

Bir lojman bölgesinde yaşayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi

Exploring women's health promoting life-style profiles in a residential zone

Tülay Kaya¹, Aslı Gürbıyık², Selim Kılıç³

Özet

Amaç: Bu çalışmada, ailenin sağlık durumunun oluşturulmasında ve bunu etkileyen koşulların belirlenmesinde etkin role sahip olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bunu etkileyen durumların belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: İki bin yedi yüz hanelik lojman bölgesinde basit rastlamsal örnekleme yöntemi ile belirlenen ve ev ziyaretini kabul eden 190 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veriler, demografik bilgileri ve sağlık alışkanlıklarını içeren soru formu ve Pender'in (1987) "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" (SYBD) ölçeği ile toplandı. Bu ölçek, bireyin, sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer: 48 maddeden oluşan ölçek, 6 alt grubu içermektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Katılımcıların SYBD ölçeği ortalama puanları ile bağımsız değişkenleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Kadınların SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 129.12±17.76, Cronbach a değeri 0.92 idi. Eğitim düzeyi yüksek, çalışan, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapan ve anemi yönünden tetkik yaptıran kadınların toplam ölçek ve alt grup puan ortalamaları diğerlerine göre yüksektir (p<0.05).

Sonuç: Katılımcıların sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağlık davranışlarının üst düzeye ulaşabilmesi birinci basamak sağlık çalışanlarının daha etkin danışmanlık ve girişimleri ile gerçekleşebilecektir.

Anahtar sözcükler: Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi, kadın.

Summary

Objective: In this study, we aimed to identify the health promoting attitudes of women, which have a positive impact in the maintenance of families health status and the affecting conditions.

Methods: One hundred ninety women defined by simple random sampling method within a region of 2700 dwellings region and who accepted the visit have constituted the sampling of this study. The data in the study were gathered through a questionnaire form containing questions on the demographic information and health related habits of the subjects as well as the "Health Promotion Lifestyle Profile" (HPLP) scale developed by Pender. The HPLP scale measures the attitudes promoting the health of the individuals related with their healthy life style. The scale consists of a total of 48 statements and involves 6 sub-scales. The lowest score for the scale is 48, and 192 is the highest. The HPLP mean scores and the independent variables of women were compared in the light of the data obtained in the study.

Results: The women's mean HPLP total score was found to be 129.12±17.76 and the Cronbach value was found to be 0.92. The mean of the total scale and sub-scale scores of the women who was working, apply Breast Self Examination, and check for anemia, was found to be higher than the others (p<0.05).

Conclusions: As a result of the research, the health promoting attitudes of the participants were found to be at a moderate level. More effective consultancy and efforts by primary health care workers may increase the level of the health promoting attitudes of women.

Key words: Health promotion, health promoting lifestyle, women.

¹) GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara

²) Milli Savunma Bakanlığı, Ankara

³) GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Sağlık alanındaki gelişmeler ile birçok hastalığın tedavi imkanı artmış olmasına karşın, çevre kirliliği ve yaşam biçimine bağlı olarak yeni sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı ve uzun yaşamak hedefine ulaşmak için sağlığın korunması ve sürdürülmesi yaklaşımına sağlığın geliştirilmesi eklenmiştir.

Sağlığı geliştirme ya da iyilik hali; toplumun, grubun veya bireyin sağlığını yükseltme çabaları, kendilerini fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı ve sorunlarını çözümlenmede etkin sayabilme ve onun üzerindeki kontrollerini arttırabilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği davranışları ve içinde yaşadığı çevrenin değişimini içerir.¹⁻³

Bireyin sağlığını koruması ve geliştirmesi, onun sağlığını nasıl algıladığına ve sağlıklı ilgili faaliyetlerini nasıl yürüttüğüne bağlıdır. Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve bireyin kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek kendi günlük aktivitelerini düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı ise; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır.^{1,2}

Bu anlamda, sağlığa ulaşmak, kişiye sunulan sağlık hizmetlerinin yanı sıra bireyin kendi sağlığını koruma bilincinde olması ve sağlığını koruyan tutum ve davranışlarda bulunması ile gerçekleşir.¹

