

Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları[‡]

Birsen ALTAY*

- ✓ Bu çalışma 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı özellikte olan araştırma nisan-mayıs 2006 tarihleri arasında 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yapılmıştır. İncelenen grup 15-49 yaş grubu kadınlardır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 130 kadın oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak kadınların demografik özelliklerini içeren bir anket formu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programı kullanılarak, ortalama, standart sapma, mann-whitney U testi, Kruskal Wallis Test ve t testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya alınan kadınların sağlığın geliştirilmesi ile ilgili sağlık davranışlarının genel olarak orta düzeyde (124.6 ± 17.7) olduğu, en yüksek puan (37.6 ± 6.0) ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan (8.3 ± 2.8) ortalamasının ise egzersiz boyutuna ait olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stres yönetimi ile bireysel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Gelirin artması ve çocuk sayısının az olmasına bağlı olarak SYBD'na uygun tutum sergileme düzeyi artmaktadır. Çalışma sonucunda yaş, eğitim durumu, kronik hastalık durumu gibi değişkenlerin SYBD'larını etkilemediği saptanmıştır.

Bu verilere göre kadınlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırıcı programların hazırlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlığı geliştirme, kadın, sağlık davranışı

- ✓ **Healthy Lifestyle Behaviours of 15-49 Aged married Women in the District of 6 Numbered Primary Health Care Center in Samsun**

The aim of this study is to evaluate the healthy lifestyle behaviours of 15-49 aged married women and effective factors on it in the district of 6 Numbered Primary Health Care Center. This descriptive study was carried out in the district of 6 Numbered Primary Health Care Center between April-May 2006. The study group was consist of 130 15-49 aged married women who were agree to take part in the study.

For this purpose, "Healthy promoting lifestyle inventory" and questionnaire were used. The data were evaluated by using SPSS and analyzed with mean, standart deviation, t test, Kruskal Wallis Test, Mann-Whitney U test.

It was found out that women included in this study were generally at medium level (124.75 ± 24.51), as regard to promotion of health dealing with health behaviours, and that the highest mean score was self-actualization (37.6 ± 6.0) and the lowest mean score was exercise (8.3 ± 2.8). There was no statistically significant correlation between self-actualization, interpersonal support, stres management and individual features. Also it was found that

[‡] 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi'nde (09-12 Kasım 2006, Marmaris/Muğla) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

* Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu, SAMSUN

increased behaviour health promotion lifestyle related to health as decrease child number and high level of income.

The results of the study showed that, there are no statistical significant relationships between age, level of education and chronic disease with health lifestyle behaviour of women. The study suggests that it is advisable to prepare training programs on Healthy Lifestyle Behaviours of women to increase the level of knowledge.

Key words: Health promotion, women, health attitude

GİRİŞ

Sağlığı geliştirme, bireyin sağlık potansiyelini ve enerjisini kullanması, doyurucu yaşam sürmesi, üretken olabilmesi, sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmesi için sağlık ve iyilik düzeylerinin yükseltilmesi aktivitelerinden oluşur^(1,2). Bu aktiviteler kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir⁽³⁾.

Hastalık ve ölümlerin %90'ının bireyin yaşam tarzı (sigara, egzersiz yokluğu, stres) ve sosyal koşullara (gelir düzeyi, yeme alışkanlığı) bağlı olarak sağlığa uygun tutum ve davranışların olmayışı ile meydana geldiği belirtilmektedir⁽⁴⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı çıkan hastalıklar nedeniyle olmaktadır⁽⁵⁾. Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşumunda, kişinin kendi tutum ve davranışlarının diğer bir deyimle yaşam biçiminin rolü büyüktür. Örneğin aşırı miktarlarda yağlı besinler, tuz, alkol alınımı, sigara içilmesi, hava kirlenmesi, hareketsiz bir yaşam bu tür hastalıkların oluşumunu hızlandırır. Hatalı tutum ve davranışlar sağlığa çok yönlü zarar verebilmektedir. Nitekim uygun olmayan bir beslenme biçimi kalp hastalığı, tansiyon yüksekliği, kolorektal kanser, felç, şeker hastalığı, osteoporoz, mide ülseri ve beslenme bozukluklarının ortaya çıkması riskini taşımaktadır⁽⁵⁾. Yapılmış bir çok çalışmada sağlığa zarar veren tutum ve davranışların sağlık ve yaşam kalitesini düşürdüğü ölüme, sakatlık ve yetmezliklere neden olan hastalıklara yol açtığı belirtilmiştir⁽³⁾.

