



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR BÖLGENİN SAĞLIĞININ
GELİŞTİRİLMESİNDE ÜNİVERSİTENİN
ROLÜ-MODEL ÖNERİSİ**

UZMANLIK TEZİ

GÜLNUR SARUHAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Emine Didem EVCİ KİRAZ

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR BÖLGENİN SAĞLIĞININ
GELİŞTİRİLMESİNDE ÜNİVERSİTENİN
ROLÜ-MODEL ÖNERİSİ

UZMANLIK TEZİ

GÜLNUR SARUHAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Emine Didem EVCİ KİRAZ

AYDIN-2014

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
TPF-13007 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana destek olan ve tez hazırlığı döneminde yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. E. Didem EVCİ KİRAZ'a teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince gereken eğitimi alabilmem için elinden geleni yapan değerli hocalarım Doç. Dr Filiz ERGİN'e, Prof. Dr. Pınar OKYAY'a ve Prof. Dr. Erdal BEŞER'e teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yanımda olan annem Ümmü Gülsüm DERİN ve babam Mevlüt DERİN'e, her ne koşulda olursa olsun hep arkamda duran, bana destek olan ve kendimi hep güvende hissetmemi sağlayan sevgili eşim Şakir SARUHAN'a ve bana hayatta yaşamaya değer güzel şeylerin olduğunu gösteren, bana umut ışığı olan biricik oğlum FURKANIMA çok teşekkür ediyorum...

Dr. Gülnur SARUHAN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO DİZİNİ	VII
ŞEKİL DİZİNİ	XIV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	XV
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.SAĞLIK ANLAYIŞI	4
2.2.SAĞLIK DAVRANIŞI	4
2.2.1. Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	5
2.2.1.1. Demografik Faktörler	5
2.2.1.2. Biyolojik Özellikler	5
2.2.1.3. Kişilerarası Etkileşim.....	5
2.2.1.4. Durumsal Faktörler	5
2.2.1.5. Davranışsal Faktörler	5
2.3.SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ	6
2.3.1.Kendini Gerçekleştirme.....	6
2.3.2.Sağlık Sorumluluğu.....	7
2.3.3.Fiziksel Aktivite.....	7
2.3.4.Beslenme.....	7
2.3.5.Kişilerarası İlişki.....	8
2.3.6.Stres Yönetimi	8
2.4. SAĞLIK EĞİTİMİ.....	9
2.4.1.Sağlık Eğitimi Tanımı ve Amaçları	9
2.4.2.Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Eğitiminin Rolü.....	9
2.4.3.Sağlık Eğitiminde Sektörler Arası İşbirliği.....	11

2.4.3.1. Sağlık Eğitiminde İş Birliği Yapılacak Kişiler	12
2.4.3.2. Sağlık Eğitiminde İş Birliği Yapılacak Kurumlar	13
2.4.3.3. Sağlık Eğitiminde İş Birliği Yapılacak Kuruluşlar	13
2.4.4.Sağlık Eğitiminde Üniversitelerin Rolü	14
2.5.SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ	16
2.5.1.Sosyal Yapı	16
2.5.2.Stres	16
2.5.3.Hayatın İlk Yılları	16
2.5.4.Sosyal Dışlanma.....	17
2.5.5.İş.....	17
2.5.6.İşsizlik	17
2.5.7.Sosyal Destek.....	17
2.5.8.Madde Bağımlılığı	17
2.5.9.Beslenme.....	18
2.5.10.Ulaşım.....	18
2.6.SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ.....	18
2.6.1.Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Uluslararası Düzenlemeler	19
2.6.2.Sağlığı Geliştirme Modelleri.....	24
2.6.2.1. Sağlık İnanç Modeli.....	25
2.6.2.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	25
2.6.3.Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Geliştirilen Modeller	26
2.6.3.1. Sağlıklı Şehirler	27
2.6.3.2. Sağlıklı Adalar	28
2.6.3.3. Sağlığı Geliştiren İşyerleri	28
2.6.3.4. Sağlığı Geliştiren Okullar	28
2.6.3.5. Sağlığı Geliştiren Hastaneler	29
2.6.3.6. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi... ..	29

2.6.4.Diğer Modeller	29
2.6.4.1. CHAD Programı, İsrail (1971)	29
2.6.4.2. North Karelia, Finlandiya (1972).....	30
2.6.4.3. Minnesota Kalp Sağlığı Programı (1980).....	30
2.6.4.4. Alman Kardiyovasküler Koruma Çalışması (1984)	30
2.6.4.5. Ciclovía (Bisiklet Yolu) Uygulaması (1995).....	31
2.6.4.6. Sağlıklı Kent – Marikina (1998).....	31
2.6.5.Türkiye’de Sağlığı Geliştirme Modelleri.....	32
2.6.5.1. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi (2000)	32
2.6.5.2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlığını Geliştirme Programı (2010).....	32
2.6.5.3. El Yıkama Kampanyası (2010).....	32
2.6.5.4. Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014).....	33
2.7.SAĞLIKTA BÖLGE KAVRAMI.....	33
2.8.SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ.....	35
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1.ÇALIŞMA BÖLGESİNİN TANITIMI.....	3
3.2.ÇALIŞMANIN TİPİ VE ÖRNEKLEM	38
3.2.1.Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	39
3.3.ÇALIŞMA YÖNTEMİ	39
3.3.1.Veri Toplama Araçlarının Geliştirilmesi	39
3.3.2.Veri Toplama Araçları.....	39
3.3.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Anketi.....	40
3.3.2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği	40
3.3.2.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyodemografik Bilgi Anketi.....	41
3.3.2.4. Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği.....	42
3.3.2.5. Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği.....	42
3.3.2.6. Ölçeklerin Güvenilirlik ve İç Tutarlılık Ölçütü Değerleri	43

3.3.3.Çalışma Kapsamında Geliştirilen Materyaller	43
3.3.4.Veri Toplama Çalışmaları.....	44
3.3.5.Mevcut Durum Tespiti	44
3.3.6.Müdahale Aşaması.....	44
3.3.7.İzleme ve Değerlendirme	45
3.4.Veri Analizi	46
3.5.Zaman Çizelgesi.....	47
4.BULGULAR.....	48
4.1.Tanımlayıcı Bulgular	48
4.2.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Durumları.....	55
4.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının SYBD Ölçeği İle Değerlendirilmesi	60
4.4.Sosyal Aktivitelerin SYBD Ölçeği İle Değerlendirilmesi.....	65
4.5.Müdahale ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	67
4.6. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Hakkındaki Görüşleri.....	69
4.7.Müdahale Aşaması Bulguları	72
5.SONUÇ.....	91
5.1.Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri	91
5.2.Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkili Faktörler	92
5.3.Müdahale ve Kontrol Grubunun Sağlığı Geliştirici Davranışları ve Etkili Faktörler	94
6.TARTIŞMA.....	95
6.1.Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri	95
6.2.Araştırma Grubunun Sosyal Aktivitelere Katılım Durumları	96
6.3.Araştırma Grubunun Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları	98
6.4.Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Davranışları	99
6.5.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkili Faktörler	100
6.6.Araştırma Grubunun Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Hakkındaki Görüşleri	105
6.7.Müdahale Aşaması Bulguları.....	106

7.ÖZET.....	113
8.ABSTRACT.....	115
9.KAYNAKLAR.....	117
10.EKLER.....	134
Ek 1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi	134
Ek 2. Sosyo-demografik Bilgi Anketi.....	135
Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği.....	140
Ek 4. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyodemografik Bilgi Anketi	143
Ek 5. Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği	146
Ek 6. Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği.....	147
Ek 7. Eğitim Broşürleri	149

TABLO DİZİNİ

Tablo I: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun, Cinsiyet, Medeni Durum, Yaş, Öğrenim Durumu, Meslek ve Çocuk Sahibi Olma Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012	49
Tablo II: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Konut Durumlarının, Sosyal Güvenlik ve Ekonomik Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012.....	50
Tablo III: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sosyal Aktivitelere Katılım Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012.....	51
Tablo IV: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlık Kurumlarından ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012 .53	
Tablo V: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlıklı Yaşam Davranışları Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012.....	54
Tablo VI: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	55
Tablo VII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012	56
Tablo VIII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	56
Tablo IX: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Öğrenim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	57
Tablo X: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Yaş Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	58
Tablo XI: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Son Bir Haftadır Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	59

Tablo XII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Algılanan Ekonomik Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	60
Tablo XIII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Aile Hekimini Tanıma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	61
Tablo XIV: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Düzenli Kanser Tarama Testi Yaptırma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	62
Tablo XV: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sigara İçme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012....	62
Tablo XVI: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Alkol Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	63
Tablo XVII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	64
Tablo XVIII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Düzenli Fizik Aktivite Yapma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	64
Tablo XIX: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Televizyon İzleme Sıklık Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	65
Tablo XX: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Haberleri Günlük Takip Etme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	66
Tablo XXI: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Evde İnternet Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	66

Tablo XXII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Herhangi Bir Müzik Aleti Çalma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012.....	67
Tablo XXIII: Müdahale Grubunun Medeni Durum, Yaş, Öğrenim ve Meslek Durumlarının Yüzde Dağılımları, Mart 2013.....	68
Tablo XXIV: Kontrol Grubunun Medeni Durum, Yaş, Öğrenim ve Meslek Durumlarının Yüzde Dağılımları, Mart 2013.....	69
Tablo XXV: Müdahale Grubunun Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Farkındalık Düzeyi Skorları, Mart 2013.....	70
Tablo XXVI: Kontrol Grubunun Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Farkındalık Düzeyi Skorları, Mart 2013.....	71
Tablo XXVII: Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	72
Tablo XXVIII: Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	73
Tablo XXIX: Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları.....	74
Tablo XXX: Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları.....	74
Tablo XXXI: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	76
Tablo XXXII: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları.....	76
Tablo XXXIII: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinin Başarı Gruplarına Göre Dağılımı.....	77
Tablo XXXIV: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinin Başarı Gruplarına Göre Dağılımı.....	78
Tablo XXXV: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı.....	78

Tablo XXXVI: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı	79
Tablo XXXVII: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı	79
Tablo XXXVIII: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı	80
Tablo XXXIX: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı.....	80
Tablo XL: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı....	81
Tablo XLI: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı	81
Tablo XLII: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı	82
Tablo XLIII: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı.....	82
Tablo XLIV: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı.....	83
Tablo XLV: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı.....	83
Tablo XLVI: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı.....	84
Tablo XLVII: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	84
Tablo XLVIII: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	85
Tablo XLIX: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	85

Tablo L: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları... ..	86
Tablo LI: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	86
Tablo LII: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	87
Tablo LIII: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları	87
Tablo LIV: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları	88
Tablo LV: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları	88
Tablo LVI: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları	89
Tablo LVII: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları.....	89
Tablo LVIII: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları	90

ŞEKİL DİZİNİ

- Şekil 1: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Yapılan Toplam Başvuruların Kurumlara Göre Yüzde Dağılımı.....52
- Şekil 2: Kronik Hastalığa Sahip Olanların Hastalıklarının Yüzde Dağılımı.....54
- Şekil 3: Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeğinin Kontrol ve Müdahale Gruplarında Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Puan Ortalamaları.....73
- Şekil 4: Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinin Kontrol ve Müdahale Gruplarında Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Puan Ortalamaları.....75

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açık Şekli
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
CHAD	Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes
KKH	Koroner Kalp Hastalıkları
METİP	Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Projesi
SEAB	Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgeleri
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
FDS	Farkındalık Düzeyi Skoru
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TİYAM	Türkiye İleri Yaşlılık Merkezi
TAYA	Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde çağdaş sağlık anlayışı toplumun sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi öncelik edinmiştir. Sağlık, kişilerin fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürebilmesi için gerekli durumdur ve bu nedenle de bir haktır. Sağlığın geliştirilmesinde başarı bireyin ve toplumun güçlendirilmesine bağlıdır (1). Bu nedenle bireylere kendi sağlık ve iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek olumlu davranışlar kazanmaları ve kendi sağlıkları için doğru kararlar almaları adına yardım edilmesi gerekmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin % 70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerde ise % 40-50'sinin sebebinin yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların ortaya çıkışında kişinin kendi tutum ve davranışları önemli yer tutmaktadır (3). Yapılan çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların çoğunda sağlığa zarar verici davranışların rol oynadığı görülmüştür (4). Sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılmaktadır. Sağlığı geliştirici davranışlara uyum ve sağlığı geliştirici davranışları sürdürebilme bireyin değişim sürecine bağlı olup, bilinçli çabasını gerektirmektedir (5). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (4). Bireyler sağlıklarını korumak için çeşitli bireysel ve toplumsal kaynaklardan hareketle birtakım davranışlarda bulunurlar. Yapılan çalışmalar, bu tarz sağlığı koruyucu davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğunu göstermiştir (6).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini planlarken kendi sağlık durumuna uygun davranışları tercih ederek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (7). Birçok çalışma, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık bakım kullanımı ve sağlık bakım sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermiştir (8). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD), yaşam şekli haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu bir üst seviyeye çıkarabilmektedir. Bu nedenle, SYBD'nin benimsenmesi, kişiye göre geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelini oluşturmaktadır. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (4, 9).

SYBD düzeyi ile ilgili olarak yapılmış araştırmalar, bu davranışların henüz istenen düzeye ulaşmadığını göstermektedir (10,11). SYBD'yi geliştirme önce toplum ve ailede başlamakta, daha sonra da eğitimle gelişerek değişmektedir (12). Sağlığı geliştirme programları; bireylerin, ailelerin, toplumların, işyerlerinin ve kuruluşların daha sağlıklı hale getirilmesinde önemli bir rol oynamakta, bireylerin ve genel anlamda halkın sağlığını teşvik eden ve destekleyen bir çevrenin oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlığı geliştirme programları öncelikli nüfuslara uygun şekilde planlanmakta, uygulanmakta ve değerlendirilmektedir. Başarılı bir programın temelini, belirli bir öncelikli nüfusun sağlık sorunları, ihtiyaçları ve istekleri hakkında bilgi toplanması oluşturmaktadır (13).

Gerekli altyapı sağlanıp eksiklikler belirlendikten sonra ikinci aşamada eğitim gelmektedir. Eğitimin en önemli toplumsal işlevleri, bireye toplumun bir üyesi olduğunu anlatmak, toplum içindeki statüsüne uygun davranışlar kazandırmak, toplumun sürekliliğini sağlamak ve toplumsal değişmeyi sağlamaya çalışan kuşaklar yetiştirmektir. Bu işlevlerin yerine getirilmesinde yükseköğretim kurumları yani üniversitelerin önemi oldukça fazladır. Üniversiteler, içinde buldukları topluma, bilgi çağını yakalaması için gerekli anahtarları sağlamaktadırlar. Bu kurumların ülkelerin kalkınmasında ve bireylerin gelişimlerinde önemli işlevleri bulunmaktadır. Üniversitelerin toplumun her kesimi için nitelikli işgücünü yetiştirme, bilim ve teknoloji üretme, toplumu aydınlatma, toplumsal değişme ve gelişmelere önderlik etme gibi görevleri yerine getirmesi beklenmektedir. Üniversiteler, işlevlerini içinde buldukları çağın değişimine ve gelişmelerine paralel olarak yerine getirdikleri takdirde çağdaş bir toplum oluşturabilirler (14, 15).

Sağlığı geliştirme öncelikle bireyin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının sağlık durumlarının geliştirilmesi ve iyilik hallerinin arttırılmasına yönelik eylemler olarak tanımlanmakta böylece bireylerin var olan olumlu davranışlarının en üst seviyeye çıkarılması hedeflenmektedir (7). Bu hedefe ulaşabilmek için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekmektedir (16). Sağlığı geliştirme ayrıca, sağlığı korumak ya da geliştirmek amacıyla düzenlenen örgütsel, politik, ekonomik etkileşimleri içeren sağlık eğitimi kombinasyonu şeklinde tanımlanmıştır. Özetle sağlığın geliştirilmesi sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitiminden oluşan üç kümenin birleşiminden oluşmaktadır (17, 18).

Bu çalışma üniversitenin sağlık anlayışı, sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi, SYBD'nı geliştirme, sağlığın geliştirilmesi konularındaki rolünü ve üniversitenin eğitim aracılığıyla bu dinamikler üzerinde oluşturabileceği etkiyi sorgulamak için planlanmıştır. Bu çalışmanın üç temel amacı bulunmaktadır:

1. Aydın İli Mesudiye Mahallesi'nin bazı sosyodemografik sosyoekonomik özellikleri, sosyal aktiviteleri, sağlık hizmetinden yararlanma durumları ve bazı sağlıklı davranışları ile ilgili tanımlayıcı özelliklerini belirlemek, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda farkındalıklarını saptamak,
2. SYBD ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek,
3. Toplum kalkınmasında önemli rolü olan üniversitenin, halka ulaşmak ve halkın bilinçlendirilmesi noktasında en önemli araçlarından olan eğitim programları ile sağlığı geliştirme uygulamalarındaki etkinliğini ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK ANLAYIŞI

Günümüzde hala sağlık ve hastalığın tanımı ile ilgili olarak, sosyologlar, psikologlar, ekonomistler, politika analizi ile uğraşanlar ve konu ile ilgilenen uzmanlar çalışmalarına devam etmekte ve sağlık problemlerinin çözülebilmesi için öneriler sunmaktadırlar (19).

Sağlık tanımlanması zor ve karışık bir kavramdır. Tanımlamalar çalışmanın yapıldığı tarihsel döneme ve kültürlere göre değişmektedir (20). İlk başlarda sağlık tanımlamaları ve sağlık anlayışı hastalığın ve sakatlığın bulunmayışı ile ilgili olarak negatif tanımları içerirken, zaman içinde iyilik hali, hayata katılım, sosyal destek, yüksek moral gibi pozitif yönler de tanıma dahil edilerek bütünlük sağlanmıştır (21, 22).

DSÖ sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayarak pozitif ve negatif yönleri birlikte ele almış ve günümüzde en yaygın kullanılan sağlık tanımını yapmıştır (23). Bu tanım üzerinde de hala tartışmalar devam etmekte kişilerin bu iyilik hallerinin tam olarak ölçülemediği ve bu kavramların subjektif olduğu belirtilmektedir (24).

Sağlık anlayışı kültürler arasında hatta kişiler arasında bile farklılıklar göstermiştir. Kişinin toplum içindeki rolü, mesleği, inançları ve hayattan beklentileri farklılıklara yol açmıştır. Bazı kişiler sağlık sorunları açısından duyarlı olmayıp, kendi sağlıklarından bile sağlık profesyonellerini sorumlu tutmuştur. Bu nedenle kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarının gerekliliği görülmüştür (18, 22).

2.2. SAĞLIK DAVRANIŞI

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptıkları ile sağlıklı olduğu zaman hasta olmamak için yaptığı davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir (7). Sağlık davranışı, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemlerdir. Kişinin sağlık davranışının içine; inançlar,

beklentiler, güdüler, değerler, algılar, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özellikler gibi faktörler girmektedir (25).

2.2.1. Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlıklı yaşam davranışları; bireyin motivasyonu, fiziksel, psikolojik, kişisel ve davranışsal özellikleri ve değişimi fark etme düzeyinden etkilenmektedir (26).

2.2.1.1. Demografik Faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi demografik faktörler sağlığı geliştiren davranışları dolaylı olarak etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bulunmuştur (27, 28).

2.2.1.2. Biyolojik Özellikler: Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi biyolojik özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmiştir (26). Yapılan bir çalışmada beden kitle indeksinin sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (28).

2.2.1.3. Kişilerarası Etkileşim: Aile, arkadaş sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşim içinde bulunmanın bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmiştir. Sağlık profesyonelleri bireyleri sağlığını geliştirmek için cesaretlendirip, destek sistemlerinin kullanılmasını sağlayabilmektedirler (29). Yapılan bir çalışmada aile içi ilişkilerini “çok iyi” olarak ifade edenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanı, “iyi” olarak ifade edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (30).

2.2.1.4. Durumsal Faktörler: Bireyin içinde bulunduğu çevre davranışlarının oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gerekmektedir. Kişinin sağlık davranışlarını; inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları, psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (31).

2.2.1.5. Davranışsal Faktörler: Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir. Bilgi, beceri, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir (32).

2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin kendi hayat şartlarına uygun olarak sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol ederek günlük aktivitelerini buna uygun şekilde düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (7). Bireyin yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumayı değil, yaşam boyunca iyilik halini de arttıran davranışlar göstermeyi içermelidir. Bu davranışlar öncelikli olarak yeterli beslenme ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamalıdır. Sağlığı geliştirmeye yönelik olan sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlık için kişisel sorumluluğu da artırmaktadır (33, 34).

Sağlığı koruma ve geliştirme denildiğinde uzun bir süre insanların aklına ilk olarak sağlık çalışanları ve hastaneler gelmiş olsa da daha sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır (35, 36). Günümüzde beslenme şekli, egzersiz yapma durumu, tütün kullanımı ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir (37).

Sağlıklı yaşamda; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki, stres yönetimi gibi faktörler oldukça önemli düzeyde bir etkiye sahiptir.

2.3.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştiren bireyin kapasitesini tam olarak kullandığı ya da verimli bir birey olduğu ifade edilmektedir (38, 39). Kendini gerçekleştirme birey için yaşam boyu süren bir süreçtir. Kendini gerçekleştirme bakımından kişiler arasında farklar bulunabilmektedir (38, 40). Abraham Maslow insanların temel gereksinimlerini bir piramit şeklinde temelden yukarı doğru hiyerarşik bir düzende sıralamıştır. Bu temel gereksinimler, fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimleri, sosyal gereksinimler, kendini gerçekleştirme ve estetik gereksinimler olarak tanımlanmıştır (41).

Bireyin sağlıklı olabilmesi için tüm bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gereklidir. Alt basamakta yer alan gereksinimler karşılandıktan sonra üst basamaklara geçilebilmektedir (39).

2.3.2. Sağlık Sorumluluğu

Pender'e göre sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına katıldığı düzey olarak tanımlanmıştır (42). Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili olarak tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Kişi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duyduğu düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmektedir (29, 43).

2.3.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite yalnız fizyolojik olarak değil psikososyal olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığını sürdürmesi için gereklidir. Kişinin düzenli egzersiz yapması, kan basıncı ve kan kolesterol düzeyinin düşürülmesine, güç, denge ve esnekliğin artmasına, kırıkların azalmasına, myokard infarktüsü ve serobrovasküler hastalıkların azalmasına neden olmaktadır (44).

Düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, karakter gelişiminde istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında, zihinsel ve bedensel fonksiyonların korunmasında özetle tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir (45, 46).

2.3.4. Beslenme

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerjiyi sağlayacak olan besinleri almak ve vücutta kullanmaktır (47). Sağlıklı beslenme ise sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalık riskini azaltmaya yönelik beslenme biçimi olarak tanımlanmıştır (48).

Beslenme alışkanlıkları insanları bedensel ve zihinsel sağlıklarını önemli düzeyde etkilemesi bakımından günümüzde tüm dünya ülkelerinde üzerinde son derece önemle durulan bir konudur (49).

Beslenme faktörleri ile çeşitli sağlık sorunları arasındaki ilişkiler çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Günümüzde de beslenme konuları birçok araştırmancının ilgi odağı olmuştur. Çünkü beslenmenin şişmanlık, hipertansiyon, ateroskleroz, bazı kanser türleri, osteoporoz, diyabet ve diş çürükleri gibi hastalıklarla güçlü bir ilişkisi vardır (48, 50, 51).

2.3.5. Kişilerarası İlişki

Kişiler arası ilişki, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkânı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik sağlama olarak tanımlanmaktadır (52). Kişilerarası destek sağlığın geliştirilmesinde önemli bir role sahip olup, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilmektedir. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlı olmaktadır (53). Destek ve işbirliğinin gelişmesi için kişilerarası iletişimin sürekliliğinin olması gerekmektedir (54).

İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişilerarası ilişkiler" önemli rol oynamaktadır (55).

2.3.6. Stres Yönetimi

Organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümü olarak tanımlanan stres, tıbbi açıdan, insanların fiziksel ve ruhsal olarak tehdit altında hissettiği durumlarda ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve davranış reaksiyonları olarak tanımlanmıştır (56).

Stres ayrıca, kişiye zor gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, üzüntü verici, kişinin uyumunu bozan durumlar olarak da tanımlanmıştır (39, 57). Stresle baş etmede ilk adım olarak bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olması gerekmektedir. Birey önce stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra baş etme yollarını bulup uygulamaktadır (39, 58).

2.4. SAĞLIK EĞİTİMİ

2.4.1. Sağlık Eğitimi Tanımı ve Amaçları

Sağlık eğitimi kişilerin sağlık uygulamalarını belirlemeye kendi istek ve iradesiyle katılmasıdır (35). DSÖ'ne göre sağlık eğitimi, bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri, sunulan sağlık hizmetlerini benimsetmek, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları bilinçlendirerek, ortak karara varmalarını ve eyleme yönelmelerini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen eğitim programları olarak tanımlanmıştır (59).

Sağlık eğitiminin temel amacı; “bireyin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmaları ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliğini oluşturmaktır” (60, 61).

2.4.2. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Eğitiminin Rolü

Sağlığın geliştirilmesi için çevrenin olumsuz nitelikteki sosyal, ekonomik, biyolojik ve fiziksel etmenlerini ortadan kaldırmak, kişinin direncini artırmak, sağlık kontrolü ya da hastalığı için hekime başvurmasını ve hekimin söylediklerini anlayıp uygulamasını sağlamak konusunda yararlanılacak en önemli araçlardan biri sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi ile bireylerin hastalık riskini azaltan davranışlar geliştirmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma bilincinin oluşması, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin öğrenilmesi, tıbbi tedavi ve önerilere uyma gibi davranışların kazandırılması, kendine uygun bakım uygulamalarını yapabilmeleri sağlanmaktadır (62).

Sağlık eğitimi önceden planlanmış bir program dahilinde yapılmaktadır. Sağlık eğitimi planlanırken; eğitimin amacı, hedef kitlesi, eğitimcilerin kimler olacağı, kimlerle işbirliği yapılması gerektiği, hangi konuların, nasıl bir yöntemle anlatılacağı, eğitimin nerede yapılacağı, eğitimde kullanılacak araç gereçlerin neler olacağı, eğitimin hangi tarihler arasında yapılacağı önceden belirlenmektedir (63).

Sağlık eğitimini kimlerin vereceği ile ilgili karmaşa olmakla beraber, sağlık eğitiminin sağlık hizmetinin bir parçası olması zorunluluğu olduğu için, bu görev sağlık hizmetini sunanlar tarafından verildiğinde daha etkili olmaktadır. Sağlık eğitiminde tüm

sağlık çalışanlarının sorumlulukları olup, bu konuda görev almaları gerekmektedir (64). Sağlık eğitimini veren kişi konu ile ilgili yeterli donanıma sahip, güvenilir, mahremiyete ve kişilere saygılı, konunun önemine inanıp bunu kavramış, yeni düşüncelere açık, grubun kültürel özelliklerini iyi bilen, sabırlı, ikna edici ve davranışlarıyla önder nitelikler taşıması gerekmektedir (63).

Sağlık eğitimi bireylere, ailelere, gruplara ve tüm toplumlara yönelik olabilmektedir. Sağlık eğitimine gereksinimi olan grubun tüm özellikleri belirlenerek, eğitimde öncelik verilmesi gereken kişiler ve konular ortaya konmaktadır. Verilen eğitim ile aktarılanlar bilgilerin uygulanabilir ve gerçekçi olmasına dikkat edilmektedir. Eğitim hedef kitlenin sosyoekonomik ve kültürel özelliklerine uygun standartlarda, uygun mekanlarda ve uygun araç gereç desteği sağlanarak yapılırsa başarıya ulaşılmaktadır. Eğitim ortamında “iklim” denince yaşam çevresi ve etkileşimlerin tümü akla gelmektedir. Araştırmacılar bireylerin öğrenme sürecinde fiziksel çevre, kişilerarası ilişki ve örgütsel çevrenin bir arada ele alınması gerektiğini, bu faktörlerin durumuna göre öğrenmenin uyarılabilir ya da engellenebilir hale geldiğini belirtmektedirler. Fiziksel olarak rahat, neşeli ve coşkulu ortamlarda öğrenme kolaylaşırken, rahatsızlık, huzursuzluk ve anksiyete öğrenme sürecini olumsuz önde etkilemektedir (35, 65).

Eğitim ortamı gruba göre planlanmalı, ortamın fiziki şartları en iyi seviyeye getirilmeli, katılımcıların ulaşım, yemek, vb gibi ihtiyaçları karşılanmalı, katılımcıların ilgilerini arttırmak için görsel materyal ve yardımcı araç gereç kullanılması eğitimin etkinliğini arttırmaktadır. Radyo, televizyon, yazılı basın gibi araçlar kullanılarak da eğitimler yapılabilmekte, böylece geniş kitlelere, daha fazla ilgi çekilerek ulaşılabilmekte ama tek yönlü bir eğitim olduğu için katılımcının talepleri yerine getirilememektedir. Kişilerin kendilerini güvende hissettiği olumlu bir eğitim ortamında eğitim alması, kişilerin aktif katılımını da destekleyerek, eğitimin daha başarılı sonuçlara ulaşmasını sağlamaktadır (35,36,63).

Sağlık eğitimi verilen grupta bilgi düzeyi veya davranış değişikliklerinin ölçülebilir olması gerekmektedir. Kontrol altındaki gruplarda eğitim faaliyetlerini yürütmek, şehir merkezindeki herkese broşür dağıtarak eğitim vermeye çalışmaktan daha ekili olmaktadır (66).

Yapılan eğitimlerin değerlendirilmesi ile amaçlanan hedeflere ne düzeyde ulaşıldığı görülmektedir. Eğitim uygulamasından önceki herhangi bir konuda bireyin bilgi, tutum, beceri ve alışkanlığı ile eğitim sonrası durum arasındaki düzey değerlendirilmektedir. Bunun için kendi kendini rapor etme (öz bildiri) ölçümleri, gruptaki diğer kişileri rapor etme ölçümleri, kişilerin kendilerini gruptaki diğer kişilere rapor etme (sosyometrik) ölçümleri ve kayıtlar kullanılabilir. Fakat yapılan çalışmalarda en iyi yöntem öz bildiri ölçümleri olarak tespit edilmiştir (18, 63).

Sağlık eğitimi ile toplum hakkında daha fazla bilgiye ulaşılmakta, öncelikler ve müdahale alanları belirlenmektedir. Eğitim neticesinde elde edilen çıktılar sağlık yöneticileri ile paylaşılarak eğitimin düzeyi ve yaygınlaştırılması ve bir sonraki aşamada neler yapılması gerektiği ile ilgili konular bir bütün halinde değerlendirilmektedir. Sağlık eğitiminde başarılı olmak için eğitimin sürekli olması temel koşul olarak görülmektedir (35, 36, 65).

2.4.3. Sağlık Eğitiminde Sektörler Arası İşbirliği

Sağlığın Geliştirilmesi faaliyetleri sadece Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlükleri'nin faaliyetleri ile sınırlı kalmayıp, diğer bakanlıklar, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri, özel sektör, medya, pazarlamacılık sektörü gibi kurumlarla işbirliğinin daha geniş bir yelpazede ele alınması gerekmektedir. Sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde sağlık çalışanları ve eğitimcilerin yanı sıra; sosyal bilimler alanından kişiler (sosyoloji, antropoloji, psikoloji, davranış bilimleri, iletişim ve iletişim teknolojileri gibi) de görev almalı ve sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi alanında insan gücü planlamalarında bu durumun da göz önünde bulundurulması gerekmektedir (67).

İnsana yönelik hizmet veren her sektörün kendine özgü görevleri ve hizmet verdiği hedef kitleleri bulunmaktadır. Sağlık eğitimi; Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, sivil toplum örgütleri gibi kurum ve kuruluşlarla eş güdüm içinde birlikte verilirse daha başarılı olmaktadır. Sağlık eğitiminde iş birliğinin sağladığı yararlar:

- Hedef kitleye ulaşım ve hizmet verilmesi daha hızlı olması,
- Hizmet verilirken iş birliği yapılan kurumun kaynaklarından faydalanılması,
- Zamandan tasarrufu ve hizmetin ekonomik olması,
- Kurum ve kuruluşlarla etkileşim ve uyumun artması,

- Halkla iletişim daha fazla olması
- Yapılan hizmetin daha kaliteli ve verimli olması
- Toplum liderleri vasıtasıyla halkın eğitime katılımı artırılması,
- Yönetici, muhtar, imam vb. kişilerin yetki ve yaptırım gücü sayesinde hizmet ve eğitime olanak sağlanması ve insanların ilgisinin çekilmesi olarak belirtilmektedir (35, 36).

2.4.3.1. Sağlık Eğitiminde İş Birliği Yapılacak Kişiler

Sağlık eğitimini yapacak kişinin eğitimi etkin bir şekilde mümkün olduğu kadar geniş bir kesime ulaştırma yeteneğine sahip olması, bölgeyi çok iyi tanması gerekmektedir. Bu kişiler; anne babalar, toplum liderleri, yöneticiler, eğitimciler, siyasi liderler, sanatçılar, mahalli yöneticiler vb. olarak belirtilmektedir.

Aile bireylerin yetiştirildiği ve davranış modellerinin geliştirildiği en küçük sosyal birim olduğu için ailenin aldığı kararlar bireyin alacağı sağlık uygulamalarının şeklini etkilemektedir. Anne ve baba, çocuğa model olan ilk kişilerdir ve çocuk yetiştirmede çok büyük sorumlulukları bulunmaktadır. Aileden sonra gelişimin devam ettiği ilk yer okullar olup, etkilenimin en fazla olduğu grubu öğretmenler oluşturmaktadır. Çünkü öğretmenlerin, hem öğrenciler tarafından model alınması hem de öğrenciler üzerinde etki ve yaptırım güçleri bulunması bu etkilenimi arttırmaktadır. Öğretmenlerin ailelerle olumlu ilişkiler kurması sağlık eğitiminde olumlu etkiler göstermektedir.

Toplum içinde sözü geçen kişiler, toplum liderleri, dini liderler, yöneticiler, gönüllüler, sanatçılar, sporcular, basın mensupları vb gruplarla çalışmak eğitimlerin etkinliğini arttırmaktadır. Gerek toplantı mekanının ayarlanması, toplantı organizasyonu gibi maddi katkılar, gerekse toplantılara katılımın teşviki, yaygınlaştırılması, kabulünün artırılması gibi güven duygularının sağlanmasında yukarıda bahsi geçen kişilerin önemli rolleri bulunmaktadır. Toplum içinde sevilen, saygı duyulan hatta rol model alınan bu kişilerin destekleri eğitimlere ilgiyi arttırarak sonuç çıktılarının daha verimli olmasını sağlamaktadır (35, 36, 62, 63).

2.4.3.2. Sağlık Eğitiminde İş Birliği Yapılacak Kurumlar

Topluma sağlık eğitiminin başarılı bir şekilde verilebilmesi için kurumlarla iş birliği yapılması gerekmektedir. Bu kurumlar, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı vb'dir

Sağlık Bakanlığı toplumdaki bireylerin sağlığını korumak ve sağlığını kaybedenlere de sağlığını tekrar kazandırmak için kurumları aracılığıyla hizmet vermektedir. Genellikle bireyler sadece sağlıkla ilgili sorunları olduğu zaman sağlık kurumlarına başvurmalarına rağmen, bu kuruluşlarda yalnızca sorun olduğu zaman hizmet verilmeyip sorundan önce de sağlık eğitimi verilmektedir. Sağlık eğitimi sadece Sağlık Bakanlığın sorumluluğu olmayıp diğer kurumlarla işbirliğini gerektirmektedir.

Topluma eğitim vermekle görevli kurum olan Millî Eğitim Bakanlığının da gerek okullar gerekse halk eğitim merkezleri ile bu göreve paydaş olması gerekmektedir. Okullarda ve halk eğitim merkezlerinde kişisel hijyen, yeterli ve dengeli beslenme, obeziteyi önlemeye yönelik eğitim, fiziksel egzersiz, büyüme ve gelişme, zihinsel ve duygusal sağlık, hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, zararlı alışkanlıklar (sigara, madde bağımlılığı vb.) konularında sağlık eğitimi verilmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ailenin yapısının korunması ve sağlıklı aileler oluşturulması için, evlilik öncesinde; evlilikte iletişim, aile içi iletişimin temel unsurları, evlilik çatışmasına sebep olan faktörler ve çözüm yolları, aile hukuku, aile içi şiddet, üreme sağlığı ve aile planlaması konularında eğitimler vermektedir.

