hastalık belirtileri için kendini tekrar tekrar kontrol etmek gibi sağlıkla ilgili aşırı davranışlar.

-Sağlığı tehdit ettiği düşünülen durumlardan (örneğin hasta aile üyelerini ziyaret etmek, doktor randevuları veya hastaneler) veya faaliyetlerden (örneğin egzersiz) uyumsuz bir şekilde kaçınma.

- Hastalıkla meşguliyet en az altı aydır mevcuttur.

●Hastalık kaygısı somatik belirti bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu veya sanrısız bozukluğun somatik tipi gibi diğer ruhsal bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

DSM-5-TR hastalık anksiyetesi bozukluğunun iki alt tipini tanımaktadır:

●Bakım arayan tip- Hastalar klinisyen ziyaretleri, tanısal testler ve prosedürler dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinden sıklıkla yararlanırlar.

●Bakımdan kaçınan tip- Hastalar tıbbi bakımdan kaçınır ve genellikle yalnızca başka bir sorun onları bakım aramaya zorladığında tıbbi veya psikiyatrik yardıma gelirler.

2.2.7. Ayırıcı Tanı

Genel tıbbi bozukluklar: Klinisyenler hastalık anksiyetesi bozukluğu tanısı koymadan önce diğer tıbbi bozuklukları ekarte etmelidir (44). Hastalar, fizik muayene bulgularının veya laboratuvar testi anormalliklerinin hemen belirgin olmadığı erken evrede gizli bir hastalığa sahip olmaktan endişe edebilirler. Bu durum, ailede ciddi bir tıbbi hastalık öyküsü (örneğin meme kanseri, Alzheimer demansı veya koroner kalp hastalığı) olduğunda veya ciddi hastalık sinsi bir başlangıç gösterdiğinde (örneğin AIDS

veya yumurtalık veya pankreas kanseri) daha sık görülebilir. Bununla birlikte, klinisyenler aşırı testlerden ve hastalara aşırı tanı koymaktan kaçınmalıdır. Belirli hastalıklar ayrı ayrı ele alınmaktadır.

Genel tıbbi bir hastalığın varlığı, eşlik eden hastalık anksiyetesi bozukluğu olasılığını dışlamaz (44). Tıbbi bir bozukluk mevcutsa, sağlıkla ilgili anksiyete ve hastalık endişeleri açıkça aşırı olduğunda veya eşlik eden tıbbi bozuklukla orantısız olduğunda hastalık anksiyetesi bozukluğu teşhisi konulmalıdır (örneğin, onkoloğun güvencesine rağmen nüks korkusu önemli ölçüde engelleyici olan kanserden kurtulmuş bir hasta).

Hastalık anksiyetesi bozukluğu için ayırıcı tanı şunları içerir (44):

- Normal tepkiler
- Uyum bozukluğu
- Somatik belirti bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Psikotik bozukluklar
- Obsesif-kompulsif bozukluk
- Vücut dismorfik bozukluğu
- Spesifik fobi
- Panik bozukluk
- Tek kutuplu majör depresyon veya inatçı depresif bozukluk (distimi)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Kesitsel, prospektif ve tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olarak planlanmış, 4 Temmuz 2025 – 4 Eylül 2025 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma kapsamında Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran dahil edilme kriterlerini karşılayan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Yapılan güç analizi sonucu belirlenen minimum katılımcı sayısı 197'dir.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri;

- 20-65 yaş,
- Türkçe bilen ve okuryazar olan
- İletişim kurabilecek bilişsel yeterlilikte olan.

Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri;

- Tanısı konulmuş kronik hastalığı ya da malignitesi olmak,
- Psikiyatrik bir tanıya sahip olmak,
- Alkol-madde bağımlılığı.

Literatür bilgisi ışığında bu maddeler anksiyeteyi doğrudan etkileyebilecek maddeler olduğundan ve ayrıca sağlık anksiyetesi ölçeğinin de dışlama kriterleri arasında bulunduğundan bu araştırma için de dışlama kriterleri olarak kabul görmüştür.

3.3. İşlem

Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra gönüllü katılımcılara kağıt üzerinde Sosyodemografik Veri Formu, KARRİF-BD Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Envanteri'ni (SAE) içeren ve doldurulması 15 dakika süren formlar verildi. Veri toplama öncesinde, aydınlatılmış onam formu ayrıntılı bir şekilde açıklandı ve gönüllü katılımcılara, araştırmada isimlerin kullanılmayacağı ve bu nedenle araştırmanın

sonuçlarının taraflara bildirilmeyeceği bilgisi verildi. Ayrıca, katılımcılara, anlamadıkları konularda araştırmacıya danışabilecekleri belirtildi ve bu konuda yönlendirme yapılmamasına özen gösterildi. Bu nedenle araştırmacı ortamda bulundu. Elde edilen veriler daha sonra dijital ortama aktarıldı. Toplam 303 katılımcıya bu şekilde ulaşıldı.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılarla; bilgilendirme sonrası Sosyo-Demografik Veri Formu, KARRİF-BD Ölçeği ve SAE verildi.

3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu:

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bu form ile; katılımcılara cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyoekonomik durumu, sigara kullanımı gibi soruların yanında birinci derece akrabalarında KVH'ye sahip olan birey varlığı gibi sorular da yönlendirildi. (Ek:1)

3.4.2. KARRİF-BD Ölçeği:

Bu ölçek; erişkinlerin KVH'ler risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla yapılmış olup 2009 yılında güvenilirlik ve geçerlilik araştırması yayımlanmıştır. Ölçek, güvenilirlik ve geçerliliğin test edilmesi amacıyla 20 yaş üzeri 200 kişiye uygulanmış ve 144 kişide test ve tekrar test sonrası değerlendirme yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı, test-tekrar test güvenilirliği ile hesaplandı. Test sonrası ifadeler arasındaki iç tutarlılık (Cronbach alfa) 0.768 bulunmuştur. Ölçekte ilk dört madde KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 madde risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), dokuz madde de (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmak üzere hazırlanmış olup katılımcıların bu ifadeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaları istenmiştir. Ölçekteki ifadelerden altı tanesinde ifade yanlıştır. Bu maddeler diğerlerine göre ters şekilde kodlanmıştır. Her doğru yanıt 1 puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28 olarak belirlenmiş olup alınan puan arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır (61). (Ek:2)

3.4.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği:

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe sürümünün güvenilirliği ve geçerliliği araştırması 2013 yılında yayımlanmıştır (62). Araştırma grupları psikiyatri kliniklerinde ayaktan veya yatarak tedavi gören ve somatoform bozukluk tanısı konan 65, panik bozukluğu tanısı konan 55, majör depresif bozukluk tanısı konan 22 hasta ile üniversite öğrencilerinden oluşan 114 sağlıklı gönüllülerden oluşmuştur. Güvenilirlik analizlerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 olarak saptanmıştır. 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgulayan dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise hastalardan, sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmelerini istenmekte ve buna göre de sorgulama yapılmaktadır. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek maximum puan 54, minimum puan 0'dır (62). (Ek:3)

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın güç analizi G*Power ver 3.1.9.4 ile yapılmıştır.

KARRİF-BD'nin sağlık anksiyetesi üzerine etkisi basit doğrusal regresyon ile modellenerek $\beta=0.25$, %95 güç ve %95 güven düzeyleri ile 197 katılımcı olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada ilk önce tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Nicel değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. Daha sonra dağılımların normal dağılıma uygun olup olmadığı araştırılmıştır. Verilerin Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testlerine ve histogramlarına göre incelenip dağılımların normal olmadığı sonucuna varıldığından yapılan analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarını tespit etmek için Cronbach's alpha katsayı değerleri incelenmiştir. İkili veya daha fazla gruplamalarda (cinsiyet, kıdem yılı değişkeni gibi) Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Bu testler ile değişkenlerin çeşitli gruplamalara göre farklılaşıp farklılaşmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Nitel değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Ki-kare testi uygulanmıştır. Daha sonra değerlerin birbirleri arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05

olarak belirlenmiştir. Analizlerin yapılmasında IBM SPSS Statistics 23.0 paket programı kullanılmıştır.

