

AİLELERE VERİLEN BAKIMIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Behice ERCİ*

Dilek KILIÇ**

Gülbu TORTUMLUOĞLU**

ÖZET

Bu araştırma ev ziyaretlerinde ailelere verilen hemşirelik bakımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmedeki etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma eşitlenmiş kontrol gruplu ön test - son test yarı deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Erzurum ili Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesindeki 11 mahallede ikamet eden 20 yaş ve daha büyük olan 18820 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve 1996 yılında kullanılmaya başlanılan lot kalite örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre lot kalite tekniği örnekleme tablosundan yararlanarak minimum örneklem büyüklüğü 99 kişi olarak saptanmıştır. Veriler anket formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmayı ve bakımı kabul eden 88 deney ve 85 kontrol grubuna anket formu ve ön-test uygulandıktan sonra planlanan sağlıklı koruyucu ve geliştirici davranışları temel alan bakım deney grubuna üç ay süreyle uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t-testi, eşleştirilmiş t-testi, bivariet korelasyon, kruskal wallis varyans analizleri kullanılmıştır. Bakım sonrası deney ve kontrol grubu ölçek puanlarının karşılaştırılmasında beslenme dışındaki alt ölçekler ve toplam ölçek için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı geliştirici davranışlar, aileye verilen bakım

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH PROMOTION BEHAVIORS LIFE STYLE PROFILE TO FAMILY CARE GIVE

Research was carried out in the quasi-experimental design of nonequivalent control groups with pre and post-test. The population of the research were included 18820 persons of 20 or more ages, residing in the 11 district within Abdurrahman Gazi Health Center region. In research it was used the lot quality sampling method suggested by WHO in 1996. Minimum sample size was determined as 99 persons by lot quality sampling table. Data was collected by using an inquiry form including demographic characteristics which formed by researchers, and the health promotion behaviors lifestyle scale. A pretest was applied both to study (88) and groups in a face to face manner; and then a care giving program at three months duration which based on health prevention and health promotion behaviors was started by caregivers with the study group which accepted to be involved in this program. After completion of the program, a post test was given to study and control groups. T-test, paired-t test, bivariet correlation and kruskal-wallis variance test were used in analysing the data.

Except for nutrition, there were statistically significant differences between the study group and the control, the five subscales and the health promotion behaviors in the mean scores post-test. These results strongly support the notion that health promotion by home caregivers is an effective strategy in the nursing field.

Key Words: Health promotion behaviors, caregivers to family

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

** Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağl. Hemş. Anabilim Dalı (Araş. Gör.)

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı geliştirmeyi, sağlıklarını geliştirmek ve kontrol etmelerini artırmak için insanları güçlendirme girişimleri olarak tanımlar (Elwes & Simnett 1992). Bu tanımlama uygun olarak görülmesine rağmen özellikle halihazırda sağlığı bozulmuş olan insanların bu amaçları karşılayamayacağı için bu tanım basitleştirilebilir. Sağlığı geliştirme hastalığı elimine etmek ve sağlığı geliştirmek için belirlenmiş tüm önlemleri içerir (Celements 1998). Sağlığı geliştirici davranışlar, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlanabilmektedir. Bu davranışlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetiminden oluşmaktadır (Pender 1987).

Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile yapılan çalışmalarla sağlığı geliştirici davranışların puan ortalamalarının 122.5 ± 14.5 - 104.6 ± 18.9 , madde ortalamasının ise 2.5 ± 0.3 - 2.1 ± 0.3 ile "bazen", "sık sık" seçenekleri arasında yer aldığı saptanmıştır (Esin 1997, Erci ve ark. 1999, Sayan 1998). Diğer ülkelerde aynı ölçekle yapılan tanımlayıcı çalışmalarda ise madde ortalamasının 2.4 - 2.8 arasında değiştiği belirlenmiştir (Walker et al. 1990, Duffy 1993). Yine yapılan araştırmalarda bazı demografik özelliklerle ölçek puanları arasında ve özellikle kendini gerçekleştirme alt ölçeği arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Walker et al. 1990, Duffy 1993, Ahijevych & Bernhard 1994). Bulgulardan anlaşılacağı üzere sağlığı geliştirici davranışlar yurdumuzda henüz istendik düzeyde değildir. Yapılan araştırmalar sağlık bakımı ve eğitiminin sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları geliştirdiğini ortaya koymuştur (Bellas et al. 2000, Rupert 2000, Chen 1999). Chen (1999) bakım sonrasında ölçeklerin puanlarında yükselme olduğu, Chen ve Liao (1997) verilen bakımın sağlığı geliştirici davranışları olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Wu ve arkadaşlarının (1991) yanıklı hastalara verdikleri bakımla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında biraz gelişme olmakla beraber yanıkların