Diyanet İşleri Başkanlığı, din adamları yoluyla sağlık eğitimine katkı sağlarken, Millî Savunma Bakanlığı önemli bir risk grubu olan askerlerin eğitimlerinde ciddi roller üstlenmektedir (35, 36, 62, 63).

2.4.3.3. Sağlık Eğitiminde İş Birliği Yapılacak Kuruluşlar

Sağlık eğitimini tüm ülkeye ulaştırmak için bazı kuruluşlarla iş birliği yapmak gerekmektedir. Bu kuruluşlar; basın-yayın kuruluşları, belediyeler, sivil toplum örgütleri ve üniversitelerdir.

Televizyon, radyo, gazete, sosyal medya gibi iletişim araçlarıyla toplumun her kesimine ulaşılabildiği için toplumun sorunlarına çözüm bulmak ve ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli bilgilendirmeler ve eğitimler basın-yayın kuruluşları ile sağlanabilmektedir.

Belediyeler, alt yapı hizmetlerinin yapılması, iyileştirilmesi, denetleme ve kontrol hizmetleri gibi görevleri yerine getirmektedir. Belediyelerle sağlık eğitimi konularında iş birliği yapılarak, eğitim için ortam, araç ve gereç desteği, eğitim organizasyonlarına, ulaşım ve taşıma hizmetlerine, eğitim hizmetlerinin duyurulmasına destek (billboardlar, anonslar vb.) sağlanabilmektedir

Sivil toplum örgütleri belli bir amaç için bir araya gelmiş hukuk kurallarına uygun olarak kurulmuş topluluklar olup bu örgütlerin bir kısmı tamamen sağlıkla ilgili çalışmaktadır (Yeşilay Derneği, Türk Kalp Vakfı, Lösemili Çocuklar Vakfı, vb). Bu örgütlerin sağlık konularında toplumu bilgilendirmek, eğitmek ve gerektiğinde tedavi etmek gibi görevleri üstlenmişlerdir (35, 36, 62, 63, 68).

2.4.4. Sağlık Eğitiminde Üniversitelerin Rolü

Üniversiteler öğrenim hizmetleri dışında çeşitli araştırmalar yapan ve araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler sunan kuruluşlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Üniversitelerde toplumun yapısı ve özellikleri, sağlık ihtiyaçları ve öncelikli sağlık sorunlarının tespit edilmesi gibi konularda araştırmalar yapılmaktadır. Üniversitelerin sağlık eğitimine katkıları; halk eğitimine katkıda bulunmak, eğitim materyali geliştirilmesine katkıda bulunmak, öğretim üyeleri aracılığıyla diğer sağlık personellerin bilgi ve becerilerinin gelişmesini sağlamak şeklinde özetlenebilmektedir.

Genellikle üniversiteler, yüksek öğretim ve temel araştırma merkezleri olarak görülmektedir. Gerçekte günümüzde bazı üniversiteler bunun ötesine geçmeyi başarmıştır. Üniversiteler; topluma, ekonomiye, toplumun refah düzeyi ve yaşam kalitesine ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan oldukça geniş çerçevede katkıda bulunmaktadır. Üniversitelerin faaliyetleri, günlük yaşamın her kademesinde görülmektedir (69, 70).

Bazı araştırmacılar üniversitelerin bölgesel kalkınma sürecinde anahtar bir rol oynadığını belirtmekle birlikte, temel fonksiyonlarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Bölgesel bilgi ekonomisi ve toplumunun destekleyicisi,
- Ekonomik istikrarın önemli bir unsuru,
- Bölgenin sosyal yaşamının temel gücü,
- Kültürel kaynakların temeli,
- Bölgenin uluslararası işbirliği ve dışa açılmasında etkili,
- Yenilikçi aktiviteler ve girişimciliğin temel kaynağı.

Ayrıca üniversiteler, akademik girişimcilik yoluyla bölgesel ekonomide oldukça aktif bir rol üstlenebilmektedir (71, 72). Üniversiteler öğrenme kültürü, ilişkisel ve kurumsal adaptasyonu sağlamak dışında, aynı zamanda kendi bölgelerine faydalı olabilecek şekilde kendilerini şekillendirme özellikleri bulunmaktadır (73).

Üniversiteler; ileri teknoloji yenilikleri ve bilgi endüstrilerini besleyen bilim adamları, eğiticiler, araştırmacılar, girişimciler ve diğer yetenekli bireylerin yetişmesi ve eğitiminde merkezi ve stratejik bir rol üstlenmektedir. Günümüzde ileri teknoloji yenilikleri ve bilgi endüstrileri, başarılı bölgesel ekonomiler kadar global ekonominin de sürükleyici gücünü oluşturmaktadırlar (70).

1981'de çıkarılan 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ile Türkiye'deki tüm yükseköğretim kurumları Yükseköğretim Kurulu (YÖK) çatısı altında toplanmış, akademiler üniversitelere, eğitim enstitüleri eğitim fakültelerine dönüştürülmüş ve konservatuarlar ile meslek yüksekokulları üniversitelere bağlanmıştır. Yükseköğretim Kanunu ile üniversitelere yüklenen vazifeler; bilimsel çalışma ve araştırmalar yapmak, bilgi ve teknoloji üretmek, bilim verilerini yaymak, ulusal alanda gelişme ve kalkınmaya destek olmak, yurt içi ve yurt dışı kurumlarla işbirliği yapmak, evrensel ve çağdaş gelişmeye katkıda bulunmak olarak tanımlanmıştır (74).

Üniversitelerin sahada etkin çalışabilmesi, gerek öğrenci eğitiminin daha kaliteli olmasına, gerekse sahada toplum sağlığı hizmetlerinde üniversitelerin aktif rol alabilmesine olanak sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 31.07.2013 tarihinde üniversiteler ve valilik arasında imzalanan Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İşbirliği Protokolü yeniden düzenlemiştir. Bu protokol ile üniversitelerin tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dallarının sahada sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı ile birlikte aktif görev alması sağlanmıştır. Üniversitelerin belli bir

bölgede çalışmaları hem bölge sorunlarının daha iyi tanımlanmasını hem de sorunlara yönelik çözüm önerileri ve müdahale programlarının uygulanmasını sağlamaktadır. Müdahale programlarının başında sağlık eğitim gelmektedir. Tüm özellikleri (sağlık, sosyokültürel, ekonomik, vb) bilinen böyle bir bölgede çalışmak ve sağlık eğitimi vermek, çalışmaların ve eğitimlerin kalitesini arttırıp, sonuç çıktılarının olumlu olmasını sağlamaktadır. Sağlık eğitiminde temel unsur eğitim verilen toplumun iyi analiz edilmesi olarak belirtilmektedir. Bu şekilde üniversitenin bir bölge üzerinde çalışması eğitimlerin etkinliğini arttırarak, bölgede olumlu sağlık çıktıları alınmasını sağlamaktadır (35, 36, 75).

2.5. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık sorunlarının çözümünde, sağlığı etkileyen sosyal nedenleri ortaya koymaya yardımcı politika ve faaliyetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Karar vericiler ve halk sağlığı alanında çalışanlar tarafından ihmal edilmemesi gereken bir konudur. Sağlığın sosyal belirleyicileri DSÖ tarafından 10 başlık altında toplanmaktadır (76, 77).

2.5.1. Sosyal Yapı

Tüm toplumlarda sosyal merdivenin daha alt basamağında olanlarda beklenen yaşam süresi daha kısa, hastalıklar daha fazla görülmektedir. Ekonomik durumun kötü olması, yeterli eğitimi alamama, gelişmeye açık olmayan bir işte çalışmak, stresli bir hayat sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (77).

2.5.2. Stres

Stresli durumlar insanları endişelendirmekte, bu endişe hali ve başa çıkma çabaları kişilerin sağlıklarına zarar vermekte ve erken ölümlere neden olmaktadır. Stres sosyal izolasyona neden olarak kişilerin hayatları üzerindeki kontrollerini kaybettirmektedir. Bu da kişilerin hem bağışıklık sistemini zayıflatmakta hem de kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (77).

2.5.3. Hayatın İlk Yılları

Annelerin ve küçük çocukların desteklenerek hayata iyi bir başlangıç yapmaları sağlandığında bunun sağlık etkisi bir ömür sürmektedir. Hamilelik döneminden itibaren annenin psikolojik durumu, ailenin ekonomik durumunun kötü olması, eğitim

düzeylerinin düşüklüğü, sigara kullanılması, çocuğa şiddet uygulanması çocukta gelecek hayatında kalıcı izler bırakmakta ve sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (77).

2.5.4. Sosyal Dışlanma

Hayat kalitesinin düşük olduğu durumlarda ömür de kısalmaktadır. Hastaları, özürhüleri, hapisten çıkanları dışlamak, ırkçılık yapmak, insanları iş ve eğitim olanaklarından mahrum bırakmak onları fiziksel ve ruhsal açıdan zarara uğratmaktadır. Sıkıntı, kızgınlık, yoksulluk, ayrımcılık ve sosyal dışlanma insanların ömürlerini kısaltmaktadır (77).

2.5.5. İş

İşyerindeki stres hastalık riskini arttırmaktadır. Yaptıkları iş üzerinde kontrol sahibi olan insanların sağlık durumları çok daha iyi olmaktadır. İşyerinde çalışma şartlarının kötü olması, sosyal desteğin olmaması, emeğin karşılığının alınamaması, denetimin az olduğu işlerde çalışılması kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (77).

2.5.6. İşsizlik

İş güvelliği sağlık ve iyilik halinin artmasına neden olurken, yüksek işsizlik oranları birçok hastalığa ve erken ölümlere neden olmaktadır. İşsizlik kişinin kendini emniyette hissetmemesine, maddi sorunlara, kronik stres, kaygı ve depresyona neden olmaktadır (77).

2.5.7. Sosyal Destek

Sağlam dostluklar ve güçlü sosyal ilişkiler gerek evde ve işyerinde, gerekse toplum içinde sağlığın geliştirilmesinde önemli rol oynar. Düşük düzeyde sosyal destek alanların sosyal uyumu daha az olup, bu kişilerde daha fazla depresyon, kronik hastalık ve şiddet içerikli suçlara eğilim görünmektedir (77).

2.5.8. Madde Bağımlılığı

Kişiler alkol, uyuşturucu ve sigara kullanımından muzdarip olsalar da, bu bağımlılıklar sosyal ortamdan etkilenmektedir. Bağımlılıklar kazaları, yaralanmaları, ve

şiddet içerikli suçlara eğilimi arttırmakta, sosyal dışlanmaya neden olmakta, işsizlik ve maddi sorunlara yol açmaktadır (77).

2.5.9. Beslenme

Sağlıklı gıda ülkeler arası siyasi bir sorundur çünkü küresel ekonomi besin üretimini elinde tutmaktadır. Besin üretimi zengin ülkeler tarafından yönetilmekte, tüm dünyada besin dağılımına karar veren güçler ekonomisi zengin olan ülkelerden oluşmaktadır. Fakir gruplar ancak işlenmiş ucuz gıda tüketmekte bu da kansere yol açmaktadır. Ayrıca uygun olmayan besin tüketimi obeziteye, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara neden olmaktadır (77).

2.5.10. Ulaşım

Sağlıklı ulaşım özel araçları daha az kullanıp, yürüyerek, bisiklet kullanarak ve daha fazla toplu taşıma araçlarını kullanarak yapılan transport olarak tanımlanmaktadır. Bisiklet binme ve yürüme egzersiz yapılmasını sağlayarak obezite, diyabet ve kronik hastalıklardan korunmayı sağlamakta, toplu taşıma araçlarının kullanımı ile sosyal temas artmakta ve kazalar azalmaktadır (77).

2.6. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

DSÖ'nün tanımına sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanırken, sağlığın geliştirilmesi bağlamında sağlık; insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesini sağlayan yaşam kaynağı olarak tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluklarının ve sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerinin artırılması ve kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir (23).

Tarihsel sürece bakıldığında, sağlığı geliştirme kavramının uzun yıllardır hayatımızda olduğu fakat son yıllarda sağlık politikalarında yaşanan gelişmeler nedeniyle daha fazla gündeme geldiği görülmektedir. Sağlığı geliştirme kavramına ilk olarak 1920 yılında Winslow'un yaptığı çalışmada halk sağlığı tanımı içinde yer verilmiştir. Winslow (78), "Halk sağlığı, çevre sanitasyonu, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişiye yönelik sağlık uygulamaları konusunda bireylerin eğitimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi /sürdürülmesi amacıyla herkesin yeterli yaşam standardına erişilmesi için

sosyal gelişimin desteklenmesine yönelik organize edilmiş toplumsal çabalar yoluyla sağlığın geliştirilmesi, iyilik halinin sürdürülmesi, yaşamın uzatılması ve hastalıkların önlenmesi bilimi ve sanattır” demiştir.

Sağlığı geliştirme kavramının ortaya çıkışından sonra birçok tanım yapılmıştır. 1974 yılında sağlığı geliştirme kavramı sağlık politikaları ve uygulamaları içinde yer almaya başlamıştır. Dönemin Kanada Sağlık ve Gönenc Bakanı Marc Lalonde bu tarihte, “Kanadalıların Sağlığı Üzerine Yeni Bir Perspektif” başlıklı bir rapor yayınlamıştır. Lalonde Raporu” diye anılan bu belge sağlığı geliştirme yaklaşımının, bir toplumun sağlığını geliştirip güçlendirmenin anahtar stratejisi olarak belirtildiği küresel ‘ilk’ ulusal hükümet politikası belgesidir. Bu raporda sağlığı geliştirme kavramı, “Fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen konularda kişilerin ve kuruluşların daha aktif rol ve sorumluluk almalarını sağlayacak şekilde bilgilendirme, etkileme ve yardımcı olmayı hedefleyen stratejiler” olarak tanımlanmıştır. Raporda sağlığı geliştirme için beş stratejiden bahsedilmektedir (79):

- Sağlıklı halk politikası oluşturulması
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi
- Toplum eylemlerinin güçlendirilmesi
- Destekleyici çevrelerin yaratılması
- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi.

2.6.1. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Uluslararası Düzenlemeler

Sağlığın tanımı değişikçe ve geliştikçe sağlığın geliştirilmesi kavramı daha da önemli bir konuma ulaşmıştır. Sağlığın geliştirilmesine ilişkin uluslar arası düzenlemeler yayınlanan çeşitli bildirgeler ile karar vericiler ile paylaşılmaktadır. Bu bildirgeler kabul eden ve onaylanan ülkelerce toplum yaşamına adapte edilmek üzere strateji dokümanlarına yansıtılmaktadır.

1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi (Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi) ile DSÖ ve ülkelerin gündemine giren sağlığın geliştirilmesi kavramı aşağıda belirtilen bildirgeler ile geliştirilmiştir.

1. Lizbon Bildirgesi, Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, Eylül 1981, Lizbon, Portekiz.
2. Kopenhag Belgesi, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Kavram ve İlkeler Konulu Müzakere, 9-13 Temmuz 1984, Kopenhag, Danimarka.
3. Ottawa Bildirgesi, Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, 17-21 Kasım 1986, Ottawa, Kanada.
4. Adelaide Tavsiyeleri, İkinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, 5-9 Nisan 1988, Adelaide, Güney Avustralya.
5. Milano Bildirgesi, Sağlıklı Kentler Hareketi Milano Deklarasyonu, 5-6 Nisan 1990, Milano, İtalya.
6. Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi, Üçüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 9-15 Haziran 1991, Sundsvall, İsveç.
7. Santafe De Bogota Bildirgesi, Kasım 1992, Santafe De Bogota, Kolombiya.
8. Amsterdam Bildirgesi, Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi, 30 Mart 1994, Amsterdam, Hollanda.
9. Bali Bildirgesi, Dünya Tabipleri Birliği Hasta Bildirgesi, Eylül 1995, Bali, Endonezya.
10. Jakarta Bildirgesi, Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 21-25 Temmuz 1997, Jakarta, Endonezya.
11. Meksika Bakanlık Bildirgesi, Beşinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 5-9 Haziran 2000, Meksika.
12. Bangkok Şartı, Altıncı Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 7-11 Ağustos 2005, Bangkok, Tayland.
13. Nairobi Bildirgesi, Yedinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 26-30 Ekim 2009, Nairobi, Kenya.
14. Helsinki Bildirgesi, Sekizinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, 10-14 Haziran 2013, Helsinki, Finlandiya.

Lizbon Bildirgesi 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından, hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları açıklamak amacıyla yayınlanmıştır. Bu bildiride hastanın hekim seçme hakkı, tedaviyi kabul veya reddetme hakkı, tüm tıbbi ve özel kayıtların gizliliğine saygı duyulması hakkı, saygın bir şekilde ölme hakkı olduğu ifade edilmiştir (80).

Üç yıl sonra DSÖ Avrupa Bölge Ofisinde Ocak 1984’de Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ile ilgili bir program başlatılmıştır. Bu program çerçevesinde “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Kavram ve İlkeler” konularını görüşmek ve bu konular hakkında programlar ve politikalar geliştirmek amacıyla 9-13 Temmuz 1984 tarihleri arasında bir çalışma grubu toplanmıştır. Bu toplantıda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, daha sağlıklı bir gelecek yaratmak üzere sağlık konusunda kişisel tercih ve sosyal sorumluluk sentezi yaparak, insanlar ve içinde buldukları çevre arasındaki ara bulucu bir strateji olarak ifade edilmiştir. Sağlığın temel kaynakları; gelir, barınak ve gıda olarak tanımlanmış, sağlık alanındaki iyileştirmelerin, bu temeller ve sağlığı geliştirecek bilgi ve yaşam becerileri ile destekleyici bir çevre ile mümkün olabileceği belirtilmiştir (81).

Bu grubun çalışmaları neticesinde 1986 yılında Kanada’da Ottawa Bildirgesinin yayınlandığı Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu konferansta, Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi, Dünya Sağlık Örgütü’nün “Herkes İçin Sağlık” Hedefleri belgesi ve Dünya Sağlık Assemble’sinde sağlığa yönelik sektörler arası eylem hakkındaki düşüncelerin ortak bir platformda konuşulup karara bağlanması hedeflenmiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci olduğu vurgulanmıştır. Ottawa Bildirgesi’nde sağlığı geliştirmede üç temel strateji belirlenmiştir (35):

1. Sağlığın geliştirilmesinde gerekli temel şartların oluşturulması ve savunuculuk
2. Kişilerin kendi sağlıklarını geliştirmesini olanaklı hale getirmesi
3. Sektörlerarası işbirliği

Konferansta sağlık için ön koşullar belirlenmiş, bunlar; barış, barınak, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet

olarak sıralanmıştır. Sağlığı geliştirme eyleminin amaçlarından birincisi, sağlığı destekleyerek, politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörleri sağlığa yararlı kılmak, ikincisi ise var olan sağlık koşullarındaki farklılıkları ortadan kaldırıp, tüm insanlara eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamak olarak tanımlanmıştır (82).

Ottawa Bildirgesinden iki yıl sonra, 1988 yılında Adelaide’de gerçekleştirilen “Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı” gerçekleştirilmiştir. Sağlığın temel bir sosyal amaç olarak kabul edilmesi üzerine kurulu olan Adelaide Bildirgesi, insanların katılımını, toplumdaki sektörler arasındaki işbirliğini ve temel sağlık hizmetleri vurgulayarak sağlık politikasına yönelik yeni bir yönü temel almıştır. Bildirgede sağlıklı kamu politikası kavramı üzerinde durulmuş, tüm politika alanlarında sağlığa ve hakkaniyete önem verilmesi ve sağlık etkisine yönelik sorumluluğu olması olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı kamu politikasının amacı, insanların sağlıklı yaşamlar sürmesini sağlamak için destekleyici bir çevre yaratmak olarak belirlenmiştir. Konferansta sağlıklı kamu politikasına yönelik dört konu öncelikli eylem alanları olarak belirlemiştir. Bunlar; kadın sağlığı ile ilgili hizmetlerin desteklenmesi, açlık ve kötü beslenmenin ortadan kaldırılması, tütün ve alkol kullanımının azaltılması, sağlık için destekleyici çevrelerin oluşturulması olarak ifade edilmiştir (83).

Milano’da 1990 yılında gerçekleştirilen toplantıda ise sağlığı geliştirme için yapılması gerekenler tekrar vurgulanmıştır. Milano Bildirgesinde herkes için sağlık, sürdürülebilir politikalar, eşitlik, hakkaniyet, sektörler arası işbirliği, ve uluslar arası boyutları içeren stratejiler geliştirilmiştir (84).

1991 yılında Sundsvall’de düzenlenen Sağlığı Destekleyici Çevreler Konferansı’nda sağlık ve fizik çevre arasındaki ilişkiye dikkat çekmek amaçlanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda 81 ülkeden katılımı ile düzenlenen ilk küresel konferans olma özelliği taşıyan Üçüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı dünyanın her yerindeki insanları, çevrelerini sağlığı daha iyi destekler hale getirme sürecinde aktif olarak yer almaya çağırmıştır. Günümüzün sağlık ve çevre meselelerinin birlikte ele alındığı konferansta, milyonlarca insanın, gittikçe kötüye giden ve sağlığı tehdit eden bir çevrede aşırı yoksulluk ve yoksunluk içinde yaşadığına ve bu şartlar altında 2000 yılına kadar Herkes için Sağlık hedefine ulaşmanın neredeyse imkânsız olduğuna dikkat

çekilmiştir. Çözüm olarak, çevreyi (fiziksel çevre, sosyal ve ekonomik çevre, politik çevre) sağlığa zarar vermekten ziyade sağlığı destekleyici hale getirmek olduğunu belirtilmiştir.

Sundsvall Konferansı, sağlık, çevre ve insan gelişimi konularının birbirinden ayrı düşünülmemeyeceğini bir kez daha göstermiştir. Bir yandan yaşam kalitesi ve sağlıkta iyileşme sağlanırken diğer yandan çevrenin sürdürülebilirliğinin korunmasının gelişmenin temel unsuru olduğu vurgulanmıştır (35, 36, 85).

Güney Amerika Ülkeleri 1992 yılında bir araya gelerek Santafe De Bogota Bildirgesi'ni yayınlamışlardır. Bu bildirmede ekonomik, çevresel, sosyal, politik, kültürel ve neticesinde sağlık alanındaki eşitsizliklerin ciddi halk sağlığı sorunu olduğu ifade edilmiş, bu sorunlara yönelik stratejiler geliştirilmiştir (86).

Lizbon Bildirgesi hasta haklarını genel hatlarıyla belirlemesi bakımından eksiklikler taşımaktadır. Bu eksiklikleri gidermek amacıyla, 1994'te Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi), 1995'te Dünya Tabipleri Birliği Hasta Bildirgesi (Bali Bildirgesi) yayımlanmıştır. Amsterdam Bildirgesi'nde hasta hakları; sağlık bakımında insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi başlıkları altında ele alınmıştır. Bali Bildirgesi'nde ise, hastanın kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini destek hakkı üzerinde durulmuştur (87, 88, 89).

Jakarta'da 21-25 Temmuz 1997 tarihinde düzenlenen "Yeni Dönem için Yeni Oyuncular - Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Getirilmesi" konulu Dördüncü Uluslar Arası Sağlığı Geliştirme Konferansı, ilk defa gelişmekte olan bir ülkede düzenlenenmiş ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesini destekleme çabalarına ilk defa özel sektör dahil edilmiştir. Diğer bildirmelerden farklı olarak; sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun geliştirilmesi, sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması, sağlık için ortaklıkların geliştirilmesi, sağlamlaştırılması ve sürdürülmesi, toplumun kapasitesinin artırılması ve bireyin güçlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan alt yapının kurulması konuları üzerinde durulmuştur (90).

Mexico City'de 2000 yılında düzenlenen "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Hakkaniyet Boşluğunun Kapatılması" adıyla düzenlenen Beşinci Uluslar Arası Sağlığı

Geliştirme Konferansında, gerek ülkeler arasında gerekse ülkelerde bölgeler arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi gerekliliği üzerinde yoğunlaşmıştır (91).

“Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Bangkok Şartı” 7-11 Ağustos 2005’de Tayland’da yapılan Altıncı Uluslar arası Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda kabul edilmiştir. Bangkok Şartı; toplumları güçlendirecek ve sağlığı ve sağlık hakkaniyetini iyileştirecek politika ve ortaklıkların, küresel ve ulusal kalkınmanın merkezinde yer alması gerektiğini teyit etmektedir (92).

1986 yılında Ottawa’da başlayan sağlığı geliştirme konferanslarından yedincisi 2009 yılında 100 ülke temsilcisinin katılımıyla Nairobi’de gerçekleştirilmiştir. Bu konferansta daha önce yapılan sağlığı geliştirme konferanslarında alınan kararların ve sözleşmelerin gereklerinin yapılmadığı belirlenmiştir. Ülkeler arasındaki ve ülke içinde bölgeler arasındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, ekonomik kriz, küresel ısınma ve çevre sorunlarına yönelik acilen harekete geçilmesi gerektiği vurgulanmıştır (93).

DSÖ ve Finlandiya Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı’nın birlikte organize ettiği sekizinci uluslar arası sağlığı geliştirme konferansı, 10-14 Haziran 2013 tarihleri arasında Helsinki’de gerçekleştirilmiştir. Konferans Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi (1978) ve Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Bildirgesi (1986) temel alınarak sağlığın teşviki, sağlıkta eşitlik ve bir insan hakkı olarak sağlığın gerçekleştirilmesi konuları esas alınarak düzenlemiştir (94).

2.6.2. Sağlığı Geliştirme Modelleri

Sağlığı geliştirme programlarının amacı bireylerin sağlık durumunu en üst seviyeye çıkarmak olarak belirlenmiştir. Bunun gerçekleşmesi, sağlık risklerini azaltan yaşam biçimlerinin ortaya çıkmasına bağlı olup, bunun için de davranış değişikliklerine gidilmesi gerektiği görülmüştür. Sağlıklı yaşam biçimini geliştiren en uygun yaklaşımı bulmak için birçok çalışma yapılmış ve çeşitli modeller ortaya konulmuştur (95). Bu modellere örnekler aşağıda açıklanmıştır.

2.6.2.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiş, zaman içinde bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele eklenmiştir (96, 97).

Modelde davranış ve sağlık ilişkisinin kavranması amaçlanmaktadır. Model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır (97, 98, 99).

Bu modelin geliştirilmesinde kişilerin tüberkülozdan korkmaları ile erken tanı ya da koruyucu hizmetlerin kullanımı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Neticesinde kişilerin sağlıklarını kaybetme korkusu ile davranış değişikliğine gittikleri gözlemlenmiştir. Bu modele göre bireyin sağlıklı bir davranış geliştirmesi için, mevcut davranışını bir sağlık tehdidi olarak algılaması ve belirli bir sağlık davranışının bu tehdidi azaltacağına olan inancının etkileşimi ile ortaya çıkar. Kişinin sağlık algısı sağlığının değeri, hastalık ile ilgili inançları ve hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarından etkilenir. Kişi belirli bir davranışı kazandığında hastalık tehdidinin azalacağını düşünüyor ve de bu davranışın harcadığı gayrete değeceğini düşünüyorsa eyleme geçmektedir. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (68, 97, 100).

2.6.2.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunar. Modelde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi konusunda bilinçlendirilmesi ve bireylere danışmanlık yapma sorumluluğu vurgulanmaktadır. Pender sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışların; bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini gerçekleştirme sağlayan davranışları içerdiği ifade edilmektedir. Sağlığa ve sağlığı geliştirmeye yönelik olan sağlığı geliştirici yaşam biçimi sağlık için kişisel

sorumluluğu da artırmaya yöneliktir (33,34). Bandura'nın "Sosyal Öğrenme Teorisi"ni temel alan bu model sağlığı geliştirici unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır (33, 43, 101).

Sağlığı Geliştirme Modelinde "bilişsel-algisal" olarak belirtilen faktörler sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve devamında başlıca motive edici faktörler olarak belirtilmektedir. Bu faktörler; "sağlığa verilen önem", "öz etkililik ve yeterliliği algılama", "sağlığın kontrolünü algılama", "sağlık durumunu algılama", "sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama", "sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama" olarak sıralanmaktadır. Bilişsel algılama faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulaması üzerinde doğrudan etki yapmaktadır. Modeldeki etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişiler arası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörleri içermektedir (101).

Sağlık İnanç Modeli ile Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli arasındaki temel fark hastalık tehdidinin, Sağlığı Geliştirme Modeli'nde olmamasıdır. Sağlık İnanç Modeli, hastalığı önleme; Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştirmeye odaklanmıştır (102).

2.6.3. Dünya Sağlık Örgütü Tarafından Geliştirilen Modeller

Sağlık, farklı ortamlarda çalışan insanlar ile etkileşim, kişilerin ortamları sağlık hizmetlerine erişim için kullanmaları ve farklı ortamlar arasındaki etkileşim yoluyla teşvik edilmektedir. Özellikle okullar, toplumlar, işyerleri ve sağlık kuruluşları, sağlığı geliştirme programlarının yeni uygulanmaya başlandığı yerlerdir (103).

Sağlığı geliştirme programları, sağlık sorunlarının önlenmesine, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesine, kişilerin uyumunun artırılmasına, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılmasına, toplumun fiziksel, psikolojik, eğitimsel ve mesleki açısından sonuçlarının iyileştirilmesine ve genel sağlık maliyetlerinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Sağlığı geliştirme programlarının, bireylerin, ailelerin, toplumların, işyerlerinin ve kuruluşların daha sağlıklı hale getirilmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Bireylerin ve toplumun sağlığını teşvik eden ve destekleyen bir çevrenin oluşmasını sağlamaktadır (13). Sağlığı geliştirme programlarının ortaya çıkmasında etkili faktörler (104):

1. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı
2. Yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı ve kontrol altına alınmalarda tekrar epidemilerin görülmesi
3. Bölgesel olarak doğu'da beklenen yaşam süresinde düşme
4. Çevresel değişimler
5. Sağlık eğitimi programlarının etkisinin sınırlılığı

DSÖ tarafından 2008 yılında meydana gelen toplam 57 milyon ölümün %63'ünün bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olduğu, bu ölümlerin %80'inin de düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir. Uygun müdahaleler yapılmadığı takdirde 2008 yılında gerçekleşen 17 milyon olan kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 2030 yılında 25 milyona, 7,6 milyon kansere bağlı ölümün de 13 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (105). DSÖ sağlığın geliştirilmesi için hedef gösterdiği beş risk etmenini; yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve fazla kiloluluk olarak tanımlamıştır (106).

Dünya genelindeki mortalitenin %13'ünden yüksek kan basıncı, %9'undan sigara, %6'sından yüksek kan şekeri, %6'sından fiziksel inaktivite, %5'inden fazla kiloluluk ve obezite sorumlu tutulmaktadır. Beş çevresel etkilenim nedeninin (güvenli olmayan su kaynakları/sanitasyon/hijyen, kapalı ortam hava kirliliği, kurşun etkilenimi, kentsel hava kirliliği, küresel iklim değişikliği) tüm hastalık ve ölüm yükünün %10'undan sorumlu olduğu, etkilenimlerin beş yaş altı hastalık ve ölüm yükünün ise dörtte birinden sorumlu olduğu belirtilmektedir (107).

DSÖ sağlığı geliştirme ile ilgili olarak birçok program ve projeler geliştirmiştir. Bunlar "Sağlıklı Şehirler, Köyler, Belediyeler, Sağlıklı Adalar, Sağlıklı Pazar Yerleri ve Sağlığı Geliştiren İşyerleri" projeleri, "Sağlığı Geliştiren Okullar, Sağlığı Geliştiren Hastaneler" bilgi ağları ve alkol, tütün, aktif yaşam ve sağlıklı yaşlanma eylem planları olarak özetlenebilir.

2.6.3.1. Sağlıklı Şehirler

DSÖ Sağlıklı Şehirler projesi, sağlığı dünyadaki kentlerin gündemine koymayı ve yerel düzeyde halk sağlığı için destek oluşturmayı amaçlayan uzun vadeli bir gelişim projesidir. Sağlıklı şehirler kavramı, sağlıklı köyler ve belediyeler de dâhil olmak üzere

diğer yerleşim şekillerini de kapsayacak şekilde gelişmektedir. Sağlıklı şehir, kişilerin sağlıklarını geliştiren sosyal ve fizik çevrenin oluşturulmasını sürekli yenilenmesini sağlamaktadır (108).

2.6.3.2. Sağlıklı Adalar

Sağlıklı ada, yaşayan halkın daha sağlıklı ve daha kaliteli yaşam sürmesi için fiziksel ve sosyal çevrenin kalkınma sürecine dâhil olduğu adadır (109).

2.6.3.3. Sağlığı Geliştiren İşyerleri

Çalışanların sağlığının geliştirilmesi için, işveren, çalışan ve tüm toplumun gösterdiği faaliyetler bütünüdür. İşyerinde sağlığı geliştirmek, işçi ve işverenin karşılıklı çıkarlarını koruyarak, destekleyici bir çevrede, işin niteliğini arttırarak, iyi olma halinin olanaklı hale gelmesiyle mümkündür (110).

2.6.3.4. Sağlığı Geliştiren Okullar

Sağlığı geliştiren bir okul, sağlıklı bir yaşama, öğrenme ve çalışma yeri olarak kapasitesini sürekli olarak güçlendiren bir okul olarak tanımlanmaktadır. Program sağlık görevlileri, öğretmenler, öğrenciler, veliler ve topluluk liderlerini sağlığı geliştirme çalışmalarına dâhil eder. DSÖ, sağlığı geliştiren okul ağlarını teşvik edip destekleyerek tüm okulların sağlığı teşvik edici ve geliştirici hale gelmesine ve bu okullar vasıtasıyla tüm toplumda sağlığı geliştirmeyi amaçlamaktadır (111).

2.6.3.5. Sağlığı Geliştiren Hastaneler

Sağlığı geliştiren bir hastane yalnızca kaliteli tıp ve hemşirelik hizmetleri sunmakla kalmaz aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amaçlarını benimseyen kurumsal kimlik geliştirir. Hastalar ve tüm personel için aktif ve katılımcı roller geliştirir, sağlığı geliştiren fiziksel bir çevre oluşturur ve topluluğu ile aktif işbirliği yapar (112).

Sağlığı geliştiren hastaneler, hastaların, personelin ve içinde buldukları toplum nüfusunun sağlığını geliştirmek için hareket eder. Sağlığı geliştiren hastaneler 1988 yılından beri uygulanmaktadır (113).

2.6.3.6. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

Tütün Kontrolü Konusunda ilk uluslar arası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” 21 Mayıs 2003 tarihinde, 56. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ'ne üye tüm hükümetler tarafından kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, DSÖ gözetiminde müzakere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır. 27 Şubat 2004 tarihinden geçerli olmak üzere Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uluslararası bir yasa niteliği kazanmıştır. DSÖ TKÇS, tütün fiyatlarına, vergilerine, reklam, sponsorluk ve promosyonlara, kanunsuz satışlara, sürveyans ve araştırma metodlarına pasif içiciliğe ve tütünsüz ortamlara uluslararası standartlar getirmektedir (114, 115).

Türkiye Cumhuriyeti, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini 28 Nisan 2004 tarihinde imzalamıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı 07.10.2006 tarihli ve 26312 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı oluşturulmuştur. 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren, 4207 sayılı Kanun uyarınca kamunun ortak kullanım alanlarında, işyerlerinde, toplu taşıma araçlarında sigara ve diğer tütün ürünleri kullanılamamaktadır. Kanundaki yeni düzenleme toplumun tüm kesimlerini ve özellikle gelecek nesilleri, başkalarının içtiği sigara ve tütün ürünlerinden solunan dumanın zararlı etkilerinden korumayı amaçlanmaktadır. Kanun ile ilgili bilgilendirmeyi tüm ilgili devlet kurumları ve yerel yönetimler nezdinde yürüten Sağlık Bakanlığı, vatandaşları için de özel bir iletişim kampanyası yürütmeye başlamıştır. Kanunun toplum hayatı için yarattığı artı değer, getirdiği hak ve sorumlulukların anlatımına odaklanan iletişim kampanyası, sigara ve tütün ürünlerinin kullanılamayacağı alanları “Dumansız Hava Sahası” olarak tanımlamakta ve bu kampanya ile tüm Türkiye’yi havasını korumaya davet etmektedir (68, 116, 117).

