

15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler

[The Healthy Lifestyle Behaviors of 15-49 Age Group Women and Affecting Factors]

ÖZET

AMAC: 15-49 yaş grubu kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

YÖNTEM: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Manisa 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 15-49 yaş grubu kadınlarda Haziran-Ağustos 2009 tarihleri arasında uygulanmıştır. Küme örnekleme yöntemi ile 2009 yılı ev halkı tespit fişlerinden elde edilen nüfusa göre belirlenen 350 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma sonucunda, her birinde 10 hane bulunan 30 kümeye ulaşılması planlanmıştır. İlk olarak, mahallelerde küme başını temsil edecek hanelerin belirlenmesinde sistematik rastgele örnekleme yöntemi yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri için tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, student t-testi, korelasyon, lojistik regresyon ve odds ratio (OR) yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan kadınların %51,7'si 15-29 yaş grubunda, yaş ortalaması 30,1±9,6 yıldır. Kadınların %93,1'inin ilköğretim ve altı düzeyinde eğitim aldığı, %76'sının evli, %96'sının ev hanımı olduğu, %17,4'ünün bir sosyal güvencesinin olmadığı ve %63,7'sinde ise gelirlerinin giderlerini karşılamadığı bulunmuştur. SYBD ölçek toplam puan dağılımı 112,7±20,8'dir. Ölçeğin alt boyut puanları; kendini gerçekleştirilmede 33,4±7,4, sağlık sorumluluğunda 19,4±5,8, egzersizde 7,8±3,3, kişilerarası destekte 21,1±3,4, stres yönetiminde 15,1±4,1 ve beslenmede 15,5±3,3 olarak belirlenmiştir.

SONUÇ: Elde edilen verilere göre; 15-49 yaş grubu kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını düşük düzeyde uyguladıkları belirlenmiştir.

SUMMARY

AIM: This study was planned to examine the healthy lifestyle behaviors and factors that affect women who are between 15-49 years old.

METHOD: The study which is a cross sectional and descriptive was conducted on women (n=300) who are 15-49 age group and accepted to take in place of study date of June-August 2008. The sample of the study is a cluster sampling method. There were 10 families in each cluster and total 30 cluster. The families cluster were determined via systematic randomize sample method from records in the 5th Primary Health Care Center in Manisa. For collecting data, a social demographic questionnaire and score Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) were used. For statistical analyses were used descriptive calculations, chi-square, student T-Test, correlation, logistic regression, and odds ratio.

RESULTS: 51.7 % of women were in 15-29 age groups. The age mean of women 30.1±9.6 years. 42.6% of them were uneducated, 76% were married, 96% was house wife, 17, 4% no social security of them, %63.7 of them was low their income more than their outcome. The mean of total score of HPLP was 112.7±20.8. Subsection scores of the scale have founded as self actualization 33.4±7.4, health responsibility 19.4±5.8, exercise 7.8±3.3, interpersonal support 21.1±3.4, stress management 15.1±4.1, nutrition 15.5±3.3.

CONCLUSION: It was found that level of the women' healthy lifestyle behaviors was low.

**Saliha Altıparmak,
Adalet Koca Kutlu**

Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık
Yüksekokulu, Manisa.

Anahtar Kelimeler:
Kadın, Sağlıklı Yaşam
Biçimi Davranışı.

Key Words: Woman,
Healthy Lifestyle
Behaviors.

**Sorumlu yazar/
Corresponding author:**
Adalet Koca Kutlu
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık
Yüksekokulu Şehitler
Mah. İstasyon mevkii,
45020, Manisa, Türkiye.
adaletkutlu@yahoo.com

GİRİŞ

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (1). Pender (1990) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Bu davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışlar olup; yeterli

dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (2).

Sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam tarzının kazanılmasını amaçlayan, sosyal ve tıbbi müdahaleler içinde yer alan bir disiplindir. Aynı zamanda, kişileri kendi sağlıklarını geliştirme konusunda yetkin kılacak ve bu konuda kontrollerini artıracak bir süreçtir (3). Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede ve kontrol etmede ve tam bir

sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları kaçınılmaz bir gerçektir (4,5).

