

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GÖÇ EDEN VE GÖÇ ETMEYEN KADINLARIN  
SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

SEVCAN TOPÇU

DANIŞMAN  
Yard. Doç. Dr. AYŞE BEŞER

İZMİR-2006

# İÇİNDEKİLER

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

#### SAYFA NO

1. 1. Problemin Tanımı Ve Önemi .....	1
1. 2. Araştırmanın Amacı .....	5

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

2. 1. Göç Nedir?.....	6
2. 2. Dünya’da ve Türkiye’de göç.....	7
2. 3. Göç Türleri ve Nedenleri.....	9
2.4. Göç ve Sağlık İlişkisi.....	11
2. 5. Göç Eden Bireylerin Sağlını Koruma Ve Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	14
2. 6. Pender’ın Sağlığı Geliştirme Modeli.....	18
2. 6. 1. Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel Algılama ve Modifiye Edici Faktörler.....	19
2. 7. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi.....	21
2. 7. 1. Kendini Gerçekleştirme.....	24
2. 7. 2. Sağlık Sorumluluğu.....	24
2. 7. 3. Egzersiz.....	25
2. 7. 4. Beslenme.....	26
2. 7. 5. Kişilerarası Destek.....	27
2. 7. 6. Stresle Başetme.....	28

**BÖLÜM III**  
**GEREÇ VE YÖNTEM**

3.1. Araştırmanın Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer Ve Özellikleri.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni/Örnekleme.....	31
3. 4. Örneklemin Özellikleri.....	34
3. 5. Veri Toplama Araçları.....	35
3. 5. 1. Sosyo-Demografik Soru Formu.....	35
3. 5. 2. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği.....	36
3. 5. 3. Sağlık Durumunu Algılama.....	37
3. 6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	37
3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3. 8. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri.....	38
3. 9. Araştırmanın Zamanı.....	38
3. 10. Araştırma Etiği.....	38
3. 11. Araştırmanın Bütçesi.....	38

**BÖLