

163641

TC.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME  
DAVRANIŞLARI ve ETKİLEYEN ETMENLERİN  
İNCELENMESİ**

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYSEL GÖNÜLAL

Danışman Öğretim Üyesi

Prof Dr. Zuhar BAHAR

163641

İZMİR - 2005

“Yaşlıların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”  
isimli bu tez 01.07.2005 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı  
bulunmuştur.



**Jüri Başkanı**

**Prof. Dr. Zuhul BAHAR**



**Jüri Üyesi**

**Doç. Dr. Besti ÜSTÜN**



**Jüri Üyesi**

**Yard. Doç. Sevgi KIZILCI**

## TEŐEKKÜR

Bu çalışmanın tüm aőamalarında değerli katkılarını esirgemeyen danıőmanım Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a, destekleri için Doç. Dr. Betsi ÜSTÜN, Yard. Doç Sevgi KILIZCI ve Yard. Doç. Dr. Ayőe BEŞER'e, Zübeyde Hanım Huzurevi çalıőanlarına, arkadaőlarıma ve eğitim almamda en büyük desteği veren anneme teőekkür ediyorum

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler .....	I
Şekiller Dizini .....	IV
Tablolar Dizini .....	IV
Özet .....	VII
Summary .....	VIII

## GİRİŞ

	Sayfa No
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığı Koruma, Geliştirme ve Hemşirelik.....	7
2.1.1. Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri.....	12
2.1.1.1. Pender’ın Sağlığı Geliştirme Modeli.....	12
2.1.1.2. Pender’in Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama ve Modifiye Edici Faktörler .....	14
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	20
2.2.1. Kişilerarası Destek.....	23
2.2.2. Beslenme .....	24
2.2.3. Sağlık Sorumluluğu .....	27
2.2.4. Egzersiz.....	28

2.2.5. Stres Yönetimi.....	30
2.2.5.1. Stresle baş etme Yöntemleri .....	32
2.2.6. Kendini Gerçekleştirme .....	33

## BÖLÜM III

### GEREÇ VE YÖNTEM

	Sayfa No
3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yer .....	36
3.3. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi .....	36
3.4. Veri Toplama Araçları.....	36
3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu .....	37
3.4.2. Sağlık Durumunu Algılama Soruları .....	37
3.4.3. Standardize Mini Mental Test.....	37
3.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	38
(Health Promotion Lifestyle Profile)	
3.4.5. Yaşlıların Beden Kitle İndeksleri .....	40
3.5. Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması .....	40
3.6. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri .....	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	40
3.8. Araştırmanın Zamanı .....	40

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Sayfa No:

4.1. Yaşlıların Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenler.....	41
4.2. Yaşlıların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenler İncelenmesi.....	44

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

Sayfa No:

5.1. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	51
5.1.1 Kişilerarası Destek.....	51
5.1.2. Beslenme.....	52
5.1.3. Sağlık Sorumluluğu.....	53
5.1.4. Egzersiz.....	53
5.1.5. Stresle baş etme.....	54
5.1.6. Kendini Gerçekleştirme.....	54
5.2. Yaşlıların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Bazı Sosyodemografik Verilerle İlişkisi.....	56
5.2.1.Cinsiyet.....	56
5.2.2 Yaş.....	56
5.2.3. Medeni Durumu.....	57

5.2.4 Eğitim Düzeyi.....	57
5.2.5.Sigara Kullanma Durumu .....	57
5.2.6. Sağlık Durumunu Algılama .....	58
5.2.7. Beden Kitle İndeksi .....	58

## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR.....	60
6.2. ÖNERİLER .....	62

### ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Yaşlıların Sağlığını Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler.....	11
Şekil 2. Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	13
Şekil 3. Stresle Başetme Yolları.....	32
Şekil 4. Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri.....	34

### TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Farklı Çalışmalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	22
Tablo 2. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41

<b>Tablo 3. Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımları.....</b>	<b>42</b>
<b>Tablo 4. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı.....</b>	<b>43</b>
<b>Tablo 5. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı .....</b>	<b>44</b>
<b>Tablo 6. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 7. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....</b>	<b>46</b>
<b>Tablo 8. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....</b>	<b>47</b>
<b>Tablo 9. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamasının Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>48</b>
<b>Tablo 10. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı..</b>	<b>49</b>
<b>Tablo 11. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Beden kitle İndekslerine Göre Dağılımı .....</b>	<b>50</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>63</b>
<b>EKLER</b>	
<b>Ek I. Mini Mental Test.....</b>	<b>72</b>
<b>Ek II. Sosyodemografik Veri Toplama Formu .....</b>	<b>75</b>
<b>Ek III. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği .....</b>	<b>77</b>



( Health Promotion Lifestyle Profile)

**Ek IV. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerine  
Verdikleri Yanıtlara Göre Madde Puan Ortalamaları Dağılımı ..... 79**



## YAŞLILARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI ve ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

### ÖZET

Bu çalışma yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevinde yaşayan yaşlılar oluşturmaktadır. Kurum ve yaşlılardan izin alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve Mini Mental Testten 24-30 arası puan alan 125 yaşlı çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan “sosyodemografik veri toplama formu”, “sağlık durumunu algılama sorusu”, Standardize Mini Mental Test ve Akça tarafından geçerlilik güvenirliği yapılmış olan Pender’ın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizi, t testi, varyans ve tukey analiz testi ile değerlendirilmiştir.

Elde edilen verilere göre; yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanı orta düzeyde bulunmuştur ( $126\pm 12,71$ ). Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt ölçeklerinden en yüksek puan ortalaması kişiler arası destek alt ölçeği ( $24.32\pm 3.61$ ) ve en düşük puan ortalaması ise egzersiz alt ölçeğinde ( $12.33\pm 5.21$ ) saptanmıştır.

Yaşlıların cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Yaşlıların sağlık davranışlarını, sağlık algılamalarını, sağlık davranışlarında etkili olabilen kültürel özellikleri belirlemesi önemlidir. Böylece hemşireler yaşlıların sağlıklarını koruma ve geliştirmeye ilişkin girişimlerini etkin kullanabilirler.

**Anahtar kelimeler:** sağlığı geliştirme, yaşlı ve hemşire

## **HEALTH PROMOTING BEHAVIORS OF THE ELDERLY AND FACTORS DETERMINING THESE BEHAVIORS**

### **ABSTRACT**

This is a descriptive study and aimed to investigate health promoting behaviors of the elderly and factors determining these behaviors.

The study was performed on old people staying at Zübeyde Hanım Old People's Home. One hundred and twenty-five old people who received 24-30 from Mini Mental Test were included in the study sample. All subjects gave informed consent and approval was obtained from Zübeyde Hanım Old People's Home. Data were collected using a sociodemographic data form, developed by the researcher, a health perception questionnaire, Standardized Mini Mental Test and Pender's Healthy Life Style Behaviors Scale, found to be reliable and valid for Turkish population by Akça.

Data were analyzed by using t test and variance and tukey analyses. As a result, the elderly received moderate scores from Healthy Life Style Behaviors scale ( $126 \pm 12,71$ ). The elderly got the highest scores on the subscale of interpersonal support ( $24.32 \pm 3.61$ ) and the lowest score on the subscale of exercise ( $12.33 \pm 5.21$ ).

There was no significant relation between gender and age and the scores of Healthy Life Style Behaviors Scale and its subscales ( $p > 0.05$ ).

It is of importance that health behaviors and perceived health status of the elderly and cultural elements which affect their health behaviors. Thus, nurses make vigorous attempts to protect and promote health behaviors of the elderly.

**Key Words:** health promotion, the elderly and nurses.

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık, 19. yüzyılın ortalarında hemşireliğin temel amacı olarak ortaya çıkmış ve hemşirelik bilgisinin özü olarak görülmüştür. Sağlık, evrensel bir kavram olmasına rağmen, herkesin kabul ettiği bir tanımı bulunmamaktadır. Sağlıkın tanımı; bireysel görüşler, farklı yaş grupları, cinsiyet, ırk ve kültür arasında değişebilmektedir. Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı sağlık üzerine odaklanmıştır. Bunun sonucu olarak hemşire kuramcı ve araştırmacılar; sağlık, sağlık davranışları ve sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalara önem vermektedir (Potter ve Perry, 1995; Pender, 1987; Smith ve Maurer, 2000; Resnick, 2003; Sheridan ve Radmacher, 1992; Velioğlu, 1999; Wang, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “sadece hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönde tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, sağlığın bu tanımı, hastalıkların kronikleşmesinin artması ile yaşam süresinin daha uzun olduğu günümüzde gerçekçi görünmemektedir. Toplumlarda doğuştan beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması ile nüfusun yaşlanması biçiminde bir demografik değişim ve ileri yaşlarda yaşam kalitesinin sürdürülmesi olgusu yaşanmaktadır. Günümüzde yaşlı sayısının artması nedeniyle yaşlılık üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Dünya genelinde 1900-1990 yılları arasında toplam nüfus üç kat artarken 65 yaş üzeri nüfus on kat artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 raporunda 2025 yılına gelindiğinde yaşlı insanların sayısının 800 milyonu aşacağı, bunların üçte ikisinin de gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı bildirilmektedir. Dünya nüfusunun %7.3'ünün 2010 yılında 65 yaşın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2002). Dünyadaki yaşlı nüfus artışına paralel olarak Türkiye’de de yaşlı nüfusu hızla artmakta, 65 yaş ve üstü nüfus oranı 1990-2003 döneminde % 4.3’den % 8’e yükselmiştir. Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlar için; 70,9 erkekler için; 66,2 genel nüfus için ise 68,5 yıldır (DİE, 2002). Doğuştan beklenen yaşam süresi dünyanın birçok yerinde farklılık göstermektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artışı ile

kronik hastalıkla ve sakatlıkla yaşanan süre de artmaktadır (Healthy Aging, 2001; ICN, 2001).

Yaşlılık yaşam sürecinde gelişme ve olgunlaşmayı takip eden, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin en üst düzeyde görüldüğü fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıktığı bir evre olarak kabul edilmektedir (Wang, 2001; Akgün, Bakar ve Budakkoğlu, 2004). Bununla birlikte yaşlılık büyüme ve olgunlaşma döneminden sonra bireyin psikososyal ve entelektüel fonksiyonlarında belirgin yetersizliklerin olduğu dönem olarak tanımlanmaktadır. Bir olgunluk dönemi olarak kabul edilse de yaşlılıkta kronolojik ve biyolojik yaşlanmanın etkileri ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık yaşamın her boyutunda yaygın bir kayıp duygusunun yaşandığı, bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden bağımsızlıklarını yitirip, yeniden bağımlı duruma geçtikleri bir dönem olarak da tanımlanmaktadır (Wang, 2001).

Yaşlıların toplum içindeki statüleri, toplumun uygarlık düzeyinden çok kültürüne göre değişmektedir. Tarih boyunca yaşlılarla ilgili hizmetler dinsel ve kültürel düşünce hareketleri toplumda ki refah düzeyine koşut olarak gelişmiştir. Endüstrileşme; toplumun sosyal yapısında önemli değişmelere yol açmıştır. Eskiden 'ata' ve 'otorite' olan yaşlılar, toplumsal prestijini kaybetmeye başlamıştır. Sosyal birim olan aile de bu değişimlerden etkilenerek, geniş aile tipinden, çekirdek aile tipine dönüştüğünden, yaşlı 'son mercii' olmaktan çıkmış, etrafına yük olarak görülmeye başlamıştır. Sosyal güvenliği olan bireylerde emeklilik gelirinde azalma nedeniyle geçim koşulları zorlaşmakta, yaşlılığın doğası gereği sık sık hastalığa maruz kalmaktadır. Sağlık, diyet, ısınma vb. masraflarının artması sonucunda daha çok ekonomik desteğe gereksinim duymaktadırlar (Dönümcü, 2003). Dünyadaki tüm insanlar için; sağlıklı yaşamı koruma ve sürdürme, insan ömründe sağlıklı olarak yaşanan yılları arttırma, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini güçlendirme, aktif ve üretici yaşlılık ve başarılı yaşlanma olanakları arttırmaktır. Sağlıklı yaşlanma kavramında sadece hastalığın olmaması değil, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal olarak sağlıklı olma da yer almaktadır. Sağlıklı yaşlanma hedefine yönelik stratejiler; 1) sağlık davranışlarını benimseyerek fiziksel ve mental işlevselliği sürdürmek ve güçlendirmek için girişimlerde bulunmayı, 2) aktif ve üretici olmayı, 3) toplum içinde olmayı ve toplumsal katılımı, 4) anlamlı kişiler arası ilişkileri sürdürmeyi içermektedir (Wang, 2001). Bu noktada yaşlı bireylerde sağlığı geliştirme; maliyeti azaltma ve yaşam kalitesini arttırmada önem kazanmaktadır (Resnick, 2003; Wang, 2001).

Kopenhag' da DSÖ 48. Avrupa Bölge Toplantısında “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” sloganı kabul edilmiş ve 2015 yılına kadar insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi amaçlanmıştır (DSÖ, 1998). DSÖ tarafından 1999 yılında “Sağlıklı Yaşlanma Deklerasyonu” yayınlanmış, “Herkes İçin Sağlık Hedefleri” listesinde “Sağlıklı Yaşlanma/Yaşanan Yıllara Yaşam katılması” hedefi yer almıştır. Herkes İçin Sağlık eylemlerinin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada'nın Ottawa şehrinde “I. Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiş ve bu konferansta **sağlığı geliştirme**; “İnsanların sağlıkları üzerinde kontrolünü arttırma gücünü kazanma süreci” olarak tanımlanmıştır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir. Sağlığı geliştirme süreci, daha iyi sağlığa ulaşmak için öncelikleri ortaya koyma, karar alma, stratejileri planlama ve uygulamada halk ile birlikte çalışmayı gerektirmektedir. Bu sürecin merkezinde, toplumun kendi çabası yer almaktadır. Sağlığı geliştirme süreci, sağlık için eğitim sağlama ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleriyle, bireyi kişisel ve sosyal yönden desteklemektir (DSÖ,1986).

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için çaba harcamaktadır. Hastalığı önleme ve sağlığı geliştirmenin amacı; yaşam kalitesini artırmak, erken ölümleri önlemek ve kalan yaşamın daha kaliteli yaşanmasını sağlamaktır (Pender, 1987; Shinitzky ve Kub, 2001). Bireylerin yaşam sürelerinin uzaması nedeni ile sağlığı geliştirme aktivitelerine, yaşam kalitesini artırmaya ve bağımsız fonksiyonlarının devam ettirilmesine ilgi son yıllarda artmıştır (Resnick, 2003).

Sağlığın geliştirilmesi; bireylerin potansiyellerini en yüksek seviyeye çıkararak, sağlıklarının gelişmesi için onlara yardım etme süreci olarak tanımlanmıştır (Pender, 1987). Bireylerin sağlık durumlarını olumlu ya da olumsuz yönde değiştirme sorumluluğu kendisinde bulunmaktadır. Bireyin sağlığı geliştiren davranışlara katılımı için bilinçli çabası ve sağlık personeli tarafından motive edilmelerinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Walker, Sechrist ve Pender, 1987). Sağlıklı yaşam için bireyin sağlığı geliştiren davranışları yapması, uygun çevre ve sosyal ortamın bulunması gerekmektedir. Sağlıklı yaşam bir insan hakkı olarak belirtilmektedir. Sağlık göstergelerinde, gelişmiş ülkeler ile

az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (Shinitzky ve Kub, 2001).

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak hemşirenin rolü değişmiş ve gelişmiştir. Halk sağlığı hemşiresinin insanlarla ilişkisi, sağlıklı bireylerin sağlığının sürdürülmesi, oluşabilecek sağlık risklerinin önlenmesi, hastalıkları erken dönemde tanımlamak, iyileştirme ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren bir hizmet örüntüsünü gerektirmektedir (Shinitzky ve Kub, 2001). Bu nedenle temel sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşireleri önemli roller üstlenmektedir (Dirican ve Bilgel, 1993; Easom, 2003).

Yaşlılar değişen topluma uyum sağlamakta zorlanan gruplar arasında yer almaktadır. Hemşirelerin yaşlıların gereksinimlerini belirlemeleri ve yaşlılarla ilgili olarak diğer disiplinlerle işbirliği içinde kapsamlı yerel özellikleri saptayacak çalışmalar yapması ve gelecekteki planlamalara aktif katılması gerekmektedir. Hemşirelerin temel sorumlulukları, sağlığı yükseltmek, hastalıkları önlemek, hastalığı tedavi etmek ve acıyı dindirmektir. Bu temel sorumluluklar çerçevesinde yaşlı grupla ilgili olarak hemşirelerden beklenen görevler, yaşlının sağlığının korunması, geliştirilmesi sağlık problemlerinin ve gereksinimlerinin saptanması, bu konuda aktiviteler planlaması, yaşlıya bakım veren bireylerin ve yaşlıların biyopsikososyal yönden desteklenmesi olarak sıralanmaktadır.

Türkiye de hemşireler; Aştı (2002) çeşitli yönleri ile geriatrik bakım; bakım hizmetleri ve hemşirenin rolü, Erdemir (2002) sağlıklı yaşlı ve yaşlılıkta yaşam kalitesinin önemi, (2002); Gözüm (2002); Karadokovan (2002) II. ve III. basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bakımı, Akdemir (2002) yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesi, Akgün (2001) huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları yalnızlık duygularının, yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği, Karaca (2003) psikososyal gereksinimler ölçeğinin alt boyutları, aletli ve aletsiz günlük yaşam aktiviteleri, yaş ve mevcut sağlığı algılama arasında anlamlı ilişkiler olduğunu, Aksüllü (2002) kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörlerini; maddi durum, fonksiyonel yetersizlikler, kronik hastalıklar, ev yada huzurevinde kalma durumunun etkilediğini ve sosyal destek eksikliğinin ise depresyonu arttırdığını, Turan (2001) hastaneden taburcu olan yaşlı bireylerin ev yaşamında, % 48' inin bağımlı ya da yarı bağımlı olduğu ve en çok yardımcı



yaşam aktivitelerinde desteğe gereksinim duyduklarını, Khorshid ve arkadaşları (2004) huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerini; eğitimin, gelir düzeyinin ve ziyaretçisi olma durumunun etkilediğini, Üstün ve arkadaşları (2005) bakımevinde yaşayan yaşlılara verilen hemşirelik bakımının depresyon puanını düşürdüğünü, Gülseren ve arkadaşları (2000) yaşlıların ekonomik durumunun kötü olması sosyal desteğini olmaması ve huzurevinde geçirdikleri sürenin uzaması ile yaşam kalitelerinin bozulduğunu, Birtane ve arkadaşları (2000) huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini, kronik hastalıklar, yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı, sosyal izolasyon, bilişsel bozuklukların yaşam kalitesini etkilediğini inceleyen bir çok araştırma yapılmıştır. Bununla birlikte; ülkemizde yaşlı bireylerin sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres, egzersiz ve beslenme yönetimi gibi sağlığı geliştiren davranışlarına yönelik çalışmaların yanı sıra sağlığı geliştirici programlar yetersiz bulunmaktadır.

Wang (2001) ve (1999) Tayvanlı yaşlı köylü kadınlarda, Siks (2000) evde ve hastanede bakım alan Amerikalı yaşlılarda, Sennott-Miller, May ve Miller (1998) Amerikanın kırsal alanında yaşayan İspanyol ve Anglo' lu yaşlılarda, Easom, (2003) Amerikalı yaşlılarda, Sohng, Sohng ve Yeom, (2002); Koreli göçmen yaşlılarda, Gu ve Eun, (2002); 20-70 yaş arası Koreliler de, Carlson (2000); Amerika' da yaşayan İspanyollarda, Resnick (2000) ve (2003) yıllarında huzurevinde yaşayan Amerikalı yaşlılarla ve Song, June, Kim, Jeon (2004) huzurevinde yaşayan Koreli yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını inceleyen araştırmalar yapmışlardır. Türkiye' de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve etkileyen etmenleri tanımlayan, Esin (1997) endüstride çalışan işçiler, Akça (1998) öğretim görevlileri, Tokgöz (2002) kadın öğretim görevlileri, Erbaş, Bekar, Gölbaşı (2004) 40-60 yaş grubu menopozal dönemdeki kadınlarda, Bahar ve arkadaşları (2004) hemşirelik öğrencileri gibi farklı gruplarda araştırmalar yapmışlardır. Sağlığı geliştirme programlarını uygulamadan önce bireyin sağlığı geliştirme davranışlarının tanımlanması gerekmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin bu alanda önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirenin öncelikli görevi; sağlığın korunması ve geliştirilmesi olmakla birlikte, bu işlevini hizmet verdiği bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlamaktır. Bireylere sağlık davranışı sağlığı geliştirme programları ile kazandırılmaktadır. Ancak bu programlarının oluşturulabilmesi için toplum gruplarının sağlık davranışlarını belirleyecek tanımlayıcı çalışmalara sağlık kapasitelerinin belirlenmesine gereksinim olduğu belirtilmiştir (Pender, 1987). Bu çalışma yaşlıların



sağlığı geliştirimci davranışlarını ve etkileyen etmenlerin belirlenerek yaşlı sağlığı geliştirme programlarına temel oluşturmak amaçlanmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma; yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### **Araştırma Soruları;**

1. Sosyodemografik değişkenlere göre (yaş, medeni durum, cinsiyet...) sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark var mıdır ?
2. Yaşlıların, sağlığı algılama durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark var mıdır?
3. Yaşlıların, olumsuz sağlık davranışlarından sigara kullanma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark var mıdır ?
4. Yaşlıların, beden kitle indekslerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark var mıdır ?

