

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ BİR SAĞLIK OCAĞI  
BÖLGESİNDE 18-64 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIKLA  
İLGİLİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

**Tezi Hazırlayan  
Hacer SÖNMEZER**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2009  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ BİR SAĞLIK OCAĞI  
BÖLGESİNDE 18-64 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIKLA  
İLGİLİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

**Tezi Hazırlayan  
Hacer SÖNMEZER**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2009  
KAYSERİ**

Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında Hacer SÖNMEZER tarafından hazırlanan “Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yaş Grubu Kadınların Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları” konulu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

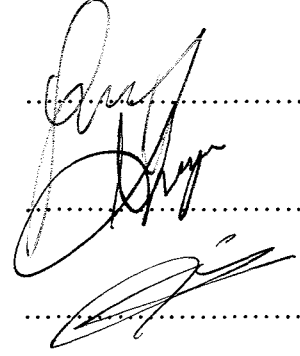
30.09/2009

**JÜRİ****İmza**

Üye : Prof. Dr. Osman GÜNAY

Üye : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Üye : Yrd. Doç. Dr. Melis NAÇAR

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ..18.09.2009 tarih ve ....448... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

09/10/2009

Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Meral AŞCIOĞLU



## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasında emeği ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesi ile yol göstericim olan danışmanım Prof. Dr.Fevziye ÇETİNKAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özveri ve katkıları ile araştırmamda emeğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Melis NAÇAR'a, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Osman GÜNAY'a ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın tüm aşamalarında bana sonuna kadar destek olan aileme ve iş arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

## KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 18-64 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

### ÖZET

Kadının sağlıkla ilgili olumlu yaşam biçimi, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından önemlidir. Bu çalışmada kadınların günlük yaşamdaki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kayseri İli kentsel alan sağlık ocağı bölgesindeki 18-64 yaş arası 421 kadına Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve bazı günlük alışkanlık sorularını içeren anket uygulanmıştır.

Kadınların yaş ortalaması  $36.2 \pm 11.1$  ve %57.1' i ev hanımıdır. Kadınların %74.3'ü evli olup %62.7'si lise ve üzeri eğitim almıştır. Genel sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirenlerin oranı % 61.8'dir. Kadınların % 67.5 'i kontrol amacı ile doktora gittiğini, % 41.6 'sı meme muayenesi, % 36.1 'inin Pap Smear yaptırdığı, % 81.0 'ının kan şekeri, % 33.8 'inin kemik dansimetresi ölçtürdüğü, % 42.3 'ünün mamografi çektiği ve % 91.0'sının hemoglobin ölçümünü yaptırdıkları saptanmıştır. Belirtilen testleri yaptırmaları açısından ekonomik duruma ve yaşantının yoğunluğunun geçtiği yere göre farklılık yok iken, bütün testleri yaptırma oranı 40 yaş üstü kadınlarda 40 yaş altı kadınlara göre daha yüksektir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $126.8 \pm 19.2$ 'dir. Elde edilen puanlara göre en yüksek işaretlenen madde ortalamasından en düşük işaretlenen madde ortalaması sıralaması; kişiler arası destek alt ölçeği  $74.3 \pm 14.1$ , beslenme alt ölçeği  $73.6 \pm 12.6$ , kendini gerçekleştirme alt ölçeği  $70.6 \pm 11.9$ , stres yönetimi alt ölçeği  $63.4 \pm 13.0$ , sağlık sorumluluğu alt ölçeği  $61.2 \pm 13.2$ , egzersiz alt ölçeği  $47.1 \pm 15.0$  olarak saptanmıştır. Kadınların % 70.2'si kendi kendine meme muayenesini en az bir kere yaptığını, % 32.3'ü sağlığı ile ilgili değişiklikleri fark ettiklerini ve %21.0'ı düzenli olarak sağlık kontrolü amacıyla doktora gittiklerini belirtmişlerdir. Kullandıkları aile planlaması yöntemi için hiç bir zaman kontrole gitmediklerini belirtenlerin oranı % 36'.6'dır.

Araştırma grubuna katılan kadınların % 12.4'ü yiyeceklerde tuz ve %15,7'si şeker kısıtlamasına dikkat etmediklerini belirttiler. Kadınların % 68.4 'ü yemekten hemen sonra çay içmemeye ve % 59.9 'u yemeklerde katı yağ kullanmamaya dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %67.0'ının sigara içmediği % 85.8'i gün içinde süt ya da süt ürünlerinden en az iki porsiyon tüketmeye dikkat ettiklerini ve % 94.8'i her gün düzenli olarak üç öğün yemek yediklerini belirtmektedirler.

Kadınların alışkanlık haline getirdiği sağlıkla ilgili olumlu yaşam biçimi davranışlarını kültürel ve sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilerek, sağlığı koruma ve geliştirme alışkanlıklarının kazandırılması sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kadın, sağlıklı yaşam ölçeği, olumlu sağlık, sağlıklı yaşam biçimi

## HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS 18-64 YEAR OLD WOMEN SELECTED OF THE REGION HEALTH CARE IN CITY CENTRE OF KAYSERİ

### ABSTRACT

Positive health behavior in woman is important on account of its impact on child health and family health. In this study, it is aimed to identify daily health behaviors of the women. A questionnaire which is composed of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale developed by Walker, Sechrist and Pender and of questions about some daily habits was applied to 421 women between 18-64 years old in the region of the urban regional health care center in Kayseri

The mean of the ages of the women in the research group is 36.6 and 57.1 % of them are housewives. 74.3 % of the women are married while 62.7 % have got an education at high school level and more. 61.8 % of the women thought their general health conditions to be good. It has been found that 67.5 % went to doctor to have their controls, 41.6 % had a breast control, 36.1 % had pap smear, 81.0 % had their blood sugar measured, 33.8 % had their bone density measured, 42.3 % had a mammography and 91.0 % had their hemoglobin measured. While there is not any difference in the rates of having the mentioned tests in view of economical conditions and the place where most of their life was spent, women over 40 had the tests more than those under 40.

The total mean score of Healthy Lifestyle Behavior Scale is  $126.8 \pm 19.2$ . The ranking according to item means from the most marked item mean to the least marked item mean is as follows: the subscale of interpersonal support  $74.3 \pm 14.1$ , the subscale of nutrition  $73.6 \pm 12.6$ , the subscale of self-realization is identified as  $70.6 \pm 11.9$ , the subscale of stress management  $63.4 \pm 13.0$ , the subscale of health responsibility  $61.2 \pm 13.2$ , the subscale of exercise  $47.1 \pm 15.0$ . 70.2 % of the women stated that they had a breast self examination at least once, 32.3 % stated that they noticed the changes in their health and 21.0% stated that they regularly go to a doctor to have their regular health controls 36,6 % of the women stated that they never had their controls for the family planning means they used.

It is found that 12.4 % of the women in the research group do not pay attention to the limitation of salt in food and 15.7 % to sugar limitation, 68.4 % pay attention not to drink tea immediately after the meal and 59.9 % not to use fat (butter, margarine etc.) in foods. 67.0% of the women said that they do not smoke, 85.8% said that they pay attention to consume at least two portions of milk and dairy products during the day and 94.8 % stated that they regularly have three meals everyday.

It is necessary to evaluate the positive habitual lifestyle behaviors about their health with regard to their cultural and socio-demographical factors and to help them to gain habits to protect and improve their health

**Key words:** Women, scale of healthy life, Positive health, healthy lifestyle,

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ .....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. SAĞLIK .....	5
2.1.1. Sağlık Kavramı .....	5
2.1.2. Sağlığı Algılama .....	7
2.1.3. Sağlığı Algılama ve Sağlık Davranışı .....	7
2.2. SAĞLIĞI KORUMA VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ.....	8
2.2.1. Sağlığı Koruma ve Geliştirme .....	8
2.2.2. Sağlığın Geliştirilmesi .....	10
2.2.3. Sağlığı Geliştirme Neleri İçerir?.....	11
2.2.4. Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	13
2.2.5. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri .....	14
2.2.6. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler .....	16
2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ.....	17
2.3.1. Kendini Gerçekleştirme .....	19
2.3.2. Sağlık Sorumluluğu .....	20
2.3.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite .....	21

	<u>Sayfa no</u>
2.3.4. Beslenme .....	23
2.3.4.1. Günlük Beslenme Rehberi .....	24
2.3.4.2. Sağlıklı Beslenme Konusundaki Uyarılar .....	25
2.3.5. Kişilerarası Destek .....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
4. BULGULAR .....	33
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	49
6. KAYNAKLAR.....	58
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>Tablo 2.1.</b> Sağlığı Koruma Düzeyleri.....	10
<b>Tablo 2.2.</b> Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekler .....	13
<b>Tablo 3.1.</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ve Alt Gruplarının Alfa Değerleri .....	31
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri.....	33
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Ailesel Özellikleri.....	35
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Sağlık Durumları .....	36
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu.....	38
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Beden Kitle İndeksi Değerlendirmeleri ve Kilo Durumu Algıları .....	39
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Konularda Olumlu Sağlık Davranışları .....	40
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Beslenme Alışkanlıkları.....	41
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Konulardaki Alışkanlıkları.....	41
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Konularda Sağlık Kurumlarından Yararlanma Durumları .....	42
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumları .....	42
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Ekonomik Duruma Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumları .....	43
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Eğitim Durumuna Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumları .....	44
<b>Tablo 4.13.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Yaşantılarına Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumları .....	44
<b>Tablo 4.14.</b> Araştırma kapsamına Alınan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalaması .....	45
<b>Tablo 4.15.</b> Araştırma grubundaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	45
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırma Kapsamındaki Kadınların Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	46
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırma Kapsamındaki Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	46

<b>Tablo 4.18.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Aile Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	46
<b>Tablo 4.19.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Yaşantısının Çoğunluğunun Geçtiği Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	47
<b>Tablo 4.20.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Kendilerinin Değerlendirdiği Ekonomik Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	47
<b>Tablo 4.21.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Sağlığı Algılama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	47
<b>Tablo 4.22.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Kronik Hastalığı Olması Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	48
<b>Tablo 4.23.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Siyaga İşme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	48
<b>Tablo 4.24.</b>	Araştırma Kapsamındaki Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları .....	48
<b>Şekil 2.1.</b>	Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	13
<b>Şekil 2.2.</b>	Temel İnsan Gereksinimi .....	20

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir.

Günümüzde geçerliliği olan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1947’de yapılan sağlık tanımında ise sağlık; “sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır.

DSÖ, 1980 yılı başlangıç kabul edilmek üzere “2000’li Yıllarda Herkese Sağlık” hedef ve stratejilerini tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü “sağlığın geliştirilmesi” konusuna yer verilmiş olması ve sağlığın geniş bir bakış açısı ile ele alınmış olmasıdır. Kopenhag’da DSÖ 48.Avrupa bölge toplantısında (1998) Herkes için Sağlık, “21.yüzyılda 21 hedef” sloganı ile kabul edilmiştir. Sağlık 21’de, 11. maddede 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi amaçlanmıştır. Bu nedenle bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunu en üst düzeyde koruma ve geliştirme hedeflenmiştir.

**Sağlığı koruma**, nötral sağlık durumu olup hastalıkları önleme, hastalık risklerini azaltma, taramalarla hastalıkları erken tanıma ve iyileştirmeyi kapsamaktadır. Sağlığı koruma, yaşamdaki dengeyi sürdürmede aktif çabayı gerektirmektedir.

**Sağlığı geliştirme** ise, nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, kişinin sağlık potansiyelini arttırmasına, kendini gerçekleştirme olanağı veren, sağlıkta ulaşılabilecek en üst noktadır. Sağlığı geliştirme sağlık durumunu kuvvetlendiren, tutumları etkileyen, bilgilendirilmiş bir tercih yapabilmede bireyin alternatiflerini belirleyebilmesini sağlayan, bireylerin en uygun düzeyde fiziksel ve mental sağlık düzeyine ulaşmalarında davranış değişikliğini destekleyen, bireyin sosyal ve fizik çevresini düzenleyen bir süreçtir.

Sağlığı geliştirme birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin gelişmesine ve iyilik halinin yükseltilmesine etki eder ve mevcut sağlık davranışlarından olumlu olanların pekiştirilmesine yönelik hedefleri içerir. Sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğı, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir.

Günümüzde bilim ve teknolojideki ilerlemeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, bireylerin daha kaliteli yaşam talebi artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni "ölüm nedenleri" çıkmaktadır. Dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar bulaşıcı hastalıklar nedeni ile değil; kalp damar hastalıklarından, kanser ve yaşam biçimine bağlı sorunlar (alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obesite v.b) ve çevre kirliliğı nedeni ile ölmektedirler.

Vildovsky, hastalıkların ve ölümlerin %90'ının bireyin yaşam tarzı (sigara, egzersiz, stres vb.), sosyal koşullar (gelir veya yeme alışkanlığı),genetik faktörler ve fizik çevre (hava ve su kalitesi) gibi hekimin kontrol edemediğı faktörlere bağlı olarak meydana geldiğini savunmuştur. Birçok çalışmada olumsuz tutum ve davranışların sağlık ve yaşam kalitesini düşürdüğü, buna bağlı olarak sakatlık ve yetmezliğin geliştiğı belirlenmiştir.

DSÖ' nün belirttiğıne göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin % 40-50'sinin nedenini yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır. Örneğin, koroner kalp hastalıkları tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer

almaktadır. Erişkinlerde ölümlerin yaklaşık % 50'sinden sorumludur. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir.

Sağlıklı toplum yapısına ulaşmak, her toplumun ortak amacıdır. Dünya Sağlık Deklarasyonu'nda belirtildiği gibi erişilebilen en yüksek sağlık standardında yaşamak her insanın en temel haklarından. Sağlık açısından her birey aynı değere, eşit haklara, eşit görev ve sorumluluklara sahiptir. Ulusal sağlık politikalarının temel hedefi sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Sağlıklı bireylere ve dolayısıyla sağlıklı topluma sadece sağlık sektörünün sunduğu hizmetlerle ulaşmak mümkün değildir. Sektörler arası eşgüdümle bireyin sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve o bireyde davranış değişikliği oluşturmakla sağlanabilir.

Uluslar arası düzeyde farklı gruplar üzerinde (işçiler, kadınlar, yurttan kalan öğrenciler, öğretim elemanları vb.) yapılan çok sayıda sağlığı geliştirme davranışını ortaya koyan tanımlayıcı çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde; sigara içme, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı, aşılama, hijyenik alışkanlıklar vb. koruyucu sağlık davranışlarının belirlenmesine yönelik pek çok çalışma yapılmasına karşın, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres, egzersiz ve beslenme yönetimi gibi sağlığı geliştiren davranışlara yönelik çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.

Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar. Aile, her insanın yetiştiği ve bağlar kurduğu en temel toplumsal birim olarak kabul edilir. Aile yapıları çeşitlilik göstermekle birlikte, günümüzde en sık karşılaştığımız aile yapısı anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile modelidir. Böyle bir yapıda ailenin tüm bireylerinin ayrı rolleri ve sorumlulukları söz konusudur.

Kadınların aile içerisindeki rol ve sorumluluklarına bakıldığında zaman, ön plana çıkan iki başlıktan söz edilmesi yerinde olabilir. Bunlardan biri eş olma diğeri ise anne olma rolüdür. Bu rollerin ve sorumlulukların aile içerisinde netlik kazanması ve aynı zamanda esnekliğe sahip olması, aile içi ilişkileri sağlıklı ve işlevsel hale getirecektir.

Özellikle ailenin sağlıklı olmasında önemli roller üstlenen kadınların olumlu sağlık davranışı edinmesi, sağlıklı bir toplum için gereklidir. Çünkü annenin ya da kadının sağlık davranışının olumlu olması, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir.

Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için, öncelikle sağlıklı nesillere gereksinim vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi; kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilecek bir fenomendir. Bu fenomenin gerçekleşmesinin ön koşulu ise; öncelikle kadının kendi sağlığı üzerinde söz sahibi olmasıdır.

Bu çalışma; Kayseri ilindeki sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olarak bilinen bir kentsel bölgedeki 18-64 yaş arası kadınların, alışkanlık haline getirdiği sağlıkla ilgili olumlu yaşam biçimi davranışlarını kültürel ve sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilerek, sağlığı koruma ve geliştirme alışkanlıklarının kazandırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.SAĞLIK

#### 2.1.1 Sağlık Kavramları

Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Günümüzde hastalık yerine sağlıkla ilgilenilmektedir; çünkü insanlar yüksek iyilik durumunu hastalık durumuna tercih etmekte, yaşamı sevmekte ve yasama aktif olarak katılabilmeyi istemektedir.

