

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TUNCELİ KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN
15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIK,
SOSYAL VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE
GÖRE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ÇALMAZ

2011

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.



Prof. Dr. Yasemin AÇIK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi
olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ



Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

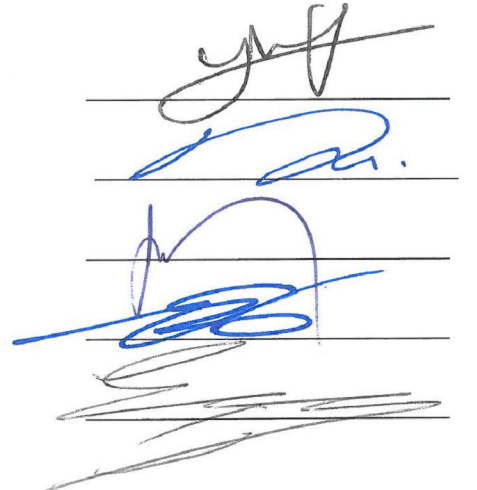
Prof. Dr. Yasemin AÇIK

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Yrd. Doç. Dr. A. Tefvik OZAN

Yrd. Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimimi yaptığım Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Tez Danışmanım Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye tez çalışmalarımın her aşamasında gösterdiği emeği, paylaştığı bilgi ve deneyimleri için teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince paylaştığımız birliktelik, bilgi ve deneyimleri yönüyle başta Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yasemin AÇIK olmak üzere, değerli öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL ve Yrd. Doç. Dr. A.Tevfik OZAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarım sürecinde manevi desteği ve gösterdiği sabırdan ötürü sevgili eşim Mehmet Erol ÇALMAZ'a teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Sağlığın Tanımı	5
3.2. Sağlığın Korunması	6
3.3. Sağlığın Geliştirilmesi	7
3.4. Kadın Sağlığı	10
3.5. Kadın Sağlığının Dönemleri ve Karşılaşılan Riskler	12
3.6. Kadın Sağlığı Belirleyicileri	13
3.7. Kadınlarda Üreme Sağlığı	14
3.8. Kadın Sağlığının Korunması	15
3.9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'e Göre Kadın Sağlığı ve Statüsü	16
3.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	18
3.10.1. Beslenme Alışkanlığı	19
3.10.2. Kendini Gerçekleştirme	19
3.10.3. Sağlık Sorumluluğu	20
3.10.4. Egzersiz Alışkanlığı	21
3.10.5. Kişilerarası Destek	21
3.10.6. Stres Yönetimi	22
3.11. Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi	23
4. GEREÇ VE YÖNTEM	26
5. BULGULAR	30
6. TARTIŞMA	53
7. KAYNAKLAR	71
8. EKLER	79
9. ÖZGEÇMİŞ	87

TABLolarIN LİSTESİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler.....	9
Tablo 2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadınların Cinsiyeti Nedeniyle Yaşamları Boyunca Karşılaştığı Riskler	12
Tablo 3. Kadın Sağlığının Belirleyicisi Olan Faktörler	14
Tablo 4. Stresle Başetme Yolları	23
Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Grupları.....	28
Tablo 6. Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 7. Kadınların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı	30
Tablo 8. Kadınların Sosyal Yaşam Durumları İle Özelliklerine Göre Dağılımı ..	31
Tablo 9. Kadınların Göç Etme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 10. Kadınların Yaşadıkları Konut Özelliklerine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 11. Kadınların Yaşam Boyu Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 12. Kadınların Son Bir Yılda Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 13. Kadınların Üreme Sağlığı İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Tablo 14. Kadınların Kendi Sağlık Durumları İle ilgili Değerlendirmeleri ve Davranışsal Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 15. Kadınların Bazı Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 16. Kadınların BKİ'lerine Göre Dağılımları	36
Tablo 17. Kadınların SYBDÖ Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı ...	37

Tablo 18. Kadınların SYBDÖ Alt Bileşenlerine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 19. Kadınların Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 20. Kadınların Medeni Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	40
Tablo 21. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 22. Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 23. Kadınların Sosyal Güvence Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile Kişilerarası Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 24. Kadınların Çalışma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile Egzersiz Alışkanlığı ve Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
Tablo 25. Kadınların Aylık Gelir Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile Kendini Gerçekleştirme Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 26. Kadınların Bulunduğu Yere Göç İle Gelme Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 27. Kadınların Yaşadıkları Konut Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Tablo 28. Kadınların Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre SYBDÖ Toplamı İle Kendini Gerçekleştirme Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 29. Kadınların Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 30. Kadınların Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	47

Tablo 31. Kadınların Yaşamları boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Bazı SYBDÖ Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 32. Kadınların Son Bir Yılda Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 33. Kadınların Gebelik Sayısına Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu ile Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 34. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayısına Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu İle Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 35. Kadınların Son Doğum Yaptığı Yere Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu ile Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 36. Kadınların Kendi Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 37. Kadınların Kronik Hastalığı Olması Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
Tablo 38. Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile SYBDÖ Alt Gruplarından Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 39. Kadınların Düzenli Beslenme Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ile Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 40. Kadınların BKİ'lerine Göre SYBDÖ Toplamı ile SYBDÖ Alt Gruplarından Beslenme Alışkanlığı ile Egzersiz Alışkanlığı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
BKİ	Beden Kitle İndeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
ICPD	International Conference on Population and Development
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome

1. ÖZET

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrolü ve sağlık statüsüne uygun olumlu davranışları seçebilmesi ile gerçekleşir. Bu araştırma, Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlık, sosyal, demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Kesitsel tipteki bu araştırma, Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadın nüfusu (6511 kişi) arasından seçilen örneklemin (540 kişi) 511'ine ulaşılarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri; birinci bölümü kadınların sağlık, sosyal ve demografik özellikleri ile SYBD'nı etkilediği düşünülen bazı faktörler, ikinci bölümü ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) sorularından oluşan bir anketin yüz yüze görüşülerek uygulanması ile toplanmıştır. Verilerin analizinde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Kadınların yaş ortalaması 32.52 ± 8.72 (min:16, max:49 yaş) olup, SYBDÖ genel ortalaması 116.95 ± 23.04 (min:48, max:192) olarak saptanmıştır. SYBDÖ ortalama puanının; kendileri ve eşleri lise ve üzeri eğitim alanlarda, çalışanlarda, aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda, yaşadığı yere göç ile gelmemiş olanlarda, konut sağlığı göstergeleri genel olarak olumlu olanlarda, şiddete maruz kalmayanlarda, kendi sağlık durumlarını orta ve iyi olarak değerlendirenlerde, kronik bir hastalığı olmayanlarda, egzersiz yaptığını ifade edenlerde, düzenli beslenenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($P < 0.05$). Evde kişi sayısının az oluşu ve aylık gelir düzeyi artışı ile kendini gerçekleştirme puanlarının arttığı, göç

ile gelmeyen kadınların beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Sonuç olarak; bu araştırmada Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların SYBD genel puanı orta düzeyde bulunmuştur. Kadınların sağlık davranışlarını etkileyen bireysel, ailesel ve çevresel olumsuzlukların en aza indirilmesi ve önlenmesi için gerekli girişimler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tunceli, 15-49 yaş kadın, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

1. ABSTRACT

THE EVALUATION OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOURS OF 15-49 AGE GROUP WOMEN THAT LIVE IN THE CENTER OF TUNCELI CITY ACCORDING TO THEIR HEALTH, SOCIAL AND DEMOGRAPHICAL FEATURES

Healthy life style is realized by one's controlling all of the behaviors that affect her health and by selecting the positive behaviors appropriate for her health condition. This survey is carried out for assessing the healthy life style behaviors (HLSB) of 15-49-year-old women who live in the city center of Tunceli according to their health, social and demographical features.

This survey, which is cross-sectional, is carried out by getting in touch with 511 women which is chosen among the sample (540 people) from the female population (6511 people) that falls within the age groups of 15-49, living in the city center of Tunceli. The data of the survey is gathered by conducting a face to face questionnaire; first part of the questionnaire consists of questions about some factors which are considered to have an effect on women's health, social, and demographical features and on their HLSB. The second part of the questionnaire consists of questions about healthy life style behaviors scale (HLSBS). In the analysis of the data, t test and single direction variance analysis are used.

The average age of women is 32.52 ± 8.72 (min:16, max:49 age) and the general average of their HLSBS is determined to be 116.95 ± 23.04 (min:48, max:192). HLSBS average point is determined to be higher in those who both took high school and college education as spouses, those who work, those who have a high income level, those whose house condition indicators are generally positive, those who are not exposed to violence, those who don't have a chronic

disease, those who tell that they do exercise, and in those who eat regularly ($P<0.05$). It is determined that having fewer people in the house and a high monthly income increases the point of one's realizing herself . It is also determined that women those who didn't migrated here have higher points of feeding behaviors, realizing themselves and stress management ($P<0.05$).

As a conclusion, HLSB general point of women, who fall within the age groups of 15-49 living in the center of Tunceli, is found to be medium level. Some required steps should be taken in order to minimize and prevent the individual, familial and environmental problems that have an effect on women's health behaviors.

Key words: Tunceli, 15-49 age group women, healthy life style behaviors.

2. GİRİŞ

3.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık, insan yaşamındaki en değerli kavramdır. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi, kendisinin, ailesinin ve ülkesinin refahı ve mutluluğu için bir şeyler yapabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir (1).

Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin / toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (2).

Günümüz sağlık anlayışı ise; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (3).

Sağlık, farklı otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” biçiminde tanımlamaktadır (4).

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) 1982 Anayasası 56. Maddesi’nde ise; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve

vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” şeklinde sağlık ile ilgili olarak bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan, çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneği vurgulanmaktadır (5,6).

3.2. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması, biyolojik, fizik, sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir. Sağlığı korumayı ilk tanımlayanlar 1953 yılında Leavell ve Clark olup, hastalıklardan koruyucu yaklaşımı primer, sekonder, tersiyer olarak belirlemişlerdir (7).

Birincil koruma: Bireyin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının olası hastalık ve yetmezlik durumlarının önlenmesi olup, korumaya yönelik tüm aktiviteleri içermektedir (1,8).

İkincil koruma: Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece gitmesini engelleyecek aktiviteleri ve hastalık oluşmuşsa ileri koruma ile bireyin fonksiyonlarının yeniden kazandırılmasını içermektedir (1,8).

Üçüncül koruma: Herhangi bir hastalık ve yetmezlik sonucu bireyde oluşan kalıcı yetmezlik durumlarında var olan kapasiteyi en yüksek düzeye

çıkarmak, yetersizlikleri sınırlamayı içermektedir. Bu tür durum rehabilitasyonla sağlanabilmektedir (1,8).

3.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlık düzeyini geliştirme sürecidir. Bu süreci başarıyla uygulayan insan sağlıklıdır. Çünkü sağlık insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri ve sevdikleri yerde, günlük yaşam ortamlarında kendileri tarafından yaratılır ve yaşatılır. Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey veya grup isteklerinin farkında olmalı, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir (9,10).

Pender tarafından ilk kez tanımlanan sağlığın geliştirilmesi kavramı, bugün yaşadığımız 21. yüzyılda tüm dünya uluslarında hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin odak noktasında yer almaktadır (11). Sağlığın koruma ve geliştirilmesinde önemli bir etkisi olan sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanır (12).

Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ifade etmektedir. Bireyin var olan sağlıklı yaşam davranışlarını en üst düzeye çıkarmasıdır (13). Bireylerin bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız beslenme davranışları, yetersiz fiziksel aktivite, şiddet davranışları, güvensiz cinsel davranışlar, sağlıksız kilo alma, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi riskli davranışlardan kaçınması gerekir (3,14).

Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir (15,16).

Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli'nde "bilişsel-algisal" olarak belirtilen faktörler sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve devamında başlıca motive edici faktörler olarak belirtilmektedir. Bu faktörler; "sağlığa verilen önem", "öz etkililik ve yeterliliği algılama", "sağlığın kontrolünü algılama", "sağlık durumunu algılama", "sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama", "sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama" olarak sıralanmaktadır. Bilişsel algılama faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulaması üzerinde doğrudan etki yapmaktadır. Modeldeki etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişiler arası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörleri içermektedir (17).

Sağlıklı yaşam biçimi sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olup, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Bu bağlamda sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların bilinmesi ve uygulanması önemlidir (Tablo 1). 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 (18).

Tablo 1: Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler (19,20)

Düzenli Yapılması Gereken Davranışlar • Pap- smear, tansiyon kontrolü gibi periyodik muayeneler • 40 yasından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan muayenesi ve mamografi • İki yılda bir göz muayenesi • 6-12 ayda bir diş muayenesi • Kendi kendine meme muayenesi • Yaşa uygun aşılanma • Sağlık problemlerinin değerlendirilmesi Zararlı Alışkanlıklara Yönelik Davranışlar • Sigara içilmemesi • Alkol alınmaması veya azaltılması • Kolesterol ve yağdan düşük beslenme • Lifli diyet alınması • Tuzdan fakir diyet seçimi • Kafein alınmaması veya azaltılması Egzersize Yönelik Uygulamalar • Haftada üç kez 20 dakika egzersiz yapma • Gecede 6-8 saat uyku uyumak • Boş zamanlarda eğlenceli aktivitelerde bulunmak Sağlığı Koruyan Diğer Uygulamalar • Emniyet kemeri takma • Güneş ısınlardan korunma • Günlük hijyenik uygulamalar • Olumlu kişiler arası ilişkiler kurmak	Kişinin Kendi Kendini Gerçekleştirme • Büyüme değişikliklerinin izlenmesi • Uzun dönemli hedefler geliştirilmesi • Gerçek hedeflerin belirlenmesi • Yaşamının amacını bilmesi • Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetmesi • Güçlü ve zayıf yanlarının farkında olması Sağlık Sorumlulukları • Şikâyetlerini sağlık personeline bildirmesi ve sağlığını izlemesi • Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi • Sağlıkla ilgili yayın okuması • Çevre sağlığı programlarına katılması Egzersiz • Nabız atışını sağlayacak düzeyde egzersiz yapma • Hafta en az 3 defa 20 dk. egzersiz yapma • Yeni aktiviteler yaratması Beslenme • Katkı maddeleri içeren besinleri kullanmama • Günde üç öğün dört besin grubunu tüketme • Vücut fonksiyonlarını destekleyen, koruyan lifli besin tüketilmesi • Besin sanitasyonuna dikkat edilmesi Kişilerarası Destek • Problemlerini başkaları ile tartışabilme • Olumlu ilişkiler kurabilme • Sevgiyi ifade edebilme Stres Yönetimi • Günlük gevşeme egzersizleri yapma • Stres kaynaklarının farkında olma • Yeterli uyuması ve düzenli egzersiz yapma • Stres kontrol yöntemlerini kullanması • Duygularını ifade etmesi
--	--

Kanada'nın Ottawa kentinde 17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında toplanan, 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonucunda yayınlanan Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı'nda; sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları ve sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir.

Bunlar;

- Toplum faaliyetlerinin güçlendirilmesi,
- Sağlığı geliştirmede aracı olma,
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
- Destekleyici çevre yaratılması,
- Sağlık hizmetlerinin tekrar düzenlenmesidir.