Sağlık bakımının maliyetinin artması, sağ-

lık sorunları ile yaşam biçimi arasındaki bağlantı nedeniyle sağlığın geliştirilmesi üzerinde önemle durulan konu olmuştur. Diğer taraftan temel sağlık hizmetleri felsefesine göre bireyler ve toplumlar kendi sağlıklarından sorumlu olmalıdır. Bu nedenle bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluklarını üstlenmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uygun tutum sergilemeleri beklenmektedir⁽⁶⁻⁸⁾. Bunu sağlamak için bireyler eğitilmeli ve bilinçlendirilmeli ve insanları sağlıklarından sorumlu olabilecek nitelikte bilgi ve beceri sahibi kişiler olmaları sağlanmalıdır⁽⁹⁻¹¹⁾.

DSÖ Avrupa bölgesi herkes için sağlık stratejisi hedeflerinden biri de kadın sağlığını korumak ve geliştirmek; böylece sağlığa olumsuz tutum ve davranışlardan dolayı meydana gelen anne ve çocuk hastalık ve ölümlerini azaltmaktır⁽¹²⁾. Ülkemizde kadınlar gebelik ve lohusalık dönemlerinde karşılaştıkları komplikasyonlar nedeniyle hayatlarını kaybetmekte ve ölümlerin hemen hepsi önlenemez nedenlerden dolayı olmaktadır^(13,14). Bu nedenle kadınlar sağlık hizmetlerinde öncelikle ele alınması gereken hedef grubu oluşturmaktadır. Bu açıdan son derece önemli olan kadın ve anne sağlığının geliştirilmesi ve yaşam biçiminin belirlenen sağlık standartlarına erişmesini kapsayan sağlık aktivitelerinin olumlu bir şekilde alışkanlık ve davranışa dönüşmesi gerekmektedir⁽¹⁵⁾.

Kadınlara verilecek sağlık hizmetlerinin sürekli olması ve kadınların sağlığını etkileyen faktörler de dikkate alınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin alınmasının oldukça önemli olduğu söylenebilir⁽¹³⁾. Bireyin sağlığını olumsuz etkileyen geleneksel sağlık uygulamalarının saptanması ve değiştirilme yoluna

gidilmesi ile çağdaş/bilimsel sağlık uygulaması olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretilmesi ve kazandırılması bir sağlık bakım mesleği olan hemşirelerin temel sorumluluklarından biridir^(6,8-10).

Hemşirelerin, kadınlara yönelik verecekleri hemşirelik bakım hizmetlerini, kadınların yaş dönem özellikleri, risk faktörleri, cinsiyet özellikleri nedeniyle sağlık durumlarını etkileyen diğer faktörleri (eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu, statüsü v.b.) göz önünde bulundurarak planlamaları ve bu doğrultuda uygulamalarını yapmaları rollerini gerçekleştirmede önemli bir mekanizmadır⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Bu çalışma Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan kadınların sağlıklı ilgili tutum ve davranışların belirlenerek bu konudaki eksikliklerinin giderilmesi için verilecek eğitim planı ve içeriğinin belirlenmesi, sağlık ocağı ile ilgili hizmetlerin planlanması ve sunulmasında gerekli önerilerde bulunulabilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Samsun İl Merkezindeki 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uygun tutum sergileme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini Samsun belediye sınırları içerisinde bulunan ve Nisan-Mayıs 2006 tarihleri arasında 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerin halk sağlığı dersinin saha uygulaması nedeniyle 2 aylık uygulamaları süresince takip ettikleri 15-49 yaş grubu kadınlardan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve okuma-yazma bilen toplam 130 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