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Sağlığı Koruma, Geliştirme ve Hemşirelik

Halk sağlığı hemşiresinin insanlarla ilişkisi, sağlıklı bireylerin sağlığını sürdürmesi oluşabilecek risklerin önlenmesi, hastalıkların en erken dönemde fark edilmesi ve iyileştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamı gerekmektedir. Hemşireler toplumla işbirliği içinde okulda evde, iş yerinde sağlık kuruluşlarında bakım evlerinde bireylere hizmet vermektedirler. Hemşireler toplumda ki risk gruplarının belirlenmesi ve bu risk gruplarına yönelik hizmet verilmesinde önemli roller üstlenmektedirler. Hemşireler sağlığı geliştirebilmek için; birey ve ailenin sağlık durumunu değerlendirmek (bireyin sağlığı için olası riskler, mevcut sağlıkla ilgili davranış şekilleri, değerleri, inançları) bireyin sağlıkla ilgili kararlarında savunuculuk (bireyi destekleme ve bilgilendirme) vaka yöneticisi (hizmet gereksinimini tanımlayıp, bakım planı uygulama ve değerlendirme) danışmanlık, öz bakımın geliştirilmesi, eğitim (sağlığı geliştirmeyi öğretme, hastalığı önlemeyi öğretme, hastalıkla baş etmeyi öğretme) gibi bilgi ve becerilerini kullanmaları gerekmektedir (Resnick, 2003).

Temel Sağlık Hizmetlerine göre bakım hizmetleri tedaviden çok hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi ve sağlığın geliştirilmesi üzerine yoğunlaştırılmalıdır. Bu nedenle DSÖ Avrupa Bölge Ofisi sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi, hizmetlerin yeterli, herkes tarafından ulaşılabilir ve kabul edilebilir bir olmasının sağlanması için “Herkes İçin Sağlık” hedefi ve stratejilerini tanımlamıştır. Sağlık alanında ülkeler arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi, sağlık bakım sisteminin yeniden gözden geçirilmesi, politika, yönetim ve personel ile istenilen değişikliklerin başarılması için, DSÖ ülkelerin sağlık sisteminde değişiklik öneren çalışmalar başlatılmıştır (Dirican ve Bilgel, 1993; Fişek, 1983). Sağlık Hizmetlerini geliştirmek ve dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerini iyileştirmek için düşünülen çözüm önerilerinin tartışıldığı bir toplantı olarak yapılan Alma-Ata Konferansında (1978) Sağlık Hizmetlerinin sorunları tartışılmış ve “uluslar arası sağlık sözleşmesi” imzalanmış, DSÖ tarihinde ve sağlıkla ilgili uluslar arası ilişkilerde bir dönüm noktası olmuştur (Belek, 1998; Whitehead, 1992).

Herkes İçin Sağlık Eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında düzenlenen “1. Uluslar arası Sağlık Geliştirilmesi” konferansında sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir. Bunlar;

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

Sağlığın geliştirilmesi için belirlenen beş alanda da hemşirelerin etkili olabilecekleri belirtilmiştir (Imamura, 2002; Seviğ, 1998, Dirican,1993; Whitehead, 1992). Yaşlı bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını engelleyen etmenleri hemşirelerin azaltılabileceği belirtilmektedir (Easom,2003). Yaşlı yetişkinlerde sağlığı geliştirme, maliyeti azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada önemli yer almaktadır (Resnick, 2000; Resnick, 2003; Wang, 2001; Sohng, Sohng ve Yeom, 2002). Türkiye’de yaşlılarda sağlığı geliştirme üç nedenden önem taşımaktadır; 1) Toplum da yaşlı nüfusunda hızlı bir artış yaşanmaktadır. 2) Yaşlanma ile birlikte kronik hastalık insidansı ve prevalansı yükselmektedir. 3) Yaşlılar uzun vadeli bakım gerekmektedir ve maliyetleri artmaktadır (Erdemir, 2002; Truman, 2001).

Yaşlı sayısının hızla artması nedeniyle DSÖ, ülkelere yaşlanmakta olan insanların sağlıklarının geliştirilmesi ve sağlıklı yaşlanma için önerilerde bulunmaktadır. Bunlar;

- Yoksulluk, düşük okur-yazarlık oranı ve eğitimsizlik gibi faktörlerin saptanması,
- Alkol ve sigara kullanımının yaşam boyunca kontrol edilmesi,
- Yeterli ve sağlıklı gıda ile beslenmenin küçük yaşlarda itibaren dikkat edilmesi,
- Her yaşta egzersiz ve sporun desteklenmesi,
- Güvenli temiz çevrelerin yaratılması,
- Hastane ve sağlık kuruluşlarına, ilaç gözlük, koltuk değneği gibi destekleyici araçlara ulaşma imkânının artırılması,
- Zihin sağlığının desteklenmesi,
- Önlenebilir duyma yetersizlikleri ve körlüğün azaltılması,

- Yaşlı bakım kuruluşlarının artırılması ve bu kuruluşların hizmet kalitesinin artırılması gerekmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetlerine dayalı olarak yönlendirilmesi ülkeler arasındaki sağlık göstergelerindeki dengesizliği azaltmada önemli yer tutmaktadır (DSÖ, 1985). Temel sağlık hizmetleri felsefesine göre sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere önem verilmesi gerekmektedir (Loeb, Neill ve Gueldner, 2001). Birey ve gruplara sağlığı koruyucu hizmet üç düzeyde sunulmaktadır (Dirican ve Bilgel, 1993; Fişek, 1983; Öztekin, 1986).

**Birincil Koruma:** Sağlık probleminin oluşumunu engellemeyi içermektedir. Sağlığı geliştiren ve koruyan özel önlemleri kapsamaktadır. Bireyin sağlığının sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde sağlık eğitimi ve bireyin motivasyonu önemli yer tutmaktadır. Temiz içme suyu, sağlıklı konut, sıvı ve katı atıkların sağlığa zarar vermeyecek konuma getirilmesi gibi çevresel önlemleri, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasını, aile planlaması hizmetlerinin sunumu ve kişisel temizlik önlemlerinin alınmasını ve bunların hepsinin yapılması için sağlık eğitimi birincil koruma hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Bağışıklama vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önleme birincil koruma kapsamına girmektedir. Halk sağlığı hemşiresi, yaşlı insanların düşmelerini engelleyecek düzeneklerin kurulması ve bunların kullanılmasını sağlayarak yaşlının düşerek zarar görmesini önleyebilmektedir. Halk sağlığı hemşireleri potansiyel ihtiyaçları ve problemleri tahmin etmeli ve onların oluşmaması için programlar hazırlaması gerekmektedir. Kilolu veya zayıf bireylerin diyetlerini düzenleyen ve dengeli diyetin nasıl takip edileceğini öğreten halk sağlığı hemşiresi beslenme yetersizliğini önlemektedir. Madde, alkol ve sigaranın kötü kullanımını ve tehlikelerinin her yaş gurubuna öğreten eğitsel programların düzenlemesi gibi bir çok konu birincil koruma kapsamına ve halk sağlığı hemşiresinin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Özetle birincil koruma; bir sağlık probleminin oluşumunu önlemek için sağlıklı bireye sunulan sağlık hizmetler bütünü olarak belirtilmektedir (Fişek, 1983; Dirican, Bilgel, 1993; Öztekin, 1986) Birincil korumada yaşlıların en az yılda bir kez dışkıda gizli kan kontrolü, prostat muayenesi yaptırmaları önerilmektedir. Yaşlı kadınların meme kanseri taramaları için 40 yaş üzerindeki tüm kadınların yıllık mamogram yaptırmaları önerilmektedir (Resnick, 2000).

**İkincil Koruma:** Bu düzeyde alınacak koruma önlemleri erken tanı, uygun tedavi ve kalıcı sakatlıkların engellenmesini kapsamaktadır. Hastalığın başlangıç döneminde, ilk belirtilerin saptanabildiği dönemde uygulanacak olan erken tanı ve tedavi gibi koruyucu yöntemler, toplum yönünden, hastalığın söz konusu olmadığı dönemde alınan önlemler kadar önemli yer tutmaktadır (Fişek, 1983; Dirican, Bilgel, 1993; Öztekin, 1986). Halk sağlığı hemşiresi; toplumlarda yüksek-risk grubunu belirlemeli, kalp krizleri ve felci önlemek için erken tedaviye başlamayı, kanserin erken tanısı için kendi kendine meme ve testis muayenesinin öğretilmesini, papsmaer ve mamogram gibi tanı işlemlerin yapılmasına teşvik etmesi gerekmektedir (Resnick, 2001).

Birincil ve ikincil koruma; egzersiz katılımının artması, kolesterol düzeyinin düşürülmesi, güç denge ve esnekliğin artması, kırıkların azalması, myokard infarktüsü, serebrovasküler hastalıklar gibi tıbbi problemlerin azaltılmasına yardım etmektedir. Mamografik görüntüleme, papsmaer test, digital muayene ve prosatat büyüklüğünün görüntülenmesi ve kan örneklerinin yıllık değerlendirilmesi yaşlı yetişkinlerde mortalite ve morbitenin azalmasına yardım etmektedir Birincil ve ikincil koruma; aktivitelerinin olumlu sonuçlarına rağmen yaşlı yetişkinlerin bunlara katılımı oldukça düşüktür (Resnick,2000).

**Üçüncül Koruma:** Bu düzeydeki korumada, hastalık olgusunu durdurmak değil, hastalık sonucu bireyde oluşan anatomik ve fizyolojik değişiklikler ile ortaya çıkan sakatlığın bireyin yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmayı içermektedir (Dirican, Bilgel, 1993). Rehabilitasyonun amacı; hasta bireyin kalan gücünden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak ve onun topluma yük olmasını önlemeye çalışmaktır. Üçüncül korumada bireyin sadece bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini giderilmesine ve bireyin sosyal uyumunu sağlayacak sosyal rehabilitasyona özel bir önem verilmesi gerekmektedir. Sağlığı koruma ve geliştirme birbirinden farklı kavramlar olarak belirtilmektedir. Sağlığı koruma davranışları, hastalık olasılığını azaltmaya yönelirken, sağlığı geliştiren davranış kişinin sağlık düzeyini normal sınırlarda tutma ya da arttırmaya yönelik olarak tanımlanmaktadır (Dirican ve Bilgel, 1993; Pender, 1987). Sağlığı koruyan ve geliştiren bazı davranış örnekleri Şekil 1’ de gösterilmiştir

## Şekil 1. Yaşlıların Sağlığını Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler

<p><b>Düzenli yapılması gereken davranışlar</b></p> <p>Tansiyon kontrolü gibi periyodik muayeneler, Dışkıda gizli kan muayenesi, Pap- smear İki yılda bir göz muayenesi, 6-12 ayda bir diş muayenesi, Mamografi, prostat ve kendi kendine meme muayenesi, Yaşa uygun aşılanma, Sağlık problemlerinin değerlendirilmesi.</p> <p><b>Zararlı Alışkanlıklara yönelik davranışlar</b></p> <p>Sigara kullanılmaması, Alkol alınmaması veya azaltılması, Kolesterol ve yağdan düşük beslenme , Lifli diyet alınması, Tuzdan fakir diyet seçimi, Kafein alınmaması veya azaltılması, Dengeli diyet.</p> <p><b>Egzersize yönelik uygulamalar</b></p> <p>Haftada üç kez 2 dakika egzersiz yapma, Gecede 6-8 saat uyku uyumak, Boş zamanlarda eğlenceli aktivitelerde bulunmak,</p> <p><b>Diğer uygulamalar</b></p> <p>Emniyet kemeri takma, Güneş ışınlarından korunma, Günlük hijyenik uygulamalar Olumlu kişiler arası ilişkiler kurmak.</p>	<p><b>Kişiler arası destek</b></p> <p>Problemlerini başkaları ile tartışabilme, Dokunmaktan hoşlanma, Sevgiyi ifade edebilme.</p> <p><b>Beslenme</b></p> <p>GKM Bilinçli olunması, Günde üç öğün dört besin grubunu tüketme, Lifli besin tüketilmesi, Besin sanitasyonuna dikkat edilmesi.</p> <p><b>Sağlık sorumlulukları</b></p> <p>Şikayetlerini sağlık personeline bildirmesi, Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi, Sağlıkla ilgili yayın okuması, Çevre sağlığı programlarına katılması.</p> <p><b>Egzersiz</b></p> <p>Nabız kontrolü ile egzersiz yapma, Hafta en az 2-3 defa 20 dk. egzersiz yapma, Yeni aktiviteler yaratması.</p> <p><b>Stres Yönetimi</b></p> <p>Günlük gevşeme egzersizleri yapma, Stres kaynaklarının farkında olma, Yeterli uyuması ve düzenli egzersiz yapma, Stres kontrol yöntemlerini kullanması, Duyularını ifade etme.</p> <p><b>Kişinin kendi kendini gerçekleştirme</b></p> <p>Büyüme değişikliklerinin izlenmesi, Uzun dönemli hedefler geliştirilmesi, Gerçek hedeflerin belirlenmesi, Yaşamın amacını bilmesi, Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetmesi, Güçlü ve zayıf yanlarının farkında olması.</p>
--	--

Resnick,R.; (2003) "Health Promotion Practices of Older Adults: Model Testing" Public Health Nursing Vol.20, No.1.

### 2.1.1. Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri

Günümüz sağlık anlayışı, bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal varlığını bütüncül yaklaşım ile ele almaktadır. Bireyin sağlık davranışını geliştirmesi, benimsemesi uygulaması ile ilgili çeşitli modeller bulunmaktadır (Baltaş, 2000). Bu modellerde; Rogers (1984 ) tarafından geliştirilen sağlık davranışlarını motivasyonel etmenler açısından değerlendiren **Koruma Güdüsü Modeli**, Leventhal ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen **Kendini Dengeleme Modeli**, Tery ve arkadaşları tarafından (1993) geliştirilen **Planlı Davranış Modeli**, Schwarzer tarafından geliştirilen **Sağlık Eylem Süreci**, Weinstein (1988) tarafından geliştirilen **Sosyal Bilişsel Model**, Rosenstoch (1974), Becker ve Maiman (1975) tarafından, **Sağlık inanç modeli**, geliştirilmiştir. Bu model, bireyin inançları ve davranışları arasındaki ilişkiyi belirtmektedir (Smith ve Maurer, 2000). Sağlık İnanç Modelinde; bireylerin inançlarını etkileyen faktörler,

- Sağlık ve hastalığa ilişkin bireysel algılar,
- Sağlık ve hastalık ile ilgili deneyimler,
- Sosyokültürel özellikler,
- Yaş ve gelişimsel durum.

Bu model; hemşirenin hastanın algılarını, inançlarını ve davranışlarını etkileyen faktörleri anlamasına ve etkili bakımı planlamasına yardım etmektedir (Potter ve Perry, 1999)

#### 2.1.1.1. Pender’ın Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığın geliştirilmesi alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender’ ın Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır (Pender, Barbrauskas ve Hayman, 1992; Potter ve Perry, 1999). Pender tarafından sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilen bu modelde bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır (Pender, 1987; Pender, Barbrauskas ve Hayman, 1992; Pender ve arkadaşları, 1990; Walker, Sechirst ve Pender, 1987).

Sağlığı Geliştirme Modelinde “bilişsel-algısal” olarak belirtilen faktörler sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve devamında başlıca motive edici faktörler olarak



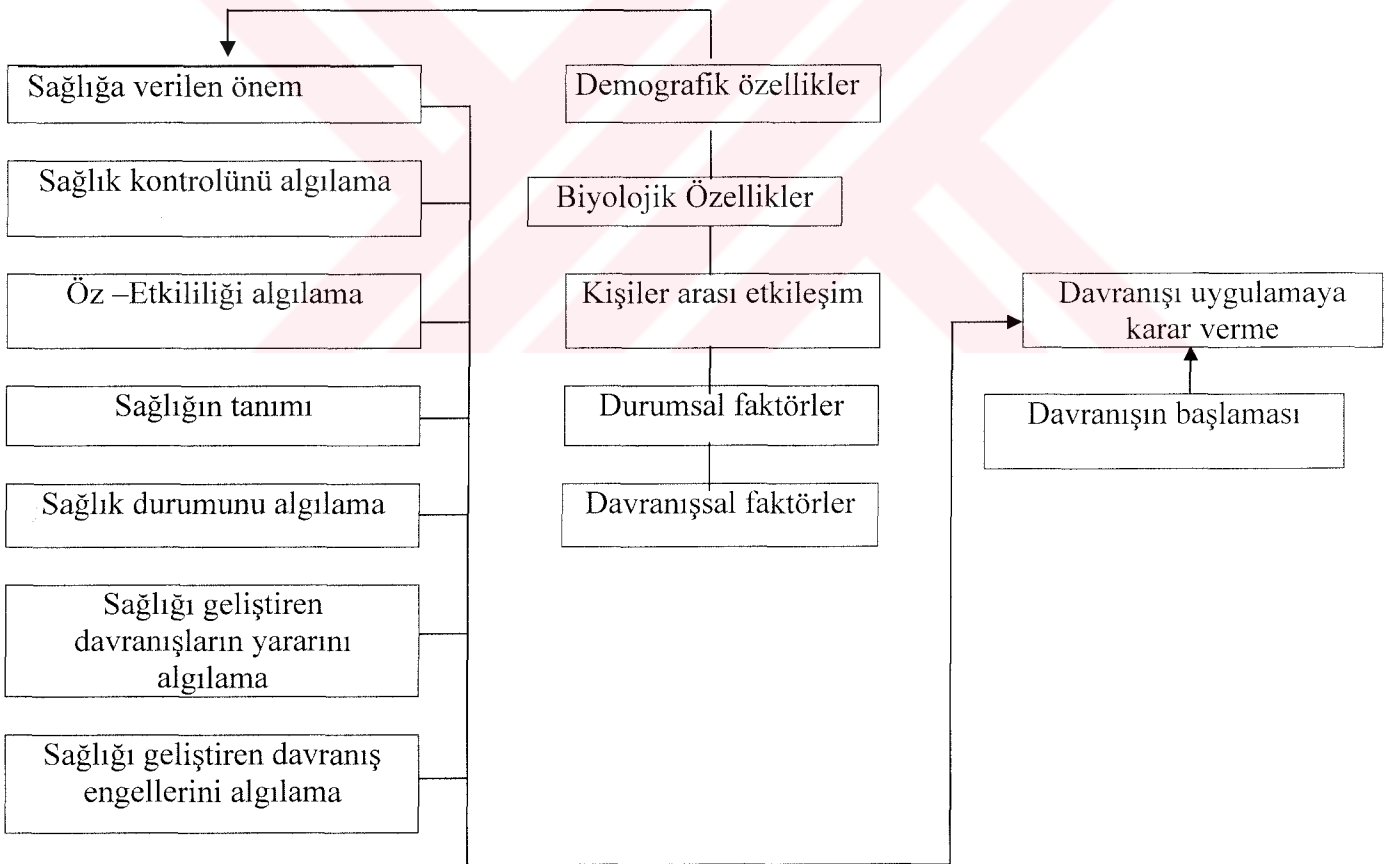
belirtilmektedir. Bu faktörler; “sağlığa verilen önem”, “öz etkililik ve yeterliliği algılama”, “sağlığın kontrolünü algılama”, “sağlık durumunu algılama”, “sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama”, “sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama” olarak sıralanmaktadır. Sağlığı Geliştirme Modelindeki bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizma olarak belirtilmektedir. 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 (Pender, Barbarauskas ve Hayman, 1992).

**Şekil 2. Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender 1987)**

**Bilişsel –Algılama Faktörleri Katılım**

**Modifiye Edici Faktörleri**

**Sağlığı Geliştiren Davranışlara**



Pender N. J. (1987). Health Promotion in nursing Practice . -2nd.ed. USA.



### 2.1.1.2 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama ve Modifiye Edici Faktörler

**a - Sağlığa verilen önem;** bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam ettirmesini önemli derecede etkilemektedir. Bu faktöre göre; birey sağlık probleminin olmadığını düşünüyor ise sağlığı geliştirmek için gerekli çabayı göstermeyecektir (Delaney 1994, Pender, 1987). Sağlığa verilen önem artıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artma olacağı belirtilmektedir (Esin, 1997; Tokgöz, 2002). Akça'nın (1998) çalışmasında öğretim %65.3'nün elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde sağlıklarına özen gösterdikleri saptamıştır. Esin' in (1997) çalışmasında bireyin yaşam amaçları içerisinde sağlığını hangi derecede gördüğünü belirlemek için 10 maddelik sağlığın önemi ölçeği kadınlara uygulanmıştır. Kadınlara sağlığa verdikleri önem puanı yüksek saptanmıştır. Sağlığa verilen önem artıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artığını saptamıştır. Bireyin sağlığa verdiği önemi bilmek, sağlığı geliştirme için uygulanacak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında önemli yer almaktadır (Pender ve arkadaşları 1990).