iyileşmesine katkıda bulunduğunu vurgulamışlardır. Bellas (2000) beş yıllık tıp eğitiminin sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları öğrencilere kazandırdığını saptamıştır. Ruper (2000) hastaların eğitiminin yaşam stiline %84 oranında değiştirdiğini saptamıştır.

Sağlığı geliştirici davranışlar hemşirenin önemli rolü olarak ele alındığı zaman hemşirelik hizmetleri arasında oldukça büyük bir paya sahip olduğu görülür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olan hemşirelik primer, sekonder, tersiyer düzeyde sağlığı geliştirmek için ideal fırsatlar sağlar (Celements 1998). 21.yüzyılda herkes için sağlık hedeflerinden hedef 11'de "2015 yılına kadar toplumdaki insanlar sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelidirler" ibaresi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 1999). Bu nedenle topluma sağlığı geliştirici davranışların kazandırılmasında ve halk sağlığının geliştirilmesinde halk sağlığı hemşiresi anahtar role sahiptir.

Amaç: Bu araştırma ev ziyaretlerinde ailelere verilen hemşirelik bakımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmedeki etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın türü: Araştırma eşitlenmemiş kontrol gruplu ön test - son test yarı deneme modeli olarak yapılmıştır (Karasar,1995).

Evren: Araştırmanın evrenini Erzurum ili Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesindeki 11 mahallede ikamet eden 20 yaş ve daha büyük olan 18820 kişi oluşturmaktadır.

Örnekleme ve örnekleme yöntemi: Araştırmada Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve 1996 yılında kullanılmaya başlanılan lot kalite örnekleme yöntemi kullanılmıştır (WHO,1996). Lot örneklemede güven aralığı ± 1 - ± 10 , güvenilirlik düzeyi de %90-%99 arasında değişmektedir. Bu araştırmada güven aralığı ± 10 , güvenilirlik düzeyi de %95 olarak alınmıştır. Buna göre lot kalite tekniği örnekleme tablosundan

yararlanarak minimum örneklem büyüklüğü 96 kişi olarak saptanmıştır. Her mahalle bir lot kabul edilmiş ve örneklem büyüklüğü lot sayısına bölünerek 8.7 kişi belirlenmiş daha sonra her lot için örneklem büyüklüğü 9 kişi ile sınırlandırılmıştır. Daha sonra her bir mahalledeki sokaklara numara verilerek basit rastgele sayılar tablosundan 9 sokak belirlenmiştir. Bu sokaklardaki konutlara numara verilerek yine basit rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak her bir sokaktan 1 deney ve 1 kontrol grubu olmak üzere her lottan toplam 9 aile deney, 9 aile kontrol grubuna alınmıştır. Bu ailelerden de 20 yaş ve üstünde olanlardan gönüllü olan birer kişi araştırmaya alınmıştır. Böylece 99 kişi deney, 99 kişi kontrol grubuna alınmıştır.

Veri toplama araçları: Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve sosyo demografik özellikleri içeren anket formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak toplanmıştır. 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen ölçek 1997 de Esin tarafından Türkçe'ye uyarlanmış (Esin 1997) ve alfa katsayısı 0.91 bulunmuştur. Bu ölçek 6 alt ölçekli, 48 maddeli, 4'lü likert tipi dereceleme ölçeği olup, maddeler için yanıt seçeneği oluşturulmuştur. Alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme 13-52, sağlık sorumluluğu 10-40, egzersiz 5-20, beslenme 6-24, kişilerarası destek 7-28, stres yönetimi 7-28 ve toplam ölçek 48 - 192 puan aralığına sahiptir.