6 Nolu Sağlık Ocağına bağlı 4 mahalle bulunmaktadır. Bu mahallelerden ikisi ebe hanımların önerisi ile öğrencilerin uygulama ya-

pacakları alan olarak seçilmiş, sağlık ocağında bulunan 15-49 yaş kadın izlem kartlarında yararlanılarak sokaklar ve ev numaraları tespit edilmiştir. Adresleri tespit edilen evlere gidilmiş, öğrenciler tarafından evde izlenmeyi kabul etmeyen olduğunda bir sonraki adrese gidilerek izlem yapacağı ev tespit edilmiştir. 50 öğrencinin her birine izlem yapması için 3 ev verilmiş, ve anketler öğrencilerin izledikleri evlerdeki kadınlara uygulanmıştır.

Verilerin toplanması: Veri toplama aracı olarak kadınların tanıtıcı özelliklerini belirleyen anket formu ve kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) kullanılmıştır. Veriler ev ziyaretleri yapılarak katılımcının kendisine anket formu doldurtularak elde edilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin tarafından yapılmıştır⁽¹⁷⁾. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt gruba ayrılmıştır.

Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Her madde için hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli olarak yanıtları için sırayla 1, 2, 3 ve 4 puan verildi. En düşük toplam puan 48, en yüksek toplam puan 192'dir. Ölçekte kestirim noktası; 48-96 düşük, 97-145 orta ve 146-192 yüksek olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi puanını vermektedir. Bir anketin uygulama süresi 10 dakikadır. Anket formu'nda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, aylık gelir durumu, kiminle yaşadığı, çocuk sayısı, sürekli bir hastalığı olup olmadığı yer almaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler bilgisayarda SPSS programı kullanılarak, t-testi analizi, Mann-Withney U Testi ve normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal-Wallis test, kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki kadınların %39.2'si 20-29, %34.6'sı da 30-39 yaşlar arasında olup, %57.7'si ilkokul mezunudur. Kadınların %53.1'nin sosyal güvencesi SSK olup, %20'sinin ise sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sürekli aylık geliri olanlar %68.5 oranındadır. Kadınların %33.8'inin 2 çocuğu, %26.9'unun ise 3 çocuğu olup, %78.5'inin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı saptanmıştır.

Çalışma grubunda yer alan kadınların SYBD ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar Tablo I'de gösterilmiştir. En yüksek ortalamanın kendini gerçekleştirme (37.6±6.0) ve sağlık sorumluluğuna (23.0±5.3), en düşük ortalamasının ise egzersiz alt grubuna ait (8.3±2.8) olduğu, toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından 124.6±17.9 ortalama puan aldıkları bulunmuştur. Bu sonuçlara göre araştırmanın örneklemini oluşturan 15-49 yaş grubu kadınların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları bakımından orta düzeyde oldukları söylenebilir.

Tablo II'de kadınların kendini gerçekleştirme ile bireysel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde 30-39 yaşlar arasında olma, belirli aylık gelirin olması ve çocuk sayısının azalması durumunda kadının kendini gerçekleştirme düzeyinde artış olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak bu farklar anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık sorumluluğu ile kişisel özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaşın, eğitimin, düzenli aylık gelirin, kronik hastalık olup olma-

masının istatistiksel olarak sağlık sorumluluğu düzeyini etkilemediği yalnızca çocuk sayısının az olmasının sağlık sorumluluğunu artırdığı ve bu ilişkinin istatistiksel değerlendirmeye göre de anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların egzersiz düzeyi ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında; yalnızca aylık gelir ve çocuk sayısının egzersiz düzeyini etkilediği görülmüştür (Tablo II). Buna göre düzenli aylık geliri olmayanlarda ve çocuk sayısı 1-2 olanlarda egzersiz yapma düzeyinde artış belirlenmiştir. Bu artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Beslenme düzeyi ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaşın, eğitim durumunun, düzenli aylık gelirin, kronik hastalık durumunun beslenme düzeyine etkili olmadığı, yalnızca çocuk sayısının beslenme durumunu etkilediği görülmüştür (Tablo II).