Dunn'a göre sağlık, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği en yüksek potansiyele ulaşmasıdır. Birey yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmek için özgür olmalı ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir(1). Hoyman'a göre sağlık, verimli ve yaratıcı bir çevrede bireyin yüksek düzeyde iyilik halidir. Sağlık dinamik bir süreçtir ve genetik, çevre, davranış gibi durumlardan etkilenebilmektedir(2-4) .

Rogers sağlığı, yaşam sürecinin bütünü olarak tanımlamıştır. Ona göre, gelişme yaşam boyu sürmekte olup sağlıkla ilgili dört nokta vardır;

- Sağlık, hasta olmama durumu olarak tanımlanamaz
- Sağlık, bireyin kendi değerleri ile oluşur
- Sağlık, bilinçli bir gelişmedir
- Sağlık, enerji harcama oranının artması ve daha iyiye giden yaşam sürecini içine alır (3,5).

Sağlık, kişinin içten gelen ve çevresinde meydana gelen dış stresörlere adapte olmasını sağlayan bir durum veya koşuldur(3,4). Sağlık kavramını ise hastalık-sağlık kavramlarının birbirleriyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Sağlık terimine bu yönden bakıldığında, sağlığın pozitif, hastalığın ise bunun tam tersi olduğunu ifade etmiştir(6-8).

**Pozitif sağlık;** sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilgilidir. Nötral bir sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışını ifade etmektedir.

**Nötral sağlık;** herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı korumak ve hastalıklardan korunmaktaki amaç nötral sağlık durumunu korumaktır (7-9).

Bu tanımlara göre sağlığın, birçok boyutları olan dinamik ve pozitif bir kavram olduğu söylenebilir. Sağlığın boyutları ise şöyle özetlenebilir:

**1. Fiziksel Sağlık:** Vücudun mekanik fonksiyonları ile ilgilidir ve belki de sağlığın en belirgin boyutudur. Fiziksel muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır.

**2. Mental Sağlık:** Açık ve tutarlı bir şekilde düşünebilmeyi ifade eder.

**3. Duygusal Sağlık:** Duygularını tanıyabilme ve uygun bir şekilde duygularını ifade edebilme yeteneğidir. Bireyin kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır.

**4. Sosyal Sağlık:** Diğer insanlarla etkileşim ve iletişimde bulunma, sürdürme yeteneğini ifade eder. Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir.

**5. Spiritüel (manevi) Sağlık:** Bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular. Sağlığın spiritüel boyutu, sıklıkla sağlık bakımında kişinin sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır (10).



### **2.1.2. Sağlığı Algılama**

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Amaç, bireyin sağlığını korumak için gösterdiği kararlılık düzeyini ve sağlığa verilen önemi saptamaktadır. Sağlığa verilen önemin kişiler üzerindeki etkisi açıkça ortadadır. Eğer kişi sağlık sorunu olduğunu algılamıyorsa, problem olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacak ve sağlığı geliştirmek için profesyonel kişilerin yardımını da istemeyecektir. Bundan dolayı sağlığı algılamanın önemli olduğu belirtilmektedir.

### **2.1.3. Sağlığı Algılama ve Sağlık Davranışı**

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır. Gochman, sağlık davranışını su şekilde tanımlamaktadır; "Sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür" (4,11,12). Sağlıkla ilgili davranışları spesifik kategorilerde tanımlayan kuramcılar, sağlık davranışını su şekilde tanımlamışlardır; "sağlık davranışı, kendinin iyi olduğuna inanan, bir hastalık üzerine herhangi bir belirti veya semptom göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacı ile yaptıkları eylemlerdir".

Gochman'a göre, kişinin sağlık davranışı içine inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel tavırlar ve bunlara ek olarak duygusal-psikolojik özellikler, davranış biçimleri ve alışkınlıkları girmektedir

Sağlık davranışı kısaca, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar şeklinde tanımlanmıştır (4,7,11). Zamanla sağlığın, bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ilişkisi anlaşılmış, sağlık ve hastalık durumları farklı olarak algılanmıştır. Hastalıkların oluşumunda bakteri vb. Özel bir etkenin rolü olduğunun anlaşılması ile tanı koyma girişimleri başlamıştır 20.yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, "biri var ise diğeri yoktur" anlayışı iki u kavram olarak değerlendirilmiştir. Bir uçta hastalık ve diğer uçta yüksek düzeyde iyilik vardır. Sağlık dinamik ve değişen bir durumdur(13).

Sağlık nicel olup ölçülebildiği gibi (kan basıncı, vücut sıcaklığı vb.) kişisel değer ve inançlardan etkilendiği için aynı zamanda niteldir (diyet, egzersiz...). Sağlık ayrıca

öznel ve nesnel boyutları ile de algılanmaktadır. Bireyin öznel sağlık durumu, kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Nesnel sağlık durumu ise çeşitli test ve muayene sonunda hastalık ve yetersizliğin bulunmadığının kanıtlandığı durumlardır (4,14).

## **2.2. SAĞLIĞI KORUMA VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRMESİ**

### **2.2.1. Sağlığı Koruma ve Geliştirme**

1977 yılında “Herkes için Sağlık” tüm üye devletler, üye hükümetler ve DSÖ tarafından ana sosyal hedef olarak kabul edilmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve ortak hedeflere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu hedeflerden birisi de bireyin sağlığını koruma ve geliştirilmesine yardımcı olmak ve bizzat bireyin bu koruma ve geliştirme potansiyellerini arttırmak, sosyal ve ekonomik olarak sağlamaktır(7,15).

1970’li yıllardan günümüze kadar, bu hedefler gelişme göstermiş ve sağlıklı toplum için sağlıklı bireyler, sağlıklı bireyler için de sağlıklı yaşam biçimi kavramı ve olguları ele alınmıştır (7,14,16).

Günümüzde sağlık tanımları, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır.

Sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanan kuramcılar, sağlığı çeşitli boyutlarıyla tanımlamaktadırlar. Neuman sağlığı, iyilik hali olarak görmüş, fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere alt sistemlerin dengesinin ve insanın bunlarla uyum içinde olmasının sağlık durumunu olumlu etkileyeceğini belirtmişti.

Johnson sağlığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler tarafından etkilenen dinamik bir durum olarak tanımlamıştır. Roy sağlığı, bireyin iyilik haline başarılı bir şekilde adaptasyonu olarak belirtmiştir(7,15,17,18). Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da sakınmayı ifade eder. Erken tanı ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar (17,19). Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma, sigara-alkol kullanmama, yaşa uygun aşılama verilebilir (9,17).

Sağlığı koruma üç düzeyde tanımlamıştır:

**Birincil Koruma:** Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin ve toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik

aktiviteleri içerir. Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca bağışıklıma, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önlemek, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

**İkincil Koruma:** Erken tanı ve tedavi hizmetlerini kapsar. Bu kapsamda bireylerin düzenli sağlık kontrolleri (check-up) yaptırılmaları çok önemlidir. Örneğin; meme kanserinin erken saptanabilmesi için risk grubunda düzenli olarak mamografi taramalarının yapılması gerekir. Ya da serviks kanseri erken tanısı için düzenli "smear" yaptırılması uygun olur.

**Üçüncül Koruma:** Herhangi bir hastalığın gelişmesini durdurmak değil, hastalık sonucu bireyde oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan hastalık ve sakatlığın, onun yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmaktır. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak farklı önlemleri (sosyal rehabilitasyon) içermektedir (15,20).

Sağlığı koruma düzeyleri Tablo 2.1’de gösterilmiştir:

**Tablo 2.1.** Sağlığı Koruma Düzeyleri

Sağlıklı Durumu	Koruma Önlemleri	Hizmet Grupları	Uygulama Yeri
Sağlıklı Kişi	<p><b><u>Birincil Koruma</u></b>  <b>Sağlığı Geliştirme</b>            Bireysel çabalar, sağlık eğitimi, olumlu çevre, yeterli ve dengeli beslenme, kişisel hijyen, aile planlaması,  <b><u>Özel Koruyucu Önlemler</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• . Biyolojik-kimyasal profilaksi</li> <li>• Kazalardan,karsinojenlerden korunma</li> <li>• Sanitasyon</li> <li>• Vektör kontrolü</li> <li>• Genetik denetleme</li> <li>• Sosyo-ekonomik destek</li> </ul>	Gebe Bebek Ergen Yaşlı Yoksul	Ev Okul Endüstri Sanayi
Hasta/Yarah	<p><b><u>İkincil Koruma</u></b>            Hastalıkların gelişmesini sınırlamak, erken tanı ve tedavi,</p>	Birey Aile Toplum	Hastane
Az Görülen Hastalık Yaralanma Kronik Hastalık	<p><b><u>Üçüncül koruma</u></b>            Rehabilitasyon, Readaptasyon, komplikasyonların önlenmesi, uğraş terapisi, ölümcül hastalıklarda destek ve bakım,</p>	Birey Aile Toplum	Toplum Okul

Kaynak: Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları (İkinci Baskı). Ankara 1992.

### 2.2.2. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme kavramı, ilk kez 1970-1980’li yıllarda felsefe olarak ortaya çıkmıştır. Bu kavram, 1978 yılında Alma Ata da yapılan “ Birincil Sağlık Bakımı” konulu konferansta ele alınmıştır. Avrupa ülkeleri, Alma Ata ilkeleri doğrultusunda 2000 yılında “Herkes için Sağlık” ilkelerini başarmada bölgesel sağlık stratejisi geliştirmek için, ülkelerin sağlığı geliştirmesi konusunda temel değişikliklerini yapmalarında başlıca dört gelişim alanı saptamışlardır.

1. Yaşam biçimi ve sağlık
2. Sağlığı ve çevreyi etkileyen risk faktörleri
3. Sağlık bakım sisteminin kendini yeniden yapılandırması
4. Bu üç alandaki değişikleri gerçeğe getirmek için siyasal, yönetimsel, teknolojik, insan gücü ve araştırma teknikleri sağlamak(7,19).

Herkes için Sağlık eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada’nın Ottawa şehrinde “I.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesi, “Halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı

üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanma süreci” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir(21-23.).

1. Toplum faaliyetlerinin güçlendirilmesi
2. Sağlığı geliştirmede aracı olma
3. Kişisel becerilerin geliştirilmesi
4. Destekleyici çevre yaratılması
5. Sağlık hizmetlerin yeniden düzenlenmesi

Sağlığı geliştirilme kavramı, genel sağlığı yükselten davranışlar ile hastalık ve yetersizliğin önlenmesine ilişkin, fiziksel ve duygusal açıdan iyilik halini sağlayıcı önlemleri kapsar(17,23).

Bireylerin, fiziksel ve ruhsal yönden en üst sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için, davranışları değiştirmeyi sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirmenin amacı, olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır(,17,19,24,25).

Sağlığı geliştirme; “Optimum sağlık ve kişisel gelişim ile kişinin fiziksel ve emosyonel stresörlere dayanma kapasitesini arttırmak” dır(10). Pender 1987 yılında sağlığı geliştirmeyi, “direkt iyilik düzeyini arttırma ve birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarma aktiviteleri” olarak tanımlamıştır (26).

Sağlığı geliştirilmesindeki anahtar rolü, bu gelişmeyi sağlayan davranışlar almaktadır. Son yıllarda yaşam biçimi ve bunun önemi fark edilmiş, sağlık ile davranışların değiştirilmesi ve iyilik hali için sağlık davranışları teknikleri, profesyonel olarak bakım verenlerin yoğun ilgi alanına girmiştir.

### **2.2.3. Sağlığı Geliştirme Neleri İçerir?**

Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam şekline uyum ve devamı için, bilgi ve yetenek sağlayarak bunların bireyleri yönlendirme, sağlıklı sportif bir yaşam çevresi geliştirmeyi içerir. Sağlığı geliştirme bilgi, beceri kazandırma, hizmet sunma, pozitif yaşam biçimi değişikliklerini gereksinim olarak görme/algılama ve sürdürmede destekleme yoluyla, bireylerin ve toplumların sağlık ve iyiliğini geliştiren programlar olarak düşünülmektedir

Sağlığı geliştiren programlar şunları içermektedir:

- Öz sorumluluk
- Besin alımıyla ilgili düzenlemeler
- Fiziksel dayanıklılık ve esneklik
- Kendi çevresini kontrol etme
- Entelektüel kapasite
- Stres yönetimi (27).

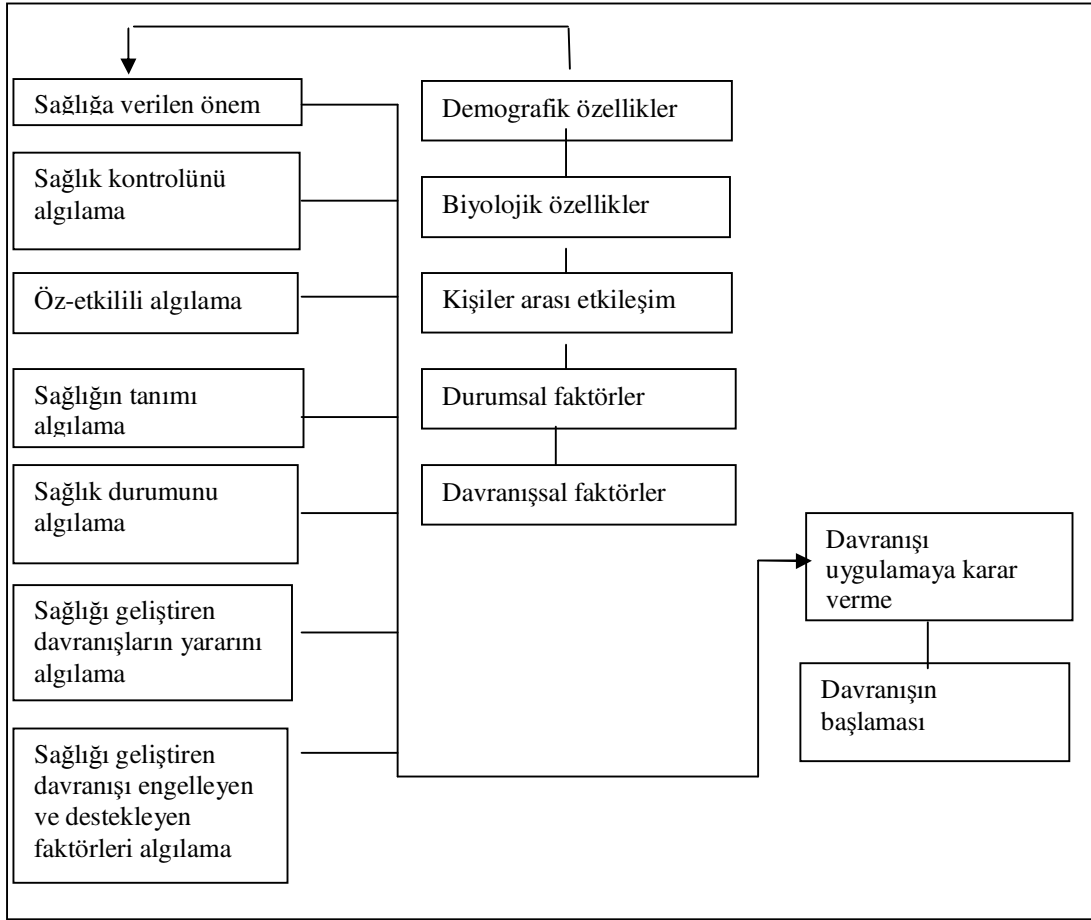
Sağlığı koruyan ve geliştiren davranış örnekleri Tablo 2.2’de gösterilmiştir:

**Tablo 2.2.** Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler

Sağlığı koruyan davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
<p><b>Düzenli yapılması gereken uygulamalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pap-smear, kontrolü gibi periyodik muayeneler,</li> <li>• 40 yaşından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan aranması</li> <li>• İki yılda bir göz muayenesi</li> <li>• 6-12 ayda bir diş muayenesi</li> <li>• 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi</li> <li>• Yaşa uygun aşılanma</li> <li>• Tıbbi tedavi ile ilgili şikâyetlerin değerlendirilmesi</li> </ul> <p><b>Zararlı alışkanlıklara yönelik uygulamalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigara içilmemesi</li> <li>• Alkol alınmaması ya da az alınması</li> <li>• Kolesterolde ve yağdan düşük diyet alınması</li> <li>• Lifli diyet alınması</li> <li>• Diyetle düşük veya orta düzeyde tuz alınması</li> <li>• Kafein alınmaması veya sınırlı düzeyde alınması</li> </ul> <p><b>Egzersizle yönelik uygulamalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengeli diyet ile haftada üç kez 20 dk egzersiz yapmak</li> <li>• Gecede 6-8 saat uyku uyuma</li> <li>• Boş zamanlarda eğlenceli aktivitelerde bulunmak</li> </ul> <p><b>Diğer uygulamalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendi kendine meme muayenesi</li> <li>• Emniyet kemeri kullanma</li> <li>• Güneş ışınlarından korunma</li> <li>• Günlük hijyen uygulamaları</li> <li>• Olumlu kişiler arası ilişkiler kurma</li> </ul>	<p><b>Kişinin kendi kendini gerçekleştirme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Büyüme ve gelişmenin izlemi</li> <li>• Uzun hedefler geliştirme</li> <li>• Gerçek hedefler belirleme</li> <li>• Yaşamın amacının olması</li> <li>• Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetme</li> <li>• Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma</li> </ul> <p><b>Sağlık sorumlulukları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Şikâyetlerini sağlık sorumlularına iletmesi</li> <li>• Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi</li> <li>• Sağlıkla ilgili yayın okuması</li> <li>• Çevre sağlığı programlarına katılması</li> </ul> <p><b>Egzersiz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nabız kontrolü ile egzersiz yapması</li> <li>• Haftada üç kez etkili ve düzenli yapması</li> <li>• Yeni aktiviteler yaratması</li> </ul> <p><b>Beslenme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gıda katkı maddesi içeren besin maddesi kullanması</li> <li>• Günde üç öğün dört besin grubunu tüketmesi</li> <li>• Vücut fonksiyonlarını destekleyen, koruyan yiyecek tüketmesi</li> <li>• Besin sanitasyonuna dikkat etmesi</li> </ul> <p><b>Kişiler arası destek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemlerini başkaları ile tartışabilmesi,</li> <li>• Dokunmaktan kaçınmaması</li> <li>• Sevgiyi ifade edebilmesi</li> </ul> <p><b>Stres yöntemi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Günlük gevşeme egzersizleri yapması</li> <li>• Stres kaynaklarının farkında olması</li> <li>• Dengeli uyku uyuması ve egzersiz yapması</li> <li>• Stres kontrol yöntemleri kullanması</li> <li>• Duyularını ifade etme</li> </ul>

### 2.2.4 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen şekil 3'deki Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır. Pender tarafından sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilen bu modelde, bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır (28,29).



Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Kaynak: Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nurs Outlook. 1992;40(3):106-12; 120 (28).

Sağlığı Geliştirme Model'inde "bilişsel-algısal faktörler" olarak gösterilen değişkenler; sağlığa verilen önem, öz-etkililik ve yeterliliği anlama, sağlığın kontrolünü algılama, sağlık durumunu algılama, sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve destekleyen faktörleri algılamadır. Sağlığı Geliştirme

Modelinde ki bilişsel algısal faktörler, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Şekil 3’de görülen bilişsel algısal faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışların uygulanması üzerinde doğrudan etkilidir (28).

Sağlığı geliştirmeyi dolaylı etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörlerdir (19).

### **2.2.5.Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri:**

**Sağlığa Verilen Önem:** Sağlığa verilen önem, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Sağlığa verilen önem faktörüne göre kişi, sağlık sorunu olduğunu algılamıyorsa, sorunu olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır (30).

**Sağlık Kontrolünü Algılama:** Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolü; içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (28). Dışsal sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir.

**Öz-Etkililik Algısı:** Öz-etkililik, bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır (17). Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sosyal Bilişsel Kuramda öz-etkililik, sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir. Öz-etkililik, bireyin sağlığını geliştirmede veya sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Araştırmacılar, öz-etkililiğin olumlu davranış değişikliğinin sürekliliğinde büyük bir paya sahip olduğunu bildirmektedir. Ayrıca stresin öz-etkililiğin üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini artırdığı da görülmüştür(28,29).

**Sağlığın Tanımı:** DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı günümüzde en yaygın kullanılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı



değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir”. Bu tanımda iyilik kavramını açıklama güçlüğünün yanı sıra, “tam”ın nasıl ölçüleceği tartışılmaktadır.

Sağlık kavramını sübjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp incelemek, iyilik halinin anlaşılmasını sağlayabilir(4,15).

**Sübjektif Olarak Sağlık:** Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Objektif olarak sağlık: Hekim muayenesi ve tanı testleri sonucuna göre hastalığın olmamasıdır. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir.

**Sağlık Durumunu Algılama:** Bu faktöre göre birey sağlık durumunu iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilir. Araştırmalara göre sağlık durumunu “iyi” olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi “çok iyi”, “kötü”, “çok kötü” algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kendini “iyi hissetmenin” sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir.

**Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama:** Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre, “kişinin, hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiği” önemlidir. Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Sağlık İnanç Modeli’ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörler arasında bir tehdit olarak algılanması, yarar algısı ve engel algısı bulunmaktadır.

**Yarar Algısı:** Bireylere, olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilir. Böylece bireyin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamalarının yararı ile ilgili bilgilendirilmesi kendi sağlığını kontrol etme olasılığını artırır.

**Engel Algısı:** Birey psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılayabilir.

Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını azaltan en önemli etken, engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artar(28,31).

### **Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen ve Engelleyen Faktörler**

Sağlığın, sadece fiziksel iyilik hali olmadığı, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Engelleyen faktörler, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel faktörler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler sayılabilir.

Destekleyen faktörler ise sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen içsel veya dışsal etmenlerdir. Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren faaliyetlerin yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar...) gösterilmektedir(27,31).

### **2.2.6. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler**

**Demografik Faktörler:** Demografik faktörler, sağlığı geliştiren davranışlara etki etmekte ancak bu etki farklı düzeylerde ve dolaylı olmaktadır. Örneğin; sosyo-ekonomik statü ve onun alt grupları olan eğitim, gelir ve mesleki durum birbirinden bağımsız olarak etkilemektedirler.

Bu etkileşim tüm yaşam biçimine yansıyabileceği gibi, tek tek davranışlar şeklinde de olabilmektedir(17,32,33). Bazı çalışmalar, yaş ile sağlığı geliştiren davranışlar arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Yaşın artmasıyla, uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğu belirtilmektedir(17,32). Volden ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; yaş ve medeni durum değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğunu belirtmektedir(17,34).

**Biyolojik Özellikler:** Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Battorf ve arkadaşlarının Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test ettikleri çalışmalarında, biyolojik özelliklerin sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (32).

**Kişilerarası Etkileşim:** Bu faktöre göre aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin, bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir. Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranıştaki sürekliliğinde,

arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu görülmüştür(19,32).

**Durumsal Faktörler:** Bireyin içinde bulunduğu çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir.

**Davranışsal Faktörler:** Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir. Örneğin; daha önceden sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolay sonuç vermektedir. Sosyal Bilişsel Modele göre bilgi, beceriler, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir(19,29,32,).

### 2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

Tıp ve sağlık hizmetlerindeki tarihi gelişim incelendiğinde, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için kişileri hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verilmektedir (25,34).

Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkiler(12). Kişileri hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme (az tuz, şeker ve sature vb.), düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamalar vardır(23,25).

Alameda County, California’da yapılan bir çalışmada uzun ve sağlıklı yaşamak için;

1. Arada atıştırma olmaksızın günde üç öğün düzenli yemek yemek
2. Her gün kahvaltı yapmak
3. Haftada iki veya üç kez orta düzeyde egzersiz (uzun yürüyüşler, bisiklete binme yüzme, bahçe işleri vb.) yapmak,
4. Gece 7-8 saat uyku uyumak
5. Normal vücut ağırlığında olmak

6. Sigara kullanmamak

7. Alkol kullanmamak veya orta düzeyde kullanma önerilmiştir(35).

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir(9,24,28).

Bireyin tercih ettiği yaşam stiliyle bağlantılı olarak görülebilen hastalıklara yaşam tarzından kaynaklanan hastalıklar denilmektedir. Kalp damar hastalıkları, kanser türlerinin önemli bir bölümü, solunum hastalıkları, diyabet, osteoporoz, beslenme bozukluğu (yetersiz, aşırı, dengesiz beslenme), gastrik ülser, fetüs yaralanması ve güvensiz cinsel ilişkiye bağlı hastalıkların görülme sıklığı; genetik yapı, yaşanılan çevre, eğitim düzeyi vb. etmenlere bağlı olmakla birlikte yaşam stili ile çok yakından ilgilidir. Bu hastalıklar, (DSÖ) tahminlerine göre ölümlerin gelişmekte olan ülkelerde %40-50'sini gelişmiş ülkelerde ise %70-80'ini ve bu rakamlara ek olarak da tüm dünyada sağlıklı yaşam yılı kaybının 1/3'ünü oluşturmaktadır(27,36).

Dünya genelinde önlenabilir insan kaynaklı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla, DSÖ bireyin ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla yaşam şartlarından ve usullerindeki değişim ihtiyacını kabul eden birleştirici bir yaklaşım olarak sağlığın geliştirilmesini benimsenmiştir (37).

**Risk Etmenleri:** Risk etmenleri kavramı değişik anlamlarda kullanılmasına karşın sağlık bilimlerinde genel anlamda, sağlığın bozulmasına yol açan etmenlere denilmektedir.

Bunların en fazla bilinenleri yağlı yiyecekler ve tuzun fazla tüketilmesi, alkol ve tütün kullanımı, hareket yetersizliği, kirli hava ve kimyasal maddelerle temas ve güvensiz cinsel ilişkiyi sıralayabiliriz.

Yukarıda sıralanan bu sağlık risklerinin dünya genelinde insanlığın sağlığı tehdit boyutu, ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olarak, farklı ölçülerde görülmektedir. Örneğin, beslenme bozukluğu, Afrika ülkelerinde yeteri kadar beslenememekten malnütrisyon biçiminden görülürken Kuzey Amerika gibi gelişmiş ekonomiye sahip ülkelerde obezite biçiminde kendisi göstermektedir(37).

Söz konusu hastalıklar dünya genelinde görülen ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmasının yanında yaşam kalitesinin de önemli ölçüde belirleyicisidirler.

Yanlış diyet: Kalp – damar hastalıkları, kanser türleri, diyabet, osteoporozis, beslenme bozuklukları ve gastrik ülser görülme sıklığının önemli ölçüde artışına neden olabilmektedir.

Aşırı alkol tüketimi ve uyuşturucu madde kullanımı: Kalp – damar hastalıkları bazı kanserler, solunum yolu hastalıkları, siroz, diyabet, osteoporozis, beslenme bozuklukları, gastrik ülser ve gebelerle fetüs yaralanmaları görülme sıklığının önemli ölçüde artışına neden olabilmektedir.

Tütün kullanımı: Kalp – damar hastalıkları, bazı kanserler solunum yolu hastalıkları, osteoporoz, gastrik ülser ve gebelerde fetüs yaralanmaları görülme sıklığının önemli ölçüde artışına neden olabilmektedir.

Hareket yetersizliği: Kalp – damar hastalıkları, diyabet, osteoporozis ve beslenme bozuklukları görülme sıklığının önemli ölçüde artışına neden olabilmektedir.

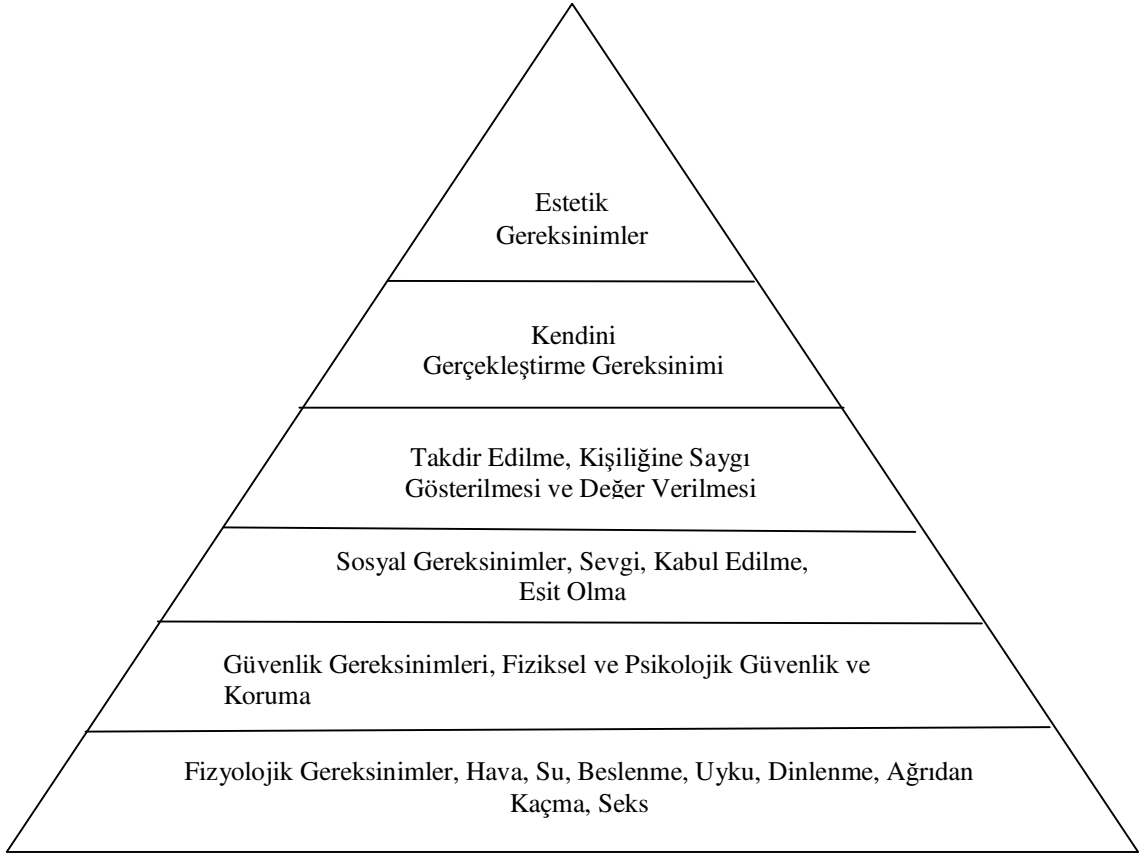
Stres: Kalp – damar hastalıkları, diyabet, osteoporozis ve beslenme bozuklukları görülme sıklığının önemli ölçüde artışına neden olabilmektedir.

Kirli hava ve kimyasal maddelerle temas: Bazı kanser, solunum hastalıkları, gastrik ülser ve gebelerde fetüs yaralanmaları görülme sıklığını artırmaktadır.

Güvensiz cinsel ilişki: Cinsel hastalıkların görülme sıklığının önemli ölçüde artışına neden olabilmektedir(38).

### **2.3.1. Kendini Gerçekleştirme**

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir(38,39). Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir(32,39). Maslow’a göre “kendini gerçekleştirme”, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır(40). Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Temel insan gereksinimler Şekil 2.2’de gösterilmiştir:



**Şekil 2.2.** Temel insan gereksinimi

Kaynak: Açıkgöz KÜ “Maslow’un Gereksinim Kuramı” Etkili Öğrenme ve Öğretme, Kanyılmaz Matbaası İzmir 1996;193-201. (40)

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşinin üst basamağında bulunur. Maslow’a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkar(12,40).

### **2.3.2. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi
- Sağlıkla ilgili konuları tartışması
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir(31,32,36).

### **2.3.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite**

Bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirebilmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir.

Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsamaması; egzersizin ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır.

Amerikan Egzersiz Konseyi (ACSM) tarafından önerilen egzersiz; haftada en az 3-4 kez, en az 20 dk süren yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme gibi tekrarlı ve ritmik kas hareketlerini içermelidir (41,42).

Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu ve lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir(41,43). Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) artırırken, bazı durumlarda toplam düşük dansiteli lipoproteini (LDL) düşürerek daha yüksek HDL/LDL oranı sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır, ayrıca yüksek plazma trigiliserid düzeyini de düşürmektedir(44, 45).

Bunun yanında artrit, konstipasyon, inmeyi önleme gibi yararları ve koruyuculuğu vardır. Metabolik adaptasyonu gerçekleştirerek, iskelet kaslarının oksitatif kapasitesini ve myoglobin konsantrasyonunu artırır. Yağ asitlerini enerjiye çevirerek, glikojen

depolanmasında artışa neden olur. Dinlenme esnasında kalbin çalışmasını düzenler, en çok egzersiz sırasında kalbin çalışma kapasitesini ve egzersize olan cevaptan dolayı aşırı yüklenmeyi azaltır(46). Egzersiz, geniş kas gruplarının kullanımını ve aktivasyonunu sağlar. Performansı sürekli kılar, beden ve organizmaya ritim kazandırır.