Bireyin sağlık davranışlarının belirlenmesi buna uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasına olanak tanır. Bireyin görünen sağlık davranışları gözlemlenebilir ancak, davranış değişikliğinin başarılması sürekli bir eğitim ile sağlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir.^{1,3-7}

Yapılan araştırmalarda sağlığı etkileyen faktörlerden yaşam biçimi değişikliklerinin önemli olduğu bulunmuştur.^{5,8,9} Bu bağlamda ailenin sağlık sorumluluğunda etkin rol oynayan kadınlara olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması büyük önem taşımaktadır.⁸

Bu çalışmada, Milli Savunma Bakanlığı (MSB) Or-An lojmanlarında yaşayan kadınların sağlığı geliştirmeye yö-

nelik yaşam biçimi davranışlarının incelenerek, bir halk sağlığı hemşiresinin bu alanda yapabileceği girişimlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı bir saha çalışmasıdır. Or-An Lojmanları, Ankara'nın Çankaya ilçesinde, MSB'na bağlı, yaklaşık 2700 haneden oluşan bir askeri lojman bölgesidir. GATA Hemşirelik Yüksekokulu 4. sınıf öğrencilerinin halk sağlığı hemşireliği saha stajını gerçekleştirdikleri bölgede, örneklem grubu basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle ev ziyaretini kabul eden 200 haneden oluşturulmuştur. On katılımcı bir sonraki ev ziyaretinde katılımı kabul etmemeleri nedeniyle araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan; katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini ve sağlık alışkanlıklarını içeren soru formu ve Pender (1987) tarafından geliştirilen "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır.¹⁰

Bu ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmakta olup, 6 alt grubu vardır.

SYBD ölçeği alt grupları;

1. Kendini gerçekleştirme; Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler;
2. Sağlık sorumluluğu; Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler;
3. Egzersiz; Bireyin egzersiz uygulama düzeyini belirler;
4. Beslenme; Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler;
5. Kişiler arası destek; Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler;
6. Stres yönetimi; Bireyin stres kaynaklarını, bunları tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.⁸

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur, ters madde yoktur. İşaretleme 4 Likert

tipli ölçek üzerine yapılır. “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48 en yüksek puan 192’ dir.

Veriler bilgisayarda SPSS (11.0) paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler yüzdeler, frekans analizi ve İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t testi) ile yapıldı.

Bulgular

Araştırmadaki 190 kadının sosyo-demografik bilgileri, sağlık alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeğine ilişkin bulguları incelendi (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 35.56 ±7.43 yıl olarak bulunmuştur. Kadınların yaklaşık yarısının (%55.8) hiç sigara içmediği (n=106), içenlerin büyük bölümünün (%53.9) yarım paketten fazla (n=34) ve %61.9’unun 10 yıl ve daha az süredir sigara içtikleri tespit edildi. Kadınlar, günde ortalama 9.92±6.29 adet ve ortalama 10.33±5.73 yıldır sigara içiyorlardı.

Çalışma grubundaki kadınların %83.7’sinin 6 aydır süren bir hastalığı yoktu (n=159). Hastalığı olduğunu ifade edenlerde ise sırasıyla en çok; diyabet, tiroid hastalığı, mide ülseri-gastrit, hipertansiyon, bel fıtığı ve kalp hastalığı vardı.

Tablo 1. Kadınların demografik dağılımları

Özellikler (n=190)	Sayı	%
Yaş		
18-29	39	20.5
30-40	106	55.8
>40	45	23.7
Medeni Durum		
Evli	183	96.3
Bekar	7	3.7
Öğrenim Durumu		
İlkokul - Ortaokul	39	20.5
Lise	110	57.9
Yüksekokul - Üniversite	41	21.6
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	168	88.4
Çalışıyor	22	11.6

Araştırmaya katılan kadınların %61.1’inde anemi aranmış, bu testi yaptıranların %28.5’inde anemi saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %63.2’si kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmakta, bunların yaklaşık yarısı ayda en az bir kez meme muayenesi gerçekleştirmektedir. Çalışmadaki kadınların %89.7’si hiç mamografi çekirtmemiş ve %82.8’i bugüne kadar hiç Pap smear yaptırmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma, mamografi çekirtme ve Pap smear yaptıрма durumları ve sıklıklarının dağılımı