Bu çalışma; 15–49 yaş grubu kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Kesitsel, tanımlayıcı tipteki araştırma Manisa 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde Haziran–Ağustos 2009 tarihleri arasında uygulanmıştır. Küme örnekleme yöntemi ile her birinde 10 hane bulunan 30 kümeye ulaşılması planlanmıştır. Aile Sağlığı Merkezi'nin 2009 yılı ev halkı tespit fişlerinden elde edilen nüfusa göre, nüfusa orantılı olarak hangi mahallelerden kaç küme seçileceği belirlenmiştir. Mahallelerde küme başını temsil edecek hanelerin belirlenmesinde sistematik rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her kümede ilk evin ön kapısına sağdan en yakın 5. eve geçilerek 10 hane tamamlanmıştır. Apartmanlardan yalnızca tek hane örnekleme girmiştir. Araştırmanın verileri, anketin kadınlara yüz yüze görüşme tekniğinin uygulanması şeklinde elde edilmiştir. Evde bulunan tüm 15–49 yaş evli kadınlar araştırma kapsamına alınmış ve toplam 350 kadına ulaşılmıştır. Araştırmada iki form kullanılmıştır.

Sosyodemografik anket formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve katılımcıların yaş, eğitim, iş durumu, medeni hali, doğurganlık özelliklerinin sorgulandığı formdur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş olup (2), bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır (6). Ölçek toplam 48 ifadeden oluşmakta ve 6 alt başlığı bulunmaktadır. Bu alt başlıklar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Her bir başlık birbirinden bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Dörtlü likert tipi olan bu ölçeğin tüm ifadeleri olumludur (6).

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 16.00 paket programı kullanılarak analiz edildi. Gruplar

arasındaki anlamlılıkta tekli analizler ki-kare testi, student t-testi, çoklu analizler korelasyon testi ve ortalama cutt-off alınarak lojistik regresyon ve OR hesaplamaları ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan kadınların %51,7'si 15–29 yaş grubundadır ve yaş ortalaması 30,1±9,6'dır (min 15–max 49). Kadınların %93,1'i ilkökul ve altı eğitim düzeyinde, %76'sı evli, %96'sı ev hanımı ve %17,4'ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Kendi ifadelerine göre %63,7'si gelirin gideri karşılamadığını ve %64,9'unun çekirdek aile yaşadığı belirlenmiştir (Tablo1).

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyodemografik özellikleri.

Özellik	Sayı	%
Yaş		
15-29 yaş	181	51,7
30-39 yaş	93	26,6
40-49 yaş	76	21,7
Yaş Ortalaması	30.1±9,6 (15–49)	
Eğitim		
İlkokul ve altı	326	93,1
İlkokul üstü	24	6,9
İş		
Ev hanımı	336	96,0
İşçi	10	2,9
Memur	2	0,6
Serbest çalışan	2	0,6
Eş Eğitim		
İlkokul ve altı	32	9,1
İlkokul Üstü	234	66,9
Eşi yok	84	24,0
Sosyal Güvence		
Yok	61	17,4
SSK	155	44,3
Emekli sandığı	8	2,3
Bağkur	33	9,4
Yeşil kart	93	26,6
Gelir		
Gelir gideri karşılıyor	127	36,3
Gelir gideri karşılamıyor	223	63,7
Aile Türü		
Çekirdek Aile	227	64,9
Geniş Aile	123	35,1
Toplam	350	100,0

Tablo 2. Araştırmaya katılanların sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeği ve yaşam doyumu ölçeği puanları.

Ölçek	Elde Edilen Alt-Üst Puan	Her Bir Ölçek için Ortalama Puanlar	Seçeneklerin İşaretlenme Ortalamaları
SYBD (Toplam Puan)	57-175	112,7±20,8	2,3±0,4
SYBD Ölçek Alt Grupları	Kendini Gerçekleştirme	13-49	33,4±7,4
	Sağlık Sorumluluğu	10-38	19,4±5,8
	Beslenme	7-17	15,5±3,3
	Kişilerarası Destek	8-28	21,1±3,4
	Stres yönetimi	7-27	15,1±4,1
	Egzersiz	5-19	7,8±3,3

Tablo 3. Bazı değişkenlerle sağlık davranışları ölçeğinin karşılaştırılması (lojistik regresyon).

