

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli: Çocukların Beslenme Alışkanlıklarını Belirlenmek İçin Bir Rehber

Meryem ÖZTÜRK HANEY, Semra ERDOĞAN

Özet

Çocukluk dönemindeki sağlıksız beslenme alışkanlığı ileri yaşlardaki pek çok hastalık için risk oluşturmaktadır. Girişimlerin temel amacı çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmaktır. Çocuklarda tanımlayıcı ve girişimsel beslenme alışkanlığı çalışmalarına rehberlik edecek kavramsal çerçevelere gereksinim bulunmaktadır. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'ni (SDEM) tanımlamak ve modelin çocukların beslenme alışkanlıklarına uygulamaktır. Çocukların beslenme alışkanlığı, davranış modelleri ve SDEM'le ilgili literatür taraması yapılmıştır. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli hemşirelere uygulamalarında kullanabilecekleri bir hemşirelik modeli sunmaktadır.

Anahtar Kelime: Beslenme Alışkanlığı, Çocuk, Hemşire, Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli.

Interaction Model Of Client Health Behavior: A Guide To Determination Of Childrens' Diet Habits

Abstract

Unhealthy dietary habits during the childhood are at risk for various diseases in later of life. The primary goal of intervention is the promotion of healthy diet habits to the children. Conceptual models are needed to guide explanatory and intervention studies in diet for children. To describe the Interaction Model of Client Health Behavior (IMCHB) and its application to childrens' diet habits. Literature review was done about childrens' diet habit, health behavior models, and the IMCHB. The IMCHB offers a nursing model to use nurses in their practice.

Key words: Diet Habits, Child, Nurse, Interaction Model Of Client Health Behavior.

Geliş tarihi: 01.07.2013

Kabul tarihi: 10.10.2013

Dünyanın pek çok ülkesinde ölümlerin başlıca nedenlerini Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) oluşturmaktadır (American Heart Association, 2010). Bilimsel çalışmalar KVH önlenmesi ve kontrolünde önemli bir risk faktörü olan sağlıksız beslenme alışkanlığının çocukluk döneminde gelişerek yaşam boyu devam ettiğini ortaya koymuştur (Birch ve Fisher 1998; Branen ve Fletcher, 1999; Manios ve ark. 2004; Potts ve Mandleco, 2002; Wimbush ve Peters, 2000). Çocukların yaşam boyu süren sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmalarını etkileyen faktörlerin erken dönemde tanımlanması önceliklidir. Bu sayede hemşireler çocuklara yönelik etkili girişimler uygulayarak ileri yaşlarda hastalıkların oluşmasını önleyebilir ve sağlıklı bir yaşam biçiminin gelişmesini sağlayabilirler (Baranowski, Cullen ve Baranowski, 1999; Hozawa, 2011; Robinson ve Thomas 2004).

Son 20 yıl içinde yaşam biçimindeki değişiklikler (yüksek enerjili besin tüketiminin artması, dışarıda yemek yeme alışkanlığının yaygınlaşması, fizik aktivitenin azaldığı bir çevrenin yaygınlaşması) çocukların dengeli bir beslenme ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirme ve sürdürme olasılığını azaltmıştır (Ahrens ve ark., 2006). Araştırmalar okul çağındaki çocukların önerilen miktarda meyve ve sebze tüketmediğini, buna karşın enerji, yağ ve tuz içeriği fazla olan hazır yiyecekleri, enerji içeceklerini, abur cuburu ise sık tükettiklerini belirtmiştir (Demory-Luce, 2005; Gonzales, Marshall, Heimendinger, Crane ve Neal, 2002; Pérez, Hoelscher, Brown ve Kelder, 2007; Scully, Dixon, White ve Beckmann, 2007; Zaborskis, Lagunaite, Busha ve Lubiene, 2012). Önceki çalışmalar düşük kaliteli, tuzlu, şekerli, yağlı yiyecek ve gazlı içecek tüketimi ile şişmanlık arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Boumtje, Huang, Lee ve Lin, 2005; Newby, 2007; Roseman, Yeung ve Nickelsen, 2007). Kanıtlar son yıllarda çocuklarda şişmanlık oranının oldukça fazla arttığını belirtirken (Nicklas, Yang, Baranowski, Zakeri ve Berenson, 2003; Raj, 2012) Türkiye'de bu oranlar %12- 22 arasında değişmektedir (Bereket ve Atay, 2012; Manios ve ark., 2005; Ozturk Haney ve Erdogan, 2013; Simsek, Akpınar, Bahcebasi, Senses ve Kocabay, 2008). Çocukluk çağı şişmanlığı yetişkin dönem şişmanlığı, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları, inmeler ve kanserle yakından ilişkilidir.

Kilo almayı önlemenin, şişmanlığı tedavi etmekten daha kolay, ucuz ve etkili bir yöntem olduğu gerçeğinden hareketle, çocuklara yönelik etkili koruyucu girişimlerin uygulanması çok önemlidir. Bunun için çocuklarda şişmanlığı etkileyen faktörlerin ortaya konmasına gerek vardır (Ritchie ve ark., 2001).