KKMM Yapma Durumu (n=190)	Sayı	%
KKMM yapan	120	63.2
KKMM yapmayan	70	36.8
KKMM Yapma Sıklığı (n=120)		
Her banyo yaptığında	29	24.2
Ayda bir kez	64	53.3
3 ayda bir kez	20	16.7
Düzensiz	7	5.8
Mamografi Çekirtme Durumu (n=174)		
Mamografi çekiren	18	10.3
Mamografi çekirtmeyen	156	89.7
Mamografi Çekirtme Sıklığı (n=18)		
6 ayda bir kez	2	11.1
Yılda bir kez	11	61.1
İki yılda bir kez	3	16.7
Üç yılda bir kez	2	11.1
Pap Smear Yaptırma Durumu (n=157)		
Pap Smear yaptıran	27	17.2
Pap Smear yaptırmayan	130	82.8
Pap Smear Yaptırma Sıklığı (n=27)		
6 ayda bir kez	3	11.1
Yılda bir kez	17	63.0
İki yılda bir kez	3	11.1
Üç yılda bir kez	4	14.8
Anemi aranmalar (n=190)		
Anemi testi yaptıran	116	61.1
Anemi testi yaptırmayan	74	38.9
Anemi testi sonucuna göre (n=116)		
Anemi var	33	28.5
Anemi yok	83	71.5

Tablo 3. Kadınların (n=190) SYBD ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Alt Grup	Ölçeğin alt ve üst değerleri	İşaretlenen alt ve üst değerler	X±SD	Madde X
Kendini gerçekleştirme	13-52	19-52	38.80±6.07	2.98
Sağlık sorumluluğu	10-40	12-39	23.40±5.54	2.34
Egzersiz	5-20	5-17	8.88±2.97	1.78
Beslenme	6-24	10-24	18.02±3.00	3.00
Kişilerarası destek	7-28	13-28	22.76±3.11	3.25
Stres yönetimi	7-28	9-25	17.25±3.16	2.46
Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları	48-192	73-175	129.12±17.76	2.69

Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ortalama puanı 129.12±17,76, Cronbach α değeri 0.92 bulundu (Tablo 3).

Kadınların öğrenim düzeyleri ile SYBD ölçeği toplam ortalama puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamış ($p>0.05$), egzersiz alt grubunda ise fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Lise (9.11±0.29) ve üstü eğitim alanların egzersiz puan ortalamaları (9.27±0.45), ilköğretim mezunu olanların egzersiz puan ortalamalarına (7.85±0.43) göre daha yüksektir. Bunun yanı sıra, öğrenim düzeyi yüksek olanlarda; kendini gerçekleştirme (37.56± 0.99), sağlık sorumluluğu (24.49±0.81), beslenme (18.37± 0.37), stres yönetimi (17.83±0.48) ve SYBD ölçeği toplam ortalama puanları (131.93±2.89) yüksek bulunmuştur.

KKMM yapan ve yapmayan kadınların SYBD ölçeğinin toplam puanı ve sağlık sorumluluğu alt grubu ortala-

ma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Benzer şekilde, anemi tetkiki yaptıran ve yaptırmayan kadınların SYBD ölçeğinin toplam puanı ve ölçeğin sağlık sorumluluğu ile beslenme alt grupları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tartışma

Bu çalışmada kadınların SYBD ölçeği ve alt grup puan ortalamaları saptanmıştır. Ölçek ve alt grup puan ortalamaları kadınların eğitim düzeyi, KKMM yapma, Pap-test ve anemi tetkiki yaptırma durumları ile karşılaştırılmıştır.

Sağlığı etkileyen faktörlerden birisi olan yaşam biçimi değişiklikleri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile ölçüldü. Bu ölçüm sonuçları değerlendirildiğinde; kadınların sağlığı geliştirme davranışları orta düzeyde

Tablo 4. Kadınların KKMM yapma ve anemi tetkiki yaptırma durumları ile SYBD karşılaştırılması