2.6.4. Diğer Modeller

2.6.4.1. CHAD Programı, İsrail (1971)

İsrail’de 1971 yılında, toplumun Hipertansiyon, Ateroskleroz ve Diyabet Sendromu Programı (CHAD: Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes) birinci basamak sağlık hizmeti içerisinde başlamıştır. Programın amacı, toplumda kan basıncı, serum kolesterol ve vücut ağırlıklarının dağılımını belirlemek, risk taşıyan bireyleri saptamak ve tedavi etmek ile son olarak toplumda diyet, sigara ve egzersiz

ile ilgili uygun toplumsal davranışları yerleştirmektir. Sağlık eğitim programında yüz yüze danışma yöntemi uygulanmıştır. Program sonucunda hipertansiyon prevalansı %20, sigara içme sıklığı erkeklerde %11, aşırı kilo %13 azaldığı bildirilmesine rağmen kontrol grubuyla mortalite hızı açısından bir farklılık oluşmadığı gözlenmiştir (118, 119).

2.6.4.2. North Karelia, Finlandiya (1972)

Koroner Kalp Hastalıklarını (KKH) önlemek amacıyla yapılan ve etkili olan toplum tabanlı kontrol programlarının en bilineni Finlandiya’da uygulanan North Karelia Programıdır. 1970’lerde KKH ölüm hızının çok yüksek olduğu bu ülkede, 1972’de toplumdaki risk faktörlerini azaltmayı hedefleyen, North Karelia projesi başlatılmıştır. Program kapsamında yoğun sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme etkinlikleri düzenlenmiş, eğitim, tarım, sanayi sektörleri sağlık sektörüyle birlikte çalışarak toplumun yaşam biçimini değiştirmiştir. İzleyen 20 yıl içinde toplumun ortalama kolesterol düzeyi %18, diyastolik kan basıncı %3, sigara içme prevalansı ise %15 azalmıştır. Aynı dönem sonunda KKH mortalite hızlarında %55’lik bir düşüş gözlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde KKH mortalitesindeki azalmanın %75’nin risk faktörlerindeki azalmayla açıklanabildiği ortaya konmuştur (120).

2.6.4.3. Minnesota Kalp Sağlığı Programı (1980)

Kitle iletişimi ile doğrudan eğitim programları düzenlenmiştir. Program neticesinde sigara içme prevalansında erkeklerde ve kadınlarda düşme, aynı şekilde tedavi ve kontrol gruplarında total kolesterol ölçümlerinde düşme izlenmiştir. Fakat çalışma neticesinde koroner kalp hastalığı ve inme mortalitesi ve morbiditesinde anlamlı bir düşme saptanmamıştır (121).

2.6.4.4. Alman Kardiyovasküler Koruma Çalışması (1984)

Programda çok etmenli entegre eğitim modeli kullanılmıştır. 6 yıl süren program neticesinde davranışsal etki olarak; sigara içme prevalansında %7 düşme, risk etmenlerine yönelik etki olarak; total serum kolesterol düzeyinde, sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncında %2’lik düşme izlenmiştir. Ancak çalışma neticesinde koroner kalp hastalığı mortalitesi ve morbiditesindeki değişim ölçülmemiştir (68).

2.6.4.5. Ciclovía (Bisiklet Yolu) Uygulaması (1995)

Kolombiya'nın başkenti Bogotá'da, çevrenin geliştirilmesi ve sağlıklı toplumlar için sektörler arası işbirliğine güzel bir örnek olan önemli bir çevre müdahalesidir. 1995 yılında motorsuz trafik araçları için ayrı yol yapmaya ve ulaşım sistemini geliştirmeye yönelik bir kentsel fizik ortam değişikliği başlatılmıştır. Yerleşim yerinde 16 hatta toplam 260 kilometreden oluşan bisiklet yolları inşa edilmiştir. Ayrıca, pazar günleri 120 kilometre yol trafiğe kapatılarak, yedi milyon kişinin yaşadığı şehirde pazar günü motorlu araçların trafiğe çıkması engellenmiştir. Sonuçta, bu dönem içinde kadınlar yedi kat daha fazla aktif hale gelmişlerdir. Diğer taraftan bisiklet yolları ulaşımında farklılığa yol açmış, kendi arabaları ile yolculuk yapma %17'den %12'ye düşmüştür (68).

2.6.4.6. Sağlık Kent – Marikina (1998)

Bisiklet dostu kent Marikina, Filipinlerde 1998 yılında sağlıklı kentler projesinin ilk uygulama yerlerinden biridir. Kent endemik dang ateşine karşı bir müdahale geliştirmiştir.

- Nehir kenarı hükümet çalışanları ve gönüllüler tarafından temizlenmiştir.
- Dağınık olan yerleşim yerleri mortgage programı ile yeniden düzenlenmiştir.
- Kurallar güçlendirilmiş ve markerler temizlenmiştir.
- Katı atık toplama programı başlatılmıştır, çöp ile ilgili yasa güçlendirilmiştir.
- Okullarda sağlıklı yaşam eğitimi verilmiştir.
- Vergi ödemeyi destekleyen teşvikler geliştirilmiştir.
- Fakir mahalleler için insan kaynağının geliştirilmesi gibi kentsel yapıyı güçlendiren gönüllü projeler yapılmıştır.

Sonuç olarak, bu müdahalelerin birbirleriyle de olan etkileşimi ile dang ateşi hastalığının da belirgin bir şekilde düşmesine neden olmuştur. Ek olarak su ve sanitasyonla da ilgili ilerleme sağlanmıştır. Marikina pek çok ödül kazanmıştır. Marikina, okul, alışveriş yerleri ve çalışma yerleri kadar insangücü geliştirilmesi, yerel turizm, sağlık hizmetleri ve güvenlik açısından pek çok yerel yönetimin ilgisini çekmektedir (122).

2.6.5. Türkiye’de Sağlığı Geliştirme Modelleri

2.6.5.1. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi (2000)

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından kardiyovasküler hastalıklardan korunmayı amaçlayan çalışma Türkiye’nin yedi coğrafi bölgesinin her birinden birer ilde, il merkezlerinden bir, kırsal bölgelerden de bir olmak üzere toplam 14 sağlık ocağı seçilerek gerçekteştirilmiştir. Program neticesinde, hipertansiyon saptanan kişiler herhangi bir ilaç kullanmadan, tuzsuz diyetle 6 ay süreyle izlendiklerinde, sistolik kan basıncında 32 mm Hg, diastolik kan basıncında ise 12 mm Hg kadar bir düşme gözlenmiştir (123).

2.6.5.2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlığını Geliştirme Programı (2010)

Mevsimlik tarım işçileri, %60’ından fazlası yoksulluk sınırının altında yaşadığı ve %80’inin sosyal güvencesinin bulunmadığı için sağlık açasından oldukça riskli bir grubu oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda %70’inden fazlasının tarlalarda çocuklarıyla birlikte çalıştıkları saptanmıştır. Zorlu çalışma koşulları, yoksulluk ve göç hareketleri de hastalıkların görölme sıklığını arttırmakta ve hizmete erişimi de engelleyerek sağlıkta eşitsizliklere yol açmaktadır. Örneğin, 15-49 yaş arası mevsimlik tarım kadın tarım işçilerinin %90’ı ilkokulu bitirmemiştir. Yine bu grupta yer alan kadınların yarısı evde doğum yapmaktadır. Böyle dezavantajlı bir grup üzerinde üniversitenin yaptığı çalışmalar ve aldığı neticeler üzerine Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi (2010/6;Resmi Gazete Tarih: 24 Mart 2010, sayı: 27531) yayınlanmış ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından METİP (Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Projesi) kapsamında tarım alanlarında alt yapı geliştirme çalışmalarına başlanmıştır (104).

2.6.5.3. El Yıkama Kampanyası (2010)

El yıkama ve hijyen konusunda farkındalığı artırmak, salgın hastalıkların yayılmasını engellemek ve pandemik grip sürecinde pekiştirilen el yıkama alışkanlığını devam ettirmek konusunda vatandaşlara destek olmak amacıyla TC Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından el yıkama kampanyası başlatılmıştır. Kampanya tüm yurttta yaygınlaştırılmış ve halk tarafından yoğun ilgi görmüştür.

Düzenlenen eğitimler, bilgilendirme toplantıları, reklamlar, afiş ve broşürler neticesinde yapılan çalışmalar göstermiştir ki el yıkama oranı %62 artmıştır (124).

2.6.5.4. Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)

Obezite başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere birçok hastalığa sebep olmaktadır. Dünya genelinde mortalitenin %5'inden obezite sorumlu tutulmaktadır. Önlenabilir bir risk faktörü olması sebebiyle TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından başlatılan Obezite Mücadele Hareketi kampanyası halen devam etmekte, bakanlık desteğiyle tüm yurttaki yaygın faaliyetler yapılmaktadır. Üniversitelerinde destek verdiği kampanyada “porsiyon küçültme” ve “obeziteye karşı günde 10.000 adım” sloganlarıyla faaliyetler gerçekleştirilmektedir (125).

2.7. SAĞLIKTA BÖLGE KAVRAMI

Sağlıkta “bölge” kavramı, birincil sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu için anahtar bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bölge kavramı ülkeden ülkeye değişebilmekle birlikte, tanımlanmış bir yönetsel birim olarak belirtilebilmektedir. Sağlık bölgesi ise toplum için gerekli olan, sağlık sisteminin tüm bileşenlerini içeren coğrafik bir alan olarak tanımlanmaktadır. Bu alan verimli bir çalışma yapılabilecek kadar büyük, toplum katılımını sağlayacak kadar küçük bir coğrafik alan olarak planlanmaktadır. Bölge sağlık sistemi ise bireysel sağlıkla beraber, ailesel ve toplumsal sağlığa da katkıda bulunacak tüm bileşenlerden oluşmaktadır (126).

Sağlıkta “bölge” kavramı toplum sağlığını geliştirilmek amacıyla, toplumun sorunlarını önceleyen, toplumu planlama ve uygulamaya katan, geliştirici, koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla, bir ekiple birlikte sunan, toplumun ulaşabileceği sağlık birimleri içinde ve diğer sektörler arasında eşgüdümü sağlayan, bu yaklaşım ve etkinliklerde planlama, organizasyon ve yönetimden sorumlu olan sağlık sistemleri olarak tanımlanmaktadır (127, 128, 129).

Bölge sağlık sistemleri ilk kez 1983 yılında DSÖ tarafından açık bir şekilde belirtilmiş ve 1986 yılında DSÖ Küresel Program Komisyonu tarafından tanımlanmıştır. Bölge sağlık sistemleri yerel gereksinimlere göre topluma sağlık hizmeti sunmakta, dolayısıyla yerel, toplum merkezli sistemler olarak tanımlanmaktadır. Hizmet sunulan

toplumun gereksinimlerine göre, bölge düzeyinde oluşturulan planlar basamaklı bir sistem içinde oluşturulan sağlık birimleri tarafından gerçekleştirilmektedir (129, 130).

Bölgede hizmet planlaması, yönetim, denetim, kaynakların sağlanması, araştırma ve diğer sektörlerle eşgüdüm bölge sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilmektedir. Bölge hastanesi kendi başına hizmet sunan bir birim olarak değil, aile hekimleri tarafından sevk edilen hastalara gerekli sağıaltım ve esenlendirme hizmetini sunan, aile sağılığı merkezlerini ve çalışanlarını eğitim ve hizmet açısından destekleyen bir birim olarak görev yapmaktadır. Bölge sağılık hizmetleri birincil sağılık hizmetleri sunumunda en önemli yönetsel birimdir; yeterli ve iyi organize olduğunda, bu sunulan hizmetlere de yansımaktadır. Bu nedenle bölge sağılık hizmetlerinde planlama çok önemli olup, düzenli olarak yıllık, gerektiğinde daha uzun süreli bölge sağılık planları hazırlanması gerekmektedir. Bölge ekibinin tümü planlama ve yönetimde görev almaktadır. Bölge sağılık planlarında, bölge tanıtımı, koruyucu hizmetler, ölümlülük ve hastalık ile ilgili temel veriler, sağılık alt yapısı ve gereksinimler, öncelikli sağılık sorunları ve toplumun talepleri, önceliklere göre uygun girişimler, eylem planları, çalışmaların izlemi ile ilgili hazırlıklar ve sağılık planı ile ilgili olası riskler yer almaktadır (126, 127).

Basamaklı sağılık hizmeti sunumu ile ilgili yapılar ve yönetim ile ilgili yapılar bölge sağılık sistemlerinin üç temel bileşeninden ikisini oluşturmaktadır. Üçüncü bileşen ise sağılığı geliştirme yapılarıdır; bunlar toplum katılımının sağılandığı bölge sağılık kurulları, bölge geliştirme kurulları, kadın komisyonları, işçi komisyonları gibi örgütlenmelidir. Bölge düzeyinde toplum sağılığının geliştirilmesinde bu üç bileşen de önemli rol oynamaktadır.

Bölge sağılık sistemleri DSÖ tarafından tanımlanmadan önce Türkiye’de yasal düzenlemelerde yer almış ve uygulamaya başlanmıştır. 1961 yılında çıkarılan “Sağılık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ve 1964 yılında yürürlüğe giren “Sağılık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesine Dair Yönetmelik”te Sağılık, Eğitim ve Araştırma Bölgeleri (SEAB) kavramı yer almış ve ilk kez 1964 yılında “Etimesgut Sağılık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi” imzalanan protokol sayesinde kurulmuştur. Süreç içinde 1967’de Erzurum’da, 1968’de İzmir Torbalı’da, 1969’da Diyarbakır’da, 1971 Ankara Abidinpaşa’da, 1974’de Ankara Çubuk’ta olmak üzere 1994 yılına kadar toplam 18 adet SEAB açılmıştır. Yapılan çalışmalarda 1996 yılında 14, 1997

yılında 16, 2000 yılında 14, 2001 yılında 13, 2002 yılında 11, 2004 yılında yedi, 2005 yılında dört fakültenin SEAB olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak SEAB'lerin sayılarının 1964-1985 yılları arasında arttığı, 1986-2000 yılları arasında durakladığı, 2001-2005 yılları arasında ise azaldığı izlenmiştir (128).

Sayıları gittikçe azalan SEAB nedeniyle 02.11.2011 tarihli 28103 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile üniversiteler ve valilik arasında imzalanan protokolü 31.07.2013 tarihinde Sağlık Bakanlığı yeniden düzenlemiştir. Düzenlemelerin ardından 30.12.2013 tarihinde Eskişehir Valiliği ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi arasında, 21.02.2014 tarihinde Manisa Valiliği ile Celal Bayar Üniversitesi ve Halk Sağlığı Müdürlüğü arasında Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi oluşturulmasına dair işbirliği protokolü imzalanmıştır. Gelişmeler umut verici olup yeni düzenlemeler neticesinde SEAB sayısının artacağı düşünülmektedir (75, 131, 132).

2.8. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir (7, 9, 133).

Ancak yapılmış çalışmalarda, sağlığın geliştirilmesinde toplum için önemli rolü olan sağlık çalışanlarının davranışları ile ilgili veriler hiç de olumlu görülmemektedir. Örneğin; 2008 yılında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında obezite sıklığı %13,8 saptanmış ve bu değer erkeklerde daha yüksek olduğu (%19,1 ve %10,6) görülmüştür (134). Başka bir çalışmada ise hekimlerin %7,9'u, hemşirelerin %7,5'i obez olarak saptanmıştır (135). Hemşireler üzerinde 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise %54'ünün

fazla kilolu ya da obez olduğu saptanmıştır (136). Başka bir çalışmada, erkek hekimlerin %44'ünün kilolu, %6'sının obez olduğu görülmüştür (137).

zkan ve Yılmaz'ın 2008 yılında hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılanların %74,8'inin sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığı, %95,7'sinin düzenli fiziksel egzersiz yapmadığı, %46,6'sının sigara kullandığı tespit edilmiştir (138). Yalnkaya ve arkadaşları, sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada hiç egzersiz yapmayanların oranını %58,9, sigara kullananların oranını % 38,9 olarak bulmuşlardır (16).

Ülkemizde sigara kullanımı ile ilgili 2009 yılında yapılan 22 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede sigara içme oranları doktorlarda ortalama %31,9-%70,0 arasında değişirken, erkek doktorlarda ortalama %33,3-%64,5, kadın doktorlarda ise %13,6-%72,2 olarak bulunmuştur. Hemşirelerde ise bu oran %29,5-%68,6 arasında bulunmuştur (139).

Kişilerin sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme davranışları hakkında danışmanlık yapan hekimler, bu kişilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilirler. Hekim danışmanlığı, hekimin kendi sağlık uygulamaları ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, birinci basamak uygulamaları yapılırken, sağlığı geliştirme danışmanlığının artmasında asıl anahtar hekimin kendi sağlık davranışları olmaktadır (140, 141). alışmalar, hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına güvenilir tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğunu göstermiştir (142).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA BÖLGESİNİN TANITIMI

Aydın İli, Ege Bölgesi'nin güney bölümünde yer alıp, kuzeyde İzmir, Manisa, doğuda Denizli, Güneyde Muğla ile komşu olup, batıda Ege Denizi'ne kıyısı bulunmaktadır. Aydın İli 1923 yılında vilayet, 2014 yılında büyükşehir statüsüne kavuşmuştur (143). Aydın İli idari yapısı; bir büyükşehir belediyesi, 17 İlçe, 17 belediye ve 670 mahalleden oluşmaktadır. Aydın İli merkez ilçesi olan Efeler İlçesi'ne bağlı toplam 83 mahalle bulunmaktadır (144). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS) göre 2013 yılsonu itibariyle Aydın ilinin açıklanan toplam nüfusu 1.020.957 olup nüfusun %50,1'i erkek (510.512), %49,9'u (510.445) kadınlardan oluşmaktadır. Aydın İlinde yaşayanların %65,1'i evli olup, yıllık nüfus artış hızı binde 14,2, nüfus yoğunluğu yani kilometrekare başına düşen kişi sayısı 130 olarak saptanmıştır. Aydın İlinde yaşayanların %19,8'ini 14 yaş ve altı nüfus, %16,1'ini 60 yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır (145).

Okur-yazar oranı Türkiye ortalaması %93,6 iken, Aydın'da bu oran %97,3'lere çıkmaktadır. Eğitim durumları irdelendiğinde; %29,8 ile en çok ilkokul mezunları yer alırken bunu % 18,9 ile ilköğretim mezunları takip etmiştir. lise mezunlarının oranı %18,5, yüksekokul ve fakülte mezunlarının oranı % 9,7, yüksek lisans mezunlarının oranı % 0,5. doktora mezunlarının oranı % 0,2 olarak bulunmuştur (146). Türkiye genelinde işsizlik oranı %9,7 iken Aydın İlinde bu oran %7,9 olarak bulunmuştur. Aydın İli hem coğrafik yapısı hem de ekonomisi nedeniyle göç alan bir şehirdir. 2013 yılında 34688 göç almış, 32338 göç vermiş, net göç sayısı 2350 olarak belirlenmiştir. Göç edebilecek her bin kişi için net göç sayısını ifade eden net göç hızı 2,30 olarak saptanmıştır (147). Sağlık göstergelerine bakıldığında kaba ölüm hızı binde 6,4, bebek ölüm hızı binde 9,2, kaba doğum hızı binde 13,0, toplam doğurganlık hızı 1,76'dır. (148).

Mesudiye Mahallesi Aydın'ın Efeler İlçesine bağlı 83 mahalleden biridir. Aydın'ın kuzey tarafında Tralles Antik Kenti yakınında, Aydın'ın ticari ve sosyal açıdan yoğun olan Gazi Bulvarı'nın üst tarafında, önemli sağlık merkezlerine, eğitim kurumlarına, resmi kuruluşlara yakın bir konumda bulunmaktadır. Mahallenin toplam nüfusuna 07.08.2012 tarihi itibariyle Mesudiye Mahalle Muhtarlığının bağlı olduğu ADNKS'den ulaşılmış olup 19.281 olarak kayıt edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti bölge tabanlı

değil kişi merkezli olduğu için mahalleyi yansıtan sağlık verilerine ulaşamamıştır. Göç alma hızı düşük olan mahallede 3-4 katlı binaların hakimiyeti göze çarpmaktadır (144). Mahallenin ulaşım açısından rahat bir mevkide olması, yerleşim yerleri ve işyerlerini bir arada bulunduruyor olması bu mahallenin seçilmesinde etkili olmuştur.

3.2. ÇALIŞMANIN TİPİ VE ÖRNEKLEM

Çalışma, Temmuz 2012 - Aralık 2013 tarihleri arasında Aydın İli Mesudiye Mahallesi'nde gerçekleştirilmiş, müdahale tipinde bir çalışmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Aydın Valiliği'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek 1).

Evrenin büyüklüğü (N=19.281 kişi) bilindiği için ulaşılması gereken en az örneklem sayısı: $n = \frac{N(Z^2 \cdot P \cdot (1-P))}{[d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot (1-P)]}$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Mahallede sosyokültürel özelliklerin sıklığı olan formüldeki “P” bilinmediği için 0,5 kabul edilerek, %95 güven aralığında; $n = \frac{19281 \cdot (1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5))}{[0,05^2 \cdot (19281-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)]} = 377$ bulunmuştur. Yedek oranı %10 olarak planlanmış ulaşılması gereken örneklem sayısı 415 olarak hesaplanmıştır.

Örneklem seçiminde basit rasgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Muhtardan alınan kayıt listesindeki kişi kayıt numaraları kullanılarak kura çekimi yapılmıştır.

Seçilen bu örneklem içinden müdahale uygulanacak grup G-Power programında $\alpha=0,05$, güç=%80, etki büyüklüğü=%25 alındığında örneklem büyüklüğü 28 olarak hesaplanmış, bir kadın bir erkek yedek eklendiğinde toplamda 30 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Basit rasgele örneklem yöntemiyle 15 kadın ve 15 erkekten oluşan 30 kişilik müdahale grubu ve 15 kadın ve 15 erkekten oluşan 30 kişilik kontrol grubu seçilmiştir. Bu iki grubun seçiminde grupların birbirinden etkilenmesinin önüne geçmek amacıyla mahalle, cadde ve sokakların yerleşimi göz önüne alınarak doğu ve batı bölgesi olarak iki bölgeye ayrılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun mahallenin hangi bölgesinden seçileceğine kura ile karar verilmiştir.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Anketler uygulanırken öncelikle kişiler çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden gönüllü olur formlarını imzalamaları istenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere, çalışma sonuçlarının kişi isimleri verilmeden sadece bilimsel platformlarda paylaşılacağı açıklanmıştır. Çalışmaya 18 yaş üstü bireyler dahil edilmiş olup, anket soruları içinde hane ile ilgili genel sorular yer aldığından her haneden yalnız bir kişi çalışma grubuna alınmıştır.

Kura ile seçilen kişilerin evlerine, evde bulunamamaları halinde iki kere daha gidilmiş, yine evde bulunamayanların yerine yedeklerden seçim yapılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul etmeyenlerin yerine ve 18 yaş altı olan, iletişim kurmasına engel algılama ile ilgili rahatsızlıkları olan (demans, şizofreni,...), görme ya da duyma ile ilgili problemleri olan, Türkçe konuşma ya da anlama problemi olan kişilerin yerine yedeklerden seçime gidilmiştir

3.3. ÇALIŞMA YÖNTEMİ

3.3.1. Veri Toplama Araçlarının Geliştirilmesi

Çalışmanın planlama aşamasında müdahale çalışmasında kullanılmak üzere bir anket geliştirilmesi planlanmıştır. Yapılan müdahalenin etkinliğini tespit etmek için literatür taramaları yapılarak geliştirilen anket için uzman görüşleri istenmiştir. Alanında uzman 10 kişiyle görüşülmüş, anketin müdahale çalışmasında kullanılıp kullanılmayacağı ve anket üzerinde yapılması gereken değişiklikler ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. Uzman kişilerin geri bildirimleri doğrultusunda mevcut anketin kullanılmasından vazgeçilmiş, önceden geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, puanlama sistemine dayalı hazır ölçekler uygulanmasına karar verilmiştir.

3.3.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplamak amacıyla beş tane veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan Sosyodemografik Bilgi Anketi ve Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları (SYBD) Ölçeği toplumu tanımak amacıyla kullanılırken, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyodemografik Bilgi Anketi, Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar

Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği müdahale grubuna uygulanmıştır.

3.3.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Anketi

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan bu anket kişilerin sosyo-demografik ve sosyo-kültürel özelliklerini, konut durumlarını, sağlık durumlarını, sağlık hizmetinden faydalanma düzeylerini ve günlük aktivitelerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış olup, 28 açık uçlu, 42 kapalı uçlu sorudan meydana gelmektedir (Ek 2).

3.3.2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği

Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin SYBD'nı ölçmektedir (149). Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve ölçek çok sayıda çalışmada kullanılmıştır (149,150,151). Ölçek, toplam 48 maddeden oluşmuştur ve altı alt grubu vardır. Ölçeğin alt gruplarını "kendini gerçekleştirme", "sağlık sorumluluğu", "egzersiz", "beslenme", "kişilerarası destek" ve "stres yönetimi" oluşturmaktadır (Ek 3).

Alt gruplar ve kapsadığı soru numaraları aşağıda verilmiştir.

1. Kendini Gerçekleştirme Alt Grubu; bireyin yaşam amaçlarını, kendini geliştirme becerisini, kendini ne kadar tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir. Soru numaraları: 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48.

2. Sağlık Sorumluluğu Alt Grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemektedir. Soru numaraları: 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46.

3. Fiziksel Aktivite Alt Grubu; sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir unsuru olan fiziksel aktivite uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını göstermektedir. Soru numaraları: 4, 13, 22, 30, 38.

4. Beslenme Alt Grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirlemektedir. Soru numaraları: 1, 5, 14, 19, 26, 35.

5. Kişilerarası İlişki Alt Grubu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemektedir. Soru numaraları: 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47.

6. Stres Alt Grubu; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemektedir. Soru numaraları: 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45.

SYBD ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme dörtlü likert tipi ölçek üzerinden yapılmaktadır. “Hiçbir zaman” yanıtı için bir, “Bazen” yanıtı için iki, “Sık sık” yanıtı için üç, “Düzenli olarak” yanıtı için dört puan verilmektedir. Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir, ölçeğin tümünün puanı SYBD puanını vermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük SYBD puanı 48, en yüksek SYBD puanı 192’dir.

Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1997 yılında Nihal Esin tarafından “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi” adlı doktora tezinde yapılmıştır (30). Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 50 birey üzerinde üç hafta arayla uygulanmış ve test- tekrar test korelasyonları değerlendirilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt grupları için r değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0,99, kendini gerçekleştirme için 0,99, sağlık sorumluluğu için 0,98, fiziksel aktivite için 0,97, beslenme 0,98, kişiler arası ilişki için 0,97, stres yönetimi için 0,98 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik için madde toplam puan güvenirliliği incelenmiş her bir madde korelasyon değerleri 0.27 ile 0.55 arasında değiştiği görülmüştür. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ülkemizde farklı araştırmalarda da kullanılmıştır (4,152,153,154).

Bu çalışmada da ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alpha katsayıları; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0,94, kendini gerçekleştirme için 0,90, sağlık sorumluluğu için 0,81, fiziksel aktivite için 0,81, beslenme için 0,65, kişiler arası ilişki için 0,77, stres yönetimi için 0,75 olarak bulunmuştur.

3.3.2.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyodemografik Bilgi Anketi

Hastalık ve sağlığın sosyal belirleyicileri sosyal çevre kavramı içinde ele alınmakta ve sosyal çevre, sosyoekonomik durum, sosyal destek, ayrımcılık, sosyal kontrol, işsizlik ve çalışma koşulları gibi pek çok sosyal olguyu ifade etmektedir. Yoksulluk, öğrenim durumu, olumsuz ev koşulları, sosyal sınıf farklılığı ve çalışma ortamı gibi sağlığı etkileyen sosyal çevre faktörlerinin erken ölüm ve fiziksel-ruhsal hastalıklarla

ilişkisi bilinmektedir. Erken çocukluk dönemi, yoksulluğun etkileri, madde kullanımı, çalışma koşulları, işsizlik, sosyal destek, gıda ve ulaşım politikaları sağlığın yaşam boyu önemli belirleyicilerini oluşturmaktadır. Bir toplumun sağlık düzeyini, biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel çevre faktörleri (hava, su, ekosistem, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere hizmetlerin varlığı, erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikaları belirlemektedir (77, 155).

Çalışmada Evcil ve ark (156) tarafından geliştirilen Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile ilgili anket ve sosyodemografik bilgileri içeren soru formu kullanılmıştır (Ek 4). Sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili her maddeyi bilenlerin yüzdesi hesaplandıktan sonra, % 90 ve üstü (1 puan), % 90'ın altı ise (0 puan) olarak değerlendirilip, Farkındalık Düzeyi Skoru (FDS) hesaplanmıştır. 10 madde neticesinde alınan toplam puan 0-5 arası olanlar farkındalık düzeyi yeterli değil, 6-10 arası olanlar ise farkındalık düzeyi yeterli olarak değerlendirilmiştir.

3.3.2.4. Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği

Sağlık geliştirici davranışların değerlendirilmesi için her yaş grubuna uygulanabilir bir şekilde geliştirilmiş olan bu ölçek toplam 20 sorudan oluşmaktadır (157). Cevap olasılıklarının “evet, hayır” olduğu ve bu yanıtların karşılığının 0 yada 1 puan olarak hesaplandığı bu ölçekte toplam puan kişinin sağlığı geliştirici davranış puanı olarak hesaplanmaktadır. Puanlama neticesinde (0-4) başarısız, (5-9) zayıf, (10-14) orta derece başarılı, (15-17) arası başarılı, (18-20) arası çok başarılı olarak değerlendirilmiştir (Ek 5). Çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,67 olarak hesaplanmıştır.

3.3.2.5. Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği

Pender (1987) tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için yapılandırılan bu ölçek 8 yıl sonra 4 madde daha eklenerek son halini almıştır. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Ek 6). Ölçek dördümlü likert tipte olup (hiçbir zaman, bazen, sık sık, düzenli), tüm

ifadeleri olumludur. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Değerlendirme ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (42,158).

Bu çalışmada Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı cronbach alpha 0,91 olarak bulunmuştur.

3.3.2.6. Ölçeklerin Güvenilirlik ve İç Tutarlılık Ölçütü Değerleri

Bu çalışmada üç tane ölçek kullanılmıştır. Çalışmalarda bir ölçek kullanılmadan önce güvenilirlik ve geçerlilik açısından sınanmalıdır. Önceden geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılsa bile her toplum için bu analizlerin tekrarlanması gerekmektedir. Çünkü güvenilirlik, bir değişkeni ölçmek için sorulan soruların ne derecede bilinçli olarak cevaplandırıldığının bir göstergesidir ve toplumlar arasında fark gözlenmektedir (159). Güvenilirlik analizi yapılırken cronbach alpha modeli kullanılmaktadır. Cronbach's Alpha sorular arası korelasyona bağlı uyum değeri olup, faktör altındaki soruların toplamdaki güvenilirlik seviyesini göstermektedir. Cronbach alpha değerinin 0,70 ve üstü olduğu durumlarda ölçek güvenilir olduğu kabul edilmekte, ancak soru sayısı az olduğunda bu sınır 0,60 ve üstü olarak değerlendirilebilmektedir (160).

Bir ölçeğin geçerliliği, o ölçeğin ölçmek istediği değişkeni ne derece ölçtüğüne ilişkindir. Geçerlilik testinin güvenilirlik testinde olduğu gibi dayandığı belli bir katsayı yoktur. Bu nedenle geçerlilik testi kuramsal analizlerle yapılmaktadır (161).

3.3.3. Çalışma Kapsamında Geliştirilen Materyaller

Yapılan çalışmalarda yetişkin eğitimlerinde eğitim sonrasında verilen broşürlerin eğitimlerin etkinliğini arttırdıkları saptanmıştır (63). Bu sebeple müdahale grubuna verilen eğitimler sonrasında, her günün eğitim temasına uygun olan broşürler dağıtılmıştır. "Sağlıklı Beslenme", "Sağlıklı Yaşam" ve "Sağlık için Hijyen ve Ev Güvenliği" temalı broşürler güncel veriler ve bilgiler doğrultusunda günün eğitim konusuna uygun olarak, alanında uzman bir grafiker yardımıyla hazırlanıp her eğitimden sonra katılımcılara dağıtılmıştır (Ek 7).

3.3.4. Veri Toplama Çalışmaları

Anketler üç anketör tarafından kura ile seçilen kişilere yüzyüze uygulanmıştır. Veri toplama aşamasında taraf tutmayı en aza indirmek amacıyla anketörlere anket uygulamasıyla ilgili eğitimler verilerek standardizasyon sağlanmıştır. Anket uygularken taraf tutmayı en aza indirmek, yönlendirmelerden kaçınmak, kişilerle iletişim noktasında sorun yaşamamak için bir tam gün eğitim verilmiştir. Anketler önce farklı bir mahalleden seçilen 50 kişilik bir gruba ön deneme olarak uygulanmış, anketörlerin karşılaştıkları sorunlar ve uygulama sırasında yapılan hatalar belirlenip tekrar eğitim verilerek tüm anketlerin aynı standartta toplanmaları sağlanmıştır. Ayrıca anketörlerin sürekli saha denetimleri yapılmış, her günün sonunda toplantılar yapılarak anketlerde eksik ve hatalı veri olmamasına özen gösterilmiştir.

3.3.5. Mevcut Durum Tespiti

Çalışmanın başlangıcında mahalleden seçilen 415 kişilik örneklem grubuna genel sosyodemografik bilgiler, sosyokültürel özellikler, sağlık durumları ve sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili tutumlarının ortaya konduğu anket çalışmaları yapılmıştır.

Bu örneklem içinden seçilen müdahale gruplarına önce Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyodemografik Bilgi Anketi uygulanarak grup tanımlanmış, bilgi düzeyleri tespit edilmiştir.

3.3.6. Müdahale Aşaması

Müdahale ve kontrol grupları tanımlandıktan sonra, sağlığı geliştirici davranışları ölçen iki ayrı ölçek; Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği uygulanmıştır. Daha sonra müdahale grubuna önceden grubun sağlıkla yaşam biçimleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve talepleri göz önüne alınarak, belirlenen tarihlerde yaklaşık 10 gün arayla üç kez sağlığı geliştirici davranışlarla ilgili olarak eğitimler verilmiştir. Eğitim yeri ve zamanı katılımcılara telefonla tekrar hatırlatılarak toplantılara katılımın tam olması sağlanmıştır. Eğitimler katılımcıların ulaşımının kolay olması için bölge yakın konumdaki özel bir salonda gerçekleştirilmiştir. Toplum çalışmalarında verilen eğitimler sırasında eğitim araçlarının kullanımı eğitimin daha etkili olması sağlamaktadır. Bu yüzden eğitimler sırasında görsel

ve işitsel unsurların olduğu powerpoint sunumlar yapılarak, toplantılara olan ilginin artması sağlanmıştır. Katılımın tam olarak sağlandığı toplantılarda, her gün için bir konu ana tema olarak belirlenmiş, bu çerçevede görsel materyaller kullanılarak, grubun aktif katılımı da sağlanarak eğitimler gerçekleştirilmiştir. Eğitim toplantılarının ana temaları “Sağlıklı Beslenme”, “Sağlıklı Yaşam” ve “Sağlık için Hijyen ve Ev Güvenliği” olarak belirlenmiştir. Ayrıca grubun eğitimlere katılımının artırılması, toplantı sonrası çevresindekilerle bilgi paylaşımında bulunabilmesi ve öğretilenlerin uygulanabilirliğinin sağlanması amacıyla toplantılarda müdahale grubuna o günün temasına uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış broşürler dağıtılmıştır. Eğitim toplantılarından bir ay sonra müdahale grubundakilere bir gün genel olarak hatırlatma eğitimi verilmiştir.

Bu süre zarfında kontrol grubuna herhangi bir program uygulanmamıştır. 6 ay sonra müdahale ve kontrol gruplarına çalışmanın başında uygulanan, sağlığı geliştirici davranışları ölçen iki ayrı ölçek; Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği uygulanmış, bu sayede yapılan eğitim müdahalesinin etkinliği ortaya konmaya çalışılmıştır.