3.6. Çıkar Çatışması

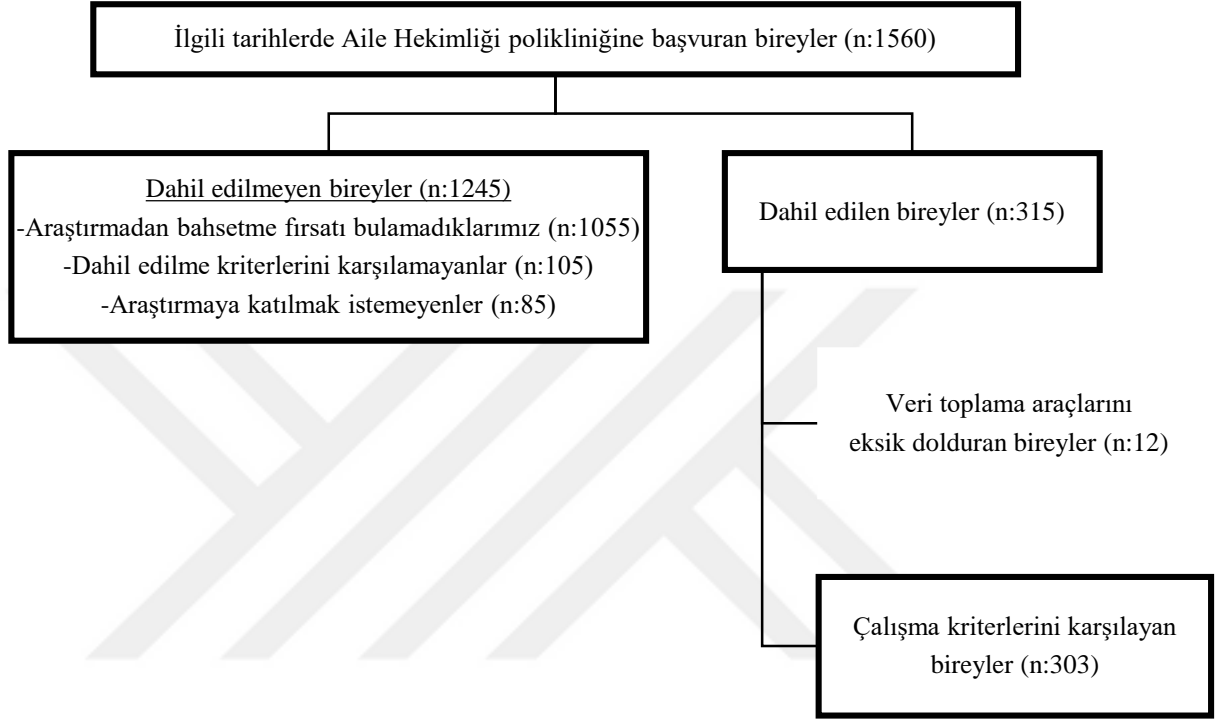
Bu araştırmada herhangi bir kişisel ya da mali çıkar atışması bulunmamaktadır.

3.7. Etik Onay ve Araştırma İzni

Bu araştırma için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 17.12.2024 tarihli, 2024-139 karar numarası ile onay alınmıştır. Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi AR-GE onayı 4 Temmuz'da alınmıştır.



4. BULGULAR



Şekil 1: Akış Şeması

Araştırma kapsamında toplamda 303 katılımcıya ulaşılmış olup katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=303)

		n (%)	KARRİF-BD X±SS	SAE X±SS	P
Cinsiyet ^a	Kadın	198(65,3)	22,2±4,1	16,3±6,8	0,874
	Erkek	105(34,7)	20,3±5,3	13,4±5,9	0,062
			P=0,003	P=0,000	
Yaş ^b	20-30	140(46,2)	23,1±4,2	16,1±5,9	0,797
	31-40	97(32)	20,6±4,3	14,9±7,2	0,738
	41-50	50(16,5)	19,5±5,1	14,6±6,6	0,921
	50 ve üzeri	16(5,3)	19,1±4,3	13,5±8,7	0,312
			P=0,000	P=0,234	
Medeni Durum ^b	Evli	180(59,4)	20,9±4,4	15,3±7	0,327
	Bekar	111(36,6)	22,5±4,8	15,7±5,9	0,674
	Dul/Boşanmış	12(4)	20,5±4,1	12±6	0,809
			P=0,000	P=0,186	

		n (%)	KARRİF-BD X±SS	SAE X±SS	P
Eğitim Durumu ^a	Lise ve altı	40(13,2)	18,7±4,2	15,5±8,4	0,882
	Üniversite ve üstü	263(86,8)	21,9±4,5	15,3±6,3	0,219
			P=0,000	0,934	
Sağlık meslek grubundan mısınız? (Doktor, hemşire, paramedik, att) ^a	Evet	170(56,1)	24±2,7	15,7±6,3	0,939
	Hayır	133(43,9)	18,4±4,7	14,8±7	0,494
			P=0,000	P=0,159	
Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Az	71(23,4)	20,9±4,7	15,4±7,9	0,884
	Gelirim Giderime Denk	140(46,2)	20,7±4,7	15,6±6,3	0,230
	Gelirim Giderimden Çok	92(30,4)	23,2±4	14,9±6,1	0,175
			P=0,000	P=0,813	
Birinci derece akrabalarımızda kalp damar hastalığı ^a	Var	163(53,8)	22,2±3,9	15,4±6,6	0,349
	Yok	140(46,2)	20,7±5,2	15,2±6,7	0,356
			P=0,024	P=0,409	
Sigara Kullanım Durumu ^b	Evet	72(23,8)	19,7±5,1	14,5±8,6	0,410
	Hayır Bıraktım	36(11,9)	20,1±4,1	15,2±6	0,948
	Hiç Kullanmadım	195(64,4)	22,4±4,3	15,7±5,9	0,600
			P=0,000	0,127	
İstedığınız zaman internete ulaşabiliyor musunuz? ^a	Evet	303(100)	21,5±4,6	15,3±6,6	0,150
	Hayır	0(0)	-	-	-
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız ne olur? ^b	İnternet	202(66,7)	21,5±4,7	15,7±6,6	0,063
	Sağlık Kuruluşu	81(26,7)	21,3±4,7	14,2±6,8	0,718
	Diğer	20(6,6)	22,3±3,7	16,2±5,7	0,719
			P=0,758	P=0,219	
Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz? ^b	Her zaman	88(29)	20,9±4,5	16,1±7,1	0,992
	Bazen	170(56,1)	21,9±4,9	15,3±6,3	0,220
	Nadiren/Hiç	45(14,9)	21,5±3,7	13,9±6,8	0,293
			P=0,055	P=207	
BKİ Grup ^b	Zayıf	7(2,3)	20±3,8	15±8,2	0,090
	Normal	146(48,2)	22,4±4,5	15±6,4	0,017*
	Fazla Kilolu	101(33,3)	20,5±4,9	15,3±6,3	0,571
	Obez	49(16,2)	21,1±4,1	16,3±7,7	0,784
			P=0,001	P=0,950	

*p<0,05, ^a Mann Whitney U testi, ^b Kruskal Wallis Testi

Araştırma grubunun yaş değişkeninin ortalamasının 33,45; BKİ'nin 25,33; boyun 167,86 cm; kilonun 71,78 kg olduğu; KARRİF-BD ölçeğinin puan ortalamasının 21,55; SAE'nin puan ortalamasının 15,38 olduğu görülmektedir. (Tablo 2)

Tablo 2. Nicel Verilerin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Ort	SS	Med	Min	Max
KARRİF-BD Puanı	21,5	4,6	23	1	28
KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü	2,3	0,9	3	0	4
Risk faktörleri	12,2	2,8	13	0	15
Risk davranışlarında değişimin sonucu	6,9	1,5	7	0	9
SAE Puanı	15,3	6,6	15	1	39
Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı	11,8	5,4	11	0	35
Hastalığın olumsuz sonuçları	3,5	2,5	3	0	12
Yaş	33,4	9	32	20	62
BKİ	25,3	4,2	24,9	16,2	40,6
Boy (cm)	167,8	8,4	167	149	190
Kilo (kg)	71,7	15,3	70	47	127

Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan /Min: Minimum /Max: Maximum

Katılımcıların KARRİF-BD Ölçeği ile SAE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da ($p>0,05$) BKİ normal olanların KARRİF-BD ile SAE puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 1)

Araştırma grubunda BKİ normal olanların KARRİF-BD, “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü” ve risk faktörleri puanları diğerlerinden anlamlı olarak ($p<0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. BKİ ile KARRİF-BD ve SAE

	BKİ Grup								P
	Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez		
	Ort±SS	Med	Ort±SS	Med	Ort±SS	Med	Ort±SS	Med	
KBD	20±3,8	20(15-25)	22,4±4,5	24(1-28)	20,5±4,9	22(1-27)	21,1±4,1	22(11-27)	0,001*
KöKY	2,2±0,9	3(1-3)	2,5±0,9	3(0-4)	2,2±0,9	2(0-4)	2,2±0,8	2(1-4)	0,002*
RF	11±2,7	11(6-14)	12,8±2,6	14(1-15)	11,5±3,1	12(0-15)	12,1±2,6	13(5-15)	0,001*
RDS	6,7±0,9	6(6-8)	7±1,6	7(0-9)	6,7±1,7	7(0-9)	6,7±1,3	7(4-9)	0,327
SAE	15±8,2	15(5-31)	15±6,4	15(1-34)	15,3±6,3	15(1-31)	16,3±7,7	15(5-39)	0,95
BAK	11,2±6,1	12(5-23)	11,7±5,3	12(0-26)	11,6±4,7	11(1-23)	12,7±6,7	11(4-35)	0,945
HoS	3,7±2,7	3(0-8)	3,3±2,4	3(0-12)	3,7±2,7	3(0-12)	3,5±2,2	3(0-8)	0,839

Kruskal Wallis testi /* $p<0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Araştırma grubunda kadınların KARRİF-BD, risk faktörleri, “risk davranışlarında değişimin sonucu”, SAE puanı, “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” puanları erkeklerden anlamlı olarak ($p<0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete Göre KARRİF-BD ve SAE

	Cinsiyet				P
	Kadın (N:198)		Erkek (N:105)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	22,2±4,1	23(7-28)	20,3±5,3	21(1-27)	0,003*
KöKY	2,4±0,8	3(0-4)	2,2±0,9	2(0-4)	0,072
RF	12,6±2,5	14(3-15)	11,5±3,2	12(0-15)	0,002*
RDS	7±1,4	7(1-9)	6,5±1,7	7(0-9)	0,009*
SAE	16,3±6,8	16(1-39)	13,4±5,9	13(1-31)	0,000*
BAK	12,6±5,6	12(0-35)	10,2±4,7	10(0-23)	0,000*
HoS	3,6±2,5	3(0-12)	3,2±2,4	3(0-12)	0,152

Mann Whitney U testi /* $p<0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Cinsiyet ile bazı nitel değişkenler arasındaki ilişki Tablo 5’da sunulmuştur.