**b -Sağlık kontrolünü algılama;** bireyin sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi bireye yeni bir davranış kazandırmada önemli yer almaktadır. Bireyin sağlık kontrolü, içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır (Sheridan, Radmacher, 1992, Delaney, 1994) Bireyin sağlığının içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. Dışsal sağlık kontrolü ise bireyin sağlığı üzerindeki diğer kişilerin (aile bireyleri, arkadaş, hekim, hemşire....) etki düzeyini göstermektedir. şans etkisi ise bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (Pender ve arkadaşları 1990; Walker ve arkadaşları 1990; Bed ve Latter, 1998; Potter ve Perry 1995; Whitehead, 2001).

Pender çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile içsel sağlık kontrolü arasında pozitif, güçlü dışsal kontrol ve şans etkisi arasında negatif ilişki bulunmuştur (Pender ve arkadaşları 1990). Duffy, Rossow ve Hernandez, (1996) Meksika kökenli Amerika'da yaşayan kadınlar üzerinde yaptığı araştırmasında sağlıklı yaşama biçimi davranışları için varyansın %2,3'ünü dışsal sağlık kontrolü, %3,2'sini içsel sağlık kontrolü

değişkenlerinin açıkladığı ve bu değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkilediği bulunmuştur. Esin (1994) kadınların sağlık davranışlarını incelediği çalışmada içsel sağlık kontrolünün artması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi düzeyinin azalması ile de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanlarının azaldığını saptamıştır.

**c- Öz - Etkiliği Algılama;** öz-etkililik kavramı ilk kez Albert Bandura tarafından 1977 yılında “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysellik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Birey bir sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa, daha aktif davranır ve yaşamının seyrini kendisi belirleyebilmektedir. İnsan davranışları üzerinde etkili, bilişsel faktörlerden birisi olarak gösterilen öz –etkililik - yeterlilik; bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanmaktadır (Easom, 2003; Gözüm, 1999; Smith ve Maurer, 2000). Pender’e göre (1987) öz-etkililik, sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir Gözüm ve Aksayan (1999) çalışmasında öz-etkililik–yeterlik algısının sağlıklı yaşam biçimini davranışları üzerinde doğrudan en güçlü etkiye sahip değişken olduğu bulunmuştur. Sağlığı Geliştirme Modelinde; bireyin öz- etkililik- yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Easom, 2003). Duffy, Rossow ve Hernandez, (1996) Meksika kökenli Amerika’da yaşayan kadınlar üzerinde yaptığı araştırmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları için varyansın%7,5’ini öz-etkililik değişkeninin açıkladığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen en güçlü etmen olduğunu saptamıştır.

**d - Sağlığın tanımı;** günümüzde yaygın olarak DSÖ tarafından yapılan tanım kullanılmaktadır. Bu tanıma göre sağlık ; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel,sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olarak belirtilmektedir. Bu tanımda “iyilik” kavramının açılma güçlüğü ve “tam” in nasıl ölçülebileceği tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Sağlık değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Biyolojik bilimler sağlığı, beden her bir hücresinin en üst düzeyde fonksiyon görmesi ve hücreler arasındaki uyumun olduğu bir durum olarak tanımlar iken, davranış bilimleri ise, kişinin çevresiyle uyumu ve beklenmedik bir olay karşısındaki tepkisi olarak tanımlamaktadır. Sosyal bilimler ise sağlığı, bireyin sosyal rollerini yerine

getirme yeteneği olarak tanımlamaktadır. Sağlığın tanımı; bireysel görüşler, farklı yaş gurupları, cinsiyet, ırk ve kültür arasında değişmektedir.

Pender ve ark. (1990), sağlığı iyilik hali olarak tanımlayanların sağlığı geliştirme davranışları ortalama puanları hastalığın yokluğu olarak tanımlayanlardan yüksek bulmuştur. Pender, Barkauskas ve Hayman (1992), kendini “iyi hissetmenin” sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği vurgulamıştır. Esin’in (1997) alışmasında, kendi sağlığını “ok iyi” olarak algılayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ortalama puanları sağlığını “kötü” olarak algılayanlara göre yüksek bulmuştur. Gözüm ve Tezel’in (2000), çalışmasında sağlık durumunu “ok iyi” ve “iyi” olarak algılamamanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Tokgöz (2002), kadın ğretim elemanlarının sağlığı algılama değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sağlığı geliştiren davranışlarının temelinde bireyin sağlığını nasıl algıladığı bulunmaktadır. Bireyin sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarının uygulamasını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Hemşireler bakım verdikleri bireyler ile etkili iletişim kurabilmek ve bakımı sağlayacak hedefleri belirleyebilmek için bireylerin sağlığı nasıl tanımladıklarını bilmeleri gerekmektedir (Biol, 1997).

**e-Sağlık durumu algılama;** bireylerin sağlığı algılayış biçimlerini anlamak, semptomların fark edilmesini, hastalıktan zarar görmeye ait düşüncelerini ve tedaviye başvuru davranışlarını açıklamada oldukça yardımcı olacağı belirtilmiştir. Bu faktöre göre birey sağlık durumunu iyi, çok iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilmektedir. Walker ve arkadaşlarının (1990) yaptığı çalışmada sağlık durumunu iyi olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi “ok iyi”, “kötü ve çok kötü” algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Pender, Barkauskas ve Hayman, (1992) kendini iyi hissetmenin sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği vurgulanmıştır. Algılanan sağlık, kişinin kendi puanladığı sağlıktır, kişinin kendi global sağlığını subjektif olarak algılamasıdır (Wang, 2001). Akça’ nın (1998) alışmasında ğretim elemanlarının %58,6’sı sağlık durumunu “iyi olarak değerlendirmiştir. Esin’in çalışmasında kendi sağlığını “ok iyi” olarak algılayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ortalama puanları sağlığını “kötü” olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur (Esin, 1999). Gözüm ve Tezel’in çalışmasında sağlık durumunu

“çok iyi” ve “iyi” olarak algılanmanın sağlık yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Kuster ve Fong (1993), algılanan sağlık durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Tokgöz (2002), yükseköğrenim kurumlarında çalışan öğretim elemanlarının sağlık durumlarını algılamalarına göre toplam ve alt ölçeklerden kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı buna karşın sağlık durumlarını algılamalarına göre stresle baş etme ile anlamlı bir farklılık olduğunu saptamıştır. Wang (2001) yaşlılar ile yaptığı çalışmasında algılanan sağlık ile iyilik hali arasında anlamlı ilişki saptamamıştır.

Resnick (2003), huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmasında; yaş ve algılanan fiziksel sağlık durumunun, sağlığı geliştiren davranışları doğrudan ve dolaylı olarak etkilediği saptamıştır. Yaş arttıkça, sağlığı geliştirme davranışlarının azaldığını saptamıştır. Kronik hastalık sayısı algılanan sağlığı doğrudan, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılmayı dolaylı olarak etkilediğini belirtmiştir.

**Sağlığı geliştiren davranışın yararını algılama;** Sağlığı Geliştirme Modeli’ ne göre “kişinin hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl hissettiği ve algıladığı” önem taşımaktadır. Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirlemektedir. Sağlık İnanç Modeli’ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörler arasında hastalığın bir tehdit olarak algılanması bulunmaktadır. Hastalığın tehdit olarak algılanmasının ise yarar ve engel algısı olarak ikiye ayrılmaktadır (Pender, 1987; Potter ve Perry, 1995). Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını anlatan en önemli etken engel algısı ile yarar algısı arasındaki fark olarak ortaya çıkmaktadır. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır (Smith ve Maurer, 2002; Baltaş, 2000; Sheridan ve Radmacher, 1992).

**Yarar algısı;** bireylere sağlığı geliştiren davranışlarının uygulanması ve sürdürmesinin, yaşam kalitesine olumlu etkileri konusunda verilen eğitim sonucunda birey olumlu sağlık davranışı sergileyebilmekte ve böylece kendi sağlığını kontrol etme olasılığını arttırmaktadır. Wang (1999) yaşlılarda yarar algısının artışının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artıracığını belirtmiştir.

**Engel algısı;** Birey psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde engeller algılayabilmektedir. Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve devam ettirme olasılığını azaltan en önemli etken engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır (Duffy, Rossow ve Hernandez, 1996; Pender ve arkadaşları, 1990).

Bireyin daha önceki yaşantıları ne kadar olumluysa ve engellerle karşılaşmayacağı umudu ne kadar yüksek olursa, davranışı yerine getirme niyeti o kadar fazla olmaktadır. Algılanan davranış kontrolünün ortaya çıkacak olan sağlık davranışı üzerine iki nedenden dolayı doğrudan etkisi bulunmaktadır. Birincisi, davranış üzerindeki kontrol algısı yüksek olan birey, niyetini sabit tutarak daha çok dener ve kontrol algısı düşük olan bireye kıyasla daha çok gayret etmektedir. İkincisi, davranışlarının önünde set oluşturacak gerçek engelleri görebilir ve bunlara karşı kendisini güçlendirebilir. Söz konusu edilen üç değişken bireysel tutum, subjektif norm ve davranış kontrolü konusundaki algıda, olumlu ve etkin değerler oluşabilirse, sağlık davranışının uygulanması mümkün olmaktadır (Baltaş, 2000).

### **Modifiye Edici Faktörler**

Sağlığın sadece fiziksel iyilik hali olamadığı, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Sağlık davranışları bireyin fiziksel, psikolojik özellikleri, motivasyonu, kişisel ve davranışsal özellikleri ve değişimi fark etme düzeyinden etkilenmektedir. Kişilerin sağlığı algılayış biçimlerini anlamak, semptomların fark edilmesini, hastalıktan zarar görmeye ait düşüncelerini ve tedaviye başvuru davranışlarını açıklamada hemşirelere oldukça yardımcı olacağı belirtilmektedir (Biro, 1997; Smith ve Maurer, 2000)

Sağlığı Geliştirme modeline göre **yaş** arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyide artmaktadır (Smith ve Maurer, 2000; Resnick, 2003). Duffy, Rossow ve Hernandez, (1996) ise yaş ve **eğitimin** sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğunu belirtmektedir. Lusk (1995), çalışmasında medeni durum ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ve alt ölçekler arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Tokgöz' ün (2002), sonuçları da benzerlik göstermektedir. Esin (1997), 450 işçi üzerinde yaptıkları çalışmada, işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu

saptamıştır. Aynı çalışmada, erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu, yaş, eğitim, çalışma yılı ve statüsü, ekonomik düzey arttıkça olumlu sağlık davranışlarında artış olduğunu saptamıştır. Pender (1987) hemşirelerin sosyo-demografik verilerden özellikle yaş, cinsiyet ve etnik guruba göre uygun sağlığı geliştiren programlar hazırlanmasını önermektedir.

Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre **biyolojik özellikler**den özellikle vücut ağırlığı bireyin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bireyin boy, kilo gibi biyolojik özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (Pender, 1987). Kilo bireylerde düzenli egzersiz yapma oranının düşük olduğunu ve düzenli egzersiz programları düzenlerken bireyin kilosunun önemli olduğu belirtilmiştir. Tokgöz'ün (2002) çalışmasında beden kitle indeksi zayıf ve boya göre uygun olarak değerlendirilen öğretim elemanlarının, vücut ağırlığı fazla olan öğretim elemanlarına göre yaşamlarında fizik egzersize daha fazla yer verdikleri, dolayısıyla egzersiz ortalama puanlarının yüksek bulunduğu belirtilmektedir. Fine ve ark (1999) çalışmasında; kilolu kadınlarda 2.25 kg. ya da daha fazla kilo kaybı fiziksel işlevlerde düzelme ve vücut ağırlıklarında azalmayla ilişkili olduğu saptanmıştır. Kiloda ki bu değişimin fiziksel sağlıkla ilişkili olduğunu belirtmiştir.

**Kişilerarası etkileşim;** aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışını kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Pender, 1987). Hemşireler, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarına katılımı arttırmak için bireyin destek sistemlerini kullanabilmektedirler (Tokgöz, 2002). Esin'in (1997) çalışmasında aile içi ilişkilerini "çok iyi" olarak ifade edenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanı "iyi" olarak ifade edenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Durumsal faktörler;** bireyin içinde yaşadığı çevre bireyin davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresi ile uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Kişinin; sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörlerinden kişisel tutumları ve bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, yaşam biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (Resnick, 2003; Wang, 2001; Wang, 1999).



**Davranışsal faktörler;** bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir. Sosyal Bilişsel Modele göre bilgi, beceri, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir (Potter ve Perry, 1995). Egzersiz, vücut ağırlığı ya da diyeteye yönelik bireysel düşünceler, sağlık eğitimcilerinin bireyi etkilemesinden daha fazla davranış değişikliğine neden olmaktadır. Pender (1987) kognitif algısal faktörleri “sağlığı destekleme davranışının kazanılması ve devam ettirilmesi için primer motivasyon mekanizmaları” olarak tanımlanmıştır. Loeb, Neill ve Gueldner (2001), yaşlı bireyler üzerinde yaptıkları araştırma da sağlığı geliştirme davranışlarına katılımı, motivasyon ve eğitimin etkilediğini saptamışlardır.

## **2.2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Pender, 1987). Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Pender 1982 yılında sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi; yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara alkol kullanmama, yaşa uygun aşılama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır. Pender’ e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimini içermektedir (Pender, 1987).

Chen (1999) 78 kişi ile yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubu oluşturmuş ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları pretest puanları arasında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır. Tokgöz (2002), öğretim elemanı olarak çalışan 282 kadın üzerinde yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı orta düzeyde saptanmıştır. Volden ve arkadaşları (1990), yaş ve medeni durumun, Duffy, Rossow ve Hernandez (1996), ise yaş ve eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğunu saptamışlardır. Sayan ve Erci (1999); yaş,medeni ve ekonomik durum, ailedeki birey sayısı gibi değişkenlerin sağlık davranışlarını etkilediğini saptamıştır.

Esin (1997); 450 endüstride çalışan işçi üzerinde yaptığı çalışmada, işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde ve erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu, yaş, eğitim, çalışma yılı ve statüsü, ekonomik düzey arttıkça olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artış olduğu saptamıştır. Lusk, Kerr ve Ronis (1995), mavi yakalı işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yetersiz olduğunu ve medeni durum ile Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışları ve alt faktörler arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır. Tokgöz (2002), sonuçları da bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Sennott-Miller ve arkadaşları (1998) kırsal alanda yaşayan İspanyol ve Anglo' lı 798 yaşlı ile yaptığı araştırmasında demografik veriler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır.

Erbaş, Bekar ve Gölbaşı (2004) menopozal dönemdeki 238 kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların yaş grupları ve aile tipleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak bir anlamlı fark saptamışlardır. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde saptanmıştır. Pender (1990) çalışmasında cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif ilişki saptamıştır.

Sohng, Sohng ve Yeom, (2002) Koreli göçmen yaşlılarla yaptığı çalışmada, eğitim durumu, ekonomik durum ile sağlıklı yaşam biçim davranışları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu çalışmada Koreli göçmen yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları zayıf olarak saptanmıştır. Resnick (2003), huzurevinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin sağlığı geliştirme ve hastalıktan korunma davranışlarını, toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerden daha yüksek saptanmıştır.



**Tablo 1. Farklı Çalışmalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Alt Ölçekler						Gerçekleştirme Kendini
			Kişilerarası destek	Beslenme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Stresle Başetme		
A Case Study in Translation Methodology Using the Health Promotion Lifestyle Profile II. Carlson (2000).	30	3.1	3.1	3.1	3.1	2.6	3.2	3.4	
Older adults compared to young and middle-aged adults in Korea. Gu ve Eun (2002).	135	2.4	2.7	3.3	2.2	2.5	1.8	2.2	
Jordanian Women. Al Ma'aitah (1999).	512	2.8	2.5	2.5	2.7	2.7	1.4	2.1	
Elderly Korean Immigrants. Sohng, Sohng ve Yeom (2002).	110	2.5	2.7	3.0	2.4	1.9	2.3	2.6	
Predicting Health – Promoting Lifestyles in the Workplace. Pender ve arkadaşları (1990).	250	2.8	3.1	2.7	2.3	3.1	2.5	3.2	
Blue Collar, Skilled Trade White Collar Worker. Lusk ve ark. (1995).	638	3.0	2.6	2.4	2.8	2.4	2.2	2.2	
Öğretim Elemanların Sağlığı Geliştirme Davranışları. Akça (1998).	326	2.5	2.9	2.4	2.4	1.9	2.5	2.9	
Bu çalışma da yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları.	125	2.4	2.7	2.5	2.6	1.5	2.2	2.6	

Tablo 1 'de diğer çalışma sonuçları ile bu çalışmanın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puan ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Carlson (2000)' ın çalışmasında huzurevinde yaşayan yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puan ortalamaları 3.1 ile en yüksek değere sahip iken, Lusk ve arkadaşlarının (1995) işçiler ile yaptığı çalışmasında 3.0 genel ölçek puan ortalaması ile ikinci sırada ve Pender ve arkadaşlarının (1990) iş yeri çalışanları ile yaptığı çalışması ve Al Ma'aitah (1999) Ürdünlü Müslüman kadınlarla yaptığı çalışması 2.8 genel ölçek puan ortalaması ile üçüncü sırada bulunmaktadır. Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile yapılan bu çalışmada ise 2.4 genel ölçek puan ortalaması ile en düşük değere sahip çalışmalar arasında yer almaktadır.

### 2.2.1. Kişilerarası Destek

İnsan yaşamının psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel unsurları arasındaki karşılıklı etkileşimi yansıtmaktadır (Potter ve Perry,1995; Birol, 1997). Bireyin sağlığını genetik faktörler, beslenme durumu, tutumları, fizik çevresi, sosyal ilişkileri, destek sistemi ve ekonomik faktörleri etkilemektedir (Birol, 1997). Kişilerarası destek, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkanı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme olarak tanımlanmaktadır (Wang, 2001).

Pender (1987) bireylerin kişiler arası destek sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş,...v.b) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır. Köylü yaşlı kadınlar için geleneksel rollerin sorumlulukların ve aile yapısının değişmesi iyilik durumlarını değiştirebilmektedir. Modernleşme ile birlikte geniş ailenin yerini çekirdek aile almış, yaşlıya olan ilgi ve saygı azalmış, barınma ve bakım ihtiyacında sorunlar artmıştır. Yaşlılarda ilgiyi arttırmak için yeni destek sistemleri oluşturulmalı ve sosyal destek yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılımı arttırmada etkili olabileceği belirtilmektedir (Wang, 1999).

Erbaş, Bekar, Gölbaşı, (2004) 40-60 yaş grubu menopozal dönemdeki kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçekleri puan ortalamasından en yüksek puanı kişiler arası destek almıştır. Gu ve Eun (2002) Koreli genç orta ve yaşlılar ve Sohng, Sohng ve Yeom (2002) Koreli göçmen yaşlı kadınlar ile yaptığı çalışmasında da Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden kişiler arası destek alt ölçeği ikinci en yüksek puanı almıştır.

Tablo 1 de farklı gruplar ile yapılan çalışmalarda kişiler arası destek alt ölçek puanı genel olarak orta düzeyde olmakla birlikte; Carlosan (2000) ve Pender ve ark. (1990) çalışmasında kişilerarası destek alt ölçek puanı 3.1 ile en yüksek ve Al Ma'aitah (1999) çalışmasında Müslüman kadınların kişiler arası destek alt ölçek puanı ise 2.5 ile en düşük değeri almıştır.

Wang (2001) Tayvanlı köylü yaşlı kadınlardan oluşan iki grup üzerinde yaptığı çalışmasında, sosyal destek, kendine bakma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark saptamıştır. Sosyal sınıfın sağlığı geliştirme davranışlarına doğrudan etkisi olduğunu belirtmiştir. Fakat sosyal desteğin sağlığı geliştirme davranışlarına doğrudan etki etmediğini, kendine bakmada dolaylı etkisinden söz etmektedir. Duffy, Rossow ve Hernandez (1996), Meksikan Amerikalı 347 kadın ile yaptığı araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden en yüksek puanı kişiler arası destek almıştır. Chen (1999) sağlığı geliştirme konusunda yaptığı danışmanlık ile deney grubundaki bireylerin kişiler arası destek bilgi puanları kontrol grubundaki bireylerden önemli düzeyde yüksek bulunmuştur.

Esin (1999) işçiler, Akça (1998) öğretim görevlileri ve Tokgöz (2002) kadın öğretim elemanları ile yaptığı araştırmalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek işçilerde öğretim görevlilerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar Türk kültürünün özelliğinden kaynaklanabilir. Aile içi destek Türk kültürünün çok belirleyici bir özelliği arasında bulunmaktadır. Kişilerarası desteğin sağlığı geliştirici yaşam biçimi üzerinde direkt etkisi olmamasına karşın, bireylerin düşünme ve harekete geçmesinde kolaylaştırıcı etkisi olabilmektedir (Wang, 1999). Bu nedenle halk sağlığı hemşiresi bakım verdiği bireylerin var olan sosyal desteklerini güçlendirme ve yenilerini oluşturmada sağlayacağı destekle iyilik durumlarına katkı sağlayabilir.