Yapılan araştırmalarda, egzersiz ve fiziksel aktivitenin kadın ve erkeklerde kolon kanseri riskini azaltıcı bir faktör olduğu, bunun yanı sıra stresin azalması ve motivasyonun artmasında önemli rolünün olduğu belirtilmektedir. Ev içi ve ev dışı sporlara en yüksek oranda katılım 16-24 yaş grubundadır ve eğitim düzeyi yükseldikçe bu katılım giderek artmaktadır.

Fiziksel egzersiz, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan da sigara tüketiminde ve fazla kilolarda azalma sağlar(41,46,47).

#### **2.3.4. Beslenme**

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır ve vücudu beslemenin ötesinde sosyo-kültürel yapıdan, ekonomik düzeyden, emosyonel durumdan etkilenir.

Beslenmenin sağlıklı olabilmesi için, yeterli ve dengeli olması gerekir. Günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine, şeker içeriği az olmalıdır. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır.

Yeme alışkanlıkları ve besin tercihlerindeki farklılıklara rağmen, bütün insanların sağlık için aynı temel besin maddelerine ihtiyaçları vardır.

Beslenme ile ilgili bilimsel çalışmalara göre temel besin maddeler;

- Kalori veren besin maddeleri
- Proteinler (et, süt, yumurta, balık, baklagiller vb.)
- Karbonhidratlar (tahıllar vb.)
- Yağlar (tereyağı, margarin vb.)
- Vitaminler (sebze ve meyveler)
- Mineraller (sodyum, potasyum, kalsiyum vb.) dır



Yapılan birçok epidemiyolojik araştırmada kolesterol ve yağdan düşük besinleri kullanan popülasyonlarda, koroner kalp hastalıkları, artero skleroz ve trombüs veya emboli riski çok az sıklıkla görölmektedir (44-48). Özellikle doymamış yağ asitlerini içeren (oleik asit) bitkisel sıvı yağlar ve steroik asit dediğimiz ve tereyağında bulunan yağ asitleri LDL'nin (düşük yoğunlukta lipoprotein) kan kolesterol seviyesinin düşüşünde rol oynar (44).

Genç ve erişkin bireylerin, bazal metabolik kalori ihtiyacı 1200-1450 kaloridir. Kalori bakımından yetersizlik durumunda zayıflık, fazla alınması sonucu vücutta yağ oranının artması ile şişmanlık ortaya çıkar. Beslenme, kronik hastalıkların oluşmasında rol alan, değiştirilebilir bir faktördür.

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. ideal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle indeksi (B.K.İ.) çok kullanılan bir yöntemdir. 18.5 kg/m<sup>2</sup>'nin altında ise zayıf, 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> arasında ise normal kilolu, 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> arasında ise hafif şişman (fazla kilolu), 30-34.9 kg/m<sup>2</sup> arasında ise orta derecede şişman (I.Derece), 35-39.9 kg/m<sup>2</sup> arasında ise ağır derecede şişman (II.Derece), 40 kg/m<sup>2</sup> üzerinde ise çok ağır derecede şişman (III.Derece)'dir.

Beslenme konusu içinde ele alınacak diğer bir konu da, gıda katkı maddeleridir. Günümüzde endüstrinin gelişmesi besinlerin üretim ve tüketim ilişkileri ile besin üretimi ve işlenmesinin artması, gıda katkı maddelerinin kullanımı teknolojik bir zorunluluk olarak ortaya koymaktadır. Teknolojide besin değerini artırma, mikrobiyolojik bozulmaları önleme, fiziksel yapıyı düzeltme, işlemeyi kolaylaştırma ve kaliteyi geliştirme gibi pek çok işlevi vardır.

Gıda katkı maddelerinin yasaların öngördüğu ve teknolojinin gerektirdiği miktarda kullanımı zorunludur ve uygun şekilde kullanıldığında yani izin verilen katkı maddesi, izin verilen besinlerde, izin verilen miktarlarda ve yasalara uygun şekilde kullanıldığında sağlık riskleri minimize edilir. Bu nedenlerle tüketiciler gıda katkı maddeleri konusunda bilinçlendirilmeleri önem taşımaktadır (43,47,48).

### 2.3.4.1. Günlük Beslenme Rehberi

Besinler, içerdikleri besin ögelerinin türleri ve miktarları yönünden farklıdır. Bazı besinler proteinden, bazıları herhangi bir vitaminden zengindir. Her besini yeme olanağımız yoktur. Besinler, besleyici değerleri yönünden dört grup altında toplanabilir. Bir grup içinde yer alan besinler, birbirinin yerini tutmaktadır. Günlük diyetde her grupta besin bulunur ve bunların miktarları gereksinmemize uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenilir.

**Grup 1:** Süt ve sütten yapılan yiyecekler: Bu grup kalsiyum için en iyi kaynaktır. Süt, yoğurt, peynir, çökelek ve süt ile yapılan tatlılar bu gruba girer. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya birkaçından günde iki porsiyon yenilmelidir. Bir büyük bardağı süt veya yoğurt, iki kibrit kutusu büyüklükte peynir, bir küçük kse muhallebi veya sütlaç bir porsiyon kabul edilir.

**Grup 2:** Et, tavuk, balık, yumurta, kuru nohut, kuru fasulye, mercimek ve bu besinlerden yapılan rnler: Bu gruptaki besinler protein, B vitaminleri ve demirden zengin olup enerji de verirler. Herhangi birinden ya da birkaçından her gün iki porsiyon yenilmelidir. Bu grup besinler, gle ve akşam birinci yemeği oluşturur. Sabah bir yumurta yenirse yarım porsiyon alınmış demektir. gnlerden birinde kuru baklagil, birinde de etli sebze yemeği yeterlidir. Etin yerine balık veya tavuk da yenilebilir.

**Grup 3:** Taze sebze ve meyveler: C vitamini gereksinimi bu gruptan karşılanır. Patates, karnıbahar, kereviz, patlıcan, enginar, pancar, kabak, domates, salatalık, biber, yeşil yapraklı sebzeler, havuç ve her türlü meyveler bu gruba girer. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya bir kaçının karışımından her gün beş-yedi porsiyon yenilmelidir. Alınan sebze ve meyvenin bir porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden veya portakal, limon gibi turungillerden veya domates olmalıdır. Portakal, elma armut, muz gibi meyvelerin orta büyüklükte bir tanesi, kayısı ve erik gibi meyvelerin -altı adedi, ilek, kiraz gibi olanların 10-15 adedi bir porsiyon sayılır. Yeşil sebzelerin doğrandığı zaman iki üç su bardağını dolduran miktarı, bir orta büyüklükte patates, bir orta boy havuç, bir küçük yeşil kabak bir porsiyon olarak kabul edilir.

**Grup 4:** Tahıllar ve tahıllardan yapılan yiyecekler: Bu grup temel enerji kaynağımızı oluşturur. Ekmek, makarna, şehriye, pirinç, bulgur, börekler, un ve irmikten yapılan tatlılar bu gruptandır. Yetişkin bir kişi için gnlerde bir-iki orta dilim ekmek yeterli kabul edilmektedir. Fazla hareketli kişiler bunun iki üç katını yiyeceği gibi, daha çok

oturarak iş gören kişilerin bir porsiyondan fazla yememeleri önerilmektedir. Ekmeğe ilaveten bu gruptaki besinlerden bir-üç porsiyon yenilmesi önerilmektedir. Üç-beş yemek kaşığı pilav veya makarna bir porsiyon sayılmaktadır. İrmik helvasının üç-dört silme yemek kaşığı, sigara böreğinin üç-dört tanesi ve tepsi böreğinin normal bir dilimi bir porsiyon kabul edilmektedir.

Bu gruplarda belirtilmeyen yağ, şeker, salça ve baharat besinlere lezzet vermek için kullanılırlar. Şeker vücuda sadece enerji sağladığına göre fazla şeker yemek kişiyi dengesiz beslenmeye götürür. Bal, pekmez, reçel ve marmelat gibi yiyecekler şeker yerini tutar (43,48).

#### **2.3.4.2. Sağlıklı Beslenme Konusundaki Uyarılar**

Açlıktan ve fazla yemekten kaçınıp yaşa, cinsiyete, yapılan aktiviteye, içinde bulunulan özel duruma (genç, çocuk, yaşlı...) göre uygun şekilde yeterli ve dengeli beslenme için:

- Öğün atlanmaması,
- Günde üç ana öğün, mümkünse bir-iki ara öğün tüketimi
- Yiyeceklerin yavaş yenilmesi, iyi çiğnenmesi
- Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi
- Günlük şeker tüketiminin azaltılması
- Günlük tuz tüketiminin azaltılması
- Posalı yiyecek tüketiminin artırılması
- Her gün düzenli olarak kahvaltı edilmesi önerilmektedir.

#### **2.3.5. Kişilerarası Destek**

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği önemli bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır.

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin başatma yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık taşır. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler (49).

Bireyin sağlığını sŸrdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir. Chen'in çalışmasında, bireylerin kişiler arası destek davranışı, "kendine yakın arkadaşları ile zaman geçirmek için zaman ayırma, başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını takdir etme, yakın bulduğu (aile, arkada vb.) bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile çözüme" sorularını içeren bir ölçekte değerlendirilmiştir(49-51).

### **Stres Yönetimi**

Stres, bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, savaş veya tehlike olarak algıladığı, uygun başetme yolları kullanıldığında uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğu, uygun başetme yolları kullanamadığı durumlarda uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreçtir. Paksoy'a göre stres, "bireyin çevreden gelen talep/talepleri karşılama durumunda kendini yetersiz hissetmesi ve bunun sonucunda oluşan kaygı ve gerilim durumu"dur(52).

Stres, hayatın vazgeçilmez bir parçası olup kişiye çevredeki uyaranlar karşısında daha iyi davranma fırsatı verir. Bu durumda birey, çevreden gelen etkilere tepki vermeye yetecek enerjiden yoksun demektir. Aşırı stres ölümcül olabilir. Bu durumda ise birey aşırı enerji sarf etmekte ve tükenmektedir. Çözüm, her bireyin kaldıracağı ölçüde stres ile doyumlu ve olumlu bir hayat sürdürebilmesidir. İki tür stres vardır:

**1. Pozitif Stres (Eustress):** Bireye kazanç sağlayan, yaşanması istenen durumlardır. Bu tür stres, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığın artmasında önemli rol oynamaktadır.

**2. Negatif Stres (Distress):** Bireyin kaynaklarını ve başetme yeteneklerini tüketen durumlardır. Kişinin kendine güvenini kaybetmesine neden olan, yetersizlik duygularına sevk eden, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratan strestir.

Stres, bireyin sağlığını geliştirmesine etki eden bir faktör olup, stresle başa çıkma yolları veya güçlüğe karşı uyum sağlaması, stresörlerin bir tehdit olarak algılanmasına engel olur. Uyum; bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler sürecidir. Stresör, stres doğuran olay veya etmendir. Stresörler, içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta ele alınabilir. İçsel stresörler, bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stresörler, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır. Örneğin;

mükemmeliyetçilik, başarısızlık korkusu, bilgi eksikliği hissetme içsel stresörlerdir. Dışsal stresörlerden başkaları tarafından sevilme ve kabullenilmeme, başkalarının sorununu üstlenme, seyahat etme, yeni bir şehir, yeni bir ev örnek olarak verilebilir(51,52).

### **Stresle Başetme Yöntemleri**

Yaşam içinde stresin etkin bir biçimde yönetilmesi, öğrenilen bir davranıştır. Kişinin stresle baş edebilmesi veya strese karşı kişilerin tutum belirlemedeki amaç, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir.

Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır (49,50). Bireyin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon kabiliyetlerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir(52).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Kayseri il merkezi kentsel alanda yer alan Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Bünyamin Somyürek Sağlık Ocağı bölgesi oluşturmaktadır. Bölgenin 2006 yılı genel nüfusu 33.419 olup, 18-64 yaş grubu kadın nüfusu 11.901 kişidir. Bölge nüfusunun çoğunluğu sosyo-ekonomik durumu yüksek seviyede olan kişilerden oluşmaktadır.

Türkiye’de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Ünalın D.ve arkadaşlarının 2007 yılın da Erciyes Üniversitesi’ndeki çalışmalarında meslek yüksek okulu öğrencilerinin oluşturduğu grupta Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alfa değeri 0.05, gücü 0.80,  $d=0.05$  durumun da 301 kişi alınması gerektiği tespit edildi.

Bizim çalışmamızda örneklem grubunun %50’sinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu düşünülerek, alfa değeri 0.05, gücü 0.80 ve  $d=0.06$  koşullarına göre 323 kişi alınması gerektiği tespit edildi. Bizde çalışmamızı 421 kişi ile tamamladık.

Örneklem seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada her ebe bölgesi bir küme olarak kabul edilmiştir. Sağlık ocağı mevcut 9 ebe bölgesinden iki farklı noktadan itibaren 25 kadın seçilerek 450 kadına anket yöntemi uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak 18-64 yaş arası kadınlara yüz yüze görüşme ile toplanmıştır.

Kadınların demografik, sosyo-kültürel tanımlayıcı özelliklerini (yaş, meslek, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, kronik hastalık, sağlığı algılama durumları, ekonomik durumları vb.) değerlendirmek için araştırmacı tarafından hazırlanan ve Ek 1 ' de sunulan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda kullanılan bazı testleri yaptırma durumları (7) ile günlük yaşamda sağlığa yönelik olumlu-olumsuz alışkanlıklarını sorgulayan (19) sorular yer almaktadır. Bu soruların işaretlenme şeklinde 4 likert tipi ölçek kullanılmıştır. “Hiç bir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilmiştir. Anketin ikinci kısmında genel sağlık algılarını belirlemek amacı ile 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen ve 1997 yılında Nihal Esin tarafından Türkçeye çevrilerek, geçerlik-güvenirliliği saptanan ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’ yer almaktadır(53,54).

### **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile [HPLP])**

1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında Esin tarafından Türk toplumuna uyarlama çalışmaları yapılmış, geçerlilik ve güvenirliliği saptanmış olan bu ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren tutum ve davranışları değerlendirmeye yöneliktir(Ek D) (53,54).Ölçek de toplam olarak 48 maddeden oluşan altı alt grup vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yöntemidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi puanını vermektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu olup ters madde yoktur. İşaretlenme 4'lü likert tipi ölçek üzerine yapılır. “Hiç bir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir.

Alt grupların madde sayıları ve en düşük, en yüksek puan değerleri aşağıda verilmiştir. Her alt grup farklı maddelerden oluşmaktadır.

**1.Kendini gerçekleştirme (13 madde );** 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48. maddeleri içermekte olup en düşük puan 13, en yüksek puan 52' dir.

**2.Sağlık sorumluluğu (10 madde);** 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeleri içermekte olup en düşük puan 10,en yüksek puan 40'tır.

**3.Egzersiz (5 madde);** 4, 13, 22, 30, 38. maddeleri içermekte olup en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dir.

**4.Beslenme (6 madde);** 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeleri içermekte olup en düşük 6, e yüksek puan 24'dür

**5.Kişiler arası destek ( 7 madde);** 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47.maddeleri içermekte olup en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir.

**6.(7 madde);** 6, 11, 27, 36, 40, 41,45. maddeleri içermekte olup en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir.

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (48 madde);** 1'den 48' e kadar olan maddeleri içermekte olup en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir.

1. Kendini gerçekleştirme; bireyi yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun ettiğini belirler.
2. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne ölçüde katıldığını belirler.
3. Egzersiz; egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
4. Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
5. Kişiler arası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
6. Stres yöntemi veya stresle başa çıkma; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Esin tarafından Türkçeleştirilmiş Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin iç tutarlığı ve madde homojenliği Kuder-Richardson 20 güvenilirliği metoduyla analiz edilmiş ve ölçeğin alfa katsayıları Tablo 3.1'de gösterilmiştir.



**Tablo 3.1.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ve Alt Gruplarının Alfa Değerleri

<b>Gruplar n=450</b>	<b>Madde S</b>	<b>Alfa Değerleri</b>
Kendini gerçekleştirme;	13	0.77
Sağlık sorumluluğu	10	0.74.
Egzersiz	5	0.71
Beslenme	6	0.57
Kişilerarası Destek	7	0.65
Stres Yöntemi	7	0.63
Toplam: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	48	0.91

Anket formunda toplam 29 soru bulunmaktadır. Anket ön uygulaması örneklem dışı 20 kişilik bir gruba araştırmacı tarafından yüz yüze olarak yapılmıştır ve bu uygulama 20-25 dk zaman almıştır. Ön uygulama sonrası anket formundaki sorular ve araştırmacının kişilerle iletişim eksiklikler giderilmiştir.