3.3.7. İzleme ve Değerlendirme

Topluma yönelik yapılan sağlık ve eğitim faaliyetlerinde bölge düzeyinde çalışılması önem taşımaktadır. Çünkü hizmetin planlanması, sunumu, devamlılığı sınırları belli bir coğrafi alanda yapıldığı takdirde başarıya ulaşılmaktadır. Bu yüzden Aydın içinde ulaşımı kolay homojen bir dağılım gösteren bir bölge olan Mesudiye Mahallesi alınmıştır. Mahallenin önce demografik, sosyal, kültürel ve sağlık ile ilgili mevcut durumları tespit edilmiş, sonra mahallede üniversite olarak yapılabilecek çalışmalar ve müdahale alanları ortaya konmuştur. Çünkü üniversiteler sadece eğitim kurumu değil, aynı zamanda içinde bulunduğu toplumun kalkınması ve her açıdan gelişebilmesi için lokomotif görevi üstlenmelidir. Bu sebeple üniversitenin basit bir müdahalesi ile toplum bazında gerçekleştirilebilecek değişimler bu çalışma ile ortaya konup başka çalışmalar için örnek teşkil etmesi amaçlanmıştır.

Bir bölgede çalışmak ve müdahale planlamak için önce bölgenin tanımlanması gerekmektedir. Mevcut durum ve eksik taraflar belirlendikten sonra müdahale alanları ve uygulanacak müdahalelerin planlanması gerekmektedir. Bu çalışmada da sağlığı geliştirici

yaşam biçimlerine yönelik bir müdahale planlanmış, literatür örnekleri göz önüne alınarak eğitim programları düzenlenmiştir. Müdahale programlarında hatırlatma eğitimi verilmesi ve eğitimlerden sonra altı ay bekleterek son durumun tespit edilmesi önerilmektedir. Çalışmada bu kurallara uyarak uygulanan müdahalenin etkinliği en doğru biçimde ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bölgede yapılan çalışmalarda, üniversite olarak yapılan tüm girişimler toplum tarafından önemsenmekte, ilgi düzeyi yüksek olmaktadır. Bilimsel çalışan bir kurumun toplumla kaynaşması, toplumun tarafından önemsenmekte ve bu tarz çalışmaların devamlılığı istenmektedir.

3.4. VERİ ANALİZİ

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 17.0 paket programı (seri no:10241440) ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde dağılımlar gösterilmiş, ortalama±standart sapma verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk için Kolmogrow-Smirnov testi yapılmış, varyansların homojen olup olmadığı tespit edilmiştir. Analitik analizlerde ki-kare testi, t testi, bağımlı gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmış, farklılığının hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır. Ölçeklerin çalışmadaki güvenilirliğini değerlendirmek için cronbach alpha katsayısı kullanılmıştır.

3.5. ZAMAN ÇİZELGESİ

Faaliyet	Haziran 2012	Temmuz-Eylül 2012	Ekim 2012	Kasım 2012	Aralık 2013-Şubat 2014	Mart 2013	Nisan 2013	Eylül 2013	Ekim-Kasım 2013	Aralık 2013	Ocak-Haziran 2014
Tez konusunun belirlenmesi	x										
Gerekli izinlerin alınması		x									
Anket formlarının hazırlanması			x								
Eğitim materyallerinin hazırlanması			x								
Mahallede anketlerin uygulanması				x							
Mahallede uygulanacak müdahale programının belirlenmesi					X						
Müdahale ve kontrol gruplarının belirlenmesi					x						
İlk anket uygulaması						x					
Eğitim toplantılarının yapılması							x				
İkinci anket uygulaması								x			
Veritabanı hazırlanması ve veri girişi									x		
Veri analizi										x	
Araştırma raporunun yazımı											x

4. BULGULAR

Çalışma Temmuz 2012- Aralık 2013 tarihleri arasında Aydın İli Mesudiye Mahallesiinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada mahalleyi temsil eden örneklem grubu için hesaplanan 415 kişinin tamamına ulaşılmıştır. Müdahale çalışması planlandığı için ilk olarak mahallenin tanımlanması amaçlanmıştır. Mevcut durumu tespit etmek için mahalleden seçilen örneklem grubuna anket ve ölçek uygulamaları yapılmıştır. Bu uygulamalarla mahallenin sosyodemografik, sosyoekonomik özellikleri, sosyal aktiviteleri, sağlık hizmetinden yararlanma durumları ve sağlıklı davranışları ile ilgili tanımlayıcı özellikleri belirlenmiş, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkili faktörler irdelenmiştir.

Bölge hakkında genel bilgilere ulaşıldıktan sonra mahallede üniversite olarak yapılabilecek müdahale programı planlanmıştır. Ardından, araştırma grubundan müdahale ve kontrol grupları seçilmiş, sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki görüşleri alınıp, farkındalık düzeyi skorları hesaplanmıştır. Çalışma gruplarına ilk olarak Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği uygulanıp toplam puanları hesaplanmıştır. Üniversite olarak bölgede konu ile ilgili eğitimler verilerek müdahale gerçekleştirilmiştir. Eğitimlerden sonra tekrar Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği uygulanarak toplam puanlar hesaplanmış ve neticesinde üniversitenin uyguladığı müdahale programı ile gerçekleştirilen değişimler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu bölümde çalışmanın bulguları yedi bölüm halinde sunulmuştur.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırma grubunun yaş ortalamaları $48,67 \pm 15,78$ (min:19, max:88) dir, %59,0'u kadın, %41,0'i erkektir. Çalışmaya katılanların %73,7'sinin (s=306) evli, %26,3'ünün (s=109) bekar olduğu, %3,4'ünün (s=14) okuma-yazma bilmediği, %3,1'inin (s=13) okur-yazar, %52,8'inin (s=219) ilkokul mezunu, %6,5'inin (s=27) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Grubun, %48,2'si (s=200) ev hanımıdır. Evde 60 yaş üstü yaşayanlar %14,6, hamileler %0,7, özürlü bireyler ise %7,0 olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubuna ait diğer sosyodemografik özellikler tablo I'de özetlenmiştir (Tablo I).

Tablo I: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun, Cinsiyet, Medeni Durum, Yaş, Öğrenim Durumu, Meslek ve Çocuk Sahibi Olma Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012

Özellikler		s*	%
Cinsiyet	Kadın	245	59,0
	Erkek	170	41,0
Medeni Durum	Evli	306	73,7
	Bekar	49	11,8
	Eşi ölmüş	48	11,6
	Boşanmış	12	2,9
Yaş	18-29 yaş	54	13,0
	30-44 yaş	122	29,4
	45-59 yaş	127	30,6
	60 yaş ve üstü	112	27,0
Öğrenim Durumu	İlkokul	219	52,8
	Lise	93	22,4
	Ortaokul	33	8,0
	Üniversite	27	6,5
	Yüksekokul	16	3,9
	Okur-yazar değil	14	3,4
Meslek Durumu	Okur-yazar	13	3,1
	Ev Hanımı	200	48,2
	Serbest	78	18,8
	Emekli	57	13,7
	İşçi	33	8,0
	Memur	29	7,0
	Öğrenci	11	2,7
İşsiz	7	1,7	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	342	82,4
	Hayır	73	17,6

*s: sayı

Katılımcıların aylık gelir durumları incelendiğinde; %38,3'ünün (s=159) açlık sınırının altında olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılanların %68,7'sinin (s=285) kışın ısınma aracı olarak kömür sobası kullandığı, %48,2'sinin (s=200) içme kullanma suyu olarak şebeke suyu kullandığı saptanmıştır. Araştırma grubundakilerin %96,4'ünün (s=400) sosyal güvencesi vardır. Katılımcıların ekonomik durumlarını algılamalarına göre %52,3'ünün (s=217) gelir ve giderini eşit olarak algılandığı gözlenmiştir. Katılımcıların diğer sosyoekonomik göstergeleri tablo 2'de özetlenmiştir (Tablo II).

Tablo II: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Konut Durumlarının, Sosyal Güvenlik ve Ekonomik Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012

Özellikler		s*	%
Konut Mülkiyet Durumu	Ev Sahibi	287	69,1
	Kiracı	128	30,9
Konut Tipi	Apartman Dairesi	314	75,7
	Müstakil ev	101	24,3
Evdeki Oda Sayısı	3 ve altı	179	43,1
	4 ve üzeri	236	56,9
Evde Ayrı Mutfak Olup Olmama Durumu	Var	399	96,1
	Yok	16	3,9
Evde Ayrı Banyo Olup Olmama Durumu	Var	401	96,6
	Yok	14	3,4
Evin ısıtma Durumu	Kömür sobası	285	68,7
	Elektrikli ısıtıcı	94	22,6
	Merkezi sistem	22	5,3
	Kat kaloriferi	14	3,4
Evdeki İçme Suyunun Kaynağı	Damacana-şişe suyu	211	50,8
	Şebeke suyu	200	48,2
	Kuyu suyu	4	1,0
Ailenin Aylık Gelir Durumu	958 lira ve altı	159	38,3
	959-3120 lira	241	58,1
	3121 lira ve üstü	15	3,6
Algılanan Ekonomik Durum	Gelir giderden az	181	43,6
	Gelir gidere denk	217	52,3
	Gelir giderden fazla	17	4,1
Ailenin Sosyal Güvenlik Durumu	Var	400	96,4
	Yok	15	3,6

*s: sayı

Tablo III'de, araştırma grubunun bazı sosyal aktivite durumları incelenmiştir. Çalışma grubunun müzik aleti çalıp çalmama durumu sorgulandığında %3,9'unun (s=16) herhangi bir müzik aleti çaldığı, %96,1'inin (s=399) çalmadığı saptanmıştır. Gruba ne sıklıkla kitap okudukları sorulduğunda %81,7'sinin (s=339) hiç okumadığı, %17,3'ünün (s=72) ayda en fazla üç kitap okuduğu, %1,0'inin (s=4) ayda dört ve daha fazla kitap okuduğu saptanmıştır. Gruba sinema ve tiyatroya gitme alışkanlıkları sorulduğunda %85,1'inin (s=353) hiç sinemaya gitmediği, %96,9'unun (s=402) hiç tiyatroya gitmediği görülmüştür. Grubun %23,9'unun (s=99) sık sık (haftada dört ve daha fazla) arkadaşları ile bulunduğu, %36,1'nin (s=150) hiç buluşmadığı saptanmıştır. Çalışma grubunun gazete okuma alışkanlıklarına bakıldığında %33,3'ünün (s=138) hiç günlük gazete okumadığı, %30,8'inin (s=128) her gün okuduğu görülmüştür. Çalışma grubunun %64,3'ünün (s=267) evinde internet olmadığı, %35,7'sinin (s=148) evinde internet olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların %23,1'inin (s=96) günlük olarak internete girdiği ve ortalama 2,3±2,2 saat internet başında zaman geçirdiği belirlenmiştir. Gruba televizyon izleme alışkanlıkları sorulduğunda %3,1'inin (s=13) hiç televizyon izlemediği, %34,0'ının (s=141) çok sık seyrettiği (dört saat ve üzeri) saptanmıştır. Gruba en çok hangi televizyon programlarını izledikleri sorulduğunda %42,6'sı (s=177) haber programlarını, %31,8'i (s=132) dizileri, %7,5'i (s=31) filmleri, %4,6'sı (s=19) sosyal içerikli programları, %8,7'si (s=36) belgeselleri, %4,8'i (s=20) gündüz programlarını izlediklerini belirtmişlerdir (Tablo III).

Tablo III: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Sosyal Aktivitelere Katılım Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012

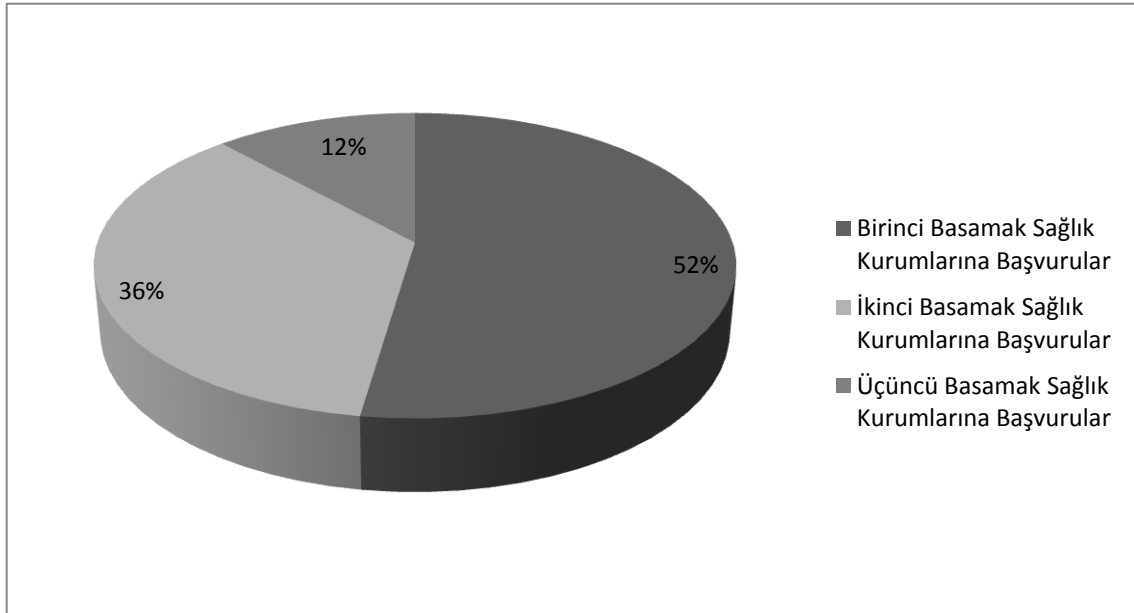
Sosyal Aktiviteler		s*	%
Herhangi Bir Müzik Aleti Çalma Durumu	Çalıyor	16	3,9
	Çalmıyor	399	96,1
Haftada Arkadaşları İle Buluşma Sıklığı	Hiç	150	36,1
	Orta	166	40,0
	Sık	99	23,9
Ayda Kitap Okuma Sıklığı	Hiç	339	81,7
	Orta	72	17,3
	Sık	4	1,0
Ayda Sinemaya Gitme Sıklığı	Hiç	353	85,1
	Orta	59	14,2
	Sık	3	0,7
Ayda Tiyatroya Gitme Sıklığı	Hiç	402	96,9
	Orta	13	3,4
	Sık	0	0,0
Haftada Gazete Okuma Sıklığı	Hiç	138	33,3
	Orta	149	35,9
	Sık	128	30,8
Televizyon İzleme Sıklığı	Hiç	13	3,1
	Orta	261	62,9
	Sık	141	34,0
Evde İnternet Varlığı	Var	148	35,7
	Yok	267	64,3

*s: sayı

Araştırmaya katılanların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları Tablo IV'de incelenmiştir. Buna göre, çalışmaya katılanların %83,1'inin (s=345) aile hekimini tanıdığı, %16,9'unun (s=70) tanımadığı görülmüştür. En sık doktora başvurma nedenleri sorgulandığında; %50,1'i (s=208) hastalık sebebiyle, % 39,5'i (s=164) ilaç yazdırmak için,

%7,7'si (s=32) kontrol amacıyla %2,7'si (s=11) rapor almak için doktora başvurduklarını belirtmişlerdir. Düzenli olarak kanser tarama testi yaptırıp yaptırmama ile ilgili davranışları sorgulandığında, sadece %14,2'sinin (s=59) erken tanı amacı ile herhangi bir test yaptırdığı saptanmıştır. Hastalandıklarında ilk olarak %52,3'ü (s=217) devlet hastanesini, %41,7'si (s=173) aile sağlığı merkezini, %4,3'ü (s=18) üniversite hastanesini, %1,2'si (s=5) özel bir kuruluşu, %0,5'i (s=2) muayenehaneyi tercih etmektedir (Tablo IV).

Son bir yılda sağlık kurumlarından hizmet alma durumları sorgulandığında; grubun %71,6'sı (s=297) en az bir kez birinci basamak sağlık kurumuna gittiğini, %74,5'i (s=309) ikinci basamak sağlık kurumuna gittiğini, %28,2'si (s=117) üçüncü basamak sağlık kurumuna gittiğini belirtmişlerdir. Son bir yılda sağlık kurumlarına başvuranların ortalama kaç kez başvurdukları incelendiğinde; birinci basamak sağlık kurumuna ortalama $5,8 \pm 6,7$ kez, ikinci basamak sağlık kurumuna ortalama $3,8 \pm 3,8$ kez, üçüncü basamak sağlık kurumuna ortalama $3,3 \pm 7,1$ kez başvurulduğu saptanmıştır. Çalışma grubundakilerin son bir yıldaki toplam sağlık kurumu başvuruları hesaplanarak, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuru yüzdeleri hesaplanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Yapılan Toplam Başvuruların Kurumlara Göre Yüzde Dağılımı

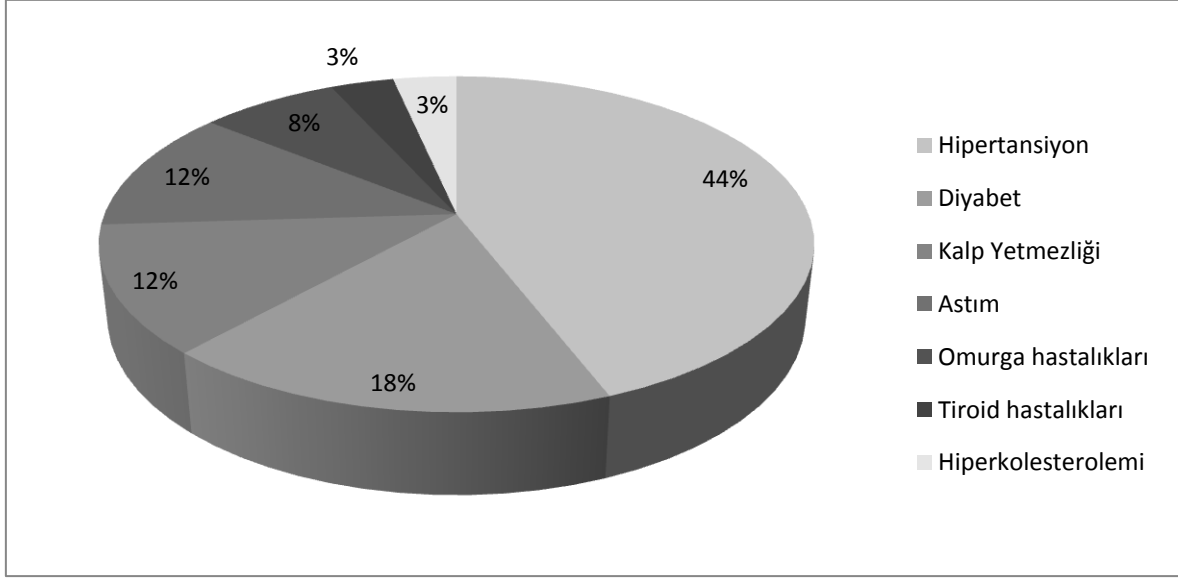
Tablo IV: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlık Kurumlarından ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012

Özellikler		s*	%
Aile Hekimini Tanınıp Tanınmama Durumu	Tanıyor	345	83,1
	Tanımıyor	70	16,9
En Sık Doktora Başvurma Sebebi	Hastalık	208	50,1
	İlaç Yazdırma	164	39,5
	Kontrol	32	7,7
	Rapor Alma	11	2,7
Hastalıkta İlk Başvurulan Sağlık Merkezi	Aile Sağlığı Merkezi	173	41,7
	Devlet Hastanesi	217	52,3
	Üniversite Hastanesi	18	4,3
	Özel Sağlık kuruluşu	5	1,2
	Muayenehane	2	0,5
Düzenli Kanser Tarama Testi Yaptırma Durumu	Yaptırıyor	59	14,2
	Yaptırmıyor	356	85,8

*s: sayı

Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı davranışları Tablo V’de gösterilmiştir. Grubun beslenmelerine dikkat edip etmedikleri ve günde üç ana öğün yemek yeme durumları sorularak sağlıklı beslenme alışkanlıkları sorgulandığında %69,6’sının (s=289) sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu, %30,4’sının (s=126) olmadığını gözlenmiştir. Alkol ve sigara kullanım durumları incelendiğinde %71,1’i (s=295) sigara kullanmadığını, %28,9’u (s=120) sigara kullandığını, %90,4’ü (s=375) alkol kullanmadığını, %9,6’sı (s=40) alkol kullandığını ifade etmiştir. Düzenli olarak sigara ve alkol kullanmaya başlama yaşları sorgulandığında %81,6’sı (s=98) 18 yaş ve altında sigara kullanmaya başladığını, %42,5’i (s=17) 18 yaş ve altında alkol kullanmaya başladığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %28,0’inin (s=116) evde sigara içilmesine izin verdiği, %72,0’sinin (s=299) izin vermediği görülmüştür. Çalışma grubunun %98,8’inin (s=410) evini düzenli olarak havalandırdığı, bunlarında %86,3’ünün (s=359) 2 saat ve üzerinde evini havalandırdığı saptanmıştır. Araştırma grubunun uyku düzenleri sorgulandığında %72,8’i (s=302) uykularının düzenli olduğunu ve günde en az 7 saat uyduklarını ifade etmişlerdir. Düzenli spor yapıp yapmadıkları sorulduğunda %22,4’ü (s=93) düzenli olarak spor yaptığını, %77,6’sı (s=322) yapmadığını belirtmiştir (Tablo V). Grubun kronik hastalık durumu sorgulandığında, %39,3’ünün (s=163) bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Bu kronik hastalıkların dağılımına bakıldığında, %44,1’i hipertansiyon, %17,6’sı diyabet, %12,3’ü

kalp yetmezliği, %11,8'i astım, %7,4'si omurga hastalığı, %3,4'ü tiroid hastalığı, %3,4'ü hiperkolesterolemi, olarak görülmüştür (Şekil 2).



Şekil 2: Kronik Hastalığa Sahip Olanların Hastalıklarının Yüzde Dağılımı

Tablo V: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlıklı Yaşam Davranışları Durumlarının Yüzde Dağılımları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Davranışları	s*	%	
Sağlıklı Beslenme	Var	289	69,6
Alışkanlık Durumu	Yok	126	30,4
Sigara İçme Durumu	İçiyor	120	28,9
	İçmiyor	295	71,1
Evde Sigara İçilmesine İzin verme Durumu	İzin veriyor	116	28,0
	İzin vermiyor	299	72,0
Evin Düzenli Havalandırılma Durumu	Havalandırıyor	410	98,8
	Havalandırmıyor	5	1,2
Alkol Kullanma Durumu	Kullanıyor	40	9,6
	Kullanmıyor	375	90,4
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Yapıyor	93	22,4
	Yapmıyor	322	77,6
Uyku Durumu	İyi (7 saat ve fazla)	302	72,8
	Orta (5-6 saat)	77	18,5
	Kötü (4 saat ve az)	36	8,7

*s: sayı

4.2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI DURUMLARI

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğinden elde edilen verileri bu bölümde sunulmuştur. Buna göre, en yüksek puan, kendini gerçekleştirme (36,61 ±7,98), en düşük puan ise fizik aktivite (8,77±3,73) alt ölçeğinden alınmıştır. Diğer alt ölçek puan ortalamaları ise; sağlık sorumluluğu 23,17 ±6,10, kişilerarası ilişkiler 20,24 ±4,04, stres yönetimi 17,45 ±4,24, beslenme alışkanlığı 17,14±3,61 olarak bulunmuştur. Grubun toplam SYBD ölçek puan ortalaması 123,40±23,41'dir. En düşük puan 60 en yüksek puan 182'dir (Tablo VI).

Tablo VI: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeği Bileşenleri	Puan Ortalamaları ± SS	Minimum Puan	Maksimum Puan
Kendini Gerçekleştirme	36,61 ±7,98	14	52
Sağlık Sorumluluğu	23,17 ±6,10	10	40
Fizik Aktivite	8,77±3,73	5	20
Beslenme Alışkanlığı	17,14±3,61	6	24
Kişilerarası İlişkiler	20,24 ±4,04	11	28
Stres Yönetimi	17,45 ±4,24	7	28
Toplam	123,40±23,41	60	182

Cinsiyet ile SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; kendini gerçekleştirme, fizik aktivite, stres yönetimi ve SYBD toplam puan ortalamalarının erkeklerde yüksek olduğu, sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamalarının kadınlarda yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak sadece fizik aktivite ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir ($p=0,012$) (Tablo VII).

Tablo VII: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Cinsiyet		t	p
	Kadın (s=245)	Erkek (s=170)		
	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	36,01±8,06	37,49±7,81	-1,870	0,062
Sağlık Sorumluluğu	23,32±5,52	22,96±6,87	0,567	0,571
Fizik Aktivite	8,37±3,36	9,35±4,15	-2,542	0,012
Beslenme Alışkanlığı	17,42±3,39	16,79±3,90	1,839	0,067
Kişilerarası İlişkiler	20,30±4,08	20,16±4,00	0,340	0,734
Stres Yönetimi	17,26±4,19	17,73±4,31	-1,115	0,265
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	122,68±22,33	124,45±24,92	-0,744	0,457

Medeni durum ile SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında fizik aktivite alt ölçeği dışında tüm ölçek puan ortalamalarının evlilerde yüksek olduğu görülmüştür. Ancak sadece beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiştir (p=0,008) (Tablo VIII).

Tablo VIII: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Medeni Durum		t	p
	Evli (s=306)	Bekar (s=109)		
	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	37,02±7,88	35,49±8,20	1,726	0,085
Sağlık Sorumluluğu	23,49±6,09	22,27±6,08	1,808	0,071
Fizik Aktivite	8,65±3,63	9,11±4,00	-1,105	0,270
Beslenme Alışkanlığı	17,43±3,61	16,36±3,52	2,682	0,008
Kişilerarası İlişkiler	20,43±4,12	19,72±3,79	1,596	0,111
Stres Yönetimi	17,60±4,22	17,02±4,29	1,239	0,216
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	124,63±23,22	119,95±23,72	1,797	0,073

Öğrenim durumları ile SYBD toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında istatistik olarak anlamlı fark izlenmiştir. Grubun öğrenim durumları yükseldikçe tüm ölçek puan ortalamaları da yükselmektedir (Tablo IX).

Tablo IX: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Öğrenim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Öğrenim Durumu		t	p
	Ortaokul ve Altı (s=279)	Lise ve Üstü (s=136)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	35,79±8,27	38,32±7,10	-3,057	0,002
Sağlık Sorumluluğu	22,45±6,03	24,65 6,02	-3,485	0,001
Fizik Aktivite	8,10±3,34	10,14 4,11	-5,027	0,000
Beslenme Alışkanlığı	16,79±3,55	17,89 3,65	-2,939	0,003
Kişilerarası İlişkiler	19,82±4,23	21,13±3,50	-3,331	0,001
Stres Yönetimi	17,05±4,39	18,28 3,80	-2,801	0,005
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	120,00±23,42	130,40±21,87	-4,338	0,000

Yaş grupları ile SYBD toplam puan ortalamalarına bakıldığında, 60 yaş ve üzerinde (120,33±22,16) en düşük, 18-29 yaş grubunda (126,20±22,86) en yüksektir, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,275). Tek yönlü varyans analizi neticesinde fizik aktivite alt ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için post-hoc testler yapılmış anlamlılığın 18-29 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü grup arasındaki farktan (p=0,016) kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo X).

Tablo X: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Yaş Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Yaş				F	p
	18-29 Yaş (s=54)	30-44 Yaş (s=122)	45-59 Yaş (s=127)	60 Yaş ve üstü (s=112)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	38,50±7,53	36,31±7,93	37,30±8,16	35,27±7,90	2,461	0,062
Sağlık Sorumluluğu	22,24±6,18	23,04±6,46	23,57±6,21	23,30±5,54	0,638	0,591
Fizik Aktivite	10,15±4,53	8,76±3,69	8,87±3,58	8,01±3,34	4,131	0,007
Beslenme Alışkanlığı	16,72±3,78	17,06±3,73	17,50±3,52	17,06±3,53	0,687	0,560
Kişilerarası İlişkiler	20,89±3,91	20,10±3,83	20,66±4,10	19,63±4,23	1,845	0,138
Stres Yönetimi	17,70±3,97	17,47±4,22	17,67±4,33	17,06±4,33	0,488	0,691
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	126,20±22,86	122,74±24,73	125,57±23,34	120,33±22,16	1,298	0,275

Son bir haftadır gelir getiren bir işte çalışma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo XI). SYBD ölçeği ve alt grup ölçeklerinin mesleklere göre değerleri incelendiğinde, memurların (132,62±24,03) SYBD toplam puan ortalamaları en yüksek, ev hanımlarının (120,56±22,91) ise en düşüktür. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerinde en yüksek puanı memurlar, beslenme alt ölçeğinde işçiler, fizik aktivite alt ölçeğinde ise öğrenciler en yüksek puanları almışlardır. Tek yönlü varyans analizi neticesinde SYBD Ölçeği toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve fizik aktivite alt ölçekleri ile meslek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; p=0,039, p= 0,014, p=0,003, p=0,000).

Tablo XI: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Son Bir Haftadır Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Son Bir Haftadır Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		t	p
	Çalışıyor (s=105)	Çalışmıyor (s=310)		
	X±SS	X±SS		
Alt Grupları				
Kendini Gerçekleştirme	35,48±7,75	36,33±8,05	1,277	0,202
Sağlık Sorumluluğu	22,92±6,65	23,25±5,91	-0,480	0,632
Fizik Aktivite	8,97±4,03	8,70±3,63	0,636	0,525
Beslenme Alışkanlığı	16,69±3,82	17,31± 3,54	-1,523	0,129
Kişilerarası İlişkiler	20,36±3,80	20,21±4,13	0,340	0,734
Stres Yönetimi	17,77±3,98	17,34±4,33	0,896	0,371
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	124,19±23,89	123,14±23,28	0,397	0,691

Araştırma grubunun algıladıkları ekonomik durumları ile SYBD puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, SYBD toplam puan ortalamaları en düşük olan grup, gelirin giderden az olduğunu ifade eden grup (120±24,12) olmuştur. Tek yönlü varyans analizi neticesinde SYBD toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, fizik aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ile algılanan ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Post hoc testler ile bu farkın SYBD toplam puan, kendini gerçekleştirme ve fizik aktivite alt ölçeklerinde gelirin giderden az olduğu grup ile gelirin gidere denk olduğu grup arasından kaynaklandığı, kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde ise farkın gelir giderden az olan grup ile gelir giderden fazla olan grup arasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo XII).

Tablo XII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Algılanan Ekonomik Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Algılanan Ekonomik Durum			F	p
	Gelir Giderden Az (s=181)	Gelir Gidere Denk (s=217)	Gelir Giderden Fazla (s=17)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	35,54±8,12	37,30±7,79	39,41 ±7,83	3,536	0,030
Sağlık Sorumluluğu	22,67±6,54	23,60±5,71	23,00 ±6,16	1,166	0,313
Fizik Aktivite	8,29±3,39	9,28±3,93	7,47 ±3,81	4,626	0,010
Beslenme Alışkanlığı	16,86±3,63	17,35±3,62	17,58 ±3,37	1,048	0,351
Kişilerarası İlişkiler	19,66±4,10	20,58±3,91	22,18 ±4,30	4,634	0,010
Stres Yönetimi	16,99±4,34	17,87±4,15	17,00 ±4,05	-2,801	0,107
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	120,00±24,12	125,99±22,68	126,65 ±21,49	2,246	0,033

4.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ SYBD ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma grubunun aile hekimini tanıma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde; aile hekimini tanıyan grubun sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması aile hekimini tanımayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p=0,030). SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile aile hekimini tanıma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo XIII).

Tablo XIII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Aile Hekimini Tanıma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Aile Hekimini Tanıma Durumu		t	p
	Tanıyor (s=345)	Tanımıyor (s=70)		
	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	36,33±7,70	38,02±9,18	-1,448	0,151
Sağlık Sorumluluğu	23,46±6,02	21,72±6,34	2,178	0,030
Fizik Aktivite	8,75±3,60	8,87±4,32	-0,219	0,827
Beslenme Alışkanlığı	17,23±3,49	16,73± 4,17	1,068	0,286
Kişilerarası İlişkiler	20,25±4,00	20,24±4,29	0,007	0,995
Stres Yönetimi	17,38±4,13	17,80±4,76	-0,755	0,451
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	123,40±22,59	123,40±27,31	0,002	0,999

Araştırma grubunun düzenli olarak kanser tarama testi yaptıran durumları ile SYBD puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, düzenli kanser tarama testi yaptıran grubun sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması yaptırmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0,010$). SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile aile hekimini tanıma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo XIV).

Tablo XIV: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Düzenli Kanser Tarama Testi Yaptırma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Düzenli Kanser Tarama Testi Yaptırma Durumu		t	p
	Yaptırıyor (s=59)	Yaptırmıyor (s=356)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	36,37±7,28	36,66±8,10	-0,253	0,800
Sağlık Sorumluluğu	25,07±5,86	22,86±6,09	2,595	0,010
Fizik Aktivite	8,69±3,44	8,78±3,78	-0,169	0,866
Beslenme Alışkanlığı	17,46±3,61	17,10± 3,62	0,707	0,480
Kişilerarası İlişkiler	20,34±3,60	20,23±4,12	0,191	0,849
Stres Yönetimi	17,17±3,99	17,50±4,29	-0,549	0,583
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	125,10±21,45	123,12±23,74	0,601	0,548

Araştırma grubunun sigara içme durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde; sigara içmeyenlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması içenlere göre daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,224). Sigara içme durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo XV).

Tablo XV: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sigara İçme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sigara İçme Durumu		t	p
	İçiyor (s=120)	İçmiyor (s=295)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	37,32±8,41	36,33±7,80	1,139	0,255
Sağlık Sorumluluğu	22,54±7,09	23,43±5,65	-1,220	0,224
Fizik Aktivite	8,73±3,75	8,79±3,73	-0,131	0,896
Beslenme Alışkanlığı	16,88±4,02	17,26± 3,44	-0,895	0,372
Kişilerarası İlişkiler	20,43±4,12	20,17±4,02	0,602	0,548
Stres Yönetimi	17,68±4,39	17,35±4,18	0,712	0,477
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	123,59±26,11	123,33±22,27	0,097	0,923

Araştırma grubunun alkol kullanma durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, alkol kullanımı ile fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,013$). Alkol kullanan grubun fizik aktivite alt ölçek puan ortalamaları, kullanmayan gruba göre daha yüksek izlenmiştir. Alkol kullanma durumu ile fizik aktivite alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo XVI).

Tablo XVI: Mesudiye Mahallesinden Örneklem Seçilen Grubun Alkol Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Alkol Kullanma Durumu		t	p
	Kullanıyor (s=40)	Kullanmıyor (s=375)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	38,35±8,18	36,43±7,95	1,446	0,149
Sağlık Sorumluluğu	23,83±7,47	23,10±5,95	0,593	0,556
Fizik Aktivite	10,53±4,57	8,58±3,59	2,600	0,013
Beslenme Alışkanlığı	16,30±4,29	17,24± 3,53	-0,566	0,118
Kişilerarası İlişkiler	20,88±4,05	20,18±4,05	1,035	0,302
Stres Yönetimi	18,48±4,68	17,34±4,19	0,712	0,477
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	128,35±27,23	122,88±22,95	1,609	0,108

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sağlıklı beslenme alışkanlığı olan grubun SYBD toplam puan ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının sağlıklı beslenme alışkanlığı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlıklı beslenme alışkanlığı ile tüm ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo XVII).

Tablo XVII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları		t	p
	Var (s=289)	Yok (s=126)		
	X±SS	X±SS		
Alt Grupları				
Kendini Gerçekleştirme	37,56±7,45	34,45±7,84	3,478	0,001
Sağlık Sorumluluğu	24,23±5,91	20,75±5,87	5,532	0,000
Fizik Aktivite	9,19±3,76	7,81±3,49	3,514	0,000
Beslenme Alışkanlığı	17,63±3,49	16,05± 3,67	4,180	0,000
Kişilerarası İlişkiler	20,61±3,90	19,41±4,26	2,792	0,005
Stres Yönetimi	17,94±4,12	16,33±4,32	3,593	0,000
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	127,16±22,23	114,80±23,87	5,089	0,000

Araştırma grubunun fizik aktivite yapma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde, düzenli olarak fizik aktivite yapanların tüm SYBD ölçeği toplam puan ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının yapmayanlardan daha yüksek olduğu izlenmiştir. Beslenme alışkanlığı alt ölçeği dışındaki tüm ölçek puan ortalamalarıyla düzenli fizik aktivite yapma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo XVIII).