Bu nedenle, sağlığın geliştirilmesi konusu, yalnızca sağlık sektörünü değil, birçok sektörü ilgilendirmektedir (21). Sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesinde önemli olan bu sektörlere; psikoloji, sosyoloji, antropoloji, davranış bilimleri, pazarlama gibi örnekler verilebilir (22).

3.4. Kadın Sağlığı

Sağlık, varoluşun göreceli bir durumu olup çok boyutlu ve kişiye özgüdür. Kadın sağlığı, toplumların sosyal, siyasal, ekonomik, teknolojik gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgilidir (23). Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmalarının temelini oluşturmaktadır. Kadın fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik, doğum, menopoz gibi süreçler ve bu süreçlerin kendine özgü sorunları ve hastalıkları, kadın ve erkeğin sağlık gereksinimdeki farkların sebepleri olarak sayılabilir (24).

Kadın sağlığının hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olup olmaması ve bu durumu etkileyen faktörler yönünden incelenmesi ve tanımlanması gereklidir (1,4).

Kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha fazladır. Kadınlar daha uzun yaşadıkça, bu daha uzun yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastalık, sakatlık ve stres yaşadığı pek çok toplumda mevcut olan bir gerçektir ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır (25). Bu faktörler şöyle açıklanabilir;

Birincisi; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha yüksek morbidite oranlarının bir nedenidir. Sağlığın bozulması her iki cinsiyet için de yaşlanma sürecinin bir parçasıdır. Kadınlar hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır (25,26).

İkincisi; kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir. Yaşam süreci boyunca hem kadın hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Ancak kadının ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınlar üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşarlar ve bu duyarlılık üreme çağlarını oluşturan 15-49 yaş aralığında daha da artmaktadır (25,26).

Üçüncüsü ise; kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklar mevcuttur. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde “kadın” cinsiyeti yönünden olumsuzlukların boyutu daha da fazladır (4,25,26).

3.5. Kadın Sağlığının Dönemleri ve Karşılaşılan Riskler

Sağlık durumu biyolojik, sosyal ve kültürel faktörlerle sıkı ilişki içindedir. Bu faktörler kadınları ve erkekleri farklı etkiler. Kadının üreme fonksiyonu, düşük sosyoekonomik statü, korunmasız cinsel ilişki sonucu istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kadınlara erkeklere göre ek riskler yükler. Biyolojik ve sosyal faktörlerin kadınların sağlığı üzerinde yaşam boyunca birikici bir etkisi vardır. Bu nedenle kadınlar tüm yaşamları boyunca sağlıklarını bozabilecek nedenler açısından değerlendirilmelidir (27,28). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınların yaşam dönemlerinde cinsiyet nedenli maruz kaldıkları riskler mevcuttur (Tablo 2).

Tablo 2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadınların Cinsiyeti Nedeniyle Yaşamları Boyunca Karşılaştığı Riskler (29).

Yaşam Boyu Sağlık Sorunları	• Cinsiyet ayrımı • Cinsiyet Ayrımı • Mesleki Riskler • Çevresel Riskler • Depresyon
Bebeklik ve Çocukluk (0-9 yaş)	• Cinsiyet seçme • Genital sakatlama • Beslenmede cinsiyet ayrımı • Sağlık bakımında ayrımcılık
Ergenlik Dönemi (10-19 yaş)	• Erken yaşta gebelik • Düşük • CYBE, AIDS • Yetersiz beslenme • Artmış madde kullanımı
Reprodüktif Dönem (20-44 yaş)	• İstenmeyen gebelik • CYBE, AIDS • Düşük • Gebelik komplikasyonları • Malnütrisyon • Demir eksikliği anemisi
Postreprodüktif yıllar (45 yaş ve sonrası)	• Kardiyovasküler hastalıklar • Genital kanserler • Osteoporoz • Osteoartrit • Diyabet

Türkiye nüfusunun yaklaşık %38'ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş grubu, kadınların doğurgan çağları olması nedeniyle, sağlıklarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en çok tehdit altında bulunduğu dönemdir ve bu durum kadın sağlığına verilecek önemin boyutunu göstermektedir (30).

3.6. Kadın Sağlığı Belirleyicileri

Kadın sağlığını tanımada ve tanımlamada; anne ölüm hızı, perinatal bebek ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı, yaşa özel doğurganlık hızı, tamamlanmış doğurganlık hızı, toplam düşük hızı, isteyerek düşük hızı gibi birçok gösterge yol göstermektedir. Bunların yanında kadının toplumsal statüsü, bireysel davranışlar ve psikolojik faktörler, biyolojik faktörler, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler, beslenme durumu, sağlık hizmetlerinin kullanımı, eğitim, evlilik durumu, doğurganlık durumu, gebelik yaşı, gebelik sayısı, kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.) kadın sağlığının belirleyicisi olmaktadır (4). Kadın sağlığı belirleyicileri; kadının ailede ve toplumda yeri, kadının sağlık durumu, sağlık hizmetleri ile ilgili faktörlerin bileşkesi ile değerlendirilebilir (Tablo 3).

Tablo 3. Kadın Sağlığının Belirleyicisi Olan Faktörler (31)

Kadın Sağlığının Belirleyicisi Olan Faktörler	
Ailede ve Toplumda Kadının Yeri: • Eğitim, meslek, gelir, sosyal ve yasal özerklik • Toplumda ailenin yeri • Aile geliri, bulunulan yer, ailedeki diğer bireylerin eğitimi ve meslekleri • Toplam ekonomik düzey • Toplumun mevcut kaynakları Kadının Sağlık Durumu: • Beslenme durumu • Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon) • Geçmişte gebelik komplikasyonları ile öyküsü • Doğurganlık • Gebelikteki yaşı, gebelik sayısı • Evlilik durumu	Sağlık Hizmetleri İle İlgili Faktörler: • Sağlık hizmetlerinin varlığı, hizmetlerin yeri, temel sağlık hizmetlerinin (TSH), aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetler dahil veriliyor olması • Bu hizmetlerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği • TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin niteliği ve kabul edilebilirliği. • TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin kullanımı.

3.7. Kadınlarda Üreme Sağlığı

Kadınların üreme sağlığı; “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili olarak yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bütün bunlara ilişkin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” diye tanımlamaktadır (32).

"Üreme sağlığı" toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biridir. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development, ICPD) gibi pek çok uluslar arası toplantıda ve bilimsel çalışmada, sağlıklı, geleceği planlı ve refah düzeyi yüksek toplumların oluşmasında üreme sağlığının çok önemli olduğu vurgulanmıştır (33).

Kadınların üreme sağlığı sorunları doğumdan ölüme kadar geçen süre içinde yaşamın her döneminde kadının genel sağlık düzeyini etkileyebilecek nitelikte olup, kadının doğurganlığını gerçekleştirdiği cinsel olgunluk döneminde (15-49 yaş) yaşamını tehdit edici boyutlara ulaşabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaşlarındaki kadınların toplam hastalık yükünün 1/3'ünü,

sağlıksız gebelik ve doğum, düşük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme yolları enfeksiyonları gibi üreme sağlığına ilişkin sorunlar oluşturmaktadır (34).

3.8. Kadın Sağlığının Korunması

Türkiye’de kadın sağlığının iyileştirilmesi ve anne ölümlerinin önlenmesine yönelik yapılması gerekenler “anne ölümlerinin önlenmesinde temel strateji “Güvenli Annelik” yaklaşımının uygulanması olmalıdır” şeklinde özetlenir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1987 yılından beri tanımlanarak uygulanması gereken bu yaklaşımda;

- Toplumda kadın-erkek eşitliğinin sağlanması,
- Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı ile riskli gebeliklerin önlenmesi,
- Hizmetlerin nitelikli olarak verilmesi,
- Sevk zincirinin varlığı,
- Obstetrik müdahalelerde standartların ve protokollerin olması, uygulanması,
- Kadın sağlığında bütüncül yaklaşım,
- Kadının güçlendirilmesi,
- Kadın sağlığının iyileştirilmesi

kavramları toplumsal ve politik zorunluluk olarak yer almaktadır (31).

Kahire Dünya Nüfus Kalkınma Konferansı’nda (1994) alınan kararlar ve Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı’nda (1995) yer alan öneriler doğrultusunda “Geleneksel Anne Sağlığı” yaklaşımı, kadını tüm yaşamı boyunca ele alan daha kapsamlı “Kadın Sağlığı” yaklaşımına dönüştürülmüştür. Bu anlayışla, ülkemizde de Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü

kuruluşlar, özel sektör ve sendikaların katılımı ile 1998 yılında tamamlanan bir çalışma sonucunda “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Eylem Planı” hazırlanmış ve 2006 yılında uygulamaya girmiştir (31).

Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda kabul edilen eylem planında üreme sağlığı konusunun yanı sıra, kadınların ekonomik büyüme ve sürdürülebilir kalkınmaya etkili bir biçimde katkıda bulunabilmeleri için çalışma yaşamına katılmalarındaki engellerin ortadan kaldırılması, karar verici ve uygulayıcı kademelerde yer almalarının sağlanması vurgulanmıştır. Ayrıca kadınların eğitime, yasal ve ekonomik haklarına, aile planlaması ve cinsel sağlık dahil üreme sağlığının her alanına yatırım yapılmasına, izlenmesi ve değerlendirilmesine karar verilmiştir. Cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi, Konferans'ta ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır. Kadınların üretim, iş, gelir getirici etkinlikler, eğitim, sağlık, bilim ve teknoloji, spor, kültür, nüfusla ilgili faaliyetler ve diğer alanlarda karar verici, katılımcı ve yararlanıcı olarak katılmalarını sağlamak amaçlanmıştır (35).

3.9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008’e Göre Kadın Sağlığı ve Statüsü

TNSA 2008 sonuçlarına göre; Türkiye’de toplam doğurganlık hızının 2.15 doğum düzeyinde olduğu ve kadınların halen erken yaşlarda çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar, tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır (36).

TNSA-2008'e göre; 20'li yaşlarda olan kadınların, canlı olarak doğurdukları ortalama çocuk sayısı yaklaşık 1'dir. Ortalama çocuk sayısı 30'lu yaşlardaki kadınlarda 2-3 iken, doğurganlık çağının sonlarında (45-49 yaş grubu) 4 çocuğa yaklaşmaktadır (36).

Türkiye'de son beş yılda meydana gelen doğumların yaklaşık %90'ı sağlık kurumlarında, %10'u ise evde gerçekleşmektedir. Evde gerçekleşen doğumların oranı, kırsal yerleşim yerlerinde %20'ye, Doğu'da %27'ye, eğitimsiz anneler arasında %28'e, altı ve daha fazla çocuğu olan anneler arasında ise %38'e yükselmektedir (36).

TNSA-2008 sonuçlarında; kadınların %18'inin okul bitirmemiş ve okuryazar değil, %21'inin lise ve üzeri okullardan mezun olduğu, %61'inin ise ilköğretim birinci ve ikinci kademedan mezun oldukları bildirilmiştir. Kadınların %51'i hizmet sektöründe çalışırken, %69'unun herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır. 15-49 yaş halen evli olanların oranı %69.1'den %65.2'ye azalmıştır. Beden kitle endekslerine göre kadınların %58.4 kilolu ve şişman, %1.6'sı ise zayıftır. Üreme sağlığının önemli olduğu 15-49 yaş dönemindeki birçok kadında TNSA-2008'de açıklandığı gibi, üreme sağlığı olumsuzluklarının yanında demografik verilerde de sağlıklarını etkileyebilecek sonuçlar görülmüştür. 15-49 yaş arası tüm evlenmiş kadınların; %22'sinin sürekli olarak veya nadiren sigara içtikleri, %15.6'sının hanehalkı refah düzeyinin en düşük olduğu bildirilmiştir (36).

Türkiye'de kadının statüsü, yaşama dayalı, psiko-sosyal ve birbiriyle iç içe geçmiş pek çok faktörden etkilenmektedir ve bir anda geliştirilmesi oldukça zordur. Kadının statüsü erkeğin statüsü ile karşılaştırıldığında toplumun sosyal

adalet düzeyi ortaya çıkmaktadır. Kadının genel sağlık durumu toplum içindeki statüsü ile yakından ilgilidir. Kadının sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik müdahale programlarında, kadının toplumsal cinsiyeti nedeni ile sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve tüm bunların temelini oluşturan sosyo-kültürel geleneklerle de mücadele etmek gerekmektedir (31).

3.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (37). Pender'e göre ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı, bireyin sosyo-ekonomik durumu, eğitimi, spor yapma alışkanlığı, beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörler, özellikle stres faktörleri ile baş etme becerileridir (17).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun olumlu davranışları seçebilmesi ile gerçekleşir (13).

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Bireyler karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarında veya değer yargıları edindikleri bilgi davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığında sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler (38-40).

DSÖ'nün raporunda; dengesiz beslenme, güvenli olmayan cinsel ilişki, tansiyon, sigara, alkollü içki, kirli ve kötü hava koşulları, demir eksikliği, kapalı ortamda dumana maruz kalma, yüksek kolesterol ve aşırı şişmanlık sağlığa zararlı

10 etken olarak belirtilmiştir. DSÖ'ye göre dünya genelinde yılda 56 milyon ölümün üçte birinden fazlası bu 10 etkenden kaynaklanmaktadır (41).

Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdır (42). Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın kazanılması gereklidir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilir. Bu davranışlar; olumlu yönde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stresle baş etme davranışlarının bir bileşkesidir (43,44).

3.10.1. Beslenme Alışkanlığı

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir (45). Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılmakta ve sosyo-kültürel yapıdan, ekonomik düzeyden, emosyonel durumdan etkilenmektedir (46).

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme ile yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirlemektedir ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir (3).

3.10.2. 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 (17).

Bu kavramı ilk olarak kullanan Maslow sağlıklı bir kişiliğin gelişebilmesi için gerekli olan gereksinimlerden meydana gelen, piramit biçiminde bir gereksinimler hiyerarşisi ortaya koymuştur. Bu gereksinimlerin en tepesinde kendini gerçekleştirme bulunmaktadır. Ancak kişinin kendini gerçekleştirmek için güdülenebilmesi, daha alt basamaklarda yer alan fizyolojik, güvenlik, ait olma ve saygınlık sağlama ile ilgili temel gereksinimlerinin yeterince doyum sağlaması gerekir (47).

Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanımakta, güçlü ve zayıf yönlerini bilmekte, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürmekte, başarılarının farkına varmaktadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini göstermektedir (48).

3.10.3. 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 (49-51).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,

- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırmayı, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenmektedir (49).

3.10.4. Egzersiz Alışkanlığı

Egzersiz alışkanlığı; ulaşım sırasında (bisiklete binmek ve yürümek gibi), işte (masa başında yapılan egzersiz), ev ile ilgili faaliyetler ile uğraşırken (bahçe ile uğraşmak gibi), spor yaparken (yürüyüş, yüzme, futbol oynama ve dans gibi) gerçekleştirilen faaliyetler şeklinde tanımlanmıştır (52).