	Referans	Standart hata	Katsayı (β)	t	Odds ratio (%95 CI)	p	
SYBD Ölçek Alt Grupları	Kendini Gerçekleştirme						
	Gelir	İyi,orta	0.054	0.197	3.787	2.6 (1.62-4.12)	0.000
	Aile türü	Çekirdek	0.054	0.117	2.253	1.8 (1.15-2.81)	0.025
	Gebelik sayısı	2'nin altı	0.051	0.134	2.599	1.9 (1.21-2.85)	0.010
	Sağlık Sorumluluğu						
	Gebelik sayısı	2'nin altı	0.053	0.117	2.203	1.7(1.08-2.52)	0.028
	Beslenme						
	Gebelik sayısı	2'nin altı	0.053	0.141	2.677	1.8(1.19-2.79)	0.008
	Kişilerarası Destek						
	Yaş	30 ve altı	0.053	0.112	2.123	1.6(1.02-2.40)	0.034
	Eğitim	İlkokul üzeri	0.097	-0.117	-2.208	0.4(0.18-1.00)	0.028
	Sosyal güvence	Var	0.070	-0.109	-2.063	0.6(0.33-1.03)	0.040
	Stres yönetimi						
	Çalışma durumu	Çalışmayan	0.134	0.124	2.342	5.3(1.45-19.44)	0.020
	Gebelik sayısı	2'nin altı	0.052	0.130	2.464	1.9(1.20-2.85)	0.014
	Egzersiz						
	Çalışma durumu	Çalışmayan	0.134	0.136	2.551	5.5(1.51-20.18)	0.011
	Aile türü	Çekirdek	0.055	0.123	2.314	1.7(1.07-2.67)	0.021
	Gebelik sayısı	2'nin altı	0.097	0.227	2.297	1.4(0.88-2.09)	0.022
Yaşayan çocuk sayısı	3 ve üzeri	0.099	-0.205	-2.070	1.1(0.68-0.63)	0.039	
SYBD(Toplam Puan)							
Gebelik sayısı	2'nin altı	0.601	0.201	3.299	2.4(1.58-3.75)	0.001	

*cutt-off olarak ortalamalar alınmıştır

Tablo 2'de çalışmaya katılan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ortalaması yer almaktadır. Kadınların sağlık yaşam biçimi ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; SYBD ölçek toplam puan ortalaması 112,7±20,8 ve seçeneklerin işaretlenme ortalamaları 2,3±0,4'dir. SYBD ölçek alt alan puan ortalamaları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme 33,4±7,4, sağlık sorumluluğu 19,4±5,8, beslenme 15,5±3,3, kişilerarası destek 21,1±3,4, stres yönetimi 15,1±4,1, egzersiz 7,8±3,3 olarak bulunmuştur. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt gruplarında en yüksek puanın kişilerarası desteğe

(3,0±0,5), en düşük puanın ise egzersize (1,6±0,7) ait olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3'te tekli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler ile SYBD ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı Odds ratio değerleri yer almaktadır. Gebelik sayısının 2'nin altında olması, SYBD toplam puanında 2,4 kat fark ortaya çıkarmıştır. SYBD ölçeği alt alanları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme alanında gelir durumu, aile tipi ve gebelik sayısının; sağlık sorumluluğu ve beslenme alanında gebelik sayısının; kişilerarası destek alanında yaş, eğitim, sosyal güvencenin; egzersiz alanında çalışma durumu, aile tipi ve gebelik sayısının farklılık oluşturduğu bulunmuştur (Tablo3).