Tablo XVIII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Düzenli Fizik Aktivite Yapma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Düzenli Fizik Aktivite Yapma Durumu		t	p
	Yapıyor (s=93)	Yapmıyor (s=322)		
	X±SS	X±SS		
Alt Grupları				
Kendini Gerçekleştirme	39,38±7,52	35,82±7,95	3,846	0,000
Sağlık Sorumluluğu	25,47±6,34	22,51±5,88	4,212	0,000
Fizik Aktivite	11,61±4,39	7,95±3,07	7,527	0,000
Beslenme Alışkanlığı	17,63±3,60	17,01±3,61	1,471	0,142
Kişilerarası İlişkiler	20,98±3,86	20,03±4,08	1,989	0,047
Stres Yönetimi	18,87±3,93	17,04±4,25	3,721	0,000
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	133,95±23,28	120,36±22,59	5,075	0,000

4.4. SOSYAL AKTİVİTELERİN SYBD ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma grubunun sosyal aktiviteleri arasında en sık gerçekleştirdikleri televizyon izleme sıklık durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde tüm ölçek puan ortalamalarıyla televizyon izleme sıklığı arasında anlamlı ilişki izlenmemiştir (Tablo XIX).

Tablo XIX: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Televizyon İzleme Sıklık Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Televizyon İzleme Sıklık Durumu			F	p
	Hiç (s=13)	Orta (s=261)	Sık (s=141)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	38,23±7,19	36,56±7,77	36,57±8,47	0,273	0,761
Sağlık Sorumluluğu	23,15±8,35	23,23±6,18	23,07±5,76	0,029	0,971
Fizik Aktivite	9,46±4,29	8,87±3,69	8,52±3,75	0,645	0,525
Beslenme Alışkanlığı	16,46±3,67	17,18±3,59	17,16±3,67	0,244	0,784
Kişilerarası İlişkiler	20,23±4,36	20,20±4,02	20,33±4,09	0,050	0,951
Stres Yönetimi	17,77±4,09	17,46±4,28	17,41±4,22	0,043	0,958
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	125,31±25,26	123,50±23,53	123,06±23,19	0,060	0,941

Araştırma grubunun haberleri günlük takip etme durumları ile SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarının haberleri günlük takip eden grupta, etmeyenlere göre daha yüksek olduğu izlenmiştir (Tablo XX). İstatiksel açıdan ise, SYBD toplam puan, sağlık sorumluluğu ve fizik aktivite alt ölçek puan ortalamaları ile haberleri günlük takip etme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; p=0,027, p=0,014, p=0,041).

Tablo XX: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Haberleri Günlük Takip Etme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Haberleri Günlük Takip Etme Durumu		t	p
	Ediyor (s=340)	Etmiyor (s=75)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	37,01±7,53	34,81±9,62	1,859	0,066
Sağlık Sorumluluğu	23,51±5,95	21,61±6,55	2,457	0,014
Fizik Aktivite	8,95±3,74	7,97±3,62	2,054	0,041
Beslenme Alışkanlığı	17,29±3,62	16,52±3,53	1,669	0,096
Kişilerarası İlişkiler	20,39±3,86	19,59±4,78	1,362	0,176
Stres Yönetimi	17,61±4,06	16,72±4,95	1,651	0,100
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	124,77±22,33	117,23±27,13	2,245	0,027

Araştırma grubunun evde internet olma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde; SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarının evinde internet olan grupta, olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu alt ölçeği dışındaki tüm ölçek puan ortalamalarıyla evde internet olma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo XXI).

Tablo XXI: Mesudiye Mahallesinden Örneklemeye Seçilen Grubun Evde İnternet Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Evde İnternet Olma Durumu		t	p
	Var (s=148)	Yok (s=267)		
Alt Grupları	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	38,35±7,53	35,66±8,08	3,335	0,001
Sağlık Sorumluluğu	23,78±6,24	22,84±6,01	1,508	0,132
Fizik Aktivite	9,37±3,90	8,44±3,60	2,456	0,014
Beslenme Alışkanlığı	17,67±3,52	16,86±3,64	2,190	0,029
Kişilerarası İlişkiler	21,03±3,88	19,81±4,08	2,981	0,003
Stres Yönetimi	18,22±4,11	17,03±4,26	2,759	0,006
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	128,42±22,54	120,63±23,46	3,286	0,001

Araştırma grubunun herhangi bir müzik aleti çalma durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarının müzik aleti çalan grupta, çalmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak sadece fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması ile müzik aleti çalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,015) (Tablo XXII).

Tablo XXII: Mesudiye Mahallesinden Örnekleme Seçilen Grubun Herhangi Bir Müzik Aleti Çalma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları, Ekim 2012

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Herhangi Bir Müzik Aleti Çalma Durumu		t	p
	Çalıyor (s=16)	Çalmıyor (s=399)		
	X±SS	X±SS		
Kendini Gerçekleştirme	38,00±8,24	36,56±7,98	0,706	0,480
Sağlık Sorumluluğu	25,19±6,47	23,09±6,08	1,349	0,178
Fizik Aktivite	11,00±3,92	8,68±3,70	2,452	0,015
Beslenme Alışkanlığı	17,56±4,03	17,13±3,60	0,466	0,642
Kişilerarası İlişkiler	20,88±3,83	20,22±4,06	0,634	0,527
Stres Yönetimi	18,88±4,80	17,39±4,22	1,371	0,171
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	131,50±24,57	123,08±23,34	1,412	0,159

4.5. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

415 kişiden oluşan araştırma grubundan seçilen 15 kadın ve 15 erkekten oluşan 30 kişilik müdahale (s=30) grubunun yaş ortalaması 43,00±7,75'dir (min:29, max:62). Müdahale grubunun %90,0'ı (s=27) evli, %10,0'u (s=3) bekar, %63,3'ü (s=19) 30-44 yaş, %26,7'si (s=8) 45-59 yaş grubundadır. Öğrenim durumlarına bakıldığında %50,0'sinin (s=15) üniversite mezunu, %23,3'ünün (s=7) ilkökul mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %46,7'si (s=14) memur, %20,0'si (s=6) ev hanımı, %16,7'si (s=5) serbest olarak çalışmaktadır (Tablo XXIII).

Tablo XXIII: Müdahale Grubunun Medeni Durum, Yaş, Öğrenim ve Meslek Durumlarının Yüzde Dağılımları, Mart 2013

Sosyodemografik Özellikler		*s	%
Medeni Durum	Evli	27	90,0
	Bekar	3	10,0
Yaş	26-29 yaş	1	3,3
	30-44 yaş	19	63,3
	45-59 yaş	8	26,7
	60 yaş ve üzeri	2	6,7
	Öğrenim Durumu	İlkokul	7
Öğrenim Durumu	Ortaokul	3	10,0
	Lise	5	16,7
	Üniversite	15	50,0
Meslek Durumu	Memur	14	46,7
	Ev Hanımı	6	20,0
	Serbest	5	16,7
	İşçi	3	10,0
	Emekli	2	6,7

*s:sayı

15 kadın ve 15 erkekten oluşan 30 kişilik kontrol grubunun bazı demografik özellikleri Tablo XXIV’de verilmiştir. Buna göre kontrol (s=30) grubunun yaş ortalaması $45,23 \pm 9,36$ ’dir (min:29, max:63). Kontrol grubunun %76,7’si (s=23) evli, %23,3’ü (s=7) bekar, %53,3’ü (s=16) 45-59 yaş, %36,7’si (s=11) 30-44 yaş grubundadır. Öğrenim durumlarına bakıldığında %30,0’unun (s=9) lise mezunu, %23,3’ünün (s=7) üniversite mezunu, %23,3’ünün (s=7) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %23,3’ü (s=7) serbest, %20,0’si (s=6) ev hanımı, %20,0’si (s=6) emekli, %16,7 (s=5) memur, %16,7’si (s=5) işçi olarak çalışmaktadır (Tablo XXIV).

Tablo XXIV: Kontrol Grubunun Medeni Durum, Yaş, Öğrenim ve Meslek Durumlarının Yüzde Dağılımları, Mart 2013

Sosyodemografik Özellikler		*s	%
Medeni Durum	Evli	23	76,7
	Bekar	7	23,3
Yaş	26-29 yaş	1	3,3
	30-44 yaş	11	36,7
	45-59 yaş	16	53,3
	60 yaş ve üzeri	2	6,7
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	1	3,3
	Okur-yazar	1	3,3
	İlkokul	7	23,3
	Ortaokul	5	16,7
	Lise	9	30,0
	Üniversite	7	23,3
Meslek Durumu	Serbest	7	23,3
	Ev Hanımı	6	20,0
	Emekli	6	20,0
	Memur	5	16,7
	İşçi	5	16,7
	İşsiz	1	3,3

*s:sayı

4.6. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNUN SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Müdahale ve kontrol grubunda müdahale programına başlamadan önce grup tanınmaya çalışılmış bu sebeple sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki görüşleri alınmıştır. Müdahale grubunun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili bilgi durumları ve farkındalık düzeyi skorları (FDS) tablo XXV’de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi grubun %100,0’ü sosyal yapının, %96,7’si stresin, %76,7’si hayatın ilk yıllarının, %96,7’si sosyal dışlanmanın, %96,7’si kişinin iş durumunun, %96,7’si işsizliğin, %93,3’ü sosyal desteğin, % 96,7’si madde bağımlılığının, % 96,7’si beslenmenin, %93,3’ü de ulaşımın sağlığı etkilediğini ifade etmiştir. Grubun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili verdikleri cevaplar üzerinden yapılan hesaplama neticesinde grubun farkındalık toplam puanı 10 üzerinden 9 olarak bulunmuştur. Buna göre grubun farkındalık düzeyi yeterli olarak değerlendirilmiştir (Tablo XXV).

Tablo XXV: Müdahale Grubunun Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Farkındalık Düzeyi Skorları, Mart 2013

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	*s	%
Sosyal Yapının Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	30	100,0
Etkilemez	0	0,0
FDS		1
Stresin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	29	96,7
Etkilemez	1	3,3
FDS		1
Hayatın İlk Yıllarının Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	23	76,7
Etkilemez	7	23,3
FDS		0
Sosyal Dışlanmanın Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	29	96,7
Etkilemez	1	3,3
FDS		1
İş Durumunun Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	29	96,7
Etkilemez	1	3,3
FDS		1
İşsizliğin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	29	96,7
Etkilemez	1	3,3
FDS		1
Sosyal Desteğin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	28	93,3
Etkilemez	2	6,7
FDS		1
Madde Bağımlılığının Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	29	96,7
Etkilemez	1	3,3
FDS		1
Beslenmenin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	29	96,7
Etkilemez	1	3,3
FDS		1
Ulaşımın Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	28	93,3
Etkilemez	2	6,7
FDS		1
Toplam FDS**		9

*s:sayı FDS**: Farkındalık düzeyi skoru

Kontrol grubunun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili bilgi durumlarına bakıldığında, grubun %100,0'ü sosyal yapının, %93,3'ü stresin, %86,7'si hayatın ilk

yıllarının, %90,0'ı sosyal dışlanmanın, %93,3'ü iş durumunun, %93,3'ü işsizliğin, %76,7'si sosyal desteğin, %100,0'ü madde bağımlılığının, %100,0'ü beslenmenin, %66,7'si de ulaşımın sağlığı etkilediğini ifade etmiştir. Grubun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalık düzeyi skoru 10 puan üzerinden 7 bulunmuştur. Bu sonuca göre grubun farkındalık düzeyi yeterli olarak değerlendirilmiştir. Fakat grubun sağlığın sosyal belirleyicilerinden ulaşım, sosyal destek ve hayatın ilk yılları konusunda bilgi eksiklikleri olduğu görülmüştür (Tablo XXVI).

Tablo XXVI: Kontrol Grubunun Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Farkındalık Düzeyi Skorları, Mart 2013

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	*s	%
Sosyal Yapının Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	30	100,0
Etkilemez	0	0,0
FDS		1
Stresin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	28	93,3
Etkilemez	2	6,7
FDS		1
Hayatın İlk Yıllarının Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	26	86,7
Etkilemez	4	13,3
FDS		0
Sosyal Dışlanmanın Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	27	90,0
Etkilemez	3	10,0
FDS		1
İş Durumunun Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	28	93,3
Etkilemez	2	6,7
FDS		1
İşsizliğin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	28	93,3
Etkilemez	2	6,7
FDS		1
Sosyal Desteğin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	23	76,7
Etkilemez	7	23,3
FDS		0
Madde Bağımlılığının Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	30	100,0
Etkilemez	0	0,0

FDS		1
Beslenmenin Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	30	100,0
Etkilemez	0	10,0
FDS		1
Ulaşımın Sağlığı Etkileme Durumu		
Etkiler	20	66,7
Etkilemez	10	33,3
FDS		0
Toplam FDS**		7

*s:sayı FDS**: Farkındalık düzeyi skoru

4.7. MÜDAHALE AŞAMASI BULGULARI

Araştırmanın müdahale aşamasında müdahale grubuna uygulanan temel müdahale “eğitim”dir. Müdahalenin etkinliğini ölçmek amacıyla Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi ve Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği kullanılmıştır. Bu bölümde müdahalenin sonuçları paylaşılmıştır.

Müdahale grubunun Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması, eğitimden önce $129,80 \pm 18,11$, eğitimden sonra $141,96 \pm 16,88$ olarak saptanmıştır (Tablo XXVII). Eğitim sonrasında puan ortalamalarının arttığı izlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo XXVII: Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. \pm SS	Ari. Ort. \pm SS		
Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği	$129,80 \pm 18,11$	$141,96 \pm 16,88$	-9,952	0,000

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

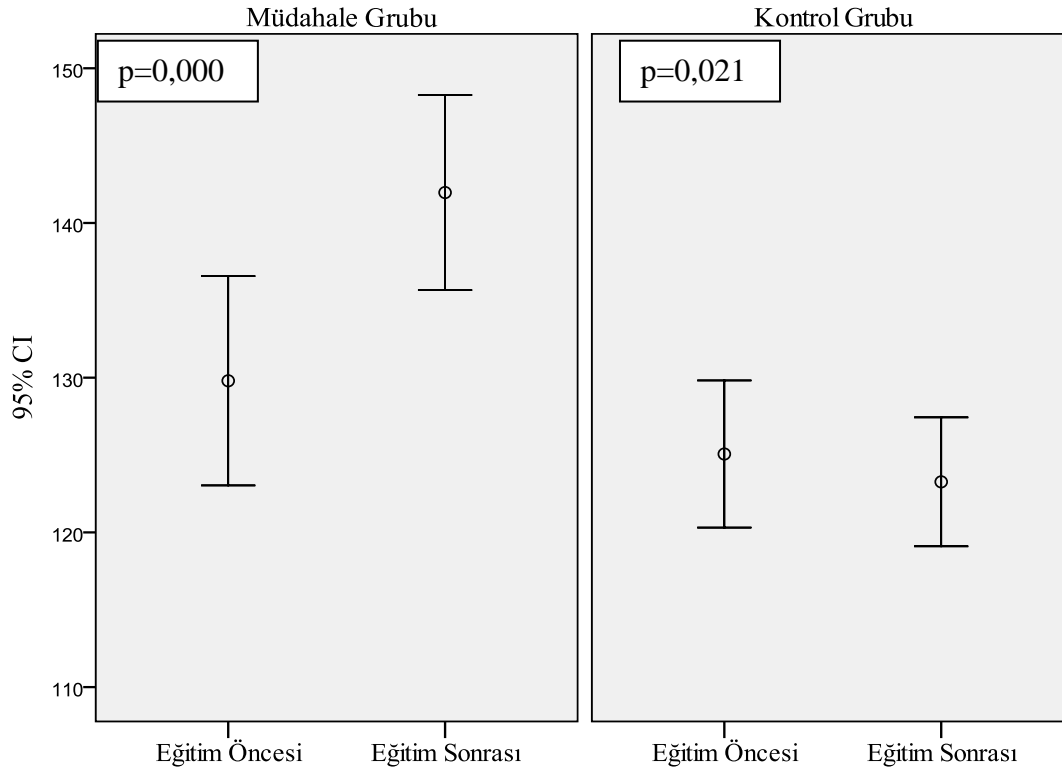
Tablo XXVIII’de ise, kontrol grubunun, eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması değerlendirilmiştir. Buna göre, kontrol grubunun eğitimden önce puan ortalaması $125,06 \pm 12,73$, eğitimden

sonra ise $123,26 \pm 11,16$ olarak izlenmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,021$) (Tablo XXVIII) (Şekil 3).

Tablo XXVIII: Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

	Kontrol Grubu		T	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. \pm SS	Ari. Ort. \pm SS		
Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği	125,06 \pm 12,73	123,26 \pm 11,16	2,431	0,021

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası



Şekil 3: Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeğinin Kontrol ve Müdahale Gruplarında Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Puan Ortalamaları

Müdahale grubunun Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalaması eğitimden önce 12,53±2,54 iken, eğitimden sonra 14,60±1,95 bulunmuştur. Müdahale grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,000) (Tablo XXIX).

Tablo XXIX: Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

	Müdahale Grubu		T	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği	12,53±2,54	14,60±1,95	-5,477	0,000

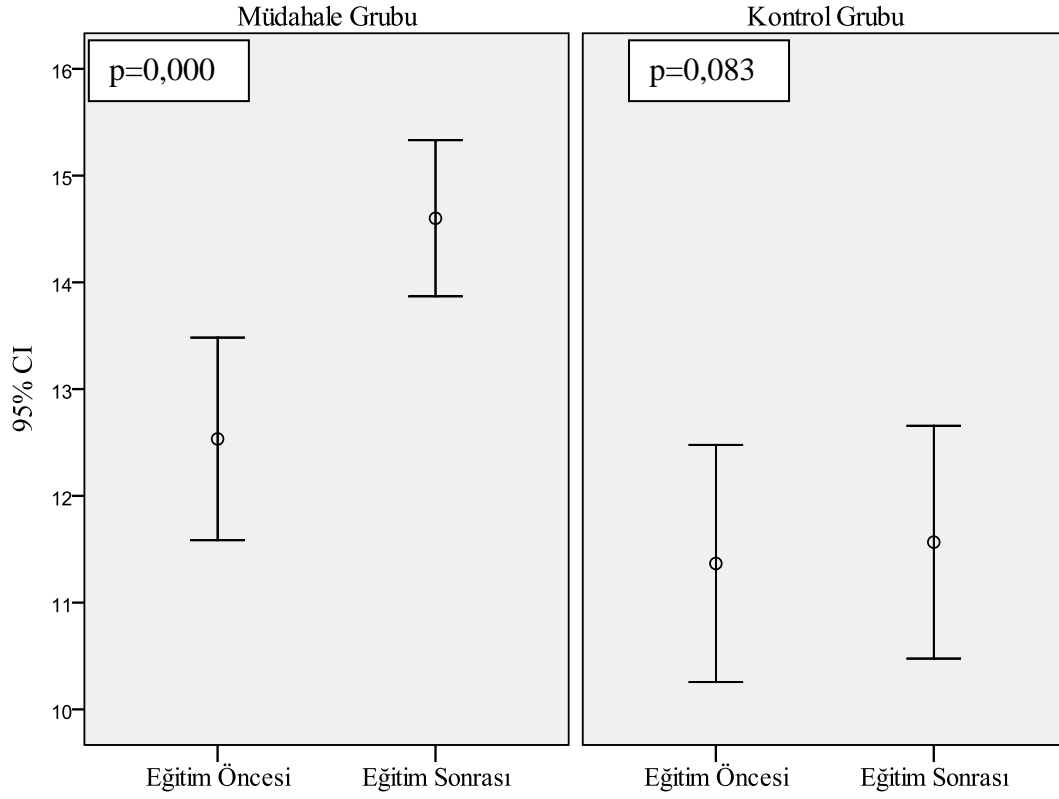
*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranış Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırıldığında; eğitimden önce 11,36±2,97, eğitimden sonra 11,56±2,92 izlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,083) (Tablo XXX) (Şekil 4).

Tablo XXX: Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

	Kontrol Grubu		T	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği	11,36±2,97	11,56±2,92	-1,795	0,083

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası



Şekil 4: Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinin Kontrol ve Müdahale Gruplarında Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Puan Ortalamaları

Tablo XXXI'de, eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında müdahale ve kontrol grubunun Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi puan ortalamaları gösterilmiştir. Tablodan da anlaşıldığı gibi, eğitim öncesinde müdahale grubunun puan ortalaması $129,80 \pm 18,11$, kontrol grubunun puan ortalaması $125,06 \pm 12,73$ olarak izlenmiş aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,246$). Eğitim sonrasında müdahale grubunun puan ortalaması $141,96 \pm 16,88$, kontrol grubunun puan ortalaması $123,26 \pm 11,16$ olarak izlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo XXXI)

Tablo XXXI: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS
Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği	129,80±18,11	125,06±12,73	141,96±16,88	123,26±11,16
	t=1,171 p=0,246		t=5,060 p=0,000	

Müdahale ve kontrol grubunun eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalaması 12,53±2,54, kontrol grubunun puan ortalaması 11,36±2,97 olarak izlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,108). Müdahale ve kontrol grubunun eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalaması 14,60±1,95, kontrol grubunun puan ortalaması ise, 11,56±2,92 olarak bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,000) (Tablo XXXII).

Tablo XXXII: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS
Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği	12,53±2,54	11,36±2,97	14,60±1,95	11,56±2,92
	t=1,632 p=0,108		t=4,725 p=0,000	

Tablo XXXIII ve XXXIV'de müdahale ve kontrol grubu, eğitim öncesi ve sonrası olarak Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı gruplarına ayrılarak incelenmiştir. Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinden alınan puanlar 0-4 arası=başarısız, 5-9 arası=zayıf, 10-14 arası=orta derece başarılı, 15-17 arası=başarılı, 18-20 arası=çok başarılı olarak beş kategoriye ayrılarak değerlendirilmiştir.

Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar leğine göre müdahale grubunun eğitimden önce, % 13,3' zayıf, %60,0'ı orta, %26,7'si başarılı iken, kontrol grubunun %23,3' zayıf, %60,0'ı orta, %16,7'si başarılı izlenmiştir. Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar leğine göre eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,470) (Tablo XXXIII).

Tablo XXXIII: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim ncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar leğinin Başarı Gruplarına Göre Dağılımı

	Eğitim ncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar leği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Müdahale Grubu	4	13,3	18	60,0	8	26,7		
Kontrol Grubu	7	23,3	18	60,0	5	16,7	1,510	0,470
Toplam	11	18,3	36	60,0	13	21,7		

*s:sayı

Müdahale ve kontrol grubunun, eğitimden sonra Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar leğine göre başarı grupları incelendiğinde, müdahale grubunda %3,3' zayıf, % 30,0'u orta, % 66,7'si başarılı iken, kontrol grubunda %23,3' zayıf, %56,7'si orta, %20,0'si başarılı olarak saptanmıştır. Eğitim sonrasında Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar leğine göre müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001). Aradaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için dört gözlü düzende tekrar ki-kare testleri yapılmış ve farkın tüm gruplardan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo XXXIV).

Tablo XXXIV: Müdahale ve Kontrol Grubunun Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinin Başarı Gruplarına Göre Dağılımı

	Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Müdahale Grubu	1	3,3	9	30,0	20	66,7	14,500	0,001
Kontrol Grubu	7	23,3	17	56,7	6	20,0		
Toplam	8	13,4	26	43,3	26	43,3		

*s:sayı

Müdahale grubunun cinsiyete göre eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, kadınların %6,7'si zayıf, %53,3'ü orta, %40,0'ının başarılı puan aldığı, erkeklerin %20,0'sinin zayıf, %66,7'sinin orta, %13,3'ünün başarılı puan aldığı izlenmiştir. Kadınların daha fazla oranda başarılı puan aldıkları izlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,200) (Tablo XXXV).

Tablo XXXV: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Cinsiyet	Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Kadın	1	6,7	8	53,3	6	40,0	3,222	0,200
Erkek	3	20,0	10	66,7	2	13,3		
Toplam	4	13,3	18	60,0	8	26,7		

*s:sayı

Kontrol grubunun cinsiyete göre eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, kadınların %20,0'si zayıf, %53,3'ünün orta, %26,7'sinin başarılı puan aldığı, erkeklerin %26,7'sinin zayıf, %66,7'sinin orta, %6,6'sının başarılı puan aldığı izlenmiştir. Kontrol grubunda da kadınların erkeklere göre daha fazla oranda başarılı puan aldıkları izlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,339) (Tablo XXXVI).

Tablo XXXVI: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları							x ²	p
Cinsiyet	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Kadın	3	20,0	8	53,3	4	26,7	2,165	0,339
Erkek	4	26,7	10	66,7	1	6,6		
Toplam	7	23,3	18	60,0	5	16,7		

*s:sayı

Müdahale grubunun cinsiyete göre eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, kadınların zayıf puan almadığı, %33,3'ünün orta, %66,7'sinin başarılı puan aldığı, erkeklerin %6,6'sının zayıf, %26,7'sinin orta, %66,7'sinin başarılı puan aldığı izlenmiştir. Müdahale grubunda eğitim sonrası cinsiyete göre başarı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,574) (Tablo XXXVII).

Tablo XXXVII: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları							x ²	p
Cinsiyet	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Kadın	0	0,0	5	33,3	10	66,7	1,111	0,574
Erkek	1	6,6	4	26,7	10	66,7		
Toplam	1	3,3	9	30,0	20	66,7		

*s:sayı

Kontrol grubunun cinsiyete göre eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, kadınların %20,0'si zayıf, %46,7'si orta, %33,3'ünün başarılı puan aldığı, erkeklerin %26,7'sinin zayıf, %66,7'sinin orta, %6,6'sının başarılı puan aldığı izlenmiştir. Kadınların başarı puanları erkeklerden daha yüksek izlenmiş, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,188) (Tablo XXXVIII).

Tablo XXXVIII: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Cinsiyet	Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Kadın	3	20,0	7	46,7	5	33,3	3,339	0,188
Erkek	4	26,7	10	66,7	1	6,6		
Toplam	8	23,3	26	56,7	26	20,0		

*s:sayı

Müdahale grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, evli grubun %14,8'i zayıf, %55,6'sı orta, %29,6'sı başarılı puan aldığı, bekar grubun %100,0'ünün orta puan aldığı izlenmiştir. Evli olanların başarı puanları daha yüksek izlenmesine karşın bekar kişi sayısı çok az olduğu için aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,329) (Tablo XXXIX).

Tablo XXXIX: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Medeni Durum	Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Evli	4	14,8	15	55,6	8	29,6	2,222	0,329
Bekar	0	0,0	3	100,0	0	0,0		
Toplam	4	13,3	18	60,0	8	26,7		

*s:sayı

Kontrol grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, evli grubun %17,4'ü zayıf, %60,9'u orta, %21,7'si başarılı puan aldığı, bekar grubun %42,9'unun zayıf, %57,1'inin orta puan aldığı izlenmiştir. Bekar grupta başarılı puan alan izlenmemiştir. Evli olanların başarı puanları daha yüksek izlenmesine karşın aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,220) (Tablo XL).

Tablo XL: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Medeni Durum	Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Evli	4	17,4	14	60,9	5	21,7		
Bekar	3	42,9	4	57,1	0	0,0	3,026	0,220
Toplam	7	23,3	18	60,0	5	16,7		

*s:sayı

Müdahale grubunun medeni duruma göre eğitim sonrası Bausell'in Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, evli grubun %3,7'si zayıf, %22,2'si orta, %74,1'i başarılı puan aldığı, bekar grubun, %100,0'ünün orta, puan aldığı izlenmiştir. Eğitim sonrası başarı puanlarına göre evli olanlar, bekar olanlardan daha başarılı izlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,020) (Tablo XLI).

Tablo XLI: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Medeni Durum	Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Evli	1	3,7	6	22,2	20	74,1		
Bekar	0	0,0	3	100,0	0	0,0	7,778	0,020
Toplam	1	3,3	9	30,0	20	66,7		

*s:sayı

Kontrol grubunun medeni duruma göre eğitim sonrası Bausell'in Sağlık Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı grupları incelendiğinde, evli grubun %17,4'ü zayıf, %60,9'u orta, %21,7'si başarılı puan aldığı, bekar grubun %42,9'unun zayıf, %42,9'unun orta, %14,2'sinin başarılı puan aldığı izlenmiştir. Eğitim sonrası başarı puanlarına göre evli olanlar, bekar olanlardan daha başarılı izlenmiş, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,378) (Tablo XLII).

Tablo XLII: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Medeni Durum	Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Evli	4	17,4	14	60,9	5	21,7	1,948	0,378
Bekar	3	42,9	3	42,9	1	14,2		
Toplam	7	23,3	17	56,7	6	20,0		

*s:sayı

Müdahale grubunun öğrenim durumuna göre, eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı gruplarının ilişkisi incelendiğinde, ortaokul ve altı öğrenim grubunun %30,0'u zayıf, %40,0'ı orta, %30,0'u başarılı puan aldığı, lise ve üstü öğrenim grubunun %5,0'inin zayıf, %70,0'inin orta, %25,0'inin başarılı puan aldığı izlenmiştir. Öğrenim durumuna göre eğitim öncesinde başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,123) (Tablo XLIII).

Tablo XLIII: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Ortaokul ve altı	3	30,0	4	40,0	3	30,0	4,187	0,123
Lise ve üstü	1	5,0	14	70,0	5	25,0		
Toplam	4	13,3	18	60,0	8	26,7		

*s:sayı

Kontrol grubunun öğrenim durumuna göre, eğitim öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı gruplarının ilişkisi incelendiğinde, ortaokul ve altı öğrenim grubunun %21,4'ü zayıf, %64,3'ü orta, %14,3'ü başarılı puan aldığı, lise ve üstü öğrenim grubunun %25,0'inin zayıf, %56,2'sinin orta, %18,8'inin başarılı puan aldığı izlenmiştir. Öğrenim durumuna göre eğitim öncesinde başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,900) (Tablo XLIV).

Tablo XLIV: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Eğitim Öncesi Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Ortaokul ve altı	3	21,4	9	64,3	2	14,3	0,210	0,900
Lise ve üstü	4	25,0	9	56,2	3	18,8		
Toplam	7	23,3	18	60,0	5	16,7		

*s:sayı

Müdahale grubunun öğrenim durumuna göre, eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı gruplarının ilişkisi incelendiğinde ortaokul ve altı öğrenim grubunun %10,0'u zayıf, %50,0'si orta, %40,0'ı başarılı puan aldığı, lise ve üstü öğrenim grubunun %20,0'sinin orta, %80,0'inin başarılı puan aldığı izlenmiştir. Öğrenim düzeyi yüksek grupta başarı grupları daha yüksek izlenmesine rağmen, öğrenim durumuna göre eğitimden sonra başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,061) (Tablo XLV).

Tablo XLV: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Ortaokul ve altı	1	10,0	5	50,0	4	40,0	5,600	0,061
Lise ve üstü	0	0,0	4	20,0	16	80,0		
Toplam	1	3,3	9	30,0	20	66,7		

*s:sayı

Kontrol grubunun öğrenim durumuna göre, eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği başarı gruplarının ilişkisi incelendiğinde ortaokul ve altı öğrenim grubunun %21,4'ü zayıf, %64,3'ü orta, %14,3'ü başarılı puan aldığı, lise ve üstü öğrenim grubunun %25,0'i zayıf, %50,0'si orta, %25,0'i başarılı puan aldığı izlenmiştir. Ancak öğrenim durumuna göre eğitimden sonra başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,691) (Tablo XLVI).

Tablo XLVI: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Gruplarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Başarı Grupları						x ²	p
	Zayıf		Orta		Başarılı			
	*s	%	*s	%	*s	%		
Ortaokul ve altı	3	21,4	9	64,3	2	14,3	0,738	0,691
Lise ve üstü	4	25,0	8	50,0	4	25,0		
Toplam	7	23,3	17	56,7	26	20,0		

*s:sayı

Müdahale grubunun cinsiyete göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, kadınlarda ve erkeklerde eğitim sonrasında puan ortalamalarında artış izlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; p=0,000, p=0,000) (Tablo XLVII).

Tablo XLVII: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

Cinsiyet	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Kadın (s=15)	135,80±21.05	147,33±17.47	-6,072	0,000
Erkek (s=15)	123,80±12.61	136,60±14.95	-8,054	0,000

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun cinsiyete göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları 126,66±13,86, eğitim sonrası 122,86±11,64, erkeklerin eğitim öncesi puan ortalamaları 123,46±11,75, eğitim sonrası 123,66±11,04 izlenmiştir. Kadınların eğitim sonrası dönemde puan ortalamalarında azalma izlenmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,006) (Tablo XLVIII).

Tablo XLVIII: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

Cinsiyet	Kontrol Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Kadın (s=15)	126,66±13,86	122,86±11,64	3,220	0,006
Erkek (s=15)	123,46±11,75	123,66±11,04	-0,361	0,723

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Müdahale grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde evlilerin ve bekarların eğitim sonrası puanlarında yükselme izlenmiş, ama sadece evli grupta aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Tablo XLIX).

Tablo XLIX: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Evli (s=27)	130,85±17,47	143,40±16,19	-9,537	0,000
Bekar (s=3)	120,33±25,32	129,00±21,07	-2,500	0,242

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde evlilerin eğitim öncesi puan ortalaması 126,65±11,38, eğitim sonrası 124,26±9,90, bekarların eğitim öncesi 119,85±16,34, eğitim sonrası 120,00±15,02 olarak izlenmiştir. Evlilerin eğitim sonrasında puanlarında azalma izlenmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,012) (Tablo L).

Tablo L: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Kontrol Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Evli (s=23)	126,65±11,38	124,26±9,90	2,726	0,012
Bekar (s=7)	119,85±16,34	120,00±15,02	-0,123	0,908

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Müdahale grubunun öğrenim durumuna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, ortaokul ve altı grup ile lise ve üstü grupta eğitim sonrası puanlarda yükselme izlenmiş, her iki öğrenim grubunda da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,000, p=0,000) (Tablo LI).

Tablo LI: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumu	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Ortaokul ve Altı (s=10)	120,50±18,16	135,70±16,98	-5,598	0,000
Lise ve Üstü (s=20)	134,45±16,62	145,10±16,36	-9,298	0,000

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun öğrenim durumuna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ortaokul ve altı ile lise ve üstü grupta eğitim sonrası puanlarda azalma izlenmiş, lise ve üstü grupta bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,048) (Tablo LII).

Tablo LII: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumu	Kontrol Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Ortaokul ve Altı (s=14)	125,42±13,73	124,00±12,42	1,246	0,235
Lise ve Üstü (s=16)	124,75±12,23	122,62±10,29	2,153	0,048

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Müdahale grubunun cinsiyete göre Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları kadınlarda eğitim öncesi 13,33±2,22, eğitim sonrası 14,60±2,02, erkeklerde eğitim öncesi 11,73±2,65, eğitim sonrası 14,60±1,95 olarak izlenmiştir. Kadınlarda ve erkeklerde eğitim sonrasında puan ortalamalarının yükseldiği görülmüş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; p=0,003, p=0,000) (Tablo LIII).

Tablo LIII: Müdahale Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Cinsiyet	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Kadın (s=15)	13,33±2,22	14,60±2,02	-3,537	0,003
Erkek (s=15)	11,73±2,65	14,60±1,95	-4,712	0,000

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun cinsiyete göre Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları Tablo 56'da incelenmiştir. Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçek puan ortalamalarına göre, kontrol grubunda eğitim öncesi kadınların puan ortalaması 11,60±3,35, erkeklerin ise 11,13±2,55'dir. Eğitim sonrasında erkeklerin puan ortalamaları değişmezken (11,13±2,62),

kadınların puan ortalamaları yükselmiştir (12,00±3,27), ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,054) (Tablo LIV).

Tablo LIV: Kontrol Grubunun Cinsiyete Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Cinsiyet	Kontrol Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Kadın (s=15)	11,60±3,35	12,00±3,27	-2,103	0,054
Erkek (s=15)	11,13±2,62	11,13±2,55	0,000	1,000

*E.Ö: Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Müdahale grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, eğitimden sonra, bekarların puan ortalamaları değişmezken evlilerin puan ortalamaları yükselmiştir. Evlilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,000) (Tablo LV).