Tablo 5. Cinsiyet ile Bazı Nitel Değişkenler Arasındaki İlişki

		Cinsiyet				P
		Kadın		Erkek		
		N	%	N	%	
Yaş	20-30	107	54	33	31,4	0,000*
	31-40	61	30,8	36	34,3	
	41-50	23	11,6	27	25,7	
	50 üzeri	7	3,5	9	8,6	
Medeni Durum	Evli	108	54,5	72	68,6	0,032*
	Bekar	83	41,9	28	26,7	
	Dul/Boşanmış	7	3,5	5	4,8	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	22	11,1	18	17,1	0,194
	Üniversite	176	88,9	87	82,9	
Sağlık meslek grubundan mısınız?	Evet	127	64,1	43	41	0,000*
	Hayır	71	35,9	62	59	
Gelir Durumu	Gelirim G. Az	55	27,8	16	15,2	0,020*
	Gelirim G. Denk	91	46	49	46,7	
	Gelirim G. Çok	52	26,3	40	38,1	
Birinci derece akrabalarımızda kalp damar hastalığı	Var	115	58,1	48	45,7	0,040*
	Yok	83	41,9	57	54,3	
Sigara kullanım durumu	Evet	36	18,2	36	34,3	0,005*
	Hayır Bıraktım	23	11,6	13	12,4	
	Hiç Kullanmadım	139	70,2	56	53,3	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız ne olur?	İnternet	131	66,2	71	67,6	0,776
	Sağlık Kuruluşu	55	27,8	26	24,8	
	Diğer	12	6,1	8	7,6	
Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz?	Her zaman	59	29,8	29	27,6	0,092
	Bazen	116	58,6	54	51,4	
	Nadiren/Hiç	23	11,6	22	21	
BKİ Grup	Zayıf	7	3,5	0	0	**
	Normal	117	59,1	29	27,6	
	Fazla Kilolu	44	22,2	57	54,3	
	Obez	30	15,2	19	18,1	

Ki-Kare testi, * $p < 0,05$, **Sayı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez. G.G.: Gelirim Giderimden

Araştırma grubunda 20-30 yaş arasında olanların KARRİF-BD, “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü”, risk faktörleri, “risk davranışlarında değişimin sonucu” ve “hastalığın olumsuz sonuçları” puanları diğer yaş gruplarından anlamlı olarak ($p < 0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Yaş Grupları ile KARRİF-BD ve SAE

	Yaş								P
	20-30 (N:140)		31-40(N:97)		41-50 (N:50)		50 üzeri(N:16)		
	Ort±SS	Med	Ort±SS	Med	Ort±SS	Med	Ort±SS	Med	
KBD	23,1±4,2	25(1-28)	20,6±4,3	21(7-27)	19,5±5,1	20,5(1-26)	19,1±4,3	21(12-25)	0,000*
KöKY	2,7±0,7	3(0-4)	2,1±0,9	2(0-4)	1,9±0,8	2(0-3)	1,8±1	2(0-4)	0,000*
RF	13,1±2,5	14(1-15)	11,7±2,6	12(5-15)	11,1±3,2	11(0-15)	10,8±3,1	12(5-15)	0,000*
RDS	7,2±1,5	8(0-9)	6,6±1,4	7(1-9)	6,5±1,8	7(0-9)	6,4±1,1	6(4-9)	0,000*
SAE	16,1±5,9	16(5-39)	14,9±7,2	14(2-35)	14,6±6,6	15(2-31)	13,5±8,7	15(1-29)	0,234
BAK	12,2±5,1	12(2-35)	11,5±5,4	11(0-27)	11,5±5,8	11,5(2-25)	10,6±7	11,5(0-24)	0,754
HoS	3,9±2,3	4(0-12)	3,3±2,7	3(0-12)	3,1±2,2	3(0-10)	2,9±2,9	2(0-10)	0,018*

Kruskal Wallis testi /* $p < 0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Yaş grupları ile bazı nitel değişkenler arasındaki ilişki Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Yaş Grupları ile Bazı Nitel Değişkenler Arasındaki İlişki

		Yaş								P
		20-30		31-40		41-50		>50		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Medeni Durum	Evli	43	30,7	80	82,5	43	86	14	87,5	**
	Bekar	96	68,6	11	11,3	4	8	0	0	
	Dul/Boşanmış	1	0,7	6	6,2	3	6	2	12,5	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	11	7,9	15	15,5	10	20	4	25	0,048*
	Üniversite	129	92,1	82	84,5	40	80	12	75	
Sağlık meslek grubundan mısınız?	Evet	108	77,1	45	46,4	13	26	4	25	0,000*
	Hayır	32	22,9	52	53,6	37	74	12	75	
Gelir Durumu	G. G. Az	32	22,9	21	21,6	11	22	7	43,8	0,510
	G. G. Denk	62	44,3	47	48,5	24	48	7	43,8	
	G. G. Çok	46	32,9	29	29,9	15	30	2	12,5	
Birinci derece akrabalarınızda kalp damar hastalığı	Var	77	55	52	53,6	26	52	8	50	0,971
	Yok	63	45	45	46,4	24	48	8	50	
Sigara kullanım durumu	Evet	21	15	28	28,9	17	34	6	37,5	0,002*
	Hayır Bıaktım	12	8,6	11	11,3	10	20	3	18,8	
	Hiç Kullanmadım	107	76,4	58	59,8	23	46	7	43,8	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız ne olur?	İnternet	95	67,9	63	64,9	32	64	12	75	**
	Sağlık Kuruluşu	31	22,1	30	30,9	16	32	4	25	
	Diğer	14	10	4	4,1	2	4	0	0	
Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz?	Her zaman	31	22,1	34	35,1	17	34	6	37,5	0,281
	Bazen	83	59,3	51	52,6	28	56	8	50	
	Nadiren/Hiç	26	18,6	12	12,4	5	10	2	12,5	
BKİ Grup	Zayıf	5	3,6	2	2,1	0	0	0	0	**
	Normal	81	57,9	44	45,4	16	32	5	31,3	
	Fazla Kilolu	36	25,7	31	32	26	52	8	50	
	Obez	18	12,9	20	20,6	8	16	3	18,8	

Ki-Kare testi, *p<0,05, **Sayı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez. G.G.: Gelirim Giderimden

Araştırma grubunda bekarların KARRİF-BD, “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü”, risk faktörleri puanları diğerlerinden anlamlı olarak (p<0,05) yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Medeni Duruma Göre KARRİF-BD ve SAE

	Medeni Durum						P
	Evli (N:180)		Bekar (N:111)		Dul/Boşanmış (N:12)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	20,9±4,4	22(1-27)	22,5±4,8	24(1-28)	20,5±4,1	21,5(12-26)	0,000*
KökY	2,2±0,9	2(0-4)	2,6±0,8	3(0-4)	1,9±0,9	2(1-3)	0,000*
RF	11,9±2,7	13(0-15)	12,8±2,8	14(1-15)	11,7±2,6	12,5(7-15)	0,001*
RDS	6,8±1,4	7(1-9)	7±1,7	7(0-9)	6,8±1,1	7(4-8)	0,231
SAE	15,3±7	15(1-35)	15,7±5,9	16(3-39)	12±6	11,5(2-22)	0,186
BAK	11,7±5,5	11(0-27)	12,1±5,3	11(0-35)	9,9±4,3	9(2-16)	0,439
HoS	3,5±2,6	3(0-12)	3,6±2,2	3(0-12)	2,1±2	2(0-7)	0,090

Kruskal Wallis testi /*p<0,05 /KBD: KARRİF-BD puanı /KökY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Medeni durum ile bazı nitel değişkenler arasındaki ilişki Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Medeni Durum ile Bazı Nitel Değişkenler Arasındaki İlişki

		Medeni Durum						P
		Evlü		Bekar		Dul/Boşanmış		
		N	%	N	%	N	%	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	30	16,7	9	8,1	1	8,3	0,098
	Üniversite	150	83,3	102	91,9	11	91,7	
Sağlık meslek grubundan mısınız?	Evet	84	46,7	81	73	5	41,7	0,000*
	Hayır	96	53,3	30	27	7	58,3	
Sizce gelir durumunuz nedir?	G. G. Az	40	22,2	27	24,3	4	33,3	0,782
	G. G. Denk	82	45,6	52	46,8	6	50	
	G. G. Çok	58	32,2	32	28,8	2	16,7	
Birinci derece akrabalarınızda kalp damar hastalığı	Var	101	56,1	56	50,5	6	50	0,620
	Yok	79	43,9	55	49,5	6	50	
Sigara kullanımı durumu	Evet	47	26,1	19	17,1	6	50	**
	Hayır Bıraktım	30	16,7	5	4,5	1	8,3	
	Hiç Kullanmadım	103	57,2	87	78,4	5	41,7	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız ne olur?	İnternet	120	66,7	75	67,6	7	58,3	0,960
	Sağlık Kuruluşu	49	27,2	28	25,2	4	33,3	
	Diğer	11	6,1	8	7,2	1	8,3	
Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz?	Her zaman	56	31,1	26	23,4	6	50	0,161
	Bazen	102	56,7	64	57,7	4	33,3	
	Nadiren/Hiç	22	12,2	21	18,9	2	16,7	
BKİ Grup	Zayıf	5	2,8	2	1,8	0	0	**
	Normal	66	36,7	74	66,7	6	50	
	Fazla Kilolu	75	41,7	21	18,9	5	41,7	
	Obez	34	18,9	14	12,6	1	8,3	

Ki-Kare testi, * $p < 0,05$, **Sayı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez. G.G.: Gelirim Giderimden