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 de gerekmektedir (53).

Egzersiz, kişinin kendini sağlıklı hissetmesini ve fonksiyonel kapasitesini artırarak, kronik hastalık risklerini azaltıp sağlıkla ilgili birçok yararı beraberinde getirmektedir (54).

3.10.5. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve bu iletişimin süreklilik düzeyini belirlemektedir (3).

Kişilerarası destek, bireysel olarak mutlu ve başarılı olabilmek için her olanağa kavuşma, yaşamda mutlu olma, diğer aile bireyleri ile bağlı ve yakın hissetme anlamına gelmektedir. Bireylerin; kendilerine, diğer insanlara ve genel olarak yaşama ilişkin düşüncelerini ve değerlendirmelerini içerir. Burada amaç, bireylerin yaşamdan duydukları tatmini, hoşnut olunan ve hoşnut olunmayan duygu deneyimlerini ortaya koymaktır. Diğer bir deyişle, yaşam tatmini, yaşamı nitelendirme, yaşamı değerlendirme, yaşamdaki hoş etkiler ve hoş olmayan etkilerin kişilerarasında bir bağ oluşturmaktır. Hoş etki (pozitif etki); mutluluk, memnuniyet, dünyanın merkezinde olma, sevinç, neşe, sevgi, övünme gibi olumlu duyguları, hoş olmayan etki (negatif etki) ise; utanma, suçluluk, üzüntü, öfke, endişe, vesvese, yalnızlık ve depresif olma gibi olumsuz duyguları içermektedir (54).

3.10.6. Stres Yönetimi

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemektedir (3).

Stres hem uyarıcı, hem davranım, hem de bu ikisi arasındaki etkileşimi içeren bir kavramdır (55). Stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsuz bir davranış olup, bireyin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansıması sonucu ortaya çıkmaktadır (56).

Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireylerin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon kabiliyetlerini

belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir (57,58). Stresle baş etme yöntemleri arasında etkili olabilecek yöntemlerin yanında etkisiz yöntemler de varlığını sürdürmekte ve kullanılabilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Stresle Baş etme Yolları (59)

Etkili Yöntemler	Etkisiz Yöntemler
Bedene Yönelik Olanlar * Fizik egzersiz * Nefes alma egzersizi * Meditasyon * Biyofeed-back * Doğru beslenme Duygulara Yönelik Olanlar *Olumlu düşünme *Duyguları paylaşma Davranışlara Yönelik Olanlar *Zamanı iyi kullanma * Sosyal destek sistemleri geliştirmek * Etkili iletişim becerileri geliştirmek * Etkili problem çözme * Stres yaratacak bir durumu tahmin edilebilme	Bedene Yönelik Olanlar *İlaç, alkol, sigara bağımlılığı * Kötü beslenme Duygulara Yönelik Olanlar *Psikolojik savunma mekanizmaların aşırılığı * Bilişsel çarpıtmalar Davranışlara Yönelik Olanlar *İçe kapanma * Saldırganlık * Kaçma davranışları

3.11.Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Kadın sağlığı incelenirken, DSÖ'nün 1948'lerde yaptığı, halen bütün dünyanın kabul ettiği “sağlık” tanımı göz önünde bulundurularak, hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olup olmaması ve bütün bu “tam iyilik durumlarını” etkileyen faktörler yönünden düşünülmektedir incelenmesi ve tanımlanması gerekir. Buna göre kadınların bir enfeksiyona yakalanması kadar, onun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi veya sosyal bazı imkânların kullanılmasında etkili olan “toplumsal cinsiyet” ayrımcılığı da kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları içerisinde irdelenmelidir (4).

15-49 yaş grubu kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, genel nüfusun sağlık düzeyinin yükselmesine önemli katkı sağlayacaktır (60). Doğurgan çağ olarak kabul edilen bu dönemde kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları doğrudan kendisi için olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir (26,61).

Kadınların erişkinlik dönemlerindeki sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar daha sonraki yaşam tarzıyla ilgili hastalıkların oluşma riskini artırır. Bu nedenle, kadınların sağlıklı yaşam tarzı aktivitelerini düzenlemek maksadıyla, yaşam biçimindeki bazı düzenlemeler ile hastalıkların pek çoğu önlenabilmektedir. Sigara içilmemesi, şişmanlıktan kaçınılması, her gün fiziksel aktivite yapılması, diyetle hayvansal gıdaların sınırlandırılması, günde 5 porsiyon sebze ve meyve çeşitlerinden tüketilmesi, alkol tüketiminin azaltılması hastalıkların oluşumunu önlemek ve sağlıklı yaşam tarzının oluşturulmasında oldukça önemli yer almaktadır (62).

Kadınlar, toplumun genelinin yaşadığı sağlık başta olmak üzere her alandaki sorunları yaşamalarının yanı sıra, “kadın” olmalarından dolayı cinsiyete bağlı olarak da fazladan sosyal olumsuzluklarla ve sağlık yükleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. En çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok öldüren ve en çok ekonomik kayba neden olan sağlık sorunları toplum için en önemli sağlık sorunlarıdır. Kadınların yaşamında, üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı 15-49 yaş dönemi, en önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşılacak ve toplumsal baskının aktif olarak yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemin zorlukları karşısında kadının göstermiş olduğu sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar daha sonraki yaşam tarzıyla ilgili hastalıkların oluşmasını riskini artırmaktadır. Sağlıklı

olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık kurum ve kuruluşlarının temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Çünkü sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi önemlidir.

Kadın sağlığının geliştirilmesi; sağlığı olumsuz yönde etkileyecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit edilmesi, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarıyla yer değiştirmesinde etkili olabilir. Bu nedenle kadınların sağlık davranışları incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu araştırma, Tunceli Kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlık, sosyal, demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadın nüfus (6511 kişi) oluşturmuştur. %95 güvenirlik aralığında %4 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı aşağıda verilen formülizasyon ile 540 olarak hesaplanmıştır.

Olayın görülüş sıklığı incelenecek ise; evrendeki birey sayısı biliniyorsa örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için $n = Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$ formülü kullanılır (63). Bu formülde (çalışmada kullanılan değerler parentez içinde verilmiştir);

N: Evrendeki birey sayısı (6511)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (540)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (%57=0.57) (literatür taraması ile normal kilolu ve kronik hastalığı olmayan kadınların ortalaması sağlıklı olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı) (%43=0.43)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapmayı (%4=0.04) göstermektedir.

Bu çalışmada örnekleme alınacak kişiler; Tunceli kent merkezinde bulunan 9 aile hekimliği biriminde mevcut kayıtlardan sistematik örneklem ile seçilmiştir. Her aile hekimliği bölgesi nüfusu oranında örnekleme temsil edilmiştir.

Çalışma grubuna dahil edilme kriteri 15-49 yaş kadın olmaktır.

Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise;

- Kooperasyon sağlanamayacak derecede bir bedensel hastalığı olmak
- İletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak
- Üç kez gidildiği halde ulaşılamamak
- Görüşmeyi kabul etmemektir.

Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler değerlendirilerek hazırlanan bir anket ile toplanmıştır (Ek-1). Anketin uygulanması gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Sorulara doğru ve kesin yanıtlar alınması açısından katılımcıların ad ve soyadları alınmamıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların 511'ine ulaşılmış, böylece cevaplılık oranı %94.6 olmuştur. Ulaşılamayanlar; araştırmanın yapıldığı tarihlerde üç kez gidilmesine karşı evde bulunamamış (14 kişi) ya da anket uygulaması için ikna edilememiştir (15 kişi).

Uygulanan anket iki bölümden oluşmuştur. Anketin birinci bölümünde kadınların sağlık, sosyal ve demografik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülen bazı faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili sorular yer almıştır. İkinci bölümü ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) oluşturmaktadır. SYBDÖ; 1987'de Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (64). Esin tarafından ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (65).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin kişilerarası destek, beslenme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme

olmak üzere 6 alt boyutu vardır (Tablo 5). Ölçek toplam 48 sorudan oluşmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde “hiçbir zaman” 1, “bazen” 2, “sık sık” 3, “düzenli olarak” yanıtına 4 puan verilmiştir. Ölçeğin en küçük puanı 48, en yüksek puanı 192’dir. Ölçekteki sorular, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığını geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (65).

Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Grupları (65)

Alt Ölçekler	Soru Sırası	Soru Sayısı	Puan Aralığı
Beslenme Alışkanlığı	1-6	6	6-24
Kendini Gerçekleştirme	7-19	13	13-52
Sağlık Sorumluluğu	20-29	10	10-40
Egzersiz Alışkanlığı	30-34	5	5-20
Kişilerarası Destek	35-41	7	7-28
Stres Yönetimi	42-48	7	7-28
Toplam	1-48	48	48-192

- Beslenme Alışkanlığı: Kişinin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
- Kendini Gerçekleştirme: Kişinin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini, kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
- Sağlık Sorumluluğu: Kişinin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk seviyesini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- Egzersiz Alışkanlığı: Kişi tarafından ne seviyede uygulandığını göstermektedir.

- Kişilerarası Destek: Kişinin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik seviyesini belirler.

-Stres Yönetimi: Kişinin stres kaynaklarını tanıma seviyesini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (65).

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsanlar Üzerinde Yapılacak Araştırmalar Etik Kurulu ve Tunceli Sağlık İl Müdürlüğü'nden gerekli izinler (Ek-2, Ek-3) alındıktan sonra araştırmanın saha çalışması 15 Eylül 2010- 4 Mart 2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort.±SS), $P<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 32.52 ± 8.72 (min:16, max:49 yaş) olup, kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları (n=511)		
35 yaş ve altı	320	62.6
35 yaş üzeri	191	37.4
Medeni Durum (n=511)		
Evli	372	72.8
Bekar	124	24.3
Dul/Boşanmış	15	2.9
Eğitim Durumu (n=511)		
İlköğretim mezunu ve altı	233	45.6
Lise mezunu ve üzeri	278	54.4
Eşinin Eğitim Durumu* (n=372)		
İlköğretim mezunu ve altı	142	38.2
Lise mezunu ve üzeri	230	61.8
Sosyal Güvence Durumu (n=511)		
Var	489	95.7
Yok	22	4.3

*Bekârlar ve dul/boşanmış olanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların ifadelerine göre aile bütçesine bir ayda gelen aylık gelir miktarı ortalaması 1227.94 ± 877.87 TL (min:20 TL, max:6000 TL), kişi başına düşen aylık gelir miktarı 360.85 ± 366.73 TL (min:6 TL, max:2500 TL) bulunmuştur. Kadınların gelir durumlarına göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Kadınların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu (n=485)*	Sayı	%
650 TL ve altı	144	29.7
651-1500 TL	225	46.4
1500 TL üzeri	116	23.9

*Yanıtsızlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %76.7'si (n=392) ev hanımı olduğunu, %22.7'si (n=116) gelir getirici herhangi bir işte çalıştıklarını, %0.6'si (n=3) ise emekli olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya alınan evli kadınların %76.6'sı (n=285) eşlerinin gelir getirici herhangi bir işte çalıştıklarını, %15.3'ü (n=57) eşlerinin çalışmadıklarını, %8.1'i (n=30) ise eşlerinin emekli olduklarını belirtmişlerdir. Kadınların sosyal yaşam durumları ile ilgili özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Kadınların Sosyal Yaşam Durumları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyal Yaşam Özellikleri (n=511)	Sayı	%
Ailede Kararlara Katılma Durumu		
Katılıyorum	324	63.4
Kısmen katılıyorum	136	26.6
Katılmıyorum	51	10.0
Kuması Olma Durumu		
Var	9	1.8
Yok	502	98.2
Ailesinde Bakıma Muhtaç Birey Olma Durumu		
Var	228	44.6
Yok	283	55.4
Bulunduğu Yere Göç İle Gelme Durumu		
Göç İle Gelen	221	43.2
Göç İle Gelmeyen	290	56.8

Bulundukları Tunceli iline göç ile gelen kadınların (n=221) %48.4'ü Türkiye'nin herhangi bir ilinden, %18.1'i herhangi bir ilçesinden, %33.5 ise herhangi bir köyünden geldiklerini ifade etmişlerdir. Göç ile gelen kadınların göç etme nedenleri Tablo 9'da belirtilmiştir.

Tablo 9. Kadınların Göç Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Göç Etme Nedenleri (n=221)*	Sayı	%
Geçim Sıkıntısı	79	35.7
Tayin	49	22.2
Terör	37	16.7
Eğitim	28	12.7
Evlilik	20	9.0
Emeklilik	5	2.3
Sağlık	3	1.4

*Göç ile gelmeyen kadınlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özellikleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Kadınların Yaşadıkları Konut Özelliklerine Göre Dağılımı

Konut Özellikleri (n=511)	Sayı	%
Bina Özelliği		
Betonarme	356	69.7
Yığma Bina	76	14.9
Ahşap/Kerpiç Bina	79	15.5
Kullanılan Su		
Şebeke Suyu	459	89.8
Kuyu Suyu	25	4.9
Taşıma (Çeşme) Suyu	27	5.3
Oda Sayısı		
1-2 Oda	163	31.9
3 Oda	245	47.9
4 Oda ve üzeri	103	20.2
Birlikte Yaşanılan Kişi Sayısı		
4 kişi ve altı	314	61.4
5 kişi ve üzeri	197	38.6
Banyo Bulunması Durumu		
Var	481	94.1
Yok	30	5.9
Tuvalet Bulunması Durumu		
İçeride	447	87.5
Dışarıda	64	12.5

Araştırma kapsamına alınan kadınların %35.6'sı (n=182) halen günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiğini, %46.0'ı (n=235) değişik sıklıkta alkollü içki kullandığını belirtmiştir.

Kadınların %43.2'si (n=221) yaşamları boyunca, %24.7'si (n=126) ise son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldıklarını ifade

etmişlerdir. Kadınların maruz kaldıklarını bildirdikleri şiddet türleri Tablo 11 ve Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Kadınların Yaşam Boyu Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerine Göre Dağılımı

Yaşam Boyu Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri (n=221)*	Sayı	%
Fiziksel Şiddet	153	29.9
Sözel Şiddet	192	37.6
Sarkıntılık/Taciz	10	2.0
Cinsel İlişkiye Zorlanma	13	2.5

*Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdelere araştırma grubunun tümü üzerinden alınmıştır.

Tablo 12. Kadınların Son Bir Yılda Maruz Kaldıkları Şiddet Türlerine Göre Dağılımı

Son Bir Yılda Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri (n=126)*	Sayı	%
Fiziksel Şiddet	70	13.7
Sözel Şiddet	110	21.5
Ekonomik Şiddet	12	2.3
Sarkıntılık/Taciz	7	1.4
Cinsel İlişkiye Zorlanma	11	2.2

* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdelere araştırma grubunun tümü üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 20.54±3.78 (min:12, max:35) olup, üreme sağlığı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 13’te belirtilmiştir.