Tablo LV: Müdahale Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Evli (s=27)	12,66±2.61	14,96±1.65	-5,811	0,000
Bekar (s=3)	11,33±1.52	11,33±1.52	0,000	1,000

*E.Ö: Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, hem evlilerde hem bekarlarda puanlarda artış gözlenmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p=0,426, p=0,103) (Tablo LVI).

Tablo LVI: Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Kontrol Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Evli (s=23)	11,73±2,73	12,00±3,27	-0,810	0,426
Bekar (s=7)	10,14±3,62	11,13±2,55	-1,922	0,103

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Müdahale grubunun öğrenim durumuna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ortaokul ve altı grubun eğitim öncesi puan ortalaması 11,80±3,39, eğitim sonrası 13,80±2,69, lise ve üstü grubun eğitim öncesi puan ortalaması 12,90±1,97, eğitim sonrası 15,00±1,37 olarak izlenmiştir. Her iki öğrenim grubunda da puan ortalamalarında artış izlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; p=0,030, p=0,000) (Tablo LVII).

Tablo LVII: Müdahale Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumu	Müdahale Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Ortaokul ve Altı (s=10)	11,80±3,39	13,80±2,69	-2,582	0,030
Lise ve Üstü (s=20)	12,90±1,97	15,00±1,37	-4,900	0,000

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Kontrol grubunun öğrenim durumuna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ortaokul ve altı grupta ve lise ve üstü grupta puan ortalamalarında artış gözlenmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla; p=0,435, p=0,104) (Tablo LVIII).

Tablo LVIII: Kontrol Grubunun Öğrenim Durumuna Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumu	Kontrol Grubu		t	p
	E.Ö*	E.S**		
	Ari. Ort. ±SS	Ari. Ort. ±SS		
Ortaokul ve Altı (s=14)	11,14±2.95	11,28±2.92	-0,806	0,435
Lise ve Üstü (s=16)	11,56±3.07	11,81±2.99	-1,732	0,104

*E.Ö:Eğitim Öncesi **E.S: Eğitim Sonrası

Müdahale ve kontrol grubunda eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. İki ölçekle elde edilen neticeler genel olarak birbirine yakın seyretmiştir. Her iki ölçek arasındaki korelasyon incelendiğinde; eğitimden önce pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,416$ $p=0,001$), eğitimden sonra pozitif yönde güçlü korelasyon ($r=0,595$ $p=0,000$) saptanmıştır.

5. SONUÇ

Aydın İli Mesudiye Mahallesi'nin, sosyodemografik, sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bu davranışları etkileyen faktörlerin saptanıp, sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki farkındalık düzeylerinin tespit edilmesi ve tüm veriler neticesinde hazırlanan bir eğitim programı ile üniversitenin, sağlığı geliştirme programlarındaki etkinliğinin ortaya konulması amacı ile yapılmış olan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

5.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Mesudiye Mahallesinden örnekleme seçilen grubun yaş ortalaması $48,67 \pm 15,78$ (min:19, max:88) olup, kadın nüfus (%59,0) ve evliler (73,3) çoğunlukta izlenmiştir. Öğrenim durumları incelendiğinde %52,8'inin ilkökul, %22,4'ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Büyük çoğunluğu ev hanımı (548,2) olup, %82,4'ünün çocuğu olduğu görülmüştür. Evde 60 yaş üstü yaşayanlar %14,6, hamileler %0,7, özürli bireyler ise %7,0 olarak izlenmiştir.

Katılımcıların aylık gelir durumlarına bakıldığında, %58,1'inin yoksulluk sınırının altında, %38,3'ünün açlık sınırının altında olduğu, %96,4'ünün sosyal güvencesi olduğu görülmüştür.

Çoğunluğu ev sahibi (%69,1), apartmanda oturan (%75,7), dört ve daha fazla sayıda odaları (%56,9), ayrı banyo (%96,6) ve mutfakları (%96,1) olan ailelerden oluşmuştur. Genelde ısınmak için kömür sobası (%68,7), içme suyu olarak da damacana su (%50,8) kullandıkları görülmüştür.

Grubun kitap (%18,3) ve günlük gazete (%30,8) okuma oranı ve sinema (%14,9) ve tiyatroya (%3,4) gitme sıklığı düşük saptanmıştır. Arkadaşlarla buluşma (%63,9) sosyal faaliyetler içinde en fazla gözlenen olmuştur. İnternet kullanım oranları (%23,1) düşük, televizyon izleme oranları (%96,9) yüksek izlenmiştir. Televizyon programları içinde en çok haber programlarının (%42,6) en az gündüz programlarının (%4,8) izlendiği görülmüştür.

Çoğunluğun aile hekimini tanıdığını (%83,1) ve sağlık kurumuna en sık hastalık sebebiyle (%50,1) başvurduğu saptanmıştır. Erken tanı amacıyla kanser tarama

testi yaptırma düzeyi (%14,2) düşük saptanmıştır. Hastalanıldığında ilk olarak, en fazla devlet hastanesini (%52,3) tercih ettikleri görülmüştür.

Grubun %28,9'unu sigara, %9,6'sının alkol kullandığı saptanmıştır. Grubun %69,6'sının sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu, %98,8'inin evini düzenli havalandırdığı izlenmiştir. Grubun %72,8'inin uykuları düzenli olup, %22,4'ünün düzenli fizik egzersiz yaptığı saptanmıştır. Kronik hastalık sıklığı %39,3 olup en sık hipertansiyon (%44,1) görülmektedir.

5.2. ARAŞTIRMA GRUBUNUN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Araştırma grubu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Alt Ölçeği bileşenlerinden, en yüksek puanı, kendini gerçekleştirme, en düşük puanı ise fizik aktivite alt ölçeğinden almıştır. Toplam SYBD ölçek puan ortalaması $123,40 \pm 23,41$ olarak hesaplanmıştır.

Cinsiyete göre fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p=0,012$) ancak, SYBD toplam puan ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Erkeklerin fizik aktivite alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür

Fizik aktivite alt ölçeği dışında, evlilerde tüm SYBD ölçek puan ortalamaları bekarlardan daha yüksek bulunmuş, ama sadece beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$).

Öğrenim durumları yükseldikçe SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görülmüştür (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,001$, $p=0,005$).

Fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması ile yaş grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmiş ($p=0,007$), bu farkın 18-29 yaş grubu ile 60 yaş üstü gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Gelir getiren bir işte çalışanlarla çalışmayanların, SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir (sırasıyla; $p=0,691$, $p=0,202$, $p=0,632$, $p=0,525$, $p=0,129$, $p=0,734$, $p=0,371$).

SYBD toplam, kendini gerçekleştirme ve kişilerarası ilişki alt ölçek puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olan grupta, fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması, geliri gidere eşit olan grupta anlamlı şekilde yüksek izlenmiştir (sırasıyla; $p=0,033$, $p=0,030$, $p=0,010$, $p=0,010$).

Aile hekimlerini tanıyanların ve kanser testini düzenli olarak yaptıranların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması, istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,030$, $p=0,010$).

Alkol kullanan grubun fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması, kullanmayan gruptan anlamlı yüksek izlenmiş ($p=0,013$), sigara içme durumu ile SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla; $p=0,923$, $p=0,255$, $p=0,224$, $p=0,896$, $p=0,372$, $p=0,548$, $p=0,477$).

Sağlıklı beslenme alışkanlığı olanların ise toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek izlenmiştir (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,005$, $p=0,000$).

Düzenli spor yapanlarda beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması dışındaki tüm ölçek puan ortalamaları, yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek izlenmiştir (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,142$, $p=0,047$, $p=0,000$).

Televizyon izleme alışkanlığı ile ölçek puan ortalamaları arasında ilişki saptanmazken, haberleri günlük olarak takip edenlerin SYBD toplam puan, sağlık sorumluluğu ve fizik aktivite alt ölçek puan ortalamaları anlamlı yüksek izlenmiştir (sırasıyla; $p=0,027$, $p=0,014$, $p=0,041$).

Evde interneti olanların, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması dışındaki tüm ölçek puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek izlenmiştir (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,132$, $p=0,014$, $p=0,029$, $p=0,003$, $p=0,006$). Herhangi bir müzik aleti çalanlarda, sadece fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,015$).

5.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNUN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Müdahale grubunun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalık düzeyi skoru 10 üzerinden “9”, kontrol grubunun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalık düzeyi skoru 10 üzerinden “7” bulunmuş ve her iki grubun da farkındalık düzeyi yeterli olarak tanımlanmıştır.

Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi ve Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda eğitimden sonra istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$).

Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinin başarı puanlarında, müdahale ve kontrol grubunda, eğitimden önce, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p=0,470$) ancak, eğitimden sonra, müdahale grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır ($p=0,001$).

Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi ve Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda eğitim sonrası, eğitim öncesine göre hem kadınlarda hem de erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,000$).

Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi ve Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda eğitim sonrası, eğitim öncesine göre evlilerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (sırasıyla; $p=0,012$, $p=0,000$).

Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi ve Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda eğitim sonrası, eğitim öncesine göre tüm öğrenim gruplarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,030$, $p=0,000$).

Bausell’in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender’in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puanlarının arasında eğitimden önce pozitif yönde orta düzeyde, eğitimden sonra pozitif yönde güçlü düzeyde bir korelasyon olduğu görülmüştür (sırasıyla; $r=0.416$ $p=0,001$, $r=0.595$ $p=0,000$).

6. TARTIŞMA

6.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırma grubunun yaş ortalaması 48,67±15,78 (min:19, max:88) dir, %59,0'u kadın, %41,0'i erkektir. Kadın nüfusun daha fazla olması ev hanımlarının fazlalığı ve evde bulunmalarından dolayı olduğu düşünülmüştür. Çalışmaya katılanların %73,7'sinin evli, %26,3'ünün bekar olduğu, %3,4'ünün okuma-yazma bilmediği, %3,1'inin okur-yazar olduğu, %52,8'inin ilkokul mezunu, %6,5'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2013 verilerine göre Türkiye genelinde okuma yazma bilmeyenlerin oranı %4,6, yüksek okul mezunları oranı %7,55'dir, en fazla oran ilkokul mezunlarındadır (%26,1). Öğrenim durumları bakımından araştırma grubu Aydın ve Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında veriler yakın olmakla birlikte, Aydın ortalamasının altında, Türkiye ortalamasının üstünde olduğu görülmüştür (145,146).

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu (%48,2) ev hanımları oluşturmaktadır. Türkiye verilerine göre 15 yaş üstü grupta bu oran %11,2 olarak belirlenmiştir. Aradaki bu farkın, çalışmaya genelde gün içinde evde olanların katılması, çoğunluğunu kadınların oluşturması ve 15-18 yaş grubunun çalışmaya dahil edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma grubunda işsizlerin oranı %1,9 iken, Aydın İlinde işsizlik oranı %7,9, Türkiye'de %9,7 olup, grubun işsizlik oranından oldukça yüksektir (162).

Araştırma grubunda evde 60 yaş üstü yaşayanlar %14,6, hamileler %0,7, özürülüler ise %7,0 olarak tespit edilmiştir. Türkiye Özürülüler Araştırmasına göre Türkiye genelinde özürülü oranı %12,2 olup araştırma grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Türkiye genelinde 60 yaş üstü nüfus %11,3, Aydın ilinde ise %16,1'dir. Aydın ili yaşlı nüfus açısından özellikli bir il olarak bilindiği için, yaşlı sorunlarına yönelik bir merkez olan Türkiye İleri Yaşlılık Araştırma Merkezi (TİYAM) yine bu sebeple 2009 yılında Aydın iline bağlı Nazilli ilçesinde açılmıştır (145, 163).

Araştırma grubunun %69,1'inin oturduğu evin kendine ait olduğu, %68,7'sinin kışın ısınma aracı olarak kömür sobası kullandığı, %48,2'sinin içme kullanma suyu olarak şebeke suyu kullandığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre araştırma grubunun konut ve yaşam özelliklerinin Türkiye geneli ile benzer olduğu görülmüştür (164, 165, 166).

Araştırma grubu ekonomik durum açısından incelendiğinde, %58,1'inin yoksulluk sınırının altında, %38,3'ünün açlık sınırının altında olduğu görülmüştür. Katılımcıların ekonomik durumlarını algılamalarına göre %52,3'ünün gelir ve giderini eşit algılandığı, %43,6'sının geliri giderden az olarak algıladığı saptanmıştır. Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada %38,5'nin aylık gelirinin 810 TL ve altında olduğu, %56,5'inin gelirinin 815-3060 TL arasında olduğu tespit edilmiş, bu çalışmaya göre bölgenin ekonomik açıdan orta düzeyde olduğunu söylenebilmektedir (164). Ayaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %63,7'si gelirin gideri karşılamadığı, Altıparmak ve arkadaşlarının çalışmasında %58,5'inin gelir durumunu orta olarak tanımladığı, Koçoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %50,5'inin ekonomik durumunu orta düzey olarak belirttiği görülmüştür (9, 167, 168). Araştırma grubunun %96,4'ünün sosyal güvencesi vardır. Türkiye'de yapılan benzer çalışmalara bakıldığında araştırma grubunun sosyal güvence oranı açısından daha iyi durumda olduğu görülmüştür (167, 168).

6.2. ARAŞTIRMA GRUBUNUN SOSYAL AKTİVİTELERE KATILIM DURUMLARI

Araştırma grubunun okuma alışkanlıklarına bakıldığında, %81,7'sinin hiç kitap okumadığı, %33,3'ünün hiç günlük gazete okumadığı görülmüştür. Kitap okuma ile ilgili yapılmış benzer çalışmalara bakıldığında ise Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada düzenli kitap okuma oranı %12,8, üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada düzenli kitap okuma oranı %10,9 saptanmış, Ankara'da farklı yaş ve statülerdeki bir grupta yapılan çalışmada %79,0'un hiç kitap okumadığı bulunmuştur. Sonuçlar çalışma ile uyumlu bulunmuş kitap okuma oranının düşük olduğu görülmüştür (164, 169, 170).

Gazete okuma alışkanlığı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada gazete okuma oranı (%60,2) oldukça yüksek bulunurken, Türkiye genelinde yapılan Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2011 (TAYA)'de hiç okumayanlar %33,0, günlük düzenli okuyanlar %23,4 olarak tespit edilmiş sonuçlar çalışma ile benzer bulunmuştur (164, 171).

Araştırma grubuna sosyal aktiviteler ile ilgili tutumları sorulduğunda, %85,1'inin hiç sinemaya gitmediği, %96,9'unun hiç tiyatroya gitmediği, %36,1'nin arkadaşları ile hiç buluşmadığı saptanmıştır. Çalışmada sinema ve tiyatroya gitme sıklığı

oldukça düşük, bulunmuş, sosyal faaliyetler içinde en fazla arkadaşlarla buluşma (%69,1) izlenmiştir. TAYA 2011’de arkadaşları ile hiç buluşmayanlar %65,0, sinema ya da tiyatroya hiç gitmeyenler %79,6 olarak bulunmuştur (164). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olan bir çalışmada ise öğrencilerin % 6,0’sının hiç sinemaya gitmediği, %31,2’sinin yılda ancak bir kez tiyatroya gittiği belirtilmiştir. Sonuçlar arasındaki ciddi farklılık görülmesinin nedeni, üniversite öğrencilerinde sinemaya ve tiyatroya gitme oranının yüksek olması ve mevcut araştırmanın sadece üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır (172). Türkiye’de ailelerin birlikte yaptıkları faaliyetler arasında ilk sırada televizyon izlemek (%59,4), ikinci sırada ise akraba, komşu ve arkadaş ziyaretleri gelmektedir (%25,8). Akraba, komşu, arkadaş ziyareti hiç yapmayanlar %8,9 olarak belirtilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre arkadaşlarla buluşmama oranı Türkiye değerlerinin üstünde saptanmıştır (164).

Araştırma grubunun müzik aleti çalma durumu sorgulandığında sadece %3,9’unun herhangi bir müzik aleti çaldığı görülmüştür. Gençler üzerinde yapılan bir çalışmada %19,6’sının müzik aleti çaldığı saptanmıştır. İlköğretim öğrencilerinde yapılan bir çalışmada müzik aleti çalmayı isteyip istemedikleri sorulduğunda %69,1’i kesinlikle hayır cevabı vermiştir. Bu çalışmalar sonuçlar göstermiştir ki ilköğretim dönemlerinden itibaren kişiler müzik aleti çalma konusunda isteksiz ve ilgisiz olmakta ve bu konuda desteklenmemektedir (173, 174).

Araştırma grubunun %35,7’sinin evinde internet olduğu, %23,1’inin günlük olarak internete girdiği ve ortalama $2,3 \pm 2,2$ saat internet başında zaman geçirdiği saptanmıştır. TÜİK 2013 verilerine göre Türkiye’de internet kullanım sıklığı kadınlarda %40 erkeklerde %60 civarında saptanmıştır. TNSA 2008 sonuçlarına göre, evlerin %33,0’ünde, TAYA 2011 sonuçlarına göre evlerin %34,2’sinde internet bulunmaktadır. Evde interneti olma ve internet kullanma konusunda araştırma grubu literatürle ve Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (164, 166, 175).

Araştırma grubunun televizyon izleme alışkanlıkları incelendiğinde %3,1’inin hiç televizyon izlemediği, %34,0’ünün günde 4 saatten fazla izlediği, en çok izlenen programın haber programları (%42,6), en az izlenen programın ise gündüz programları (%4,8) olduğu saptanmıştır. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada hiç televizyon izlemeyenler %4,0, günde 4 saatten fazla izleyenler %33,6 olarak bulunmuştur (172).

Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada günde 3 saatten fazla televizyon izleyenler %13,6 bulunmuşken, hiç izlemeyen öğrenci saptanmamıştır (176). Toplum tabanlı yapılan bir çalışmada hiç televizyon izlemeyen saptanmazken, en çok izlenen program haber programları, en az izlenen program gündüz programları olarak bulunmuştur. Televizyon izleme sıklığı ve program tercihleri açısından literatüre baktığımızda benzer sosyoekonomik ve eğitim düzeyinde olan gruplar arasında sonuçlar benzerlik göstermektedir (164, 177, 178).

6.3. ARAŞTIRMA GRUBUNUN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI

Araştırma grubunun %83,1'inin aile hekimini tanıdığı, doktora en sık hastalık (%50,1) sebebiyle, en az rapor almak (%2,7) için başvurdukları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada aile hekimini tanıma oranı %84,9 saptanmış en sık doktora gitme sebebi de hastalık (%60,4) olarak belirtilmiştir (179).

Araştırma grubunun sadece %14,2'si düzenli kanser tarama testi yaptırdığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kanser tarama testi yaptırma düzeyi düşük bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlar üzerinde yapılan iki çalışmada kanser tarama testi yaptıranların yüzdesi sırayla %12,0 ve %8,8 bulunmuştur. halen kanser tarama testleriyle ilgili gerekli farkındalığın oluşmadığı görülmektedir (180, 181).

Araştırma grubunun sağlık kurumlarından yararlanma durumları incelendiğinde, grubun hastalandığında sağlık hizmeti almak için ilk olarak, en çok (%52,3) devlet hastanesini, en az (%0,5) muayenehaneyi tercih ettiği saptanmıştır. Araştırma grubunun son bir yılda %71,6'sının en az bir kez birinci basamak sağlık kurumuna, %74,5'inin ikinci basamak sağlık kurumuna, %28,2'sinin de üçüncü basamak sağlık kurumuna başvurduğu, birinci basamak sağlık kurumuna ortalama $5,8 \pm 6,7$ kez, ikinci basamağa ortalama $3,8 \pm 3,8$ kez, üçüncü basamağa ise ortalama $3,3 \pm 7,1$ kez başvurduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru sağlık merkezi aile sağlığı merkezi olarak saptanmıştır (179, 182).

Gerek literatür bilgisi gerekse sağlık hizmetlerinden doğru faydalanma hiyerarşisine bakıldığında ilk sırada aile sağlığı merkezi olması gerekirken, bu çalışmada

sağlık kurumlarına yapılan başvurularda en fazla ikinci basamak sağlık kurumuna gidilmesi çalışılan bölgenin ikinci basamak sağlık kurumlarına konum olarak yakın olmasıyla açıklanabilmektedir.

6.4. ARAŞTIRMA GRUBUNUN SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI

Araştırma grubunun sağlıklı yaşam davranışları sorgulandığında, %69,6'sı sağlıklı beslenme alışkanlığının olduğunu, %71,1'i sigara, %90,4'ü de alkol kullanmadığını ifade etmiştir. Düzenli olarak sigara ve alkol kullanmaya başlama yaşları sorgulandığında %81,6'sının 18 yaş ve altında sigara, %42,5'inin 18 yaş ve altında alkol kullanmaya başladığı saptanmıştır. Türkiye'de sigara kullanımı oranı, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 Raporunda %27,0 olarak tespit edilmiştir (183). Araştırma grubunun sigara içme oranı Türkiye ortalamasının üstünde, alkol kullanma sıklığı Türkiye ortalamasının (%13,5) altında izlenmiştir (164). Türkiye genelinde sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise sigara içme oranı %35,4 olarak tespit edilmiştir (184).

DSÖ'ne göre kişi başına düşen milli geliri yüksek olan ülkelerde (Kanada, Avustralya, Amerika ve Batı Avrupa'daki birçok ülke vb.) kadınlarda sigara içme sıklığı erkeklere yakın seyrederken, Çin gibi gelirin düşük olduğu ülkelerde erkekler (%61,0) ve kadınlar (%4,2) arasında hala sigara içme sıklığı arasında ciddi farklılıklar izlenmektedir. DSÖ raporlarına göre ABD'de sigara içme sıklığı erkeklerde %21,0, kadınlarda %17,0, Avustralya'da erkeklerde %21,0, kadınlarda %19,0, Japonya'da erkeklerde %34,0, kadınlarda %11,0, Kanada erkeklerde %20,0 kadınlarda %15,0, Yunanistan'da erkeklerde %46,0 kadınlarda %34,0, Türkiye'de erkeklerde %42,0, kadınlarda %13,0 olarak tespit edilmiştir (185).

Sağlıklı beslenme ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların %69,6'sının sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu, üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %32,4'ünün sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu, hemşirelerde yapılan bir çalışmada %25,2'inin sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu bulunmuştur (138, 186). İzmir'de sahada yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %62,3'ünün sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu bulunmuştur (187).

Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada kişilerin beslenme durumunun bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye, kırsal-kentsel yerleşim yerine göre değiştiği ve genel olarak beslenme alışkanlıklarının doğru olmadığı saptanmıştır (188).

Araştırma grubunun %28,0'inin evde sigara içilmesine izin verdiği, %98,8'inin evini düzenli olarak havalandırdığı saptanmıştır. Kutlu ve arkadaşlarının öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada sigara içenlerin %65,3'ünün evlerinde sigara içtiği, Ulus ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada %85,8'inin evinde sigara içildiği bulunmuştur (189, 190). Bu rakamlar bize çalışma grubunun konut havası ve kapalı ortam hava kirliliği konusunda duyarlı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılanların %72,8'inin uykularının düzenli olduğu %22,4'ünün düzenli spor yaptığı saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada bu konu ile ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada düzenli spor yapma oranı %6,1 iken, başka bir çalışmada %38,7 bulunmuştur (171,184). Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada ise hiç spor yapmayanların oranı %54,6 ile %86,7 arasında değişmektedir. Sonuçlar arasında bu kadar büyük farklılıkların olması bölgesel farklılıklarla ve çalışma yapılan grupların özelleşmiş gruplar olmasıyla açıklanabilir. Spor yapmak eğitim ve sosyoekonomik özelliklerle bağlantılı olduğu için bu gruplar arasında ciddi farklar izlenmektedir (164).

6.5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLİ FAKTÖRLER

Araştırma grubunun, SYBD ölçeğinden aldığı en düşük puan 60, en yüksek puan 182 olup, ölçek toplam puan ortalaması $123,40 \pm 23,41$ olarak izlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, SYBD ölçeği toplam puan ortalamalarının $121,7 \pm 20,8$ ile $153,22 \pm 22,31$ arasında değiştiği görülmüştür. Araştırma grubunun SYBD ölçeği toplam puan ortalaması, Sönmezer ve arkadaşlarının, Tokuç ve Berberoğlu'nun, İlhan ve arkadaşlarının, Özkan ve Yılmazın yaptığı çalışmalarda saptadıkları değerler altında, bunun yanı sıra Kaya ve arkadaşlarının, Kocaakman ve arkadaşlarının, Ayaz ve arkadaşlarının, Cihangiroğlu ve Devecinin, Yalçınkaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda elde ettikleri değerlerin üzerinde izlenmiştir. SYBD ölçeği puan ortalamaları düşük izlenen çalışmalarda katılımcıların hastaneye başvuran hastalar, öğretmenler ve belli

bir bölgede yaşayan kişilerden oluştuğu, SYBD ölçeği puan ortalamaları yüksek izlenen çalışmalarda ise katılımcıların sağlık çalışanları ve üniversite öğrencilerinden oluştuğu görülmüş, bu farklılığın katılımcılar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmüştür (9, 10, 138, 191, 192, 193, 194, 195, 196).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $132,2\pm 19,7$ ile $138,69\pm 14,5$ arasında değiştiği görülmüş ve bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların puan ortalamalarının yüksek olması hem çalışma yapılan grupların üniversite öğrencisi olmalarından hem de farkındalıklarının yüksek olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir (197, 198, 199).

SYBD alt ölçeklerinden, en yüksek puan, kendini gerçekleştirme ($36,61\pm 7,98$), en düşük puan ise fizik aktivite ($8,77\pm 3,73$) alt ölçeğinden alınmıştır. Diğer alt ölçek puan ortalamaları ise, sağlık sorumluluğu $23,17\pm 6,10$, kişilerarası ilişkiler $20,24\pm 4,04$, stres yönetimi $17,45\pm 4,24$, beslenme alışkanlığı $17,14\pm 3,61$ olarak bulunmuştur. Alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılıklar hem alt ölçeklerin soru sayısından kaynaklanmakta, hem de katılımcıların alt ölçek sorularını cevaplama oranına bağlı olarak değişmektedir. Grubun en yüksek puanı kendini gerçekleştirme, en düşük puanı da fizik egzersiz alt ölçeğinden alması, yapılmış birçok çalışmayla paralellik göstermiştir. Yapılan çalışmalarda alt ölçek puan ortalamaları, kendini gerçekleştirme için $32,13\pm 7,53$ ile $40,3\pm 5,3$ arasında, fizik aktivite için $7,8\pm 3,3$ ile $10,61\pm 2,47$ arasında, sağlık sorumluluğu için $19,4\pm 5,8$ ile $25,37\pm 6,02$ arasında, kişilerarası ilişkiler için $18,06\pm 4,26$ ile $21,67\pm 3,39$ arasında, stres yönetimi için $15,1\pm 4,1$ ile $18,39\pm 4,04$ arasında, beslenme alışkanlığı için $14,9\pm 3,5$ ile $19,40\pm 3,46$ arasında değişmektedir (9, 10, 138, 167, 191, 193, 194, 195, 196, 200). Bu rakamlar çalışmanın önceden yapılmış çalışmaların ortalama değerlerine yakın olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete göre fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0,012$) SYBD toplam puan ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Erkeklerin ($9,35\pm 4,15$) fizik aktivite alt ölçek puanları kadınlardan ($8,37\pm 3,36$) daha yüksek izlenmiştir. Literatürde cinsiyetle ilgili olarak farklı sonuçlar mevcuttur. Çalışma sonuçları, Kocaakman ve arkadaşlarının hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmadaki bulgularla benzerlik gösterirken, Cihangiroğlu ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı

çalışmadan ve Çelik ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmadan cinsiyetle SYBD ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olması nedeni ile farklılık göstermiştir (193, 194, 201).

Medeni durum ile beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmasına ($p=0,008$) karşın, SYBD toplam puan ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır. Evlilerin ($17,43\pm 3,61$) beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalamaları bekârlardan ($16,36\pm 3,52$) yüksek bulunmuştur. Sonuçlar literatürle uyumlu izlenmiştir (138, 188). Evlilik, düzenli bir yaşam biçimini beraberinde getirdiği için evlilerin beslenme alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Öğrenim durumları ile SYBD toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,001$, $p=0,005$). Grubun öğrenim durumları yükseldikçe tüm puan ortalamaları da yükselmektedir. Yapılan diğer çalışma sonuçlarının, bu araştırma sonuçlarını destekler nitelikte olduğu görülmüştür (138, 196). Öğrenim durumunun artması kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Yaş grupları ile SYBD toplam puan ortalamalarına bakıldığında, 60 yaş ve üzerinde ($120,33\pm 22,16$) en düşük, 18-29 yaş grubunda ($126,20\pm 22,86$) en yüksek izlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,275$). Sadece fizik aktivite alt ölçek puan ortalamasında 18-29 yaş grubu ($10,15\pm 4,53$) ile 60 yaş ve üstü grup ($8,01\pm 3,34$) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,007$). Bu sonuç, gençlerin spor yapma eğiliminin daha yüksek olduğunu, 60 yaş üzerinde ise fizik aktivitelerin oldukça azaldığını göstermektedir. Literatürde farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Altıparmak'ın yaptığı çalışmada, yaş ilerledikçe kişilerarası destek, Özkan ve Yılmazın araştırmasında stres yönetimi, Kocaakman ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık davranışı, Cihangiroğlu ve Devecinin çalışmasında ise kişilerarası destek alt ölçek puanlarının arttığı görülmüştür (138, 167, 193). Bazı çalışmalarda da SYBD ölçeği ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (196, 202). Sağlığı geliştirme modeline göre bireylerin yaşları arttıkça SYBD puan ortalamaları artmaktadır. Ama bu puan artışı aktif çalışma hayatının olduğu dönemlere kadar devam etmekte daha sonra puanlarda

azalma izlenmektedir. Çünkü yaşla birlikte bağımlılık artmakta, hastalıklar ve baş etme kapasitesi azalmaktadır (42).

SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları son bir haftadır gelir getiren bir işte çalışma durumu ile değerlendirildiğinde çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0,691$, $p=0,202$, $p=0,632$, $p=0,525$, $p=0,129$, $p=0,734$, $p=0,371$). Yapılan çalışmalarda ise gelir getiren bir işte çalışanların, çalışmayanlara göre puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (196). Mesleklere göre incelendiğinde ise, memurların SYBD toplam puan ortalamaları ($132,62\pm 24,03$) en yüksek, ev hanımlarının ($120,56\pm 22,91$) en düşük bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki bu fark öğrenim durumunun mesleğe olan etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Algılanan gelir durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde, SYBD toplam puan ortalamaları en düşük olan grup, gelirin giderden az olduğunu ifade eden grup ($120\pm 24,12$) olmuştur. SYBD toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, fizik aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt ölçekleri ile algılanan ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,033$, $p=0,030$, $p=0,010$, $p=0,010$). Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir (9, 138, 167, 168, 191, 193). Olumlu ekonomik ortamın kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarını pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir.

Aile hekimlerini tanıyan grubun ($23,46\pm 6,02$) sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması, tanımayan gruptan ($21,72\pm 6,34$) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmıştır ($p=0,030$). Diğer alt ölçek puan ortalamaları ve SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile böyle bir ilişki bulunmamıştır. Bu duruma, bölgedeki aile hekimliği hizmetlerinin etkin sunulmasının bir sonucu olarak, kişilerin sağlık konusunda sorumluluklarının ve sağlıklı yaşam bilinç düzeylerinin artmasının neden olduğu düşünülmüştür.

Düzenli olarak kanser tarama testi yaptıranların ($25,07\pm 5,86$) sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması, yaptırmayan gruptan ($22,86\pm 6,09$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p=0,010$). Bunun sebebinin sağlık konusundaki duyarlılığı gelişmiş bireylerin doğal olarak erken tanı gibi sağlığın korunması

ve geliştirilmesi konularına daha yatkın olmaları ve önem vermeleri olduğu düşünülmüştür.

Sigara içme durumu ile SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Sonuçlar, Kaya ve arkadaşlarının 18 yaş üzeri kadınlarda yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur (196). Cihangiroğlu'nun sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise sigara içenlerin SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (193).

Alkol kullanımı ile fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada, alkol kullananların (10,53±4,57) fizik aktivite alt ölçek puan ortalamaları, kullanmayanlara (8,58±3,59) göre yüksek izlenmiştir (p=0,013). Literatüre bakıldığında Cihangiroğlu ve Deveci'nin sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı ve Özkan ve Yılmaz'ın hemşirelerde yaptığı çalışmalarda alkol kullanımı ile SYBD ölçeği puanları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (138, 193). Sonuçlar arasındaki farklılığının sebebinin araştırma grupları arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Sağlıklı beslenme alışkanlığı ile SYBD toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; p=0,000, p=0,001, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,005, p=0,000). Sağlıklı beslenme alışkanlığı olan grubun toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu izlenmiştir. Özkan ve Yılmaz'ın hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, sağlıklı beslenme alışkanlığı olanların fizik egzersiz alt ölçek puanının istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (138).

Düzenli fizik egzersiz yapanların tüm SYBD puan ortalamaları yapmayanlardan daha yüksek bulunmuş, beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması dışında tüm puan ortalamaları ile düzenli fizik egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,142, p=0,047, p=0,000). Özkan ve Yılmaz'ın hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada düzenli olarak fizik egzersiz yapanların stres yönetimi, egzersiz ve toplam SYBD ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (138). Cihangiroğlu ve Deveci'nin sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise egzersiz yapanların SYBD ölçek puanı yüksek olarak saptanmıştır (193). Düzenli fizik egzersiz yapanların sağlık konusunda belli bir duyarlılığa

sahip oldukları ve sağlıklı yaşam biçimleri ile ilgili bilinç düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

Televizyon izleme durumu ile SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Ancak haberleri günlük olarak takip eden grubun tüm SYBD puan ortalamalarının, etmeyen gruptan yüksek olduğu görülmüştür. Haberleri günlük takip etme durumu ile SYBD toplam puan, sağlık sorumluluğu ve fizik aktivite alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,027$, $p=0,014$, $p=0,041$). Günlük haberlerin takip edilmesi belirli bir bilinç ve duyarlılık gerektirmektedir bu yüzde haberleri günlük takip eden grubun kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

Evde interneti olan grubun SYBD toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu alt ölçeği dışında tüm alt ölçekler ve toplam puan ortalaması ile evde internet bulunma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,132$, $p=0,014$, $p=0,029$, $p=0,003$, $p=0,006$). Evde internet varlığı ile internette doğru bilgilere ulaşımın kolay olması sağlıklı yaşam ile ilgili bilgilere de ulaşmayı sağlayacağı için SYBD ölçeğinin puan ortalamasının yükselmesine yol açtığı düşünülmüştür.

Herhangi bir müzik aleti çalanlarda, SYBD toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları, çalmayanlara göre daha yüksektir. Ancak sadece fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması ile müzik aleti çalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,015$). Müzikle ilgilenmek ve müzik aleti çalmak hem öğrenim hem ekonomik durum ile ilişkili olduğu için puan ortalamaları müzik aleti çalmayanlara göre daha yüksek izlenmiştir.

6.6. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNUN SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Araştırma grubunun içinden seçilen ve 15 kadın ve 15 erkekten oluşan 30 kişilik müdahale grubunun yaş ortalaması $43,00 \pm 7,75$ 'dir (min:29, max:62). Müdahale grubunun %90,0'sinin ($s=27$) evli, %63,3'ünün ($s=19$) 30-44 yaş aralığında, %50,0'sinin ($s=15$) üniversite mezunu, %46,7'sinin ($s=14$) memur, %20,0'sinin ($s=6$) ev hanımı olduğu görülmüştür.

Kontrol grubunun yaş ortalaması 45,23±9,36 (min:29, max:63) olup 15 kadın 15 erkekten oluşmuştur. Kontrol grubunun %76,7'sinin (s=23) evli, %53,3'ünün (s=16) 45-59 yaş aralığında, %30,0'unun (s=9) lise mezunu, %23,3'ünün (s=7) üniversite mezunu, %23,3'ünün (s=7) serbest, %20,0'sinin (s=6) ev hanımı, %20,0'sinin (s=6) emekli olduğu görülmüştür.