### **2.2.2. Beslenme**

Yaşlanmanın nasıl olacağı genetik yapı ve beslenmeyi içeren çevresel faktörler arasındaki ilişkiye bağlı olmaktadır. Yaşam süresince yeterli ve dengeli beslenme, besin seçiminin ileri yaşamda kronik hastalıkların önlenmesinde ve geciktirilmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme; sağlığı geliştirir, yaşlı bireylerin enerjik, hayat dolu ve bağımsız bir yaşam sürmelerini kolaylaştırır. Hastalık sonrası sağlığın yeniden kazanılması için gereken zamanı kısaltır ve sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlamaktadır (Rakıcıoğlu, 2002).

Yaşlılıkta, sağlıklı bir beslenme ve yaşam biçimi ile sağlık sorunlarının azalabileceği ve yaşam kalitesinin artacağı unutulmamalıdır. Yaşlı bireylerde beslenme düzeyini etkileyebilecek fizyolojik,

fiziksel ve psikolojik değişiklikler oluşmaktadır. Tat ve koku almadaki azalma, görme kaybı, çiğneme ve yutma güçlüğü, midenin boşalma hızındaki gecikme bunlardan sadece birkaçı beslenme bozukluğuna neden olmaktadır (Stookey ve arkadaşları, 2000) Diğer önemli bir nokta ise yaşlılarda birden fazla kronik hastalığın aynı anda görülebilmesi ve buna bağlı olarak bir ya da birden fazla ilacın birlikte kullanılması da beslenme düzeyinin etkilenmesine neden olmaktadır. Bu durumda yaşlının beslenmesi planlanır iken besin-ilaç etkileşiminin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Phillips, 2003).

Tat ve koku almadaki azalma, görme kaybı, çiğneme ve yutma güçlüğü gibi birçok nedenden dolayı yaşlı bireylerde malnütrisyon riski yüksek bulunmaktadır. Yapılan birçok besin tüketim araştırmalarında, diyetle toplam enerji alımının düşük; kalsiyum, demir, çinko, B grubu vitaminlerin alım düzeylerinin ise yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durum bir kez daha yaşlı bireylerin beslenmesine özen gösterilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Stookey ve arkadaşları, 2000). Beslenmenin planlanmasındaki amaç; yaşlıların daha enerjik, canlı ve bağımsız bir yaşam sürdürmelerini kolaylaştırmaktır (Stookey ve arkadaşları, 2000; Phillips, 2003)

Beslenmeye bağlı bozukluklar kronik hastalık faktörlerinin ilk sıralarında yer almaktadır. Kardivasküler hastalıklar, diabetes mellitus, kanserin bazı türleri ve karaciğer hastalıklarıyla diş eti hasarları gibi bazı hastalıkların önlenmesinde uygun bir diyet önemli bir yer tutmaktadır. Yetersiz bir diyet başlıca iki tür metabolik beslenme bozukluğuna neden olabilmektedir. Kronik yetersiz beslenme, uzun süreli gıda tüketimi, günlük enerji harcamasını karşılayamazsa ortaya çıkar; akut yetersiz beslenme aniden gıda alımı ciddi ölçülerde azaldığında oluşmaktadır (Phillips, 2003). Amerika Birleşik Devlet'inde beslenme ile gelişen hastalıklar, insüline bağlı olmayan diyabet, koroner arter hastalığı, atherosclerosis, miyokard infarktüsü, kanser ölümlerin 10' da 5' ine neden olmaktadır (Chernoff, 2001)

Sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenen bireyin boy uzunluğu ile vücut ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa "ideal ağırlık" olarak belirtilmektedir. İdeal ağırlık değerlerini saptamada çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlarda en son yıllarda DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve vücut yağ oranının hesaplanması kullanılmaktadır (Akça, 1998). Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu ortaya çıkan en önemli problem obezite birey sayısının artmasıdır. Hemşireler bireyin sağlığını sürdürmek ve geliştirmek için beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeleri gerekmektedir. Bireylere yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak için danışmanlık yapmaktadırlar. Chen, (1999) çalışmasında sağlığı geliştirme davranışları için verilen danışmanlık hizmetinin etkinliği araştırılmıştır. Deney

ve kontrol grubundaki bireylerin beslenme davranışları değerlendirilmiş ve danışmanlık hizmetinden altı ay sonra yapılan son test uygulamasında deney ve kontrol grubu bireyleri arasında beslenme bilgi puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Witrow-Newell (2000), çalışmasında yaşlı araştırmaya katılan yaşlı bireylerin çoğunluğu sağlık eğitimine katılmadıklarını ve diyetlerinde yağ, kolesterol ve tuza dikkat etmediklerini belirtmişlerdir. Wang (1999) üç farklı etnik grup yaşlı köylü kadında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benzerlik ve farklılıkları incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında; beslenmede ana engel üç grupta da diyet alışkanlıklarını değiştirmeye isteksizlik, dişlerde problem, yiyecek seçme, uygun yiyecek alacak parası olmaması veya yiyeceğe ulaşamama olarak saptanmıştır. Bununla birlikte dengeli beslenmeleri için yaşlı kadınların kültürlerine göre diyet tercihlerinin bilinmesi gerektiğini belirtilmiştir.

Sohng, Sohng ve Yeom, (2002) Amerika' da yaşayan 110 Koreli göçmen yaşlı ile yaptığı araştırmasında, eğitim durumu yüksek olan yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışları beslenme alt ölçek puanını yüksek bulmuştur. Walker ve arkadaşları (1987) ve Esin (1997) çalışmasında beslenme alt ölçek puanı evli bireylerde bekarlara göre yüksek bulmuşlardır.

Siks (1999), 121 yaşlı birey ile yaptığı araştırmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları beslenme alt ölçeğinden alınan puanları düşük bulmuştur. Bunun nedenleri olarak yaşlı bireylerde fiziksel rahatsızlık, ağrı, korku, suçluluk, kayıp, dini inançlar, insanlar arası ilişki kurma alışkanlıkları, diyet, beslenme alışkanlığı, tıbbi tedavi durumları gösterilmiştir. Gu ve Eun (2002) 20-70 yaş arası Amerikalı 354 kişinin katıldığı araştırmasında üç grup oluşturmuştur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden yaşlı grubun beslenme altölçek puanı 3.3 ile en yüksek değer bulunmuştur. Tablo 1'deki çalışmalar arasında, Carlosan (2000) çalışması 3.1 ile ikinci sırada ve Sohng, Sohng ve Yeom (2002) çalışması 3.0 puan ortalaması ile üçüncü sırada bulunmaktadır (Tablo 1).

Ülkelere ve kültürlere göre beslenme alışkanlıkları değişmekle birlikte yaşlıların beslenmesi şu şekilde önerilmektedir;

- Her öğünde dört gruptaki; süt ve süt ürünleri, et grubu besinler (et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar), taze sebze ve meyveler ile ekmek ve tahıl grubu (pirinç, bulgur vb. ) besinlerin tüketilmesi gerekmektedir.
- Besin tüketimini çekici hale getirmek için yiyeceğin lezzet ve görünümünün güzelliği artırılması gerekmektedir. Çünkü yaşlı bireyde tat alma duyusunda azalma yaşanmaktadır. Yemek için yeterli zaman ayrılmalı, hızlı yemek yenmesi engellenmeli, sindirim salgılarını

arttırmak için yemekler sıcak servis yapılması, ısı yemeklerin aromasını açığa çıkarması açısından da önem taşımaktadır.

- Sindirimi kolaylaştırmak amacı ile öğün sayısı artırılmalı ve her öğünde alınan besin miktarı az tutulması gerekmektedir.
- Dengeli diyet seçimi ve fiziksel aktivite ile ideal vücut ağırlığı korunmalı, şişmanlıktan kaçınılması gerekmektedir.
- Düşük yağlı ve düşük kolesterolü besinler seçilmesi gerekmektedir.
- Tuz tüketimi azaltılmalı yemekler tuzdan fakir olmalı ve tuz eklenmemesi gerekmektedir.
- Şeker ve tatlı tüketimi azaltılmalıdır.
- Posalı besin tüketimi, sıvı tüketimi artırılmalıdır.
- Alkol ve kafein alımı azaltılmalı eğer sigara içiliyor ise buna sınırlandırma getirilmesi gerekmektedir (Rakıcıoğlu, 2002).

### 2.2.3. Sağlık Sorumluluğu

Temel Sağlık Hizmetlerinin felsefesi arasında bulunan öz sorumluluğa göre, her birey kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olması gerekmektedir (Öztek, 1986). Herkese sağlık hedeflerinin; 2000' li yıllarda başarıya ulaşmasında bireyler, aileler ve toplum kendileri için bakımın sorumluluğunu alma, sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi için cesaretlendirilmeleri gerekmektedir (DSÖ, 1985; Birol, 1997). Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı "sağlık sorumluluğu" alt boyutunda yer almaktadır (Pender, 1987). Bireyin içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Sheridan ve Radmacher, 1992; Delaney, 1994). Düzenli sağlık kontrolleri, bireylerin kendi sağlık durumlarını değerlendirme ve anlamaları için pozitif davranışlar arasında yer almaktadır. Bunlar; genel fizik muayeneler, ağırlık kontrolü, kan basıncı, kan şekeri ölçümü, diğer biyolojik ölçümler, kardiovasküler sistem, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri olarak sıralanmaktadır (Bahar ve arkadaşları, 2004).

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile, toplumun sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren bakım yaklaşımlarını öngörmektedir. Hemşire; bireye, ailelere ve gruplara yaşadıkları, çalıştıkları ortam içinde fiziksel, ruhsal, sosyal, potansiyellerini belirlemeleri bu potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda bu anlayışa göre yardımcı olması gerekmektedir (Birol, 1997). Orem'in hemşirelik anlayışı da bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına yardım etmeyi içermektedir (Velioğlu, 1999). Chen (1999) çalışmasında sağlık sorumluluğu; uygulanan eğitim programından sonra deney grubundaki bireylerin sağlık sorumluluğu bilgi puanları kontrol grubundaki bireylerden



önemli seviyede yüksek bulunmuştur. Bahar ve arkadaşlarının (2004), probleme dayalı öğrenim modelinde öğrenim gören öğrenci hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada öğrencilerin eğitim başında sağlık sorumluluğu davranışları düşük ve eğitim sonunda anlamlı artış saptamışlardır.

Siks (1999), Amerikalı 121 yaşlı ile yaptığı araştırmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanını ve alt ölçekler arasında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenmeden alınan puanları düşük bulunmuştur. Chen (1999) 78 kişi ile yaptığı çalışmasında deney ve kontrol grubunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği pretest puanları arasında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır. Deney grubunun eğitim sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanı ve alt ölçeklerden alınan puanla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuştur. Carlson (2000)' in çalışması huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 3.1 ile en yüksek değer iken, en düşük değer ise 2.2 ile Gu ve Eun (2002) Koreli yaşlılar ile yaptığı çalışmasında bulunmuştur (Tablo 1). Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile yapılan bu çalışmada ise sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 2.6 ile orta düzeyde bulunmuş ve bu sonuç Tablo 1'deki diğer çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir .

#### **2.2.4. Egzersiz**

Hareketlilik bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemesi yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Hareketlilik fizyolojik ve psikolojik olarak bireyin sağlıklı olması ve sağlığının sürdürülmesi için gerekmektedir. Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivite; günlük yaptığımız işler (oturma kalkma, dolaşma, banyo yapma vb.) her türlü kas hareketini kapsamaktadır. Egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olarak tanımlanmaktadır (Coon, Reimer ve Maas, 2003) Sağlıklı olmak için egzersiz, kişinin bireysel olarak yapabileceği uygulamalar arasında bulunmaktadır. Düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite yaşlıların beceri ve aktivitelerini geliştirmede önemli bir yer tutmaktadır.

Egzersiz, kolesterol düzeyinin düşürülmesi, güç, denge ve esnekliğin artması kırıkların azalması, miyokard infarktüsü, serobro vasküler hastalıkların azaltılmasına yardım etmektedir. Egzersizin bilinen yararlarına rağmen yaşlı yetişkinler çoğunlukla hareketsiz kalmayı tercih etmektedirler (Resnick, 2000). Dini ve kültürel inanışların yaşlı bireylerin egzersize katılımını etkileyebileceği belirtilmektedir. Egzersiz yapma oranlarının düşük olduğu yaşlı grubunda halk sağlığı hemşiresinin yaşlıyı egzersiz yapmaya motive etmesi sonucunda egzersize katılımının

artacağı tahmin edilmektedir (Conn, Reimer ve Maas, 2003; Shin, 1999). Yaşlı bir kişinin kendi kendine bakabilme yeteneğinin kaybetmesinin nedeni yaşlanmadan önce aktif olamamasından kaynaklanmaktadır. Yaşlı bireylerin hareketsiz kalmaları sonucunda; dayanıklılık, kuvvet, denge ve esnekliklerinde azalma ortaya çıkmaktadır. Bu unsurların korunması ve sürekliliği için düzenli egzersiz ve günlük fiziksel aktivitelerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersiz yaşlı insanların kas gücünü, dayanıklılığını, esnekliğini, koordinasyonunu artırma, kardiovasküler uyumu sağlama, fazla kilo alımını ve kronik hastalıkların özellikle kemik hastalıklarının oluşumunu engellemektedir (Grove ve Spier, 1999). Düzenli ve yeterli fiziksel aktivite sadece yaşlıların değil her yaş grubu insanların temel gereksinimleri arasında yer almaktadır (Shin, 1999). Bir uzmanla birlikte egzersiz programı seçilmeli ve seçilen egzersiz programı, haftada en az 3-5 kez olması ve her seansın 20 dakika sürmesi gerekmektedir (Resnick, 2000).

Egzersiz programının yarar sağlayacak şekilde yürütülüp yürütülmediğini kontrol etmenin bilimsel yolu, kalp vuruş sayısının değerlendirilmesidir. Kalp vuruş sayısının egzersizin yoğunluğu ile orantılı olarak arttığı belirtilmektedir. Kritik kalp vuruş sayısı; kalp vuruş sayısının %70/85'i olarak tanımlanmaktadır. Kritik kalp vuruş sayısını bulmak için yaş yıl olarak 220 olan sabit sayıdan çıkartılarak bulunmaktadır. Birey egzersize yeni başlıyor ise bu bulunan sayıların alt sınırlarında kalmasına dikkat edilmesi gerekmektedir (Akça, 1998 ).

Sohng, Sohng ve Yeom, (2002); Walker ve arkadaşlarının (1990) çalışmalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden en düşük puanı egzersiz almıştır. Bununla birlikte; Sohng, Sohng ve Yeom, (2002); ekonomik durumu iyi olan bireylerde egzersiz alt ölçek puanı yüksek saptanmıştır. Gu ve Eun (2002) Amerikalı yaşlılar ile yaptığı çalışmada ise egzersiz puanı yüksek saptanmıştır. Wang (1999) üç farklı etnik grup yaşlı köylü kadında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benzerlik ve farklılıkları incelemek amacıyla yaptığı çalışmada düzenli egzersiz için engel Ho-Lo ve Hakka grubunda spor alanına ulaşmanın zor olması, yerli grupta ise egzersizin günlük yaşam için gereksiz olduğu fikri olarak ortaya çıkmıştır.

Egzersiz puan ortalaması 3.1 ile Pender ve ark. (1990) çalışmada en yüksek değer, Al Ma'aithah (1999) Müslüman kadınlar ile yaptığı çalışmada egzersiz alt ölçek puan ortalaması 2.7 ile ikinci yüksek değer ve Carlason (2000) çalışmada egzersiz alt ölçek puan ortalaması 2.6 ile üçüncü en yüksek değer olarak bulunmuştur. Egzersiz alt ölçek puan ortalaması en düşük değer ise 1.5 ile bu çalışmada saptanmıştır (Tablo 1). Yaşlıların egzersiz yapmaya isteksiz olmalarından dolayı bu sonuç beklendik bir durumdur.



### 2.2.5. Stres Yönetimi

Stres kelimesini Türkçe'ye çevirmek güç olsa da yaygın olarak üzüntü, problem, endişe, gerginlik, dert ve kaygı gibi kelimeleri ifade ettiğinden daha fazla ve daha farklı anlama gelmektedir. Stres; organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996). Stres modern toplumlarda teknolojik, sosyal, politik, çevresel ve kültürel değişimler sonucunda artmaktadır. Hemşirelik araştırmalarında hastalıklar sonucunda stresin arttığını ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olduğu saptanmıştır (Pender, 1987).

Stres; bireyin dışında, çevresinde onu etkileyen zorlayan bir durumun (aşırı gürültü, aşırı soğuk gibi) varlığı ile ortaya çıkmaktadır. Çevredeki değişiklikler hoş olsun ya da olmasın stresin düzeyi doğrudan doğruya bireyin uyum sağlayıcı düzeneklerinde değişiklik oluşturan gereksinimlerin miktarı ile ilgili bulunmaktadır **Tepki modeline göre stres**; yaşayan birey buna karşı fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtlar vermektedir. Bu modeli ele alarak açıklamaya çalışan Selye'ye göre stres dinamik bir durum olup oluştuğu anda bireyin vücut direncini tehlikeli ve tehdit edici objeye karşı arttırmaktadır. Selye, Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) ve Lokal Adaptasyon Sendromundan söz etmektedir (Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996). Selye Genel Adaptasyon Sendromu "organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesine karşın bedenin verdiği tepki biçimi şeklinde açıklamıştır. Selye'ye göre; stresin nedeni ne olursa olsun, stres her hastalıkta rol oynamaktadır. Birey uzun süre stres etkisinde kaldığında genel uyum sendromu ortaya çıkmaktadır (Potter ve Perry, 1995; Velioğlu, 1999). Genel Uyum Sendromu üç aşamada gerçekleşmektedir;

**Alarm Dönemi:** Vücudun stresörle baş edebilmesi için çeşitli savunma mekanizmalarının harekete geçirilmesini içermektedir. Organizma bu dönemde şoka girmektedir. Şok döneminde vücut ısısı ve kan basıncı düşer ve hemen ardından organizma aktif fizyolojik girişimlerde bulunur, otonom sinir sistemi faaliyete geçerek strese karşı savaşıma ve kaçma tepkisi ortaya çıkmaktadır. Bu tepkilerde, bedende; nabız sayısı artar, kan basıncında yükselme olur, kas gerilimi artar, sindirim yavaşlar, göz bebekleri büyür alarm dönemi birkaç dakika ya da birkaç saat sürebilir.

**Direnç dönemi:** Birey strese adapte olmaktadır. Diğer stresörlere karşı ise direnci düşmektedir. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılsa beden normal koşullarına döner, başarısız olunur ise tükenme dönemi ortaya çıkmaktadır.

**Tükenme Dönemi:** Stres yaratan olay çok ciddi ve uzun sürer ise organizma için tükenme basamağına gelmektedir. Uyum enerjisi biter ve tükenme görülmektedir. Bu dönemde hastalanma riski artmaktadır (Biol, 1997; Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996)

Lazarus (1996) bireyin düşünme, hatırlatma, olaylara verdiği anlama, değer ve bu değerlere çevre arasındaki etkileşime bağlı olarak stres yaşadıklarını ileri sürmektedir. Dolayısıyla Lazarus strese kognitif, fenomenolojik ve transaksiyonel yönden bir yaklaşım getirmiştir (Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996).

Stres; bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, savaş ve tehlike olarak algıladığı, uygun başatma yolları kullandığında uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü, uygun başatma mekanizmasını kullanmadığı durumlarda ise uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır (Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996; Baltaş ve Baltaş, 1996). Uygun baş etme yolları bulunmadığı durumlarda ise bir çok fiziksel rahatsızlığının nedeni olmakla birlikte hastalık sürecinin artmasında neden olmaktadır (Pender, 1987). Strese uyum, bireyin strese karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler süreci olarak belirtilmektedir. Selye, bedenin stresörlere hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceğini ya da kan basıncı kalp atımında, beden ısısında ve sıvı elektrolit dengesinde değişikliklere yol açan sistemik bir tepki verebileceğini açıklamıştır (Potter ve Perry, 1995; Baltaş ve Baltaş, 1996). Yeterli fizyolojik ve psikolojik baş etme yöntemleri ile stresörlere karşı uyum sağlanmaktadır. Stresör stres doğuran her türlü olay ve etmenler olarak tanımlanmaktadır. İçsel stresörler; bireyin kendisi ile ilgili olan ve dışsal stresörler ise fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklanan stresör olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996).

Stres durumunda, bireylerde hem bedensel hem psikolojik düzeyde bir dizi olay ortaya çıkmaktadır. Bedensel değişiklikler, bütün insanlarda aynı basamaklardan geçmiş olmasına rağmen, psikolojik değişiklikler, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullarla bağlı olarak bir çok farklılık göstermektedir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıklara ortam hazırlamaktadır. İnsanlar bireysel özelliklere göre stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, kabullenme, karşı koyma veya korku endişe, depresyon gibi duygusal problemler geliştirebilmektedirler. Ayrıca dikkat azalması, dikkati bir konu üzerinde toplama güçlüğü, aşırı unutkanlık, obsesif düşünceler, zihinsel düzeydeki problemlere örnek olarak gösterilebilmektedir (Biol, 1997; Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996).