Veriler 01 Aralık 2007- 31 Nisan 2008 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile bireylerle tek tek görüşülerek toplanmıştır. Gruplara ayrılan araştırma bölgelerinde her gruptaki binalarda 18–64 yaş arası, araştırmaya katılmayı kabul eden hanedeki bayanlara araştırmacı ile tek tek yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen birey olmamış ve evde bulunmayan katılımcılara tekrar ulaşma imkânı olmadığı durumlarda aynı grupta farklı binalardaki bireylerden tamamlanmıştır. Katılımcıların iş ya da okulda bulunma ihtimalleri göz önünde bulundurarak veri toplama işlemi zaman zaman hafta sonunda da yapılmıştır. Verilerin değerlendirme aşamasında bazı anket formundaki eksik ve çelişkili bilgi olması nedeni ile 450 kişiden 421 kişinin anket formu değerlendirmeye alınmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde ve günlük alışkanlıklar sorularında verilen dördümlü seçenekler, bazı tablolarda “bazen” ve “sık sık” bölümleri birleştirilerek üç seçenek olarak “hiçbir zaman” ,”bazen” ve “her zaman” olarak kullanılmıştır

Çapraz tablolarda: kadınların kendi değerlendirmesine göre belirlenen ekonomik durum değişkeninde, çok iyi ve iyi seçenekleri “iyi”, orta ve kötü seçenekleri “orta” olarak 2 dağılımda toplandı. Kadınların öğrenim durumu; ortaöğretim ve altı(okuma yazma bilmeyen ilkokul ve ortaokul), lise, Yüksek okul ve üzeri (üniversite ve sonrası)

seçenekleri olarak üç grupta değerlendirilmiştir. Kadınların yaşları farklı çapraz tablolarda yaş dağılımına göre iki ve üç gruba bölünerek değerlendirmeye alınmıştır. Kadınların yaşantılarının çoğunluğunun geçtiği yer soru seçeneklerinde ki dört değişken ikili birleşim ile ile- köy ve il-metropol olarak kullanılmıştır. Kadınların medeni durum sorusuna verilen cevaplarında eşi ölmüş ve eşinden ayrılmış seçenekleri tablolarda “dul” ifadesi ile kullanılmıştır. SYBD leği; alt leklerinin sıralanması için 100 üzerinden hesaplamıştır. Beden kitle indeksi değişkenleri tablolarda l birleşim ile zayıf, normal ve şişman olarak hesaplamalara alınmıştır.

Araştırmada her bir birey için elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında veri denetlemesi ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltildi. İstatistiksel analizler de, t testi, tek yönlü varyans analizi(anovo) ile Tukey HSD testi, kıkare testi yapıldı.  $p < 0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

<b>Değişkenler (n=421)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş grupları</b>		
18-24	70	16.6
25-34	127	30.2
35-44	113	26.8
45-54	86	20.4
55-64	25	5.9
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okur-yazar değil	13	3.1
Okur-yazar	14	3.3
İlkokul mezunu	94	22.3
Ortaokul mezunu	36	8.6
Lise mezunu	131	31.1
Yüksekokul- üniversite mezunu	133	31.6
<b>Meslek grupları</b>		
Ev hanımı	240	57.0
Öğrenci	43	10.2
Çalışıyor	138	32.8

**Tablo 4.1.** Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri (devamı)

<b>Değişkenler (n=421)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Medeni durum</b>		
Evli	313	74.3
Bekar	80	19.0
Eşi ölmüş	12	2.9
Eşinden ayrılmış	16	3.8
<b>Çocuk</b>		
Var	317	76.5
Yok	104	23.5
<b>Çocuk sayısı(n=317)</b>		
1-2	190	59.0
2-3	119	37.0
5+	13	4.0
<b>Yaşantının büyük çoğunluğunun geçtiği yer</b>		
Köy-kasaba	10	2.4
İlçe merkezi	43	10.2
İl merkezi	359	85.3
Metropol	9	2.1
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	401	95.2
Yok	20	4.8
<b>Aylık ortalama gelir</b>		
999 ↓ TL	76	18.1
1000-1999 TL	227	53.9
2000-2999 TL	86	20.4
3000 ↑	32	7.6
<b>Ekonomik durum (kendi değerlendirmesine göre)</b>		
Çok iyi	18	4.3
İyi	181	43.0
Orta	208	49.4
Kötü	14	3.3

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 30.2 ‘si 25-34 yaş grubun da ve %62.7’si lise ve üzeri eğitim almıştır. Kadınların %57.1’ i ev hanımı, %74.3’ü evli ve % 76.5’i çocuk sahibidir. Çocuğu olan kadınların % 59’u da 1 ya da 2 çocuğa sahiptir. Kadınların % 85.3’ünün yaşantısının çoğunluğunun geçtiği yer il merkezidir. Herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı % 95.2’dir. Kadınların %53.9’unun gelir düzeyleri 1000-1999 TL ve %49.4’ünün ekonomik durumu kendi değerlendirmelerine göre orta durumdadır.

**Tablo 4.2.** Araştırma Grubundaki Kadınların Ailesel Özellikleri

<b>Değişkenler (n=421)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	351	83.4
Geniş aile	55	13.1
Tek ebeveynli	12	2.9
Diğer	3	0.7
<b>Ailede yaşayan kişi</b>		
3↓	115	27.3
4-5	240	57.0
6+	66	15.7

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 83.4’ü çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %15.7’ ininde de ailede yaşayan kişi sayısının 6’dan fazladır.

**Tablo 4.3.** Araştırma Grubundaki Kadınların Sağlık Durumları

<b>Değişkenler (n=421)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Genel olarak sağlık durumu</b>		
Çok iyi	23	5.6
İyi	260	61.8
Orta	125	29.7
Kötü	13	3.1
Çok kötü	0	0
<b>Kronik hastalık</b>		
Evet	93	22.1
Hayır	328	77.9
<b>Sağlık şikâyeti(n=93)</b>		
Hipertansiyon	27	29.0
Migren	13	14.0
Diyabet	7	7.5
Romatizmal hastalıklar	6	6.5
Kalp rahatsızlıkları	5	5.4
Diğer	35	37.6
<b>İlaç kullanımı</b>		
Evet	93	22.1
Hayır	328	77.9
<b>Sağlık problemin de ilk başvuru</b>		
Sağlık ocağı	116	27.6
Devlet hastanesi	147	34.9
Üniversite	27	6.4
Özel doktor	105	24.9
Diğer (hepsine)	26	6.2
<b>Sağlık bilgisi kaynağı</b>		
Tv	95	22.6
Kitap	85	20.2
Komşu-akraba	25	5.9
Ailem	48	11.4
İnternet	66	15.7
Diğer (Sağlık personeli)	102	24.2
<b>Sigara içme durumu</b>		
Hayır	282	67.0
Evet	125	29.7
İçiyordum bıraktım	14	3.3

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 61.8'inin genel sağlık durumunu iyi olduğu ve % 22.1'si herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığını belirtmiştir. Kadınların %34.9'u sağlık problemlerinde ilk olarak devlet hastanesine başvuru yaptıklarını, % 24.2'si sağlık bilgisini sağlık personelinen aldıklarını ve kadınların %67.0'ı sigara içmediğini belirtmiştir.

**Tablo 4.4.**Araştırma Grubundaki Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

Değişkenler	Sayı	%
<b>Şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumu (n=313)</b>		
Evet	279	89.2
Hayır	34	10.8
<b>Kullanılan aile planlaması yöntemi (n=313)</b>		
Etkili yöntem	261	83.4
Etkisi sınırlı yöntem	18	5.8
Hiç yöntem kullanmayan	34	10.8
<b>Bu yöntemi öneren kişi (n=279)</b>		
Doktor	94	33.6
Ebe	76	27.1
Hemşire	13	4.6
Aile-komşu	24	10.0
Kendi ve eşi	72	24.6
<b>Kullanılan aile planlaması yöntemi için düzenli sağlık kontrollerine gitme (n=279)</b>		
Hiçbir zaman	103	36.6
Bazen	95	34.1
Sık sık	25	9.0
Düzenli olarak	56	20.3

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 89.2'sinin ünün herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı görülmektedir. Evli kadınların %83.4'ünün etkili, %5.8'inin etkisi sınırlı ve %10.8'inin hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmadığı görülmektedir. Kadınlara aile planlaması yöntemlerinin % 33.6'sı doktorunun önerdiği ve kadınların % 36.6'sı kullandıkları aile planlaması yöntemi için kontrole gitmediklerini sadece %20.3'ünün düzenli olarak sağlık kontrollerine gittiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.5.** Araştırma Grubundaki Kadınların Beden Kitle İndeksi Değerlendirmeleri ve Kilo Durumu Algıları

<b>Değişkenler (n=421)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Beden kitle indeksi</b>		
Zayıf	13	3.1
Normal kilolu	187	44.4
Hafif şişman (fazla kilolu)	142	33.7
Orta derecede şişman (1.derece)	63	15.0
Ağır derecede şişman (2.derece)	13	3.1
Çok ağır derece şişman (3.derece)	3	0.7
<b>Kilonuzu nasıl tanımlarsınız?</b>		
Zayıf	34	8.1
Normal	241	57.2
Şişman	132	31.4
Çok şişman	14	3.3
<b>Kilonuzla ilgili tanımlardan hangisi size uygun?</b>		
Kilo almaya çalışıyorum	33	7.8
Kilo vermeye çalışıyorum	161	38.2
Aynı kiloda kalmaya çalışıyorum	144	34.2
Kilomla ilgili herhangi bir şey yapmıyorum	83	19.7
<b>Kilolu olmamdan dolayı diyet yaparım</b>		
Hiçbir zaman	158	37.5
Bazen	201	47.7
Sık sık	37	8.8
Düzenli olarak	25	5.9

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 44.4'ünün normal kiloda oldukları saptanmıştır. Kadınların %57.2'sinin kendilerini normal kilolu olarak tanımlamakta olup % 38.2'si kilo vermeye çalıştığını, % 47.7'sinin kendilerini kilolu olarak düşündükleri için bazen diyet yaptıklarını belirtmişlerdir.



**Tablo 4.6.** Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Konularda Olumlu Sağlık Davranışları

Değişkenler (n=421)	Hiçbir zaman		Bazen		Her zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dişlerimi düzenli olarak fırçalarım	13	3.1	212	50.4	196	46.6
Taşıtlar kullanırken hız sınırını aşmamaya dikkat ederim	48	11.4	212	50.5	160	38.1
Bir taşıtta ön koltukta otururken ya da direksiyonda iken emniyet kemeri takmaya dikkat ederim.	26	6.2	189	44.9	206	48.9
Kendi kendime meme muayenesi yapıyorum.	125	29.8	227	54.0	68	16.2
Günlük (7-8)saat uyku uyumaya dikkat ederim	26	6.2	191	45.3	204	48.5
Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	14	3.3	271	64.4	136	32.3
Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.	124	29.5	257	61.1	40	9.5
Haftada en az 3 kez 20 dk.yoğun egzersiz yaparım.	174	41.3	211	50.1	36	8.6
Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	19	4.5	271	64.3	131	31.1
Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım	209	49.6	178	42.5	34	8.1
Dinlenmek için yürümeye, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum	126	29.9	254	60.3	41	9.7
Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	41	9.7	287	68.2	93	22.1
Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	73	17.3	281	66.7	67	15.9
Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.	164	39.0	228	54.2	29	6.9

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 46.6’ sı dişlerini düzenli fırçaladığını, % 48.9 ‘u bir taşıtta ön koltukta otururken ya da direksiyonda iken emniyet kemeri takmaya dikkat ettiğini, % 70.2’si kendi kendine meme muayenesini en az bir kere yaptığını, % 48.5 ‘günlük (7-8)saat uyku uyumaya dikkat ettiğini, % 32.3’ü sağlığı ilgili değişiklikleri fark ederek doktora gittiğini, % 68.2’si kendine nasıl bakacağı konusunda bazen sağlık görevlilerinden bilgi aldığını,%66.7’si bazen vücudunu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlemlediğini belirtmiştir.

**Tablo 4.7.** Araştırma Grubundaki Kadınların Beslenme Alışkanlıkları

Değişkenler (n=421)	Hiçbir zaman		Bazen		Her zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yiyeceklerde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.	52	12.4	233	55.3	136	32.3
Şeker kısıtlaması yaparım	66	15.7	276	65.5	79	18.8
Yağlı gıda tüketiminden mümkün olduğunca kaçınırım	23	5.5	242	57.5	156	37.1
Alkollü yiyecek ve içeceklerden kaçınırım	3	0.7	71	16.9	347	82.4
Genellikle düzenli olarak bol bol su içmeye dikkat ederim	21	5.0	254	60.4	146	34.7
Gün içinde süt ve süt ürünlerinden (en az 2 porsiyon) tüketmeye dikkat ederim	60	14.2	282	67.0	79	18.8
Sabahları kahvaltı ederim	7	1.7	135	32.5	279	66.3
Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim	22	5.2	253	60.1	146	34.7
Hergün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	72	17.1	293	69.6	56	13.3
Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim	15	3.6	233	55.3	173	41.1
Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	28	6.7	246	58.4	147	34.9
Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	23	5.5	215	51.1	183	43.5

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 12’si yiyeceklerde tuz ve %15,7’si şeker kısıtlamasına dikkat etmediklerini, %94.5’inin yağlı gıda tüketiminden kaçındıklarını,% 85.8’i gün içinde süt ve süt ürünlerinden (en az iki porsiyon) tüketmeye dikkat ettiklerini ve % 94.8’i her gün düzenli olarak üç öğün yemek yediklerini belirtmektedirler.

**Tablo 4.8.** Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Konulardaki Alışkanlıkları

Değişkenler (n=421)	Hiçbir zaman		Bazen		Her zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gün içinde alışkanlık olarak koyu çay içmemeye dikkat ederim.	30	7.1	204	48.5	187	44.4
Yemekten hemen sonra çay içmemeye dikkat ederim.	47	11.2	288	68.4	86	20.4
Gün içinde alışkanlık olarak sütsüz/koyu kahve içmemeye dikkat ederim.	28	6.7	185	43.9	208	49.4
Yemeklerde katı yağ (tereyağı, margarin vb.) kullanmamaya dikkat ederim.	34	8.1	252	59.9	135	32.1
Gün içinde pasta, börek gibi gıda tüketimi öğün olarak kabul etmem.	65	15.4	293	69.6	63	15.0
Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmamaya dikkat ederim.	6	1.4	204	48.5	204	48.5

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların % 48.5’i genelde gün içinde alışkanlık olarak koyu çay içmemeye, % 68.4’ü bazen yemekten hemen sonra çay içmemeye ve % 49.4’ü gün içinde alışkanlık olarak sütsüz/koyu kahveyi her zaman içmemeye dikkat ettiklerini belirttiler. Kadınları n% 68.0’ı genelde yemeklerde katı yağ(tereyağı, margarin vb.) kullandığını ve % 48.5’i bazen doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmamaya dikkat ettiklerini belirtmektedirler.

**Tablo 4.9.** Araştırma Grubundaki Kadınların Bazı Konularda Sağlık Kurumlarından Yararlanma Durumları

Değişkenler (n=421)	Sayı	%
Sağlık ile ilgili sürekli yakınılan şikâyetin olması	100	23.8
Kontrol amacı ile doktora gitme	284	67.5
Meme muayenesi yaptırma	175	41.6
Pap smear	152	36.1
Kan şekeri ölçümü	341	81.0
Kemik dansimetresi ölçümü	142	33.8
Mamografi çekirme	178	42.3
Hemoglobin ölçtürme	383	91.0

Araştırma grubuna katılan kadınların % 23.8 'i sağlığı ile ilgili yakındığı bir şikâyeti bulunduğunu belirtmişler. Kadınların % 67.5 'i kontrol amacı ile doktora gittiği, % 41.6 'sı meme muayenesini yaptırdığı, % 36.1 'i pap smear yaptırdığı, % 81.0 'ı kan şekerini ölçtürdüğü, % 33.8 'i kemik dansimetresini ölçtürdüğü, % 42.3 'ü mamografi çektiği ve % 91.0'ının hemoglobin ölçümünü yaptırdıkları görülmektedir.

**Tablo 4.10.** Araştırma Grubundaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumu

Testler	18-39 yaş grubu n =257		40 + yaş grubu n =164		Toplam n =421		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kontrol amacı ile doktora gitme	153	59.5	131	79.9	284	67.5	18.87	P=0.001
Meme muayenesi yaptırma	64	24.9	111	67.7	175	41.6	75.25	P=0.001
Pap smear	43	16.7	109	66.5	152	36.1	107.33	P=0.001
Kan şekeri ölçümü	194	75.5	147	89.6	341	81.0	13.01	P=0.001
Kemik dansimetresi ölçümü	24	9.4	118	72.0	142	33.8	174.91	P=0.001
Mamografi çekirme	50	19.5	128	78.0	178	42.3	140.84	P=0.001
Hemoglobin ölçtürme	221	86.0	162	98.8	383	91.0	19.93	P=0.001

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi araştırma grubuna katılan kadınların yaş gruplarına göre bazı testleri yaptırma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur( $p < 0.01$ ). Yukarıda belirtilen tüm testleri 40 yaş üzeri kadınların 40 yaş altı kadınlara göre daha fazla oranda yaptırdıkları görülmektedir.