Grubun sağlıkla ilgili sosyal belirleyicileri hakkındaki görüşleri incelendiğinde, müdahale grubunun %100,0'ü sosyal yapının, %96,7'si stresin, %76,7'si hayatın ilk yıllarının, %96,7'si sosyal dışlanmanın, %96,7'si kişinin iş durumunun, %96,7'si işsizliğin, %93,3'ü sosyal desteğin, % 96,7'si madde bağımlılığının, % 96,7'si beslenmenin, %93,3'ü de ulaşımın sağlığı etkilediğini ifade etmiştir. Grubun sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili olarak toplam farkındalık düzeyi skoru “9” olarak hesaplanmıştır.

Kontrol grubunun %100,0'ü sosyal yapının, %93,3'ü stresin, %86,7'si hayatın ilk yıllarının, %90,0'ı sosyal dışlanmanın, %93,3'ü iş durumunun, %93,3'ü işsizliğin, %76,7'si sosyal desteğin, % 100,0'ü madde bağımlılığının, % 100'ü beslenmenin, %66,7'si de ulaşımın sağlığı etkilediğini ifade etmiş ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili olarak toplam farkındalık düzeyi skoru “7” olarak hesaplanmıştır.

Müdahale grubunun farkındalık düzeyi skoru Kiraz ve arkadaşlarının çalışmasındaki belediye başkanlarının ve muhtarların puanlarından yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunun farkındalık düzeyi skoru ise Kiraz ve arkadaşlarının çalışmasındaki belediye başkanlarının puanlarından düşük, muhtarların puanlarından yüksek bulunmuştur (156). Genel olarak grubun farkındalık düzeyi yeterli olarak değerlendirilmiş ama yine de eksiklikler olduğu ve bu eksikliklerin geliştirilmesi gerekliliği düşünülmüştür.

6.7. MÜDAHALE AŞAMASI BULGULARI

Çalışmanın bu aşamasında uygulanan temel müdahale “eğitim” olmuştur. Eğitimin etkinliğini ortaya koymak için eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği kullanılmıştır.

Müdahale grubunun Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması, eğitimden önce 129,80±18,11, eğitimden sonra 141,96±16,88 olarak ölçülmüş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Kontrol grubunun ise Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması eğitimden önce 125,06±12,73, eğitimden sonra 123,26±11,16 olarak ölçülmüştür. Müdahale grubunda puan artışı izlenirken kontrol grubunda zaman içinde puanlarda düşme gözlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması, eğitimden önce Türkol ve arkadaşlarının asistan doktorlarda (116,31±17,80), Kulakçı ve arkadaşlarının yaşlılarda (123,74±22,42), Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı (121,85±18,05) çalışma sonuçlarının üstünde, Kafkas ve arkadaşlarının beden eğitimi öğretmenlerinde (145,70±15,509), Kuru ve Piyal'in hastaneye başvuran hastalarda yaptığı (153,22±22,31) çalışma sonuçlarının altındadır (16, 202, 203, 204, 205).

Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğine göre ise, müdahale grubunun puan ortalaması eğitimden önce 12,53±2,54 eğitimden sonra 14,60±1,95 olarak izlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Kontrol grubunun puan ortalaması eğitimden önce 11,36±2,97; eğitimden sonra 11,56±2,92 izlenmiş aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,083). Turgul'un yaptığı çalışmada sağlığı geliştirici davranış ölçeği puan ortalamasının, eğitimden önceki müdahale grubunun puan ortalamasının altında, kontrol grubunun ise üstünde bulunmuştur (18).

Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği eğitim öncesinde her iki gruba uygulanmış ve gruplar arasında fark bulunmamıştır (sırasıyla; p=0,246, p=0,108). Aynı ölçekler eğitim sonrasında tekrar uygulandığında her iki ölçekte de müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; p=0,000, p=0,000). Verilen eğitimle, müdahale grubunun puan ortalamaları yükselmiş, sağlığı geliştirici yaşam bilinci olumlu yönde etkilenmiş ve eğitimin etkinliği ortaya konmuştur.

Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğine göre müdahale grubunun eğitimden önce, % 13,3'ü zayıf, %60,0'ı orta, %26,7'si başarılı iken, kontrol grubunun %23,3'ü zayıf, %60,0'ı orta, %16,7'si başarılı izlenmiş ve müdahale ile kontrol grubu

arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,470$). Eğitimden sonra Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği tekrar uygulandığında, müdahale grubunun %3,3'ü zayıf, %30,0'u orta, %66,7'si başarılı iken, kontrol grubunda %23,3'ü zayıf, %56,7'si orta, %20,0'si başarılı olarak saptanmış ve müdahale ile kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Verilen eğitimlerin kişilerin başarılarını arttırdığı görülmektedir.

Cinsiyete göre Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirildiğinde kadınların başarı durumları daha yüksek saptanmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,200$). Turgul'un çalışmasında ise kadınlar istatistiksel olarak daha başarılı puan almışlardır (18).

Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası incelendiğinde, eğitim öncesi evlilerle bekarlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmezken ($p=0,220$), eğitim sonrasında evliler daha başarılı olmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,020$). Evliliğin daha düzenli yaşamaya neden olması ve sorumluluk duygusunu artırması nedeniyle evli olan grubun eğitimden daha fazla fayda görmesine neden olduğu düşünülmüştür.

Öğrenim durumuna göre Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği eğitim öncesi ve eğitim sonrası değerlendirildiğinde lise ve üstü öğrenim grubunun başarı durumu daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (sırasıyla; $p=0,123$, $p=0,061$). Turgul'un yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi yükseldikçe başarı puanlarının arttığı görülmüştür.

Müdahale ve kontrol grubunun cinsiyete göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, müdahale grubunda kadınlarda ve erkeklerde eğitim sonrası puan ortalamalarında artış gözlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$).

Müdahale ve kontrol grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, evlilerde ve bekarlarda puan ortalamalarında artış izlenmiş ama sadece evlilerde bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Evli olanların eğitimden daha fazla faydalandıkları sonucu çıkarılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubunun öğrenim duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, tüm eğitim gruplarında eğitim sonrası puan ortalamalarında artış gözlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$).

Müdahale ve kontrol grubunun cinsiyete göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, müdahale grubunda kadınlarda ve erkeklerde eğitim sonrası puan ortalamalarında artış gözlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,003$, $p=0,000$).

Müdahale ve kontrol grubunun medeni duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, sadece evlilerde puan ortalamalarında artış izlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol grubunun öğrenim duruma göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, tüm eğitim gruplarında eğitim sonrası puan ortalamalarında artış gözlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Toplanan veriler ve yapılan analizler neticesinde Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği sonuçlarının benzerlik gösterdiği izlenmiştir. Bu benzerlik istatistiksel olarak incelendiğinde, iki ölçek arasındaki korelasyona bakılmış; eğitimden önce pozitif yönde orta ($r=0.416$, $p<0.01$), eğitimden sonra pozitif yönde güçlü korelasyon ($r=0.595$, $p<0.01$) bulunmuştur. Sağlığı geliştirici davranışları ölçen bu iki ölçek arasındaki uyum ileride yapılabilecek çalışmalarda ikisinin de kullanılabilceğini göstermektedir.

Bu çalışma ile bölge tanımlanmış, müdahale alanı belirlenmiş ve yapılan müdahale sonrasında önemli gelişmeler izlenmiştir. Gerçekleştirilen eğitimler ve kullanılan eğitim materyalleri ile müdahale grubunda ilginin ve konu hakkında farkındalığın artması sağlanmış, bu da davranışlara olumlu şekilde yansımıştır. Literatürde de benzer sağlığı geliştirme çalışmaları mevcuttur. Jemmot JB ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği sağlığı geliştirme müdahale çalışmasında da eğitim faaliyetleri ön plana alınmış, yetişkin erkeklerin fiziksel aktivite kılavuzuna ne kadar uygun davranış

sergiledikleri incelenmiştir. Çalışma sırasında sürekli ara raporlar oluşturulmuş ve programın denetlenmesi sağlanmıştır. Çalışma sonunda uygun davranış oranı müdahale grubunda %51,0, kontrol grubunda %44,7 izlenmiş, OR ise 1,34 saptanmıştır (206).

Jacobson ve Wetta'nın çalışmasında Kansas'ta 18 halk sağlığı departmanının dahil olduğu emzirmeyi teşvik eden müdahale çalışmasının ara değerlendirmeleri sunulmuştur. Sağlık birimlerinin sektörlerarası işbirliği ile gerçekleştirdiği çalışmada öğrenim durumu ve meslek sınıfı emzirminin geliştirilmesinde ana faktörler olarak bulunmuştur (207).

Hartman ve arkadaşlarının kilo verme ile ilgili müdahale çalışmasında diyabet ve hipertansiyon gelişiminin geciktirilmesi ve sağlıklı kalmayı sağlayan maliyet etkin bir yöntem geliştirilmesi planlanmıştır. Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran obez ergenlerde gerçekleştirilen ve iki yıl süren bu çalışmada ilk yıl aylık telefonla görüşülerek ve posta yoluyla broşürler yollanarak eğitimler verilmiş, ikinci yıl arada yüzyüze görüşmeler ve posta yoluyla eğitim materyalleri gönderilerek eğitimlere devam edilmiştir. Çalışma neticesinde kilo kaybını sağlamak için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite oranlarında artma izlenmiş, çalışma maliyet etkin olarak nitelenmiştir (208).

Başka bir çalışmada ise Dawson-McClure ve arkadaşları çocukluklarda obezitenin önlenmesine yönelik kentlerde yaşayan düşük gelirli anaokulu öncesi çocukları olan ailelerde müdahale gerçekleştirmiştir. Müdahale çalışmasında çalışma ortakları ile birlikte sürekli veri değerlendirmeleri yapılmış ve müdahale programlarında bu doğrultuda düzenlemelere gidilmiştir. Müdahale sonrasında, çocukların beslenme bilgilerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı, televizyon izleme oranlarının ise azaldığı izlenmiştir. Çalışmada sağlıklı çocukluk için erken çocukluk döneminde aile merkezli yaklaşım önerilmektedir (209).

Yapılan çalışmaların ortak özelliği bu çalışmalarda sektörlerarası işbirliğinin çalışmaların temelini oluşturmasıdır. Tek başına üniversite tarafından yapılan bu çalışmada daha ileri sonuçlara gitmek için önemli iş ortakları gereklidir. Çünkü sağlığı geliştirme programları sadece bir kurumun eğitim faaliyetleri ile gerçekleştirmek mümkün değildir. Bunun için yerel yönetimler ve sağlık yöneticileri ile birlikte çalışmak üniversitenin koordinatör görevi yürütmesi sağlanmalıdır. Buna en güzel örnek olarak kardiyovasküler

hastalıkların azaltılmasına yönelik Kanada’da gerçekleştirilen Kalp Sağlığı Programı verilebilir. Çalışmada kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinin, birincil olarak sağlığın geliştirilmesi yaklaşımına ihtiyaç duyduğu ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ortaya çıkmıştır. Program sayesinde il düzeyinde gerçekleştirilen kalp sağlığı araştırmalarının halk sağlığı sistemi tarafından uygulanmasının, politika ve ortaklık gelişimi için çok önemli olduğu ortaya konmuştur. Programın il düzeyinde uygulanmasının etkinliği arttırdığı belirtilmiştir. Programın uygulama aşamasında, proje birimleri, il sağlık müdürlüklerinin halk sağlığı birimlerinde kurulmuş ve üniversitelerin bölümlerine bağlanmıştır. Program neticesinde halk eğitimi ve toplumun katılımı en çok kullanılan stratejiler olarak belirtilmiş ve programda biyolojik risk faktörlerinden çok (yüksek tansiyon ve diyabet gibi), davranışa ilişkin risk faktörlerinin (kötü beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği) belirleyicilerine odaklanılmıştır (210).

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar ve literatür örnekleri göz önüne alındığında; çalışmalarda belli bir konunun ve ölçülebilir birkaç parametrenin ele alınıp sadece o konularda çalışılması gerektiği görülmektedir. Bir konu üzerinde yoğunlaşılması halinde müdahale çalışmaları başarılı olmaktadır. Programın planlanmasında özelinde halk sağlıkçıların görev aldığı üniversitenin koordinatörlüğünde, yerel yönetimler, sağlık yöneticileri ve sağlık hizmeti verenlerin bir arada olması çalışmaların toplum tarafından kabulünü arttırmaktadır.

Müdahale programı masa başında elde edilen sonuçlarla değil toplum tanındıktan sonra, toplumun sosyal ve kültürel özelliklerine göre planlanmalı, müdahale alanları da toplumun eksikliklerine göre düzenlenmelidir. Özellikle üniversiteler tarafından, toplumu tanıma çalışmaları ve araştırmaları artırılmalı, böylece elde edilen veriler ışığında toplumun sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları konusundaki ihtiyaçları saptanıp, o doğrultuda plan ve programlar yapıp üniversitenin önderliğinde eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerin müdahale bölgesinde verilmesi ve toplumun kendi ortamında rahat bir şekilde eğitimlere katılmasını sağlayarak eğitimlerin etkinliğini arttıracaktır.

Üniversitelerin gerek sağlığın geliştirilmesi gerekse toplum kalkınmasına yönelik yapılacak tüm çalışmalarda koordinatör görevi üstlenmesi ve halkla işbirliği içinde olması çalışmaların daha olumlu neticelerle sonuçlanmasını sağlayacaktır. Bunun için

üniversitelerin yerel yönetimlerde etkin şekilde görev almaları sağlanmalı ve toplumun kalkınmasında görev ve sorumlulukları arttırılmalıdır.

Televizyon kullanımı fazlalığı göz önüne alınarak, kamu spotları ile sağlık kavramı ve sağlığın korunması geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam konusunda toplumun duyarlılığı artırılmalıdır. Özellikle çocuklar ve gençler için eğitim sisteminde düzenlemeye gidilerek sağlıklı yaşam davranışları ve sağlığı geliştirme ile ilgili konuların müfredat içinde yer alması sağlanmalıdır.

Özetle çalışmalar, üniversitelerde halk sağlığı koordinatörlüğünde, eğitimlerde mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası öğrencilerin de katılımıyla yerel yönetimler ve sağlık hizmeti sunanlarla birlikte sektörlerarası işbirliği kurallarına uygun olarak yürütülür ve çalışmaların devamlılığı sağlanırsa başarıya ulaşacaktır.

7. ÖZET

BİR BÖLGENİN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNDE ÜNİVERSİTENİN ROLÜ- MODEL ÖNERİSİ

Bu çalışmada, Aydın ili Mesudiye Mahallesi'nin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek, sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki farkındalıkları saptamak ve uygulanan eğitim programı ile üniversitenin, sağlığı geliştirme programlarındaki etkinliğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışma, Temmuz 2012 - Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş, müdahale tipinde bir çalışmadır. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Anketi, Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği (SYBD), Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sosyodemografik Bilgi Anketi, Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeği ve Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada uygulanan temel müdahale eğitimidir. Veriler SPSS 17 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde dağılımlar gösterilmiş, ortalama±standart sapma verilmiştir. Analitik analizlerde ki-kare testi, t testi, bağımlı gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi, Tukey HSD testi kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır. Ölçeklerin çalışmadaki güvenilirliğini değerlendirmek için cronbach alpha katsayısı kullanılmıştır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması $48,67\pm 15,78$ (min:19, max:88) olup, %59,0'u (n=245) kadın, %73,7'si (n=306) evli, %52,8'i (n=219) ilkokul mezunu, %48,2'si (n=200) ev hanımıdır. Grubun % 69,6'sının sağlıklı beslenme alışkanlığı olduğu, %71,1'inin sigara kullanmadığı, %90,4'ünün de alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Araştırma grubunun toplam SYBD puan ortalaması $123,40\pm 23,41$ (min:60, max:182)'dir. SYBD alt ölçek bileşenlerinden en yüksek puanı, kendini gerçekleştirme ($36,61 \pm 7,98$), en düşük puanı ise fizik aktivite ($8,77\pm 3,73$) alt ölçeğinden almıştır. Cinsiyete göre fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması ($p=0,012$), medeni duruma göre beslenme alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması ($p=0,008$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Grubun öğrenim durumları yükseldikçe SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamaları da istatistiksel olarak yükselmektedir.

Araştırma grubu içinden seçilen müdahale grubunun yaş ortalaması $43,00 \pm 7,75$ (min:29, max:62), %90,0'ı (s=27) evli, sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalık düzeyi skoru 9 bulunmuştur. Kontrol grubunun yaş ortalaması $45,23 \pm 9,36$ (min:29, max:63), %76,7'si (s=23) evli, sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalık düzeyi skoru 7 bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarına eğitim öncesi ve eğitim sonrası uygulanan Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğine göre müdahale grubunda eğitim sonrasında puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı artış izlenmiştir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları arasında Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğine göre fark bulunmamış (sırasıyla; $p=0,246$, $p=108$), eğitim sonrasında müdahale ve kontrol grupları arasında her iki ölçek içinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,000$, $p=0,000$).

Pender'in Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Bausell'in Sağlığı Geliştirici Davranışlar Ölçeğinde, eğitim öncesi ve eğitim sonrasında, kadınlarda, erkeklerde, evlilerde ve tüm öğrenim gruplarında anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışma neticesinde mahallede verilen eğitimlerin ve mahallede yapılmaya çalışılan müdahalenin etkin olduğu, müdahale sonrası elde edilen çıktılarının olumlu yönde gelişme lehine sonuçlandığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarına göre, üniversite toplumu bütünleştiği zaman ve bilgi birikimi halka yönlendirdiğinde toplum açısından olumlu gelişmeler kısa sürede bile olsa kendini göstermektedir. Sektörler arası işbirliği ile çalışmalar yaygınlaştırıldığı ve sürekliliği sağlandığı takdirde çok daha verimli sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi

İletişim: gulnursaruhan@yahoo.com

8. ABSTRACT

UNIVERSITY'S ROLE IN DEVELOPMENT OF A REGIONAL HEALTH-MODEL PROPOSAL

This study aims to investigate the healthy lifestyle behaviors of Aydin province, Mesudiye neighborhood and factors affecting these behaviors, to determine the level of awareness about the social determinants of health, and to examine the effectiveness of the university on health promotion programs through applied training program.

This is an intervention study conducted between the dates July 2012-December 2013. In order to collect data, Socio-demographic Characteristics Questionnaire, Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP), Social Determinants of Health and Sociodemographic Characteristics Questionnaire, Bausell's Measure of Health Promoting Behavior Scale and Pender's Health Promoting Healthy Life Style Scale were used as instruments. The main intervention applied in this study is education. The data collected were analyzed by SPSS 17 package program. By means of descriptive statistics, frequency distributions, percentages, mean scores \pm standard deviations were given. For analytical analysis, chi-square test, t-test, paired-samples t-test, one-way ANOVA and Tukey HSD were used. Type-1 error was accepted as $\alpha=0,05$. In order to evaluate the reliability of the scales for this study, cronbach's alpha coefficient was checked.

The mean age of the research group was defined as $48,67\pm 15,78$ (min:19, max:88), comprised of 59% females (n=245), 73,7% of whom are married (n=306), 52,8% of whom are primary school graduate (n=219), and 48,2% of whom are housewives (n=200). It was stated that 69,6% of the group has healthy eating behaviors, 71,1% of the group do not smoke, and 90,4% of the group do not drink alcohol.

The mean score for total HPLP of the research group was calculated as $123,40\pm 23,41$ (min:60, max:182). Out of all HPLP subscales, the highest score was taken from spiritual growth ($36,61 \pm 7,98$), and the lowest score was taken from physical activity ($8,77\pm 3,73$). The mean scores for physical activity subscales according to gender differences ($p=0,012$), and the mean scores for nutrition subscales according to marital status ($p=0,008$) yielded statistically significant differences within. It is stipulated that the

higher the educational backgrounds of the participants are, the higher the mean scores for total HPLP and its subscales statistically become.

The intervention group selected among the research group had a mean age of $43,00 \pm 7,75$ (min:29, max:62), 90% of whom were married (n=27) with a score of 9 for the level of awareness about the social signifiers of health. The mean age of the control group was calculated as $45,23 \pm 9,36$ (min:29, max:63), 76,7% of whom were married (n=23) with a score of 7 for the level of awareness about the social signifiers of health. According to the results gathered from intervention and control groups by means of Pender's Health Promoting Healthy Lifestyle Scale and Bausell's Measure of Health Promoting Behavior both before and after training, it can be stipulated that there is a statistically significant increase in the mean scores of intervention group after training. There is no significant difference between intervention and control groups before training within the scope of Pender's Health Promoting Healthy Life Style Scale and Bausell's Measure of Health-promoting Behavior test results ($p=0,246$; $p=108$ respectively). However, there is a statistical significant difference between intervention and control groups for both of the aforementioned scales after training ($p=0,000$; $p=0,000$ respectively).

It is asserted that there is a significant difference between females, males, married ones and all of the educational background groups before and after training according to Pender's Health Promoting Healthy Life Style Scale and Bausell's Measure of Health-Promoting Behavior.

In the light of these, it can be stipulated that the intervention and the training program applied in the neighborhood is effective, and the output acquired after the intervention is resulted in positively towards development. According to the results of this study, once the university and society become integrated and accumulation of knowledge is directed to the society, positive developments mushroom even in a short period of time. It is suggested that more productive results are to be taken in the event that cross-sectoral cooperation is enabled and its continuity is maintained.

Key words: health behavior, healthy lifestyle behaviors, health education, health promotion

Contact: gulnursaruhan@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Özvarış ŞB, Temel F. Sağlık Geliştirme. Halk Sağlık Özel Konular No:4. Ankara 2007. p. 12-17.
2. Kong R. Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge For Public Health Nurses. Public Health Nursing 1995; 12(5): 312-8.
3. Dickey Janick JJ. Lifestyle Modifications in the Prevention and Treatment of Hypertension. Endorc Pract 2001; 7(5):392-399.
4. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 20 (1):77-95.
5. Stockert, PA. The Determinants Of Healthpromoting Lifestyle in Older Adults. The Degree of Doctor of Philosophy, University of Saint Louis 2000. Saint Louis.
6. Belloc NB, Breslow L. Relationship of Physical Healt Status and Health Practices. Preventive Medicine. 1972; 1(3): 409-421.
7. Ocakçı A. Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. 2007; <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> (Erişim Tarihi: 05.04.2013)
8. Fleming P, Marshall G. Lifestyle Interventions in Primary Care. Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Can Fam Physician 2008; 54: 1706-1713.
9. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2):26-34.
10. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlık Geliştirici Davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6):10-16.
11. Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health Promoting Behaviors and Factors Related to Lifestyle Among Turkish Workers and Occupational Health Nurses Responsibilities In Their Health Promoting Activities, Industrial Health 2007; 45(1): 151-159
12. Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N, Şenturan L. Hemşirelik Yüksekokulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 07-11 Eylül 2003; s:70.
13. Fertman IC, Allensworth DD. Sağlık Geliştirme Programları, Teoriden Pratiğe, TC Sağlık Bakanlığı, 1. Baskı, Bakanlık Yayın No:882, Ankara, 2012.

14. Astin AW, Astin HS. Leadership reconsidered: Engaging Higher Education In Social Change. W.K. Kellogg Foundation 2000.
15. Oğuz A. Bilgi Çağında Yükseköğretim Programları. Milli Eğitim Dergisi 2004; s:164.
16. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6):409-420.
17. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion Throughout The Life Span 1990.
18. Turgul Ö. Çok Boyutlu Sağlık Anketinin Türkiye'ye Uyarlanması, Bu Ankete Dayalı Çalışmanın Menderes İlçesinde Uygulanması ve Bu Bölgedeki Halkın Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Karşılaştırılması. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, 2000.
19. Badura B, Kickbusch I. Health Promotion Research: Towards A New Social Epidemiology. WHO Regional Publications. European Series 1991. No:37
20. Somunoğlu S. Kavramsal Açından Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 1999; 4(1): 51-62.
21. Robinson J, Elkan R. Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York 1996.
22. Aggleton P. Health. J&L Composition Ltd. London 1990.
23. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986.
24. Patrick D, Erickson P. Health Status and Health Policy. Oxford University Press 1993, Oxford.
25. Gochman DS. Health Behaviour Emerging Research Perspectives. Plenum Pres, 1988. New York.
26. Smith CM, Maurer FA. Community Health Nursing: Theory and Practice” 2. ed. 2000. WB Saunders Company.
27. Volden C, Longemo P, Adamson M, Oechsle L. The Relationship of Age Gender and Exercise Practices to Measure of Health, Lifestyle Esteem. Nursing Research. 1990; 3(1):20-6.
28. Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hayduk LA. “An Exploration Of Penders Health Promotion Model Using LISREL” Nursing Research 1993; 42(3): 132-138

29. Delaney, F.G. (1994). Nursing And Health Promotion: Conceptual Concerns. Journal of Advanced Nursing, 1994; 20: 828-835
30. Esin N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
31. Spellbring M. Nursing's Role in Health Promotion. Nursing Clinics of North America 1991; 26(4):805-814.
32. Tabak RS. Sağlık, Sağlık Davranışı ile İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi. Ankara, Somgür Yayıncılık 1-12, 2000.
33. Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK, Strombog FM. Predicting Health Promoting Lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 1990; 39 (6): 326-332.
34. Aksayan S. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul. Birlik Ofset. 1998. 26-40
35. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011.
36. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012.
37. Ferguson KJ. Health Behaviour. Wallace RB. Public Health and Preventive Medicine. 14. Ed. Stamford: Appleton and Lange, 1998; 811-816.
38. Erden M, Akman Y. Kendini gerçekleştirme, Eğitim Psikolojisi. Ankara. Arkadaş Yayınları. 1985.
39. Birol, L. Hemşirelik Süreci. İzmir. Bozyaka matbaası, 2005: 13-35
40. Duffy M, Rossow R, Hernandez M. Correlates of Health Promotion Activities in Employed Mexican American Women. Nursing Research, 1996; 45 (1): 18-24
41. Maslow Abraham H. Motivation and Personality. New York: Harper and Row. 1970.
42. Pender NJ, Murtdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice, Fourth Edition, New Jersey, 2002:13-209.
43. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile: Development and Characteristics. Nursing Research, 1987; 36 (2).
44. Tokgöz E. Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.

45. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1.Basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın, No: 730, 2008.
46. Tayar M, Korkmaz NH. Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayın, 2007.
47. Yücecan S. Besin Tüketimindeki Değişimler ve Yeni Eğilimler. Türk Mutfak Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı, Yayın No:23, 1999; 235-244.
48. Baysal A. Sağlıklı Beslenme: Uzmanların Önerisi ve Tüketici Algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1998; 27 (2): 1-4.
49. Sürücüoğlu MS. Beslenme ve Sağlığımız. Standart. 1999; 38(448): 40-52
50. Yetley EA, Park YK. Diet and Heart Disease. Health Claims 1995; 125:679-685
51. Koçoğlu G. Beslenme ve Kronik Hastalıklar. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Sivas 1997; 19: 1.
52. Wang HH. Predictors of Health Promotion Lifestyle Among Three Ethnic Groups of Elderly Rural Women in Taiwan. Public Health Nursing. 1999;16 (5).
53. Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim, 1.Baskı, İzmir, Başsaray Yayımevi, 1996; 1-22.
54. Arkanoc S. Grup İlişkileri. 1. Baskı, Alfa Basın Yayın Dağıtım. İstanbul. 1993.
55. Hovardaoğlu S. Kişiler Arası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. Kriz Dergisi 1995; 3 (1-2):7-12.
56. Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, 2005.
57. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul. 1999.
58. Batlaş, Z. Sağlık Psikolojisi. İstanbul. Remzi Kitabevi. 2000: 150-155.
59. Öztürk Y, Çetinkaya F. (Cev. Eds) Dünya Sağlık Örgütü. Temel Sağlık Eğitimde Sağlık Eğitimi El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınları No:116, Kayseri, 1999.
60. Fişek HN. Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Ankara, 1983.
61. Güler Ç. Sağlık Eğitimi, 3. Baskı, Hatiboğlu Yayınları: 23, Ders Kitabı Dizisi:13, Ankara. Hatiboğlu Yayımevi, 1987.
62. TC Milli Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik, Sağlık Eğitimi Kavramı İlke Faktörleri ve Sınıflandırılması. Ankara 2013.

63. Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, 2011.
64. Tones K. Health Education Behaviour Change and the Public Health. (Eds) Detels R, Holland WW, McEwen J, Ommen GS. Oxford Textbook of Public Health, Third Edition Oxford University Press, 1997; 2:783-814.
65. Ingalls JD. Trainers Guide to Androgogy, Revised Ed, US Department of Health, Education and Welfare, Health Care Financing Administration, Washington DC, 1973.
66. Tekbaş ÖF, Ceylan S, Oğur R, Açikel C, Göçgeldi E. Sağlık Eğitiminde Kullanılan Materyaller ve Etkin Kullanımı. Ankara. 2005.
67. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları, Toraks Dergisi, 2004; 5:6-12.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi. Ankara, 2011.
69. Charles D. Universities And Territorial Development: Reshaping The Regional Role of UK Universities. Local Economy, 2003; 18(1):7-20.
70. Rosan RM. The Role of Universities Today: Critical Partners in Economic Development and Global Competitiveness. 2006, http://www.icfconsulting.com/Markets/Community_Development/docfiles/role-universities.pdf, (Erişim Tarihi:Nisan 2013).
71. Cleary J. The Entrepreneurial University and The Learning Economy in A Regional Context. 2002, <http://www.aair.org.au/jir/2002Papers/Cleary.pdf>, (Erişim Tarihi:Nisan 2013).
72. Jeffery C. The Resurgence of Regional Governments, Universities and the ‘New Regionalism’, ACU Conference of Executive Heads, Cyprus, 22-26 April 2001: 1-6.
73. Çetin M. Bölgesel Kalkınma Ve Girişimci Üniversiteler. Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review. 2007; 7(1): 217-238.
74. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu. Resmi Gazete Tarih: 6.11.1981 Sayı: 17506. http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc064/kanunmgkc064/kanunmgkc06402547.pdf (Erişim Tarihi:Nisan 2014).

75. Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturularak İşbirliği Yapılması Hakkında Protokol, SEAB-protokolu.PDF-13776971950.pdf (Erişim tarihi: Mayıs 2014)
76. Wilkinson R, Marmot M. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri; Somut Gerçekler. (Türkçe) WHO, 1998.
77. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The solid facts, International Centre for Health and Society. 2. Edition. WHO, Denmark, 2003.
78. Winslow, CEA. The Untilled Field of Public Health. Modern Medicine, 1920; 2:183.
79. Lalonde M. A New Perspective on The Health of Canadians, A Working Document, 1974.
80. Türk Tabipleri Birliği, Füsun Sayek TTB Raporları, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, TTB Yayınları, Ankara, 2009.
81. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. 1. Baskı, Bakanlık Yayın No: 813, Ankara, 2011.
82. Ottawa Bildirgesi, Birinci Uluslararası Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, 17-21 Kasım 1986, Ottawa, Kanada. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
83. Adelaide Tavsiyeleri, İkinci Uluslararası Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, 1988, Güney Avustralya. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html> (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
84. WHO. The Milan Declaration On Healthy Cities, 1990. World Health Organisation, http://www.euro.who.int/_data/assess/pdf_file/0019/101449/milandec.pdf (Erişim Tarihi: Nisan 2013)
85. Sundsvall Sağlıkı Destekleyen Çevreler Bildirgesi, 1991, İsveç. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.html> (Erişim Tarihi: Nisan 2013)
86. Santafe De Bogota Bildirgesi, 1992, Kolombiya. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/declarationBogota.pdf> (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).

87. Aktan CC, Işık AK. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf> (Erişim Tarihi: Nisan 2013).
88. Amsterdam Bildirgesi, Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi, 1994, Hollanda http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta_haklari/bildirgeler.htm (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
89. Bali Bildirgesi, Dünya Tabipleri Birliği Hasta Bildirgesi, 1995, Endonezya. http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta_haklari/bildirgeler.htm (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
90. Jakarta Bildirgesi, Dördüncü Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı,1997, Endonezya. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/index.html> (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
91. Meksika Bakanlık Bildirgesi, 2000, Meksika. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
92. Bangkok Şartı, Altıncı Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, 2005, Tayland. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/hpr_special%20issue.pdf (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
93. Nairobi Bildirgesi, Yedinci Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, 2009, Kenya. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html> (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
94. Helsinki Bildirgesi, Sekizinci Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, 2013, Finlandiya. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/index.html> (Erişim Tarihi: Aralık 2013).
95. Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek Ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10:2.
96. Champion VL. Use of the Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self-Examination, Research in Nursing & Health, 1985; 8: 373-379.
97. Mikhail B. The Health Belief Model:A Review and Critical Evaluation of The Model, Research and Practice. In Chinn PL (Ed): Developing Substance Mid-Range

- Theory in Nursing, Advances in Nursing Science Series, An Aspen Publication, Maryland, 1994; 74-92.
98. Fulton JP, Buechner JS, Scott HD. A Study Guided By The Health Belief Model of The Predictors of Breast Cancer Screening of Women Ages 40 and Older, Public Health Reports, 1991; 106 (4): 410-419.
 99. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later, Health Education Quarterly, 1984; 11(1): 1-47.
 100. Rosenstock IM. Why People Use Health Services, Milbank Quartely, 1965;44:94-127.
 101. Pender N, Barkauskas V, Hayman L. Health Promotion and Disease Pervation Toward Exlence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 1992; 40(3): 106-112.
 102. Bahar Z, Aıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı, DEUHYO ED, 2014; 7(1), 59-67.
 103. World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. (Erişim Tarihi: Mayıs 2013).
 104. Őimřek, Z. Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve rneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. TAF Prev. Med. Bull. 2013; 12(3):343-358.
 105. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2011.
 106. WHO, 2003: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs273/en/> (Erişim Tarihi: Ocak 2014)
 107. WHO: Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable To Selected Major Risks, 2009.
 108. World Health Organization, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities> (Erişim tarihi: Ocak 2014)
 109. Yanuca Island Declaration. WHO Regional Office for the Western Pacific. WPR/RC46/INF.DOC./1. Manila,1995.
 110. Thomsson, H. Menckel, E. What Is Workplace Health Promotion?A Swedish Perspective. Management and Labour Improving Work Enviroment, Prevent (former Joint Industrial Safety Council), Sweden, 1997.

111. Okullar vasıtasıyla sağlığın geliştirilmesi. Kapsamlı Okul Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Teşviki DSÖ Uzman Komitesi Raporu. DSÖ Teknik Rapor Serileri N:870. DSÖ, Cenevre, 1997.
112. Sağlığı Geliştiren Hastaneler Hakkında Budapeşte Bildirgesi. DSÖ, (EURO), Kopenhag, 1991.
113. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Bakanlık Yayın No: 814, 1. Baskı, Ankara, Nisan 2011.
114. TC Sağlık Bakanlığı, DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Uygulama Rehberi, 2010.
115. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Resmi Gazete: 25 Aralık 2004, Sayı: 25681, Karar Sayısı: 2004/8235.
116. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009; 72(1): 029-035.
117. Piyal B. Sağlığın Geliştirilmesi ve Bu Alandaki Başarılı Uygulamalar. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Pamukkale, 2007.
118. Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein MH, Naveh P. The CHAD Program Fort He Control Of Cardiovascular Risk Factors İn A Jerusalem Community:A 24-Year Retrospect. Ist J Med Sci. 1994; 30: 108-119.
119. Metintaş S. Arıkan İ. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmada Toplum Tabanlı Koruma Projelerinin Yeri. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(4):357-362.
120. Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P, Paavola M. The North Karelia Project: From North Karelia to National Action Helsinki 2009.
121. Minnesota Heart Health Program, 1980, <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00005150>
122. WHO, Mainstreaming Health Promotion, Draft Of Technical Document in Development For The Global Conference On Health Promotion, 2009.
123. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi Araştırma Raporu, Ankara 2004.
124. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, “Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası” <http://www.sggm.saglik.gov.tr/belge/1-15723/kampanya-hakkinda.html> (Erişim tarihi: Nisan 2014)

125. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, “El Yıkama Kampanyası”, <http://www.sggm.saglik.gov.tr/belge/1-15741/obezite-mucadele-hareketi-kampanyasi.html> (Erişim tarihi: Nisan 2014)
126. Görgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. The District Health System, Experience and Prospects in Africa. Manual for Public Health Practitioners. 2nd Edition. Wiesbaden 2004.
127. Uçku R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde ‘Bölge’ Kavramına Yaklaşım. 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Bildiri Kitabı. 2007, s:35-37.
128. Kılıç B, Aksakoğlu G. Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005). Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):7-14.
129. Kahssay AM, Oakley P. Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice. WHO, Geneva 1999.
130. Amonoo-Lartson R, Ebrahim GJ, Lovel HJ, Ranken JP. District Health Care. Macmillan Education Ltd. Basingstoke and London 1989.
131. TC Eskişehir Valiliği, <http://www.eskisehir.gov.tr/tr/haberler/5205-eskisehir-bolgesinde-olusturulan-saglik-egitim-ve-arastirma-protokolu-imzalandi-5205.html> (Erişim Tarihi: Mayıs 2014)
132. TC Manisa Valiliği, http://www.manisa.gov.tr/default_B0.aspx?id=5303 (Erişim Tarihi: Mayıs 2014)
133. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Anatol J Clin Investig, 2009; 3(3):164-169.
134. Oğuz A, Sagun G, Uzunlulu M, Alpaslan B, Yorulmaz E, Tekiner E, Sarıışık A. Sağlık Çalışanlarında Abdominal Obezite Ve Metabolik Sendrom Sıklığı Ve Bu Durumlar Hakkında Farkındalık Düzeyleri. Türk Kardiyol Dern Arş 2008; 36:302-309.
135. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2005.
136. Miller SK, Alpert PT, Cross CL. Overweight And Obesity in Nurses, Advanced Practice Nurses, and Nurse Educators. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2008; 20(5): 259–265.

137. Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee IM, Spelsberg A, Buring JE, Willett WC, Manson JE. Body Mass Index and Mortality in US Male Physicians. *Ann Epidemiol* 2004; 14:731–739.
138. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(7):89-105.
139. Öztürk Ö. Sağlık Çalışanları ve Sigara. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009;16 (2): 32-38.
140. Oberg EB, Frank E. Physicians' Health Practices Strongly Influence Patient Health Practices. *J R Coll Physicians Edinb* 2009; 39:290–291.
141. Frank E. Physician health and patient care. *JAMA* 2004; 291:637.
142. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med* 2003; 36:41–44.
143. TÜİK, Seçilmiş Göstergelerle Aydın, 2012 Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, Eylül 2013
144. Aydın Valiliği, Aydın İli Kent Rehberi http://www.aydin.gov.tr/default_b0.aspx?content=1228 (Erişim Tarihi: Mayıs 2014)
145. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı, 2013 <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> (Erişim Tarihi: Mayıs 2014)
146. TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, 2013 <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul?kod=2> (Erişim Tarihi: Mayıs 2014)
147. TÜİK Göç İstatistikleri 2013, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>
148. TÜİK Hayati İstatistikler 2013, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>
149. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish Language Version Of The Health Promotion Lifestyle Profile, *Nursing Research*, 1990; 39(5): 268-273
150. Hui WH. The Health Promoting Lifestyle of Undergraduate Nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*, 2002; 18(2): 101-111.
151. Bond ML, Jones ME, Cason C, Campell P, Hall J. Acculturation Effects On health-Promoting Lifestyle Behaviors Among Hispanic-Origin Pregnant Women. *Journal of Multicultural Nursing& Health*, 2002; 8(2): 61-68.
152. Ege E, Zincir H, Günes G, Bilgin N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2003; 14(2): 83-92.

153. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1998; 2(2): 60-68.
154. Zincir H, Ege E, Aylaz R, Bilgin N, Timur S. Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 2003; 14(1): 77-84.
155. Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Pres, 2000.
156. Evcı Kiraz ED, Ergin F, Okur O, Saruhan G, Beşer E. Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: a cross-sectional study. BMC Public Health 2012; 12:437.
157. Bausell RB. Health-seeking Behavior Among The Elderly. Gerontol. 1986; 26: 556-559.
158. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, C.U.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1):1-13.
159. Özdoğan FB, Tüzün DK. Öğrencilerin üniversitelerine duydukları güven üzerine bir araştırma. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2007; 15(2): 639-650.
160. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2006, s:405.
161. Trakya Bölgesi Turizm Potansiyeli Araştırması 2012, Trakya Kalkınma Ajansı. <http://www.trakyaka.org.tr/uploads/docs/11092012SMUZIa.pdf> (Erişim Tarihi: Nisan 2013)
162. TÜİK Haber Bülteni 2013. Hanehalkı İşgücü İstatistikleri, Şubat 2014. Sayı:16007. 15 Mayıs 2014.
163. Türkiye İleri Yaşlılık Araştırma Merkezi (TİYAM) <http://www.aktuelpsikoloji.com/turkiye-ileri-yaslilik-arastirma-merkezi-4911h.htm>
164. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2011, Ankara 2011.
165. Türkiye Aile Yapısı Araştırması, Konda Ocak 2012
166. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, Ekim 2009.

167. Altıparmak S, Kutlu AK. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009; 8(5): 421-426.
168. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. DEUHYO 2009; 2(4):145-154.
169. Odabaş H, Odabaş YZ, Polat C. Üniversite Öğrencilerinin Okuma Alışkanlığı: Ankara Üniversitesi Örneği Bilgi Dünyası 2008, 9(2):431-465.
170. Yılmaz B. Okuma sosyolojisi: Ankara'da oturanların okuma alışkanlıkları üzerine bir araştırma. Türk Kütüphaneciliği, 1995; 9(3), 325-336.
171. Karakuyu M. Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinin Sosyokültürel Özelliklerinin Tespiti Ve Analizi: İstanbul Örneği. Marmara Coğrafya Dergisi. 2013; 27:172 192.
172. Tekin M. Üniversite Gençliğinin Radyo, Televizyon, Sinema Ve Tiyatro İzleme Alışkanlıkları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1990; 1(23):353-370.
173. Türkiye Gençliği 98. İMV-SAM İstanbul Mülkiyeliler Vakfı Sosyal Araştırmalar Merkezi. www.samardan.com/images/projects/TurkiyeGencligi98.pdf (Erişim Tarihi: Mayıs 2013)
174. Uluocak S. Tufan E. 2011. İlköğretim Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Müzik Dersine İlişkin Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2011. Cilt:19 No:3 991-1002
175. TÜİK 2013, Kültür İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1086 (Erişim Tarihi: Nisan 2013)
176. Demir C, Eraslan Ş. Görsel Sanatlar Eğitimcisi Yetiştiren Kurumlardaki Öğrencilerin Televizyon İzleme Alışkanlıkları Ve Televizyon Programları Hakkındaki Düşünceleri. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009;12: 66-79.
177. Çakır V. Bozkurt Ö. 2014. Televizyon İzleme Alışkanlıkları, Motivasyonları Ve Trt 6: Hakkari Örneği. Global Media Journal: TR Edition 4 (8).
178. Çakır V. Bir Sosyal Etkinlik Olarak Eğlence Ve Televizyon, Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2005; 13:123-143.

179. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Düşünceleri Ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(4): 417-424.
180. Baysal HY, Türkoğlu N. Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançlarının Ve Kolorektal Kansere İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. International Journal Of Human Sciences, 2013; (10)1: 1238-1250.
181. Kılıç M, Koç A. İl Merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Tarama Testleri Yaptırma Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi. Nobel Med 2014; 10(1): 36-42.
182. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(4): 138-143.
183. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporu, 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (Erişim Tarihi: Nisan 2013)
184. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmalık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu. Bakanlık Yayın No:826, 2011, Ankara.
185. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2013. http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/appendix_x_table_10_1.pdf (Erişim Tarihi: Haziran 2013)
186. Gültekin BK, E İrgil. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Aktiviteleri ve Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışları,” Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2001; 27(1-2-3), 33-37.
187. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2): 112-122.
188. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014). Ankara 2011.
189. Kutlu R, Çivi S. Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (4):273-278.

190. Ulus T, Yurtseven E, Donuk B. Prevalence of Smoking and Related Risk Factors among Physical Education and Sports School Students at Istanbul University. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012; 9: 674-684.
191. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010; 3(3): 34-44.
192. Yalçinkaya M, Özer GF, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007;6(6):409-420.
193. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 2011; 16(2): 78-83.
194. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2010;17(2):19-24.
195. Sönmezer H, Çetinkaya F, Nacar M. Healthy Life-Style Promoting Behaviour İn Turkish Women Aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012; 13(4):1241-1245.
196. Kaya M, Özvarış ŞB, Atlas H, Altay M, Atik Ç, Aytekin G, Badak E. Ankara'da Bir Sağlık Ocağına Ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2009; 28(1):8-13.
197. Suraj S, Singh A. Study Of Sense Of Coherence Health Promoting Behaviour İn North Indian Students. *Indian J Med Res*, 2011; 134: 645-652.
198. Estebarsari F, Taghdisi MH, Foroushani AR, Ardebili HE, Shojaeizadeh D. An Educational Program Based on the Successful Aging Approach on Health-Promoting Behaviors in the Elderly: A Clinical Trial Study. *Iran Red Crescent Med J.* 2014; 16(4): 16314.
199. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaeezadeh D. Health-Promoting Lifestyle And Quality Of Life Among Undergraduate Students At School Of Health, Isfahan University Of Medical Sciences. *J Educ Health Promot.* 2013; 2: 11.

200. Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(3):17-26.
201. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Anatol. J. Clin. Investig. 2009; 3(3):164-169.
202. Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. DEUHYO ED 2012; 5(2): 53-64.
203. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 19(3): 159-166.
204. Kafkas ME, Kafkas AŞ, Acet M. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin incelenmesi. DPUJSS, 2012; 32 (2):47-55.
205. Kuru N, Piyal B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. TAF Prev. Med. Bull. 2012; 11(3): 278-298.
206. Jemmot JB, Jemmot LS, Ngwagne Z, Zhang J, Heeren GA, Icard LD, O'Leary A, Mtose X, Teitelman A, Carty C. Theory-Based Behavioral Intervention Increases Self-Reported Physical Activity In South African Men: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Prev Med. 2014; 64: 114-120.
207. Jacobson LT, Wetta R. Breastfeeding interventions in Kansas: A Qualitative Process Evaluation Of Program Goals And Objectives. Evaluation and Program Planning, 2014; 4(46): 87-93.
208. Hartman SJ, Risica PM, Gans KM, Marcus BH, Eaton CB. Tailored Weight Loss Intervention In Obese Adults Within Primary Care Practice: Rationale, Design, And Methods Of Choose To Lose. Contemp Clin Trials. 2014;14: 83-84.
209. Dawson-McClure S, Brotman LM, Theise R, Palamar JJ, Kamboukos D, Barajas RG, Calzada EJ. Early Childhood Obesity Prevention In Low-Income, Urban Communities. J Prev Interv Community. 2014;42(2):152-66.

210. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler Ve Bakış
Açıları. 1. Baskı. Bakanlık Yayın No: 815 Nisan 2011, Ankara.

EKLER

Ek 1



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04- 218
Konu : Çalışmanız hk.

31.8.2012

Sayın, Doç.Dr. Emine Didem EVCI KİRAZ
Halk Sağlığı AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.08.2012 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 8 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 8

Protokol No : 2012/113
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Emine Didem EVCI KİRAZ
Halk Sağlığı AD

Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. E.Didem EVCI KİRAZ'ın "Bir bölgenin sağlığının geliştirilmesinde üniversitenin rolü-model önerisi" konulu çalışmasına 23.08.2012 tarihli kurul kararında istenilen bilgilerin gelmesi şartıyla onay verilmişti. 28.08.2012 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldüğünde şartların yerine getirildiği oybirliğiyle kabul edildi.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oybirliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevki- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 2

MESUDİYE MAHALLESİNİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ ANKETİ

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Aydın İli Mesudiye Mahallesi'nde mevcut durumu saptamak, mahallelinin önceliklerini tespit etmek ve bunun sonucunda mahalle için uygun müdahale çalışmalarını belirlemek için yapılmaktadır. Elde edilen bilgiler başkalarıyla paylaşılmayacak, sadece akademik platformlarda kullanılacak, kişi isimlerine asla yer verilmeyecektir.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

Anketör Adı:

1. Adınız Soyadınız:.....
2. Telefon numaranız (ev/cep):.....
3. Adresiniz:.....
.....
4. Yaşınız:.....
5. Medeni durumunuz? 1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış 4-Eşi ölmüş 5-
Evli eşinden ayrı yaşıyor 6-Diğer.....
6. Eğitim Durumunuz: 1-Okur-yazar değil 2-Okur-yazar 3-İlkokul mezunu 4-
Ortaokul mezunu 5-Lise mezunu 6-Yüksekokul mezunu 7-
Üniversite mezunu 8- Diğer.....
7. Okul dışında aşağıdaki kurslara gittiniz mi? 1- Okuma yazma kursu 2- Kur'an kursu
3-Yabancı dil kursu 4-Bilgisayar kursu 5-Diğer.....
8. Mesleğiniz nedir? 1-Ev Hanımı 2-İşçi 3-Memur 4-Serbest 5-
Emekli 6-İşsiz 7-Diğer.....
9. Son 1 haftadır gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1-
Evet(Belirtiniz)..... 2-Hayır
10. Sosyal güvenceniz nedir? 1- Sosyal güvencesi yok 2-Emekli sandığı 3-SSK
4-Bağ-Kur 4-Özel sağlık sigortası 5-Yeşil kart 6-Bilmiyorum 7-
Diğer.....
11. Oturduğunuz konut kime ait? 1-Ev sahibiyim 2-Kiracıyım 3-
Diğer.....

12. Konut durumu nedir? 1-Tek katlı bina 2-Apartman dairesi 3-
Diğer.....
13. Oturduğunuz ev kaç odalı (salon dahil)?.....
14. Evinizde ayrı mutfak var mı? 1-Var 2-Yok
15. Evinizde ayrı banyo var mı? 1-Var 2-Yok
16. Kullandığınız tuvalet evin içinde mi, dışında mı? 1-Tuvalet yok 2-Evin içinde 3-
Evin dışında 4-Evin içinde ve dışında 5Diğer.....
17. Eviniz kışın ne ısıtılıyor? 1- Merkezi sistem 2-Kat kaloriferi 3-
Kömür sobası 4- Elektrikli ısıtıcı 5-Diğer.....
18. Evde kullandığınız içme suyunun kaynağı nedir? 1- Şehir(şebeke) suyu 2-
Kuyu suyu 3-Damacana-Şişe suyu 4-Diğer.....
19. Evinizi düzenli olarak havalandırır mısınız? 1-Evet 2-Hayır
20. Evetse günde ortalama kaç saat havalandırıyorsunuz?.....
21. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....
22. Çocuğunuz var mı? 1-Evet(Kaç tane belirtiniz)..... 2-Hayır
23. 1 yaş ve altı çocuğunuz var mı? 1-Evet(Kaç tane belirtiniz)..... 2-Hayır
24. 5 yaş ve altı çocuğunuz var mı? 1-Evet(Kaç tane belirtiniz)..... 2-Hayır
25. Evetse son bir yıldır aşağıdaki hastalıkları geçirdi mi? 1-İshal.....kez 2-
Pnömoni.....kez 3-Döküntülü Hastalık.....kez 4-
Diğer.....
26. Aile Hekiminizi tanıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır
27. Son bir yıldır kaç kez Aile Hekiminize gittiniz?.....
28. En sık doktora gitme sebebiniz nedir? 1-İlaç yazdırmak için 2-Rapor almak için 3-
Hasta olduğum için 4-Periyodik kontrol 5-Diğer.....
29. Kronik Hastalığınız var mı? 1-Evet 2-Hayır
30. Evetse aşağıdaki hastalıklardan hangileri sizde bulunmaktadır? 1-Diyabet 2-
Hipertansiyon 3-Kronik Böbrek Yetmezliği 4- Kalp Yetmezliği 5-
Diğer.....
31. Hasta olduğunuz zaman ilk başvurduğunuz sağlık merkezi hangisidir? 1-ASM
2-Devlet Hastanesi 3-Üniversite Hastanesi 4- Özel hastane 5-
Özel muayenehane 6-Diğer.....
32. Son 1 yıldır aşağıdaki sağlık kurumlarına kaç defa başvurduunuz?
1- 1. Basamak sağlık kurumu(ASM, özel muayenehane).....
2- 2. Basamak sağlık kurumu(devlet hastanesi, özel hastane)
3- 3. Basamak sağlık kurumu(üniversite).....

33. Başvurduğunuz sağlık kurumlarında en sık karşılaştığınız sorunlar nelerdir?

1- 1. Basamak sağlık kurumu(ASM, özel muayenehane)

.....
.....
.....

2- 2. Basamak sağlık kurumu(devlet hastanesi, özel hastane)

.....
.....
.....

3- 3. Basamak sağlık kurumu(üniversite)

.....
.....
.....

34. Düzenli olarak kanser tarama testlerini yaptırıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

35. Evetse hangi testleri yaptırıyorsunuz? 1-Smear 2-Gaitada gizli kan 3- PSA
4-Mammografi 5-Diğer.....

36. Evde yaşayan 60 yaş üstü birey var mı? 1-Evet(Kaç tane belirtiniz)..... 2-Hayır

37. Evde hamile birey var mı? 1-Evet(Kaç tane belirtiniz)..... 2-Hayır

38. Evde özürlü birey var mı? 1-Evet(Kaç tane belirtiniz)..... 2-Hayır

39. Evetse hangi özür tipine sahip? 1-İşitme 2-Görme 3-Dil ve Konuşma
4-Ortopedik 5-Zihinsel 6-Diğer.....

40. Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?.....

41. Günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?.....

42. Beslenmenize dikkat eder misiniz? 1-Evet 2-Hayır

43. Son 3 gündür neler yediniz?

1. Gün:

Sabah:.....

Öğlen:.....

Akşam:.....

Ara Öğün:.....

2. Gün:

Sabah:.....

Öğlen:.....

Akşam:.....

Ara Öğün:.....

3. Gün:

Sabah:

Öğlen:

Akşam:

Ara Öğün:

44. Düzenli spor yapar mısınız? 1-Evet 2-Hayır
45. Evet ise haftada kaç saat spor yaparsınız?.....
46. Düzenli olarak hiç sigara içtiniz mi? 1-Evet 2-Hayır
47. Düzenli olarak sigara içmeye kaç yaşında başladınız?.....
48. Halen sigara içiyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır
49. Evetse ortalama ne kadar içiyorsunuz? Günde Haftada.....
Ayda.....
50. Evde sigara içilmesine izin veriyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır
51. Alkol kullanıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır
52. Düzenli olarak alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız?.....
53. Ne sıklıkla, hangi çeşit alkolden, ne miktarda alıyorsunuz? (Ör: kaç şişe bira, kaç duble rakı, kaç kadeh şarap? vb)
Günde.....Haftada.....
Ayda.....Yılda.....
54. Herhangi bir müzik aleti çalabiliyor musunuz? 1-Evet(Belirtiniz)..... 2-Hayır
55. Arkadaşlarınızla ne sıklıkla buluşursunuz? Haftada..... Ayda.....
Yılda.....
56. Ne sıklıkla sinemaya gidersiniz? Haftada..... Ayda..... Yılda.....
57. Ne sıklıkla tiyatroya gidersiniz? Haftada..... Ayda..... Yılda.....
58. Ne sıklıkla kitap okursunuz? Haftada..... Ayda..... Yılda.....
59. Ne sıklıkla gazete okursunuz? Haftada..... Ayda..... Yılda.....
60. Haberleri günlük takip eder misiniz? 1-Evet 2-Hayır
61. Günde kaç saat tv izlersiniz?Saat
62. Tv'de genellikle ne tür programları izlersiniz? 1-Haber 2-Dizi 3-Sinema
4-Magazin 5-Gündüz programları 6-Sosyal içerikli programlar 7-Belgesel
8-Diğer.....
63. Evinizde internet var mı? 1-Evet 2-Hayır
64. İnternette ne kadar vakit geçirirsiniz? Günde..... Haftada.....
Ayda.....

65. Düzenli spor yapar mısınız? 1-Evet 2-Hayır
66. Evet ise haftada kaç saat spor yaparsınız?.....
67. Boş vakitlerinizde yapmaktan keyif aldığınız ilk üç şey nedir?
- 1.....
- 2.....
- 3.....
68. Eve giren para aylık toplam ne kadardır?
69. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1-Gelir giderden az 2-Gelir gidere denk 3-Gelir giderden fazla
70. Eğer siz belediye başkanı olsaydınız, yapmak/değiştirmek istediğiniz ilk 5 şey ne olurdu?
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Teşekkür Ederiz...

Ek 3

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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

Teşekkür ederiz.,,

Adı Soyadı:

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

18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dk. zaman ayırırım.				
28. Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık				

görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarımı önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım				

Ek 4

MAHALLE SAKINLERİNİN SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Mahalle ihtiyaç ve öncelikleri benzer özellikler gösteren ve yaşayanlar arasında komşuluk ilişkisi kurulan en küçük sosyal yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan yola çıkarak, mahalle sakinlerinin kendi sağlıklarının geliştirilmesinde önemli katkıları olacağı düşünülerek, sağlığı etkileyen sosyal faktörleri sorgulamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Ankette vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgiler, raporlar ve yayınlar için istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır. Hiçbir koşulda isimleriniz kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

1. Adınız Soyadınız.....
2. Yaşınız.....(yıl olarak)
3. Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Diğer.....
4. Eğitim durumunuz nedir? 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite
5. Mesleğiniz?.....
6. Sizce, sağlık politikalarının hazırlanmasında hangi kurumların sorumlulukları vardır?

Şimdi size bazı ipuçları vereceğim. Bunların sağlığı etkileyip etkilemediği konusundaki görüşlerinizi ve etkilediğini düşünüyorsanız ne bakımdan etkilediğini düşündüğünüzü belirtiniz.

	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	Hayır, sağlığı etkilemez	Evet, sağlığı etkiler	Evet ise ne bakımdan etkiler?	
1	Sosyal yapı			1.Ekonomik koşulların olumsuz olması 2.Yeterli eğitim alamama 3.Gelişmeye açık olmayan bir işte çalışmak zorunda olma 4.Stresli hayat şartları 5.Psikolojik yıpranma	6. İş değiştirme/işten çıkarmalara maruz kalma 7.Erken yaşta aile kurma 8.Diğer.....
2	Stres			1.Sosyal izolasyon 2.İş hayatı üzerinde kontrol sahibi olamama 3.Ev hayatı üzerinde kontrol sahibi olamama 4.Kardiyovasküler hastalık riskini artırması 5.Serebrovasküler hastalık riskini artırması	6.Bağışıklık sistemini zayıflatma 7.Depresyon riskini artırması 8.Diğer.....
3	Hayatın ilk yılları			1.Annenin yetersiz beslenmesi 2.Annenin sigara kullanması 3.Ailenin ekonomik şartlarının kötü olması 4.Annenin psikolojik durumu 5.Ailenin eğitim durumunun düşük olması	6.Ailenin çocuk eğitimi konusunda bilgisiz olması 7.Ailenin çocuğuna şiddet uygulaması 8.Diğer.....

4	Sosyal dışlanma			<p>1. Fakirlik</p> <p>2. İş olanaklarından mahrum bırakılma</p> <p>3. Eğitim olanaklarından mahrum bırakılma</p> <p>4. Irkçılık, ayrımcılıkla karşı karşıya kalma</p> <p>5. Hasta veya özürülleri dışlama</p>	<p>6. Hapishaneden çıkanları dışlama</p> <p>7. Psikiyatrik veya zihinsel özürülleri dışlama</p> <p>8. Diğer.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5	İş			<p>1. İşyeri stresinin çok olması</p> <p>2. Kardiyovasküler hastalık riskinin artması</p> <p>3. Sırt ağrılarının artması</p> <p>4. Emegin karşılığının alınmaması</p> <p>5. Kişinin işi üzerinde kontrolü olmaması</p>	<p>6. Talebin yüksek, kontrolün az olduğu işlerde çalışılması</p> <p>7. Sosyal desteğin olmaması</p> <p>8. Diğer.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6	İşsizlik			<p>1. Maddi sorunlar, borçların artması</p> <p>2. Kronik stres</p> <p>3. Kaygı ve depresyona neden olur</p> <p>4. Kişinin kendini emniyette hissetmemesi</p> <p>5. Kardiyovasküler hastalık riskinin artması</p>	<p>6. Tatmin edici ve güvenilir olmayan işler de işsizlikle aynı etkiye sahip</p> <p>7. Diğer.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
7	Sosyal destek			<p>1. Düşük düzeyde sosyal destek alanların; refah düzeylerinin daha düşük olması</p> <p>2. Daha fazla depresyon yaşamaları</p> <p>3. Daha yüksek hamilelik komplikasyonuna maruz kalması</p> <p>4. Kronik hastalıklar nedeniyle daha yüksek özürüllük seviyeleri yaşamaları</p> <p>5. Kardiyovasküler hastalık riskinin daha yüksek olması</p>	<p>6. Daha fazla şiddet suçuna eğilimli olması</p> <p>7. Daha düşük sosyal uyuma sahip olması</p> <p>8. Diğer.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
8	Madde Bağımlılığı			<p>1. Kazaları artırır</p> <p>2. Zehirlenmeler</p> <p>3. Şiddet</p> <p>4. İntiharlar</p> <p>5. Yaralanmalar artar</p>	<p>6. Maddi sorunlar oluşturur</p> <p>7. İşsizlik</p> <p>8. Sosyal dışlanmaya neden olur</p> <p>9. Diğer.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

9	Besin			1.Aşırı tüketim obeziteye neden olur 2. Kardiyovasküler hastalıkları artırır 3. Diyabet 4. Kanser 5.Dejeneratif göz hastalıklarına neden olur	6.Fakirlerin işlenmiş ucuz gıda tüketmesi 7.Besinlerde yüksek oranda yağ alımı 8.Diğer.....
10	Ulaşım			1. Kamu ulaşım araçlarının kullanılması kazaları azaltmakta 2.Sosyal teması arttırmakta 3.Hava kirliliğini azaltmakta 4 Bisiklete binme ve yürüme egzersiz yapılmasını sağlamakta 5.Gürültü kirliliğini azaltmakta	6. Egzersiz obezite, diyabet ve KVS hastalıklardan korumakta 7. Egzersiz depresyon riskini azaltmakta 8.Diğer.....

7. Sağlığı etkileyen nedenlere yönelik önerileriniz nelerdir? Neler yapılmalıdır?

.....
.....
.....
.....
.....

BAUSELL'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ			
No	Soru	Evet	Hayır
1	Bu yıl ya da geçen yıl en az bir kez kan basıncınızı ölçtürdünüz mü?		
2	Haftada bir günden daha fazla alkol alır mısınız?		
3	Bu yıl ya da geçen yıl en az bir kez diş hekimine tedavi yada kontrol amacıyla gittiniz mi?		
4	Çok fazla tuz yemekten sakınır mısınız?		
5	Çok fazla yağ yemekten sakınır mısınız?		
6	Diyetinizce yeterince lifli gıda var mı? (kepekli ekmek, meyve, sebze)		
7	Çok fazla kolesterol almaktan sakınır mısınız? (hayvansal yağ)		
8	Yeterli oranda vitamin (meyve, sebze, süt, tahıllar, beyaz peynir, yumurta) ve mineral (kuru yemiş, et, maden suyu, yeşil sebze) aldığınızı düşünüyor musunuz?		
9	Çok fazla şeker yemekten sakınır mısınız?		
10	Yeterli oranda kalsiyum (süt, yumurta, beyaz peynir) aldığınızı düşünüyor musunuz?		
11	Kilonuzu uygun sınırlarda tutmaya çalışır mısınız?		
12	Haftada en az üç kere nefes alışınızı ve kalp atışlarınızı hızlandıracak düzeyde ve en az 20 dakika egzersiz yapar mısınız?		
13	Sigara içer misiniz?		
14	Stresi azaltacak önlemler (müzik, dans, resim koleksiyonculuk, avcılık,... vs hobiler) uyguluyor musunuz?		
15	Haftada en az bir kez akraba ya da yakın arkadaşlarınızla sohbet için bir araya gelir misiniz?		
16	Her gece genellikle 7-8 saat uyur musunuz?		
17	Araçların önünde otururken emniyet kemerinizi takar mısınız?		
18	Evinizde ya da iş yerinizde temizleyici bir hava filtresi var mı? (air freshener)		
19	Yatakta sigara içer misiniz ya da birlikte yaşadığınız kişi içer mi?		
20	Ev kazalarından korunmak için bazı önlemler aldınız mı?		

PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın insanlarla sorunlarımı endişelerimi tartışırım				
2.Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim				
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım				
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim				
5 Uyku ihtiyacımı karsırlarım				
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7. Başkalarının başarılarını överim				
8.Seker ve seker içeren yiyecek(tatlı) kullanımımı kısıtlarım				
9.Sağlığı geliştirici makaleleri okur ve TV programını izlerim				
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 Dakika ve ya daha fazla süre etkin egzersiz uygularım(Örnek olarak; hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma....).				
11.Her gün gevşemeye zaman ayırırım				
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum				
13. Başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım				
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç yada makarna yerim				
15. Önerilerini almak için sağlık personeline sorular yöneltirim				
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım				
17. Hayatımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim				
18.Geleceğe umutla bakarım				
19. Kendime yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım				
20.Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim				
21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci kimseye danışırım				
22.Bos zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktiviteye katılırım				
23.Yatma zamanlarında hoş şeyler düşünürüm				
24. Kendimi mutlu, kendimle barışık hissederim				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermekte zorlanmam				
26. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim				
27. Sağlık problemlerimi sağlık personeli ile tartışırım				
28. Haftada üç kez gerilme hareketleri yaparım				
29. Stresimi kontrol etmek için özel metotlar kullanırım				
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım				
31.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmaları fırsat veririm (Çocuğunuzu okşamak, sevdiklerinize sarılmak, karşılaştıklarımızla tokalaşmak gibi)				
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt yada peynir yerim				
33. Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretlerini incelerim				

34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım(Öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak....gibi)				
35. İş ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim				
36. Her günü enteresan ve zorlayıcı bulurum				
37.Yalnız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum				
38. Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim				
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım				
40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim				
41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım				
42. Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım				
43.Çevremdeki kişilerden destek görürüm				
44. Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerikler bölümünü gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum				
45. Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım				
46. Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşıyorum				
47. Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım, planlı hareket ederim				
48. Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissederim				
49. Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim				
50.Kahvaltı yaparım				
51.Gerektiğinde yönlendirme veya danışmanlık ararım				
52Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım				

*** YEMEKLERİ HAŞLAMA, FIRINDA YADA IZGARADA PIŞİRME YÖNTEMİYLE PIŞİRİN**

*** GÜNLÜK TUZ TÜKETİMİNİN 6 GR'I (1 TATLI KAŞIĞI) GEÇMESİNE İZİN VERMEYİN**

*** AŞIRI ŞEKERLİ GIDALARDAN KAÇININ**

*** ALKOL KULLANMAYIN YADA MİKTARINI SINIRLAYIN**

*** KAHVE VE ÇAY GİBİ İÇECEKLERİ ŞEKERSİZ TÜKETİN**

*** TEK YÖNLÜ BESLENMEDEN KAÇININ BESİNLERİ ÇEŞİTLENDİREREK TÜKETMEYE ÇALIŞIN**



Referanslar:
T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü / Türkiye ve Dünyada Beslenme Rehberi



SAĞLIKLI BİR YAŞAM İÇİN DOĞRU BESLENME ÇOK ÖNEMLİ YANLIŞ BESLENME :

- 1.YÜKSEK TANSİYON (HİPERTANSİYON)
- 2.YÜKSEK KOLESTEROL (HİPERKOLESTEROLEMİ)
- 3.ŞEKER HASTALIĞI (DİYABET)
- 4.KALP DAMAR HASTALIKLARI
- 5.OBEZİTE
- 6.KANSERE YOL AÇIYOR

SAĞLIKLI BESLENME



GÜNE KAHVALTI İLE BAŞLAYIN



ÖĞÜNLERİ 3 ANA ÖĞÜN, 3 ARA ÖĞÜN OLACAK ŞEKİLDE ÖNCEDEN BELİRLEYİN



*** DOYMUŞ YAĞ (TEREYAĞ, KUYRUK YAĞ) YERİNE DOYMAMIŞ YAĞ (MISIRÖZÜ, AYÇİÇEK, SOYA, FINDIK, ZEYTİN YAĞI) TERCİH EDİN**

*** YİYECEKLERİ İYİCE ÇİĞNEYİN**

*** HER YEMEKTE MİDENİN 1/3'İNİ BOŞ BIRAKIN**

*** MEYVEYİ YEMekten 30 DAKİKA ÖNCE VEYA 3 SAAT SONRA YEMEME DİKKAT EDİN**

*** YARIM YAĞLI SÜT, KAYMAKSIZ YOĞURT TÜKETİN**

*** YAĞLI KIRMIZI ET YERİNE, YAĞSIZ ET, KURU BAKLAGİLLER (NOHUT, MERCİMEK, FASÜLYE), BALIK VE TAVUK TERCİH EDİN**




BOL SU İÇİN



KAPALI ORTAM HAVA KİRLİLİĞİ:

EVDEKİ TEMİZLİK HAVADAN BAŞLAR

PEKİ, NE YAPMALI:

- *HAVALANDIRMAYI ARTTIRIN
- *SOBANIZI İSLAH EDİN
- *TEMİZ YAKITLAR KULLANIN
- *GÜVENİLİR TEMİZLİK ÜRÜNLERİ KULLANIN
- *DIŞARIDAN GELEN HAVA KİRLİLİĞİNİ AZALTIN
- *EVDE SİGARA İÇİLMESİNE İZİN VERMEYİN



Kaynaklar:
T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Çeşitli Sağlık - Kamusalara Yönelik Hijyen, Ankara 2011
Respiratory Health Outcomes; hesperian.org

EV TEMİZLİĞİ İÇİN:

- *EVİNİZİ DÜZENLİ HAVALANDIRIN
- *EV TOZU VE AKARLAR İÇİN DOĞRU HALI VE MOBİLYALARI TERCİH EDİN
- *TOZLARI DÜZENLİ OLARAK NEMLİ BEZLE VE ELEKTRİKLİ SÜPÜRGE İLE ALIN
- *DOLU OLAN ELEKTRİKLİ SÜPÜRGE TORBALARINI VEYA KAPLARINI HEMEN İMHA EDİN VEYA BOŞALTIN
- *MUTFAKTA ÇALIŞILAN YERLERİ VE MASALARI DÜZENLİ OLARAK NEMLİ BEZLERLE SİLİN
- *TEMİZLİK BEZLERİNİ VE SÜNGERLERİ SIK SIK YIKAYIN VE YENİLERİYLE DEĞİŞTİRİN
- *ÇAMAŞIR YIKARKEN VE TEMİZLİK YAPARKEN GEREĞİNDEN FAZLA DETARJAN KULLANMAYIN
- *HAŞERELERLE MÜCADELE EDİN
- *EVİN SU VE KANALİZASYON TESİSATININ KONTROL VE BAKIMINI İHMAL ETMEYİN

SAĞLIK İÇİN HİJYEN VE EV GÜVENLİĞİ



TEMİZLİK SAĞLIK İÇİN ÖNCELİKLİ; TEMİZLİK İÇİN ÖNCE DOĞRU EL YIKAMAYI BİLMEK GEREK

ELLER NASIL YIKANMALI?



EV GÜVENLİĞİ:

- EV KAZALARI ÇOK SIK GÖRÜLMEKTE
- RİSK GRUBU ÖZELLİKLE ÇOCUKLAR VE YAŞLILAR
- NE YAPMALI:
- *EV İÇİNDE YETERLİ AYDINLATMA SAĞLANMALI
- *ELEKTRİK PRİZLERİ GÜVENLİK FİŞİYLE KAPATILMALI
- *KAPILARDA EŞİK OLMAMALI
- *ELEKTRİK KABLOLARI ORTADA BIRAKILMAMALI
- *HALILAR KAYDIRMAZ ÖZELLİK TAŞIMALI
- *BANYO VE TUVALETTE TUTUNMA BARLARI OLMALI
- *TEMİZLİK MALZEMELERİ KAPALI DOLAPLARDA, ÇOCUKLARIN ULAŞAMAYACAĞI YERLERDE SAKLANMALI
- *PENCERE VE BALKON KAPILARININ GÜVENLİ AÇILMALARI SAĞLANMALI
- *EVDEKİ EŞYALAR YARALANMAYA SEBEP OLMAYACAK ŞEKİLDE PLANLANMALI
- *MASA, SEHBA, VB MOBİLYA KENARLARI KESKİN OLMAMALI



Hazırlayan : Dr. Gülnur SARUHAN - Dr. E. Didem EVCİ KIRAZ