### 2.2.5.1. Stresle Başetme Yöntemleri

Stresle başetmede ilk adım bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olması gerekmektedir (Buldukoğlu ve arkadaşları, 1996). Hemşireler bireyin stresle baş etmede etkili yollar kullanmasını desteklemeleri ve stresle etkili baş etme yöntemlerini öğretmeleri gerekmektedir. Stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler şekil 3’ de gösterilmiştir.

**Şekil 3. Stresle Başetme Yolları**

<b>Etkili Yöntemler</b>	<b>Etkisiz Yöntemler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fizik egzersizleri</li><li>• Nefes alma egzersizleri</li><li>• Gevşeme hareketleri</li><li>• Meditasyon</li><li>• Doğru beslenme</li><li>• Olumlu düşünme</li><li>• Duyguları paylaşma</li><li>• Zamanın iyi kullanma</li><li>• Sosyal destek sistemleri kullanma</li><li>• Etkili iletişim becerileri geliştirmek</li><li>• Etkili problem çözme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İlaç , alkol, sigara kullanma</li><li>• Kötü beslenme</li><li>• Psikolojik savunma mekanizmalarının aşırılığı</li><li>• Bilişsel çarpıtmalar</li><li>• İçer kapanma</li><li>• Saldırganlık</li><li>• Kaçma davranışları</li></ul>

Baltaş, A., Baltaş, Z. (1996). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 15. Basım, İstanbul.

Yaşlının olumsuz tutumları benimsemesinde fiziksel gücün azalması, ölüm korkusu, statü kaybı, emeklilik, yaşlılıkla ilgili tutumlar, rol değişimi ve sağlık durumu etkili olmaktadır. Yaşlı kişinin sağlık durumunun bozulması bir ya da daha fazla ruhsal sağlık sorunu yaratmaktadır. Kuşkusuz yaşlının sağlığının bozulması beklenen bir durum olmakla birlikte, yaşlı fiziksel gücünün azalmasının yanında yaşamının bu döneminde ilk dönemlerinde karşılaşmadığı sorunlarla yüz yüze gelmektedir. Yakınların kaybı, ölüm beklentisi, sakat kalma, uzun süre yataklı bakımda kalma, yaşlıların ruh sağlıklarını bozmaktadır. Genel olarak kendini sağlıksız algılayan yaşlıların, sağlıklı algılayanlara göre daha az aktif ve daha çok depresyona eğilimli oldukları belirtilmektedir. Yaşlının fiziksel sağlığını algılaması ruhsal yaşamının birçok görüntüsünü yansıtmaktadır. Yaşlı kişilerde depresif bozukluklar oldukça sık görülmektedir (Dönümcü, 2003)

Genel olarak depresyon yaşlılıkta sık görülmekle birlikte huzurevinde daha sık görülen bir problem olarak belirtilmektedir. Üstün ve arkadaşları (2005) Emekli Sandığına bağlı Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde yaşayan yaşlılar ile yapılan araştırmada depresyon oranı %13,8 olarak yüksek bir değer bulunmuştur. Depresyon tedavisinde erken tanı konulan ve uygun tedavi alan yaşlı bireylerin, sağlıklarını sürdürme ve geliştirmek için daha fazla motivasyona sahip olabileceklerini belirtmişlerdir. Gu ve Eun (2002) çalışmasında yaşlı grupta genç ve orta yaş grubuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerden stres yönetimi puanı düşük bulunmuştur. Quinn ve arkadaşları (1999) huzurevinde yaşayan yaşlıların % 60' ında kognitif bozulma saptamıştır. Depresyon ve anksiyete huzurevinde yaşayan yaşlılarda bulunmakla birlikte toplumda yaşayan yaşlılardan daha düşük bulunmuştur. Huzurevinde yaşayanların çoğunda yürüme bozukluğu ile birlikte fiziksel, fonksiyonel, ve mental sağlık şikayetleri saptanmıştır

Esin'in (1997) stres yönetimi puan ortalaması orta düzeyde, Duffy, Rossow ve Hernandez, (1996); çalışmalarında düşük saptanmıştır. Tablo 1 de Carlson (2000)' in çalışmasında huzurevinde yaşayan yaşlıların stresle baş etme puan ortalaması 3.2 ile en yüksek değere sahip iken, Al Ma'aitah (1999) Ürdünlü Müslüman kadınlarla yaptığı çalışmasında stresle baş etme ölçek puan ortalaması 1.4 ile en düşük değerde bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan yaşlılar ile yapılan bu çalışmada ise stresle baş etme ölçek puan ortalaması 2.2 ile diğer çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir (Tablo 1). Stres puanlarının düşük olması, çalışılan veya yaşanan ortamdan kaynaklanacağı gibi bireysel stresle baş etme becerilerinin yetersiz oluşu ile de ilgili olabileceği düşünülmektedir. Halk sağlığı hemşiresinin bu nedenle çalışan bireylerde yaşanan stresi ve nedenlerini belirlemeleri ve kurum yöneticileri ve diğer sağlık profesyonelleri işbirliğinde girişimlerde bulunmaları yaşlıların sağlıklarını koruma ve geliştirmede önem kazanmaktadır. Bahar ve arkadaşlarının, (2004) çalışmasında öğrenci hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamaları önteste göre sonteste anlamlı oranda artış göstermiştir. Bu araştırmanın sonucuna benzer olarak Bu sonuçlar ise stres ve stresle baş etmeye yönelik eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.

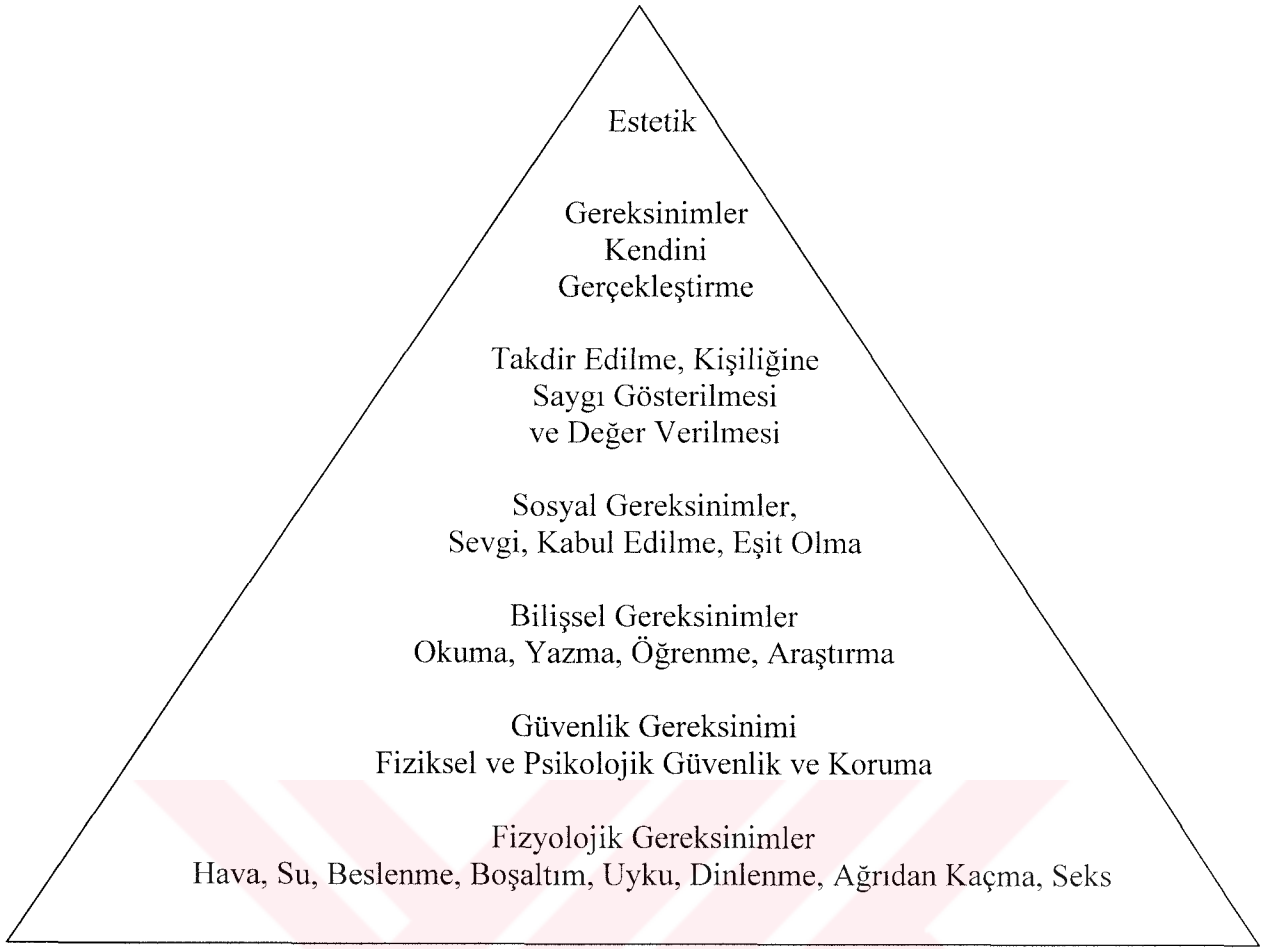
### **2.2.6. Kendini Gerçekleştirme**

Kendini gerçekleştiren kimse “kapasitesini tam olarak kullanan” ya da “verimli” birey olarak tanımlanmaktadır. İnsanın tüm davranışlarını açıklamada yeterli olan tek güdü kendini gerçekleştirme güdüsü olarak belirtilmektedir (Biol, 1997). İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü “kendini gerçekleştirme” güdüsü olarak tanımlamaktadırlar. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir

gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır (Erden ve Akman, 1985). Kendini gerçekleştirme birey için yaşam boyu süren bir süreç olarak belirtilmektedir. Her bireyin belli bir gelişim döneminde kendini gerçekleştirme düzeyi bulunmaktadır. Bireye verilen eğitimin amacı ise bireyin kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirmek ve en uygun düzeye çıkmasını sağlamaktır. Bireyler arasında kendini gerçekleştirme farklılık göstermektedir (Duffy, Rossow ve Hernandez, 1996; Erden ve Akman, 1985).

Sosyal gereksinimler içinde kişiler ile ilişki kurma, ait olma ve sevmeye gereksinimi bulunmaktadır. Kişiler kendileriyle barışık olmalı ve diğer kişiler ile olumlu ilişkiler kurma zorunlulukları bulunmaktadır (Velioğlu, 1999). Duffy, Rossow ve Hernandez (1996), Meksikan Amerikalı 347 kadın ve Tokgöz'ün (2002) kadın öğretim elemanları, Esin (1999) işçiler ve Akça (1998) öğretim görevlileri, Carslon (2000) yaşlılar ve Pender ve arkadaşları (1990) çalışanlar ile yaptığı araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden en yüksek puanı kendini gerçekleştirme almıştır. Tablo 1 de verilen çalışmalarda, Gu ve Eun (2002) Koreli yaşlılar ve Lusk ve ark. (1995) işçiler ile yaptığı çalışmada, kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamasının diğer araştırma sonuçlarına göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Sohng, Sohng ve Yeom (2002) Amerika' da yaşayan 110 Koreli göçmen ile yaptığı araştırmasında eğitim durumu yüksek olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile kendini gerçekleştirme alt ölçek puanı yüksek bulunmuştur. Carslon (2000), Walker ve arkadaşları (1990), Pender ve arkadaşları ve Tokgöz'ün (2002) çalışmasında; insan; fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimleri olan bir bütün olarak tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştirme birey için hayat boyu devam eden bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Her insan gelişim dönemlerine göre kendini gerçekleştirme düzeyi bulunmaktadır. Hemşireler bireyin fizyolojik gereksinimlerini belirlerken çeşitli kuramsal modeller kullanabilmektedir. Maslow' temel insan gereksinimlerini önem sırasına koyarak bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Maslow'un temel insan gereksinimleri aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



Şekil 4. Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri

Maslow' a göre bireyin alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Kendini gerçekleştirme gereksinimi Maslow' un hiyerarşisinde en üst düzeyde bulunmaktadır. Karşılanması en zor insan gereksinim, kendini gerçekleştirme gereksinimi olarak tanımlanabilmektedir. Kendini gerçekleştirme gereksinimi fizyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimlerin tam olarak karşılanmasından sonra elde edilmektedir (Bırol, 1997). Hemşireler bakım verdikleri bireyleri kendilerini gerçekleştirmeleri için desteklemeleri gerekmektedir. Chen'in (1999) bireylerin sağlığı geliştirme davranışları için danışmanlığın etkisini incelediği deneysel çalışmasında, deney grubundaki 34 bireye halk sağlığı hemşireleri tarafından verilen eğitimden altı ay sonra kendini gerçekleştirme davranışı değerlendirilmiş deney grubunun puanı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Bireylere uygulanan eğitimin amacı, bireyin kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirmek ve en uygun düzeye çıkmasını sağlamaktır.



## BÖLÜM III

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Zübeyde Hanım Huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma İzmir Zübeyde Hanım Huzurevinde yapılmıştır. Huzurevinde ortalama 300 yaşlı yaşamaktadır. Huzurevinde bir hekim ve dokuz hemşire görev yapmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Örnekleme

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın örneklemini Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Huzurevinde ortalama 300 yaşlı ikamet etmektedir. Yoğun bakım ünitesinde yaklaşık 10- 20 yaşlıya hemşirelik hizmeti sunulmaktadır. Yoğun bakımda tedavi gören yaşlılar kognitif durumlarından dolayı araştırma kapsamına alınmamıştır. Kurum ve yaşlılardan izin alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve Mini Mental Testten 24 -30 arası puan alan 125 yaşlı çalışma kapsamına alınmıştır.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen soru formu
- Sağlık durumunu algılama soruları
- Standardize Mini Mental Test
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği.
- Yaşlı bireylerin beden kitle indeksleri.

### 3.4.1. Sosyo-demografik Soru Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan bu formda araştırmaya katılan yaşlıların, yaşı cinsiyeti, medeni durumu, sağlık güvencesi, takma diş, gözlük, işitme aleti kullanımı, sigara-alkol kullanımı, eğitim durumu ve kronik hastalık sayısını saptayan 14 sorudan oluşmaktadır.

### 3.4.2. Sağlık Durumunu Algılama

Sağlık durumunu algılama için “Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz ? Şu anki sağlık durumunuzu sizin yaşınızdaki diğer insanlarla karşılaştırdığımız da nasıl değerlendiriyorsunuz? soruları kullanılmıştır. Sağlık durumunu algılama sorularına verilen yanıtlar; “çok iyi” yanıtı için 1, “iyi” yanıtı için 2, “kötü” yanıtı için 3, “çok kötü” yanıtı için 4 puan verilerek değerlendirilmiştir.

### 3.4.3. Standardize Mini Mental Test

Mini Mental Test (MMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından yayınlanmıştır. Monsch ve arkadaşları (1995) Alzheimer tipi demans tanısında testin geçerliği için yaptıkları çalışmada en uygun eşik değer olarak duyarlılığını %74, özgünlüğünü %100 olarak buldukları 25-26'yı belirlemişler ve eşik değer buraya doğru çekilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Türkiye’de, Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçe’ye uyarlanmış ve 23-24 eşik değerinin hafif demansın normalden ayırımında en uygun değer olduğu bulunmuş ve bu değer 0.91 düzeyinde duyarlık, 0.95 düzeyinde özgüllük göstermiştir. Testin puan aralığı 0-30 dur ve 24 puandan düşük değer alan bireyler hafif demanslı olarak değerlendirilmektedir. Mini Mental Test, kısa bir eğitim almış hekim, hemşire ve psikologlarca 10 dakika gibi bir süre içinde, poliklinik koşullarında ya da yatak başında uygulanabilen bir testtir. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlatma ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış ve 11 maddeden oluşmaktadır (Güngen ve arkadaşları 2002). Test klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahip olmakla birlikte, global olarak bilişsel



düzeyin saptanmasında kullanılabilir, kısa, kullanışlı ve standardize bir yöntemdir (Tangolos ve arkadaşları, 1996).

Klinik uygulamada bilişsel bozuklukların saptanmasında, demansiyel sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde; araştırma alanında, toplum içerisinde veya bir kurumda yaşamını sürdüren yaşlılarla ilgili olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan popüler bir test olma özelliğini sürdürmektedir (Oğuz, Yener ve Uzunel, 2003). Mini Mental Test, farklı kültürler ve etnik gruplarda kullanılmış, orijinal dili İngilizceden sonra Çince, İspanyolca ve Hindu dili gibi bir çok dile çevrilmiş modifiye bir versiyonu da işitme engelliler arasında başarı ile kullanılmıştır (Güngen ve arkadaşları, 2002).

Yaşlının yaşı ve eğitim düzeyi aldığı puanı etkilemektedir (Ağan ve Aktan, 2002) MMT eğitilmiş ve eğitimsiz bireyler için farklı olup bu çalışmada eğitilmişler için kullanılan MMT kullanılmıştır. Bu çalışmaya katılan yaşlıların MMT puan ortalaması (**25.26±1.50**) olarak saptanmıştır.

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

Ölçek 1987 yılında Pender tarafından geliştirilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmuş olup altı faktörü vardır. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçek Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen ölçeğin tüm maddeleri olumludur.

Derecelendirme 4lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanın artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.92' dir. Ölçeğin alt faktörlerinin cronbach alfa değeri 0.70-0.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Esin ve Akça tarafından yapılmıştır. Esin'in (1997) çalışmasında 48 maddelik ölçek için "Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi" adlı doktora tezinde ve Akça (1998) yılında 52 maddelik ölçek için "Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenler" adlı yüksek lisans tezinde geçerlilik ve güvenilirlik yapılmıştır.

Esin'in çalışmasında alfa değeri 0,91, Akça'nın çalışmasında ise 0.90 olarak bulunmuştur. Alt faktörlerin alfa değerleri Esin'in çalışmasında 0.55-0.84, Akça'nın çalışmasında 0.52-0.81 arasında değişen değerler almıştır. Bu çalışma için cronbach alfa değeri 0.75'dir. Alt faktörlerin cronbach alfa değeri ise 0.35-91 arasında değişmektedir. Beslenme alt ölçeğinin cronbach alfa değerinin 0.35 olarak saptanmasını; bakımevinde diyetisyen olmaması ve yemek menüsünün yaşlıların tıbbi problemlerine uygun olarak verilmemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan faktör analizi sonucunda; kişiler arası destek (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 ve 49.maddeler), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 ve 50. maddeler), sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 ve 51.maddeler ), egzersiz (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 ve 46. maddeler), stresle baş etme (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 ve 47. maddeler) ve kendini gerçekleştirme (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 ve 52. maddeler 0,65), olmak üzere altı faktör bulunmuştur (Akça, 1998). Alt grupların puanları bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tüm alt gruplarının toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir.

- **Kişilerarası destek alt ölçeği;** bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemektedir.
- **Beslenme alt ölçeği;** bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirlemektedir.
- **Sağlık sorumluluğu;** alt ölçeği; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemektedir.
- **Egzersiz alt ölçeği;** sağlıklı yaşamın değişmez unsuru olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını göstermektedir.
- **Stresle baş etme alt ölçeği,** bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemektedir.
- **Kendini gerçekleştirme;** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir.

Bu çalışmada Akça tarafından 1998 yılında geçerliliği ve güvenilirliği yapılan 52 maddelik ölçek kullanılmıştır.

### **3.4.5. Yaşlı Bireylerin Beden Kitle İndeksleri**

Yaşlıların boy ve kiloları araştırmacı tarafından huzurevinde bulunan tartı aleti ve mezüre yardımı ile ölçülmüştür.

Beden Kitle İndeksi, Kilo (kg) / Boy (m)<sup>2</sup> formülü ile hesaplanmıştır. BKİ; 16-18.5=Zayıf, 18.6-25=Boya göre uygun kiloda, 25.1-30=Hafif şişman, 30.1-35=Şişman, 35.1-40=Çok şişman, 40.1 ve üstü tehlikeli şişman olarak değerlendirilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler araştırmacının kendisi tarafından, soruların yaşlılara okunması yolu ile toplanmıştır. Yaşlı bireylere, EK-I, Ek-II, Ek-III' deki formlar uygulanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin yaşlılara uygulanması duyma güçlüğü, algılamamanın düşmesi ve ilginin dağılması gibi nedenlerle 15-20 dakika zaman almıştır. Mini Mental Test 8-10 dakika sürede uygulanmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkeni, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden elde edilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı; bağımsız değişkeni ise yaşlı bireyin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, sigara kullanma durumu, sağlığını algılama, beden kitle indeksidir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayarda SSPS paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, t testi, varyans ve tukey analizi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma, Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi yönetimi ve bağlı bulunduğu Büyük Şehir Belediyesinden gerekli izin alınarak Haziran 2004-2005 tarihleri arasında yürütülmüştür.