	KKMM yapan X (n=120)	KKMM yapmayan X (n=70)	P	Anemi tetkiki yaptıran (n=116)	Anemi tetkiki yaptırmayan (n=74)	P
Kendini gerçekleştirme	39.26	38.03	0.179	38.82	38.78	0.969
Sağlık sorumluluğu	24.14	22.13	0.015	24.47	21.73	0.001
Egzersiz	9.12	8.49	0.158	9.42	8.04	0.002
Beslenme	18.51	17.19	0.003	18.70	16.96	0.001
Kişilerarası destek	23.21	22.00	0.009	22.53	23.14	0.188
Stres yönetimi	17.85	16.21	0.001	17.52	16.82	0.141
SYBD ölçeği toplam puanı	132.08	124.04	0.002	131.45	125.47	0.023

($X:129.12 \pm 17.76$) bulundu. Bu çalışmadaki kadınların toplam ortalama puanı; Duffy ve arkadaşlarının çalışan kadınlarla yaptığı çalışmaya benzer, Pasinlioğlu'nun sağlık personeliyle, Erci ve arkadaşlarının hemşire ve ebelerle, Esin'in kadınlarla yaptıkları çalışmalardaki ortalama puanlardan yüksek, Akça'nın öğretim elemanlarıyla, Biçer'in işçilerle, Tokgöz'ün kadın öğretim elemanlarıyla yaptıkları çalışmalardakine göre daha düşük bulundu.^{4,6,11-}

¹⁴ Kadınlar en yüksek puan ortalamasını sırasıyla kişiler arası destek 22.76 ± 3.11 , beslenme (18.02 ± 3.00) ve kendini gerçekleştirme (38.80 ± 6.07) alt ölçeklerinden alırken, en düşük ortalama ise egzersiz (8.88 ± 2.97) alt ölçeğine aitti. Pasinlioğlu ile Duffy ve arkadaşlarının çalışmalarında da bizim sonuçlarımızla benzer olarak egzersiz ortalama puanı en düşük, kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme ortalama puanları yüksek bulunmuştu.^{11,15} Kadınların, –sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir bölümünü oluşturan– egzersiz konusunda en düşük puan ortalamasına sahip olmaları sağlıklı yaşama karşı potansiyel bir tehdit oluşturmaktadır.

Esin, çalışmasında sağlık davranışlarının eğitim ve ekonomik düzeye bağlı olarak arttığını savunmuştur. Bu çalışmada da lise ve üstü eğitim alanlarla ilköğretim mezunu olanların egzersiz alt grubu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Esin'in araştırma kapsamına aldığı kadınların büyük bölümünün (%36.5) ilkokul mezunu, bu çalışmadaki kadınların çoğunluğunun (%57.9) lise mezunu, Tokgöz ve Akça'nın çalışmalarının ise üniversite öğretim üyeleri arasında yapıldığı göz önüne alınırsa, çalışmadaki bulgular sağlık davranışının öğrenim düzeyiyle arttığı yorumunu kuvvetlendirmektedir.^{8,13,14}

Kadınların olumsuz sağlık davranışlarından sigara içme ile toplam SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde sigara içen kadınların puan ortalamalarının içmeyenlere göre yüksek çıkmasına rağmen istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Sadece sağlık sorumluluğu alt grubunda sigara içen ve içmeyen kadınlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Tokgöz ve Akça'nın çalışmalarında da benzer olarak sigara içenler ve içmeyenler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.^{13,14}

Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışlarının kazandırılmasında etkili olan faktörlerden birisi de hasta-

lığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Araştırmada, kronik hastalığı olan kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının, kronik hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak önemli bir farkla yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Bu bulgular Biçer'in ve Tokgöz'ün çalışmalarıyla da paralellik göstermektedir. Tokgöz'ün çalışmasında kronik hastalığı olan öğretim elemanlarının kişiler arası destek ve SYBD ölçeği toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, kronik hastalığı olan kadınların hastalık tehdit algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olabileceği, herhangi bir hastalığı olan kadınların sağlıklarına verdikleri önemin artmış olduğu düşünülebilir. Bu bulgu, sağlığın değerinin, kaybedildiği zaman anlaşılıyor olması yorumu ile de uyum göstermektedir.^{5,14}