**Tablo 4.11.** Araştırma Grubundaki Kadınların Ekonomik Duruma Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumları

Testler	İyi ve ↑ n =199		Orta ve ↓ n =222		Toplam n =421		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kontrol amacı ile doktora gitme	137	68.8	147	66.2	284	67.5	0.330	P=0.319.
Meme muayenesi yaptırma	84	42.2	91	41.0	175	41.6	0.064	P=0.438
Pap smear	69	34.7	83	37.4	152	36.1	0.335	P=0.317
Kan şekeri ölçümü	159	79.9	182	82.0	341	81.0	0.296	P=0.337
Kemik dansimetresi ölçümü	67	33.7	75	33.9	142	33.8	0.003	P=0.518
Mamografi çekirme	79	39.7	99	44.6	178	42.3	1.031	P=0.180
Hemoglobin ölçtürme	179	89.9	204	91.9	383	91.0	0.482	P=0.300

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların ekonomik durumlarına göre yukarıda belirtilen testleri yaptırma açısından istatistiksel anlamda fark yoktur( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Araştırma Grubundaki Kadınların Eğitim Durumuna Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumu

Testler	Orta okul ve ↓ n =157		Lise n = 131		Yüksekokul ve ↑ n = 133		Toplam n = 421		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kontrol amacı ile doktora gitme	114	72.6	81	61.8	89	66.9	284	67.5	3.80	P>0.05
Meme muayenesi yaptırma	82	52.2	45	34.4	48	36.1	175	41.6	11.7	P<0.05
Pap smear	84	53.5	26	19.8	42	31.6	152	36.1	36.7	P<0.05
Kan şekeri ölçümü	137	87.3	103	78.6	101	75.9	341	81.0	3.23	P>0.05
Kemik dansimetresi ölçümü	84	53.8	31	23.7	27	20.3	142	33.8	44.8	P<0.05
Mamografi çekirme	93	59.2	38	29.0	47	35.3	178	42.3	30.5	P<0.05
Hemoglobin ölçtürme	152	96.8	115	87.8	116	87.2	383	91.0	10.4	P<0.05

Araştırma grubuna katılan kadınların meme muayenesi, pap smear kemik dansimetresi ölçtürme, mamografi çekirme, hemoglobin ölçtürme oranları ortaöğretim ve altında öğrenim görenlerde daha yüksektir(p<0.05).Diğer testleri yaptırma açısından eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak fark yoktur (p >0.05)

**Tablo 4.13.**Araştırma Grubundaki Kadınların Yaşantılarının Çoğunluğunun Geçtiği Yere Göre Bazı Testleri Yaptırma Durumları

Testler	İlçe-köy n =53		İl – metropol n =368		Toplam n =421		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kontrol amacı ile doktora gitme	35	66.0	249	67.7	284	67.5	0.56	p >0.05
Meme muayenesi yaptırma	23	43.4	152	41.3	175	41.6	0.83	p >0.05
Pap smear	23	43.4	129	35.1	152	36.1	1.39	p >0.05
Kan şekeri ölçümü	47	88.7	294	79.9	341	81.0	2.325	p >0.05
Kemik dansimetresi ölçümü	20	37.7	122	33.2	142	33.8	0.41	p >0.05
Mamografi çekirme	26	49.1	152	41.3	178	42.3	1.14	p >0.05
Hemoglobin ölçtürme	51	96.2	332	90.2	383	91.0	2.03	p >0.05

Tablo 4.13’da görüldüğü gibi yukarıda belirtilen testleri yaptırma açısından ilçe-köy de yaşayan kadınlar ile metropolde yaşayan kadınlar arasında istatistiksel anlamda fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.14.** Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalaması

Ölçekler		Olası alt ve üst değer	Gözlenen alt ve üst değer	Ort. $\pm$ Sd	Ort. $\pm$ Sd (100 üzerinden hesaplanan)
SYBD Ölçeği ve alt boyutları	Kendini gerçekleştirme	13-52	22-52	36.70 $\pm$ 6.2	70.6 $\pm$ 11.9
	Sağlık sorumluluğu	10-40	12-40	24.48 $\pm$ 5.3	61.2 $\pm$ 13.2
	Egzersiz	5-20	5-19	9.42 $\pm$ 3.0	47.1 $\pm$ 15.0
	Beslenme	6-24	9-24	17.67 $\pm$ 3.0	73.6 $\pm$ 12.6
	Kişilerarası destek	7-28	10-28	20.80 $\pm$ 4.0	74.3 $\pm$ 14.1
	Stres yönetimi	7-28	9-28	17.75 $\pm$ 3.6	63.4 $\pm$ 13.0
	Toplam	48-192	77-188	126.81 $\pm$ 19.2	66.0 $\pm$ 10.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 4.14’de gösterilmiştir. En yüksek işaretlenen madde ortalamasından en düşük işaretlenen madde ortalamasına göre sıralama şöyledir; Kişilerarası destek alt ölçeği 74.3  $\pm$  14.1, beslenme alt ölçeği 73.6  $\pm$  12.6, kendini gerçekleştirme alt ölçeği 70.6  $\pm$  11.9, stres yönetimi alt ölçeği 63.4  $\pm$  13.0, sağlık sorumluluğu alt ölçeği 61.2  $\pm$  13.2, , egzersiz alt ölçeği 47.1  $\pm$  15.0 olarak saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasının 100 üzerinden hesaplanan değeri 66.0  $\pm$  10.0 ve genel hesaplamalardaki değeri 126.81  $\pm$  19.2’dir.

**Tablo 4.15** Araştırma Grubundaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Yaş Grupları	n	X $\pm$ SD
18 – 29	136	127.22 $\pm$ 18.831
30 – 44	174	126.01 $\pm$ 17.691
45 – 64	111	127.57 $\pm$ 22.039

F = 0.266

p > 0.05

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0.005$ )

**Tablo 4.16.** Araştırma Grubundaki Kadınların Medeni Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Medeni Durum	n	X ± SD
Evli	313	127.37 ± 18.805
Bekar	80	125.45 ± 20.185
Dul	28	124.46 ± 21.704

F = 0.539                      p > 0.05

Tablo 4.16’de görüldüğü gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı medeni duruma göre farklılık göstermektedir ( $p > 0.005$ ).

**Tablo 4.17.** Araştırma Grubundaki Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Öğrenim Durumu	n	X ± SD
Ortaöğretim ve ↓	157	123.86 ± 17.958
Lise	131	127.26 ± 19.534
Yüksekokul ve ↑	133	129.86 ± 20.056

F = 3.589                      p < 0.05

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi ilköğretim ve yüksekokul mezunlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ). Yüksekokul mezunlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı daha yüksektir (123.86-129.86).

**Tablo 4.18.** Araştırma Grubundaki Kadınların Aile Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Aile Tipi	n	X ± SD
Çekirdek aile	351	129.666 ± 19.296
Geniş aile	58	124.78 ± 18.750
Tek ebeveyn aile	12	131.58 ± 20.804

F = 0.706                      p > 0.05



Tablo 4.18’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları aile tipine göre farklılık göstermektedir( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.19.** Araştırma Grubundaki Kadınların Yaşantısının Çoğunluğunun Geçtiği Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Yaşantısının Çoğunluğunun Geçtiği Yer	n	X ± SD
İlçe – köy	53	119.42 ± 15.686
İl - Metropol	368	127.88 ± 19.499

t = 3.552                      p < 0.05

Tablo 4.19’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların yaşantılarının çoğunluğunun geçtiği yer ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında istatistiksel olarak puan farkının yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ) Yaşantılarının çoğunluğunu il merkezinde geçirenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı daha yüksektir(119.42-127.88).

**Tablo 4.20.** Araştırma Grubundaki Kadınların Kendilerinin Değerlendirdiği Ekonomik Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Kendi değerlendirmesi ile ekonomik durumu	n	X ± SD
İyi	199	128.92 ± 19.364
Normal	208	125.06 ± 18.798
Kötü	14	122.93 ± 22.390

F = 2.356                      p > 0.05

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların kendi değerlendirmelerine göre belirledikleri ekonomik durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.21.** Araştırma Kapsamındaki Kadınların Sağlığı Algılama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Sağlığı Algılama Durumu	n	X ± SD
İyi	283	127.90 ± 19.506
Orta	125	124.44 ± 18.677
Kötü	13	125.85 ± 18.352

F = 1.424                      p > 0.05

Tablo 4.21’de belirtildiği gibi araştırma kapsamına alınan kadınların kendi algılarına göre sağlık durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.22.** Araştırma Kapsamındaki Kadınların Kronik Hastalığı Olması Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Kronik hastalığı olması durumu	n	X ± SD
Var	81	130.81 ± 20.163
Yok	339	125.87 ± 18.959

F = 2.005                      p < 0.05

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanının bazı kronik hastalıkları olanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ )

**Tablo 4.23.** Araştırma Grubundaki Kadınların Sigara İçme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Sigara İçme Durumu	n	X ± SD
Evet	282	125.11 ± 19.209
Hayır	125	130.30 ± 19.375
İçiyordum bıraktım	14	130.07 ± 15.00

F = 3.39                      p > 0.05

Tablo 4.23’te görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların sigara içme durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.24.** Araştırma Kapsamındaki Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

Beden Kitle İndeksi	n	X ± SD
Zayıf	13	125.08 ± 18.634
Normal	187	128.41 ± 19.919
Şişman	221	125.56 ± 18.686

F = 1.166                      p > 0.05

Tablo 4.24’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların BKİ durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ )

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlığı koruma ve sağlığın geliştirilmesi, kişilerin iyilik hali dűzeyinin artırılması için kişisel seçimlerle ilgili olarak strateji geliştirmesidir. Kiřilerin kendi sağlıklarını algılayışları ve sağlıkları için çeşitli uygulamaları kendi sosyal ve kűltűrel ۆzelliklerinden etkilenir. Koruyucu hizmetlerin planlanmasında toplumdaki kişilerin ۆzelliklerinin belirlenmesi bu açıdan ۆnem taşımaktadır.

Literatűr incelendiđinde; ۆlkemizde bireylerin sađlık davranıř ۆrűntűlerine iliřkin daha ۆnceden yapılmıř bir durum saptama çalıřmasına rastlanamamıřtır. Oysa ki yurt dıřında farklı gruplar űzerinde yapılmıř bir çok çalıřma vardır(55,56). Kiřilerin hasta olsun olmasın, kendi algıladıkları haliyle sađlıđın anlamının koruma ve tedavi gibi gerekli uygulamaların yapılmasında ۆnemi bűyűktűr. İnsanların yařamak, ۆđrenmek, iř yapabilmek için sađlıklı olması kendine, ailesine, çevresine, topluma yararlı olmanın temelidir.

Tűrkiye nűfusunun % 25'ini 15-49 yař grubu kadınlar oluřturmaktadır. 15-49 yař kadınların dođurgan çađda olması nedeniyle, sađlıklarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yۆnden en çok tehdit altında bulunduđu dۆnemdir. Arařtırma grubumuzdaki 421 kadının %74.3'űnűn evli olması ve % 76.5'nin ocuk sahibi olması sebebi ile riskli durumları sۆz konusu olabilir (Tablo 4.1).

Toplumların sağlık d#zeyi, toplumda sağlıklı bireylerin #oğunlukta olması ile #l##l#r. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi g#revlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları i#in olduk#a #nemlidir. Araştırma grubuna katılan kadınların % 61.8'i genel sağlık durumlarını iyi olarak tanımlamışlardır(Tablo 4.3). Kadınların yarıdan fazlasının sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmesi kendi yaşam kalitesi #l##tlerine g#re olduğu i#in Kendini “iyi hissetmenin” sağlık durumunu y#kseltmek i#in motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını y#kseltmek ve s#rd#rmek i#in daha fazla #aba sarf edeceklerini d#ř#nd#rmektedir.

Araştırma grubumuzdaki kadınların % 32.3'# kendisi ile ilgili değişiklikleri fark ettiğinde hemen hekime başvurduğunu belirtmişlerdir(Tablo 4.6). T#rkiye Sağlık Davranışları ve Yaşam Tarzları Araştırması 2006'ya g#re; hastalanan her beş kişiden birinin doktora gitmek yerine bildiği ila#ları kullanıp kendi kendini iyileştirmeye #alıştukları belirlenmiştir. Yine aynı #alışmada, hastalık hissettiğinde ya da hastalık durumunda hekim ya da bir sağlık kuruluşuna başvuru yaptığını belirtenlerin oranı %64'd#r(57).

Kadınların % 34.9'u sağlık sorunu olduğunda ilk olarak devlet hastanesine başvurduklarını ifade etmişlerdir. Diğer başvurulan yerler sırasıyla sağlık ocağı (%27.6), #zel hekim (% 24.9) ve #niversite hastanesi (% 6.4) olarak belirtilmiştir. Kadınların % 6.2'si herhangi bir yeri tercih etmenin #nemli olmadığını ifade edilmiştir. (Tablo 4.3). #alışmamızda sağlık ocağından yararlanma oranlarının az olması, kadınların hizmetlerden yararlanırken basamak atladığı ve sağlıkla ilgili sorunları olduğunda sağlık ocağı yerine farklı kuruluşları tercih ettikleri g#r#lmektedir.

T#rkiye Sağlık Davranışları ve Yaşam Tarzları Araştırması 2006'ya g#re y#ksek tansiyon, romatizmal hastalıklar ve mide hastalıkları en sık teşhis edilen hastalıklardır. Bunları migren-kronik baş ağrısı izlemektedir(57). 2006 yılı Ankara G#lbaşı il#esinde yetişkin kadınlara yapılan araştırmada kadınların % 50.9'u herhangi bir hastalığı olduğunu belirtmişlerdir. Kalp-damar hastalığı (% 32.7), endokrin sistem hastalıkları (% 24.2), kas-kemik ve eklem hastalıkları (% 23.6) en #ok yakınılan hastalıklardır (58). Bizim #alışmamızda kadınların %29.0'u hipertansiyon, %14.0'ı migren, %7.5'i

diyabet, % 6.5'i romatizmal hastalıklar, %5.4'ü kalp rahatsızlıkları olarak en sık görülen hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almıştır(Tablo 4. 3).

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 24.2'si sağlıkla ilgili bilgilerini sağlık personelinen, %22.6'sı televizyondan, %20.2'si kitaplardan, %15.7'si internetten ve %17.3'ü aile-akrabalardan edindiklerini belirtmişlerdir(Tablo 4.3). 2002 yılında Kayseri ili kentsel bir sağlık ocağında yetişkin kadınlara yapılan bir çalışmada kadınların % 79.4'ü sağlıkla ilgili gelişmeleri radyo ve televizyondan %35.0'ı gazete- dergilerden ve %32.0'ı sağlık personelinen aldıklarını belirtilmişlerdir (59). Bu araştırma da yüksek oranda olmasa da bizim araştırmamızda ki oran, medyanın bilgi edinmede önemsenecek derecede kadınlar üzerinde rol oynadığı görülmüştür. Ancak medya aracılığıyla her zaman doğru bilgiye ulaşılamayabilir, bazen yanlış bilgi ve olumsuz tutumların da kazanılabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Günümüzde Türkiye'de halen 6 milyon kadının okur-yazar olmadığı düşünülürse, kadın sağlığına ilişkin dramatik sorunların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Kendi sağlıklarını ve çocuklarının sağlıklarını korumada önemli rol üstlenen kadınların sağlıkla ilgili konularda bilinçli davranmaları eğitimle mümkündür. Kırk altı ülkede yapılan bir çalışmada; bir ülkede kadının eğitim düzeyini %1 oranında arttırmanın, o ülkede doktor sayısını %1 oranında arttırmaya oranla çocuk ölümlerini önlemede 3 kat daha etkili olduğuna ilişkin çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir (60). Çalışma grubumuzun %62.7'sini lise ve üzeri eğitim alan kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Kadınların yarıdan fazlasının eğitim seviyesinin yüksek olmasının kadınların yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu etki yapabileceği düşünülmektedir.