Deneyin uygulanması verilerin toplanması: Araştırmayı ve bakımı kabul eden 88 deney ve 85 kontrol grubuna araştırmacılar tarafından demografik özellikleri içeren anket formu ve ön-test uygulandıktan sonra planlanan sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları temel alan bakım uygulanmaya başlanmıştır. Deney grubundaki bireylerin hemşirelik bakımına aileleri de alınmıştır. Ailelerin haftada bir kez 2-4 saat süreyle ziyareti yapılarak beslenme, stresle baş etme, egzersiz, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını alabilmeleri, kişiler arası ilişkiler ve etkileşim konuları esas olmakla beraber ailelerin ihtiyaç duydukları aile planlaması, anne ve bebek bakımı, kronik hastalıklarda bakım gibi konularda araştırmacılar tarafından 3 ay süreyle bakım

verilmiştir. Temelde aynı olmakla beraber ailelere verilen bakım standardize edilmemiş ve ihtiyaca göre biraz farklılıklar yapılmıştır. Bakımın yürütülmesi sırasında deney grubundaki bireylerden 11 tanesi araştırmadan ayrılmıştır. Son-test uygulamasında da deney grubundaki 9 kişi uygulamaya katılmamıştır. Bu nedenle deney grubundaki verilerin değerlendirilmesi 68 örnek üzerinden yapılmıştır. Kontrol grubundaki örneklerle demografik soruları içeren anket formu ve ön-test uygulandıktan sonra deney grubunun bakım sürecinin sonunda son-test uygulanmıştır. Kontrol grubundan 15 kişiye ulaşamadığı 11 kişide son testi kabul etmediği için kontrol grubunun verileri 59 örnek üzerinden yapılmıştır. Veriler 2 ocak-29 mart 2001 tarihleri arasında toplanmıştır.

Değişkenler: Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, cinsiyet, meslek, ailedeki birey ve çalışan birey sayısı, aylık gelir, kişi başına düşen aylık gelir ve aylık tasarruf miktarı bağımsız; ölçek puanları araştırmacının bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın yürütülmesinde kişisel hak ve mahremiyetlere saygılı davranılmış, etik kurallara uyularak araştırmaya katılmak isteyenler alınmış, sonradan ayrılmak isteyenlere karşı duyarlı davranılmıştır. Prosedüre uyularak gerekli resmi izinler alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi, grupların kendi ön test ve son test puanlarının karşılaştırılmasında eşleştirilmiş t testi; yaş, ortalama aylık gelir, kişi başına düşen aylık gelir, aylık tasarruf edilen miktar, ailedeki birey sayısı ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bivariet korelasyon; meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, ailede çalışan birey sayısı ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında kruskal wallis varyans analizleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneklem grubunun sosyo demografik özellikleri

Deney ve kontrol grubunun sosyo demografik özelliklerinin dağılımı tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Deney ve kontrol grubunun sosyo demografik özellikleri

Özellikler	Deney grubu (n=60)		Kontrol grubu (n=59)	
	S	%*	S	%*
Yaş	33.9±15.9		34.5±14.9	
Aylık gelir	219.9±98.9		190.5±113.6	
Kişi başına düşen aylık gelir	43.3±23.4		34.1±18.2	
Aylık tasarruf	8.2±7.8		6.2±5.1	
Ailedeki birey sayısı	5.6±1.9		3.6±3.0	
Cinsiyet				
Kadın	31	51.6	34	57.6
Erkek	29	48.4	25	42.4
Medeni durum				
Evli	38	63.6	33	55.9
Bekar	22	36.4	26	44.1
Eğitim Düzeyi				
Okul mezunu değil	7	11.7	11	18.7
İlkokul mezunu	24	40.0	22	37.3
Orta dereceli okul mezunu	24	40.0	23	39.0
Üniversite mezunu	5	8.3	3	5.1
Çalışma durumu				
Çalışıyor	23	38.9	21	35.5
Çalışmıyor	37	61.1	38	64.5

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablodan da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubunun sosyo demografik özellikleri büyük ölçüde benzemekle beraber gelir düzeyi deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Deney Grubu Bulguları

Deney grubun ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Deney grubunun ön test-son test sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve istatistik değerlendirmesi.