TARTIŞMA

Sağlığı geliştirici yaşam biçiminin toplumun tüm üyeleri için özellikle de kadınlar için önemli olduğu kabul edilmektedir. Kadınlar ailenin sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hayati rol oynamakta ve tüm kültürlerde ailenin sağlığından sorumlu bakım vericisi olarak kabul edilmektedirler (7).

Bu çalışmada kadınların SGYB ölçeği puan ortalaması $112,7 \pm 20,8$ olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması $2,3 \pm 0,4$ olarak saptanmıştır. Ayaz ve arkadaşlarının 2005 yılında hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada SGYB ölçek puan ortalaması $122,0 \pm 17,2$ (8); Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada $117,5 \pm 17,1$ (9); Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanları ile yaptıkları çalışmada $139,5 \pm 18,0$ (10); Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada ise $121,0 \pm 21,0$ (11) olarak bulunmuştur. SGYB Ölçeği seçeneklerinin işaretlenme ortalaması, Al Ma'Aitah ve Haddad tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınlarda $2,5 \pm 0,37$ (7); Misra ve ark. tarafından Birleşik Devletler'de yaşayan Hintli kadınlarda yapılan çalışmada $2,56 \pm 0,58$ (12), Johnson tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda ise $2,68 \pm 0,45$ (13) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bunun nedeni, araştırmanın sahada yapılması nedeniyle grubun eğitim ve kültürel özelliklerinin diğer çalışmalardan farklı olması ile açıklanabilir. Çalışmada SYBD toplam puanında gebelik sayısı 2 ve altı olanların SYBD puanları gebelik sayısı 2'nin üzeri olanlardan 2,4 kat daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu durum doğurganlığın fazla olduğu grubun sosyoekonomik, eğitim ve kültürel özelliklerinin düşük olması ile açıklanabilir.

Çalışmada SYBD ölçeği kendini gerçekleştirme alt ölçeği ortalama puanı $33,4 \pm 7,4$ olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması $2,6 \pm 0,6$ olarak saptanmıştır. Bu alt ölçek puanı Ayaz ve arkadaşlarının hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada $36,4 \pm 5,6$ (8); Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada $34,5 \pm 5,5$ (9); Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada $35,4 \pm 7,1$ (11) olarak bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme için seçeneklerin işaretlenme ortalaması Al Ma'Aitah ve Haddad tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınlarda $2,8 \pm 0,5$ (7); Misra ve ark. tarafından Birleşik Devletler'de yaşayan Hintli kadınlarda yapılan çalışmada $2,86 \pm 0,71$ (12); Johnson tarafından

Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada $3,19 \pm 0,53$ (13) olarak belirlenmiştir. Kendini gerçekleştirme insanın temel fonksiyonlarından birisidir ve insanın sağlık düzeyi ile olumlu bir ilişkiye sahiptir (12). Ancak Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramında, fizyolojik, barınma, güvenlik, ait olma ihtiyacı giderilmeden kendini gerçekleştirme ihtiyacının karşılanmasının mümkün olmadığını ifade etmiştir (16). Çalışmamızdan elde edilen bulgular diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Çalışmada SYBD ölçeği kendini gerçekleştirme alt alanı gelir, aile türü ve gebelik sayısından etkilenmektedir. Geliri daha iyi olan, çekirdek aile yapısına sahip olan ve 2 ya da 1 çocuğa sahip olan kadınların puanlarının geliri gideri karşılayamayan, geniş aile türüne sahip olan ve 3 ya da daha çok çocuğu olan kadınlardan daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu durum Maslow'un kuramını destekler niteliktedir.

Çalışmada SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu alt ölçeği ortalama puanı $19,4 \pm 5,8$ olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması $1,9 \pm 0,6$ olarak saptanmıştır. Bu alt ölçek puanı Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında $21,9 \pm 5,0$ (8); Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada $22,0 \pm 4,7$ (9), Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada $22,7 \pm 4,6$ (11) olarak bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu için seçeneklerin işaretlenme ortalaması Al Ma'Aitah ve Haddad tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınlarda $2,1 \pm 0,55$ (7); Johnson tarafından aynı grupta yapılan çalışmada $2,66 \pm 0,57$ (13) olarak belirlenmiştir. Misra ve ark. tarafından Birleşik Devletlerinde yaşayan Hintli kadınlarla yapılan çalışmada ise $2,38 \pm 0,73$ (12) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanı diğer çalışmalardan düşük olarak bulunmuştur. Çalışmada SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu alt alanı gebelik sayısından etkilenmektedir. Gebelik sayısı iki ya da bir olan kadınların sağlık sorumluluğu alan puanının gebelik sayısı iki üzeri olanlardan 1,7 kat daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bunun nedeni tüm kültürlerde olduğu gibi Türk toplumunda da ailenin sağlığından sorumlu kişi olarak kadınların görülmesi ve kadınların kendi sağlıklarını ailelerinin ve çocuklarının sağlıklarından daha az önem göstermesi ile açıklanabilir.

Çalışmada SYBD ölçeği kişilerarası destek alt ölçeği ortalama puanı $21,1 \pm 3,4$ olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması $3,0 \pm 0,5$ olarak saptanmıştır. Bu alt ölçek puanı Ayaz ve arkadaşlarının hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada $21,2 \pm 3,4$ (8); Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları

çalışmada 19,4±5,5 (9); Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada 20,3±3,4 (11) olarak bulunmuştur. Kişilerarası destek için seçeneklerin işaretlenme ortalaması Al Ma'Aitah ve Haddad tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınlarda 2,1±0,5 (7); Misra ve ark. (2000) tarafından Birleşik devletlere göç etmiş Hintli kadınlarda yapılan çalışmada 2,7±0,6 (12) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kişilerarası destek alt ölçeği puanı diğer çalışmalardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmada SYBD ölçeği kişilerarası destek alt alanı yaş, eğitim ve sosyal güvenceden etkilenmektedir. 30 yaş ve üzeri olanların kişilerarası destek puanı 30 yaş altında olanlardan 1,6 kat daha yüksektir. Eğitim ve sosyal güvencenin kişilerarası destek puanına ters bir etkisi vardır. Eğitimi ilkökul ve altında olanların ve sosyal güvencesi olmayanların kişilerarası destek puanı eğitimi ilkökul üzerinde olan ve sosyal güvencesi olanlara göre daha iyidir (Tablo 3). Bunun nedeninin özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerdeki yardımlaşma ve dayanışma kültürü olarak açıklanabilir.

Çalışmada SYBD ölçeği beslenme alt ölçeği ortalama puanı 15,5±3,3 olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması 2,6±0,5 olarak saptanmıştır. Bu alt ölçek puanı Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında 16,0±3,4 (8); Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada 17,3±3,3 (9) Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada 17,4±3,4 (11) olarak bulunmuştur. Beslenme için seçeneklerin işaretlenme ortalaması Ahijevych ve Bernhard (1994) tarafından yapılan çalışmada kadınlarda 2,3±0,5 (14), Johnson tarafından aynı grupta yapılan çalışmada ise 2,47±0,54 (13) olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda beslenme alt alan puanları diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyoekonomik yönden düşük düzeyde olması ile açıklanabilir.

Çalışmada SYBD ölçeği egzersiz alt ölçeği ortalama puanı 7,8±3,3 olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması 1,6±0,7 olarak saptanmıştır. Bu alt ölçek puanı Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında 8,7±2,5 (8); Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada 8,4±2,9 (seçeneklerin işaretlenme ortalaması 1,6±0,6 (9); Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada 8,3±3,2 (11) olarak bulunmuştur. Egzersiz için seçeneklerin işaretlenme ortalaması Al Ma'Aitah ve Haddad tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınlarda 1,4±0,4 (7); Ahijevych ve Bernhard