Araştırma grubunda üniversite mezunu olanların KARRİF-BD, “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü”, risk faktörleri, “risk davranışlarında değişimin sonucu” puanları eğitim düzeyi lise ve altı olanlardan anlamlı olarak ($p < 0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Eğitim Durumuna Göre KARRİF-BD ve SAE

	Eğitim Durumu				P
	Lise ve altı(N:40)		Üniversite(N:263)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	18,7±4,2	18(8-27)	21,9±4,5	23(1-28)	0,000*
KöKY	1,8±0,9	2(0-4)	2,4±0,8	3(0-4)	0,000*
RF	10,5±2,8	10,5(3-15)	12,5±2,7	13(0-15)	0,000*
RDS	6,3±1,4	6(4-9)	6,9±1,6	7(0-9)	0,003*
SAE	15,5±8,4	15,5(1-39)	15,3±6,3	15(1-35)	0,934
BAK	11,7±7	12(1-35)	11,8±5,1	11(0-27)	0,772
HoS	3,8±2,7	3(0-12)	3,5±2,4	3(0-12)	0,601

Mann Whitney U testi /* $p < 0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Araştırma grubunda sağlık meslek grubundan olanların KARRİF-BD, “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü”, risk faktörleri, “risk davranışlarında değişimin sonucu” puanları sağlık meslek grubundan olmayanlardan anlamlı olarak ($p<0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık Meslek Grubundan Olmaya göre KARRİF-BD ve SAE

	Sağlık meslek grubundan mısınız?				P
	Evet(N:170)		Hayır(N:133)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	24±2,7	25(15-28)	18,4±4,7	19(1-27)	0,000*
KöKY	2,8±0,6	3(0-4)	1,8±0,9	2(0-4)	0,000*
RF	13,6±1,6	14(7-15)	10,4±3	11(0-15)	0,000*
RDS	7,4±1,2	8(4-9)	6,1±1,6	6(0-9)	0,000*
SAE	15,7±6,3	16(1-34)	14,8±7	15(1-39)	0,159
BAK	12±5,2	12(0-27)	11,5±5,6	11(0-35)	0,350
HoS	3,6±2,5	3(0-12)	3,3±2,5	3(0-12)	0,179

Mann Whitney U testi /* $p<0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Sağlık meslek grubundan olma ile bazı nitel değişkenler arasındaki ilişki Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Sağlık Meslek Grubundan Olma ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

		Sağlık meslek grubundan mısınız?				P
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	
Gelir Durumu	G. G. Az	34	20	37	27,8	0,001*
	G. G. Denk	70	41,2	70	52,6	
	G. G. Çok	66	38,8	26	19,5	
Birinci derece akrabalarınızda kalp damar hastalığı	Var	106	62,4	57	42,9	0,001*
	Yok	64	37,6	76	57,1	
Sigara kullanım durumu	Evet	26	15,3	46	34,6	0,000*
	Hayır Bıraktım	17	10	19	14,3	
	Hiç Kullanmadım	127	74,7	68	51,1	
Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız ne olur?	İnternet	110	64,7	92	69,2	0,611
	Sağlık Kuruluşu	47	27,6	34	25,6	
	Diğer	13	7,6	7	5,3	
Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz?	Her zaman	37	21,8	51	38,3	0,007*
	Bazen	106	62,4	64	48,1	
	Nadiren/Hiç	27	15,9	18	13,5	
BKİ Grup	Zayıf	4	2,4	3	2,3	**
	Normal	99	58,2	47	35,3	
	Fazla Kilolu	48	28,2	53	39,8	
	Obez	19	11,2	30	22,6	

Ki-Kare testi, * $p<0,05$, **Sayı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez. G.G.: Gelirim Giderimden

Araştırma grubunda geliri giderinden çok olanların KARRİF-BD, “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü”, risk faktörleri, “risk davranışlarında değişimin sonucu” puanları diğerlerinden anlamlı olarak ($p<0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Gelir Durumuna Göre KARRİF-BD ve SAE

	Gelir Durumu						P
	G. G. Az (N:71)		G. G. Denk (N:140)		G. G. Çok(N:92)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	20,9±4,7	22(4-27)	20,7±4,7	22(1-28)	23,2±4	24,5(1-27)	0,000*
KöKY	2,3±0,9	3(0-4)	2,2±0,9	2(0-4)	2,7±0,7	3(0-4)	0,000*
RF	11,9±2,8	13(2-15)	11,7±2,9	12,5(0-15)	13,2±2,3	14(1-15)	0,000*
RDS	6,6±1,7	7(0-9)	6,7±1,5	7(1-9)	7,3±1,4	8(0-9)	0,003*
SAE	15,4±7,9	15(1-39)	15,6±6,3	15(3-34)	14,9±6,1	15(1-32)	0,813
BAK	11,8±6,4	11(0-35)	12,1±5,1	12(0-24)	11,3±5	11(1-26)	0,519
HoS	3,6±2,8	3(0-12)	3,5±2,3	3(0-12)	3,5±2,4	3(0-12)	0,908

Kruskal Wallis testi /*p<0,05 /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH'lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum) / G.G. : Gelirim Giderimden

Araştırma grubunda birinci derece akrabalarda kalp damar hastalığı olanların KARRİF-BD ve risk faktörleri puanları olmayanlardan anlamlı olarak (p<0,05) yüksek bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14. Birinci Derece Akrabalarda KVH Durumuna Göre KARRİF-BD ve SAE

	Birinci derece akrabalarınızda kalp damar hastalığı				P
	Var(N:163)		Yok(N:140)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	22,2±3,9	23(8-27)	20,7±5,2	22(1-28)	0,024*
KöKY	2,4±0,8	3(0-4)	2,2±1	3(0-4)	0,172
RF	12,6±2,5	14(5-15)	11,8±3,1	13(0-15)	0,012*
RDS	7±1,4	7(2-9)	6,6±1,7	7(0-9)	0,068
SAE	15,4±6,6	16(1-35)	15,2±6,7	14(1-39)	0,409
BAK	11,9±5,5	12(0-27)	11,7±5,3	11(0-35)	0,460
HoS	3,5±2,4	3(0-12)	3,5±2,5	3(0-12)	0,690

Mann Whitney U testi /*p<0,05 /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH'lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Araştırma grubunda sigarayı hiç içmeyenlerin KARRİF-BD, “KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü”, risk faktörleri, “risk davranışlarında değişimin sonucu” ve “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” puanları diğerlerinden anlamlı olarak (p<0,05) yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Sigara Kullanımı ile KARRİF-BD ve SAE

	Sigara kullanıyor musunuz?						P
	Evet (N:72)		Hayır bıraktım(N:36)		Hiç kullanmadım (N:195)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	19,7±5,1	20(1-27)	20,1±4,1	21(11-25)	22,4±4,3	24(1-28)	0,000*
KöKY	2,2±0,9	2(0-4)	2,1±0,8	2(1-3)	2,4±0,8	3(0-4)	0,009*
RF	11,1±3,1	11(0-15)	11,5±2,9	13(6-15)	12,8±2,5	14(1-15)	0,000*
RDS	6,4±1,6	7(0-9)	6,4±1,4	7(4-9)	7,1±1,5	7(0-9)	0,000*
SAE	14,5±8,6	13(1-39)	15,2±6	15(3-28)	15,7±5,9	15(1-32)	0,127
BAK	10,2±6,9	8(0-35)	12,1±5,3	12(3-27)	12,3±4,7	12(1-26)	0,003*
HoS	4,2±2,9	4(0-12)	3±2,1	3(0-8)	3,3±2,3	3(0-12)	0,055

Kruskal Wallis testi /*p<0,05 /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH'lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Araştırma grubunda sağlıkla ilgili bilmediği bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı ile tüm değişkenler arasında anlamlı ($p>0,05$) farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Sağlıkla İlgili Bilmediği Bir Durum Hakkında Bilgi Amaçlı İlk Başvuru Kaynağı ile KARRİF-BD ve SAE Arasındaki İlişki

	Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız ne olur?						P
	İnternet (N:202)		Sağlık Kuruluşu (N:81)		Diğer (N:20)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	21,5±4,7	23(1-27)	21,3±4,7	22(4-28)	22,3±3,7	23(13-27)	0,758
KöKY	2,3±0,8	3(0-4)	2,3±1	3(0-4)	2,5±0,7	3(1-3)	0,795
RF	12,5±2,9	13(0-15)	12,2±2,8	13(2-15)	12,7±1,9	13(8-15)	0,942
RDS	6,9±1,5	7(0-9)	6,7±1,6	7(0-9)	7,1±1,5	8(4-9)	0,520
SAE	15,7±6,6	15(2-39)	14,2±6,8	13(1-30)	16,2±5,7	15(9-32)	0,219
BAK	12±5,4	12(0-35)	10,9±5,4	11(0-24)	12,8±5	13(4-26)	0,291
HoS	3,6±2,4	3(0-12)	3,2±2,8	3(0-12)	3,3±1,9	3(1-8)	0,156

Kruskal Wallis testi /* $p<0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH'lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Araştırma grubunda sağlıkla ilgili bir problemde doktora bazen başvuranların risk faktörleri puanları diğerlerinden anlamlı olarak ($p<0,05$) yüksek olduğu; sağlıkla ilgili bir problemde doktora her zaman başvuranların ise “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” puanları diğerlerinden anlamlı olarak ($p<0,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Sağlıkla İlgili Bir Problemde Doktora Başvurma Sıklığı ile KARRİF-BD ve SAE Arasındaki İlişki

	Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz?						P
	Her zaman (N:88)		Bazen (N:170)		Nadiren/Hiç (N:45)		
	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	Ort ± SS	Med	
KBD	20,9±4,5	22(7-27)	21,9±4,9	24(1-28)	21,5±3,7	22(13-27)	0,055
KöKY	2,3±0,9	3(1-4)	2,4±0,9	3(0-4)	2,3±0,9	3(0-4)	0,656
RF	11,8±2,8	12(5-15)	12,5±2,9	14(0-15)	12,2±2,3	13(6-15)	0,036*
RDS	6,7±1,6	7(1-9)	6,9±1,6	7(0-9)	6,8±1,2	7(4-9)	0,356
SAE	16,1±7,1	15(1-39)	15,3±6,3	15(2-35)	13,9±6,8	13(1-32)	0,207
BAK	12,9±5,6	13(1-35)	11,7±5,1	11(0-27)	10,1±5,8	10(0-26)	0,017*
HoS	3,1±2,5	3(0-12)	3,6±2,4	3(0-12)	3,7±2,4	3(0-12)	0,195

Kruskal Wallis testi /* $p<0,05$ /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH'lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

Bu araştırmanın verilerine bakıldığında; BKİ ile yaş arasında; “KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü” ile KARRİF-BD arasında; risk faktörleri ile KARRİF-BD, “KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü” arasında; “risk davranışlarında değişimin sonucu” ile KARRİF-BD, “KVH'lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü” ve risk faktörleri arasında; “bedensel belirtilere aşırı

duyarlılık ve kaygı” ile SAE puanı arasında; “hastalığın olumsuz sonuçları” ile SAE puanı, “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” arasında anlamlı ve pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 24).

KARRİF-BD ile yaş, BKİ arasında; “KVH’lerin özellikleri, korunabilirlik ve yaş faktörü” ile yaş, BKİ arasında; risk faktörleri ile yaş, BKİ arasında; “risk davranışlarında değişimin sonucu” ile yaş arasında; SAE puanı ile yaş arasında anlamlı ve negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Korelasyon Analizi

		Yaş	BKİ	KBD	KöKY	RF	RDS	SAE	BAK	HoS
Yaş	r	--								
	p									
	N	303								
BKİ	r	,246**	--							
	p	0,000								
	N	303	303							
KBD	r	-,343**	-,181**	--						
	p	0,000	0,002							
	N	303	303	303						
KöKY	r	-,376**	-,185**	,718**	--					
	p	0,000	0,001	0,000						
	N	303	303	303	303					
RF	r	-,302**	-,152**	,917**	,607**	--				
	p	0,000	0,008	0,000	0,000					
	N	303	303	303	303	303				
RDS	r	-,204**	-0,097	,788**	,387**	,561**	--			
	p	0,000	0,091	0,000	0,000	0,000				
	N	303	303	303	303	303	303			
SAE	r	-,128*	0,021	0,083	0,112	0,065	0,053	--		
	p	0,025	0,711	0,150	0,052	0,258	0,359			
	N	303	303	303	303	303	303	303		
BAK	r	-0,090	0,021	0,086	0,108	0,057	0,086	,931**	--	
	p	0,120	0,710	0,135	0,062	0,319	0,134	0,000		
	N	303	303	303	303	303	303	303	303	
HoS	r	-,138*	0,012	0,051	0,073	0,059	-0,018	,645**	,355**	--
	p	0,016	0,834	0,376	0,203	0,307	0,755	0,000	0,000	
	N	303	303	303	303	303	303	303	303	303

Spearman korelasyon analizi /*p<0,05 /KBD: KARRİF-BD puanı /KöKY: KVH’lerin özellikleri, Korunabilirlik ve Yaş faktörü /RF: Risk Faktörleri /RDS: Risk Davranışlarında değişimin Sonucu /SAE: Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı /BAK: Bedensel belirtilere Aşırı duyarlılık ve Kaygı /HoS: Hastalığın olumsuz Sonuçları /Ort: Ortalama /SS: Standart Sapma /Med: Medyan (Minimum-Maximum)

5. TARTIŞMA

Bu araştırmadaki katılımcıların KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları $21,55\pm 4,66$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç Türkiye’de Gündoędu ve ark.’nın (63) yaptığı araştırma ($21,6\pm 4,2$) ile de benzer bulunmuştur. Arıkan ve ark.’nın (61) araştırması ($19,3\pm 3,2$) da dahil olmak üzere bazı araştırmalarda katılımcıların bu araştırmadan daha dūřuk bilgi düzeyine sahip olduğu görölmüştür. Araştırmalardaki farklı sonuçlar katılımcıların eğitim durumu, yaşanılan evre ve çeşitli demografik farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada kadınların KARRİF-BD ($22,21\pm 4,13$), erkeklerinkinden ($20,31\pm 5,32$) anlamlı derecede yüksek ($p=0,003$) bulunmuştur. Andsoy ve ark.’nın (64) yetişkin bireylerde yaptığı araştırmanın sonuçları da benzer şekilde bulunmuştur. Bununla birlikte; literatürdeki diğer araştırmalara bakıldığında KARRİF-BD yine kadınlarda yüksek olmasına rağmen istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (65–69). Bu sonuç kadınların genel olarak sağlıklarını iyileştirme ve bu konu ile ilgili daha fazla sorumluluk ve bilinç sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada yaşı 20-30 arası olanların KARRİF-BD diğerlerine nazaran anlamlı derecede yüksek ($p=0,000$) bulunmuştur. Benzer şekilde Gündoğdu ve ark.’nın (63), Tan ve ark.’nın (70) araştırmasında da gençlerin KARRİF-BD yaşlılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaların yanında istatiksel olarak anlamlı olmasa da Uçar ve ark.’nın (68) bir aile sağlığı merkezine başvuran erişkin bireylerde yaptığı araştırmada KARRİF-BD ile katılımcıların yaşı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve yaş artışıyla KARRİF-BD’nin de arttığı görölmüştür. Bununla birlikte; Kırağ ve ark.’nın (69), Arslan ve ark.’nın (65) araştırmalarında yaş ile KARRİF-BD arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu araştırmada 20-30 yaş aralığında KARRİF-BD’nin yüksek çıkması; katılımcıların çoğunluğunun üniversite mezunu olması ve sağlık meslek grubundan olmasıyla ilgili olabilir. Tam da bu aşamada bireylere; KVH’lerin gelişiminin, komplikasyonlarının ve neden olacağı hastalık yükünün kontrol altına alınabilmesi için 30 yaş üstü katılımcıların farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin arttırılması önemli olabilir.

Bu araştırmadaki bekar bireylerde KARRİF-BD anlamlı derecede yüksek ($p=0.000$) çıkmıştır. Kırağ ve ark.'ın (69) 18 yaş ve üstü yetişkin bireylerde, Uçar ve ark.'nın (68) 30 yaş üstü bireylerde, Balcı ve ark.'nın (71) ofis çalışanlarında yaptığı araştırmalarda ise KARRİF-BD ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Hatta literatürde tersi yönde araştırmalar da mevcuttur. Abukhudair ve ark.'nın (72) Suudi Arabistan'da genel halk üzerine yaptığı araştırma sonuçlarına göre evli olanlarda KARRİF-BD'leri daha yüksek bulunmuştur ve evli olmak ile KVH farkındalığı arasında anlamlı fark olduğu görölmüştür. Bu sonuçlar evli olan bireylerde artan sorumluluk bilincinin, sağlığı koruma ve geliştirme davranışına olumlu katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu araştırmada bekar katılımcıların %73'ünün, evli katılımcıların %46,7'sinin sağlık meslek mensubu olduğu; sağlık meslek mensuplarının da KARRİF-BD'nin anlamlı olarak yüksek olduğu düşünülrse bu sonuçları açıklayabilir.

Bu araştırmada eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanlarda, lise ve altında olanlara nazaran KARRİF-BD yüksek ($p=0.000$) bulunmuştur. Literatürde benzer sonuçların olduğu araştırmalar da mevcuttur (67,69,73). Bu sonuç literatürle uyumludur. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte bilgi seviyesinin artması beklenen bir durumdur.

Bu araştırmadaki katılımcılarda geliri giderinden fazla olanlarda KARRİF-BD anlamlı olarak yüksek ($p=0.000$) bulunmuştur. Buna benzer şekilde; Örs ve ark.'nın (74) yetişkin kadınlarla yaptığı, Çürük ve ark.'nın (75) KVH öyküsü olan hasta ve hasta yakınları ile yaptığı araştırmalarda geliri giderinden fazla olanların, diğerlerine göre KARRİF-BD'leri anlamlı yüksek olarak bulunmuştur. Uçar ve ark.'nın (68) ve Kırağ ve ark.'nın (69) yetişkin bireylerde yaptığı araştırmalarda da istatikselsel olarak anlamlı olmasa da iyi ekonomik durumun KARRİF-BD'ni pozitif etkilediği görölmüştür. Bu araştırmadan farklı olarak Arslan ve ark.'nın (65) akademik personelle yaptığı araştırmada geliri giderinden az olanların, KARRİF-BD'leri yüksek bulunmuş olmakla birlikte istatikselsel olarak anlamlı bir fark olmadığı görölmüştür. Arslan ve ark.'nın (65) araştırmasındaki bu sonuç günümüzde gelir seviyesinden bağımsız olarak elektronik kaynakların yaygınlaşması ve bilgiye ulaşmanın kolaylaşması ile açıklanabilir. Bunun yanında bu araştırmada olduğu gibi gelir durumu yükseldikçe bireylerin eğitim olanaklarının da artmasıyla sahip olunan bilgi ve farkındalık da artıyor olabilir.