Modelin Gelişimi

Hemşire araştırmacı Cox (1982) pek çok sağlık davranış modelini incelemiş ve bu modellerde hemşirelik için önemli eksiklikler olduğunu belirlemiştir. Örneğin, Rosenstock'un sağlık inanç modeli psikolojik bir kavramsal çerçeveden türemiştir. Diğer taraftan Suchman modeli sağlık davranışlarını sosyolojik bir bakış açısıyla değerlendirir ve sağlık bakımının bireylerin ailesi ve arkadaşlarından etkilendiğini savunur. Anderson ve Newman modelleri önceki modellerin fikirlerini birleştirir; ekonomik ve toplumsal kaynakları da kapsar. Cox diğer modelleri incelerken bu modellerin bireyin sağlık davranışıyla ilişkili değişkenleri ortaya koyduğunu ancak klinisyenlerin bu modellerden bir anlam çıkaramadığını farketmiştir. Bireylerin "daha bireysel bir felsefeye" sahip olduğu diğer modellerde belirtilmemiştir. Nihayetinde modeller bu durumu dikkate almadığı için de "bir birey olarak hastanın-bakım alanının davranışları" yeterince açıklanamamıştır. Bunun yanı sıra bu modeller bireysel özellikler ve sağlık davranışına olan etkilerini incelemiş olsalar da, sağlık profesyonellerinin sağlık davranışına olan etkisini dikkate almamışlardır.

Cox (1982) mevcut sağlık davranışı modellerinin hemşirelikle ilgili eksikliklerini gidermek için geliştirmiştir. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nin (SDEM) özünde bireyin sağlık davranışlarını bağımsızca seçtiği ve bu seçimin bireyin biricik/tek olma özelliği ile birey- profesyonel ilişkisinden kaynaklandığı kabul edilmektedir.

Modelin Kavramsal Çerçevesi

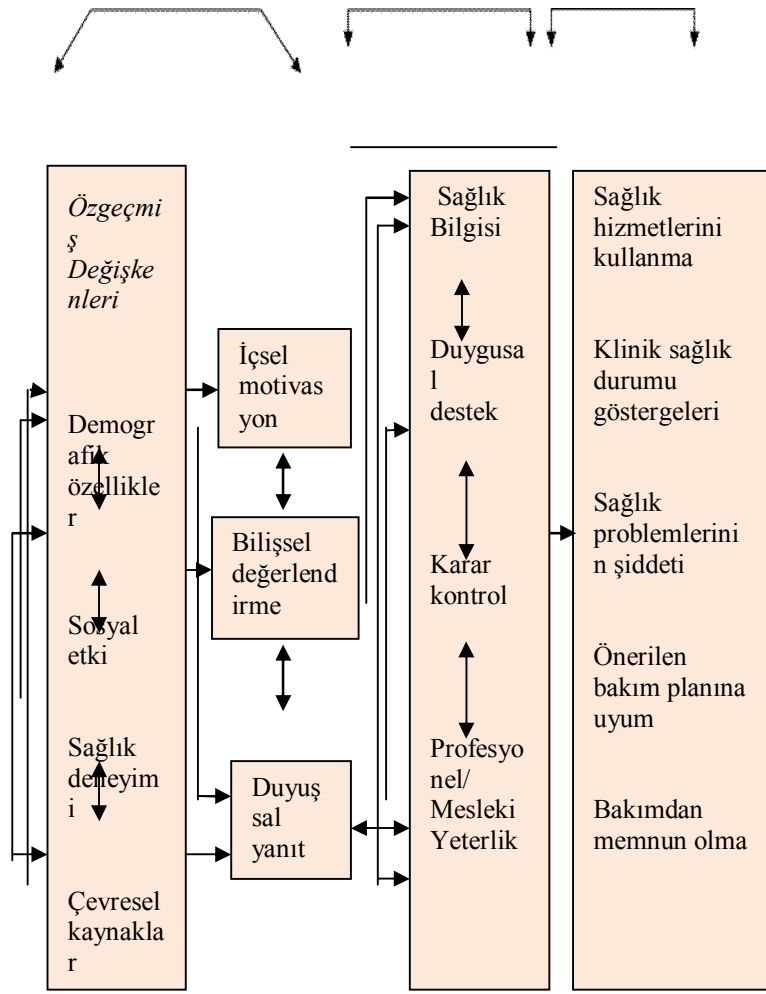
Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (Şekil) hemşirelik temelli, birey merkezli, çevresel faktörlerle birlikte bireysel özellikleri inceleyerek sağlık davranışları hakkında son bilgilerin öğrenilmesine izin veren bütüncül bir sağlık davranış modelidir Cox (1982; 2003). Modelin temel amacı; (1) bireyin sağlık davranışıyla ilgili otonomisini, klinisyenlerin sağlık davranışını destekleyen

etkileşim tarzını ve bireye özgü dinamik değişkenlerin sağlık sonucu üzerindeki etkisini tanımlamak; (2) araştırmalarda sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkileyen bireysel özelliklerin tanımlanmasına rehberlik etmek ve (3) tanımlanan bu değişkenleri hedef olarak girişimlerin planlanmasına öncülük etmektir. Modelin kavramsal çerçevesi, sağlık davranışını fiziksel, sosyal, bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve çevresel bileşenlerle birleştirmektedir. Cox'a (1982) göre hemşireler gelişmiş roller uyguladıkları halde, bakım alan kişinin bireysel özellikleri, bakım alan kişi ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki ve hemşirelik girişimlerine dayalı sağlık sonuçları araştırılmamış ve geçerliliği test edilmemiştir. Cox, birey/hasta ile iletişimde hemşirelik rolünün geçerliği sağlandıktan sonra, birey merkezli bakımın başarılı olabileceğini ileri sürmüştür (Mathews, Secrest ve Muirhead, 2008). Model sağlık profesyoneline sağlık sonucunu etkilemek için seçkin bir kavramsal rol verirken, hemşirelerin dikkatini geleneksel hastalık modellerinden çok boyutlu sağlık modeline çekmektedir (Cox, 2003; Öztürk, 2010; Robinson ve Thomas, 2004).

