

**ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ  
TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ\***

**Ayşe SAYAN\*\***

**Behice ERCİ\*\***

**ÖZET**

Bu araştırma, kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışlarını ve öz-bakım gücü düzeylerini belirlemek, aralarındaki ilişkiyi incelemek, her iki olguya etki eden olumlu ve olumsuz faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Erzurum İli Belediye sınırları içerisinde bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile Erzurum Atatürk Üniversitesi bünyesinde bulunan fakülte ve yüksek okullardaki memur, sözleşmeli personel, sürekli işçi ve geçici personel statüsünde yer alan ve D.İ.E tarafından belirlenmiş olan yaklaşık 4000 çalışan kadından lise ve yüksek okul mezunu olan 2800 kişi oluşturmaktadır.

Örnekleme ilk önce 280 kişi olarak belirlenmiş, daha sonra 2800 lise ve yüksek okul mezunu çalışan kadın sayısının D.İ.E 1990 yılına ait verileri olması nedeni ile, yıllar itibarıyla sayısal değişimler göz önüne alınarak bu sayı 350 kişiye çıkarılmıştır. Ancak yanıtama hataları, eksik doldurma gibi nedenlerle 158'i lise 143'ü yüksek okul mezunu olmak üzere toplam 301 kadın üzerinden araştırma gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, varyans analizi ve t testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kadınların daha çok kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluklarından yüksek puan aldıkları, yaş, medeni durum, ekonomik durum dışındaki tüm değişkenlerin kendini gerçekleştirme üzerinde etkili olduğu, sağlık sorumluluğu düzeyinin ise medeni durum ve ekonomik düzey dışındaki tüm değişkenlerde etkilendiği görülmüştür. Yine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının medeni durum dışındaki tüm değişkenlerden etkilendiği, öz-bakım gücünü ise sadece eğitim programı ve eğitim düzeyinden etkilendiği saptanmıştır.

Yine öz-bakım gücü ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek stres yönetimi ve alt grupları ile toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ( $r = 0.323, p < 0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Sağlığı geliştirici tutum ve davranışlar, öz bakım gücü, çalışan kadın.

**ABSTRACT**

**THE EVALUATION OF RELATION WORKING  
WOMEN'S HEALTH PROMOTING  
ATTITUDES AND BEHAVIORS BETWEEN  
THEIR SELF-CARE AGENCY**

The health promoting behaviors and attitudes and the level of self-care agency of women, to study the relation between them and to determine the positive and negative factors affecting these two concepts. The study covered 2800 high-school and university graduates of the 4000 women determined by the state statistics institute serving as officials, contracted personnel, permanent workers and temporary personnel at Public Institutions within the borders of Erzurum Greater City Municipality and at the faculties and colleges of Erzurum Atatürk University.

This research was made on 301 women 158 being high school graduates and 143 university graduates due to reason such as answering mistakes and incomplete filling. Percentage, variance analysis and t test was used in evaluating the data obtained in the research. The women received higher points more in self actualization and health responsibility; all variables except for age, marital status, economical status, were effective on self actualization; and the level of health responsibility was affected by all variables except for marital status and economical status.

In addition, health promotion lifestyle of these women was affected by all variables except for marital status; and self-care agency was affected only by educational background and educational level.

It was also determined that there was a significant relation between self-care agency and self actualization, health responsibility, nutrition, interpersonal support, stress management and its subgroups and total healthy lifestyle attitudes ( $r=0.323, p<0.05$ ).

**Key Words:** Health promoting attitudes and behaviors, self-care agency, working women

\*Bu çalışma VII.Ulusal Hemşirelik Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

\*\*Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağl. Hemş. Anabilim Dalı (Yrd.Doç.Dr.)

## GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık ya da iyilik hali, bireylerin kendilerini tamamiyle, yani fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı ve sorunlarını çözümlenmede etkin sayabilme sürecidir. Bu süreç, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği davranışları ve içinde yaşadığı çevrenin değişimini içerir. Büyüme ve gelişme gösteren süreçte, bireyin en üst düzeyde sağlığa ulaşabilmesini cesaretlendiren faaliyetler yer almaktadır (Spradle 1990, Timby 1996, Palank 1991).

Bu faaliyetler bireyin sağlığını koruma ve sürdürmekten çok sağlığı geliştirmek amacını güder. Sağlığı koruma ve sürdürmede sağlıklı durumu bozacak tutum ve davranışlardan sakınma yer alırken, sağlığı geliştirmede, bireyin potansiyelini ve enerjisini kullanma, doyurucu bir yaşam sürme, üretken olabilme, sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme imkanına sahip olma durumuna yer verilir.