tarafından Afrika kökenli Amerikalılarla yapılan çalışmada kadınlarda 1,9±0,6 (14), Johnson tarafından aynı grupta yapılan çalışmada 2,2±0,7 (13) ve Misra ve ark. tarafından yapılan çalışmada 2,3±0,8 (12) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda egzersiz puanı diğer çalışmalardan elde edilen puanlardan düşük olarak bulunmuştur. Çalışmada egzersiz alan puanı, kadının çalışma durumu, aile türü, gebelik ve yaşayan çocuk sayısından etkilenmektedir. Çalışan, çekirdek aile yapısına sahip olan ve 2 ya da 1 gebeliği olan kadınların egzersiz puanı çalışmayan, geniş aile yapısına sahip ve gebelik sayısı 3 ya da daha fazla olan kadınlara göre daha yüksektir. Ayrıca yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların egzersiz puanları çocuk sayısı 1 veya 2 olanlara göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 3). Kadınların kişisel ve kültürel özelliklerine bağlı olarak egzersizli sağlıklı yaşamın bir parçası olarak algılamayıp yeterli zaman ayırmaması ya da ayıramaması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada SYBD ölçeği stres yönetimi alt ölçeği ortalama puanı 15,1±4,1 olup; seçeneklerin işaretlenme ortalaması 2,2±0,6 olarak saptanmıştır. Bu alt ölçek puanı Ayaz ve arkadaşlarının hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada 17,8±3,3; Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada 16,0±3,6 (9); Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerle yaptıkları çalışmada 16,5±3,9 (11) olarak bulunmuştur. Stres yönetimi için seçeneklerin işaretlenme ortalaması Al Ma'Aitah ve Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınlarda 2,5±0,55 (7); Ahijevych ve Bernhard tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada 2,4±0,5 (14), Johnson tarafından aynı grupta yapılan çalışmada 2,4±0,7 (13) olarak belirlenmiştir. Misra ve ark. tarafından Birleşik devletlere göç etmiş Hintli kadınlarda ise 2,4±0,6 (12) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda stres yönetimi puanı diğer çalışmalardan elde edilen puanlardan düşük olarak bulunmuştur. Çalışmada stres yönetimi alt alan puanını çalışma durumu ve gebelik sayısı etkilemektedir (Tablo 3). Kadının çalışması ve doğurganlık durumu sosyoekonomik belirleyicilerdendir. Bu sonuç sosyoekonomik düzeyi iyi olan kadının stres yönetiminde daha başarılı olduğunu düşündürülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir saha çalışması olan bu araştırmadan elde edilen verilere göre; 15–49 yaş grubu kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını düşük düzeyde uyguladıkları belirlenmiştir. Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla özellikle birinci basamak

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(5)

sağlık çalışanları tarafından kadınların sağlık davranışlarının ve sağlık davranışları üzerinde etkili olan değişkenlerin sorgulanması ve tüm bunlara yönelik sağlık eğitimi programlarının hazırlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 20(1): 71-95.
2. Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK, Strombog FM. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research.1990; 39(6): 326-332.
3. Egger G, Spark R, Lawson J. Health promotion strategies&methods. Second Edition. Sydney. 1992, p. 121-243.
4. Bahar Z. Sigaraya karşı sağlık personeli. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1992; 9(2): 87-114.
5. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, İbrikçi, S. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hemşirelik. Hemşirelik Bülteni. 1994; 32(8): 28-36.
6. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
7. Al Ma'Aitah R, Haddad L. Health promotion behaviors of Jordanian women. Health Care for Women International. 1999; 20(6): 533-539.
8. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 9(2): 26-34.
9. Pasınlıoğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.1998; 2(2): 60-68.
10. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F ve ark. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(1): 59-64.
11. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TAF Prev Med Bull. 2007; 6(6): 421-426.
12. Misra R, Patel TG, Davies D, Russo T.Health promotion behaviors of gujurati Asian Indian immigrants in the United States. Journal Of Immigrant Health. 2000; 2(4): 223-231.
13. Johnson LR. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. Public Health Nursing. 2005; 22(2): 130-137.
14. Ahijevych K, Benhard L. Health promoting behaviours of African American women. Nursing Research. 1994; 43(2): 86-89.
15. DeWit SC. Essentials of Medical-Surgical Nursing. Fourth Edition. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1999, p. 28.