Bu araştırmada sağlık meslek grubundan olanlarda KARRİF-BD anlamlı olarak yüksek ($p=0.000$) bulunmuştur. Literatür de bu sonucu desteklemektedir (76-78). Bu

araştırmadaki sağlık ile ilgili eğitim alan ve bu alanlarda çalışan bireylerin bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Sağlık çalışanlarının aldıkları eğitimlerin, sahip oldukları KVH risk faktörleri farkındalığını arttırdığı söylenebilir.

Normal BKİ'ne sahip olan katılımcıların KARRİF-BD'leri zayıf ya da kilolu olanlara göre anlamlı derecede yüksek ($p=0.001$) bulunmuştur. Bunun aksine; Uçar ve ark.'nın (68) araştırmasında obez kategorisinde olanlarda diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çoğu araştırmada BKİ ile KARRİF-BD arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir (65,67,69,70). Bu araştırmadaki normal kilodaki bireylerde KARRİF-BD'nin daha yüksek çıkmasının sebebi; araştırmadaki normal kilolu bireylerin %58,2'sinin sağlık meslek grubundan olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada birinci derece akrabalarında KVH öyküsü olanlarda KARRİF-BD anlamlı olarak yüksek ($p=0.024$) bulunmuştur. Gürdoğan ve ark.'nın (73), Tan ve ark.'nın (70) araştırmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Literatürde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ailede kalp hastası olanlarda KARRİF-BD'nin yüksek olduğu araştırmalar da vardır (65,68,77). Ailede KVH öyküsü olması, kişilerin risk faktörleri ile ilgili ailelerinden veya sağlık kuruluşlarından daha fazla bilgi alabilmelerine olanak sağlayacağı için KARRİF-BD'nin yüksek olması olasıdır.

Bu araştırmada sigarayı hiç kullanmayanların KARRİF-BD diğerlerinden anlamlı olarak yüksek ($p=0.000$) bulunmuştur. Benzer doğrultuda Balcı ve ark.'nın (71) ve Uysal ve ark.'nın (76) araştırmalarında da sigara kullanmayanların KARRİF-BD'leri kullananlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Karatay ve ark.'nın (66), Uçar ve ark.'nın (68), Yılmaz ve ark.'nın (67) araştırmalarında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. Bu araştırmaların aksine; Tan ve ark.'nın (70), Mullie ve Clarys'in (79) araştırmalarında sigara kullananların KARRİF-BD kullanmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hammond ve ark.'nın sigara paketlerindeki uyarı etiketlerinin sigara kullanımının riskleri ile ilgili bilgiye katkısını inceledikleri araştırmalarında sigara üzerinde uyarıcı etiket kullanılan ülkelerdeki sigara kullanıcılarının daha yüksek sağlık bilgisine sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonuç sigara içenlerin bilgi düzeyleri iyi olmasına rağmen, bağımlılıkları nedeniyle sigara içmeye devam ettikleri şeklinde yorumlanmıştır (80). Mevcut araştırmalara bakıldığında sigara kullanımı ile bilgi puanları arasındaki ilişkide farklı sonuçlara varıldığı görülmektedir. Bu araştırmada sigarayı hiç kullanmayanların %71,2'sinin kadın olması (kullananların %50'si kadın), %54,8'inin 20-30 yaş aralığında olması (kullananların 29,1'i), %65,1'inin sağlık meslek

mensubu olması (kullananların %36,1'i) ve bu grupların KARRİF-BD'lerinin anlamlı olarak yüksek bulunması; bu durumu açıklayabilir.

Bu araştırmada sağlıkla ilgili merak edilen bir durum hakkında, bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağı ile tüm değişkenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Sağlıkla ilgili bir problemde doktora başvurma sıklığı ile "risk faktörleri" ve "bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı" arasında anlamlı ($p<0,05$) farklılık tespit edilmiştir. Sonuçlara göre, sağlıkla ilgili bir problemde doktora bazen başvuranların risk faktörleri puanlarının diğerlerine nazaran yüksek olduğu; sağlıkla ilgili bir problemde doktora her zaman başvuranların ise bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı puanlarının diğerlerine nazaran yüksek olduğu görülmüştür. Risk faktörleri bilgi düzeyi daha iyi olanların gereksiz hastane başvurularından kaçındığı sonucuna varılmıştır. Sağlık kaygısı fazla olanların doktor başvuru sıklıklarının fazla olması beklenen bir durumdur.

SAE'den alınabilecek en yüksek puanın 54 olduğunu göz önünde bulundurarak bu araştırmadaki katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin yüksek olmadığı söylenebilir ($15,38\pm 6,67$). Gül ve ark.'nın (81), Bozkurt ve ark.'nın (82) araştırmalarının hasta gruplarında, Aydemir ve ark.'nın (62) araştırmasının kontrol grubunda, Esen ve ark.'nın (83) ve Oğulluk'un (84) araştırmasında SAE ortalama puanı bu araştırmadan 1-2 puan daha yüksek çıkmıştır. Bu araştırmada kronik hastalığı (psikiyatrik hastalıklar dahil) olanlar dahil edilmediğinden dolayı anksiyete ortalaması düşük çıkmış olabilir. Gül ve ark.'nın (81), Bozkurt ve ark.'nın (82) araştırmalarının sağlıklı kontrol grubunda ise SAE ortalama puanları bu araştırmadan 1-4 puan kadar düşük bulunmuştur. Bu araştırmada SAE ortalama puanlarının daha yüksek bulunması katılımcıların %65,3'ünün kadın olmasına (diğer ikisinin %60,2 ve %56,6'sı kadın) ve kadınlarda sağlık anksiyetesinin anlamlı olarak yüksek bulunmuş olmasına bağlı olabilir.

Sağlık anksiyetesinin cinsiyetle olan ilişkisini değerlendirdiğimizde kadınların sağlık anksiyetesi puanları erkeklere nazaran yüksek ($p=0.000$) bulunmuştur. MacSwain ve ark. (85), Yılmaz ve ark.'nın (86) ve Oğulluk'un (84) araştırmalarında da aynı doğrultuda kadınların sağlık anksiyetesi yüksek bulunmuştur. Bunların yanında hemşirelerin sağlık kaygısını değerlendiren bir araştırmada sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre fark göstermediği bir araştırma da mevcuttur (87). Genel anksiyetenin ölçüldüğü araştırmalarda da kadınların genel anksiyetesinin erkeklerden yüksek olduğu

gösterilmiştir (88). Tüm dünyada çocukluktan başlayarak şiddet, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılarla, ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler nedeniyle stresle en fazla karşı karşıya kalanların kadınlar olduğu görülmüştür (89). Bu doğrultuda kadınların sağlık anksiyetesi puanlarının anlamlı yüksek bulunması doğal karşılanabilir. “Bedensel belirtilere duyarlılık ve kaygı” puanlarının da kadınlarda ve doktora başvurma eğilimi yüksek olanlarda daha yüksek bulunması, bu grubun daha fazla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırmada sigara içmeyenlerin “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” puanları diğerlerine nazaran yüksek ($p=0.003$) bulunmuştur. Sigara içenlerin sağlık kaygılarının az olması beklenen bir durumdur. Sigara kullanan bireylerin KVH riskleri daha yüksektir; bu nedenle bilgilendirme ve sigarayı bırakma programlarının artırılması, kullanmayanların ise mevcut davranışlarını sürdürmelerinin desteklenmesi önemlidir.

Araştırmada ayrıca sağlıkla ilgili bir problemde doktora her zaman başvuranların “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” puanları diğerlerine nazaran yüksek ($p=0.017$) bulunmuştur. Sağlık kaygısı ile doktor başvurusu arasında pozitif bir korelasyon olması beklenen bir durumdur.

Ek olarak yaşı 20-30 arası olanların “hastalığın olumsuz sonuçları” puanları diğerlerine nazaran yüksek ($p=0.018$) bulunmuştur. Bu bulgu ile uyumlu olarak bazı araştırmalarda yaş artışı ile paralel olarak sağlıklı beslenme ve yaşam koşullarının artması, yaşlı bireylerin sağlık ile ilgili daha fazla bilgi ve deneyimlerinin olması nedeniyle bu bireylerde sağlık anksiyetelerinin daha az olabileceğini, genç bireylerin ise sağlıklı vücutlarını kaybetme ve planlarını gerçekleştiremeyecek olmaları gibi düşünceleri nedeniyle sağlık anksiyetelerinin daha fazla olabileceği vurgulanmıştır (90).

Bu araştırmanın sonucuna göre; BKİ normal olan bireylerin KARRİF-BD ile SAE puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunsa ($p<0,05$) da diğer tüm değişkenler özelinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Normal kilolu olanların sağlıklı olma halini kaybetme kaygısına sahip olduklarını ve kilolarını koruma yönünde daha bilinçli olduklarını düşünürsek; bilgi düzeylerinin anksiyetelerini etkilemesi beklenen bir durum olabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Verilerin sadece orum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerden elde edilmesi nedeniyle sonuçlar Türkiye nüfusunun tamamını yansıtmayabilir. Sağlık meslek grubunda olanların da polikliniğe sık başvurmaları; katılımcıların yarıdan fazlasının bilgi düzeyleri yüksek olan sağlık meslek grubundan olmasına neden olmuştur. Bu durum araştırmanın sonucunu tek taraflı etkilemiş olabilir. Katılımcıların henüz tanısı konulmamış kronik hastalık ya da psikiyatrik hastalıklarının olması, alkol-madde kullanıyor olmasına rağmen kendilerini bağımlı olarak görmüyor olabilmesi ve bunları beyan etmemeleri bu araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, KARRİF-BD ile SAE arasında genel anlamda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte, risk faktörleri hakkında doğru bilgiye sahip bireylerin sağlık kurumuna gereksiz başvurulardan kaçındığı görülmüştür. Bu durum bireylerin KVH risk faktörleri açısından da doğru bir şekilde bilgilendirilmelerinin ve en nihayetinde de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Sağlık anksiyetesi arttıkça hastane başvuru sıklığının arttığı görülmüştür. Sağlık anksiyetesi yüksek bireylerin erken tanınması, psikososyal destek ve gerektiğinde bilişsel davranışçı terapi, danışan ya da hasta merkezli yaklaşımların uygulanması faydalı olabilir.