Tablo 13. Kadınların Üreme Sağlığı İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Üreme Sağlığına İlişkin Özellikler*	Sayı	%
İlk Evlilik Yaşı (n=387)		
18 yaş ve altı	139	35.9
18 yaş üzeri	248	64.1
Gebelik Sayısı (n=343)		
3 ve altı gebelik	234	68.2
4 ve üzeri gebelik	109	31.8
İlk Gebelik Yaşı (n=343)		
18 yaş ve altı	88	25.7
18 yaş ve üzeri	255	74.3
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=332)		
3 ve altı çocuk	274	82.5
3 üzeri çocuk	58	17.5
Son Doğum Yapılan Yer (n=336)		
Evde	31	9.2
Hastanede	305	90.8

*Bekârlar, hiç gebe olmayan evli kadınlar ve yaşayan çocuğu olmayanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların %65.2'si (n=333) son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık problemi nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %71.8'i (n=367) de sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların kendi sağlık durumları ile ilgili değerlendirmeleri ve davranışsal özellikleri Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Kadınların Kendi Sağlık Durumları İle ilgili Değerlendirmeleri ve Davranışsal Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlık Durumları Değerlendirmeleri ve Davranışsal Özellikler (n=511)	Sayı	%
Kendi Sağlık Durumlarını Algılama		
İyi	181	35.4
Orta	254	49.7
Kötü	76	14.9
Sağlığının Kötüye Gitme Durumunda Davranışı		
Sağlık Kuruluşuna Giderim	342	66.9
Evde Önlem Alırım	169	33.1
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu		
Yaptırırım	140	27.4
Yaptırmam	371	72.6
Son Bir Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu		
Başvurdum	333	65.2
Başvurmadım	178	34.8
Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu		
Kolayca ulaşabiliyorum	367	71.8
Kolayca ulaşamıyorum	144	28.2
Kronik Hastalık		
Var	135	26.4
Yok	376	73.6
Ruhsal Hastalık		
Var	54	10.6
Yok	457	89.4

Araştırma kapsamındaki kadınların %26.0'ı (n=133) düzenli egzersiz yaptığını, %74.0'ı (n=378) ise egzersiz yapmadığını ya da bunun düzenli olmadığını ifade etmişlerdir.

Kadınların beslenme alışkanlıklarına ilişkin bazı özellikleri Tablo 15'te belirtilmiştir.

Tablo 15. Kadınların Bazı Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı

Beslenme Özellikleri (n=511)	Sayı	%
Öğün Sayısı		
3 öğünden az	111	21.7
3 öğün	299	58.5
3 öğünden fazla	101	19.8
Düzenli Beslenme Durumu		
Her zaman	153	29.9
Hiçbir zaman	163	31.9
Her zaman değil	195	38.2

Kadınların %48.1'i (n=246) kendilerine dinlenme için özel bir zaman ayırabildiklerini, %51.9'u (n=265) ise böyle bir zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların beden kitle indeksleri (BKİ) ortalaması 24.21 ± 4.25 (min:15.47, max:40.00) olup, ortalama boy uzunlukları 164.22 ± 6.36 cm (min:140 cm, max:184 cm) ve ortalama vücut ağırlıkları 65.21 ± 11.38 kg (min:40 kg, max:110 kg) olarak saptanmıştır. Kadınların BKİ'lerine göre dağılımları Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Kadınların BKİ'lerine Göre Dağılımları

BKİ (n=511)*	Sayı	%
18.5 altı (zayıf)	27	5.3
18.5-24.9 (normal)	279	54.6
25.0-29.9 (şişman)	156	30.5
30.0-39.9 (obez)	49	9.6

* Kadınların kilo ve boy ölçümleri kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların SYBDÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Kadınların SYBDÖ Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Sıra No	GÖRÜŞLER	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
1	Sabahları kahvaltı ederim.	14 (2.7)	123 (24.1)	125 (24.5)	249 (48.7)
2	Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	108 (21.2)	199 (38.9)	94 (18.4)	110 (21.5)
3	Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	33 (6.5)	155 (30.3)	128 (25.0)	195 (38.2)
4	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	99 (19.4)	175 (34.2)	76 (14.9)	161 (31.5)
5	Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.	62 (12.1)	161 (31.6)	153 (29.9)	135 (26.4)
6	Her gün dört besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	203 (39.7)	192 (37.6)	63 (12.3)	53 (10.4)
7	Kendimi beğenirim.	54 (10.6)	173 (33.9)	146 (28.5)	138 (27.0)
8	Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.	46 (9.0)	151 (29.5)	177 (34.7)	137 (26.8)
9	Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.	24 (4.7)	140 (27.4)	165 (32.3)	182 (35.6)
10	Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	54 (10.6)	184 (36.0)	152 (29.7)	121 (23.7)
11	Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	32 (6.3)	124 (24.3)	158 (30.8)	197 (38.6)
12	Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.	57 (11.2)	166 (32.5)	151 (29.5)	137 (26.8)
13	Geleceğe ümitle bakarım.	49 (9.6)	150 (29.4)	161 (31.5)	151 (29.5)
14	Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.	18 (3.5)	106 (20.7)	164 (32.2)	223 (43.6)
15	Kendi başarılarımla övünürüm.	71 (13.9)	190 (37.2)	111 (21.7)	139 (27.2)
16	Her günü ilginç, mücadeleye değer bulurum.	118 (23.1)	232 (45.4)	74 (14.5)	87 (17.0)
17	Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.	163 (31.9)	186 (36.4)	77 (15.1)	85 (16.6)
18	Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.	69 (13.5)	137 (26.8)	153 (29.9)	152 (29.8)
19	Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	54 (10.6)	138 (27.0)	136 (26.6)	183 (35.8)
20	Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	57 (11.2)	170 (33.2)	95 (18.6)	189 (37.0)
21	Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucunun ne anlama geldiğini bilirim.	215 (42.1)	137 (26.8)	64 (12.5)	95 (18.6)
22	Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	200 (39.1)	213 (41.7)	52 (10.2)	46 (9.0)
23	Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	88 (17.2)	192 (37.6)	117 (22.9)	114 (22.3)

Tablo 17 (Devamı). Kadınların SYBDÖ Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

24	Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	137 (26.8)	179 (35.0)	93 (18.2)	102 (20.0)
25	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucunun ne anlama geldiğini bilirim.	126 (24.6)	149 (29.2)	118 (23.1)	118 (23.1)
26	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.	291 (56.9)	147 (28.9)	37 (7.2)	36 (7.0)
27	Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	172 (33.7)	178 (34.8)	79 (15.5)	82 (16.0)
28	Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	173 (33.9)	174 (34.1)	83 (16.2)	81 (15.8)
29	Sağlığımla ilgilendirilen konularda yapılan eğitici programlara katılırım.	321 (62.8)	126 (24.7)	29 (5.7)	35 (6.8)
30	Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.	220 (43.1)	184 (36.0)	61 (11.9)	46 (9.0)
31	Haftada en az üç kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.	332 (65.0)	118 (23.1)	34 (6.6)	27 (5.3)
32	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.	402 (78.6)	76 (14.9)	11 (2.2)	22 (4.3)
33	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	363 (71.0)	97 (19.0)	24 (4.7)	27 (5.3)
34	Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.	223 (43.6)	176 (34.4)	80 (15.7)	32 (6.3)
35	Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.	52 (10.2)	155 (30.3)	164 (32.1)	140 (27.4)
36	Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.	31 (6.1)	88 (17.2)	193 (37.8)	199 (38.9)
37	Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve dokunmalarından hoşlanırım.	130 (25.4)	199 (38.9)	86 (16.8)	96 (18.9)
38	İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.	22 (4.3)	94 (18.4)	187 (36.6)	208 (40.7)
39	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.	26 (5.1)	105 (20.6)	203 (39.7)	177 (34.6)
40	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	29 (5.7)	135 (26.4)	175 (34.2)	172 (33.7)
41	Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	111 (21.7)	194 (38.0)	99 (19.4)	107 (20.9)
42	Her gün rahatlamak için kendime zaman ayırırım.	106 (20.8)	229 (44.8)	89 (17.4)	87 (17.0)
43	Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	66 (12.9)	133 (26.1)	137 (26.8)	175 (34.2)
44	Her gün rahatlamak ve gevşemek için kendime 15-20 dk. zaman ayırırım.	131 (25.7)	202 (39.5)	90 (17.6)	88 (17.2)
45	Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim.	246 (48.1)	179 (35.0)	52 (10.2)	34 (6.7)
46	Yatarken mutlu, hoş düşüncelerle yoğunlaşıyorum.	110 (21.5)	196 (38.4)	105 (20.5)	100 (19.6)
47	Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.	79 (15.5)	173 (33.9)	149 (29.2)	110 (21.4)
48	Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.	119 (23.3)	216 (42.3)	89 (17.4)	87 (17.0)

Araştırma kapsamına alınan kadınların SYBDÖ genel ortalaması 116.95±23.04 (min:48, max:192) olarak saptanmıştır. Kadınların SYBDÖ alt bileşenlerine ait puan ortalamaları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Kadınların SYBDÖ Alt Bileşenlerine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ Alt Bileşenleri	Puan Ort.±SS	Min-Max
Beslenme Alışkanlığı	15.76±3.99	6-24
Kendini Gerçekleştirme	35.58±7.95	13-52
Sağlık Sorumluluğu	21.53±6.62	10-40
Egzersiz Alışkanlığı	8.00±3.10	5-20
Kişilerarası Destek	19.68±4.32	7-28
Stres Yönetimi	16.37±4.61	7-28

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre SYBDÖ toplamı ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Kadınların Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Yaş grupları		P Değeri
	35 yaş ve altı (n=320) Ort±SS	35 yaş üzeri (n=191) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	117.81±21.93	115.51±24.79	t=1.058 P=0.291
Beslenme Alışkanlığı	15.68±3.82	15.91±4.27	t=-0.625 P=0.532
Kendini Gerçekleştirme	36.08±7.51	34.76±8.60	t=1.753 P=0.080
Sağlık Sorumluluğu	21.74±6.48	21.18±6.87	t=0.906 P=0.365
Egzersiz Alışkanlığı	8.14±3.04	7.75±3.19	t=1.339 P=0.181
Kişilerarası Destek	19.64±4.29	19.75±4.39	t=-0.284 P=0.776
Stres Yönetimi	16.52±4.70	16.13±4.46	t=0.934 P=0.351

Kadınların medeni durumlarına göre SYBDÖ toplamı ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Kadınların Medeni Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Medeni Durumları			P Değeri
	Evli (n=372) Ort±SS	Bekar (n=124) Ort±SS	Dul/Boşanmış (n=15) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	116.40±23.94	118.46±20.07	117.93±24.21	F=0.384 P=0.681
Beslenme Alışkanlığı	16.00±4.08	15.01±3.58	16.06±4.30	F=2.932 P=0.054
Kendini Gerçekleştirme	35.26±8.04	36.39±7.60	37.06±8.58	F=1.212 P=0.298
Sağlık Sorumluluğu	21.77±6.80	21.02±6.01	19.60±7.04	F=1.262 P=0.284
Egzersiz Alışkanlığı	7.77±3.04*	8.75±3.14*	7.26±3.43	F=5.160 P=0.006
Kişilerarası Destek	19.59±4.31	19.85±4.39	20.40±4.22	F=0.377 P=0.686
Stres Yönetimi	15.98±4.55*	17.41±4.65*	17.53±4.58	F=5.039 P=0.007

*Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Kadınların eğitim durumlarına göre SYBDÖ toplamı ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Eğitim Durumları		P Değeri
	İlköğretim mezunu ve altı (n=233) Ort±SS	Lise mezunu ve üzeri (n=278) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	110.94±22.37	121.98±22.42	t=-5.547 P=0.0001
Beslenme Alışkanlığı	15.05±3.93	16.36±3.95	t=-3.744 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	33.90±8.07	37.00±7.58	t=-4.445 P=0.0001
Sağlık Sorumluluğu	19.66±6.32	23.09±6.47	t=-6.040 P=0.0001
Egzersiz Alışkanlığı	7.37±2.79	8.52±3.25	t=-4.273 P=0.0001
Kişilerarası Destek	19.26±4.20	20.03±4.40	t=-2.008 P=0.045
Stres Yönetimi	15.68±4.48	16.96±6	t=-3.163 P=0.002

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre kendilerinin SYBDÖ toplamı ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=372)	Eşlerinin Eğitim Durumları		P Değeri
	İlköğretim mezunu ve altı (n=142) Ort±SS	Lise mezunu ve üzeri (n=230) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	108.74±23.24	121.13±23.18	t=-5.001 P=0.0001
Beslenme Alışkanlığı	14.81±4.24	16.74±3.81	t=-4.417 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	33.17±8.09	36.54±7.75	t=-3.966 P=0.0001
Sağlık Sorumluluğu	19.39±6.16	23.25±6.77	t=-5.648 P=0.0001
Egzersiz Alışkanlığı	7.13±2.67	8.17±3.18	t=-3.380 P=0.001
Kişilerarası Destek	19.16±4.35	19.86±4.27	t=-1.523 P=0.127
Stres Yönetimi	15.06±4.56	16.55±4.46	t=-3.092 P=0.002

Kadınların sosyal güvence durumuna göre SYBDÖ toplamı ile SYBDÖ alt gruplarından kişilerarası destek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Kadınların Sosyal Güvence Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile Kişilerarası Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Sosyal Güvence Durumu		P Değeri
	Olan (n=489) Ort±SS	Olmayan (n=22) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	117.40±23.06	106.81±20.54	t=2.352 P=0.027
Kişilerarası Destek	19.75±4.29	18.18±4.88	t=1.480 P=0.153

Kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumuna göre SYBDÖ toplamı ile SYBDÖ alt gruplarından egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 24. Kadınların Çalışma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile Egzersiz Alışkanlığı ve Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Çalışma Durumu		P Değeri
	Çalışan (n=119)* Ort±SS	Çalışmayan (n=392) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	126.08±23.89	114.18±22.08	t=4.843 P=0.0001
Egzersiz Alışkanlığı	8.90±3.61	7.72±2.87	t=3.267 P=0.001
Stres Yönetimi	17.36±4.57	16.07±4.59	t=2.693 P=0.008

* Emekliler (3 kişi) çalışan grubuna dâhil edilmiştir.