Buna göre çocuk sayısı azaldıkça beslenmeye ilişkin olumlu davranışlarda artış olduğu bu artışın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kişiler arası destek düzeyi ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş, eğitim durumu, düzenli aylık gelir, kronik hastalık durumu ve çocuk sayısının kişiler arası desteği etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Stres yönetimi ve tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaş, eğitim durumu, düzenli aylık gelir, kronik hastalık durumu ve çocuk sayısının stres yönetimini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo I. Kadınların SYBD'lerinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı.

Sağlığı geliştirme davranışları	Alt ve üst değer	İşaretlenen alt ve üst değer	$\bar{X} \pm SS$
Kendini gerçekleştirme	13-52	20-51	37.6±6.0
Sağlık sorumluluğu	10-40	10-40	23.0±5.3
Kişiler arası destek	7-28	8-28	21.8±3.5
Stres yönetimi	7-28	9-28	17.7±3.5
Beslenme	6-24	6-24	16.2±3.4
Egzersiz	5-20	5-18	8.3±2.8
Toplam SYBD	48-192	58-189	124.6±17.9

Tablo II. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Kişisel Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İstatistiksel Değerlendirme (n=130).

Tanıttıcı özellikler	N	Kendini geliştirme $\bar{X}\pm SS$	Sağlık sorumluluğu $\bar{X}\pm SS$	Egzersiz $\bar{X}\pm SS$	Beslenme $\bar{X}\pm SS$	Kişiler arası destek $\bar{X}\pm SS$	Stres yönetimi $\bar{X}\pm SS$	SYBD
Yaşı								
15-19	4	34.7±5.9	18.7±3.8	9.2±2.6	14.7±3.9	20.5±1.9	15.7±1.1	113.7±11.5
20-29	51	37.6±6.7	23.4±6.3	8.4±3.1	16.5±3.3	21.7±4.0	17.3±3.2	124.9±19.3
30-39	45	38.5±5.1	22.8±4.1	8.4±2.3	16.1±3.3	22.4±3.0	18.1±3.6	126.1±15.5
40-49	30	37,3±6.1	23.2±5.2	8.0±2.6	16.1±3.6	21.4±7.1	17.8±3.9	123.9±19.5
	KW: p:	1.854 0.603	3.036 0.386	2.254 0.521	0.649 0.885	2.748 0.432	2.854 0.415	3.10 p:0.37
Eğitim durumu								
İlkokul ve ↓	81	38.0±5.4	23.6±5.5	8.5±2.9	16.2±3.4	21.9±3.6	17.8±3.7	125.9±17.7
Ortaokul ve ↑	49	37.1±6.8	22.1±4.9	8.1±2.8	16.3±3.3	21.7±3.5	17.5±3.1	122.8±18.1
	t: p:	0.838 0.404	1.552 0.123	0.809 0.420	0.283 0.778	0.328 0.743	0.508 0.612	t:0.97 p:0.33
Aylık gelir								
1 (yok)	41	36.9±5.3	23.1±5.5	9.1±3.2	16.6±3.6	21.9±3.3	17.3±3.4	125.7±17.2
2 (var)	89	38.1±6.8	22.6±5.2	7.9±2.5	16.1±3.3	21.8±3.7	17.8±3.7	124.3±18.2
	t: p:	0.486 0.321	1.233 0.220	0.259 0.026 p<0.05	0.735 0.464	0.228 0.820	0.741 0.404	t:0.40 p:0.68
Kronik hastalık								
1 (yok)	102	37.6±6.0	22.7±5.3	8.5±2.9	16.1±3.5	21.7±3.6	17.7±3.4	124.3±18.0
2 (var)	28	37.9±5.7	24.2±5.2	7.6±2.3	16.5±3.1	22.5±3.2	17.4±3.9	126.3±17.4
	t: p:	0.691 0.779	0.977 0.164	1.563 0.121	0.554 0.440	0.416 0.300	0.412 0.681	0.53 p:0.59
Çocuk sayısı								
1 - 2	74	38.1±6.1	23.8±5.7	8.8±3.0	16.9±3.2	21.8±3.5	18.1±3.5	127.5±18.5
3 ve üzeri	36	37.1±5.7	21.9±4.6	7.7±2.3	15.3±3.5	21.8±3.7	17.1±3.4	121.0±16.4
	t: p:	0.955 0.341	2.036 0.044 p>0.05	2.237 0.027 p>0.05	2.749 0.007 p>0.05	0.031 0.976	1.508 0.134	T:2.086 P:0.039 p>0.05

Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tanıttıcı özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde yaş, eğitim durumu, düzenli aylık gelir, kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0.05$), yalnızca çocuk sayısı ile SYBD arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu ($P<0.05$) bulunmuştur. Buna göre yaş, eğitim durumu, düzenli aylık gelir ve kronik hastalık sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği, çocuk sayısının az olmasının ise SYBD'ni olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

TARTIŞMA

Sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanlarının

ortalamalarının yüksek olması bireyin sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma ve kazanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir⁽¹⁸⁾. Bizim çalışmamızda da kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden 124.6±17.9 orta düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir. En yüksek ortalamanın kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğuna; en düşük ortalamanın ise egzersiz alt grubuna ait olduğu bulunmuştur.

Ahijevych ve Bernard⁽¹⁹⁾ ile Duffy ve ark.⁽²⁰⁾'nin çalışmaları en yüksek puan ortalamalarının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamalarının ise egzersiz alt grubuna ait olması bakımından bu araştırma sonuçla-

rımızla benzerlik göstermektedir. Ancak; değişik kültürlerin sağlık davranışlarını Türk kültürünün sağlık davranışlarını ile karşılaştırmanın gerçeği yansıtmayacağı dikkate alınmalıdır. Ülkemizde de Esin⁽²¹⁾ Türk kadınlarının sağlık davranışları üzerinde yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmiştir. Sayan'ın⁽¹⁵⁾ çalışan kadınlar ile ilgili yaptıkları, Esin'in⁽¹⁷⁾ işçiler üzerinde yaptığı çalışmasında, kadınların kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu ölçeklerinden en yüksek puan, egzersiz alt ölçeğinden de en az puan aldıkları bulunmuştur. Altun'un⁽²²⁾ Kocaeli halkının SYBD ve sağlık tutumlarına ilişkin çalışması da bizim çalışmamızı desteklemektedir. Erci ve ark.⁽²³⁾ ile, Pasinlioğlu ve ark.⁽²⁴⁾ sağlık personeli ile yaptıkları çalışmalarında çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Ancak; bizim çalışma grubumuzun ev kadınları Erci'nin ve Pasinlioğlu'nun çalıştığı grupların sağlık personeli, Sayan'ın ise çalışan kadınlar olduğu düşünülürse, sağlık personeli ve %52.5'i yüksek okul mezunu olan çalışan kadınların SYBD puanlarının daha yüksek olması beklenirdi.

Bu durumda sağlık personelinin almış olduğu mesleki bilginin ve yüksek okul mezunu olmanın SYBD'ları üzerine önemli bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Bu sonuçlar halka sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesi beklenen sağlık personelinin SYBD'larına uygun tutum sergileyemediklerini göstermesi açısından da önemlidir.