Ayrıca sağlık iletişimde güvenilir bilgi kaynaklarının öne çıkarılması, yanlış bilgilerin yayılımının önlenmesi ve toplumla sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin güçlendirilmesi önemli görünmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Hypertension. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/hypertension> Erişim tarihi: 28 Eylöl 2025
2. Patil SP, Krishnan JA, Lechtzin N, Diette GB. In-hospital mortality following acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Archives of internal medicine. 2003;163(10):1180-6.
3. American Heart Association. Heart disease remains leading cause of death as key health risk factors continue to rise. Erişim adresi: <https://newsroom.heart.org/news/heart-disease-remains-leading-cause-of-death-as-key-health-risk-factors-continue-to-rise> Erişim tarihi: 28 Eylöl 2025
4. TÜİK Kurumsal. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195> Erişim tarihi: 28 Eylöl 2025
5. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health Anxiety: Current Perspectives and Future Directions. Curr Psychiatry Rep. Ağustos 2010;12(4):306-12.
6. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf Erişim tarihi: 30 Kasım 2024
7. Laslett LJ, Alagona P, Clark BA, Drozda JP, Saldivar F, Wilson SR, vd. The Worldwide Environment of Cardiovascular Disease: Prevalence, Diagnosis, Therapy, and Policy Issues. Journal of the American College of Cardiology. Aralık 2012;60(25):S1-49.
8. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, vd. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 05 Mart 2019;139(10). Erişim adresi: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000659> Erişim tarihi: 01 Aralık 2024
9. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, vd. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1· 25 million people. The Lancet. 2014;383(9932):1899-911.
10. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. European heart journal. 2014;35(42):2950-9.
11. Ritchey MD, Wall HK, Gillespie C, George MG, Jamal A. Million hearts: prevalence of leading cardiovascular disease risk factors—United States, 2005-2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63(21):462-7.
12. Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R, Ohman EM, Röther J, vd. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. Jama. 2007;297(11):1197-206.

13. Wilson PW. Overview of established risk factors for cardiovascular disease. UpToDate Updated. 2018; 13. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-established-risk-factors-for-cardiovascular-disease> Erişim tarihi: 01 Aralık 2024
14. Vasan RS, Sullivan LM, Wilson PWF, Sempos CT, Sundström J, Kannel WB, vd. Relative Importance of Borderline and Elevated Levels of Coronary Heart Disease Risk Factors. *Ann Intern Med.* 15 Mart 2005;142(6):393.
15. The Global Cardiovascular Risk Consortium. Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med.* 05 Ekim 2023;389(14):1273-85.
16. Libby P. Inflammation and the pathogenesis of atherosclerosis. C. 154, *Vascular Pharmacology.* Elsevier; 2024. s. 107255. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1537189123001155> Erişim tarihi: 09 Aralık 2024
17. Gregg EW, Cheng YJ, Cadwell BL, Imperatore G, Williams DE, Flegal KM, vd. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *Jama.* 2005;293(15):1868-74.
18. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, vd. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction: The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation.* 02 Şubat 2010;121(4):586-613.
19. Li S, Chen W, Srinivasan SR, Bond MG, Tang R, Urbina EM, vd. Childhood cardiovascular risk factors and carotid vascular changes in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Jama.* 2003;290(17):2271-6.
20. Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB, vd. Trends in cardiovascular complications of diabetes. *Jama.* 2004;292(20):2495-9.
21. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, Serum Lipids, Blood Pressure, and Sex Differences in Myocardial Infarction: A 12-Year Follow-up of the Finnmark Study. *Circulation.* Şubat 1996;93(3):450-6.
22. Hung J, Whitford EG, Hillman DR, Parsons RW. Association of sleep apnoea with myocardial infarction in men. *The Lancet.* 1990;336(8710):261-4.
23. Savji N, Rockman CB, Skolnick AH, Guo Y, Adelman MA, Riles T, vd. Association Between Advanced Age and Vascular Disease in Different Arterial Territories. *Journal of the American College of Cardiology.* Nisan 2013;61(16):1736-43.
24. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E. Contribution of trends in survival and coronar y-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 Who Monica Project populations. *The Lancet.* 1999;353(9164):1547-57.
25. Kappert K, Böhm M, Schmieder R, Schumacher H, Teo K, Yusuf S, vd. Impact of Sex on Cardiovascular Outcome in Patients at High Cardiovascular Risk: Analysis of the Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE-Intolerant Subjects With Cardiovascular Disease (TRANSCEND) and the Ongoing Telmisartan Alone and in Combination With Ramipril Global End Point Trial (ONTARGET). *Circulation.* 21 Ağustos 2012;126(8):934-41.

26. Charchar FJ, Bloomer LD, Barnes TA, Cowley MJ, Nelson CP, Wang Y, vd. Inheritance of coronary artery disease in men: an analysis of the role of the Y chromosome. *The Lancet*. 2012;379(9819):915-22.
27. Sesso HD, Lee IM, Gaziano JM, Rexrode KM, Glynn RJ, Buring JE. Maternal and Paternal History of Myocardial Infarction and Risk of Cardiovascular Disease in Men and Women. *Circulation*. 24 Temmuz 2001;104(4):393-8.
28. Patel J, Al Rifai M, Scheuner MT, Shea S, Blumenthal RS, Nasir K, vd. Basic vs more complex definitions of family history in the prediction of coronary heart disease: the multi-ethnic study of atherosclerosis. İçinde: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier; 2018. s. 1213-23. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619618300454> Erişim tarihi: 09 Aralık 2024
29. Ranthe MF, Carstensen L, Øyen N, Tfelt-Hansen J, Christiansen M, McKenna WJ, vd. Family History of Premature Death and Risk of Early Onset Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. Ağustos 2012;60(9):814-21.
30. Berg AO. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Family History and Improving Health. *Ann Intern Med*. 15 Aralık 2009;151(12):872.
31. Miura K, Daviglius ML, Dyer AR, Liu K, Garside DB, Stamler J, vd. Relationship of blood pressure to 25-year mortality due to coronary heart disease, cardiovascular diseases, and all causes in young adult men: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry. *Archives of internal medicine*. 2001;161(12):1501-8.
32. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanans F, vd. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The lancet*. 2004;364(9438):937-52.
33. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation*. Ocak 1979;59(1):8-13.
34. Vaccaro O, Eberly LE, Neaton JD, Yang L, Riccardi G, Stamler J, vd. Impact of diabetes and previous myocardial infarction on long-term survival: 25-year mortality follow-up of primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine*. 2004;164(13):1438-43.
35. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJL, Mann JF, vd. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. *The Lancet*. 2013;382(9889):339-52.
36. Levey AS, Coresh J, Bolton K, Culeton B, Harvey KS, Ikizler TA, vd. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*. 2002;39(2 SUPPL. 1):i-ii+.
37. Wilhelmsson C, Elmfeldt D, Vedin JA, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *The Lancet*. 1975;305(7904):415-20.
38. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The Association of Changes in Physical-Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality among Men. *N Engl J Med*. 25 Şubat 1993;328(8):538-45.
39. Held C, Iqbal R, Lear SA, Rosengren A, Islam S, Mathew J, vd. Physical activity levels, ownership of goods promoting sedentary behaviour and risk of myocardial infarction: results of the INTERHEART study. *European heart journal*. 2012;33(4):452-66.

40. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Jama*. 2014;311(8):806-14.
41. Eckel RH, York DA, Rössner S, Hubbard V, Caterson I, St. Jeor ST, vd. Prevention Conference VII: Obesity, a Worldwide Epidemic Related to Heart Disease and Stroke: Executive Summary. *Circulation*. 02 Kasım 2004;110(18):2968-75.
42. Walli-Attai M, Rosengren A, Rangarajan S, Breet Y, Abdul-Razak S, Al Sharief W, vd. Metabolic, behavioural, and psychosocial risk factors and cardiovascular disease in women compared with men in 21 high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study. *The Lancet*. 2022;400(10355):811-21.
43. Collaboration ERF. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9709):132-40.
44. American Psychiatric Association. Diagnostic & Statistic Manual of Mental Disorders V–Text Revision. American Psychiatric Association; 2022. Erişim adresi: <https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf> Erişim tarihi: 15 Aralık 2024
45. Levenson JL. Illness anxiety disorder: Epidemiology, clinical presentation, assessment, and diagnosis. UpToDate; 2020. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/illness-anxiety-disorder-epidemiology-clinical-presentation-assessment-and-diagnosis> Erişim tarihi: 14 Aralık 2024
46. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders V. Am Psychiatric Assoc. 2013;21(21):591-643.
47. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AE, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;101:31-7.
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR. American Psychiatric Association; 2000. Erişim adresi: https://drive.google.com/file/d/0BwD-YtZFWfxMNzY0YmFjZjEtOGVkJZS00YTIILWl0MDU0tOGI3MjQ0NDk5ZDY0/view?hl=en&authkey=CIPeioCJ&resourcekey=0-gPv26_-3-dnC8B5pwp5Wmg Erişim tarihi: 15 Aralık 2024
49. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):56-61.
50. Rask CU, Munkholm A, Clemmensen L, Rimvall MK, Ørnboel E, Jeppesen P, vd. Health Anxiety in Preadolescence - Associated Health Problems, Healthcare Expenditure, and Continuity in Childhood. *J Abnorm Child Psychol*. Mayıs 2016;44(4):823-32.
51. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosomatic medicine*. 2019;81(5):398-407.
52. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 2006;29(2):503-19.