Modelin bir çerçeve olarak kullanılması, sağlık davranışının psikolojik, çevresel ve sosyolojik belirleyicilerini ortaya koyan kapsamlı bir veri seti oluşmasını sağlar. Modelin özünde bireyin yeterince bilgilendirildiği, sağlık davranışları için bağımsız ve yetkin kararlar verdiği; sağlık davranışlarının bireysel özellikler ve birey-sağlık profesyoneli ilişkisinde etkilendiği kabul edilmektedir. Model "bakım veren profesyoneller girişimleri birey/hastanın bireysel özelliklerine göre planlarsa o kişinin sağlık sonuçları olumlu olacaktır" hipotezini savunmaktadır. Kısaca, olumlu sağlık sonucunu en üst düzeye çıkarmak için girişimler bireysel özellikler bileşeni dikkate alınarak yapılmalıdır.

Model, bireyin gereksinim ve duygularının davranışları etkilediğini kabul eder. Modelde Deci'nin Otonomi Modeli'ne dayalı otonomi ve yeterlik gibi doğuştan gelen gereksinimlere yer verilir. Bireyin iç ve dış kaynaklarının sağlık davranışları ile ilgili kararları etkilediği kabul edilir. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM), içsel motivasyon kavramını davranışın önemli bir belirleyicisi olarak kabul etmektedir. Sağlığı belirlemek ve sürdürmek için bireye, içsel ve dışsal çevrenin sınırları içinde, maksimum kontrol verilmelidir. Çünkü model olumlu sağlık davranışları için bireyin içsel sorumluluğu üzerine odaklanmaktadır. Bu düşünce boyutu sağlık problemi veya sağlığı geliştirmede bireyin kişisel sorumluluğu ve kontrolünün çok önemli olduğu durumlarda yararlı olacaktır. Bu modelin özü sağlık davranışları hakkında bağımsız, bilinçli ve yetkin seçimler yapabilen birey fikridir. Bu konuda sağlık profesyonelin karar verici rolü çok az ama öğretmen-danışman ve bilimsel rolü daha fazladır.

Modelde bir grup bileşenin diğer bileşene ortak etkisi çok yönlü nedensel bir geribildirim mekanizması ile gösterildiği için tekrarlar bulunmamaktadır. Model sağlık hizmetlerinin türünü sınırlandırmaz; genel klinikler, hastaneler, evde bakım merkezleri ve özel profesyonel uygulamaların hepsi sağlık hizmeti kapsamında ele alınır.



Şekil 1: Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli

Bireysel Özellikler

Modelin bu bileşeni iki farklı değişken setinden oluşur: (1) özgeçmişe ait değişkenler (cinsiyet, din, sağlık öyküsü) ve (2) dinamik değişkenler (motivasyon, bilgi, korku). Bireysel özellikler (bireyin tek oluşu) ifadesi her bireyin özgeçmişe ait değişkenleri, içsel motivasyon düzeyi, sağlık bakımı ile ilgili bilişsel değerlendirmesi ve bu konudaki duyuşsal yanıtının başkalarından farklı olduğunu belirtmek için kullanılır. Modelde bu çoklu değişkenler bir diğeriyle etkileşir ve bu şekilde bireysel özellikler bileşeni tanımlanabilir. Bu değişkenler çok farklı kavramlarla tanımlanabilir ve değerlendirilebilirler. Sağlık profesyonelleri girişim planı belirlerken bireyin bu eşsizlik/ tek olma/ biriciklik durumunu ve çevresel özelliklerini dikkate almalıdır.

Özgeçmişe ait değişkenler

Özgeçmişe ait değişkenler bireyin demografik özelliklerini, sosyal grubunun etkisini (kültür, din, akran etkisi, sosyal çevre, sosyal destek), önceki sağlık deneyimlerini (sağlık öyküsü, gelişimsel durum, objektif sağlık verileri) ve çevresel kaynaklarını (sağlık bakımına ulaşabilme, sağlık bakımına ulaşmadaki engeller, bireysel kaynaklar) kapsamaktadır; zamanla kolay değişmeyen, görece durağan değişkenlerdir. Bazı özgeçmiş değişkenleri zamanla değişebilir ama bu değişiklikler hemen göze çarpmayabilir.

Model özel bir sağlık davranışının oluşumunda bütün özgeçmiş değişkenlerinin eş zamanlı, birbirini

sürekli etkileyen bir etkileşim gösterdiğini öne sürmektedir. Örneğin, bireyin sosyoekonomik durumu olumsuz bir sosyal ortamla etkileşerek, bireyin sağlık hizmeti kullanımının azalmasına ve nihayetinde sağlıksız beslenme alışkanlığı gibi olumsuz bir sağlık davranışının gelişmesine neden olabilir.