Sonuçların bizim çalışmamıza benzer sonuçlar olması sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine eğitim ve çalışma durumundan ziyade kültürel özelliklerin daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Ancak bizim çalışmamızda kendini gerçekleştirme (37.6±6.0) kişiler arası destek (21.8±3.5) ve SYBD puanları (124.6±17.9) yapılan çalışma sonuçlarına göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durumun sosyo-demografik düzeylerin farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir. Altun⁽²²⁾'un çalışmasında da kişiler arası destek puanının yüksek bulunması bize ev kadınları ya da hal-

kın eş, dost ve arkadaş ilişkileri için daha fazla zaman ayırabilmeleri ile ilişkisi olduğunu düşündürmektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre SYBD'ı alt ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; yaş grupları açısından istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. Ancak, ortalamalar incelendiğinde 30-39 yaş grubunda kendini gerçekleştirme puan ortalamasının yüksek olduğu gözlenmiştir. Düzenli aylık gelirin olması, çocuk sayısının az olması durumuna göre kendini gerçekleştirme düzeyinin farklılık göstermesi beklenen bir sonuç olmakla birlikte istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır (p>0.05). Çalışmamızda kendini gerçekleştirme ile yaşın etkisinin olmaması Erci'nin⁽²³⁾ ve Sayan'ın⁽¹³⁾ çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Yapılan benzer çalışmalarda medeni durum, çocuk sayısı ve yaşamın üçte ikisinin geçirildiği yerin SYBD'larını etkilemediği, kendini gerçekleştirme ve stres yönetiminin yaşla ilişkili olduğu bulunmuştur^(17,19,25-28).

Kadınların yaş gruplarına göre sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, yaş grupları açısından istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Ancak; ortalamalar incelendiğinde 20-29 ve 40-49 yaşlar arası sağlık sorumluluğunun ortalama sayısının en yüksek, 15-19 yaşlar arasında ise sağlık sorumluluğu ortalama sayısının en düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulara göre yaşla birlikte artan sağlık sorunları nedeniyle kadınların sağlık sorumluluğunun da artmış olduğu söylenebilir. Esin⁽¹⁷⁾, Dufy ve ark.⁽²⁰⁾, Lusk ve ark.⁽²⁵⁾, Kuster ve Fong'un⁽²⁹⁾ çalışmalarında yaşla birlikte sağlık sorumluluğunun arttığı bulunmuştur.

Çalışmamızda, ilkökul ve altı eğitim alanlarının sağlık sorumluluğunun ortalama puanlarının ortaokul ve üzerinde eğitim alan gruptan daha fazla olduğu, ancak istatistiksel açıdan önemli olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Bu sayısal farklılığın %57.7'si ilkökul mezunu olanlardan kaynaklandığı söylenebilir. İlkokul mezunu olan kadınların çoğunluğunu ev kadınlarının oluşturduğu dikkate alındığında evde te-

levizyon izleme ve arkadaş etkileşiminin daha fazla olmasının etkisi olduğu düşünülebilir. Sayan⁽¹⁵⁾'in çalışmasında eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişkinin önemli olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, düzenli aylık geliri olmayanlarda ve çocuk sayısı az olanlarda egzersiz alt ölçeği ortalama puanında artış olduğu görülmüştür. Çalışmamızda düzenli aylık geliri olmayanların sağlık sorumluluk puanlarının yüksek olması aylık geliri olmayanların fizik gücü gerektiren günlük işlerde çalışmaları ve bu nedenle SYBD'lerinde kendilerine daha fazla dikkat etmek durumunda hissetmeleri ile ilgili olabilir. Çocuk sayısı düştüğünde kadınların egzersiz yapma düzeylerinde artış görülmesini egzersiz yapmaya daha fazla zaman bulabilmeleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre yaşın, eğitim durumunun ve kronik hastalık durumunun egzersiz düzeyi üzerinde rolü olmamasına karşın, Sayan⁽¹⁵⁾ yaşın ve eğitim durumunun egzersiz düzeyini etkilediğini belirtmektedir. Araştırmamızda da 15-19 yaş grubunda olanlarda egzersiz düzeyinin ortalama puanlarının en yüksek olduğu, 40 yaş ve üzeri kadınlarda ise egzersiz düzeyinde düşme görüldüğü belirlenmiştir. Sayan⁽¹⁵⁾ 34-41 yaş grubunda egzersiz yapma düzeyinde artış bulmuştur. Sonuç bizim çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda çocuk sayısı azaldıkça beslenmeye ilişkin olumlu davranışlarda artış olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi yüksek olanların çocuk sayısının az olması söz konusu olduğundan bu durumun gelir düzeyinin yükselmesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir^(15,17,27).