İstenmeyen gebelikleri önleme açısından aile planlaması yöntemi kullanma durumları incelendiğinde; kadınların % 83.4'inin etkili yöntem ,%5.8'i etkisi sınırlı, %10.8'i ise hiç yöntem kullanmadıklarını ve % 33.6' sını bu yöntemi doktorun önerisi ile kullandığı belirlenmiştir.(Tablo 4.4). TNSA 2003 verilerine göre herhangi bir yöntem kullanan %71.0, modern yöntem kullanan %42.5, geleneksel yöntem kullanan 28.5'dir. Etkili yöntem kullanma oranı istenen ve olması amaçlanan sonuca yakın olmasına rağmen, % 36.6'sının kullanılan yöntem için kontrole gitmediğini, sadece %2.3'nün düzenli olarak sağlık kontrollerine gittiğini belirtmiş olması istenen bir sonuç olmamaktadır. (Tablo 4.4).

Total vücut yağı ile korelasyon gösteren, boy uzunluğu ve vücut ağırlığına dayalı bir indeks olan beden kitle indeksi (BKİ), toplum düzeyinde şişmanlığın ve şişmanlık riskinin tanımlanmasını sağlar (61). Bizim araştırmamızda kadınların kiloları BKİ'ye göre değerlendirildiğinde; % 44.4'ünün normal oldukları görülmüştür. Kendisini normal kilolu olarak tanımlayanların oranı %57.2 ile BKİ'ye göre belirlenen orandan daha yüksektir. Kadınların % 38.2'si kilo vermeye çalıştığını, % 47.7 si kendilerini kilolu olduklarını düşündükleri için bazen diyet yaptıklarını belirtmişlerdir(Tablo 4.5).

2002 yılında İzmir'de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağıdaki kadınlarda yapılan bir araştırmada şişmanlık prevalansı (BKİ >30kg/m<sup>2</sup>) %24.4 olarak belirtilmiştir(62).2005 yılı Ankara Batıkent bölgesindeki 18 yaş üzeri kadınlara yapılan çalışmada BKİ değerlendirmesi sonuçlarına göre kadınların %5'i zayıf, %55.0'i normal vücut ağırlığında iken, %29.7'si fazla kilolu, %10.3'ü obezdir. BKİ değerleri şişman grupta olanların %70.0'ı kendini şişman olarak nitelendirirken, geri kalan %30.0'u da fazla kilolu olarak değerlendirmişlerdir (63). 2006 yılı Ankara Gölbaşı ilçesinde yetişkin kadınlara yapılan çalışmada kadınların % 30.5'inin hafif şişman, % 26.3'ünün normal ağırlıkta, % 26.0'sının I. derece şişman, % 9.5'inin II. derece şişman, % 3.4'ünün morbid şişman olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmaya göre kadınların % 29.7'si diyet yaptıklarını ifade etmişlerdir(64). Araştırma grubumuzda ki kadınların yaklaşık yarısının (%52.5) BKİ değerinin 25'in üzerinde olması beslenme durumlarının istenilen düzeyde olmadığını düşündürmektedir(Tablo 4.5).

Kadınların gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde sağlığını tehdit eden diğer önemli bir faktör yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı oluşan anemidir. Kadınların bu gibi dönemlerde riskli grup olarak kabul edilmesi ve sık aralıklarla hemoglobin değerlerini takip ettirmeleri gerekmektedir. Araştırma kapsamındaki kadınların % 91.0'sı en az bir kere hemoglobini ölçümü yaptırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.9). Bu değer yüksek olması kadınların %74.3'ünün evli ve % 76.5'i çocuk sahibi olması nedeniyle gebelik dönemlerinde bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde hemoglobinlerini ölçtürmüş olabileceği ile ilgili olabilir.

Kadınlarda yaygın bir kanser türü olan serviks kanserinin Pap Smear testi ile erken tanı konulması durumunda iyileşme şansı çok yüksektir(65). Araştırma kapsamındaki kadınların % 36.1'i en az bir kez Pap Smear yaptırdıklarını belirtmişlerdir(Tablo 4.9). Araştırma

grubumuzu oluşturan kadınların eğitim ve sosyo ekonomik durumlarının yüksek olduğu gerçeği göz önüne alındığında bu oranın daha yüksek olması beklenirdi.

Kadınların %16.2'si her zaman, %54'0'ı bazen, kendi kendine meme muayenesini (KKMM) yaptıklarını belirtmişlerdir(Tablo 4.6). 2002 yılında Kayseri kentsel bölgede yapılan bir çalışmada kadınların %28.2'sinin KKMM'ni düzenli olarak yaptığı, %29.8'inin ara sıra yaptığı belirlenmiştir(59).1994 yılın da Didim de 30+ yaş grubu kadınlara yapılan çalışmada kadınların %66.2'si KKMM'ni yaptıklarını belirtmişlerdir(66). Araştırma grubumuzdaki kadınların % 42.3'ü hayatında en az bir kez mamografi çektirdiklerini ve % 41.6 'sı meme muayenesini yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.9). 2002 yılı Kayseri ilinde kentsel alanda yapılan bir çalışmada kadınların %11.1'i daha önce mamografi çektirdikleri belirtmişlerdir(59).Araştırma grubundaki kadınların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının yüksek olması ve neredeyse tamamının sağlık güvencesinin olduğu göz önüne alınırsa meme kanserine karşı ilk teşhis olarak bilinen mamografi çektirme ve KKMM yapma oranlarının daha yüksek olması beklenirdi (Tablo 4.1, Tablo 4.6, Tablo 4.9).

Gebelik, doğum ve loğusalık gibi dönemler ile menopozun yol açtığı değişiklikler ile kadınlarda kemik kaybının erkeklerden daha hızlı olduğu bilinmektedir(67). Araştırma kapsamındaki kadınların %33.8'i şimdiye kadar en az bir defa kemik dansimetresini ölçtüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.9). Kemik dansimetresi ölçtirme oranı 40 yaş üzeri kadınlarda 40 yaş altı kadınlara göre daha yüksektir. Eğitim seviyesinde ise ortaöğretim ve altı olanlarda da kemik dansimetresi ölçümü yaptıurma oranı düşüktür. (Tablo 4.10,Tablo 4.12).

Kadınların yaklaşık yarısı (% 46.6) dişlerini düzenli olarak fırçaladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6). Ülkemizde ve dünyada en önemli sağlık sorunları arasında yer alan diş ve diş eti hastalıkları hayatı doğrudan tehdit etmediği için gereken önem verilmediği bir gerçektir. Oysaki diş sağlığının bozulması vücuttaki diğer organları da etkileyebileceği düşünülürse, araştırma grubumuzdaki kadınların diş temizliği ve diş sağlığına yeterince önem vermedikleri görülmektedir.

Hayatımızın yaklaşık 1/3'ü uykuda geçtiğinden, dengeli bir hayat sürmek için dinlendirici uyku hayati bir önem taşır. Uyku insan hayatının vazgeçilmez ihtiyaçları arasında yer alır ve vücudumuzun suya, oksijene ve gıdalara ihtiyacı olduğu ölçüde uykuya da ihtiyacı vardır. Araştırma grubundaki kadınların %93.8'i genel olarak günde

7-8 saat günlük uyku uyuduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.9). Araştırma grubumuzdaki kadınların günlük uyuma süresinin yüksek olması sağlıklı yaşamı destekleme açısından olumlu davranış olarak değerlendirilmiştir. 2006 yılında Çin'de kırsal alanda yaşayan 15 yaş üstü halka yapılan bir çalışmada günlük ortalama uyku süresini 7-8 saat olarak belirtenlerin oranı %59.8'dir (68).

Kadınların %69.5'i genelde haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaptıklarını belirtmişlerdir. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere sürekli katıldığını belirtenlerin oranı % 8.1'dir (Tablo 4.6). 2006 yılı Ankara Gölbaşı ilçesinde yetişkin kadınlara yapılan araştırmada kadınların %27.6'sının spor yaptıklarını ve % 48.6'sının egzersiz olarak yürüyüşü tercih ettiklerini belirtmişlerdir. (64).

İnsan vücudunun biyolojik ihtiyaçları için diyetle alınması zorunlu olan en önemli besin öğelerinden biride yağdır. Vücuda sağladıkları kalori bakımından diğer temel besin öğelerinden daha zenginlerdir. Sağlıklı bir diyet için öncelikle katı yağlar, zeytinyağı ve diğer bitkisel sıvı yağların dengeli bir şekilde kullanılması gereklidir. Katı yağların fazla tüketilmesi kalp-damar hastalıkları yönünden olumsuz etki gösterdiği yıllarca bilinen gerçektir. Kadınların % 68.0'ı genel olarak yemeklerde katı yağ (tereyağı, margarin vb.) kullandıklarını belirtmişlerdir.(Tablo 4.8). Pekcan G'nin şişmanlığın tanımı ve saptanması, araştırmasında yemek pişirmede en çok kullanılan yağ margarin % 83.7'dir(61).

Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı, öğünlerde tüketilen besinlerin türünü ve miktarını etkilemekte, aralarda açlığı bastırmak için seçilen besinlerin, yağ ve karbonhidrat içeriği yüksek besinlerden tercih edilmesine neden olmaktadır. Üçten az öğünde, fazla miktarlarda besin tüketimi insülin yanıtını, trigliserit sentezini ve yağ depolamasını artırmaktadır(61). Şişman bireylerde öğün atlama alışkanlığının yaygın olduğu ve sıklıkla atlanan öğünün ise sabah kahvaltısı olduğu bilinmektedir (69). Araştırma grubuna katılan kadınların %66.3'ü her zaman,% 32.5'si bazen kahvaltı yaptıklarını, % 94.8'i her gün düzenli olarak üç öğün yemek yediklerini ifade etmişlerdir. 2008 yılında 20-60 yaş arası kadınlara beslenme ile ilgili yapılan bir araştırmada kadınların %89.1'i her zaman sabahları kahvaltı yaptıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada günlük öğün sayısını üç olarak belirten kadınların oranı ise %84.5'tir(70). 2006 yılı Ankara Gölbaşı ilçesinde yetişkin kadınlara yapılan araştırmada kadınların % 63.4'ü günde üç ana öğün tüketmekte olup, ana öğünü her zaman veya



bazen atlayan kadın oranı % 71.0'dır. En fazla atlanan öğün ise % 61.0 ile sabah kahvaltısıdır(64).

Araştırma grubuna katılan kadınların %43.5'i her zaman, %51.1'i bazen ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okuduğunu belirttiler. Yurttagül M'nin yaptığı bir çalışmada tüketicilerin etikette dikkat ettikleri noktaları sırasıyla; fiyat (22.8), son kullanma tarihi (%17.6), besin değeri (%7.3) ve katkı madde içeriği (%3.3) olarak belirlenmiştir(71).

Günde ideal 5 gram olan tuz tüketiminin Türk halkında günlük 18 gram olduğu ve sadece yüksek tansiyon hastalarının değil herkesin tuz tüketimini azaltması ile hipertansiyonun önlenebileceği ileri sürülmektedir. Sağlık açısından değerlendirildiğinde; sodyum organizmada sıvı dengesini sağlamada ve kan basıncının düzenlenmede rol oynadığı ancak fazla tuz tüketiminin de yüksek kan basıncı (yüksek tansiyon) ile ilişkili olduğu daima dikkate alınmalıdır. Fazla tuz tüketimi, idrarla kalsiyum atımını arttırdığı ve kemiklerde kalsiyum kaybına neden olduğu bilinmektedir (72). Araştırma grubuna katılan kadınların %32.3'ü her zaman, %55.3'ü bazen tuz kısıtlamasına dikkat ettiklerini belirtmektedirler(Tablo 4.13 ).

Araştırmamızda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $126.8 \pm 19.2$ 'dir. 1998 yılında Sivas'ta yapılan çalışmaya göre sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait genel puanı( $117.5 \pm 17.1$ ) bulunmuştur (73). 2006 yılında Erciyes Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu öğrencilerine yapılan çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması  $121.90 \pm 22.93$  (74), 2005 yılında Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerine yapılan çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$  olarak saptanmıştır(76). 1998 yılında Ege Üniversitesi öğretim elemanlarına yapılan çalışmada SYBD ölçeği puan ortalaması  $133.29 \pm 18.16$ , olarak (76), Duffy ve arkadaşlarının 1996 yılında profesyonel olan (çoğu sağlık bakım alanında) ve olmayan işlerde çalışan kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir(77). Çalışmamızdaki bulguların diğer çalışmalardaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamasına benzer değerler almıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 4. 16). 2006 yılında Konya kent

merkezinden seçilmiş bir gruba yapılan çalışmada ileri yaşlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından alınan puanın daha yüksek olduğu saptanmıştır(78). Çalışmamızda kadınların medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. 2006 yılında Konya kent merkezinden seçilmiş bir gruba yapılan çalışmada evlilerin sağlıklı yaşam biçimi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır(78).

Kadınların öğrenim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının da yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.18). Bir başka çalışmada eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı karşılaştırıldığında; eğitim durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının da yükseldiği saptanmıştır (76,79). Bu sonuçların araştırma bulgumuzu desteklediği görülmektedir.

Kadınların yaşadığı aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 2004 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise çekirdek ailelerde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir(79). 2006 yılında Konya'da yapılan çalışmada hanedeki birey sayısı azaldıkça ve hanedeki oda sayısı arttıkça sağlık yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılığının da arttığı belirtilmektedir(78).

Büyük şehirlerde yaşıyor olmanın ya da yaşantısının önemli bir bölümünü büyük şehirlerde geçirmiş olmanın sağlık davranışlarını olumlu etkilemesi; bu bölgelerde eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim ve bunun gibi hizmetlerin çağdaş düzeyde sunulması ile bireyin kendisi ile olan uyumunu, kendini kabul düzeyini, öz güvenini ve öz saygısını etkilediği düşünülerek beklenen bir sonuçtur. Araştırmada yaşantılarının çoğunluğunu il merkezinde geçiren kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının daha yüksek olduğu görülmektedir.(119.42±127.88) (Tablo 4. 20).

Araştırma kapsamına alınan kadınların ekonomik durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(Tablo 4. 21). 2006 yılında Konya kent merkezinden seçilmiş bir gruba yapılan çalışmada aylık gelir düzeyi yüksek ve mesleki statüsü daha iyi olanların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını daha fazla benimsedikleri bildirilmiştir(78 ).

Araştırmamızda kendisinde kronik bir hastalık olduğunu belirten kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo

4.22). Benzer şekilde 1994 yılında 187 Afrikalı Amerikalı kadına yapılan çalışmada, tıbbi bir hastalık tanısı almış bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam puanları daha yüksek bulunmuştur(24).Bu oranın yüksek olmasının nedeni kronik hastalığı olan kadınların hekimlerinin öneri ve tavsiyelerine daha fazla dikkat etmeleri ile açıklanabilir.

Kadınların yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılan bu araştırma sonunda, kadınların sağlığın geliştirilmesiyle ilgili sağlık davranışlarının genel olarak orta düzeyde olduğu, en çok uygulanan ya da dikkat edilen sağlık davranışının kişiler arası destek, en az uygulanan sağlık davranışının ise sağlık sorumluluğu olduğu belirlenmiştir. SYBDÖ puanın öğrenim düzeyi yüksek olanlarda, yaşantılarının çoğunluğunun büyük şehirlerde geçirenlerde ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksek değer aldığı görülmüştür.

Kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik yapılması beklenen testlerden en fazla oranda hemoglobin ölçümünü ve en az oranda da kemik dansimetresi ölçümü yaptırdıkları, % 59.9'u yemeklerde katı yağ (tereyağı, margarin vb.) kullandıklarını ve %69.5'i genelde haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaptıklarını belirtmişlerdir. Kadınların yaklaşık yarısı (% 46.6) dişlerini düzenli olarak fırçaladıklarını belirtmişlerdir.

Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için, öncelikle sağlıklı nesillere gereksinim vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi; kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilecek bir fenomendir. Bu fenomenin gerçekleşmesinin ön koşulu ise; öncelikle kadının kendi sağlığı üzerinde söz sahibi olmasıdır.

Sağlıklı yaşamdan uzaklaşma ile hastalık riskini arttırıcı sosyal, ekonomik ve kültürel yaşam özelliklerinin oluşmasının engellenmesi, kadınların algıladıkları bazı davranış ve alışkanlıklar belirlenip sağlığı koruma ve geliştirme alışkanlıkları ile yer değiştirilmesi sağlanmalıdır.