Dinamik değişkenler

Dinamik değişkenler içsel motivasyon, bilişsel değerlendirme ve duyuşsal yanıtı kapsamaktadır. Bu değişkenler özgeçmiş değişkenlerine göre herhangi bir girişimden daha kolay etkilenebilmektedir. İçsel motivasyon kavramı modelde bireyin sağlık davranışının açıklanmasına yardımcı olan temel bileşen olarak kabul edilmektedir (Cox, 1982). İçsel motivasyon bir davranışın oluşmasında bireyin tercihleri, istekleri ile birlikte kişinin kendini yeterli ve otonom hissetme gereksinimi olarak tanımlanır. Birey kendini yeterli ve otonom hissettiğinde fiziksel-psikolojik iyiliğin önkoşulu olan ödül duygusu oluşur. Bu ödül duygusu davranışın sürdürülmesi için gerekli olan motivasyonu artırır (Cox, 1982). Bireyin değerleri, motivasyonu ve duyguları bireyin gereksinimlerini, davranış için karar verme yeteneğini ve dolayısıyla sağlık davranışını etkiler. Olumlu sağlık sonucu tanımı birey ve sağlık profesyoneline göre farklı olabilir ancak seçim bireyin olmalıdır. Birey için geliştirilen girişimler bireyin tercihlerini, kişisel kontrolünü, yetkin ve iradeli olma duygularını davranışın önemli etkenleri olarak kabul etmelidir. Model içsel motivasyonu bireye özgü bileşenlerdeki değişkenlerle ilişkilendirmiştir. Motivasyon duyuşsal yanıt ve bilişsel değerden etkilendiği kadar bireysel ve çevresel özelliklerden de etkilenebilmektedir.

Bilişsel değerlendirme, bireyin gerçeklik algısına dayalı yanıtıdır. Modele bakıldığında, bilişsel değerlendirme, bireyin mevcut sağlık durumu ile ilgili algısını, sağlığını etkileyen davranışları, sağlık hizmeti verenlerle ilişkisini, hastanın hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi, inanç, tutumunu açıklamaktadır. Model, kişinin durumuyla ilgili algısının davranışları için belirleyici olduğunu ve davranışın öncelikle çevreye değil, bireye dayalı olduğunu vurgulamaktadır. Diğer bir deyişle, bireyin kendi gerçeklik algısına göre davrandığını destekler. Özgüven algısı, inanç, tutum gibi kişisel özellikler algıyı ya da sağlık problemlerine bakışı etkiler. Model özgeçmiş değişkenlerinin de bireyin bilişsel değerlendirmesi üzerinde doğrudan etkisi olduğunu savunmaktadır.

Duyuşsal yanıt, duygulara dayalı tepkilerdir ve bu duygular davranışa karar vermeye yardımcı olur. Bilişsel süreçler sıklıkla duyuşsal yanıtı harekete geçirir. Duygular bilişsel aktiviteyi engelleyebilir ya da yardımcı olabilir. Örneğin, rektal muayene koruyucu bakım için gerekli bir tanılama yöntemidir. Buna rağmen bu önlem bilişsel olarak olumsuz algılanırsa, korku test yaptırmayı engelleyebilir. Sağlıkla ilgili duyuşsal yanıtı şekillendiren durumlar bireyin sosyo- kültürel özellikleri, kişisel özellikleri, motivasyonu, beklentileri, inanç ve değer sistemi, entellektüel kapasitesi ve geçmiş deneyimleridir (Cox, 1982; Öztürk, 2010).

Dinamik değişkenlerin her biri birbirlerini etkiler. Tutum, bilgi ve inançlar motivasyon ve duygulara katkı sağlarken benzer şekilde, duygular da motivasyonu ve inançları etkileyebilir. Bu bileşenlerin hepsi bilişsel temelli olmalarına rağmen model her birinin davranış üzerindeki etkisinin farklı olduğunu ileri sürmektedir. Model daha

uygun girişimlerin geliştirilebilmesi için her kavramı kavramsal olarak tanımlar ve ayırır. Bunun yanı sıra, dinamik değişkenler (içsel motivasyon, duyuşsal yanıt, bilişsel değerlendirme) ile birey- profesyonel etkileşimi bileşeni arasında karşılıklı bir ilişki vardır (Cox,1982; 2003).

Birey-profesyonel etkileşimi

Modelin diğer büyük bileşeni birey-profesyonel etkileşimidir. Cox birey, sağlık personeli ve sağlık sonucu arasında tek yönlü ilişki yerine bireysel özellikler bileşeni, etkileşim ve sağlık sonucu arasında çift yönlü ilişkiyi desteklemektedir. Cox'a göre birey - sağlık profesyoneli ilişkisinin sağlık sonucu üzerinde çok büyük bir etkisi vardır. Bu bileşenin dört aşaması vardır. Her aşamanın gücü bireysel özellikler bileşeni ve sağlık gereksinimlerine göre değişebilmektedir. Bileşenin aşamaları şöyledir: sağlık bilgisi, duyuşsal destek, karar kontrol ve profesyonel-mesleki yeterlilik.

Sağlık Bilgisi birey-sağlık profesyoneli ilişkisinde güç olarak görülebilir. Sağlık profesyonelleri hedeflenen amaçlara ulaşmak için bilgiyi kullanarak bireyin yeterliliğini arttırabilirler ve böylece tedavinin başarılı olmasını sağlayabilirler. Bilginin miktarı çok az ya da çok fazla değilse birey için yararlı olabilir ve bu bilgiyi kullanabilir. Hasta /sağlık eğitim ilkelerini bilmek hemşirenin güçlü yönü olmalıdır.