KKMM yapan kadınların, yapmayanlara göre SYBD ölçeğinin toplam puanı ve sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Kadınların sadece yarısının (%49.0) en az ayda bir kez KKMM yapıyor olması konunun öneminin kadınlar tarafından halen yeterince anlaşılmadığını göstermektedir. Oysaki erişkin kadınların en önemli ölüm nedenlerinden birini meme kanseri oluşturmaktadır. ABD Kanser İstatistiklerine göre 2003 yılında 181.646 kadının meme kanseri tanısı almış ve 41.619 kadın da bu nedenle ölmüştür. Türkiye Ulusal Anne Ölüm Çalışması'nda, kadınların ilk sırada, %31.2 oranında kanser nedeni ile öldükleri belirlenmiştir.¹⁶ Sağlık Bakanlığı 1999 kadınlardaki kanser ölümü sıralamasında meme kanseri birinci (%24.1), serviks kanseri (%3.13) ise yedinci sırada yer almaktaydı.¹⁷ Memedeki kitlelerin %90'ının kadının kendisi tarafından saptandığı tahmin edilmektedir ve meme kanserinin erken tanısı için her kadının meme muayenesi yapması gerekmektedir. Amerikan Kanser Birliğine göre 35–39 yaş grubu kadınlar için bir temel mamografi, 40–49 yaş grubu kadınlar için her 1-2 yılda bir tekrarlanan mamografi, 50 ve üzeri yaş grubu için yıllık mamografi yapılmalıdır. Araştırmadaki kadınların %89.7'sinin hiç mamografi çekmemiş olması, meme kanserinin erken tanısına gereken önemi vermediklerini göstermektedir.¹⁸ KKMM yapan kadınların, yapmayanlara göre SYBD ölçeğinin beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt grup puan ortalamalarında da istatistiksel olarak fark bulunmuştur. KKMM yapan kadınlar kendi sağlık sorumluluğunun

farkında olan kişiler olarak değerlendirildiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da yapmayanlara göre daha önemsemiş ve sağlık algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların %82.8'inin bugüne kadar hiç Pap smear yaptırmamış oldukları saptanmıştır. Akyüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %51.32 bulunmuştur.¹⁹ Bu çalışma sonucuna göre karşılaştırıldığında, katılımcıların Pap smear yaptırmama oranı oldukça düşüktür. Pap smear taraması, serviks kanserinin önlenmesine yönelik, maliyet açısından etkin olan nadir yöntemlerden biridir. Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin Pap smear yaptırmaya kadar etkili değildir. Amerikan Kanser Topluluğu 2008 yılında 11.070 yeni invaziv servikal kanser vakası teşhis edileceğini ve yaklaşık 3870 kadının bu hastalıktan yaşamını kaybedeceğini öngörmüştür.²⁰ Yapılan çalışmalar servikal kanserlerin %50'den fazlasının daha önce hiç tarama yaptırmamış ve %60'dan fazlasının da son beş yıl içerisinde hiç Pap smear taraması yaptırmamış kadınlarda olduğunu göstermektedir.²¹ Amerikan Kanser Topluluğu servikal kanser yönünden tarama aralığı olarak; 21 yaşından sonra her 1–2 yılda bir kez, 30 yaşından sonra ise her 3 yılda bir kez Pap smear yapılmasını önermektedir.^{18,22} Risk altındaki kadınların Pap smear tarama programlarına daha fazla oranda katılımın sağlanması, tarama programlarının, birinci basamak hizmetlerinde yaygınlaşması ile sağlanabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti verenlerin kendi uygulamaları sırasında kadınların %96'sını test yaptırmaya ikna edebildikleri gösterildiğinden, bu kişiler, servikal kansere bağlı kaçınılabilir ölümlerin ortadan kaldırılmasında önemli bir etkiye sahip olarak uygun bir konumdadırlar.²¹ Hiç Pap smear yaptırmamış kadınların ciddi olarak erken tanı şansını kaybetmiş oldukları ise açıktır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %61.1'inin kan sayımı yaptırdığı ve yaptıranların %28.5'in de anemi saptanmıştır. Buna göre çalışmadaki her 4 kadından biri anemiktir. Bu durum ülkemizde önemli bir beslenme sorunu olan ve ana ölümlerinde önemli rol oynayan demir eksikliği anemisi görülme sıklığı ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde de çok yaygın görülen ancak olumsuz etkilerini azaltma çabaları umulandan daha yavaş yürü-

yen demir eksikliği anemisi, yapılan çeşitli araştırmaların sonuçlarına göre bulgular değişmekle birlikte genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50'sinde, okul çağı çocuklarının %30'unda, emzikli kadınların %50'sinde görülmektedir.²³

Anemi tetkiki yaptırmaya sağlıklı yaşamın devamı için gerekli rutin kontrollerden biridir; bu tetkiki yaptıranların SYBD ölçek toplam ve alt grup (sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme) puan ortalamaları yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı yaşam konusunda kadınlara verilen danışmanlık hizmetleri ile hem rutin sağlık kontrolleri yaptırılması hem de sağlıklı yaşamlarını sürdürmeleri sağlanabilir.