İlerleyen yaşla birlikte bireylerin beslenme ile ilgili olumlu davranışlarında artış olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda da bu sorumluluk 15-19 yaş grubu dışındaki bütün yaş gruplarında aynı bulunmuştur. Bu durumun çalışmayan kadınların çoğunluğu oluşturması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Araştırma sonuçlarımıza göre yaşın, eğitim durumunun, düzenli aylık gelirin, kronik hastalık durumunun beslenme üzerinde rolü olmamasına kar-

şın, Sayan⁽¹⁵⁾ ve Esin⁽¹⁷⁾ ilerleyen yaşla birlikte beslenmeye ilişkin olumlu davranışlarda artış olduğunu ve yüksek okul mezunlarında olumlu davranışlarda yükselme olduğunu belirlemişlerdir. Johnson ve ark.⁽²⁶⁾'nın ve Herron⁽²⁷⁾'un çalışmalarında ilerleyen yaşla birlikte beslenme tarzında olumlu değişmelerin olduğu, yaşlı bireylerin beslenme konusunda daha dikkatli oldukları belirlenmiştir. Araştırmamızda da 15-19 yaş grubunun beslenme düzeyi ortalama puanının en düşük olduğu, diğer yaş gruplarında ise ortalama puanların aynı olduğu bulunmuştur. Çalışmayan kadınların çoğunluğu oluşturmasının sonucumuzu bu şekilde etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre stres yönetimi alt ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, 30-39 yaş grubunda ve çocuk sayısı az olanlarda stres yönetimi ortalama sayısının arttığı belirlenmiş ancak, istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda kadınların çoğunluğun düzenli aylık bir gelire sahip olmasının ve kronik hastalığının az olmasının sonuca etkisi olabilir. Sayan⁽¹⁵⁾, Erci ve ark.⁽²³⁾'nin yaptıkları çalışma da bizim çalışmamızı desteklemektedir. Esin⁽¹⁷⁾, Ahijevych ve Bernard⁽²⁰⁾, Smith ve Yarandi⁽²⁸⁾ çalışmalarında stres yönetiminin yaşla birlikte arttığını belirtmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucu elde edilen verilere göre; Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş, eğitim, aylık gelir, kronik hastalık durumuna göre değişmediği, yalnızca çocuk sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin önemli olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırma sonucunda kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kişinin tanıtıcı özelliklerine göre çoğunlukla değişmediği belirlendiğinden; Kadınlara hazırlanacak olan sağlığı geliştirme programlarında kadınların sağlık sorumluluklarını artıran programlara öncelik verilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına kişilerin yaşam tarzları ve kültürünün daha çok etkili olduğu düşünüldü-

ğünden; özellikle ilkokullardan başlanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırıcı programların hazırlanması önerilebilir.