Kadınların aylık gelir durumuna göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının dağılımı Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Kadınların Aylık Gelir Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile Kendini Gerçekleştirme Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=485)	Gelir Durumları			P Değeri
	650 TL ve altı (n=144) Ort±SS	651-1500 TL (n=225) Ort±SS	1500 TL üzeri (n=116) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	108.61±22.39*	115.86±21.63*	131.54±20.45*	F=37.366, P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	33.45±8.14*	35.49±7.96*	39.04±6.96*	F=16.719, P=0.0001

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Kadınların bulunduğu yere göç ile gelme durumlarına göre SYBDÖ toplamı ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. Kadınların Bulunduğu Yere Göç İle Gelme Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Bulunduğu Yere Göç İle Gelme Durumu		P Değeri
	Göç İle Gelen (n=221) Ort±SS	Göç İle Gelmeyen (n=290) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	113.63±22.99	119.48±22.80	t=-2.859 P=0.004
Beslenme Alışkanlığı	15.14±4.19	16.24±3.77	t=-3.089 P=0.002
Kendini Gerçekleştirme	34.53±7.81	36.38±7.98	t=-2.628 P=0.009
Sağlık Sorumluluğu	20.90±6.58	22.01±6.63	t=-1.874 P=0.062
Egzersiz Alışkanlığı	7.73±2.94	8.20±3.21	t=-1.691 P=0.091
Kişilerarası Destek	19.45±4.19	19.85±4.42	t=-1.038 P=0.300
Stres Yönetimi	15.85±4.53	16.77±4.64	t=-2.258 P=0.024

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özelliklerine göre SYBDÖ toplam puan dağılımı Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27. Kadınların Yaşadıkları Konut Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Konut Özellikleri (n=511)	SYBDÖ Puanı Ort±SS	P Değeri
Bina Özelliği		
Betonarme	120.23±22.86*§	F=12.707, P=0.0001
Yığma Bina	108.09±18.97*	
Ahşap/Kerpiç Bina	110.68±24.14§	
Kullanılan Su		
Şebeke Suyu	117.56±22.73	F=2.058, P=0.129
Kuyu Suyu	108.36±20.20	
Taşıma (çeşme) Suyu	114.51±29.21	
Oda Sayısı		
1-2 Oda	110.69±22.44*§	F=9.737, P=0.0001
3 Oda	119.01±22.73*	
4 oda ve üzeri	121.95±22.84§	
Banyo Bulunması Durumu		
Var	117.87±22.76	t=3.649, P=0.001
Yok	102.16±22.88	

*§ Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan kadınların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının dağılımı Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Kadınların Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre SYBDÖ Toplamı İle Kendini Gerçekleştirme Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısı		P Değeri
	4 kişi ve altı (n=314) Ort±SS	5 kişi ve üzeri (n=197) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	120.89±22.27	110.67±22.92	t=4.957 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	36.78±7.75	33.67±7.91	t=4.361 P=0.0001

Kadınların sigara kullanma durumuna göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29. Kadınların Sigara Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Sigara Kullanma Durumu		P Değeri
	Sigara İçen (n=182) Ort±SS	Sigara İçmeyen (n=329) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	116.49±23.95	117.20±22.56	t=-0.328 P=0.743
Beslenme Alışkanlığı	15.77±4.27	15.76±3.83	t=0.023 P=0.982
Kendini Gerçekleştirme	35.57±8.19	35.59±7.83	t=-0.037 P=0.971
Sağlık Sorumluluğu	21.65±7.20	21.46±6.29	t=0.310 P=0.757
Egzersiz Alışkanlığı	7.93±3.08	8.03±3.11	t=-0.358 P=0.721
Kişilerarası Destek	19.64±4.40	19.70±4.28	t=-0.155 P=0.877
Stres Yönetimi	15.91±4.59	16.63±4.61	t=-1.708 P=0.088

Kadınların alkollü içki kullanma durumuna göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 30. Kadınların Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Alkollü İçki Kullanma Durumu		P Değeri
	Alkollü İçki İçen (n=235) Ort±SS	Alkollü İçki İçmeyen (n=276) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	113.88±22.77	119.56±22.99	t=-2.793 P=0.005
Beslenme Alışkanlığı	15.32±4.09	16.14±3.87	t=-2.327 P=0.020
Kendini Gerçekleştirme	34.73±7.56	36.31±8.22	t=-2.259 P=0.024
Sağlık Sorumluluğu	20.80±6.61	22.15±6.59	t=-2.300 P=0.022
Egzersiz Alışkanlığı	7.97±3.01	8.02±3.18	t=-0.201 P=0.841
Kişilerarası Destek	19.22±4.25	20.07±4.35	t=-2.218 P=0.027
Stres Yönetimi	15.82±4.83	16.84±4.37	t=-2.477 P=0.014

Kadınların yaşamları boyunca şiddete maruz kalma durumuna göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31. Kadınların Yaşamları Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Şiddete Maruz Kalma Durumu		P Değeri
	Maruz Kalan (n=221) Ort±SS	Maruz Kalmayan (n=290) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	108.68±21.83	123.25±21.96	t=-7.450 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	32.90±7.60	37.63±7.61	t=-6.972 P=0.0001
Kişilerarası Destek	18.97±4.14	20.22±4.39	t=-3.295 P=0.001
Stres Yönetimi	15.24±4.61	17.24±4.43	t=-4.937 P=0.0001

Kadınların son bir yılda şiddete maruz kalma durumuna göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32. Kadınların Son Bir Yılda Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Şiddete Maruz Kalma Durumu		P Değeri
	Maruz Kalan (n=126) Ort±SS	Maruz Kalmayan (n=385) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	105.91±21.53	120.56±22.39	t=-6.564 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	31.82±7.40	36.82±7.75	t=-6.494 P=0.0001
Kişilerarası Destek	18.69±4.29	20.00±4.29	t=-2.965 P=0.003
Stres Yönetimi	15.06±4.58	16.81±4.55	t=-3.718 P=0.0001

Kadınların gebelik sayısına göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından sağlık sorumluluğu ile stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33. Kadınların Gebelik Sayısına Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu ile Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=343)	Gebelik Sayısı		P Değeri
	3 ve altı gebelik (n=234) Ort±SS	4 ve üzeri gebelik (n=109) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	119.64±23.75	108.14±21.86	t=4.410 P=0.0001
Sağlık Sorumluluğu	22.37±6.62	19.43±6.21	t=3.993 P=0.0001
Stres Yönetimi	16.52±4.60	14.85±3.97	t=3.447 P=0.001

Kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından sağlık sorumluluğu ile stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 34’te verilmiştir.

Tablo 34. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayısına Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu İle Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=332)	Yaşayan Çocuk Sayısı		P Değeri
	3 ve altı çocuk (n=274) Ort±SS	3 üzeri çocuk (n=58) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	117.39±23.57	108.39±22.38	t=2.755 P=0.007
Sağlık Sorumluluğu	21.86±6.53	19.12±6.49	t=2.916 P=0.005
Stres Yönetimi	16.08±4.51	15.01±3.76	t=1.890 P=0.062

Kadınların son doğum yaptığı yere göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından sağlık sorumluluğu ile stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 35’te verilmiştir.

Tablo 35. Kadınların Son Doğum Yaptığı Yere Göre SYBDÖ Toplamı ve SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu İle Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=336)	Son Doğum Yapılan Yer		P Değeri
	Ev(n=31) Ort±SS	Hastane(n=305) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	97.35±22.13	117.59±23.12	t=-4.829 P=0.0001
Sağlık Sorumluluğu	16.48±5.31	21.88±6.51	t=-5.273 P=0.0001
Stres Yönetimi	14.32±4.43	16.05±4.41	t=-2.069 P=0.046

Kadınların kendi sağlık durumlarını algılamalarına göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 36’da verilmiştir.

Tablo 36. Kadınların Kendi Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre SYBDÖ Toplamı ve Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Sağlık Durumunu Algılama			P Değeri
	İyi (n=181) Ort±SS	Orta (n=254) Ort±SS	Kötü (n=76) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	125.66±22.03*	115.01±22.38*	102.69±18.86*	F=31.784 P=0.0001
Beslenme Alışkanlığı	16.95±3.67*	15.71±3.91*	13.14±3.73*	F=26.800 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	39.01±7.53*	34.58±7.54*	30.78±6.87*	F=37.279 P=0.0001
Egzersiz Alışkanlığı	8.40±3.31*	8.01±3.09§	7.00±2.36*§	F=5.572 P=0.004
Stres Yönetimi	17.58±4.37*§	15.93±4.79*	15.01±3.90§	F=11.054 P=0.0001

*§ Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar

Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik hastalığı olması durumuna göre SYBDÖ toplamı ile SYBDÖ alt gruplarından sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının dağılımı Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37. Kadınların Kronik Hastalığı Olması Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile SYBDÖ Alt Gruplarından Sağlık Sorumluluğu Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=336)	Kronik Hastalık Olması Durumu		P Değeri
	Var(n=135) Ort±SS	Yok(n=376) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	112.85±23.19	118.42±22.84	t=-2.400 P=0.017
Sağlık Sorumluluğu	20.61±6.33	21.86±6.70	t=-1.879 P=0.055

Kadınların egzersiz yapma durumuna göre SYBDÖ toplamı ile SYBDÖ alt gruplarından stres yönetimi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38. Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre SYBDÖ Toplamı ile SYBDÖ Alt Gruplarından Stres Yönetimi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Egzersiz Yapma Durumu		P Değeri
	Egzersiz Yapan (n=133) Ort±SS	Egzersiz Yapmayan (n=378) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	125.48±24.47	113.94±21.77	t=4.809 P=0.0001
Stres Yönetimi	17.81±4.84	15.87±4.43	t=4.073 P=0.0001

Kadınların düzenli beslenme durumlarına göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının dağılımı Tablo 39’da verilmiştir.

Tablo 39. Kadınların Düzenli Beslenme Durumlarına Göre SYBDÖ Toplamı ile Bazı SYBDÖ Alt Grupları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	Düzenli Beslenme Durumu			P Değeri
	Her zaman (n=153) Ort±SS	Her zaman değil (n=195) Ort±SS	Hiçbir zaman (n=163) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	128.45±22.25*	115.09±20.51*	108.38±22.37*	F=35.110 P=0.0001
Beslenme Alışkanlığı	18.30±3.61*	15.51±3.71*	13.68±3.29*	F=67.285 P=0.0001
Kendini Gerçekleştirme	38.97±7.34*	34.67±7.49	33.50±8.07*	F=22.460 P=0.0001
Sağlık Sorumluluğu	24.43±6.55*	21.10±6.34*	19.31±6.05*	F=26.531 P=0.0001

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Kadınların BKİ'lerine göre SYBDÖ toplamı ve SYBDÖ alt gruplarından beslenme alışkanlığı ile egzersiz alışkanlığı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 40'da verilmiştir.

Tablo 40. Kadınların BKİ'lerine Göre SYBDÖ Toplamı ile SYBDÖ Alt Gruplarından Beslenme Alışkanlığı İle Egzersiz Alışkanlığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ ve Alt Bileşenleri (n=511)	BKİ		P Değeri
	24.99 ve Altı (n=306) Ort±SS	25.00 ve Üzeri (n=205) Ort±SS	
SYBDÖ Puanı	118.63±22.69	114.44±23.39	t=2.008 P=0.045
Beslenme Alışkanlığı	15.88±3.87	15.59±4.17	t=0.794 P=0.428
Egzersiz Alışkanlığı	8.33±3.17	7.49±2.92	t=3.067 P=0.002

6. TARTIŞMA

Bu araştırma Tunceli kent merkezinde bulunan 15-49 yaş grubu kadınlar arasında yapılmıştır. Türkiye’de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği; aynı yaş grubu kadınlara (18), farklı yaş grubu kadınlara (66,67), üniversite öğrencilerine (68-70), sağlık çalışanlarına (37,71,72), akademisyenlere (73) ve öğretmenlere (74) yönelik yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Bu araştırma kapsamına alınan kadınların %62.6’sı 35 yaş ve altı yaş grubundadır (Tablo 6). Konu ile ilgili çalışmalarda; Altıparmak ve Koca Kutlu’nun araştırmasında kadınların %51.7’sinin 15-29 yaş grubunda, Özkan ve Yılmaz’ın çalışmalarında ise hemşirelerin %52.1’inin 33 yaş ve altı yaş grubunda olduğu görülmüştür (18,37). Kadınların yaş grubu dağılımları benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumlarına göre %72.8’i evlidir (Tablo 6). Özkan ve Yılmaz’ın çalışmalarında da hemşirelerin %82.8’inin evli olduğu görülmüştür (37). TNSA 2008 sonuçlarına göre ise tüm bölgelerde 15-49 yaş grubundaki kadınların %65.2’sinin evli olduğu belirtilmiştir (36). Kadınlar arasında yapılan çalışmalarda evli olma oranları Türkiye geneli ile örtüşmektedir.

Araştırmamızda kadınların ve eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde lise ve üzeri eğitim alanların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Tablo 6). Altıparmak ve Koca Kutlu’nun çalışmalarında ise kadınların %93.1’inin ilkökul ve altı eğitim aldığı gözlenmektedir (18). Altinel’in yapmış olduğu çalışmada kadınların %50.2’sinin, eşlerinin ise %57.2’sinin lise ve üzeri eğitim aldığı belirtilmiştir (27). Türkiye’de eğitim düzeyi ile ilgili bölgesel farklılıklar olmakla

birlikte, araştırmanın yapıldığı Tunceli kent merkezinin sosyal yapısının eğitime oldukça önem verdiği bir gerçektir.

Araştırmaya katılan kadınların bildirimlerine göre aile bütçesine bir ayda gelen aylık gelir miktarı ortalaması 1227.94 ± 877.87 TL, kişi başına düşen aylık gelir miktarı 360.85 ± 366.73 TL olarak saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2009 Yoksulluk Çalışması sonuçlarında dört kişilik hanenin yoksulluk sınırı 825 TL olarak tahmin edilmiştir (75). Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) tarafından yapılan çalışmaya göre, tek bir işçinin insan onuruna yaraşır bir yaşam sürdürebilmesi için yapması gereken harcama tutarı Temmuz 2011 için 900,55 TL olarak açıklanmıştır (76). Türkiye’de 28.12.2010 karar tarihli 27802 Sayılı Resmi Gazete’ye göre aylık asgari ücretin 01.07.2011 itibariyle 658,95 TL olduğu belirtilmiştir (77). Asgari ücret ve yoksulluk sınırı göz önüne alındığında araştırmamıza katılan kadınların kişi başına düşen gelirleri düşük düzeyde değerlendirilebilir. Aile gelirleri ise TÜİK ile sendikaların belirttiği yoksulluk sınırı rakamları arasında yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %43.2’sinin bulundukları Tunceli kent merkezine göç ile geldiği saptanmıştır (Tablo 8). Göç ile gelen kadınlar geçim sıkıntısı, tayin, terör, eğitim ve evlilik gibi nedenlerden dolayı göç ettiklerini bildirmişler (Tablo 9). Deveci ve arkadaşlarının Elazığ’ın kenar semtlerinde yaptıkları çalışmalarında; kadınların %31.3’ünün bulunduğu yere başka bir yerden göç ile geldiği, bu göçün terör, geçim sıkıntısı, köy boşaltımı, eğitim, evlilik, geçimsizlik/aile içi şiddet ve diğer (tayin, doğal afet, kan davası) nedenlerden kaynaklandığı bildirilmiştir (78). Bölgede göç gerçeğinin varlığı ve göç nedenlerinin birbirine benzediği görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özellikleri değerlendirildiğinde; %69.7'sinin betonarme binada kaldığı, evlerinde %4.9'unun kuyu ve %5.3'ünün ise çeşme suyu kullandığı, %47.9'unun evlerinin 3 odalı olduğu, %61.4'ünün evde yaşadıkları kişi sayısını 4 ve altı kişi olarak belirttiği, %5.9'unun evlerinde banyo bulunmadığı ve %12.5'inin tuvaletin evin dışında olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Deveci ve arkadaşlarının Elazığ'ın kenar semtleri çalışmasında; kadınların %57.0'ının yığma ve/veya ahşap binada oturmakta olduğu, %4.1'inde banyo ve %24.9'unda tuvaletin evin dışında olduğu, evde ortalama; oda sayısı (salon dâhil) 3.01 ± 0.65 oda olduğu, evde 4.77 ± 1.85 kişi kaldığı, %1'inin ise evlerinde içme/kullanma suyu olarak kuyu veya çeşme suyu kullandığı belirtilmiştir (78). Nazlıcan'ın Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlara yaptığı çalışmada; %82.8'inin 3-4 odalı evde oturduğu, %34.6'sının tuvaletin evin dışında bulunduğu ve %18.0'ının evde yaşayan kişi sayısını 1-3 kişi olarak belirttiği bildirilmiştir (79). Literatürde Türkiye'de kadınların yaşadığı sağlıklı konut özellikleri benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların %35.6'sı halen günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Özkan ve Yılmaz'ın çalışmasında sigara içen hemşirelerin oranı %46.6 olarak bulunmuştur (37). Kaya ve arkadaşlarının bir lojman bölgesinde yaşayan kadınlar arasında yaptıkları çalışmada; sigara içenlerin oranı %44.2 olarak saptanmıştır (80). Saydam Karaca ve arkadaşlarının gebelerde yaptığı çalışmada; gebelerin %14.2'sinin sigara içtiği bulunmuştur (81). Çalışmalar kötü ve sağlıklı bir yaşam alışkanlığı olan sigara içme davranışının kadınlarda halen yüksek oranlarda varlığını göstermektedir.