Duyuşsal destek duyuşsal canlılık bakımından hastayı aynı düzeyde tutmaktır. Cox bireye duyuşsal destek vermemenin ya da çok fazla vermenin bireyi ihmal etmek olduğunu, bu durumda bireyin kendini geri çekebileceğini ve memnuniyetsiz olacağını belirtmiştir. Bu kategori ile bireysel özellikler bileşeni arasındaki ilişki yapboz'a benzemektedir. Örneğin, bireyin duyuşsal yanıtı hastalıkla ilgili bilişsel değerlendirmesini etkiliyorsa, sağlık profesyoneli bireyin bilgi düzeyini arttırarak ona yardımcı olmalıdır. Bu terapötik ilişki hemşireliğin özüdür. Karar kontrol sağlık profesyonelinin bireyin kendi sağlığıyla ilgili kararlara katılma fırsatı vermesidir. Karar kontrolüne sahip bireylerin sağlık davranışlarına katılma oranları daha yüksektir. Bunun yanı sıra hasta, onun adına sağlık personelinin seçim yapmasına izin vererek karar kontrolü yapmış olabilir. Bireysel özellikler bileşeni karar kontrolü değiştirebilir. Bilgi yetersizliği nedeniyle hastanın bilişsel algısı uygunsuz ise, karar kontrolü sınırlandırılır. Bu nedenle Cox, karar kontrolünün bireysel özellikler bileşenine dayalı olması gerektiğini önermektedir.

Profesyonel ve mesleki yetkinlik, sağlık profesyonellerinin bireyin bireysel özelliklerine uygun olarak ve bireyin sağlık problemleri ışığında gereksinimlerini değerlendirerek bireyle etkileşim sağlayabilmesidir. Cox, sağlık profesyonelinin teknik becerilerine bağımlı olan hastalara odaklanmıştır. Pek çok hasta profesyonellerin becerilerine bağımlıdır (intravenöz ilaçların uygulanması gibi). Bu becerilerde bireyin karar kontrolü çok azdır. Profesyonellerin teknik becerilerine bağımlılık azaldıkça bireyin becerilerinde karar kontrolünün artmasına önem verilmelidir. Karar kontrol ile duyuşsal destek ve sağlık bilgisi arasında güçlü ilişki vardır (Cox, 1982, Öztürk, 2010).

Sağlık sonucu

Modelde sonuç/ bağımlı değişken, sağlık davranışı veya bir davranışın sonucunda ortaya çıkan sağlık durumudur (Cox, 1982). Sağlık sonucu beş bileşene sahiptir. Bunlar: (1) sağlık hizmetlerini kullanma (2) klinik sağlık durumu göstergeleri (3) sağlık problemlerinin şiddeti (4) önerilen

bakım planına uyum (5) bakımdan memnun değildir. Sağlık hizmetlerinin kullanımından kastedilen sağlığı geliştirme davranışı olarak sağlık kaynaklarının kullanımınıdır. Sağlık durumu göstergeleri sağlık sonucu anlamına gelmektedir (kişisel ve objektif sağlık bilgisi ya da laboratuvar verileri vb.). Sağlık probleminin şiddeti hastalığın ya da tedavinin sonucuna bağlıdır. Önerilen bakım planına uyum, olumlu sağlık sonuçlarının sürdürülmesinde gerekli olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bakımdan memnuniyet, davranışsal bir ölçüm olamaz ama sonraki davranışların habercisi olabilir (Cox, 2003). Bu bileşenlerin farklı amaçlar için farklı yararları vardır, çok nadir olarak bir araştırmada birden çok kategori incelenmiştir. Her bir sonuç kategorisi araştırmanın amacına göre farklılık göstermektedir. Örneğin, koruyucu bakımda klinik kullanımı olumlu bir sağlık davranışı olarak değerlendirilirken, amaç öz bakım yeteneğini arttırmak olduğunda olumsuz sağlık davranışı olarak değerlendirilebilecektir. Özetle, modelde olumlu sağlık davranışı bireyin sağlığını sürdürmesi ya da geliştirmesiyle ilgili durumlardır. Olumsuz sağlık davranışı ise bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı için kendini gerçekleştirme kapasitesinin düştüğü ve bireyin risk altında olduğu durumlardır.

Bireysel özellikler bileşeni ve hastayla bakım verenin ilişkisi, hastanın sağlık bilgisini nasıl kullanacağına önemli bir yer tutar. Sağlık sonucu ve bireysel özellikler bileşeni arasındaki etkileşim bir geribildirim mekanizması ile desteklenmektedir. Bu ilişki hemen kanıtlanmayabilir ama zamanla bireyin özgeçmiş ve dinamik değişkenleri bu geribildirim mekanizmasından etkilenebilir (Cox, 1982, 2003; Öztürk, 2010).