Ölçekler	Ön Test		Son test		İstatistik	
	Ölçek	Madde	Ölçek	Madde	t	p
Kendini Gerçekleştirme	36.8±6.7	2.8±0.4	39.0±6.7	3.0±0.5	2.713	.009
Sağlık Sorumluluğu	19.0±4.9	1.9±0.4	21.7±5.9	2.1±0.5	3.652	.001
Egzersiz	7.9±2.6	1.5±0.5	9.0±3.7	1.8±0.7	2.197	.032
Beslenme	16±3.1	2.6±0.5	17.3±3.5	2.8±0.5	2.861	.006
Kişilerarası destek	19.9±3.9	2.8±0.5	21.3±3.3	3.0±0.4	2.373	.021
Stres Yönetimi	17.1±4.0	2.4±0.5	18.6±4.1	2.6±0.5	2.747	.008
Sağlıklı yaşam biçimi dav.	116.9±16.5	2.4±0.3	127.0±18.8	2.6±0.3	3.991	.000

df = 67

Tablo 1’de görüldüğü gibi deney grubu ön testten en düşük puanı hem ölçek ve hem de madde ortalamasında egzersizden, en yüksek

puanı kendini gerçekleştirme ölçeklerinden almıştır. Sağlıklı yaşam davranışlarından deney grubu “bazen” ile “sık sık” seçenekleri arasında yer almaktadır. Son testte deney grubu puanlarında artış olmasına rağmen hem ölçek hem de madde ortalamasında en düşük puanı egzersiz ($X=9\pm 3.7$, madde $X=1.8\pm 0.7$) en yüksek puanı kendini gerçekleştirme ($X=39\pm 6.7$, madde $X=3.0\pm 0.5$) ölçeklerinden almışlardır. Toplam sağlıklı yaşam biçim davranışlarından ise ön test madde ortalamasından 2.4 ± 0.3 , son test madde ortalamasından da 2.6 ± 0.3 puan aldıkları saptanmıştır. Ön test-son test istatistiksel değerlendirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ve alt ölçekler bakımından farkın önemli olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun sosyo demografik özellikleri ile bakım öncesi ve sonrası

uygulanan ölçek puanları karşılaştırılmasında cinsiyetin, medeni durumun, çalışma durumunun, ailedeki çalışan birey sayısının puan ortalamalarını etkilemediği ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile ön testte kendini gerçekleştirme alt ölçeği arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu ($KW=12.03$, $df=4$, $p=.017$) diğer ölçekler ve son test ölçekleri ile eğitim düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Ortalama aylık gelir ile ön test sağlık sorumluluğu arasında pozitif ($r=380^*$) kişi başına düşen aylık gelir ile son test kişiler arası destek arasında pozitif ($r=261^*$) ilişki olduğu, ön test ve son testteki diğer ölçeklerle herhangi bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Kontrol Grubu Bulguları

Kontrol grubunun bakım öncesi ve sonrası uygulanan ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Kontrol grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ön test ve son test puan ortalamaları ve istatistiksel değerlendirmesi

Ölçekler	Ön test		Son test		İstatistiksel Değ.	
	Ölçek X±SD	Madde X±SD	Ölçek X±SD	Madde X±SD	t	p
Ken.Gerçekleştirme	30.1±7.4	2.3±0.5	32.7±6.6	2.5±0.5	2.818	.007
Sağ.Sorumluluğu	17.7±4.9	1.7±0.4	18.4±3.8	1.8±0.3	.987	.328
Egzersiz	7.4±3.3	1.4±0.6	7.6±2.6	1.5±0.5	.477	.635
Beslenme	16.7±3.0	2.7±0.5	6.4±3.7	2.7±0.6	.957	.343
Kişilerarası Destek	18.6±3.9	2.6±0.5	9.1±4.0	2.7±0.5	.856	.396
Stres Yönetimi	17.4±4.0	2.4±0.5	7.1±3.8	2.4±0.5	.451	.654
Sağ.Yaş.Biç.Dav.	108.1±15.7	2.2±0.3	111.5±13.2	2.3±0.2	1.639	.107

df= 58

Tablo 2’de görüldüğü gibi kontrol grubu ön test ölçeklerinden hem ölçek (7.4 ± 3.3), hem de madde (1.4 ± 0.6) ortalamasında en düşük puanı, egzersiz, en yüksek puanı ölçek ortalamasından kendini gerçekleştirme (30.1 ± 7.4), madde ortalamasından kişiler arası destek (2.6 ± 0.5) alt ölçeklerinden almışlardır. Son test uygulamasında ise en düşük puanı hem ölçek (7.4 ± 2.6) hem de madde (1.5 ± 0.5) ortalamasında egzersiz, en yüksek puanı

ölçek ortalamasından kendini gerçekleştirme (32.7 ± 6.6), madde ortalamasından ise kişiler arası destek (2.7 ± 0.5) ve beslenme (2.7 ± 0.6) alt ölçeklerinden almışlardır. Toplam sağlıklı

yaşam biçimi davranışları ön test madde ortalamalarından 2.2 ± 0.3 , son test madde ortalamasından 2.3 ± 0.2 puan aldıkları saptanmıştır. Ön test son test puanlarının istatistiksel değerlendirilmesinde kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu, diğer ölçekler arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır.

Kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri ile ön test, son test ölçek puanları karşılaştırmasında yaş, aylık gelir, kişi başına düşen gelir ve meslek ile ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Ailedeki çalışan kişi sayısı ile beslenme ön test (KW=8.038, df=3,045) ve son test (KW=7.641, df=3, p=.054) ölçek puanları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun eğitim düzeyleri ile ön test stres yönetimi

(KW=13.132, df=4, p=.011) alt ölçeği arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır. Yine ailedeki toplam kişi sayısı ile ön test alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme (r=-.262*), beslenme (r=-.322*), sağlık sorumluluğu (r=-.313*) ve toplam sağlıklı yaşam davranışları puanları (r=-.343*) arasında istatistiksel olarak negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Deney ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırma Bulguları

Deney ve kontrol gruplarının ön-test, son-test ölçek puanlarının istatistiksel değerlendirmesi tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Deney ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılmasının istatistiksel değerlendirilmesi

Ölçekler	Ön test			Son test	
	t	p	df	t	p
Kendini gerçekleştirme	5.142	.000	127	5.127	.000
Sağlık sorumluluğu	1.451	.149	127	3.659	.000
Egzersiz	0.778	.438	127	2.380	.019
Beslenme	-1.413	.160	127	1.399	.165
Kişilerarası Destek	1.742	.084	127	3.172	.002
Stres Yönetimi	-0.434	.665	127	2.036	.044
Sağlıklı Yaşam Biçimi Dav.	2.970	.004	127	5.224	.000

Tablo 3'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu ön-test puanlarının değerlendirilmesinde kendini gerçekleştirme alt ölçeği ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu; son test puanlarının değerlendirilmesinde ise beslenme alt ölçeği hariç toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve diğer alt ölçekler arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Deney Grubu Bulgularının Tartışması

Deney grubu ön test-son test sağlıklı yaşam davranışları ölçeklerinin hepsinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 1). Chen'in bakım vererek yaptığı iki çalışmada da son testte deney grubunda sağlığı geliştirici davranışlarda pozitif yönde artış olduğu ve çoğunluğunun istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Chen 1999, Chen & Liao 1997). Yine yapılan bir araştırmadan da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Wu et al. 1991). Bu

araştırmanın bulguları verilen çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeyi ile ön testte kendini gerçekleştirme alt ölçeği arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, Sayan'ın yaptığı (1998) çalışmadan da benzer sonucun elde edildiği saptanmıştır. Ortalama aylık gelirle ön test sağlık sorumluluğu alt ölçeği arasında pozitif bir ilişki olduğu ve yapılan araştırmalarda da benzer sonucun olduğu saptanmıştır (Sayan 1998, Esin 1997, Ahijevych & Bernhard 1994).

Kişi başına düşen gelirle son test kişilerarası destek alt ölçeği arasında pozitif ilişki olduğu, Sayan'ın yaptığı (1998) araştırmada da ortalama aylık gelirle kişilerarası destek alt ölçeği arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Kontrol Grubu Bulgularının Tartışılması

Kontrol grubu ön test son test sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki fark sadece kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Chen'in yaptığı (1999) araştırmada da kontrol grubunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinin hepsinde ön test ve son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada farklı olarak kendini gerçekleştirme ölçeğinde istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Ancak Chen'in yaptığı (1999) araştırmada da son test uygulamasında kendini gerçekleştirme ölçeği puan ortalamasında bir puanlık artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle araştırma bulgusu Chen'in bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Ailede çalışan birey sayısı ile ön test son test beslenme alt ölçeği arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni çalışan bireyin sosyo ekonomik seviyesinin yükselmiş olması ve dolayısıyla beslenme konusunda bilgisinin artmış olması olabilir. Yine kontrol grubunda eğitim düzeyi ile stres alt ölçeği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi ile stres yönetimi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır (Duffy, 1993). Bu araştırma sonucu verilen araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Ailedeki toplam birey sayısı ile kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu alt ölçekleri ve toplam sağlıklı yaşam davranışları ölçeği arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Sayan'ın yaptığı (1998) araştırmada da ailedeki birey sayısının kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğunu etkilediği, Esin'in yaptığı (1997) çalışmada da ailedeki birey sayısının beslenme düzeyini etkilediği saptanmıştır.

Deney ve kontrol Gruplarının Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Deney ve kontrol grubu ön test ölçek puanlarının karşılaştırılmasında kendini gerçekleştirme alt ölçeği ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında gruplar arasındaki

farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bunu nedeni kontrol ve deney grubunun demografik özellikleri büyük ölçüde benzer olmasına rağmen deney grubunun ön test ölçeklerinden tesadüfen yüksek puan almaları olabilir.

Deney ve kontrol grubu son test ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında beslenme alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçekler toplam ölçekte gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Chen'in yaptığı (1999) araştırmada da deney grubundaki puan artışının tüm ölçeklerde kontrol grubundan daha iyi olduğu, özellikle egzersiz, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi ve toplam ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın bulguları verilen araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

SONUÇLAR

Araştırma bulgularına göre verilen bakımın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği, deney grubunda bakım öncesi ve sonrası ölçek puanları arasındaki farkın tüm alt ölçekler ve toplam ölçek için istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Bakım sonrası deney ve kontrol grubu ölçek puanlarının karşılaştırılmasında beslenme dışındaki alt ölçekler ve toplam ölçek için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda toplumun sağlığını geliştirmek amacıyla ailelere daha uzun süreli ve sürekli bakım verilmesi, beslenme alışkanlıkları ve düzeyine yönelik sağlığı geliştirici yönde bakıma ağırlık verilmesi önerilebilir. Ayrıca toplumda sağlığı geliştirici davranışların kazanılmasını ve geliştirilmesini artıracığı için sadece ailelere ortamında değil eğitim kurumları ve iş ortamında da sağlığı geliştirici yönde bakımın verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ahijevych K.&Bernhard L.** (1994). Health-promoting behaviors of African American women. *Nursing Research*, 43(2); 86-89.
- Bellas PA. et al.** (2000). Wath student bring to medical school: attitudes toward health promotion and prevention. *Am J Prev Med.* 18; 242-8.
- Chen MY.** (1999). The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers *Public Health Nursing* 16(2); 125-132.
- Chen MY.&Liao CJ.** (1997). The effectiveness of using counseling to promote healthy lifestyle among the general medical OPD patient. *Nursing Research (Taiwan)*,5(5),390-400.
- Clements E.** (1998). Health promoting and the district nurse, *Journal of Community Nursing*,:12 (7).12-15.
- Duffy M E.** (1993). Determinents of health-promotion lifestyles in order persons.IMAGE. *The Journal of Nursing Scholarship.* 25;23-28.
- Erci B. ve ark.** (1999). Premensruel sendromun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2(2);14-26.
- Esin N.** (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Doktora Tezi, İstanbul.
- Ewles L., Simnet I.** (1992). Promoting health pratical gude, Scutari Press, London.
- Karasar N.** (1995).Bilimsel araştırma yöntemi.3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd.Ankara.
- Pender N J.** (1987). Health promotion in nursing practice (2nd ed.) Norwalk. CT Appleton & Large.
- Rupert R L.** (2000). A survey of practice patterns and the health promortion and prevention attitudes of US Chiropractors. Maintenance care: part. J *Manipulative Physiol Ther.* 23(1);1-9.
- Sayan A.** (1998). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile Öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora tezi (Yayınlanmamış).Erzurum.
- T.C.Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü** (1999). Sağlık 21 (21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık). 72 Tasarım Ltd. Ankara.
- Walker SN. et al.** (1990). A Spanish language version of the health-promotion lifestyle profile. *Nursing Research.* 36; 268-273.
- WHO** (1996). Monitoring immunization services using the Lot Quality Technique, Geneva.
- Wu SL., Hu HC. &Yao KM.** (1991). A study on the burdens and needs of primary caregiver of frail elderly in home care program. *Public Health Quarterly (Taiwan)*, 18(3), 237-248.