Geliş Tarihi : 12/12/2006

Yayına kabul tarihi : 17/04/2007

Yazışma adresi :

Birsen ALTAY
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Fevzi Çakmak Mah. Akdeniz Cad.
Mekan Apt. No: 12/13
55070 SAMSUN
Tel. : 0362 231 77 20 / 117 - 2431
e-posta: munisealtay@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Carol J. Issues in Family Health Promotion, In: Stanhope M, Lancaster J (Ed.) Community health nursing kitabı içinde, st.louis Chicago, london, 1992; 440-481.
2. Murray RB, Zentner JB. Nursing Assesment and Health Promotion Appletion and Large Norwalk, Connecticut,1993; 656-680.
3. Elizabeth K ve ark. Assesment of Health Promotive Lifestyle, Nursing Clinics of North America, December, 1991; 26: 845-853.
4. Stanhope M, Lancaster J. Community Health Nursing: Process and Practice for Promoting Health, Mosby Company, Washington,1993.
5. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı, 2. Baskı, Uludağ Üni., Basım Evi, 1993;453-460.
6. Taylor C, Lillis C, LeMore P. et.al. Fundamentals of Nursing The Art. Science of Nursing Care, Lippincott, Philadelphia, 2001.
7. Kathleen BB. Health Promotion Throught Nutrition Exercise And Sleep In:Stanhope M, Lancaster J (Ed.) Community Health Nursing Process Practice For Promotion Health, st. Louis Chicago, London, 1992; 592-610.
8. Timby BK, Scherer JC, Smith NE. Introductory Medical Surgical Nursing 7th Ed. Lippincott, Philadelphia, 1999.
9. Potter PA, AG. Fundamentals of Nursing: Theory and Practice . 4 th Ed. st-Louis, Mosby, 1997.
10. Goldman L, Mciraz C. The role of Public Health Nursing in Health Promotion, I. Uluslar Arası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Programı ve Özet Kitabı, Malatya, 2000; 188.
11. Smeltzer SC, Bare BB. Medical Surgical Nursing, 8th.Lippincott, Philadelphia, 1996.
12. Unicef, Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum A n a l i z i , T.C Hükümeti UNICEF İşbirliği Programı, Seri 2, Ankara, Yeniçağ Matbası, 1991; 149-187, 251-271.
13. Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, 6. Baskı, Ankara; Sistem Ofset Matbacılık, 2003.
14. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu 1998:21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Metin B, Akın A, Güngör İ (Çev.ed.), Geneve, 1998.
15. Sayan A, Erci B. Çalışan Kadımların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, 7. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Erzurum, 22-24 Haziran 1999; 427-433.
16. Mead H, Witkowski K, Gault B, et.al. The Influence of Income, Education, and Work Status An Women's Well Being, Women's Health Issues, 2001; 11: 160-172.
17. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1997.
18. Walker SN, Schrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics, Nursing Research, 1987; 36: 76-80.
19. Ahijevych K, Bernard L. Health Promoting Behaviours of American Women, Nursing Research, March-April, 1994; 43: 86-89.
20. Duffy ME, Rossow R, Hernander M. Correnlates of Health Promotion Activities in Employmend Mexican American women, Nursing Research, January-February, 1996; 45: 18-24.
21. Esin N. Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana, 1998; 52-55.
22. Altun İ. Kocaelinde Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma, Sağlık ve Toplum, 2002; 12: 41-51.
23. Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisi, 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara, 1998; 102-107.
24. Pasinlioğlu T, Gözüm S. I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1998; 2: 60-67.
25. Lusk SL, Ronis DL, Kern MJ, et al. Test of Promotion Model As A causal Model of Workers Use of Hearing Projection. Nursing Research, May-June, 1994; 4: 151-157.
26. Johnson JL, Ratne PA, Bottorf JL, et al. An Exploration of Penders Health Prommation Model Using Listrel, Nursing Research, May-June, 1993; 42: 132-136.
27. Herron DC. Strategies for Promoting A healthy Dietary Intake, Nursing Clinics of North America, December, 1991; 25: 875-884.
28. Smith K, Yarandi NH. Factor Analysis of The Ways Of Coping Gustionnaire For American Women, Nursing Research, Jan-Febr. 1996; 45: 25-29.
29. Kuster AE, Fong CM. Furter Psychometric Evaluation of the Spanish Language Health Promoting Lifestyle Profile, Nursing Research, 1993; 42: 266-269.