Birey, sağlığın geliştirilmesinde, sağlıklı yaşam biçimini sergilemede ve bu yaşam biçimine ilişkin aktiviteleri yerine getirmede aktif rol oynar. Sağlıklı yaşam biçimi aktiviteleri veya davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. (Spradle 1990, Timby 1996, Palank 1991, Ahijevych and Bernhard 1994).

Birey'in; yaşamı, sağlığı ve iyiliği sürdürmek için sağlık aktivitelerini yerine getirmesi öz-bakım, ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği de öz-bakım gücü olarak tanımlanmaktadır. Öz-bakım gücüne sahip birey kendi sağlığı ile ilgili bireysel kararlar alabilecek, aldığı kararlara katılabilecek ve uygulayabilecek kapasiteye sahip olur. (Spradle 1990, Timby 1996, Palank 1991, Ahijevych and Bernhard 1994, Ulusal sağlık politikaları 1993).

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımından bu yana hastalıkların tedavisinde çok, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabası önem kazanmış, bireyin kendi sağlığına ait değişen ve gelişen rolleri, sağlığın geliştirilmesi ve öz-bakım kavramını, üzerinde önemle durulan bir konuma getirmiştir.

(Spradle 1990, Orem 1991, Ahijevych and Bernhard 1994, Ulusal sağlık politikaları 1993).

2000'li yıllara yaklaştığımız bu günlerde, bir çok sağlık sorununun sağlığa ilişkin tutum ve davranışların olmayışından kaynaklandığı belirtilmektedir (Herkes için sağlık hedefleri 1996).

Yapılmış olan birçok çalışmada olumsuz tutum ve davranışların sağlık ve yaşam kalitesini düşürdüğü buna bağlı olarak sakatlık ve yetmezliklerin geliştiği, kadınların %65.2'sinin dengesiz ve aşırı beslenme sonucu şişman olduğu, hiç egzersiz yapmayanların ise %35.8'inin kan basınçlarının yüksek seyrettiğini, kadınların yalnızca 5.98'inin spor ve egzersize düzenli olarak zaman ayırdıkları, kadınların %37.5'inin spor ve yürüme alışkanlıklarının olduğu ancak bunun düzenli fiziksel aktivite halinde olmadığı belirtilmiştir (Spellbring 1991, Unicef 1991, Dirican ve Bilgel 1993, Toksöz ve İlçin 1992, Yener ve Bayraktar 1989, Cavlak ve arkadaşları 1993).

Esin (1997), kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Yazıcı (1997), annelerin öz-bakım gücünü ölçme ile ilgili olarak gerçekleştirdiği araştırmada; eğitim durumu, evde yaşayan birey sayısı, çocuk sayısı ile öz-bakım gücü arasında ilişki olduğunu belirtmiştir.

Nahevan (1993), sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi ile ilgili bir araştırma sonucunda, kadın deneklerin öz-bakım güçlerinin erkeklerinkinde daha yüksek olduğunu, kentte yaşayanlarda, ailesiyle oturanlarda, hemşirelik eğitim programında bulunanlarda, sosyal aktivitelere katılanlarda, huzurlu bir aile ortamında yaşayanlarda, öz-bakım gücünün anlamlı bir düzeyde daha yüksek çıktığını saptamıştır.

DSÖ Avrupa Bölgesi " Herkes için sağlık stratejisi " hedeflerinde biri de sağlıklı yaşam biçimini güçlendirmek, kadın sağlığını korumak, geliştirmek ve sağlığa yönelik olumsuz tutum ve davranışlardan dolayı anne ve çocuk hastalık ve ölümlerini azaltmaktır (Herkes için sağlık hedefleri 1996, Unicef 1991).

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.

Kadınlar, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alması gereken insan faktörü olup, ana ve çocuk grubu olarak ise sağlık sorunları öncelik arzeden bir hedef grubu kapsamaktadırlar(Herkes için sağlık hedefleri 1996,Unicef 1991).

Çağdaş tıp felsefesi ve hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı da sağlığın geliştirilmesi yaşam kalitesinin artırılması üzerine odaklanmıştır (Ahijevych and Bernhard 1994,Spellbring 1991).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde etkin bir role sahip olan halk sağlığı hemşireleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için neler yapılması gerektiğini bilen ve profesyonel bir şekilde hizmet vermekle yükümlü olan sağlık insan gücüdürler.(Pasinlioğlu 1997).