Modelin Araştırmalarda Kullanılması

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli davranışla ilişkili sağlık sonuçlarının olası belirleyicisi olarak bireylerin demografik, sosyal ve psikolojik özelliklerinin tanımlanmasını esas almıştır. Bu nedenle bireysel özelliklerin sağlık sonucunu nasıl etkilediğini inceleyen pek çok araştırmada kavramsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Örneğin, çocukluk döneminde kanser tanısı alan ve iyileşen genç yetişkinlerin fiziksel aktivite durumları (Finnegan ve ark., 2007), hipertansiyonlu yaşlılarda fiziksel aktivite durumu (Lee ve Laffrey, 2006), kronik hastalıklı yetişkinlerin sağlık algıları (Finnegan, Marion ve Cox, 2005), annelerin çocuğunun sağlığı hakkında karar verme süreçleri (Gross ve Howard, 2001), boşanmış kadınlarda kondom kullanımı (Marion ve Cox, 1996), metabolik hastalıklı çocuğu olan ailelerin yeniden çocuk sahibi olma kararı (Read, 2002), kanser tanısı aldıktan sonra iyileşen bireylerin ikinci kez kanserden korunma davranışları (Wilkins ve Woodgate, 2008), çocukluk çağı kanserlerinden kurtulan gençlerde sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler (Cox, 2003), meme kanserinde yaşam kalitesi (Leak, Hu ve King, 2008) başlıklı çalışmalarda kullanılmıştır. Model aynı zamanda adölesanlarda saldırganlık (Di Napoli, 2003), çocukların sağlığı geliştirme davranışı (Farrand ve Cox, 1993) ve okul çağındaki çocukların sağlık davranışlarının (Ozturk Haney ve Erdogan, 2013; Robinson ve Thomas, 2004) incelendiği çalışmalarda da kullanılmıştır.

Modeldeki bazı kavramları ölçmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlar, yetişkinlerin sağlık davranışları için motivasyon (Carter ve Kulbok, 2002), bakım memnuniyeti (Bear ve Bowers, 1998), birey-hemşire etkileşimi (Bear ve Holcomb, 1999) riskli cinsel

davranışlarda otonomi (Abel, Marion ve Seraphine, 1998) kavramlarını ölçen araçlardır. Ayrıca, model orta yaşlı kadınların egzersiz ve yürüyüş programına devam etmeleri (Wilbur, Miller, Chandler ve McDevitt, 2003), üriner inkontinans bakımı (Dougherty ve ark., 1998), yüksek riskli grupta cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma (Marion, 2002) gibi önemli girişimsel çalışmalarda da kullanılmıştır.

Örnek Durum: Çocukların Beslenme Alışkanlığını SDEM Rehberliğinde İncelemek

Çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığı sürdürmelerini etkileyen faktörleri erken dönemde belirlemek uygun girişimleri planlamak için esastır. Çocukların beslenme alışkanlığı SDEM kullanılarak incelenmiştir (Şekil 2). Model her bireyin tek olduğunu ve modelin uygulamasında bireyi tanımlayacak değişkenlerin seçilmesini savunur. Bu nedenle modelin kullanımında tüm değişkenleri tanımlamak zorunlu değildir. Bu örnek uygulamada modelin iki temel bileşeni; bireysel özellikler ve sağlık sonucu seçilmiştir. Birinci aşamada SDEM'in bireysel özellikler bileşeni değerlendirilecek ölçümler belirlenmiştir. Özgeçmişe ait değişkenler setinden demografik özelliklerin çocuğun cinsiyeti ve yaşı, ebeveynlerin evlilik durumu ve ailedeki birey sayısı ile ölçülebileceği belirlenmiştir. Çocuklarda sosyal grubun etkisini değerlendirmek için bu dönemde en önemli sosyal etken olan aile ortamı seçilmiştir. Ebeveynlerin ve çocuğun sağlık durumunu değerlendirmek ailedeki sağlık deneyimlerini belirlemede yol gösterici olarak kullanılmıştır. Çevresel kaynaklar, çocuğun kişisel dünyasındaki sosyal, çevresel, eğitim ve ekonomik kaynakların hepsinin toplam etkisini yansıtmaktadır. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve ailenin ekonomik durum algısı çevresel kaynakların tanımlanmasını kolaylaştırmıştır. Dinamik değişkenler setinden içsel motivasyonu değerlendirmek için çocuğun daha sağlıklı besinler tüketebileceğine dair kendine olan güveni belirlenmelidir. Bu değişkeni ölçmek için beslenme öz-yeterlik düzeyi kullanılmıştır. Bilişsel değerlendirmeyi ölçmek için çocuğun sağlık algısı seçilmiştir. Duyuşsal yanıt değişkeninin beslenme tutumu ile değerlendirilebileceği belirlenmiştir, böylelikle çocukların sağlıklı beslenmeye yönelik olumlu ya da olumsuz duyguları tanımlanmıştır.

İkinci aşamada modelin sağlık sonucu göstergelerini belirlemek için çocukların sağlıklı besin tüketme durumları seçilmiştir (Cox, 1982, 2003; Farrand ve Cox, 1993; Ozturk Haney ve Erdogan 2013; Robinson ve Thomas, 2004).

Sonuç

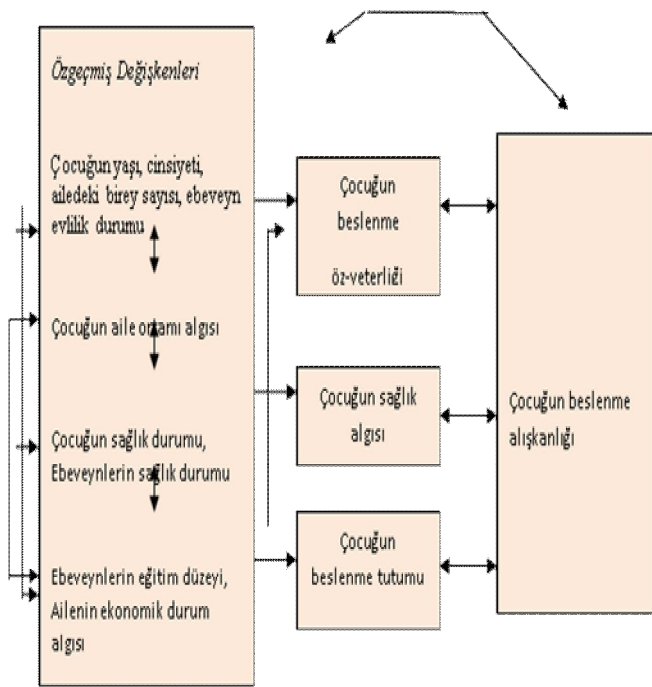
Hemşirelik, tıp ve psikoloji literatüründe Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nde öne sürülen kavramları tanımlayacak pek çok ölçüm aracı bulunmaktadır. Benzer şekilde, yapısal eşitlik modeli ve doğrulayıcı faktör analizi gibi analitik yaklaşımlar modellerin tanımladığı çoklu değişkenleri, bu değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisini ve bağımlı değişkene etkilerini belirlemeyi kolaylaştırmıştır. Benzer yaklaşımlar, SDEM'in yapısını ve bir davranışı açıklayabilme özelliğini ortaya koymaktadır. Bu inceleme, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığını etkileyen değişkenleri tanımlamada SDEM'i rehber olarak kullanmıştır. Model çocukların beslenme alışkanlıklarını etkileyen değişkenlerin ayrıntılı olarak belirlenmesine fırsat sağlamıştır. Model hemşirelere uygulama ve teorik

bilgi arasında köprü kurmalarını sağlayacak bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Bu çalışma çocuklarda sağlık beslenme alışkanlığı kazandırmayı amaçlayan girişimsel çalışmalar için bir öncü olacaktır.

Özet olarak, SDEM çocuklara yönelik girişimsel ya da tanımlayıcı beslenme alışkanlıkları çalışmalarını güçlendirecek bir kavramsal çerçeveye sahiptir. Geniş bir kavramsal çerçeveye sahip olan model çocuklar için sağlığı koruma ve risk azaltma davranışlarında yeni açıklayıcı değişken potansiyeline sahiptir. Bu değişkenlere yönelik girişimler davranış değişikliği oluşturarak çocuklarda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılmasını sağlayacaktır (Cox, 2003; Ozturk Haney ve Erdogan, 2013).

Bireysel Özellikler

Sağlık Sonucu



Şekil 2. Çocukların Beslenme Alışkanlığını Belirlemede SDEM'in Kullanımı

Kaynaklar

- Abel, E., Marion, L. ve Seraphine, A. (1998). The evaluation of motivation for sexual health among women. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 166–179.
- Ahrens, W., Bammann, K., de Henauw, S., Halford, J., Palou, A., Pigeot, I., Siani, A. ve Sjöström, M. (2006). Understanding and preventing childhood obesity and related disorder-IDEFICS: A European multilevel epidemiological approach. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 16, 302–308.
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics. 2010. http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1265665152970DS-3241%20HeartStrokeUpdate_2010.pdf Erişim tarihi: 2. 1.2012
- Baranowski, T., Cullen, K.W. ve Baranowski, J. (1999). Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*, 19, 17–24.
- Bear, M. ve Bowers, C. (1998). Using a nursing framework to measure client satisfaction at a nurse-managed clinic. *Public Health Nursing*, 15(1), 50-59.