Sonuç

Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanları orta düzeydedir Kadınların sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri ve aile bireylerine örnek olacak daha olumlu bir yaşam tarzını benimsemeleri için halk sağlığı çalışanlarının çaba sarf etmesi gerekmektedir. Bireyi yaşadığı yer ve çevrede değerlendirebilme olanağına sahip birinci basamak sağlık hizmeti görevlileri, bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için eşsiz olan bu fırsatı değerlendirmelidir. Özellikle rutin sağlık kontrollerinin yapılması, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma konusunda bireye sunulacak olan danışmanlık hizmetleri ve sağlık eğitimleri birçok risk faktörünün önlenmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Güner C. Mastektomi ameliyatı olmuş kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2002, İzmir.
2. Bektaş M. Sağlığı geliştirme konusunda verilen eğitimin benlik kavramı, kaygı düzeyi ve olumlu sağlık davranışlarında bulunma durumuna etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Tezi, 2002, İzmir.
3. Bakır B, Özer M. Sağlığın geliştirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2003; 2, 81-8.
4. Kulbok PA, Laffrey SC, Goepfinger J. Community Health Promotion: A Multilevel Framework for Practice. Community Health Nursing'de. Ed. Stanhope M, Lancaster J, 4. Baskı. USA, Mosby Year Book Inc, 1996; 265-74.
5. Biçer T. Türk Silahlı Kuvvetleri bir askeri fabrikasında iş sağlığı hemşireliği gereksinimlerinin belirlenmesi ve işçilerin sağlığını korumaya yönelik

- model planlaması. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, 2003, Ankara.
6. Kulbok P, Baldwin J, Cox C, Dusty R. Advancing discourse on health promotion: beyond mainstream thinking. *ANS Adv Nurs Sci* 1997; 20: 12-20.
 7. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998, 2: 35-40.
 8. Esin N. Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Özet Kitabı, 14-18 Nisan 1998, Adana, 52-5.
 9. Pullen C, Walker SN, Fiant K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Fam Community Health* 2001; 24: 49-72.
 10. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, doktora tezi, 1997, İstanbul.
 11. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2, 60-5.
 12. Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3: 10-5.
 13. Akça Ş. Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, 1998, İzmir.
 14. Tokgöz E. Kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2002, İzmir.
 15. Duffy ME, Rossow R, Hernandez M. Correlates of health promotion activities in employed Mexican American women. *Nursing Research* 1996; 45, 18-24.
 16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Icon-Institut Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 74-5.
 17. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kadınlarda en çok görülen on kanser türü, 1999 yılı verileri. www.saglik.gov.tr adresinden 22/01/2008 tarihinde erişilmiştir.
 18. Centers for Disease Control and Prevention, Breast Cancer, Statistics. <http://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/> adresinden 15/06/2006 tarihinde erişilmiştir.
 19. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 25-8.
 20. Cancer Reference Information, Detailed Guide: Cervical cancer what are the key statistics about cervical cancer? American Cancer Society, http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_cervical_cancer_8.asp?sitearea adresinden 10/01/2008 tarihinde erişilmiştir.
 21. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserleri erken tanısında pap testinin önemi. *Süreklili Tıp Eğitimi Dergisi* 2005; 14; 1-4.
 22. Cervical Cancer: Prevention and early detection, http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_Pap_Test.asp?sitearea=PED adresinden 15/7/ 2006 tarihinde erişilmiştir.
 23. Emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara Ocak 2004. www.saglik.gov.tr/extras/birimler/acsap/demir/demirgibiturkiye.pdf

Geliş tarihi: 23.01.2008

Kabul tarihi: 28.02.2008

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Tülay Kaya

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

Etilik Ankara

Tel: (0312) 304 39 44

e-posta: tlykaya@gmail.com