**BÖLÜM IV**  
**BULGULAR**

**4.1. YAŞLILARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLER**

**Tablo 2. Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 125)**

	Sayı	%
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kadın	55	44.0
Erkek	70	<b>56.0</b>
<b><u>Yaş Grubu</u></b>		
60-69	16	12.8
70-79	66	<b>52.8</b>
80- ve üstü	43	34.4
<b><u>Medeni Durum</u></b>		
Evli	19	15.2
Bekar	106	<b>84.8</b>
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
Okur Yazar	54	<b>43.2</b>
İlkokul	39	31.2
Ortaokul	14	11.2
Lise ve Yüksekokul	18	14.4
<b><u>Sağlık Güvencesi</u></b>		
SSK	61	<b>48.8</b>
Bağkur	8	6.4
Emekli Sandığı	26	20.8
Yaşlılık Kartı	30	24.0
<b><u>Sigara Kullanma Durumu</u></b>		
Hiç Kullanmadım	60	<b>48.0</b>
Geçmişte İçtim Bıraktım	35	28.0
Şu anda Kullanıyorum	30	24.0
<b><u>Alkol Kullanma Durumu</u></b>		
Kullanmıyorum	90	<b>72.0</b>
Kullanıyorum (Ara sıra bir iki kadeh)	35	28.0
<b><u>Takma Diş Kullanma Durumu</u></b>		
Kullanıyor	75	<b>60.0</b>
Kullanmıyor	50	40.0
<b><u>Gözlük Kullanma Durumları</u></b>		
Kullanıyor	43	34.4
Kullanmıyor	82	<b>65.6</b>
<b><u>Baston Kullanma Durumları</u></b>		
Kullanıyor	35	28.0
Kullanmıyor	90	<b>72.0</b>
<b><u>Sağlık Durumlarını Algılamaları</u></b>		
Çok İyi	14	11.2
İyi	81	<b>64.8</b>
Çok Kötü	28	22.4
Kötü	2	1.6
<b><u>Beden Kitle İndeksi Durumu</u></b>		
Boya Göre Uygun Kiloda	28	22.4
Hafif Şişman	72	<b>57.6</b>
Şişman	25	20.0

Yaşlıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir. Yaşlı bireylerin % 44’i kadın ve yaş ortalaması  $77.61 \pm 6,70$  ve, %56’sı erkek ve yaş ortalaması  $76.04 \pm 5.98$ , yaşlıların kadın ve erkek için genel yaş ortalaması ise  $76.67 \pm 6.33$  olarak saptanmıştır. Yaşlıların %52.8’si 70-79 yaş grubunda yer almaktadır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların %84.8 bekar olarak yaşamaktadır. Yaşlıların eğitim durumu incelendiğinde %43.2’si okur-yazar olduğu saptanmıştır. Yaşlıların hepsinde sağlık güvencesi bulunmaktadır. Yaşlıların %48.8’nin SSK’lı olmak üzere her yaşının sağlık güvencesi bulunmaktadır. Yaşlıların sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde %48 ‘nin sigara ve %72’sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Huzurevi yaşlılarının %60 takma diş, %34.4’ü gözlük ve %28’i baston kullandığı saptanmıştır. Yaşlıların %64.8’inin sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların %57.6’sının BKİ göre hafif şıman olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3. Yaşlıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımları**

<b>Kronik Hastalıklar (n=125)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Hipertansiyon	64	<b>51.2</b>
Kalp Hastalığı	38	30.4
Diyabet	26	20.8
Solunum Yolu Hastalıkları (KOAİ, Astım, Bronşit)	26	20.8
Romatizma	22	17.6
Ülser	12	9.6
Böbrek Yetmezliği	8	6.4
Kanser	6	<b>4.8</b>
Kemik hastalıkları	18	14.4

\*Satır yüzdesi alınmıştır

Yaşlıların kronik hastalıklarına göre dağılımı tablo 3’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlılarda en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Yaşlıların büyük çoğunluğunda %51.2’sinde hipertansiyon bulunmaktadır. Kalp hastalığı %30.4 ile ikinci sırada, diyabet ve solunum yolu hastalıkları %20.8 ile üçüncü sırada yer almaktadır.

**Tablo 4. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler	X	SD
<b>Kişiler Arası Destek</b>	<b>9-36</b>	<b>15-33</b>	<b>24.32</b>	<b>3.61</b>
Beslenme	9-36	15-32	22.91	3.55
Sağlık Sorumluluğu	9-36	14-32	24.00	3.92
<b>Egzersiz</b>	<b>8-32</b>	<b>8-30</b>	<b>12.33</b>	<b>5.21</b>
Stresle Başetme	8-32	10-27	17.88	3.46
Kendini Gerçekleştirme	9-36	18-32	24.04	3.34
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	52-208	105-149	126.00	12.71

Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 4’ de gösterilmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanı orta düzeyde bulunmuştur (126.00±12.71). Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt ölçeklerinden en yüksek puan ortalaması “**kişiler arası destek**” alt ölçeği (**24.32±3.61**) ve en düşük puan ortalaması ise “**egzersiz**” alt ölçeğinde (**12.33±5.21**) olarak saptanmıştır.

#### 4.2. YAŞILARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI ve ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Tablo 5. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Alt Ölçekler	Kadın n=55 X ± SD	Erkek n=70 X ± SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kişiler Arası Destek	24.15±3.42	24.47±3.78	0.50	0.62
Beslenme	23.05±3.45	22.77±3.63	0.44	0.66
Sağlık Sorumluluğu	23.82±3.96	23.79±3.92	0.46	0.96
Egzersiz	11.62±4.70	12.90±5.56	-1.37	0.17
Stresle Başetme	17.63±3.36	18.29±3.52	-1.50	0.14
Kendini Gerçekleştirme	24.56±3.33	25.43±3.33	-1.44	0.15
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	124.56±12.96	127.0± 12.44	-1.35	0.20

Yaşlıların **cinsiyete** göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5' de gösterilmiştir. Kadın ve erkek yaşlı bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 6. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	60-69 (n:16)		70-79 (n: 66)		80 ve üstü (n:43)		Anlamlılık Derecesi	
	X	± SD	X	± SD	X	± SD	kw	p
Kişiler Arası Destek	24.87	±3.77	24.96	±3.84	24.67	±3.20	1.60	0.45
Beslenme	24.31	±4.20	22.56	±3.69	22.97	±2.93	3.80	0.15
Sağlık Sorumluluğu	24.25	±3.49	23.74	±3.65	23.72	±4.50	0.61	0.73
Egzersiz	13.25	±5.67	12.54	±5.90	11.67	± 3.74	0.55	0.76
Stresle Başetme	18.37	±2.72	17.93	±3.90	17.60	±3.00	0.74	0.76
Kendini Gerçekleştirme	24.81	±3.87	25.30	±2.84	24.74	±3.86	1.22	0.54
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	129.87	±13.92	126.00	±13.26	125.40	±11.40	1.16	0.56

Yaşlıların yaş gruplarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6' da gösterilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları arasında ki fark Kruskal-Wallis H analizi ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 7. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	Evli n=19		Bekar n=106		Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD		X ± SD		z	p
Kişiler Arası Destek	24.58± 2.95		24.30±3.73		-0.42	0,67
Beslenme	22.10±3.16		23.04± 3.60		-1.10	0.27
Sağlık Sorumluluğu	25.68±2.84		23.46±4.00		-2.62	0.01*
Egzersiz	10.74±3.83		12.62±5.40		-1.50	0.13
Stresle Başetme	16.10±3.26		18.20±3.42		-2.33	0.02*
Kendini Gerçekleştirme	24.00±2.96		25.23±3.39		-0.14	0.14
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	123.21±10.40		126.84±13.05		-1.08	0.30

Yaşlıların medeni durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’ de gösterilmiştir. Yaşlıların medeni durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden kişiler arası destek, beslenme, egzersiz, kendini gerçekleştirme puan ortalamaları ile **medeni durumları** arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Yaşlıların sağlık sorumluluğu ve stresle başetme alt ölçeği puan ortalaması ile medeni durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 8. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	Okur –Yazar n=54	İlkokul n=39	Ortaokul n=14	Lise ve Yüksekokul n=18	Anlamlılık Derecesi	
					kw	p
Kişiler Arası Destek	23.59±3.31	24.59±3.42	26.00±3.41	24.32±3.61	6.05	0.12
Beslenme	23.14±3.11	21.59±4.06	23.86±4.01	24.22±2.55	12.40	0.00*
Sağlık Sorumluluğu	22.66±3.70	24.07±3.33	26.28±5.78	24.66±3.00	13.37	0.00*
Egzersiz	11.52±4.47	14.56±6.91	11.57±3.03	16.55±2.80	4.80	0.18
Stresle Başetme	16.63±2.80	19.35±3.30	18.30±3.91	18.11±4.15	13.13	0.00*
Kendini Gerçekleştirme	25.22±3.06	24.12±3.17	26.85±2.95	25.11±4.29	7.11	0.06
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	122.78±10.91	128.31±12.67	132.86±15.46	127.33±13.43	7.64	0.05*

Yaşlıların eğitim durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 8’ de gösterilmiştir. Yaşlıların eğitim durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark Kruskal-Wallis H analiz testi ile değerlendirilmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden kişiler arası destek, egzersiz ve kendini gerçekleştirme puan ortalamaları ile **eğitim durumu** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden beslenme, sağlık sorumluluğu, stresle baş etme puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde okur-yazar grubun puan ortalamaları anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 9. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamasının Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	Sigara Kullanma Durumu				
	Hiç Kullanmadım n= 60	Geçmişte İçtim Bıraktım n= 35	Şuanda Kullanıyorum n = 30	Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	F	p
Kişiler Arası Destek	24.30±3.01	25.60±3.06	23.00±4.21	4.58	0.01*
Beslenme	22.10±3.08	24.46±4.00	22.70± 3.40	5.40	0.01*
Sağlık Sorumluluğu	23.33 ± 2.70	24.66±3.80	23.93±3.18	1.50	0.23
Egzersiz	12.00± 5.01	13.00±5.06	12.27±5.96	0.40	0.70
Stresle Başetme	17.17± 0.26	18.04± 3.32	18.06±3.80	3.05	0.51
Kendini Gerçekleştirme	26.67± 3.37	26.26±2.74	25.05± 3.66	3.40	0.40
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	123.45±11.20	132.86±11.22	124.30±14.70	7.20	0.00*

Yaşlıların sigara kullanma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçek puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre farkını saptamak amacı ile yapılan tek yönlü varyans analiziyle değerlendirilmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, egzersiz, stresle başetme ve kendini gerçekleştirme puan ortalamaları ile **sigara kullanma durumu** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden kişiler arası destek ve beslenme puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde sigarayı geçmişte içtim bıraktım diyen yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden kişiler arası destek ve beslenme puan ortalamaları sigara içemeyenler ve şuanda sigara kullanan yaşlılara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 10. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	Çok İyi / İyi (n = 95)		Kötü / Çok Kötü (n =30)		Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD		X ± SD		t	p
Kişiler Arası Destek	24.37±3.54		24.20± 3.90		0.22	0.82
Beslenme	23.35±3.60		21.47±3.00		2.60	0.01*
Sağlık Sorumluluğu	23.56±4.27		24.73 ±2.36		-1.50	0.14
Egzersiz	12.55±11.67		11.67 ± 6.16		0.80	0.42
Stresle Başetme	18.26±3.20		16.67 ±4.04		2.23	0.03*
Kendini Gerçekleştirme	25.10±3.47		25.03 ±3.50		0.21	0.83
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	127.12 ±12.90		123.67±12.04		1.30	0.20

Yaşlıların sağlık durumunu algılama düzeylerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçek puan ortalamalarının yetişkinlerin sağlık durumunu algılama düzeyleri arasındaki farkı saptamak amacı ile iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişiler arası destek puan ortalamaları ile **sağlık durumunu algılama** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden beslenme ve stresle baş etme puan ortalamaları ile sağlığı algılama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Stresle baş etme ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları sağlık durumlarını çok iyi/ iyi olarak algılayan yaşlıların çok kötü/ kötü olarak algılayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 11. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	Beden Kitle İndeksi Durumu				Anlamlılık Derecesi
	Boya Göre Uygun Kiloda (n =28)	Hafif Şişman (n = 72)	Şişman (n = 25)		
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	KW	p
Kişiler Arası Destek	26.14 ±4.08	24.26 ±3.31	22.50 ±3.00	7.53	0.00*
Beslenme	22.40±.80	23.14 ±3.74	22.76 ± 2.57	0.47	0.63
Sağlık Sorumluluğu	24.11±3.47	24.01 ±4.33	23.12 ±3.15	0.50	0.61
Egzersiz	13.46 ±5.30	12.02 ±4.45	12.06 ±.05	0.84	0.43
Stresle Başetme	19.00 ± 3.18	17.63 ±3.22	17.36 ± 4.25	1.85	0.16
Kendini Gerçekleştirme	27.30±3.04	24.75 ±3.40	23.40±2.55	11.15	0.00*
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	132.36±12.23	125.73 ±12.16	121.08 ±12.54	5.77	0.00*

Yaşlıların beden kitle indeksi durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçek puan ortalamalarının ile beden kitle indeksi durumları arasındaki fark Tek Yönlü Varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin beslenme, stresle baş etme, sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt ölçek puan ortalamaları ile **beden kitle indeksi durumları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek puan ortalamaları ile beden kitle indeksi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde beden kitle indeksine göre boya uygun kiloda yer alan yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği toplam puan ortalaması ve kendini gerçekleştirme ile kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalaması, hafif şişman ve şişman grupta yer alan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ )



## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

#### 5.1. YAŞLILARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Bu çalışmada yaşlıların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” puan ortalaması ( $126 \pm 12.71$ ) saptanmıştır (Tablo 4). Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı yapılan diğer araştırmalara göre daha düşük saptanmıştır (Wang, 1999; Sennott-Miller ve arkadaşları, 1998; Song, June ve Jeon, 2004; Carlson, 2000). Sohng, Sohng ve Yeom (2002) Koreli göçmen yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını zayıf olarak saptamıştır. Resnick (2003), huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlığı geliştirme davranışlarını, toplumda yaşayan yaşlılardan daha yüksek saptamıştır. Siks (1999), 121 evde ve hastanede bakım alan Amerikalı yaşlılarla yaptığı araştırmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanını düşük bulmuştur. Wang (2001) Yerli Tayvanlı yaşlı kadınlarla yaptığı çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını orta düzeyde saptamıştır. Gu ve Eun (2002) yaşlı grupta genç ve orta yaş grubuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanını anlamlı derecede düşük saptamıştır. Bunun nedenleri olarak yaşlı bireylerde fiziksel rahatsızlık, ağrı, korku, suçluluk, kayıp, dini inanışlar, insanlar arası ilişki kurma alışkanlıkları, diyet ve yeme alışkanlığı, tıbbi tedavi durumları gösterilmiştir. Bu çalışmada ise yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı orta düzeyde saptanmıştır. Sonuçlar Türk kültürünün ve sosyal yapısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinden kaynaklanabileceği gibi örneklemin özelliklerinden de kaynaklanabilir.

##### 5.1.1 Kişilerarası Destek

Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılımını arttırmak için yeni destek sistemleri oluşturulması gerekmektedir. Bu çalışmada yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinde “**kişilerarası destek**” alt ölçeği en yüksek değeri almıştır ( $24.32 \pm 3.61$ ) (Tablo 4). Bu çalışma sonucuna benzer olarak Gu ve Eun (2002) Koreli yaşlılarda Sohng, Sohng ve Yeom (2002) Koreli göçmen yaşlı kadınlarda, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları kişiler arası destek alt ölçeği en yüksek puanı almıştır. Wang (2001) Tayvanlı köylü yaşlı kadınlar ile yaptığı çalışmasında sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkilemediğini saptamıştır. Kişilerarası desteğin sağlığı geliştirici yaşam biçimi üzerinde direkt etkisi olmamasına karşın, bireylerin düşünme ve harekete geçmesinde kolaylaştırıcı etkisi olabilmektedir (Wang 1999). Bu nedenle toplum sağlığı hemşiresinin bakım verdiği bireylerin var olan sosyal desteklerini güçlendirme ve yeni destek sistemlerini oluşturmalarına yardımcı olması gerekmektedir. Sağlığı



Geliştirme Modeline göre aile, arkadaş, ve sağlık görevlileri ile olumlu etkileşim sağlık davranışını kazanma düzeyini etkilemektedir. Türk kültürü, bireyler arasındaki dayanışma ve yardımlaşmayı ön plana çıkarmaktadır. “İmece” olarak adlandırılan uygulamalar, bireyler arasındaki sosyal destek ağlarını güçlendirmektedir. İmece, ücret almadan yapılan bir yardımlaşma şeklidir. Örneğin, köyün, mahallenin ortak yapıları (okul, yol vb.) çoğu zaman para ve işgücü bir araya getirilerek imece yöntemi ile yapılır. Diğer bir örnek ise, yaşlıların, hastaların ya da oğulları askerde bulunanların ürünleri imece yolu ile yetiştirilir, toplanır ve pazarlanır. Bu kişilerin öncelikle akrabaları, komşuları ve yakın çevrede oturanlar imecede çalışırlar. Yaşlıların kişiler arası destek puanının yüksek olması, aile, arkadaş, akraba ve sağlık görevlileri ile olumlu kişilerarası ilişki içerisinde olduklarını düşündürmektedir.

### 5.1.2. Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının olmaması yaşlılarda yaygın problemler arasında yer almaktadır. Yaşlıların % 57.6'sının boya göre hafif şişman ve şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Türk toplumunda beslenme ile ilgili sorunlardan bir diğeri ise, özellikle huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivitelerinin az oluşu yanı sıra aşırı yeme davranışları göstermeleri sonucu şişmanlık olgularına daha sık rastlanmaktadır. Yaşlıların “**beslenme**” alt ölçek puan ortalaması (**22.91 ± 3.55**) olarak saptanmıştır (Tablo 4). Eu ve Gun (2002) Koreli 20-70 yaş grubu ile, Carlson (2000) huzurevinde yaşayan Amerikalı yaşlılarla ve Sohng, Sohng ve Yeom (2002) Koreli göçmen yaşlılar ile yaptıkları araştırmalarda ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme alt ölçek puanı bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak yüksek saptanmıştır. Siks (1999) Amerikalı 121 yaşlı birey ile yaptığı araştırmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları beslenme alt ölçeğinden alınan puanı düşük saptamıştır. Witrow- Newell (2000) çalışmasında bu çalışmadan farklı olarak araştırmaya katılan yaşlı bireylerin çoğunluğunun sağlık eğitimine katılmadığını, diyetlerinde; yağ, kolesterol ve tuza dikkat etmediğini belirtmiştir. Wang (1999) yaşlı köylü kadınlarda Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenmede ana engel üç grupta da beslenme alışkanlıklarını değiştirmeye isteksizlik dış problemi ve maddi zorluklar olduğunu belirtmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların %60'ı takma diş kullanmaktadır (Tablo 2). Dişlerin protez olması ya da yaşlılıkla birlikte başlayan diş kayıplarının artışı nedeni ile yaşlılıkta beslenme alışkanlığı bozulmaktadır. Yetersiz beslenme sorunu nedeni ile anemi, iyot yetersizliğine bağlı basit guatr hastalığı daha sık görülmektedir. Türk toplumunda beslenme ile ilgili sorunlardan bir diğeri ise özellikle kentsel bölgelerde yaşayan yaşlıların fiziksel aktivitelerinin az oluşu yanı sıra aşırı beslenme davranışları göstermeleri sonucu şişmanlık olgularına daha sık rastlanmaktadır (Baltaş, 2000). Bu davranışların gelişmesinde bireyin sağlığı algılaması yanı sıra içinde bulunduğu, doğup

yaşadığı kültür de belirleyici olabilmektedir. Yaşlıların, diyet alışkanlıklarını değiştirmeye isteksiz olmaları, yiyecek seçme, uygun yiyecek alacak parası olmaması veya yiyeceğe ulaşamama ve beslenme alışkanlığını belirlemektedir. Dengeli beslenmeleri için yaşlıların kültürlerine ve sağlık problemlerine uygun diyet tercihlerinin bilinmesi gerekmektedir. Halk sağlığı hemşiresinin bireyin sağlık davranış örüntülerini ve bunları şekillendiren unsurları bilmesi yapacağı girişimlerin etkinliğini artırmada önemlidir.

### 5.1.3. Sağlık Sorumluluğu

Bu çalışmada “sağlık sorumluluğu” puan ortalaması ( $24.00 \pm 3.92$ ) orta düzeyde saptanmıştır (Tablo, 4) ve diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Carlson, 2000; Eu ve Gun, 2002; Sohng, Sohng ve Yeom, 2002; Wang, 1999). Bu çalışmadan farklı olarak Siks (1999) sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt ölçek puanını düşük olarak saptamıştır. Bu çalışmada sağlık sorumluluğu davranışlarının istendik düzeyde olmamasının nedeni, yaşlıların sağlık kontrollerini sağlıklı yaşamada gerekli bir unsur olarak görmemelerinden kaynaklanabilir. Türk kültüründe genellikle birey, günlük yaşamını sürdürebiliyorsa, sağlık durumu iş yapabilmesini engellemiyorsa kendini hasta olarak görmemektedir.