- Bear, M. ve Holcomb, L. (1999). The client encounter form: conceptual development, reliability analysis, and clinical applications. *Public Health Nursing*, 16(2), 79-86.
- Bereket, A. ve Atay, Z. (2012). Current status of childhood obesity and its associated morbidities in Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 4(1), 1–7.
- Birch, L.L. ve Fisher, J.O. (1998). Development of eating behaviours among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3), 539–549.
- Boumtje, P.I., Huang, C.L., Lee, J.Y. ve Lin, B.H. (2005). Dietary habits, demographics, and the development of overweight and obesity among children in the United States. *Food Policy*, 30, 115–128.
- Branen, L. ve Fletcher, J. (1999). Comparison of college students' current eating habits and recollections of their childhood food practices. *Journal of Nutrition Education*, 31(6), 304-310.
- Carter, K.F. ve Kulbok, P.A. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (3), 316–330.
- Cox, C.L. (1982). An interaction model of client health behavior: formulation and test. Doktora tezi. The University of Rochester. New York. USA.
- Cox, C.L. (2003). A model of health behavior to guide studies of childhood cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 30, 92–99.
- Demory-Luce, D. (2005). Fast food and children and adolescents: implications for practitioners. *Clinical Pediatrics*, 44, 279-288.
- DiNapoli, P.P. (2003). The utility of Cox's interaction model to direct the assessment and prevention of adolescent aggression. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (1), 30-35.
- Farrand, L. L., ve Cox, C. L. (1993). Determinants of positive health behavior in middle childhood. *Nursing Research*, 42(4), 208–213.
- Finnegan, L., Marion, L. ve Cox, C. (2005). Profiles of self-rated health in midlife adults with chronic illnesses. *Nursing Research*, 54 (3), 167–177.
- Finnegan, L., Wilkie, D.J., Wilbur, J., Campbell, R.T., Zong, S. ve Katula, S. (2007). Correlates of physical activity in young adult survivors of childhood cancers. *Oncology Nursing Forum*, 34 (5), E60-E69
- Gonzales, E.N., Marshall, J.A., Heimendinger, J., Crane, L.A. ve Neal, W. (2002). Home and eating environments are associated with saturated fat intake in children rural West Virginia. *Journal of The American Dietetic Association*, 102, 657-663.
- Gross, G. J. ve Howard, M. (2001). Mothers' decision-making processes regarding health care for their children. *Public Health Nursing*, 18 (3), 157–168.
- Hozawa, A. (2011). Attributable fractions of risk factors for cardiovascular diseases. *Journal of Epidemiology*, 21, 81–86.
- Leak, A., Hu, J. ve King, C.R. (2008). Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(1), E15-21.
- Lee, Y., ve Laffrey, S.C. (2006). Predictors of physical activity in older adults with borderline hypertension. *Nursing Research*, 55 (2), 110–120.
- Manios Y., Dimitriou M., Moschonis G., Kocaoglu B., Sur H., Keskin Y. ve Hayran O. (2004). Cardiovascular disease risk factors among children of different socioeconomic status in Istanbul, Turkey: directions for public health and nutrition policy. *Lipids in Health and Disease*, 4(3), 11.
- Manios, Y., Kolotourou, M., Moschonis, G., Sur, H., Keskin, Y., Kocaoglu, B. ve ark. (2005). Macronutrient intake, physical activity, serum lipids and increased body weight in primary schoolchildren in Istanbul. *Pediatrics International*, 47, 159-166.
- Marion, L.N. ve Cox, C.L. (1996). Condom use and fertility among divorced and separated women. *Nursing Research*, 45 (2), 110-115.

- Marion, L. (2002). Sexually transmitted disease prevention intervention in African-American women. Grant funded by the National Institutes of Health and the National Institute of Nursing Research.
- Mathews, S.K., Secrest, J. ve Muirhead, L. (2008). The interaction model of client health behavior: A model for advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 415–422.
- Newby, P.K. (2007). Are dietary intakes and eating behaviors related to childhood obesity? A comprehensive review of the evidence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35 (1), 35-60.
- Nicklas, T.A., Yang, S.J., Baranowski, T., Zakeri, I. ve Berenson, G. (2003). Eating patterns and obesity in children: the Bogalusa heart study. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 9-16.
- Ozturk Haney, M. ve Erdogan, S. (2013). Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a Cox's interaction model-based study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1346–1356.
- Öztürk, M.(2010). Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.
- Pérez, A., Hoelscher, D.M., Brown, H.S. ve Kelder, S.H. (2007). Differences in food consumption and meal patterns in texas school children by grade. *Preventive Chronic Disease*, 4(2), A23.
- Potts, N. ve Mandleco, B. (2002). *Pediatric nursing. Caring for children and their families*. Delmar Company. New York.
- Raj, M. (2012). Obesity and cardiovascular risk in children and adolescents. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 16 (1), 13–19.
- Read, C.Y. (2002). Reproductive decisions of parents of children with metabolic disorders. *Clinical Genetics*, 61, 268–276.
- Ritchie, L., Ivey, S., Masch, M., Woodward-Lopez, G., Ikeda J. ve Crawford P. *Pediatric overweight: A review of the literature*. The Center for Weight and Health, College of Natural Resources, University of California, Berkeley, CA (2001).
http://cwh.berkeley.edu/sites/default/files/primary_pdfs/Pediatric_Overweight_LitRev.pdf
- Robinson, C. ve Thomas, S. (2004). The interaction model of client health behavior as a conceptual guide in the explanation of children's health behaviors. *Public Health Nursing*, 21, 73–84.
- Roseman, M.G., Yeung, W.K. ve Nickelsen, J.(2007). Examination of weight status and dietary behaviors of middle school students in Kentucky. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 1139-1145.
- Scully, M., Dixon, H., White, V. ve Beckmann, K. (2007). Dietary, physical activity and sedentary behaviour among Australian secondary students in 2005. *Health Promotion International*, 22(3), 236-245.
- Simsek, E., Akpınar, S., Bahcebasi, T., Senses, D.A. ve Kocabay, K. (2008). The prevalence of overweight and obese children aged 6–17 years in the west black sea region of Turkey. *International Journal of Clinical Practice*, 62 (7), 1033-1038.
- Wilbur, J., Miller, A.M., Chandler, P. ve McDevitt, J. (2003). Determinants of physical activity and adherence to a 24-week home-based walking program in African American and caucasian women. *Research in Nursing & Health*, 26, 213–224.
- Wilkins, K.L. ve Woodgate, R.L. (2008). Preventing second cancers in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), E12-E22.
- Wimbush, F. ve Peters, R. (2000). Identification of cardiovascular risk. *Public Health Nursing*, 17 (3), 148-154.
- Zaborskis, A., Lagunaite, R., Busha, R. ve Lubiene, J. (2012). Trend in eating habits among Lithuanian school aged children in context of social inequality: three cross-sectional surveys 2002, 2006 and 2010. *BMC Public Health*, 12, 52.