Araştırmanın amacı, çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü düzeylerini belirlemek, bunların arasındaki ilişkiyi incelemek, her iki olguya etki eden olumlu ve olumsuz faktörleri ortaya çıkarmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma; kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışlarını ve kişisel bakım güçlerini belirlemek, birbirleriyle olan ilişkilerini ve etkileyen faktörlerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Erzurum İli Belediye il sınırları içerisinde bulunan 65 kamu kurum ve kuruluşlarda ve Atatürk Üniversitesi bünyesindeki fakülte ve yüksekokullarda 17 mart-30 Haziran1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.Verilerin toplanması için tüm kurum ve okullardan gerekli izinler Rektörlük ve Valilik makamı aracılığıyla alınmış,yine örneklem gurubu araştırmaya katılmaya gönüllü kimseler tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmanın evrenini, Erzurum İli Belediye sınırları içerisinde bulunan 65 kamu kurum ve kuruluşlardaki ve Erzurum Atatürk

Üniversitesi bünyesinde bulunan tüm fakülte ve yüksek okullardaki memur sözleşmeli personel, sürekli işçi ve geçici personel statüsünde yer alan ve D.İ.E tarafından belirlenmiş olan yaklaşık 4000 çalışan kadından lise ve yüksek okul mezunu olan 2800 kişi oluşturmaktadır.

Örnekleme ilk önce 2800 lise ve yüksek okul mezunu olan çalışan kadınların %10'u olan 280 kişi olarak belirlenmiş, daha sonra 2800 lise ve yüksekokul mezunu çalışan kadın sayısının D.İ.E 1990 yılına ait verileri olması nedeni ile, yıllar itibariyle sayısal değişimler göz önüne alınarak bu oran %12.5'e, sayıda 350 kişiye çıkarılmıştır.

Daha sonra 65 kurum ve kuruluş ile tüm fakülte ve yüksekokullar informal olarak belirlenen listeye göre çalışan kadın ve sayılarıyla birlikte basit rastlantısal işleme tabi tutulmuş, örneklem sayısı olan 350 kişiye ulaşıncaya kadar bu işlem yenilenmiş ve işlem sonucunda belirlenen 18 kurum ve kuruluş ile yüksek okul ve fakültelerdeki kadınlardan araştırma kriterlerine uygunluk gösterenlerin hepsi (araştırmaya katılmaya gönüllü olma,son altı ay içinde ciddi bir hastalık öyküsü olmama vb.) örneğe dahil edilmiştir. Ancak yanıtlama hataları, eksik doldurma gibi nedenlerle araştırma 158 lise ve 143'ü Yüksekokul mezunu olmak üzere toplam 301 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklemin %86'sına ulaşılmıştır.

Verilerinin toplanmasında demografik özellikler anket formu ile, kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ,1987 yılında Pender et al(1992) tarafından gerçekleştirilen ve 1997 yılında Nihal(Özabacı)Esin(1997) tarafından Türk Toplumuna uyarlanmış olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD)kullanılmıştır.. Ölçek toplam olarak 48 maddeden oluşmuştur. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi denilen 6 alt gruba ayrılmıştır. Her bir alt grup, bağımsız olarak tek başına kullanılabilir.Olçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi puanını vermektedir. En düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur, ters maddesi yoktur, işaretleme 4 likert tipi ölçek üzerinde yapılır. Hiç bir zaman, bazen, sık sık,

düzenli olarak yanıtları için sırasıyla 1,2,3,4 puan değerleri verilir.

Kadınların öz-bakım gücü düzeylerini belirlemek için ise Kearney ve Fleischer tarafında 1979 yılında geliştirilmiş ve 1993 yılında Nahcivan(1993) tarafında Türk Toplumuna uyarlanmış olan Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ESCA) kullanılmıştır. Ölçek 43 maddeden oluşmakta olup Nahcivan tarafından 35 maddesi toplumumuza uyarlanmış ve düzenlenmiştir. Ölçek 5 likert-tipli olup, ölçekteki her bir ifadeye sırasıyla 0,1,2,3 ve 4 puan verilmiştir. İfadelerden toplam 8 tanesi (3,6,9,13,19,22,26,ve 31. ifade) negatif olarak değerlendirilmiş ve puanlama tersine döndürülmüştür. En yüksek puan 140'tır.

Veriler SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede, yüzdellik, tek yönlü varyans çözümlemesi (ANOVA) ve t testi analizi, korelasyon dağılımları (Pearson r) kullanılmıştır.

## BULGULAR ve TARTIŞMA

Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde en yüksek ortalamanın kendini gerçekleştirme(34.26±4.53) ve sağlık sorumluluğu (24.74±4.22)'na ait olduğu, en düşük ortalamanın ise egzersiz alt grubuna ait (10.73±2.99) olduğu saptanmıştır.

Esin(1997) ve Ahijevych ve Bernhard'ın(1994) çalışmalarında da en yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz alt grubuna ait olduğu, sonuçlarımızın paralellik gösterdiği belirlenmiştir. Ancak SYBD açısından karşılaştırma yapıldığında bizim sonucumuz (122.50±14.57), Esin'in sonucuna göre (115.19±11.36) daha yüksek çıkmış olup, bunun bireylerin sosyo-demografik düzeylerinin farklılığından kaynakladığı düşünülmektedir.

Tablo 1. Tanıtıcı Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Alt Boyutlarının Seviyelerine İlişkin Önemlilik Dereceleri

Tanıtıcı Özellikler	Kendini gerç.	Sağlık soruml.	Egzersiz	Beslenme	Kişilerar. Destek	Stres Yönet.	Sağl.Yaş.Biç Dav.
Yaş	F=1.28 P>0,05	F=4.88 P<0,05	F=5.36 P<0,05	F=2.71 P<0,05	F=0.32 P>0,05	F=3.00 P<0,05	F=4.68 P<0,05
Medeni Durum	F=0.82 P>0,05	F=2.04 P>0,05	F=5.24 P<0,05	F=1.38 P>0,05	F=3.75 P<0,05	F=2.98 P<0,05	F=2.74 P>0,05
Eğitim Düzeyi	t=4.94 P<0,05	t=3.58 P<0,05	t=3.50 P<0,05	t=4.03 P<0,05	t=3.88 P<0,05	t=4.50 P<0,05	T=4.168 P<0,0
Meslek Grubu	F=3.21 P<0,05	F=6.52 P<0,05	F=4.16 P<0,05	F=5.58 P<0,05	F=2.84 P<0,05	F=3.82 P<0,05	F=6.32 P<0,05
Ekonomik Durum	F=2.57 P>0,05	F=2.22 P>0,05	F=2.59 P>0,05	F=5.74 P<0,05	F=0.19 P>0,05	F=2.66 P<0,05	F=4.19 P<0,05
Ortalama Aylık gelir	F=6.91 P<0,05	F=3.67 P<0,05	F=2.11 P>0,05	F=1.70 P>0,05	F=2.77 P<0,05	F=2.73 P<0,05	F=5.93 P<0,05
Çalışan bireyler	F=3.19 P<0,05	F=3.61 P<0,05	F=2.57 P>0,05	F=2.31 P>0,05	F=1.95 P>0,05	F=1.39 P>0,05	F=4.29 P<0,05
Bağımlı Birey Sy.	F=2.90 P<0,05	F=3.30 P<0,05	F=6.46 P<0,05	F=2.98 P<0,05	F=2.90 P<0,05	F=3.12 P<0,05	F=6.20 P<0,05
Eğitim Programı	F=6.16 P<0,05	F=2.58 P<0,05	F=2.99 P<0,05	F=4.91 P<0,05	F=2.68 P<0,05	F=3.10 P<0,05	F=6.43 P<0,05
Toplam Birey Sy.	F=2.66 P<0,05	F=2.03 P>0,05	F=1.81 P>0,05	F=1.75 P>0,05	F=1.25 P>0,05	F=2.32 P>0,05	F=2.42 P<0,05

Tablo 1’de kendini gerçekleştirme ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde yaş medeni durum ve ekonomik durum dışındaki tüm değişkenlerin kendini gerçekleştirme düzeyini etkilediği saptanmıştır. Buna göre kadının eğitim seviyesi yükseldikçe kendini daha iyi tanımaya ,güçlü ve zayıf yönlerini bilmeye başlar. Yine meslek sahibi olan kadın toplum içinde daha üretken olmanın verdiği kıvançla kendinden daha emin olacak , kendini daha iyi değerlendirecektir.

Ortalama gelir seviyesindeki artışın yanı sıra, ailede kadından başka çalışan bireyler olduğunda ve bağımlı birey sayısı düştükçe kadının kendini gerçekleştirme düzeyinde artış olduğu belirlenmiştir. Çalışan bireyler, ailedeki bağımlı birey sayısı ve toplam birey sayısına göre kendini gerçekleştirme düzeyinin farklılık göstermesi beklenen bir sonuç olmakla birlikte, birçok çalışmada anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. (Ahijevych and Bernhard 1994, Esin 1997, Lusk et al 1994, Kuster and Fong 1993).

Sağlık sorumluluğu ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaşın, eğitim düzeyinin meslek grubunun ortalama aylık gelirin, çalışan bireylerin, bağımlı birey sayısı ve eğitim programının sağlık sorumluluğu düzeyini etkilediği görülmüştür. (Tablo 1)

Yaşla ilgili bulgular incelendiğinde, sağlık sorumluluğu düzeyinin yaşla paralel artış gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre en yüksek sağlık sorumluluğu düzeyi 39 ve üstü yaş grubunda, en düşük sağlık sorumluluğu düzeyi ise 18-24 yaş grubunda görülmüştür. Esin(1997), Lusk ve arkadaşları(1994), Kuster ve Fong(1993) ve Dufy ve arkadaşlarının(1996) çalışma sonuçları ile bizim sonuçlarımız paralellik göstermektedir. Yaşla birlikte artan sağlık problemlerinin, bireyin kendi sağlığı konusunda da daha duyarlı olmasına etki ettiği ve bunun sağlık sorumluluğu düzeyinde artışa neden olduğu söylenebilir.

Meslek grubu ve sağlık sorumluluğu arasındaki ilişkiye bakıldığında, aralarındaki ilişkinin anlamlı derecede önemli olduğu, ve eğitim-öğretim hizmetlerinde bulunanlarda sağlık sorumluluğu düzeyinin yüksek, sağlık

personelinde ise en düşük seviyede seyrettiği belirlenmiştir. Bayık ve arkadaşlarının(1990) sonuçları da sağlık personelinde sağlık sorumluluğu düzeyinin düşük olması açısından sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Sağlık sorumluluğu ile bağımlı birey sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında bağımlı birey sayısı düştükçe veya hiç bağımlı bireyi olmayanlarda sağlık sorumluluğu düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Bu durum, bağımlı bireyi olmayan kadınların kendisi ile ilgilenme, kendi sağlık statüsünün en üst seviyede tutma imkan ve becerisinin herhangi bir engelle karşılaşmayışı ile açıklanabilir.

Pender’de(1992) bağımlı birey sayısının artışı ile sağlık davranışlarının olumsuz yönde etkilenebileceğini belirtmektedir. İlgili literatürlerde (Esin 1997, Lusk et al 1994, Kuster ve Fong 1993) çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre ailedeki toplam birey sayısının egzersiz üzerinde rolü olmamasına karşın, Esin(1997), Farrand ve Cox (1993) aile büyüklüğünün ve ailedeki birey sayısının egzersiz düzeyini etkilediğini belirlemiş ve bunu da bireyin sağlığı ile ilgili kararlarına fazla sayıda aile üyesinin etki edebildiği şeklinde yorumlamıştır.

Beslenme düzeyi ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaşın eğitim düzeyinin, eğitim programı meslek grubu, ekonomik durum ve bağımlı birey sayısının etkili olduğu görülmüştür. (Tablo 1) Buna göre ilerleyen yaşla birlikte beslenmeye ilişkin olumlu davranışlarda artış olduğu, yüksek okul mezunlarında, sağlık bilimleri eğitim programı çıkışlılarda, ekonomik durumu çok iyi olanlarda da beslenmeye ilişkin olumlu davranış düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Esin’in(1997), Johnson ve arkadaşları’nın(1993) ve Herron’un(1991) çalışmalarında da ilerleyen yaşla birlikte beslenme tarzında olumlu değişmelerin olduğu, bireylerin kendi beslenmesi ile ilgili sorumluluk alabildikleri, yaşlı bireyleri beslenme konusunda daha dikkatli davrandıkları vurgulanmıştır. Bu sonuçlar ile bizim çalışma sonuçlarımız arasında paralellik gözlenmektedir.

Eğitim programı ile beslenme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık bilimleri eğitim programı çıkışlılarda beslenme düzeyi, fen, teknik sosyal bilimler ve düz lise çıkışlı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum sağlık eğitimi almış kişilerin beslenmenin değerini daha iyi kavrayıp, öğrenim yaşamlarında aldıkları bilgileri, davranış ve uygulamaya dönüştürme konusunda daha başarılı olduklarını düşündürmektedir.

Kişiler arası destek düzeyi ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında, medeni durum eğitim düzeyi, eğitim programı, bağımlı birey sayısı, meslek grubu, ortalama aylık gelirin kişiler arası desteği etkilediği belirlenmiştir. (Tablo 1) Medeni durum açısından evlilerde kişiler arası destek düzeyi bekar ve dullara göre daha yüksek çıkmıştır. Johnson ve arkadaşları da (1993) çalışmalarında medeni durum ile kişiler arası destek arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir.

Eğitim programı ile kişiler arası destek düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında; sosyal bilimler eğitim programı çıkışlılarının sağlık, fen, teknik bilimler ve düz lise çıkışlılara göre daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır. Bu durumun sosyal bilimlerin (edebiyat, tarih, felsefe vs) bireyin iletişim kapasitesini artırması ve kültürel yönünü kuvvetlendirmesi sonucu bireyler arasında destek, ilişki ve iletişim potansiyelini güçlendirmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Bağımlı birey sayısı ile kişiler arası destek düzeyine bakıldığında, bağımlı birey sayısı 3 kişi olanların ve bağımlı bireyi bulunmayanların en yüksek ortalamaya sahip oldukları belirlenmiştir. Bağımlı birey sayısının fazlalığının aile içi ilişkilerde desteğin zayıflamasına, sosyal ilişkilerin, dostluk ve arkadaşlıkların gerilemesine yol açtığı söylenebilir. İlgili literatürlerde de (Pender 1992, Esin 1997, Duffy 1996, Farrand 1993) bağımlı birey sayısının artışı ile bireyin sağlık davranışlarının olumsuz yönde etkilenebileceği belirtilmektedir.

Stres yönetimi ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışan bireyler ve toplam birey sayısı dışındaki tüm

değişkenlerin stres yönetimini etkilediği belirlenmiştir. (Tablo 1) Yani yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve programı, ekonomik durum ve ortalama aylık gelir, meslek grubu ve bağımlı birey sayısının, stres yönetimini etkilediği, 32-38 yaş grubunun, evlilerin, sosyal bilimler eğitim programı çıkışlı ve yüksek okul mezunu kadınların, akademik personelin, ekonomik durumu çok iyi olanların, bağımlı bireyi olmayan veya 3 kişi olanların stresi yönetim düzeyleri ve stresle başa çıkma seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.

Smith ve Yarandi (1996), Ahijevych ve Bernhard (1994) ve Flynn (1997) stres yönetiminin yaşla birlikte arttığını, Esin (1997) ilerleyen yaşlarda stres yönetim düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Kuster ve Fong (1993) ekonomik durum ve gelir düzeyi ile stres yönetimi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. İlgili literatürlerde (Core 1989, Hageman 1989, Acar 1989) kadın akademisyenlerin mesleklerinden dolayı başarı, özgüven ve öz saygı yaşadıkları bunun işten doyum sağlama, stress ve monoton yaşamdan uzaklaşma etkisi gösterdiği belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız, literatür bilgileri ve ilgili çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. (Ahijevych and Bernhard (1994), Kuster ve Fong (1993), Smith ve Yarandi (1996) Flynn (1979), Core (1989).

Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, medeni durum dışındaki tüm değişkenler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Buna göre yaş, eğitim düzeyi, eğitim programı, meslek, ekonomik durum ve aylık gelir, çalışan birey, bağımlı birey sayısı ve toplam birey sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmamız sonucunda ilerleyen yaşla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu artış görülmüş, yüksek okul mezunu, sosyal bilimler eğitim programı çıkışlı ve eğitim-öğretim hizmetleri grubundaki kadınlarda da aynı artış saptanmıştır. Ayrıca ekonomik düzeyi çok iyi ve iyi olanların daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışı

sergiledikleri, bağımlı birey sayısı azaldıkça olumlu davranış düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

Çalışma sonuçlarımız yaş ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki açısından Lusk ve arkadaşları (1994), Ahijeveh ve Bernhard'ın (1994) sonuçlarıyla, ekonomik durum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki açısından Esin (1997) Duffy ve arkadaşları'nın (1996), Kuster ve Fong'un (1993) çalışma sonuçlarıyla da paralellik göstermektedir. Yine bağımlı birey sayısının azalması ile olumlu sağlık davranışları arasında negatif ilişki olması açısından da ilgili literatürlerle (Pender et al 1992, Çavuşoğlu 1992) uygunluk göstermektedir.

Kadınların öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ( $79.27 \pm 14.05$ ) olup, Nahcivan(1993) ( $X=93.54 \pm 14.70$ ) ve Yazıcı'nın(1997) ( $X=103.23 \pm 12.28$ ) çalışma sonuçlarıyla kıyaslandığında düşük olarak bulunmuştur.

Kadınların öz-bakım güçlerinin düşük olması onların öz-bakım potansiyellerinin yetersizliğinden veya bu konudaki bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir.

Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 2'te yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grupları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Puanların Dağılımları

Ölçekler	Öz-Bakım Gücü Ölçeği		
	r	P	N
Kendini gerçekleştirme	0.331	$p < 0,05$	301
Sağlık Sorumluluğu	0.199	$p < 0,05$	301
Egzersiz	0.013	$p > 0,05$	301
Beslenme	0.315	$p < 0,05$	301
Kişiler Arası Destek	0.249	$p < 0,05$	301
Stress Yönetimi	0.244	$p < 0,05$	301
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	0.323	$p < 0,05$	301

Tablo 2 incelendiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ( $r=0.323, p < 0,05$ ) ve ölçeğin alt gruplarından olan kendini gerçekleştirme düzeyi ( $r=0.331, p < 0,05$ ) ile öz-bakım gücü arasında daha yüksek ilişki saptanmıştır. Bunu sırasıyla beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt grupları izlemektedir.

Aynı tabloda egzersiz düzeyi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı düzeyde herhangi bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. ( $r=0.013, p > 0,05$ )

Buna göre öz-bakım gücü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birbirlerinden etkilendikleri söylenebilir. Herhangi bir bireyin sağlığını koruyabilmesi ve yükseltmesi, olumlu sağlık davranışları sergilemesi için performans sahibi olması yani güç ve eylem öğelerini

birleştirme yeteneği kazanması dolayısıyla da öz-bakım gücüne sahip olması gerekir. Araştırmanın sonucunda öz bakım gücü ile olumlu sağlık davranışlarının paralel bir seyir göstermesi beklenen bir sonuçtur.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından ortalama  $122.50 \pm 14.57$  puan aldıkları, SYBD ölçeği ait gruplarından olan kendini gerçekleştirme puanının en yüksek ortalamaya, egzersiz düzeyinin ise en düşük ortalamaya sahip olduğu ve tanıtıcı özelliklerden olan yaş, medeni durum, ekonomik durum, ailedeki birey sayısı gibi değişkenlerin SYBD'yi etkilediği saptanmıştır.

Öz-bakım gücü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki

olduğu ve bu ilişkinin SYBD ölçeği alt gruplarından olan kendini gerçekleştirme düzeyinde daha da belirginleştirdiği tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmanın sonucunda kadınların SYBD alt gruplarından özellikle beslenme ve egzersiz düzeyleri ile öz-bakım gücü düzeyleri düşük olduğundan sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir.

Sağlığı geliştirmek amacıyla sağlık eğitim programları için örgütsel bir yapı kurulmalıdır.

\*Spor ve fiziksel faaliyet türlerine ilişkin bilincin harekete geçirilmesi için daha sosyal ve daha sıkı bir iletişime geçilmelidir.

\*Yeme davranışları ile ilgili kültürel değerler ve baskılar dikkate alınmalı, kitle iletişimi araçları ve okullardaki sağlık eğitimi ile konular ele alınmalı, toplum liderlerinin (okulda öğretmen, evde anne, baba ve diğer aile büyükleri, köyde muhtar vb.) işbirliği, sanayi kuruluşları ve gönüllü kuruluşların desteği ile daha sağlıklı bir beslenme konusunda olumlu ve elle tutulur çalışmalar yapılmalıdır..

\*Kişisel sağlık davranışlarını biçimlendiren değerler, yaşa ait faktörler üzerinde yoğunlaşmalı ve insanların kendi sağlıkları ile ilgili tüm faaliyetlere aktif olumlu katılımları sağlanmalıdır.

#### KAYNAKLAR

**Acar AF**(1989), Türkiye'de Kadınların Akademik Kariyere Katılımı Değişen Bir Toplumda Kadının İstihdam İmkanlarının Geliştirilmesi Konulu Uluslar Arası Konferans. İstanbul; 80-100

**Ahijevych K, Bernhard L.**( 1994) Health-Promoting Behaviors of African American Women. Nursing Research; 43(2): 86-89

**Bayık A, Erefe İ, Altuğ ÖS**(1990), Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Davranışları, Sağlık Sonuçları ve Karşılaştıkları Mesleki Riskler, İkinci Uluslar Arası Hemşirelik Bildirisi, İzmir; 63-74

**Cavlak U, Köse N, Otman S, Erbeni A**(1993). Bel Ağrısı Olan Kişilerde Halk Sağlığı ve Koruyucu Fizyoterapi Açısından Risk Faktörlerinin İncelenmesi, III. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Kayseri.; 434-440

**Core F**(1989), OECD Ülkelerinde Kadın İşgücü ve İstihdamı İmkanları, Süreklilik Sağlayan Faktörler, Değişim Sağlayan Faktörler ve Politikalar İçin Doğrulayıcı Sonuçlar, Değişen Bir Toplumda Kadının İstihdam İmkanlarının Geliştirilmesi Konusu Uluslar Arası Konferans İstanbul;25-50

**Çavuşoğlu H**(1992). Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları İle Hematolojik ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuk, Hemşirelik Bakımı Ankara.; 4-19

**Dirican R, Bilgel N**(1993), Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) II. Baskı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi; 339-360

**Duffy ME, Rossow R, Hernandez M**(1996). Correlates of Health Promotion Activities in Employed Mexican American Women. Nursing research; 45(1):18-24

**Esin N**(1997)Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Doktora Tezi,

**Farrand LL, Cox CL**(1993), Determinants of Positive Health Behavior in Middle Childhood. Nursing Research; 42(4):208-213

**Flynn L**(1997), The Health Practices of Homoloss Women: A causal mode, Nursing Research; 46(2):72-74

**Hagemann White C**(1989), Kadın İşgücünün Niteliğinin Geliştirilmesinde Perspektif ve Tuzaklar, Değişen Bir Toplumda Kadının İstihdam İmkanlarının Geliştirilmesi Konulu Uluslar Arası Konferans; 69-78

**Herkes İçin Sağlık Hedefleri: 2000**(1996) Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, Ankara; 22-61

**Herron DG**(1991). Strategies For Promoting a Healthy Dietary Intake, Nursing Clinics of North America;25(4):875-884

**Johnson JL, Ratne PA, Bottorf JL, Hayduk LA**(1993). An Exploration of Penders Health Promotion model Using Lisrel, Nursing Research;42(3). 132-136

**Kuster AE, Fong CM**(1993). Further Psychometric Evaluation of Th spanish Language Health Promoting Lifestyle Profile, Nursin, Research.; 42(5):266-269

**Lusk SL, Ronis DL, Kerr M J, Atwood JR**(1994), Test of Promotion Model As a Causal Model of Workers Use Of Hearing Protection. Nursing Research; 4(3):151-157

**Nahevan N**(1993), Sağlıklı Gençlerde Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul



**Orem D E**(1991), Nursin Concepts Of Practice, 4 th ed. St Louis : Mosby Year Book,; 90-104

**Palank C**(1991). Determinants of Health-Promotive Behaviors: a Review of Current Research. Nursing Clinics of North America.; 26<4)

**Pasinlioğlu T**(1997), Gebelerin Öz-Bakım Gücü ve Öz-Bakım Gücünün Araştırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, , İzmir.

**Pender NJ, Barkauskas VH, Heyman L. et al**(1992). Health Promotion and Disease Prevention: Toward excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook; 40(3): 106-120

**Smith K, Yarandi NH**(1996). Factor Analysis of The Ways of Coping Gustionnaire For African American Women, Nursing, Research;45(1):25-29

**Spellbring A M**(1991). Nursing's Role in Health Promotion. Nursing Clinics of North America.; 2684): 805-814

**Spradle BW**(1991). Community Healt Nursing: Concepts and Practice Third Edition. Glenview,

Illinois, London, England, a Divsion of Scott Foresman and Company; 8-13

**Timby B K**(1996). Fundemental Skills and Concepts in Patient Core, sixth edition, Lippincott/Philadephia, New York,; 43-56

**Toksöz. P, İlçin E**(1992). Diyarbakır Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı ve Bunun Beslenmeye İlişkin Bazı Etmnlerle İlişkisi Beslenme Diyet Dergisi, Ankara; 2181): 61:71

**Ulusal Sağlık Politikası** (1993), Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı,; 39-40

**UNICEF**(1991), Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi T.C. Hükümeti- UNICEF İşbirliği Programı, Seri 2, Ankara, Yeniçağ Matbaası,; 149-187, 251-271.

**Yazıcı S**(1997), Annelerin Öz-Bakım Gücü, Sağlıklı Bebeklerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ve Süreçte Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi

**Yener M, Bayraktar M.** (1989), Çalışan Kadınların Boş Zamanlarını Değerlendirme Biçimleri, MPM Yayını, Verimlilik Dergisi, Ankara;3:109-119