### 5.1. 4. Egzersiz

Önemli sağlık davranışlarından biri de düzenli fizik egzersiz yapmaktır. Ancak egzersiz yapma kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden en düşük puan ortalaması ( $12.33 \pm 5.21$ ) “egzersiz” alt ölçeğinde saptanmıştır (Tablo 4). Yaşlılar ile yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Carlson, 2000; Sohng, Sohng ve Yeom, 2002; Wang, 2001). Bu çalışmalardan farklı olarak; Gu ve Eun (2002) 20-70 yaş arası Koreliler ile yaptığı çalışmasında egzersiz puanı yüksek saptamıştır. Wang (1999)’ın çalışmasına katılan yaşlı kadınlar egzersizin gereksiz olduğu ifadesini kullanmışlardır. Egzersiz, bireylerin sağlıklı olabilmelerinde önemli bir yer tutan sağlık davranışları arasında yer almaktadır. Bu davranışların gelişmesinde bireyin sağlığı algılaması yanı sıra içinde bulunduğu, doğup yaşadığı kültür de belirleyici olabilmektedir. Batılı toplumlarda yapılan çalışmalarda “egzersiz yapma”, jogging, ağırlık kaldırma ya da yüzme olarak kabul edilirken, yaşam stili ve kültürü önemli derecede farklılık gösteren gelişmekte olan ülkelerde işe ya da okula yürüyerek gitme, ev işi yapma, işin gerektirdiği aktiviteler egzersiz olarak kabul edilebilmektedir (Al Ma’aitah, 1999; Resnick, 2000).

Easom (2003), yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına katılımı etkileyen objektif ve subjektif engeller olduğunu belirtmiştir. Bu engeller; ekonomik nedenler, yaşlı bireyin fiziksel sağlığının uygun olmaması, uygun zaman ayırmama, aktivitelerin zor olması veya zor algılanması, yaşlıda istekliliğin olmaması olarak belirtilmiştir. Huzurevinde kapalı spor salonu, beden eğitimi öğretmeni ve yaşlının spor salonuna ulaşımının araçlarla sağlanmış olmasına rağmen, yaşlıların egzersize katılım oranları yetersizdir. Egzersiz yapma oranlarının düşük olduğu yaşlı grubunda halk sağlığı hemşiresinin yaşlıyı egzersiz yapmaya motive etmesi sonucunda egzersize katılımın artacağı tahmin edilmektedir (Conn, Reimer ve Maas, 2003; Shin, 1999). Toplumun kültürel yapısı çerçevesinde yaşlıya verilen değer ve beklentiler yaşlının davranışlarını etkilemekte, bu aynı zaman da sağlık davranışlarının belirleyicisi de olabilmektedir. Halk sağlığı hemşiresi toplum içinde değerleri, inançları, kültürleri farklı olabilen bireylere hizmet sunar. Sağlığı geliştirmede etkili olabilen yaşam biçiminin özellikleri gruplara göre farklılık göstermesine rağmen egzersiz yapmama yaşlılar arasında yaygın problemlerdendir.

#### 5.1.5. Stresle Başetme

Bu çalışmadaki “**stresle başetme**” puan ortalaması (**17.88 ± 3.46**) saptanmıştır (Tablo4). Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stresle baş etme alt ölçek puanı yapılan diğer araştırma sonuçlarına göre daha düşük saptanmıştır (Carlson, 2000; Wang, 1999; Wang 2001; Sohng, Sohng ve Yeom, 2002). Gu ve Eun (2002) çalışmasında yaşlı grupta genç ve orta yaş grubuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanı ve alt ölçeklerden stres yönetimi puanını düşük saptanmıştır. Bu sonuçlar; huzurevinde kalan yaşlıların ailelerinden uzakta olması, yalnız olmaları, çoğunluğunun kalabalık odalarda kalması, kültürel nedenlerden dolayı, huzurevinde kalmayı dışlanma, terk edilme olarak görmeleri, kişilerarası ilişkilerde yetersizlik, sağlık problemlerinde artma gibi etkenlerden dolayı stres yaşadığını ve baş etme becerilerinin yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

#### 5.1.6. Kendini Gerçekleştirme

Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir. Bu çalışmada kendini gerçekleştirme puan ortalaması (**24.04 ± 3.34**) orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 4). Sonuçlar Sohng, Sohng ve Yeom, (2002)’ün sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Siks (1999) ve Gu ve Eun (2002) yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda bu sonuçlardan farklı olarak kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamasını düşük bulmuştur. Bireyin düzenli bir gelirinin ve ekonomik özgürlüğünün olması sağlık davranışlarının yanısıra olumlu özbenliği üzerinde de etkili olabilmektedir. Huzurevinde

kalan yaşlıların büyük bir çoğunluğunun emekli maaşı almaktadır. Kendini gerçekleştirme puanlarının yüksek olmasında bu durum etkili olabilir. Toplumun kültürel yapısı çerçevesinde yaşlıya verilen değer ve beklentiler yaşlıların davranışlarını etkilemekte bu aynı zaman da sağlık davranışlarının belirleyicisi de olabilmektedir. Sağlığın bileşenleri içersinde bulunan durumsal faktörlere göre, bireyin içinde bulunduğu evre, sağlığı geliştirme davranışının kazanılmasını etkilemektedir. Bireyin motivasyonu, kişisel özellikleri sağlığı geliştirme davranışlarını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir.



## 5.2. YAŞLILARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLER

Yapılan çalışmalarda; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum gibi demografik değişkenler ile sağlığı algılama durumu gibi etkenlerin sağlığı geliştirme ve yaşam biçimi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Resnick, 2003; Wang, 2001; Eu ve Gun, 2002).

### 5.2.1.Cinsiyet

Yaşlıların “**cinsiyete**” göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar incelendiğinde; kadın ve erkek yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5). Pender ve arkadaşlarının (1987) çalışmasında sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır.

### 5.2.2. Yaş

Yaşlıların “**yaşı**” ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş gruplarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olmasına karşın yaş artışı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği genel puanında düşme yaşanmıştır ( $p> 0.05$ ) (Tablo 6). Pender ve arkadaşları (1990) yaşlı bayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini genç ve orta yaş kadınlardan daha yüksek saptarken Resnick (2003) ve Eu ve Gun (2002) ise yaşlılarda sağlığı geliştirici aktivitelere katılımın düşük olduğunu, yaş ilerledikçe bu katılım oranının daha da düştüğünü saptamıştır. Sağlığı geliştirme modeline göre; yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara katılımın arttığı belirtilmektedir (Smith ve Maurer, 2000; Duffy, Rossow ve Hernandez, 1996; Pender, 1987). Türk toplumunun geleneksel yapısında, yaşlılar çoğunluk olarak ileri yaşa ulaşıldığında 'ahiret' denilen ve ölümden sonra varolacağına inanılan yaşama kendini hazırlamakta ve hatta ölümü beklemektedir. Böyle bir tutum bireyi yaşamdan izole etmektedir. Yaşlanma ile birlikte fiziksel rahatsızlıklarda artış, yeme alışkanlığında bozulma, bağımlılıkta artma yaşanmaktadır. Bunun sonucu olarak yaş artışı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılımda azalma beklendik bir durumdur.

### 5.2.3. Medeni Durumu

Yaşlıların “**medeni durumlarına**” göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması evlilerde yüksek bulunmuştur. Stresle baş etme alt ölçeği puan ortalaması bekar yaşlılarda yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 7). Bu sonuca benzer olarak Pender ve arkadaşları (1990) yaptıkları çalışmada beslenme alt ölçek puan ortalaması evlilerde bekarlara göre yüksek saptanmıştır. Bunun evlilerin bekarlara göre düzenli bir yaşam şekilden kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir. Lusk (1995) ise medeni durum ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır.

### 5.2.4. Eğitim Durumu

Bu çalışmada; yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ve alt ölçeklerden; beslenme, sağlık sorumluluğu, stresle baş etme puan ortalamaları ile “**eğitim durumu**” arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Eğitim düzeyi arttıkça yaşlıların sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı artmaktadır. Bireylerin eğitilmiş olmaları, sağlıkları konusunda karar verme ve olumlu sağlık davranışlarına yönelmelerinde önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Pender (1990) eğitim durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puanları arasında fark olmadığını saptamıştır. Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandıklarını belirtmiştir.

### 5.2.5. Sigara Kullanma Durumu

Yaşlıların “**sigara kullanma**” durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar incelendiğinde; sağlık sorumluluğu, egzersiz, stresle baş etme ve kendini gerçekleştirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden kişiler arası destek ve beslenme puan ortalamaları ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 9). Yapılan ileri analizde geçmişte içtim bıraktım diyen yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden kişiler arası destek ve beslenme puan ortalamaları sigara içmeyenler ve şu anda sigara kullanan yaşlı bireylere göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 9). Resnick (2000) huzurevinde yaşayan yaşlıların toplumda yaşayan yaşlılardan daha düşük oranda sigara kullanıldığını saptamıştır. Yaşlıların, sigara bırakmanın faydalarını yaşadığı durumlar olmasına karşın, 80 yaş üstünde; sigara bırakmanın yararını görmeme



olasılığının çok düşük olması nedeni ile sigaranın bırakılması değil azaltılması önerilmektedir (Resnick, 2003). Bununla birlikte; ileri yaşta sigarayı bırakmanın yararları olduğu hakkında kanıtlar bulunmaktadır. Hemşire yaşlı bireylere sigarayı bırakmaları veya azaltmaları konusunda danışmanlık yapabilmektedir.

### 5.2.6. Sağlık Durumunu Algılama

Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden beslenme ve stresle baş etme puan ortalamaları ile “**sağlık durumunu algılama**” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Stresle baş etme ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları sağlık durumlarını çok iyi ve iyi olarak algılayan yaşlıların çok kötü ve kötü olarak algılayan yaşlılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Pender (1990) sağlığı iyilik hali olarak tanımlayanların sağlığı geliştirme davranışları ortalama puanlarının, hastalığın yokluğu olarak tanımlayanlardan yüksek saptanmıştır. Wang (2001) Koreli yaşlılarda algılanan sağlık ile iyilik hali arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Resnick (2003) huzurevinde yaşayan yaşlıların algılanan fiziksel sağlık durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılımı doğrudan ve dolaylı olarak etkilediğini saptamıştır. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına göre, sağlığını 'çok iyi' olarak algılayanlar sağlığı geliştirme davranışlarına daha çok katılmaktadırlar (Esin, 1999; Wang, 2001, Kuster ve Fong, 1993; Resnick, 2003). Türk toplumunda sağlık ve hastalık algıları, bireylerin davranışlarında önemli etki yaratmaktadır. İshali, kıl kurdunu hastalık olarak algılamayan, dolayısıyla bir sağlık arayışı içinde olma gereksinimi duymayan davranış örneklerine rastlamak mümkündür. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına göre, sağlığını 'çok iyi' olarak algılayanlar sağlığı geliştirme davranışlarına daha çok katılmaktadırlar. Türk toplumunda sağlık ve hastalık algıları, bireylerin davranışlarında önemli etki yaratmaktadır. Halk sağlığı hemşiresinin yaşlı bakım evlerinde sağlığı geliştirmeye yönelik programlar planlayabilmesinde yaşlıların sağlık algılamalarını ve sağlıklarına ne kadar önem verdiklerini bilmesi yapacağı girişimlerin başarıyla sonuçlanmasında önem kazanmaktadır.

### 5.2.7. Beden Kitle İndeksi

Bireyin vücut ağırlığı, boyu gibi biyolojik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına katılımı etkilediğini ve kilosu fazla olan bireylerin egzersiz yapma oranlarının düşük olduğu, olumsuz sağlık davranışının olumsuz sağlık davranışını doğurduğu belirtilmektedir (Pender, 1987). **Beden kitle indeksine** göre boya uygun kiloda yer alan yaşlıların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği toplam puan ortalaması ve kendini gerçekleştirme ile kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalaması, hafif şişman ve şişman grupta yer alan yaşlı bireylerden istatistiksel olarak



anlamli derecede yuiksek saptanmiftir ( $p<0.05$ ) (Tablo 11). Tokgöz (2002) çalişmasında, beden kitle indeksine göre boya uygun kiloda yer alan öğretim elemanlarının egzersiz puan oralaması yuiksek saptanmiftir. Fine ve arkadaşları (1999) ise kilo kaybı ile birlikte fiziksel aktivitelerde artış saptamiftir. Yaşlılarda bulunan bu bulgu diğer çalişmlarla uyum göstermektedir.



## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1.SONUÇLAR

Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevinde yaşayan yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %44'ünün kadın yaş ortalaması  $77.61 \pm 6,70$  ve %56'sının erkek, yaş ortalaması  $76.04 \pm 5,98$  olarak saptanmıştır. Yaşlı yetişkinlerin eğitim durumu incelendiğinde %43.2'sinin okur-yazar olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yaşlıların %57.6'sının hafif şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

**Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları** ölçeği puan ortalaması  $126.00 \pm 12.71$  orta düzeyde saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamalarının en yüksek puan ortalaması **kişiler arası destek** alt ölçeği ( $24.32 \pm 3.61$ ) ve en düşük puan ortalaması **egzersiz** alt ölçeğinde ( $12.33 \pm 5.21$ ) saptanmıştır (Tablo 4).

Yaşlıların **cinsiyet** ve **yaş** değişkenlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5-6).

Bekar yaşlıların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması evli olan yaşlılara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 7).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden beslenme, sağlık sorumluluğu, stresle baş etme puan ortalamaları **okur-yazar** grubun anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 8).

**Sigarayı** geçmişte içtim ve bıraktım diyen yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden kişiler arası destek ve beslenme puan ortalamaları sigara içemeyenler ve şu anda sigara kullanan yaşlılara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 9).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları stresle baş etme ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları **sağlık durumlarını** çok iyi ve iyi olarak algılayan yaşlıların puan ortalaması, çok kötü ve kötü

olarak algılayan yaşlıların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10).

**Beden kitle indeksine** göre boya uygun kiloya sahip olan yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği toplam puan ortalaması ve kendini gerçekleştirme ile kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalaması, hafif şişman ve şişman grupta yer alan yaşlı bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).

Bu araştırma sonuçlarına göre yaşlıların sağlığı geliştirme davranışı orta düzeyde saptanmıştır. Yaşlıların egzersiz davranışları yetersiz saptanmıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli çerçevesinde biyolojik faktör olarak beden kitle indeksi, demografik değişkenlerden medeni durum, eğitim, bilişsel–algılama faktörlerde sağlık durumunu algılama, sigara kullanma durumu değişkenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını etkilediği saptanmıştır.



## 6.2. ÖNERİLER

- Halk sağlığı hemşiresi, bireylerin sağlıklarını koruma, geliştirme ve sürdürmedeki sorumluluklarını yerine getirirken eğitici rolünü kullanarak katkıda bulunur. Halk sağlığı hemşiresinin yapacağı girişimlerde bireylerin davranışlarında etkili olan yaş, eğitim, medeni durum ve sağlık algılaması gibi etkenleri göz önüne alarak ve çeşitli eğitim yöntemleri kullanılarak sağlık eğitimi programları planlanmalıdır.
- Huzurevinde spor salonu, beden eğitimi öğretmeni bulunmaktadır. Spor salonuna yaşlıların ulaşımı için gerekli imkanların sağlanmış olmasına rağmen yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarında en düşük puan egzersiz alt ölçeğinde saptanmıştır. Yaşlıların egzersiz yapma oranlarını arttırmak için sektörler arası işbirliği yapılmalı, egzersize katılmama nedenlerini saptamaya yönelik araştırmalar yapılmalı, yaşlıların eksik olduğu düşünülen motivasyonlarını artırmak için hekim, hemşire, beden eğitimi öğretmeni ve kurum yöneticileri ile işbirliği yapılmalı ve eğitim programları planlanmalıdır.
- Yaşlılara; stres yaratan durumları tanımlamaları ve stresle etkili baş etme yöntemleri (egzersiz yapma, doğru beslenme, olumlu düşünme, duyguları paylaşma zamanını iyi kullanma, sosyal destek sistemlerini kullanma, etkili iletişim becerilerini geliştirme, etkili problem çözme) öğretilmelidir. Huzurevinde strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve stresin ortadan kaldırılmasına yönelik araştırmalar yapılabilir.
- Yaşlıların beslenmesinin düzenlenmesi, yaşlılarda artan sağlık problemi nedeni ile önemlidir. Huzurevi yetkilileri ile görüşülerek huzurevine diyetisyen alınması, hemşire, doktor ve diyetisyen ile yaşlıların beslenme planı yapılması önerilmelidir.
- Araştırma sadece Gürçeşme Zübeyde Hanım huzurevinde kalan ve iletişim kurabilen yaşlılarla yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları; değişik yaşlı gruplarında (kentli, köylü, farklı coğrafi bölgede, evde veya huzurevinde yaşayan), büyük örneklem ile topluma genellenecek çalışmalar yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Ağan, K., Aktan, S. (2002). Demansın Tanımlanması. Demans Dergisi. Cilt: 2, Sayı/ek:1 Sayfa:15-19.
2. Akça, Ő. (1998). Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi S.B.E. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. İzmir.
3. Akdemir, N. (2002). Yaşlılarda Evde Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını.
4. Akgül, A. (2003). Tıbbı Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
5. Akgün, S., Bakar, C., Budakoğlu, I. İ, (2004). Dünya’da ve Türkiye’ de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 7/2, 105-110.
6. Akgün E. (2001). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD.Yüksek Lisans Tezi.
7. Aksüllü, N., (2002) Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD. Yüksek Lisans Tezi.
8. Al, Ma’aitah, R., Haddad, L. (1999). Health Promotion Behaviors of Jordanian Women. Health Care For Women International. Nov./Dec., 20(6), 533-547.
9. Aştı, N. (2002). Çeşitli Yönleri ile Geriatrik Bakım; Bakım Hizmetleri Ve Hemşirenin Rolü. I. Ulusal Geriatri Kongresi. Antalya.
10. Bahar, Z., Beşer, A., Öztrürk, M., Özbuçakcı Ő., (2004). Probleme Dayalı Öğrenim Modelinin Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlığı geliştirme Davranışlarına Etkisi. I. Aktif Eğitim Kurultayı Bildirileri Kitabı. Dokuz Eylül Yayınları. İzmir.

11. Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul.
12. Baltaş, A., Baltaş, Z. (1996). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 15. Basım, İstanbul.
13. Bed, B.A., Latter, S. (1998). Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27/1.
14. Belek, İ., (1998). Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir ve Kabul Edilemez Bir Politik Ekonomi Sorunu. *Toplum ve Hekim* 13/2.
15. Birol, L. (1997). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 3. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir.
16. Birtane, M.ve arkadaşları(2000). Edirne Huzurevi sakinlerinde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi. *Geriatrici (Turkish Journal of Geriatrics)*,3(4), 141-145.
17. Buldukoğlu, K., Özcan, A., Terakye, G. (1996). Psikiyatri HemşireliğiEl Kitabı. Vehbi Koç Yayınları, No:13. İstanbul.
18. Carlson, E. D. (2000). A Case Study in Translation Methodology Using the Health Promotion Lifestyle Profile II. *Public Health Nursing*Volume 17/1.
19. Chen, M., N. (1999 ). The Effectiveness of Health Promotion Counseling to Family Caregivers. *Public Health Nursing*, 16/2.
20. Chernoff, R. (2001). Nutrition and health promotion in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*. Washington, 56A.
21. Conn, V.S., Reimer, T.T., Maas, L. M. (2003). Older Women and Exercise: Theory of Planned Behavior Beliefs. *Public Health Nursing*, 20/2.
22. Delaney, F.G. (1994). Nursing And Health Promotion: Conceptual Concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 828-835.
23. Dirican, R., Bilgel, N. (1993). Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa.
24. Dönümcü, Ş. (2003).Yaşlıya Götürülen Sosyal hizmetlerin organizasyonu. 2. Ulusal Geriatrici Kongresi. Antalya

25. Duffy, M., Rossow, R., Hernandez, M. (1996). Correlates of Health Promotion Activities in Employed Mexican American Women. *Nursing Research*, 45/1.
26. Easom, R. L. (2003). Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29/5 .
27. Erbaş, N., Bekar, M. Gölbaşı Z. (2004). 40-60 Yaş Grubu Menopozal Dönemde ki Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Dahili Tıp Bilimleri*. Cilt: 10, Sayı: 6.
28. Erden, M., Akman, Y. (1985). Kendini gerçekleştirme. *Eğitim Psikolojisi*. Arkadaş Yayınları. Ankara.
29. Erdemir, F. (2002). Sağlıklı Yaşlı ve Yaşlılıkta Yaşam Kalitesinin Önemi. I. Ulusal Geriatri Kongresi. Antalya.
30. Erefe, İ.(2002). Hemşirelikte Araştırma İlke,Süreç ve Yöntemleri, Odal Ofset, İstanbul.
31. Esin, N. (1994). Türk Kadınlarının Sağlık Danışmanlarının Değerlendirilmesi. VI.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana.
32. Esin, N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. *Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
33. Ezgi, B., (2002). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Öz Bakım Gücünün Yaşam Doyumlarına Etkilerinin İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi.*
34. Fine, J. T., et all. (1999). A Prospective Study Of Weight Change And Health-Related Quality Of Life In Women. *JAMA*, 8(22), 2136-2142.
35. Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Hacettepe Üniversitesi , Çağ Matbaası, Ankara.
36. Gözümlü, S., Aksayan, S. (1999). Özetkililik- Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2/1.



37. Gözüm, S., (1999). Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Özetkililik–Yeterlilik ile Stresle Başa çıkma Algısı Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2/1.
38. Gözüm, S. (2002). I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Bakımı. I. Ulusal Geriatri Kongresi. Antalya.
39. Gözüm, S., Tezel, A. (2000). Yurttan Kalan Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Davranışını Etkileyen Faktörlerin Path Analizi ile Açıklanması. I.Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, Antalya.
40. Grove, N., C., Spier, E., B. (1999). Motivating the Well Elderly to Exercise. Journal of Community Health Nursing, 16/3.
41. Gu, O.M., Eun, Y. (2002). Health-Promoting Behaviors of Older Adults Compared to Young and Middle-Aged Adults in Korea Journal of Gerontological Nursing. Vol. 28/ 5; 46-8.
42. Gülseren, Ş. ve arkadaşları. (2000). Huzurevinde Yamakta Olan Bir Grup Yaşlıda Bilişsel İşlevler, Ruhsal Bozukluklar, Depresif belirti düzeyi ve Yaşam Kalitesi. Geriatri (Turkish Journal of Geriatrics), 3(4), 133-140.
43. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 13/4, 273-251.
44. Quinn, M. E., Johnson, M. Andress, E. L., McGinnis, P.& Ramesh, M. (1999). Health characteristics of elderly personal care home residents .Journal of Advanced Nursing Volume 30/2.
45. Healthy Aging: Preventing Disease and Improving Quality of Life Among Older Americans, 2001 At-A-Glance Report (2001). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention ( <http://www.cdc.gov/scientific.htm> ).

46. Imamura, E. (2002). Amys's Chat Room: Health Promotion Programsmes for Community Dweling Elderly Adults. *International Journal Of Nursing Practice*, 8/1.
47. Karadakovan, A. (2002). II. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Bakımı. I. Ulusal Geriatri Kongresi. Antalya.
48. Karasar, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi –Kavramlar, İlkeler, Teknikler*, 10. Basım, Ankara.
49. Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A., Yapucu, Ü., Arslan G. Ş., Çınar, Ş. (2004). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7/1.
50. Kuster, A., Fong, C. (1993). Further Psychometric Evaluation of The Spanish Language Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 42, 266-269.
51. Loeb, S., Neill, J., Gueldner, S. (2001 ). Health Motivation: A Determinant of Older Adults' Attendance at Health Promotion Programs *Journal of Community Health Nursing*, 18/3.
52. Lusk, S.L, Kerr, M.J., & Ronis, D.V. (1995). Health- promoting lifestyles of blue-collar,skilled trade, and white-collar workers. *Nursing Research*, 44(1), 20-24.
53. Monch, A. U., Foldi, N.S., Ermini Fünfschilling, D.E. (1995). İmproving the Diagnostic Accuracy of the Mini Mental State Examination *Acta Neurological Scandinavia* . 92:145-150,
54. Oğuz, M., Yener, G., Uzunel, F. (2003). Probable Alzheimer Hastalığı Olgularında Mini Mental Durum Değerlendirilmesinin Kısa Kognitif Muayene Denkliği. *Journal of Neurological Sciensces (Turkish)*. 20/1.
55. Öztekin, Z. (1986). *Temel Sağlık Hizmetleri* . Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Yayın No: 88/33, Ankara.
56. Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in nursing Practice* . -2nd.ed. USA.

57. Pender, N. J., Walker, N. S., Sechrist, R. K., Strombog, F. M.(1990). Predicting Health – Promoting Lifestyles in the Workplace. *Nursing Research*, 39/6.
58. Pender. N., Barkauskas, V., Hayman, L. (1992). Health Promotion and Disease Pervention Toward Exlence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook*. 40/3.
59. Phillips, F. (2003). Nutrition for healthy ageing. *Nutrition Bulletin* , 28/3.
60. Potter, P. A., Perry, A. G. (1995). *Basic Nursing Theory and Practice: Health and Wellness*. Third edition, Mosby.
61. Potter, P.A., Perry, A.G. (1999). *Basic Nursing a Critical Thinking Approach*. Fourth Edition, Mosby.
62. Rakıcıoğlu, N. (2002). Yaşlı Beslenmesi. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını.
63. Resnick, B. (2003). Health PromotionPractices of Adults: Testing An İndividualized Approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12/1.
64. Resnick, B. (2003).Health Promotion Practices of Older Adults: Model Testing. *Public Health Nursing*, 20 / 1.
65. Resnick, B. (2000). Health Promotion Practices of the Adult. *Public Health Nursing*, 17/3.
66. Sayan, A., Erci, B. (1999). Çalışan Kadınların Sağlıkını Geliştirici Tutum ve Davranışları İle Özbakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 427-433.
67. Sennott-Miller, May, L. K. &Miller J. L. L. (1998). Demographic and health status indicators to guide health promotion for Hispanic and Anglo rural elderly. *Patient Education and Counseling*. Volume 33/1, 13-23.
68. Seviğ, Ü. ( 1998 ). *Lemon :Yaşam Sağlık ve Çevre*. 1. Baskı, Ankara.
69. Sheridan, C., Radmacher, S. (1992). *Developing Healthy Lifestyle Behaviors*. *Health Psychology*, John Willey & Sons.

70. Shin, Y. (1999). The Effects of a Walking Exercise Program on Physical Function and Emotional State of Elderly Korean Women. *Public Health Nursing*, 16/2.
71. Shinitzky, H.& Kub, J. (2001). The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing*. 18/3, 178.
72. Sisk, R. J. (2000) .Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*. 37/1, 37-43.
73. Smith, C., Maurer ,F. (2000). *Community Health Nursing Theory and Practice*. WB Saunders Company.
74. Sohng, Y. K., Sohng, S., Yeom, H. A. (2002). Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States. *Public Health Nursing*, 19/4.
75. Song, R., June, K.J., Kim, C. G., Jeon, M.Y.(2004). Comparisons of Motivation, Health Behaviors, and Functional Status Among Elders in Residential Homes in Korea .*Public Health Nursing*. 21/4, 361.
76. Stookey, D. J., Zhai, F., Zohoori, N., Popkin, M.B. (2000). Nutrition of elderly people in China. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 9 / 4.
77. Sümbüloğlu K.,Sümbüloğlu V., *Biyoistatistik*, 7. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, 1997, Ankara.
78. Tangolos, E.G., Smith G.E., Ivnik, R,S., Peteson, R. C. (1996). The Mini Mental State Examination General Medical Practice : Clinical Utility and Acceptance . *Mago Clinic Proceeding*. 71/9: 829-837.
79. Tavşanel E., *Tutumların llmesi ve SPSS İle Veri Analizi*, Atlas Yayınevi, 2002, Ankara.
80. Tokgöz, E. (2002). *Kadın ğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi*. DE. SBE. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

81. Turan, G. (2001) Hastaneden Taburcu olan Yaşlı Bireylerin Ev Yaşamında Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi.
82. Turuman, C., (2001). Yaşlı sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması. Turkish Journal Geriatrics, 4/1.
83. Üstün, B., Bahar, Z., Parlak, N., Akgün, E., Öztürk, M., Malay, U. (2005). Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Dergisi. 1/1, 26-33.
84. Veliöğlü, P. ( 1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul.
85. Volden, C., Longemo, P. et all. (1990). The Relationship of Age, Gender and Exercise Practices To Measure of Health. Lifestyle, Self Esteem, Appl. Nursing Research, 3(1), 20-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
86. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N.J. (1987). The health–Promoting Lifestyle Profile: Development and Characteristtics. Nursing Research. 36/2.
87. Walker, N. W., Madeleine, J. K., Pender, N. J. (1990). A Spanish Language Version of the Health Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research, 39/5.
88. Wang, H. H. (1999). Predictors of Health Promotion Lifestyle Among Three Ethnic Groups of Elderly Rural Women InTaiwan. Public Health Nursing, 16/5.
89. Wang, H. H. (2001). A Comparision Of Two Models of Health-Promoting Lifestyle in Rural Elderly Taiwanese Women. Public Health Nursing, 18/3.
90. Whitehead, D. (2001). A stage planning programme model for health education/health promotion practice Journal of Advanced Nursing, 36/2.
91. Whitehead, M., (1992). Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. TTB Merkez Konseyi, Ankara
92. Withrow- Newell, C. (2000). Health Protecting and Health Promoting Behaviors of African Americans Living İn Appalachia. Public Health Nursing, 17/5.

93. World Health Organization, Health and Welfare Canada, and the Canadian Public Health Association.(1986).Ottawa charter for health promotion. Copenhagen, Denmark: FADL Publishers.
94. World Health Organization.. “Promoting Healthy Behavior. Targets For Health For All” Geneva, 1985.
95. ..2001): International Counsel Of Nursing, ICN On Health Aging. www.knochi/matters
96. The World Health Report. (2002): Health Systems: Improving Performance Office Of Publications WHO. World Health Organization, Genova, ss:162-163.
97. <http://nkg.die.gov.tr/2002.asp?gosterge=1&Submit=G%F6r%FCnt%FCle>



## Ek I.

### KISA MENTAL DURUM DEĞERLENDİRİLMESİ

<u>EN YÜKSEK PUAN</u>	<u>PUAN</u>	<u>YÖNELİM</u>
(5)	( )	<p>1. Bu günün tarihi nedir: Hangi gündeyiz? Hangi aydayız? Hangi yıldayız? Hangi mevsimdeyiz? *Her soru tek tek sorulmalıdır. *Her doğru yanıt "1" puandır.</p>
(5)	( )	<p>2. Hangi ülkede yaşıyorsunuz? Hangi şehirde yaşıyorsunuz? Hangi semt/ilçede yaşıyorsunuz? Hangi huzurevinde kalıyorsunuz? Hangi kat/blokta kalıyorsunuz? *Her soru tek tek sorulmalıdır. *Her doğru yanıt "1" puandır.</p>
(3)	( )	<p><b><u>BELLEK</u></b></p> <p>Birbiri ile ilişkisiz üç kelimeyi (elma, masa para gibi) her birine bir saniye ayırarak yavaş ve açık bir şekilde tek tek söyleyin. Yaşlıdan tekrar etmesini isteyin. Her doğru yanıt "1" puan verin. Yaşlıya her üçünü doğru sıralaması için 6 kez şans tanıyın. Deneme sayısını belirtin. (Deneme sayısı: .....)</p>
(5)	( )	<p><b><u>DİKKAT VE HESAP YAPMA</u></b></p> <p>Yaşlınının 100'den geriye 7'şer 7'şer Saymasını isteyin 5 sayıdan sonra durun (93,86,79,72,65) her doğru yanıt "1" puan verin. Yaşlı bunu yapmıyorsa, "DÜNYA" sözcüğünün harflerini geriye doğru söylemesini isteyin. Her doğru yanıt "1" puan verin. Örnek: AYNÜD=5, ANYÜD=3 gibi.</p>



**EN YÜKSEK PUAN****PUAN****ANIMSAMA****(3)****( )**

Bellek bölümünde sorduğumuz üç sözcüğü (elma, masa, para) hatırlayıp hatırlamadığını sorun. Her doğru yanıtta 1 puan verin.

**ADLANDIRMA****(2)****( )**

Yaşlıya bir kalem veya bir saat göstererek ne olduğunu sorun. 0-2 arasında puanlayın.

**YENİLEME****(1)****( )**

Yaşlıdan “Şu köşe yaz köşesi, şu köşe kış köşesi” cümlesini tekrarlamasını isteyin. İkinci bir şans verin 0-1 olarak puanlayın.

**ÜÇ AŞAMALI KOMUT****(3)****( )**

Yaşlıya boş bir kağıt verin ve şu şekilde yönlendirin. “Kağıdı sağ elinize alın, ikiye kıvrın ve yere koyun”. Gerçekleştirilen her aşamaya 1 puan verin.

**EN YÜLSEK PUAN****PUAN****OKUMA**

(1)

( )

Boş bir kağıda “GÖZLERİNİZİ KAPATIN” yazın. Yaşlıdan okuyup yerine getirmesini isteyin. Yalnızca hasta gözlerini kapatıyorsa puan verin.

**YAZMA**

(1)

( )

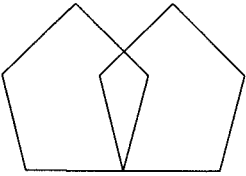
Yaşlıya boş bir kağıt verip, sizin için bir cümle yazmasını isteyin.  
Cümleyi siz dikte ettirmeyin.  
Yaşlının puan alabilmesi için Cümlenin ÖZNESİ, FİİLİ olmalı Ve bir ANLAM İFADE etmelidir.

**ÖYKÜNME**

(1)

( )

Aşağıda her köşesi 1 cm. Uzunluğunda, genişliği iki Beşgen vardır. Yaşlının bir kağıda aynısını çizmesinin isteyin. Puan alabilmesi için iki beşgenin genişliği ve 10 tane açı bulunması gereklidir.

**EN YÜKSEK PUAN****PUAN****TOPLAM PUAN DEĞERLENDİRME**

(30)

( )

0-12 Puan (ŞİDDETLİ)  
13-22 Puan (ORTA)  
23-24 Puan (HAFİF)  
25-30 Puan (SORUN YOK)

## EK - II.

### Sosyo-demografik ve Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

1. Adı soyadı:
2. Cinsiyeti:
3. Boy-Kilonuz:
4. Doğum Tarihi
5. Medeni Durumu:
6. Eğitim Durumu:
  - Okur yazar:
  - İlkokul :
  - Ortaokul.
  - Lise .
  - Üniversite :
7. Sağlık Güvencesi:
  - Yok
  - SSK
  - Bağkur
  - Emekli Sandığı
  - Yaşlılık Kartı
8. Sigara kullanıyor musunuz?
  - Hiç kullanmadım
  - Geçmişte içtim şimdi bıraktım
  - Şuan da kullanıyorum
9. Alkol kullanıyor musunuz?
  - Düzenli olarak her gün bir iki kadeh
  - Arasına bir iki kadeh

- Hiç kullanmadım

10. Takma diş kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

11. Doktorun tanı koyduğu hastalığınız var mı?

- Hipertansiyon
- Kalp hastalığı
- Romatizma
- KOAH/Astım/Bronşit
- Ülser
- şeker Hastalığı
- Böbrek yetmezliği
- Kanser
- Osteoporoz(kemik erimesi)

12. şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok iyi
- İyi
- Kötü
- Çok kötü

13. şu anki sağlık durumunuzu sizin yaşınızdaki diğer insanlarla karşılaştırdığınız da nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok iyi
- İyi
- Kötü
- Çok kötü

### EK III.

## SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu anket şuan ki yaşam biçiminizi ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili soruları içermektedir Lütfen her soruya doğru cevaplar vermeye çalışınız ve hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Kendinize en uygun ve en yakın olan cevabı veriniz.

A – Asla

B - Bazen

S - Sı Sık

D – Düzenli olarak

1. Bana yakın insanlarla sorunlarımı endişelerimi tartışırım	A	B	S	D
2.Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim	A	B	S	D
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım	A	B	S	D
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim	A	B	S	D
5 Uyku ihtiyacımı karşılarım	A	B	S	D
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	A	B	S	D
7. Başkalarının başarılarını överim	A	B	S	D
8.Şeker ve şeker içeren yiyecek(tatlı) kullanımını kısıtlarım	A	B	S	D
9.Sağlığı geliştirici makaleleri okur ve TV programını izlerim	A	B	S	D
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dakika veya daha fazla süre etkin egzersiz uygulam( Örnek olarak; hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma....)	A	B	S	D
11.Her gün gevşemeye zaman ayırırım	A	B	S	D
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum	A	B	S	D
13. Başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım	A	B	S	D
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç yada makarna yerim	A	B	S	D
15. Önerilerini almak için sağlık personeline sorular yöneltirim	A	B	S	D
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım	A	B	S	D
17. Hayatımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim	A	B	S	D
18.Geleceğe umutla bakarım	A	B	S	D
19. Kendime yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım	A	B	S	D
20.Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim	A	B	S	D
21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci kimseye danışırım	A	B	S	D
22.Boş Zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktiviteye katılırım	A	B	S	D
23.Yatma zamanlarında hoş şeyler düşünürüm	A	B	S	D
24. Kenimi mutlu, kendimle barışık hissederim	A	B	S	D
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermekte zorlanmam	A	B	S	D

26. Hergün 3-5 porsiyon sebze yerim	A	B	S	D
27. Sağlık problemlerimi sağlık personeli ile tartışırım	A	B	S	D
28. Haftada üç kez gerilme hareketleri yaparım	A	B	S	D
29. Stresimi kontrol etmek için özel metotlar kullanırım	A	B	S	D
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım	A	B	S	D
31. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmaları fırsat veririm (Çocuğunuzu okşamak, sevdiklerinize sarılmak, karşılaştıklarınızla tokalaşmak gibi)	A	B	S	D
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt yada peynir yerim	A	B	S	D
33. Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretlerini incelerim	A	B	S	D
34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım( Öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak....gibi)	A	B	S	D
35. İş ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim	A	B	S	D
36. Her günü enteresan ve zorlayıcı bulurum	A	B	S	D
37. Yanlış kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum	A	B	S	D
38. Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim	A	B	S	D
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım	A	B	S	D
40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim	A	B	S	D
41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım	A	B	S	D
42. Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım	A	B	S	D
43. Çevremdeki kişilerden destek görürüm	A	B	S	D
44. Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerikler bölümünü gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum	A	B	S	D
45. Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım	A	B	S	D
46. Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşıırım	A	B	S	D
47. Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım (planlı hareket ederim)	A	B	S	D
48. Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissederim	A	B	S	D
49. Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim	A	B	S	D
50. Kahvaltı yaparım	A	B	S	D
51. Gerektiğinde yönlendirme veya danışmanlık ararım	A	B	S	D
52. Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım	A	B	S	D

**EK IV.****YAŞLILARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLARA GÖRE MADDE PUAN ORTALAMALARI DAĞILIMI**

<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddeleri</b>	<b>X</b>	<b>SD</b>
1. Bana yakın insanlarla sorunlarımı endişelerimi tartışırım	2.32	1.12
2.Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim	2.25	1.17
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım	2.84	1.05
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim	1.51	0.85
5 Uyku ihtiyacımı karşılarım	2.61	1.00
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	2.79	0.88
7. Başkalarının başarılarını överim	3.10	0.78
8.Şeker ve şeker içeren yiyecek(tatlı) kullanımını kısıtlarım	2.61	1.16
9.Sağlığı geliştirici makaleleri okur ve TV programını izlerim	2.40	0.90
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dakika veya daha fazla süre etkin egzersiz uygulamam (Örnek olarak; hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma....).	1.62	1.00
11.Her gün gevşemeye zaman ayırırım	1.96	1.00
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum	2.92	0.92
13. Başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım	2.85	0.84
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç yada makarna yerim	2.55	1.06
15. Önerilerini almak için sağlık personeline sorular yöneltirim	2.96	0.97
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım	1.45	0.80
17. Hayatımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim	1.90	1.02
18.Geleceğe umutla bakarım	2.74	0.90
19. Kendime yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım	2.73	0.76
20.Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim	2.54	1.07
21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci kimseye danışırım	2.83	1.02
22.Boş Zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktiviteye katılırım	1.92	0.97
23.Yatma zamanlarında hoş şeyler düşünürüm	2.55	0.81
24. Kenimi mutlu, kendimle barışık hissederim	3.34	0.76
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermekte zorlanmam	3.10	0.81
26. Hergün 3-5 porsiyon sebze yerim	2.46	0.83



27. Sağlık problemlerimi sağlık personeli ile tartışırım	2.74	0.91
28. Haftada üç kez gerilme hareketleri yaparım	1.62	0.92
29. Stresimi kontrol etmek için özel metotlar kullanırım	2.25	0.88
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım	2.04	0.84
31. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmaları fırsat veririm (Çocuğunuzu okşamak, sevdiklerinize sarılmak, tokalaşmak gibi)	3.49	0.80
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt yada peynir yerim	3.02	0.94
33. Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretlerini incelerim	2.67	1.14
34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım( Öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak....gibi)	1.94	1.19
35. İş ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim	2.35	0.90
36. Her günü enteresan ve zorlayıcı bulurum	1.83	0.89
37. Yalnız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum	2.47	0.89
38. Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim	2.50	0.92
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım	2.39	0.96
<b>40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim</b>	<b>1.10</b>	<b>0.4</b>
41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatmak için bir şeyler yaparım	1.86	0.82
42. Hayatta benim için neyin önemli olduğunu farkındayım	3.12	0.75
43. Çevremdeki kişilerden destek görürüm	2.10	0.92
44. Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerikler bölümünü gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum	1.40	0.79
45. Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım	2.10	0.64
46. Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşırım	1.17	0.58
47. Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım (planlı hareket ederim)	2.40	0.96
<b>48. Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissederim</b>	<b>3.80</b>	<b>0.70</b>
49. Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim	2.18	0.91
50. Kahvaltı yaparım	3.57	0.82
51. Gerekliğinde yönlendirme veya danışmanlık ararım	2.86	0.82
52. Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım	2.47	1.03