Araştırmamız kapsamındaki kadınların %46.0'ı değişik sıklıkla alkollü içki kullandığını belirtmişlerdir. Özkan ve Yılmaz'ın çalışmalarında hemşirelerin %7.4'ünün, Yalçınkaya ve arkadaşlarının çalışmalarında ise sağlık çalışanlarının %9.8'inin alkollü içki kullanıldığı saptanmıştır (3,37). Alkol kullanma bildirimleri kişinin kendi ifadesine dayanan bildirimler olup, sosyal yapı farklılıkları ve bildirim çekincelerinden etkilenebilir. Bu araştırmada oran diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %43.2'si yaşamları boyunca, %24.7'si ise son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en bir kez maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 11, Tablo 12). Güler ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların %40.7'si aile içinde şiddete, Altınel'in çalışmasında ise kadınların %38.0'ının çocukluklarında, %11.7'si ise şu an fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (27,82). Araştırmaların sonuçları kadınların yaşamları boyunca maruz kaldıkları şiddetin devamlılığını göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların üreme sağlığına ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde; ilk evlilik yaşı ortalaması 20.54 ± 3.78 olup, evlilik yaşı 18 yaş ve altı olanlar %35.9 olarak saptanmıştır (Tablo 13). Altınel'in çalışmasında kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 20.25 ± 4.05 olarak belirtilmiştir (27). TNSA 2008 sonuçlarına göre kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 20.8 olarak bildirilmiştir (36). Araştırma sonuçları Türkiye geneli ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %35.4'ü kendi sağlık durumlarını iyi olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Tablo14). Topçu'nun çalışmasında kendi sağlık durumlarını göç eden kadınların %50'si, göç etmeyen kadınların ise %62.9'u iyi

olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir (66). Kaya ve arkadaşlarının çalışmalarında öğretmen elemanlarının %79.7'sinin sağlık durumları iyi olarak algıladıkları saptanmıştır (9). Bölge kadının sağlık durumunu iyi olarak algılama oranının düşük olması dikkat çekicidir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %72.6'sı düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığını, %26.4'ü en az bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir (Tablo14). Deveci ve arkadaşlarının kadınların yaşam koşulları ve sağlık risklerini değerlendirdiği çalışmalarında, kadınların %79.9'unun düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı ve %24.9'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (78). Bulgular bu araştırmada yer alan bölge kadının sağlıklarına yönelik davranışlarına yeterince önem verilmediği şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların %54.6'sının BKİ'leri normal sınırlardadır (Tablo 16). Pasinlioğlu ve Gözümlü'nün birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline yaptıkları çalışmada, %60.9'unun normal vücut kitle indeksine sahip oldukları bildirilmiştir (71). Koruk ve Şahin'in çalışmalarında ise kadınların %31.0'ının normal vücut kitle indeksine sahip oldukları belirtilmiştir (83). TNSA 2008 sonuçlarına göre annelerin %40.2'si normal beden kitle indeksine sahiptir (36). Bu araştırmada normal BKİ oranının Türkiye geneline ve diğer araştırmalara göre yüksek olması olumlu bir göstergedir.

Araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ'deki sorulara “sık sık” ve “düzenli olarak” diye verdikleri cevap yüzdelerinin toplamına göre en yüksek beş maddenin puanları sırasıyla; %77.9 ile “başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm”, %77.3 ile “insanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm”, %76.7 ile “başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim”, %75.8 ile “hayatımda

benim için neyin önemli olduğunu bilirim”, %74.3 ile “yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm” şeklinde sıralanmıştır. “Sık sık” ve “düzenli” olarak verilen cevapların toplam en düşük yüzdeleri ise egzersiz alışkanlığı ve sağlık sorumluluğu ile ilgili maddelerde saptanmıştır (Tablo17). Cihangiroğlu’nun Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmasında en yüksek yüzdelerin sırasıyla; “hayatımın bir amacı olduğuna inanırım”, “hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim”, “başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm”, “başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim” ve “insanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm” maddelerine ait olduğu, yine Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarında sağlıklı geliştirme davranışları ile ilgili çalışmalarında en yüksek yüzdenin “hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım” maddesine ait olduğu bildirilmiştir (9,84). Bu durum yaşamda sosyal yapı ile ilgili maddelerin daha yapılabilir olarak değerlendirildiği, egzersiz alışkanlığı ve sağlık sorumluluğu gibi bileşenlere ise fazla önem verilmediği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların SYBDÖ puan ortalaması 116.95 ± 23.04 olarak saptanmıştır. SYBDÖ’nden alınabilecek en üst puan 192’dir. Konu ile ilgili olarak Türkiye’de yapılan çalışmalarda SYBDÖ puanı; 15-49 yaş grubu kadınlarda 112.7 ± 20.8 (18), sağlık yüksekokulu öğrencilerinde 121.75 ± 18.86 (84), birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde 117.5 ± 7.1 (71), hemşirelerde 121.20 ± 18.30 (72) ve 125.96 ± 16.99 (37), öğretmenlerde 134.49 ± 17.94 (74), akademisyenlerde 139.5 ± 18.0 (9), hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde 122.0 ± 17.2 (70) ve üniversite öğrencileri arasında 125.9 ± 17.4 (69) olarak saptanmıştır. Yurt dışında, aynı ölçek kullanılarak

yapılan çalışmalarda ise daha düşük SYBD puanları elde edilmiştir (85,86). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları meslek, sosyo-ekonomik ve kültürel yapı ile coğrafi bölgelere göre değişebilir.

Araştırmamızda SYBDÖ'nin alt grupları değerlendirildiğinde sağlığın geliştirilmesinde katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamaların sırasıyla kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek alt gruplarına ait olduğu görülmüştür. En düşük ortalama ise egzersiz alışkanlığına aittir (Tablo18). Benzer çalışmalarda da en yüksek ve en düşük ortalamaların elde edildiği gruplar değişmemektedir (3,18,37,69-72,74).

Araştırmamızda yaş ile SYBDÖ toplamı ve alt grupları ortalama puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($P>0.05$, Tablo 19). Cürcani ve arkadaşlarının çalışmalarında hemşirelerin yaşları ile SYBDÖ toplam puanı ve alt grupları arasındaki farkın anlamsız olduğu bildirilmiştir (72). Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarına yönelik yapmış oldukları çalışmada SYBDÖ ile yaş arasında ilişki bulunamamıştır (73). Karadeniz ve arkadaşlarının çalışmalarında da üniversite öğrencilerinin yaşları ile SYBDÖ arasında fark olmadığı görülmüştür (69). Özkan ve Yılmaz'ın çalışmasında ise hemşirelerin yaşları arttıkça SYBDÖ ve alt grupları puanın arttığı saptanmıştır (37). Literatürde yaş açısından sonuçlarımız ile benzer sonuçların yanı sıra farklı sonuçlarında varlığı görülmektedir.

Araştırmaya kapsamına alınan kadınlardan bekâr olanların evlilere göre egzersiz alışkanlığı ile stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 20). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli arasında yaptıkları çalışmada; medeni

durum ile SYBDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (71). Cürcani ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptıkları araştırmada; bekâr olan hemşirelerin stres yönetimi puanı evlilerden daha yüksek bulunmuştur (72). Topçu'nun göç eden ve göç etmeyen kadınlar arasında yaptığı çalışmada; göç eden kadınların medeni durumlarına göre sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, beslenme alışkanlığı ve stres yönetimi alt grupları puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (66). Araştırmamız sonuçları bekârların egzersize zaman ayırabildiği ve özgür davranışlarının stres yönetimini güçlendirebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamız kapsamına alınan kadınların eğitim düzeyleri artışına paralel olarak SYBDÖ puanı ve alt gruplarındaki davranış puanlarının arttığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 21). Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; sağlık personelinin eğitim durumu artışı ile SYBDÖ ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, kişilerarası destek, stres yönetimi puanlarının arttığı saptanmıştır (3). Özkan ve Yılmaz'ın hemşireler arasında yaptığı çalışmada; lisans ve üzeri eğitim alanların egzersiz alışkanlığı, stres yönetimi ve kişilerarası destek puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (37). Topçu'nun göç eden ve etmeyen kadınlar arasında yaptığı araştırmada; göç eden kadınların eğitim durumları ile SYBDÖ ve alt gruplarından beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi, göç etmeyen kadınların eğitim durumları ile SYBDÖ ve alt gruplarından kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek, stres yönetimi arasında istatistiksel olarak fark saptanmış, ortaokul mezunu ve üzeri eğitim alanlarda puan artışı gözlenmiştir (66). Cürcani ve arkadaşlarının çalışmasında ise lisans

düzeyinde eğitim alan hemşirelerin SYBDÖ puanı ve alt gruplarından beslenme alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanları daha yüksek bulunmuştur (72). Araştırma sonuçları eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olumlu yönde etki yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan sosyal güvenceye sahip olanların olmayanlara göre SYBDÖ puanı daha yüksekken, kişilerarası destek davranışları arasında ise fark saptanmamıştır (Tablo 23). Altıparmak ve Koca Kutlu'nun aynı yaş grubu kadınlarda yaptıkları çalışmalarında; sosyal güvenceye sahip olan kadınlar ile kişilerarası destek davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir (18). Sosyal güvence sağlık davranışlarını ve kişinin kendine güveni ile kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan çalışan kadınların çalışmayanlara göre SYBDÖ, egzersiz alışkanlığı, stres yönetimi puanları daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 24). Altıparmak ve Koca Kutlu'nun araştırmasında da çalışmayan kadınların egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi davranışları puanları daha düşük olduğu saptanmıştır (18). Gök Uğur'un çalışmasında, kadınların çalışma durumlarının kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimini etkilediği, çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (87). Literatürde farklı sonuçlar olsa da kadınların gelir getirici bir işte çalışması düzenli bir yaşam ile ekonomik özgürlüğün getirdiği stres yönetimi davranışını yükseltebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların gelir durumları arttıkça ile SYBDÖ ve kendini gerçekleştirme davranış puanlarının yükseldiği saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 25). Altıparmak ve Koca Kutlu'nun çalışmalarında gelir durumunu “iyi-

orta” olarak nitelendiren kadınların kendini gerçekleştirme puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (18). Koçoğlu’nun Konya kent merkezinde yaptığı çalışmada, aylık gelirin artışına paralel olarak SYBDÖ ve alt grupları puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur (88). Yüksek gelir seviyesi de güven duygusunu yükselten bir belirteç olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada; Tunceli kent merkezine göç ile gelmeyen (yerleşik) kadınların, göç ile gelen kadınlara göre SYBDÖ ve alt gruplardan beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 26). Topçu’nun çalışmasında; göç etmeyen kadınların SYBDÖ, sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı ve stres yönetimi alt grupları puan ortalamaları göç eden kadınların puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (66). Göç tüm toplum sağlığını, sosyo-kültürel ve ekonomik yapıyı etkileme süreci içerisinde, kadınların sağlık davranışlarını da olumsuz olarak etkileyebilecektir.

Araştırmamız kapsamına alınan kadınlardan betonarme evde oturanların, evde banyosu bulunanların, evlerinde 4 ve üzeri odaya sahip olanların SYBDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$, Tablo 27). Koçoğlu’nun Konya kent merkezinde yaptığı çalışmada; katılımcılardan evdeki oda sayısının 4 ve üzeri olanların, 2-3 odalı olanlara göre SYBDÖ puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (88). Konut özelliklerinin iyileşmesinin, bireylerin iyilik-esenlik potansiyelini artırarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirebileceği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan kadınların evde birlikte yaşadıkları kişi sayısının artışına paralel olarak SYBDÖ ve kendini gerçekleştirme davranış puanlarının

azaldığı gözlenmiştir ($P<0.05$, Tablo 28). Birlikte yaşanan kişi sayısının artışı, sosyo-kültürel ve ekonomik olanakları kısıtlayarak, kadınların sağlıklı yaşam davranışlarını yetersiz kılabilir. Yine kişinin kendini betimlemesi ve ispatında gösterim eksikliğine neden olabilir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan sigara içenlerin içmeyenlere göre SYBDÖ ve alt grupları puanları arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 29). Kaya ve arkadaşlarının bir lojman bölgesinde kadınlara yaptıkları çalışmada; sigara içenler ve içmeyenler arasında SYBD açısından ilişki bulunamamıştır (81). Özkan ve Yılmaz'ın hastanede çalışan hemşirelerin SYBD'nin değerlendirdiği çalışmasında, sigara içme durumu ile SYBDÖ ve alt gruplarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi davranışları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (37). Ayaz ve arkadaşlarının hemşirelik yüksekokulu öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada, sigara içenlerin beslenme alışkanlığı davranışlarının daha düşük puana sahip olduğu gözlenmiştir (70). Konu ile ilgili literatürde değişik sonuçlar olsa da sigara içme sağlıksız bir davranıştır ve hızla üzerine gidilerek yok edilmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan alkollü içki kullananların kullanmayanlara göre SYBDÖ toplamı, beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi davranış puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 30). Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarına yönelik çalışmada, SYBD ile alkollü içki kullanma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (9). Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık personeli arasında yaptıkları çalışmada; alkollü içki kullanma durumu ile SYBDÖ

ve alt gruplarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimi davranışları arasında ilişki bulunmamıştır (3). Alkol kullanımı bildirim eksikliği, kullanım birimi ve süresi yönleriyle değerlendirilmelidir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan yaşamları boyunca veya son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalanların kalmayanlara göre SYBDÖ toplamı ve alt gruplarından kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi davranışlarının puan ortalamaları daha düşüktür ($p<0.05$, Tablo 31 ve Tablo 32). Şiddet başlıca bir stres kaynağı olup, şiddetle karşılaşan kadınların güven kaybı ve sağlıksız davranışlar göstermesi istenmeyen fakat beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan gebelik sayısı 3 ve altı olanların, 4 ve üzeri gebelik olanlara göre SYBDÖ toplamı, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi davranışları puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 33). Altıparmak ve Koca Kutlu'nun 15-49 yaş grubu kadınlara yönelik çalışmasında, kadınlardan 2 ve altı gebelik yaşayanların SYBDÖ, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puanlarının, 2 ve üzeri gebelik yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (18). Kadınlarda üreme sağlığı açısından önemli bir yere sahip olan gebelik sayısının fazlalığı sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan 3 çocuk ve altı yaşayan çocuğa sahip olanların, 3 üzeri çocuğa sahip olanlara göre SYBDÖ toplamı ve sağlık sorumluluğu davranışlarının puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 34). Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarına yönelik yaptıkları çalışmada, SYBD ile çocuk sayısı arasında ilişki saptanmamıştır (9). Araştırmalarda farklı sonuçlar

bulunmuş olsa da fazla çocuk sahibi olmanın verdiği sorumluluk ve çocuğa yönelim artışı ile kadınların kendi sağlık davranışlarını geri planda bırakabilecekleri ve strese girebilecekleri unutulmamalıdır.