## 6. KAYNAKLAR

1. Dunn L, Morgan E. Creating a framework for clinical nursing practice to advance in the West Midlands region. J Clin Nurs. 1998;7(3):239-43
2. Hoyman HS. Rethinking an ecologic-system model of man's health, disease, aging, death.J Sch Health. 1975;45(9):509-18.
3. Akşit BT. Toplum, Kültür ve Sağlık. İn: Bertan M, Güler Ç (eds), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara 1997; ss 13-25.
4. Tümerdem Y. Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği) , İstanbul Üniversitesi Yayın No: 3625 İstanbul 1992; ss 4-10.
5. Johnston N, Rogers M, Cross N, Sochan A.Global and planetary health: teaching as if the future matters. Nurs Educ Perspect. 2005;26(3):152-6.
6. Redland AR, Stuijbergen AK. Strategies for maintenance of health-promoting behaviors. Nurs Clin North Am. 1993;28(2):427-42.
7. Hayran O,Sur H.Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayın, İstanbul 1997;1-32.
8. Smith TA, Minyard KJ, Parker CA, Van Valkenburg RF, Shoemaker JA. From theory to practice: what drives the core business of public health? J Public Health Manag Pract. 2007;13(2):169-72.
9. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N. Sağlığı sürdürme, geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni 1994;6: 28-36.

10. Tripp SL, Stachowiak B. Health maintenance, health promotion: is there a difference? *Public Health Nurs.* 1992;9:155-61.
11. Gochman DS. The organizing role of motivation in health beliefs and intentions. *J Health Soc Behav.* 1972 ;13(3):285-93.
12. Maben J, Clark JM. Health promotion: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 1995;22:1158-65.
13. Eren N, Öztekin Z. Halk Sağlığının Gelişmesi. İn: Güler Ç, Akın L (Eds), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler.* Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006; ss 28-39.
14. Perk M, Sanlı T, Tuncel N. Halk sağlığı hemşireliği. *Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 125 Etem A.S.Web-Ofset Eskişehir* 1992; 568:266.
15. Öztekin Z. Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi* 2001; 7:39, 204-205.
16. Perry AG, Potter AP. *Basic Nursing Teory and Practice.* Mosby. Third Edition 1995; 26-40.
17. Spellbring M. Nursing's role in health promotion. *Nursing Clinics of North America* 1991 26(4), 805-814.
18. Veliöğlü P. Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar. *Alas Ofset* 1999;18:90.
19. Palank CL. Determinants of health-promotive behavior. A review of current research. *Nurs Clin North Am.* 1991 ;26(4):815-32.
20. Erbaydar T. Sağlık kim için?. *Toplum Hekim Dergisi* 2002;17:4, 304-307.
21. Öztekin Z. *Temel Sağlık Hizmetleri,* Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları (İkinci Baskı). Ankara 1992.
22. *Herkes İçin Sağlık Hedefleri.* Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Ankara 1992.
23. Özvarış ŞB. Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı. Aslan D (Ed). İn: *Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar.* Grafker Matbaası, Ankara 2009; ss 10-14.
24. Ahijevych K, Bernhard L. Health-promoting behaviors of African American women. *Nurs Res.* 1994;43:86-9.
25. Lindsey E, Hartrick G. Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process? *J Adv Nurs.* 1996;23:106-12.
26. Lowenberg JS. Health promotion and the "ideology of choice". *Public Health Nurs.* 1995;12:319-23.

27. Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company 2000; 429-449.
28. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nurs Outlook. 1992;40(3):106-12; 120.
29. Tabak RS. Sağlık, Sağlık Davranışı ile ilgili Modeller. Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık Ankara 2000; ss.1-2.
30. Delaney FG. Nursing and health promotion: conceptual concerns. J Adv Nurs. 1994;20:828-35.
31. Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood JR. Test of the Health Promotion Model as a causal model of workers' use of hearing protection. Nurs Res. 1994;43:151-7.
32. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res. 1996 ;45:30-6.
33. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6.Basım 1995; ss.421-453.
34. Volden C, Langemo D, Adamson M, Oechsle L The relationship of age, gender, and exercise practices to measures of health, life-style, and self-esteem. Appl Nurs Res. 1990;3(1):20-6.
35. Wingard DL, Berkman LF, Brand RJ. A multivariate analysis of health-related practices: a nine-year mortality follow-up of the Alameda County Study. Am J Epidemiol. 1982;116(5):765-75.
36. Çelebioğlu, A. T.Yaşam Tarzından Kaynaklanan Hastalıklara Karşı Yürütülen Program. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1997; 3 :7.
37. Özvarış B.Ö. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme İn: Akın L, Güler Ç (eds), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006; ss 1132-6.
38. Çöl M. Kronik hastalıklar ve Halk Sağlığı Yaklaşımı. Aslan D (eds) İn: Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Grafiker Matbaası, Ankara 2009; ss 247-251.
39. Erkan G. Ortopedik özürlü çocukların kendini kabul düzeyi üzerine yapılan bir araştırma, İstanbul 1990; 1-11.
40. Açıkgöz KÜ. Maslow'un Gereksinim Kuramı Etkili Öğrenme ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası İzmir 1996;193-201.
41. Kaplan R, Patterson T, Sallis J. Health Lifestyle. Health And Human Behavior, Mc Graw-Hill, Inc. 1993; 51 – 58.

42. Ersoy G. Sağlıklı Yaşam, Spor ve Beslenme. Damla Matbaası Ankara 1995;18-24.
43. Çakır B, Toprak İ, Yüksel B (eds), Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Sti., 3. Baskı, Ankara 2002 ;112-205.
44. Gordon-Larsen P, Boone-Heinonen J, Sidney S, Sternfeld B, Jacobs DR Jr, Lewis CE. Active commuting and cardiovascular disease risk: the CARDIA study. Arch Intern Med. 2009 Jul 13;169(13):1216-23.
45. Herder R, Demmig-Adams B. The power of a balanced diet and lifestyle in preventing cardiovascular disease. Nutr Clin Care. 2004 Apr-Jun;7(2):46-55.
46. Ergen E. Spor Hekimliği. Ankara 1992 ;143-145.
47. Käferstein F, Abdussalam M. Food safety in the 21st century. Bull World Health Organ. 1999;77:347-51.
48. Attila S. Bosi TB Toplum Beslenmesi. İn: Bertan M, Güler Ç (eds), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara 1997; ss 735-864
49. Özcan A. Hemşire-Hasta ilişkisi ve iletişim. 1. Baskı, Bassaray Yayınevi İzmir 1996 ; ss.1-22.
50. Chen MY. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nurs. 1999;16:125-32.
51. Batlas A, Batlas Z. Stres ve Basa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul 1996;134-148.
52. Paksoy M. İşletmelerde Stres, A ve B Tipi Davranış İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Kasım 1986; 15:2 101-108
53. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76-81
54. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni 1999;12(15):87-95.
55. Davis MA, Neuhaus JM, Moritz DJ, et al. Health behaviors and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. Prev Med. 1994;23:369-76
56. McDonald PE, Brennan PF, Wykle ML. Perceived health status and health-promoting behaviors of African-American and White informal caregivers of impaired elders. J Natl Black Nurses Assoc. 2005;16:8-17.

57. Türkiye Sağlık Davranışları ve Yaşam Tarzları Araştırması (2006)  
<http://www.hekimce.com/index.php?kiid=3038> Erişim Tarihi:15 Ocak 2009.
58. Yardımcı H. Özfer Özçelik A. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri Ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu 2006; 13:114-118.
59. Orhan S. Kayseri İli Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Konusundaki Düşünce ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2002; 42-51.
60. Uluslar arası Sözleşmeler Işığında Türkiye’de Kadın. Kadın Sağlığı ve Öncelikli Sorunlar. Kadın İçin Destek Oluşturma Grubu (KIDOG) 1999; 11-23.
61. Pekcan G. Şişmanlığın tanımı ve saptanması, Türkiye III. Uluslararası Beslenme Ve Diyetetik Kongresi, Ankara 2000; ss 93 – 104.
62. Okay P, Uçku.R. İzmir’de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002;3:5-12
63. Yıldız AN, Duran S, Güler Z. ve ark. Batıkent 2 nolu sağlık ocağı bölgesinde bir sitede oturan 18 yaş ve üzeri kadınların kendi vücut ağırlıklarını değerlendirmeleri, obezite sıklığı ve obeziteyi etkileyen bazı faktörler. Beslenme ve Diyetetik Dergisi 2005; 32(1):27-36.
64. Yardımcı H. Özfer Özçelik A. Ankara ılı gölbaşı ilçesinde Yetişkin kadınların antropometrik Ölçümleri ve beslenme alışkanlıkları Üzerinde bir araştırma. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu 2006; 13:114-118.
65. Akyüz A,Güvenç G,Yavan T,Çetintürk A,Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:25-29.
66. Aydemir G, Saçaklıoğlu F, Altın N ve ark.30 + yaş grubu kadınların meme kanseri belirtileri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim 1994
67. Eryavuz M, Akyüz G, Kutsal YG ve ark. Osteoporozu olan türk kadınlarında karakteristik özellikler: çok merkezli çalışma. Osteoporoz Dünyasından 2002 8(1):21-26.
68. Sun YH,Yu TS, Tong SI et al. Across-sectional study of health-related behaviors in rural easstern.Biomed Environ Sci 2002; 15(4):347-54.
69. Yurttagül, M. Hafif şişman ve şişman kadınların beslenme alışkanlıkları ve zayıflamaya ilişkin davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi 1995; 24(1): 59-73.



70. Altuncan H, Akın B, Ege A. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi 2008 4(2):84-91
71. Yurttagül M. Tüketicilerin gıda katkı maddeleri ile ilgili bilgi ve tutumları. Beslenme ve Diyet Dergisi 1991; 20:(2), 199-208.
72. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park sağlık ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59:144-150.
73. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık Personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998, 2 (2):60-68.
74. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek Yüksek Okullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(2) 101-109.
75. Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sivas 2005;6-91.
76. Akça SA. Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 1998;47-61.
77. Duffy ME, Rossow R, Hernandez M. Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women. Nurs Res. 1996;45:18-24.
78. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi Davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta Sosyoekonomik eşitsizlikler, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2006;52-111.
79. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 20(1):71-95.

# **EKLER**

**Ek – 1 : Anket formu**

**KAYSERİ İLİ MELİKGAZİ SAĞLIK GRUP BAŞAKANLIĞI BÖLGESİNDE  
YAŞAYAN 18-64 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Adı soyadı:.....

Adres :.....

Telefon :.....

1-Kaç yaşındasınız? .....

2-Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2.Bekar 3.Eşi ölmüş 4.Boşanmış

3- Öğrenim durumunuz nedir?

1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul mezunu  
4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul-Üniversite mezunu

4-Mesleğiniz nedir?

1.Ev hanımı 2.Öğrenci 3.Diğer.....

5-Aile tipi?

1.Çekirdek aile 2.Geniş aile  
3.Tek ebeveynli(anne/baba) 4.Diğer.....

6-Aile de kaç kişi yaşıyor .....

7- Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

1-Köy -kasaba 2-İlçe merkezi 3-İl merkezi 4-Metropol

8-Çocuğunuz var mı?(Var ise kaç çocuğunuz var?)

1. Evet ..... 2. Hayır 3.Şuan hamileyim

9- Herhangi bir sağlık güvencesine sahip misiniz?

1. Hayır, değilim. 2. Bağ- Kur 3. Yeşil kart  
4.Emekli sandığı 5.SSK 6.Diğer.....

10- Aylık ortalama geliriniz?.....

11-Ekonomik durumunuzu siz nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok iyi 2.iyi 3.Orta 4.Kötü 5.çok kötü

12-Doktor tarafından tanısı konmuş, uzun süredir devam eden ve sürekli tedavi gerektiren (kronik;diyabet,hipertansiyon,epilepsi,astım, vb.) bir hastalığınız var mı?

1.Evet ..... 2. Hayır

13-Sağlığınız ile ilgili sürekli yakındığınız bir şikâyetiniz var mı?

1. Evet..... 2. Hayır

(Cevabınız evet ise çözüm olarak ne yaptınız)

14.Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

1. Evet (İlacın adını belirtiniz):..... 2. Hayır

15-Evde kronik hastalığı olan birisi var mı?

1. Evet..... 2. Hayır

16-Genel olarak sağlığınız sizce nasıldır?

- 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü

17-Sağlık probleminiz olduğunda genellikle nereye başvurur sunuz?

- 1.Sağlık Ocağı 2.Devlet hastanesi 3.Üniversite hastanesi  
4.Özel doktor 5.Diğer .....

18-Sağlıklı yaşam ile ilgili bilgi edinebileceğiniz kaynaklar?

- 1.TV 2.Kitap 3.Komşular 4.Akrabalar 5.Ailem 6.İnternet  
7. Diğer.....

19-Adetleriniz ile ilgili bir sorunuz var mı?

- 1.Evet, ağrılı adet 2.Düzensiz adet  
3.Evet, düzensiz ve ağrılı adet 4.Sorunum yok  
5.Diğer, Yazınız..... 6.Menopoz durumu

20-Şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz / kullandınız mı?(Cevabınız evet ise kullandığınız yöntemi yazar mısınız?)

1. Evet..... 2. Hayır, kullanmadım

21-Bu yöntemi size kim önerdi?

- 1.Doktor 2.Ebe 3.Hemşire 4.Aile 5.Komşu 6.Diğer.....

22- Sigara içiyor musunuz?

1. Hayır  
2. Evet ..... adet gün / .....yıl  
3. İçiyordum bıraktım .....adet gün/ .....yıl

23-Boyunuz ?.....

24-Kilonuz ?.....

25-Kilonuzu göz önüne aldığınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- 1.Zayıf 2.Normal 3.Şişman 4.Çok şişman

26-Kilonuzla ilgili olarak hangisi sizin için uygun bir tanımlama olur?

- 1.Kilo almaya çalışıyorum  
2.Kilo vermeye çalışıyorum.  
3.Aynı kiloda kalmaya çalışıyorum.  
4.Kilomla ilgili herhangi bir şey yapmıyorum.

Şimdiye kadar aşağıda belirtilen işlemleri hiç yaptırdınız mı ?

	Evet	Hayır
-Kontrol amacı ile doktora gitme	( )	( )
-Meme muayenesi yaptırma	( )	( )
-Pap smear	( )	( )
-Kan şekeri ölçümü	( )	( )
-Kemik dansimetresi ölçümü	( )	( )
-Mamografi çektirme	( )	( )
-Hemoglobin ölçtürme	( )	( )
-Diğer.....		

Aşağıda ki her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Kilomdan dolayı diyet yaparım				
2.Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanırım				
3.Yemekten hemen sonra çay içerim				
4.Yemeklerde katı yağ(tereyağı, margarin vb.)kullanırım				
5.Taşıt kullanırken hız sınırını aşmamaya ya dikkat ederim				
6.Bir taşıtta ön koltukta otururken ya da direksiyonda iken emniyet kemeri takmaya dikkat ederim.				
7.Dişlerimi düzenli olarak fırçalarım				
8.Yiyeceklerde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.				
9.Yağlı gıda tüketiminden mümkün olduğunca kaçınırım				
10.Şeker kısıtlaması yaparım				
11.Gün içinde pasta,börek gibi gıda tüketimi öğün olarak kabul ederim				
12.Alkollü yiyecek ve içeceklerden kaçınırım				

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Düzenli olarak</b>
13.Gün içinde alışkanlık olarak koyu çay içerim				
14.Gün içinde alışkanlık olarak sütsüz/koyu kahve içerim				
15.Günlük yeterli(7-8)saat uyku uyumaya dikkat ederim				
16.Genellikle düzenli olarak bol bol su içmeye dikkat ederim				
17.Gün içinde süt ve süt ürünlerinden (en az 2 porsiyon) tüketmeye dikkat ederim				
18.kendi kendime meme muayenesi yapıyorum				
19.Kullandığım aile planlaması yöntemi için düzenli sağlık kontrollerine giderim.				

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile)**

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Düzenli olarak</b>
1.Sabahları kahvaltı ederim				
2.Sağlığımı ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3.Kendimi beğenirim.				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5.Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6.Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7.Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8.Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11.Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13.Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim				

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Düzenli olarak</b>
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19.ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21.Geleceğe ümitle bakarım.				
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23.Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25.insanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26.Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim				
27.Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk.zaman ayırırım.				
28.Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29.Kendi başarılarımla övünürüm.				
30.Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31.Yakın arkadaşım ile birlikte zaman geçiririm.				
32.Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				



	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Düzenli olarak</b>
34. Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm.				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarımı önemserim				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

## ÖZGEÇMİŞ

Hacer SÖNMEZER, 01.03.1983 tarihin de Kayseri ili Kocasinan ilçesinde doğdu. İlkokul ve ortaokuldan sonra süper lise olarak ortaöğretimini tamamladı. 2002-2003 öğretim yılında Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümüne başladı ve iki yıl eğitimden sonra yatay geçiş kontenjanı ile Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek okulunda kalan iki yılını tamamlayarak 2006 yılında mezun oldu.

Kayseri de 2006 yılında özel bir hastanede dört ay çalıştı. 2007 ağustos ayından itibaren Kayseri iline bağlı Sarioğlan ilçesinde Sarioğlan Sağlık Ocağın da hemşire olarak çalışmaktadır.

2006-2007 öğretim döneminde Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programına başladı.