53. Russell Noyes JR, Holt CS, Happel RL, Kathol RG, Yagla SJ. A family study of hypochondriasis. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(4):223-32.
54. Longley SL, Broman-Fulks JJ, Calamari JE, Noyes R, Wade M, Orlando CM. A taxometric study of hypochondriasis symptoms. *Behavior Therapy*. 2010;41(4):505-14.
55. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. C. 2015. Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015. Erişim adresi: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/11671/> Erişim tarihi: 14 Aralık 2024
56. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):391-408.
57. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of general psychiatry*. 1992;49(2):101-8.
58. Sakai R, Nestoriuc Y, Nolido NV, Barsky AJ. The prevalence of personality disorders in hypochondriasis. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(1):15476.
59. olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(5):363-77.
60. Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, Jacobs DG, Lomax JW, Riba MB, vd. The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults. *AJP*. 01 Ağustos 2015;172(8):798-802.
61. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37(1):35-40.
62. Aydemir Ö, Kirpınar I, Sati T, Uykur B, Cengiziz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013; 50(4). Erişim adresi: <https://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/420/buyuk/325-331.pdf> Erişim tarihi: 10 Mart 2025
63. Gündoğdu NA, Gündüz ES, Mert ZT. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Ne Kadar Biliyoruz? *Hastane Öncesi Dergisi*. 2021;6(1):99-116.
64. Andsoy II, Sevinc Tastan RN, Emine Iyigun RN, 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(1):115.
65. Arslan DE, Akça NK. Akademik personelin kardiyovasküler risk farkındalıkları. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2020;9(2):31-8.
66. Karatay G, Yeşiltepe A, Aktaş H. 40 Yaş Üstü Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri Ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi. Erişim adresi: https://www.academia.edu/download/78536149/40_yas_ustu_bireylerde_KVS_risk_degerlendirilmesi.pdf Erişim tarihi: 10 Mart 2025
67. Yılmaz FT, Kumsar AK, Çelik S. Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. 2018; Erişim adresi: <https://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12445/72> Erişim tarihi: 10 Mart 2025

68. Uçar A, Arslan S. Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. 2017; Erişim adresi: <https://jag.journalagent.com/z4/vi.asp?pdid=kvhd&plng=tur&un=KVHD-36035&look4=> Erişim tarihi: 10 Mart 2025
69. Kırağ N, Çalışkan G. Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. Medical Sciences. 2020;15(1):1-11.
70. Tan M, 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(3):331-41.
71. Balcı AS, Kolaç N, Şahinkaya D, Yılmaz E, Nirgiz C. Ofis çalışanlarında kardiyovasküler hastalık riski ve bilgi düzeyi. Turk J Cardiovasc Nurs. 2018;9(18):1-6.
72. Abukhudair W, Alosaimi MA, Alghamdi BA, Alharthi RA, Mahjari AA, Albalawi IA, vd. Awareness of coronary artery disease risk factors among the population of Taif City, Saudi Arabia. Cureus. 2022; 14(10). Erişim adresi: <https://www.cureus.com/articles/115128-awareness-of-coronary-artery-disease-risk-factors-among-the-population-of-taif-city-saudi-arabia.pdf> Erişim tarihi: 10 Mart 2025
73. Paslı Gürdoğan E, Kurt S, Ünsar S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. Euras J Fam Med. 2014;3:79-84.
74. 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(2):81-8.
75. Çürük GN, Bayındır SK, Oğuzhan A. Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta Ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;27(1):40-7.
76. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Awareness about preventable cardiovascular risk factors of students attending Faculties of Nursing and Literature/Hemşirelik ve Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin önlenebilir kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili farkındalıkları. The Anatolian Journal of Cardiology. 2013;13(7):728.
77. Oğuz S, Erguvan B, Ünal G, Bayrak B, Çamcı G. Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. MN kardioloji. 2019; 26(3). Erişim adresi: <https://avesis.marmara.edu.tr/yayin/1a8c4349-452d-49d5-ae35-3e39d517ea14/universite-ogrencilerinde-kardiyovaskuler-hastaliklar-risk-faktorleri-bilgi-duzeyinin-belirlenmesi> Erişim tarihi: 11 Mart 2025
78. Yılmaz FT, Kumsar AK, Çelik S. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2018;15(2). Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_15_2_63_70.pdf Erişim tarihi: 10 Mart 2025
79. Mullie P, Clarys P. Association between cardiovascular disease risk factor knowledge and lifestyle. Food and nutrition sciences. 2011;2(10):1048-53.

80. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco control*. 2006;15(suppl 3):iii19-25.
81. Gül Aİ, Özdemir T, Börekci E. Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2016;7(4):437-9.
82. Bozkurt Zincir S, Sunbul M, Aydın Sunbul E, Dalkilic B, Cengiz F, Kivrak T, vd. Evaluation of Alexithymia, Somatosensory Sensitivity, and Health Anxiety Levels in Patients with Noncardiac Chest Pain. *BioMed Research International*. 2014;2014:1-6.
83. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2018;7(1):5-13.
84. Aktürk Oğulluk Z. Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması. 2019;
85. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 2009;47(8):938-43.
86. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*. 2018; 23(1). Erişim adresi: <https://www.firattipdersisi.com/pdf.php3?id=1076> Erişim tarihi: 11 Mart 2025
87. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;6(1):19-29.
88. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(3):209-16.
89. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(1):21-7.
90. Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(3):81-99.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ANKETİ

Değerli katılımcılar;

Cevaplandıracağınız bu anket; kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi değerlendirme amaçlı bir bilimsel araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

Verdiğiniz bilgiler yalnızca bu araştırmanın verileri olarak kullanılacak olup, gizlilik esastır. Anket formuna kimliğinizi belli eden bir ifade yazmayınız ya da bir işaret koymayınız. Araştırmanın doğru bir şekilde sonuçlanabilmesi için hiçbir ifadeyi cevapsız bırakmamanızı rica eder, içtenlikle vereceğiniz cevaplarla araştırmaya yapmış olduğunuz katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Abdurrahman ÖZ

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Araştırma Görevlisi

1. Cinsiyetiniz:

A) KADIN (), B) ERKEK ()

2. Yaşınız:.....

3. Boyunuz:cm Kilonuz:kg BKİ:.....

4. Medeni durumunuz:

A) EVLİ (), B) BEKAR (), C) DUL/BOŞANMIŞ ()

5. Eğitim durumunuz:

A) LİSE VE ALTI (), B) ÜNİVERSİTE MEZUNU (),

6. Sağlık meslek grubundan mısınız? (Doktor, hemşire, paramedik, att, vb)
A) EVET (), B) HAYIR () Mesleğiniz :
7. Gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisine daha çok uymaktadır:
A) GELİRİM GİDERİMDEN AZ (), B) GELİRİM GİDERİME DENK (),
C) GELİRİM GİDERİMDEN ÇOK ()
8. Birinci derece akrabalarınızda kalp damar hastalığı (koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık(inme, felç), hipertansiyon, periferik arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomyopati), kalp krizi, ani ölüm (Erkeklerde 55 yaş öncesi, kadınlarda 65 yaş öncesi) öyküsü var mı?
A) VAR (), B) YOK ()
9. Sigara kullanıyor musunuz?
A) EVET KULLANIYORUM (),
B) HAYIR BIRAKTIM (),
C) HİÇ KULLANMADIM ().
10. İstedığınız zaman internete ulaşabiliyor musunuz?
A) EVET (), B) HAYIR ().
11. Sağlıkla ilgili bilmediğiniz bir durum hakkında bilgi amaçlı ilk başvuru kaynağınız nedir?
A) İNTERNET (), B) SAĞLIK KURULUŞU (Doktor, hemşire vb) (),
C) DİĞER (KİTAP/DERGİ vs)
12. Sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda ne sıklıkta doktora başvurursunuz?
A) HER ZAMAN (), B) BAZEN (), C) NADİREN/HİÇ ().

EK-2: KARRİF-BD ÖLÇEĞİ

KARDİYOYASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEY ÖLÇEĞİ

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

EK-3: SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

- 1.(a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
 - (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
 - (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
 - (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
- 2.(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
 - (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
 - (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
 - (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
 - (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
 - (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
 - (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
 - (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
 - (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
 - (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
 - (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- 7.(a) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımı ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımı ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
- (b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
- (c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
- (b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
- (c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
- (b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
- (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
- (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

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

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

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

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

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK 4. KARRİF-BD ÖLÇEĞİ İZİNİ



EK 5. SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ KULLANIM İZİNİ



EK 6. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

EK 7. EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONAYI

TURNİTİN KONTROL.rtf			
ORJİNALLIK RAPORU			
% 15	% 13	% 9	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı		% 2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı		% 2
3	www.firattipdergisi.com İnternet Kaynağı		% 1
4	studylibtr.com İnternet Kaynağı		% 1
5	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı		% 1
6	earsiv.hitit.edu.tr İnternet Kaynağı		% 1
7	www.bmij.org İnternet Kaynağı		% 1
8	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı		% 1