Araştırmamızda hastanede doğum yapan kadınların evde doğum yapan kadınlara göre SYBDÖ toplamı, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi davranışları puanları daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$, Tablo 35). Hastanede doğum yapma davranışı kadınların sağlıklarına verdikleri önemin göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu durumun ortaya çıkardığı sosyal rahatlama stres faktörlerini de asgariye indirebilecektir.

Araştırma kapsamındaki kadınların kendi sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri “iyi” yönünde yükseldikçe SYBDÖ ve alt gruplarından beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi davranışları puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 36). Ünal ve arkadaşlarının meslek yüksekokulu öğrencilerine yaptıkları çalışmada; öğrencilerin kendi sağlık durumlarını algılamaları “mükemmel” yönünde yükseldikçe SYBDÖ ve alt gruplarından kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi davranışları puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (68). Kaya ve arkadaşlarının çalışmalarında ise öğretim elemanlarının SYBD ile kendi sağlığını algılama durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (9). Sağlık durumundaki iyilik halinin SYBD’lerini artıracığı, bunun da pozitif bir döngü ile iyilik halini yükselteceği yadsınamaz bir gerçektir.

Araştırmaya katılan kadınlardan kronik hastalığa sahip olmayanların olanlara göre SYBDÖ toplamı puan artışı gözlenirken, sağlık sorumluluğu alt grubu puanı ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir (Tablo 37). Kaya ve

arkadaşlarının çalışmalarında SYBD ile kronik hastalık olma durumu arasında ilişki bulunamamıştır (9). Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında; hastalığa sahip olanların sağlık sorumluluğu alt grubu puanının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (70). Tokuç ve Berberoğlu'nun çalışmasında, SYBDÖ puanları kronik bir hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir (74). Konu ile ilgili araştırma sonuçları farklılıklar göstermektedir. Kronik bir hastalığa sahip olma SYBD'larına gerekli özenin gösterilmemesinden ve sağlık sorumluluğunun yeterince olmamasından kaynaklanabileceği gibi, hastalıktan sonra sağlık sorumluluğu artabilir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan egzersiz yaptığını ifade edenlerin yapmayanlara göre SYBDÖ ve alt gruplarından stres yönetimi davranışı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 38). Özkan ve Yılmaz'ın hemşireler arasında yaptıkları çalışmalarında, düzenli fiziksel egzersiz yapanların SYBDÖ ve stres yönetimi puan ortalamalarının araştırmamız sonuçlarına paralel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (37). Düzenli egzersizin sağlıklı bir yaşam göstergesi ve belirleyicisi olduğu açıktır.

Araştırmamızdaki kadınların düzenli beslenme durumlarını değerlendirme dereceleri sırasıyla, “hiçbir zaman”, “her zaman değil”, “her zaman” yönünde gittikçe SYBDÖ ve alt gruplarından beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu davranışları puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 39). Özkan ve Yılmaz'ın hemşireler arasında yaptıkları çalışmalarında, yemek yeme alışkanlığı düzenli olanlar ile SYBDÖ toplamı, kendini gerçekleştirme ve beslenme alışkanlığı arasında anlamlı bir ilişki

saptanmıştır (37). Düzenli beslenme sağlıklı bir yaşamın temelini oluşturmaktadır ve sağlık üzerindeki olumlu etkisi kaçınılmazdır.

Araştırmamız kapsamındaki kadınların BKİ'leri artıkça SYBDÖ toplam puanı ve egzersiz alışkanlığı puanlarının düştüğü saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 40). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün çalışmasında, sağlık çalışanlarının BKİ'leri ile egzersiz ve beslenme alışkanlığı arasında ilişki saptanmamıştır (71). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile BKİ durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (9). BKİ'leri normal ve altı olanlarda, yemek yeme bozukluğu görülmediğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (89-91). Kişilerin sağlıksız kilo alımları ile ilgili önlem almalarının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da olumlu yönde etkilemesi beklenir.

Sonuç olarak; bu araştırmada Tunceli kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puanı orta düzeyde bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek boyutları sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek puan ortalamalarına, egzersiz alışkanlığı ise en düşük puana sahiptir.

SYBDÖ ortalama puanının; kendileri ve eşleri lise ve üzeri eğitim alanlarda, sosyal güvenceye sahip olanlarda, gelir getirici bir işte çalışanlarda, aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda, yaşadığı yere göç ile gelmemiş olanlarda, konut sağlığı göstergeleri genel olarak olumlu olanlarda, alkollü içki kullanmayanlarda, yaşamları boyunca ve son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmayanlarda, gebelik sayısı 3 ve altı olanlarda, 3 ve altı yaşayan çocuğa sahip olanlarda, hastanede doğum yapanlarda, kendi sağlık durumlarını orta ve iyi olarak değerlendirenlerde, kronik bir hastalığı olmayanlarda, egzersiz

yaptığını ifade edenlerde, düzenli beslenenlerde ve normal kilolu olanlarda daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.

SYBDÖ puanı; kadınların yaş gruplarına, medeni durumlarına ve sigara içip içmemesine göre değişmemektedir.

Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖ tüm alt gruplarının puanlarının arttığı belirlenmiştir. Bekârların ve çalışanların egzersiz alışkanlığı ile stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu, evde kişi sayısının az oluşu ve aylık gelir düzeyi artışı ile kendini gerçekleştirme puanlarının arttığı, göç ile gelmeyen kadınların beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alkollü içki kullanmayanların beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu, yaşamları boyunca ve son bir yıl içinde şiddete maruz kalmayanların kalanlara göre kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanlarının arttığı, hastanede doğum yapanlar ile gebelik sayısı 3 ve altı olanların sağlık sorumluluğu, stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine kendi sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirenlerin beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puanlarının arttığı saptanmıştır. Ayrıca egzersiz yapanların stres yönetimi puanlarının yüksek olduğu, düzenli beslenme ile beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu puanlarının arttığı, normal ve altı kiloda olanların egzersiz alışkanlığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınların sağlık davranışlarını etkileyen bireysel, ailesel ve çevresel olumsuzlukların en aza indirilmesi ve önlenmesi için gerekli girişimler yapılmalıdır.
- Kadınların sağlıklarını geliştirmek ve korumak için genel eğitim düzeyleri yükseltilmeli ve sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır. Bu programların yaygınlaştırılmasında, içinde özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yer aldığı multidisipliner bir ekip çalışması yapılmalıdır.
- Kadınlar için spor ve fiziksel faaliyet programları düzenlenmeli ve kadınların daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmelidir.
- Sigara ve alkolün sağlığa zararlı etkileri eğitim programları içerisinde işlenmelidir. Sigara ve alkolü bırakmaya yönelik ülke genelinde kampanyalar başlatılmalı ve sürekli hale getirilmelidir.
- Kadınların birincil korunmada kendi sağlıkları yanı sıra, ilişkili olduğu çocuk ve toplum sağlığı konusunda sorumluluk alması yönünde eğitimleri sağlanmalıdır.
- Toplumun, dolayısıyla kadınların sahip olduğu sosyoekonomik farklılıklar giderilmeli ve iyileştirilmelidir.
- Kadınların üreme sağlığı davranışları ve kadının statüsünü etkileyen faktörler geliştirilmeli ve iyileştirilmelidir.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesini amaçlayan ve sosyal politikalarla desteklenen toplum düzeyindeki programların ülke çapında yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

- Verilen sağlık eğitiminin, olumlu sağlık davranışlarına dönüşüp dönüşmediğinin, bilimsel çalışmalarla belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması planlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Erefe İ. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Birlik Ofset No:14, İstanbul 1998: 1-47.
2. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk Sağlığı. 1.Basım, Antıp Yayınları, Ankara 1998: 11-12.
3. Yalçınkaya M, Özer Gök F, Karamanoğlu Yavuz A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6): 409-420.
4. Akın A, Bahar Özvarış Ş. Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Güler Ç, Akın L. (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006: 188-196.
5. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982). <http://www.anayasa.gen.tr/> 04.04.2011.
6. Fişek NH. Halk Sağlığı’na Giriş. Çağ Matbaası, Ankara 1983.
7. İrgil E. Sağlığı Koruma.
http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_birinci_sinif/sagligi_koruma.pdf 21.03.2011.
8. Evren H. Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
9. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A ve ark. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7 (1): 59-64.
10. Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. Br J Nutr 2009; 101 (3): 307-316.
11. Al Ma’Aitah R, Haddad L. Health promotion behaviors of Jordanian women. Health Care for Women International 1999; 20 (6): 533-539.
12. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3 (3): 34-44.
13. Ocakçı A. Sağlığın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü, 2007.
<http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> 08.02.2010.

14. Cluskey M, Grobe D. College weight gain and behavior transitions: male and female differences. J Am Diet Assoc 2009; 109 (2): 325-329.
15. Zaybak A. ve Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 20 (1): 77-95.
16. Bahar Z. Sigaraya karşı sağlık personeli. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993; 9 (2): 87-114.
17. Pender NJ, Barkauskas V, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease pervention: Toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992; 40 (3): 106-112.
18. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2009; 8 (5): 421-426.
19. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N, İbrikçi S. Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni 1994; 8 (32): 28-35.
20. Smith C, Maurer F. Community Health Nursing: Theory And Practice. 2. Edition, Philadelphia, WB Saunders Company 2000.
21. Aktan CC, Işık AK. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf/aktan/sagligin-korunmasi.pdf> 23.03.2011.
22. Özbaş S, Özkan S. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2010; 9 (5): 541-546.
23. Köşgeroğlu N, Açıkgöz A, Ayrancı U. Kadın sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi 2004; 14 (3): 9-13.
24. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 73-82.
25. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf 13.04.2011.
26. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara 2004; 17-33.

27. Altınel T. Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum Ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2008.
28. Özvarış ŞB. Toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39: 168-174.
29. Tinker A. Women's health: the unfinished agenda. Int J of Gynaecol & Obstet 2000; 70 (1): 58-149.
30. Türkiye’de Kadının Durumu, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara 2011 Temmuz; 1-44.
31. Akın A, Aslan D, Üner S ve ark. Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. Akın A. (Editör) T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara 2008; 7-119.
32. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7 (3): 231-236.
33. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı.Ulusal Stratejik Eylem Planı Sağlık Bakanlığı 2005-2015. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf 14.05.2011.
34. Şahiner G, Akyüz A. Toplumsal cinsiyet ve kadının üreme sağlığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2010; 9 (4): 333-342.
35. Akın A, Oktay Koçoğlu G. Üreme sağlığı uluslararası kararlar ve Türkiye uygulamaları. www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik3.pdf 01.05.2011.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara 2009; 20-129.
37. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (7): 89-105.
38. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara 1997; 20-36.
39. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışı ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (2): 112-122.
40. Dougherty DM. Adolescent health: Reflection on a report to the U.S. congress. American Psychological Association 1993; 48 (2): 193-201.

41. Reducting Ricks, Promoting Healthy Life. World Health Organization (WHO), The World Health Report 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/> 22.12.2010.
42. Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B. Ankara merkez ilçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5 (2): 8-84.
43. Vural KB. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 39-43.
44. Bidlack WR. Interrelationships of food, nutrition, diet and health: the National Association of State Universities and Land Grant Colleges White Paper. J Am Coll Nutr 1996; 15 (5): 422-33.
45. Tokgöz P. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 1995; 24 (2): 229-238.
46. Aksak M, Besler HT. A vitamini ve immun sistem etkileşimi. Sendrom Dergisi 1991; 3 (10): 15-17.
47. Özmutaf NM. Su ürünleri sektöründe yer alan işletmelerde, çalışanların kendini gerçekleştirme düzeyleri: çok değişkenli istatistiksel bir yaklaşım. Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi 2005; 22 (3-4): 413-418.
48. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive - perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research, Jan/Febr. 1996; 45 (1): 30-36.
49. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL. Test of health promotion model as a causal model of worker's use of hearing protection. Nursing Research, May/June. 1994; 43 (3): 151-157.
50. Fish C, Nies MA. Health promotion needs of students in a college environment. Public Health Nursing 1996; 13 (2): 104-111.
51. Spear HJ, Kulbok P. Adolescent health behaviors and related factor: A review. Public Health Nursing 2001; 18 (2): 82-93.
52. Vaizoglu SA, Akça O, Akdağ A, Omar A, Çoşkun D. Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3 (4): 63-71.
53. Radmacher SA, Sheridan CL. Developing Healthy Lifestyle Behaviors. Health Psychology John Willey@ Sons, 1992.

54. Shephard RJ. The value of physical fitness in preventive medicine. CIBA Foundation Symposium. Pitman Books, London 1985.
55. Baltaş Z. Stres ve Sağlık. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitapevi, İstanbul 2000.
56. Artan İ. Örgütsel Stres Kaynakları ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama. Özgül Matbaacılık, İstanbul 1986.
57. Batlaş A, Batlaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul 1996.
58. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardness. Pers Individ Dif 2003; 34: 77-95.
59. Erci B. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. Halk Sağlığı Hemşireliği. Göktaş Yayıncılık, Fırat Matbaacılık, Ankara 2009; 192-201.
60. T.B.M.M. Kadının Statüsünü Araştırma Komisyonu Raporu. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. 2. Baskı, Ankara: Cem Web-Ofset; 2003.
61. Kakıcı H, Emeç H, Üçdoğru Ş. Türkiye’de çalışan kadınların çocuk bakımı tercihleri. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi 2007; 5: 20-40.
62. Nutbeam D. Promoting health and preventing disease: an international perspective on youth health promotion. Journal of Adolescent Health 1997; 20: 396-402.
63. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi, 8. Baskı, Ankara 1998; 264-265.
64. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987; 36 (2): 76-81.
65. Esin N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1997.
66. Topçu S. Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
67. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 21 (5): 211-220.

68. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(2): 101-109.
69. Karadeniz G, Yanıkerem Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7 (6): 497-502.
70. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9 (2): 26-34.
71. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (2): 60-68.
72. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2010; 9 (5): 487-492.
73. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7 (1): 59-64.
74. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6): 421-426.
75. Yoksulluk 2009 Çalışması Sonuçları. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.go.tr> 07.06.2011
76. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. turkis@turkis.org.tr 09.08.2011
77. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Asgari Ücret Tespit Komisyon Kararı. <http://www.ssdhi.com/sonyazilar/2011%20asgari%20ucret.htm> 08.02.2011
78. Deveci SE, Açık Y, Rahman S. Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2010; 9 (1): 45-50.

79. Nazlıcan E. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite Ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
80. Kaya T, Gürbıyık A, Kılıç S. Bir lojman bölgesinde yaşayan kadınların sağlıklı yaşam davranışlarının incelenmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2008; 12 (1): 18-24.
81. Saydam Karaca B, Bozkurt Demirel Ö, Hadımlı Pelik A, Can Öztürk H, Soğukpınar H. Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2007; 15 (3): 131-139.
82. Güler N, Tel H, Özkan Tuncay F. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27(2): 51-56.
83. Koruk İ, Şahin TK. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. Genel Tıp Dergisi 2005; 15(4): 147-155.
84. Cihangiroğlu Z. Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
85. Bagwell MM, Bush HA. Improving health promotion for blue – collar workers. Journal of Nursing Care Quality 2000; 14 (4): 65-71.
86. Tashiro J. Exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women; perceptions, practices, and issues. Health Care Women International 2002; 23 (1): 59-70.
87. Gök Uğur H. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
88. Koçoğlu D. Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
89. Ünal D, Öztop DB, Elmalı F ve ark. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 16 (2): 75-81.

90. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordalayan etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13 (1): 48-57.
91. Coners H, Remschmidt H, Hebebrand J. The relationship between premorbid body weight, weight loss, and weight at referral in adolescent patients with anorexia. Int J Eat Dis 1999; 26: 171-178.

8. EKLER

Ek-1

TUNCELİ KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIK, SOSYAL VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız beslenme davranışları, fiziksel aktivite yetersizliği, şiddet davranışları, riskli cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi davranışlardan kaçınılması ve sağlık hizmetlerinden yararlanılması gerekir.

Değerli Katılımcılar, **ankete ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız.** Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

BİRİNCİ BÖLÜM

- 1- Yaşı:.....
- 2- Medeni Durumu: 1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış 4-Eşi ölmüş
- 3- Eğitim Durumu: 1-Okuma-yazma bilmeyen
2-Okur-yazar, fakat herhangi bir okul bitirmemiş
3-İlkokul mezunu
4-Orta okul mezunu
5-Lise mezunu
6-Üniversite mezunu
- 4- Eşinizin Eğitim Durumu: 1-Okuma-yazma bilmeyen
2-Okur-yazar, fakat herhangi bir okul bitirmemiş
3-İlkokul mezunu
4-Orta okul mezunu
5-Lise mezunu
6-Üniversite mezunu
- 5- Herhangi bir sosyal/sağlık güvenceniz var mı?
1-Herhangi bir sosyal/sağlık güvencem yok 2-Emekli sandığı 3-SSK
4-Bağ-kur 5-Yeşil kart 6- Diğer :.....
- 6- Eşinizin işi: 1-Herhangi bir işte çalışmıyor 2-Çalışıyorsa işi:.....
3-Emekli
- 7- Siz gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
1-Evet, çalışıyor ise yaptığı iş:..... 2-Ev hanımı 3-Emekli
- 8- Ailenin toplam aylık geliri (aile bütçesine bir ayda gelen toplam para):TL
- 9- Bu gelirden faydalanan kişi sayısı:..... kişi
- 10- Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı? (çocuk ya da yetişkin)
1- Evet 2- Hayır
- 11- Bakıma muhtaç birey varsa eğer, kaç kişi?
- 12- Kumanız var mı? 1- Evet 2- Hayır

- 13- Kumanız var ise kumanız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?
1- Evet 2- Hayır
- 14- Ailede kararlara katılıyor musunuz ?
1-Evet 2-Hayır 3-Kısmen
- 15- Şu an yaşadığınız yere herhangi bir yerden göç ederek mi geldiniz?
1- Evet 2- Hayır
- 16- Göç ile geldiğiniz yer aşağıdakilerden hangisidir?
1- İl 2- İlçe 3- Köy 4- Mezra
- 17- Göç ettiğiniz ilin/ilçenin/köyün adı nedir? (Beraberinde bağlı olduğu il yazılsın).
.....
- 18- Göç etme nedeniniz nedir?
.....
- 19- Kalınan (yaşanılan) binanın yapı özelliği nedir?
1- Betonarme 2- Yığma bina 3- Ahşap 4- Diğer:.....
- 20- Evinizde elektrik tesisatı mevcut mu?
1- Evet 2- Hayır
- 21- Evinizde su tesisatı mevcut mu?
1- Evet 2- Hayır
- 22- Evinizde kullandığınız su?
1- Şebeke suyu 2- Kuyu suyu 3- Taşıma (çeşme) su 4- Diğer:.....
- 23- Evinizdeki oda sayınız kaçtır? oda
- 24- Evinizde yaşayan (kalan) kişi sayısı kaçtır? kişi
- 25- Evinizde banyo mevcut mu? 1- Evet 2- Hayır
- 26- Evinizin tuvaleti içeride mi yoksa evin dışında mı?
1- İçeride 2- Dışarıda
- 27- Yerleşim biriminde kanalizasyon sistemi var mı?
1- Evet 2- Hayır
- 28- Çöpleriniz nasıl toplanıyor?
.....
- 29- Evde inek, koyun, keçi, tavuk gibi hayvanlar besliyor musunuz?
1- Evet (besliyorsanız nedir:.....) 2- Hayır
- 30- Evinizde ısınma aracı olarak ne kullanıyorsunuz?
1- Soba 2- Kalorifer 3- Diğer:
- 31- Evinizde yakıt olarak ne kullanıyorsunuz?
.....
- 32- Evinizde yemek pişirme aracı olarak ne kullanıyorsunuz?
.....
- 33- Evinizde buzdolabı var mı? 1- Var 2- Yok
- 34- Evinizde yiyeceklerinizi saklama yeriniz neresidir?
1) Buzdolabı
2) Buzdolabı dışı telli dolap
3) İçeride açıkta
4) Dışarıda açıkta
5) Diğer:
- 35- Evinizde radyo var mı?
1- Var 2- Yok
- 36- Evinizde televizyon var mı?
1- Var 2- Yok
- 37- Sizce hanenizin(evinizin) ya da evinizde yaşayanların en önemli sorunu nedir?
.....
- 38- Sigara içiyor musunuz?
1-Evet, Her gün günde en az 1 tane olmak üzere içiyorum
2-Evet, ara sıra içiyorum
3-İçiyordum, bıraktım
4-Hiç içmedim

- 39- Günde içilen sigara sayısı:..... adet
- 40- Kaç yıldır sigara içiyorsunuz: yıl
- 41- Alkollü içki kullanıyor musunuz?
- 1-Evet, kullanıyorum ()Haftada en az bir-iki kez ()Ayda en az bir-iki kez
()Yılda en az bir-iki kez ()Yılda birden az
- 2-Kullanıyordum, bıraktım
- 3-Hiç kullanmadım
- 42- Hayatınız boyunca hiç şiddete (dayak, küfür, hakaret, zorla cinsel ilişki gibi) maruz kaldınız mı? 1- Evet 2- Hayır
- 43- Şiddete maruz kaldıysanız ne tür bir şiddet gördünüz? (Birden fazla cevap işaretlenebilir).
- 1- Fiziksel (dayak) 2- Sözel (küfür, hakaret vs.) 3-Sarkıntılık ya da cinsel taciz
- 4- Cinsel ilişkiye zorlanma 5- Diğer (açıklayınız).....
- Size şiddet uygulayan kişi kimdi:
- 44- Son bir yıl içerisinde hiç şiddete maruz kaldınız mı?
- 1- Evet 2- Hayır
- 45- Son bir yıl içerisinde;
- a. Başka birinden dayak yediniz mi?
- 1- Evet (kimdi:.....) 2-Hayır
- b. Küfür ya da hakarete maruz kaldınız mı?
- 1- Evet (kimdi:.....) 2-Hayır
- c. Zorla maaşınız ya da paranız alındı mı?
- 1- Evet (kimdi:.....) 2-Hayır
- d. Cinsel ilişki için zorlandınız mı?
- 1- Evet (kimdi:.....) 2-Hayır
- e. Sarkıntılık ya da cinsel tacize uğradınız mı?
- 1- Evet (kimdi:.....) 2-Hayır
- f. Diğer (Açıklayınız:.....)
- 46- İlk evlenme yaşıınız:..... yaş
- 47- Kaç kez gebe kaldınız?..... kez () Hiç gebe kalmamış ise belirtiniz
- 48- İlk gebelik yaşıınız:..... yaş
- 49- Son gebelik yaşıınız:..... yaş
- 50- Son doğum yaptığınız yer:
- 1-Evde sağlık personeli yardımı ile
2-Evde kendi kendine ya da araabe yardımı ile
3-Hastanede
4-Diğer (Açıklayınız:.....)
- 51- Doğurduğunuz canlı çocuk sayısı?..... çocuk
- 52- Yaşayan çocuk sayınız?..... çocuk
- 53- Toplam ölü doğum sayınız?..... adet
- 54- Toplam düşük sayınız?..... adet
- 55- Toplam istemli düşük sayınız? (Aldırdığınız ya da herhangi bir yöntem kullanarak ve isteyerek düşürdüğünüz çocuk sayısı) adet
- 56- Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 1- İyi 2- Orta 3- Kötü
- 57- Sağlığınızın kötüye gittiğini hissettiğinizde ne yaparsınız?
-
- 58- Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz?
- 1- Evet 2- Hayır
- 59- Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?
- 1- Evet 2- Hayır
- 60- Sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb...) kolayca ulaşabiliyor musunuz?
- 1- Evet 2- Hayır
- 61- Herhangi bir kronik hastalığınız (devamlı) var mı?
- 1- Var (nedir:.....) 2- Yok

- 62- Herhangi bir ruhsal/psikolojik hastalığınız var mı?
1- Var (nedir:.....) 2- Yok
- 63- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (haftada en az 3 gün ve günde yarım saat olmak üzere yapılan fiziksel aktiviteler (yürüyüş, koşma, bisiklete binme, yüzme vb) düzenli fiziksel aktivite olarak değerlendirilecektir)
1- Evet (..... kez/hafta) 2- Hayır
- 64- Günde kaç öğün yemek yersiniz?..... öğün
- 65- Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır 3- Her zaman değil
- 66- Dinlenme için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır
- 67- Boy:..... cm
- 68- Kilo:..... kg

İKİNCİ BÖLÜM

Aşağıdaki ankette, şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve soruları atlamamaya özen gösteriniz.

Lütfen aşağıdaki tabloda soruların karşısında size uygun gelen 4 kutucuktan birisini (X) işareti ile cevaplayınız

Sıra No	GÖRÜŞLER	Zaman	Bazen	Sık Sık	Olarak
1.	Sabahları kahvaltı ederim.	1	2	3	4
2.	Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	1	2	3	4
3.	Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	1	2	3	4
4.	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	1	2	3	4
5.	Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.	1	2	3	4
6.	Her gün dört besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	1	2	3	4
7.	Kendimi beğenirim.	1	2	3	4
8.	Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.	1	2	3	4
9.	Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.	1	2	3	4
10.	Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	1	2	3	4
11.	Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	1	2	3	4
12.	Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.	1	2	3	4
13.	Geleceğe ümitle bakarım.	1	2	3	4
14.	Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.	1	2	3	4
15.	Kendi başarılarımla övünürüm.	1	2	3	4
16.	Her günü ilginç, mücadeleye değer bulurum.	1	2	3	4
17.	Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.	1	2	3	4
18.	Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.	1	2	3	4
19.	Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
20.	Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	1	2	3	4
21.	Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	1	2	3	4

Sıra No	GÖRÜŞLER	Zaman	Bazen	Sık Sık	Olarak
22.	Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	1	2	3	4
23.	Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	1	2	3	4
24.	Sağlığımı ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	1	2	3	4
25.	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	1	2	3	4
26.	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.	1	2	3	4
27.	Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	1	2	3	4
28.	Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	1	2	3	4
29.	Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.	1	2	3	4
30.	Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.	1	2	3	4
31.	Haftada en az üç kez 20 dk.Yoğun egzersiz yaparım.	1	2	3	4
32.	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.	1	2	3	4
33.	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	1	2	3	4
34.	Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.	1	2	3	4
35.	Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.	1	2	3	4
36.	Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.	1	2	3	4
37.	Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.	1	2	3	4
38.	İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.	1	2	3	4
39.	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.	1	2	3	4
40.	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	1	2	3	4
41.	Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	1	2	3	4
42.	Her gün rahatlamak için kendime zaman ayırırım.	1	2	3	4
43.	Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	1	2	3	4
44.	Her gün rahatlamak ve gevşemek için kendime 15-20 dk.zaman ayırırım.	1	2	3	4
45.	Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim.	1	2	3	4
46.	Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.	1	2	3	4
47.	Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.	1	2	3	4
48.	Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.	1	2	3	4

EL-2

T.C.
TUNCELİ VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

Sayı :B104ISM4620025

Konu : Dilekçeniz.



09.08.2010

Sn:Ayşe ÇALMAZ
Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği

TUNCELİ

09.08. 10 6007

İlgi:09/08/2010 tarih ve 7358 sayılı dilekçeniz.

Tunceli ili kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlara anket yapma isteğinize ait ilgi tarih ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, talebiniz Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. İker ZORLU
Sağlık Müdür Yrd.

EK-3

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Etik Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı

ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÖZÜ
24.08.2010	08	08	Ayşe ÇALMAZ

KARAR

“Tunceli Kent Merkezinde Yaşayan 15- 49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık, Sosyal ve Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” konulu yüksek lisans tez çalışması etik değerlendirme komisyonumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Başkan	Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR		İmza
Doç. Dr. Engin ŞAHNA (Başkan Yardımcısı)	İmza	Doç. Dr. Yaşar ŞEN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Refik AYTEN (Üye)	İmza	Doç. Dr. Erol KELEŞ (Üye)	İmza
Yrd. Doç. Dr. Oktay BELHAN (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin KAYA (Üye)	İmza
Yrd. Doç. Dr. Mete ÖZCAN (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Dilara KAMAN (Üye)	İmza

9. ÖZGEÇMİŞ

Çorum 1985 doğumluyum. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimimi Çorum’da tamamladım. Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden 2007 yılında mezun oldum. 2010 yılında Tunceli Devlet Hastanesinde hemşire olarak göreve başladım. Halen Tunceli Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Yabancı dilim İngilizcedir. Evliyim.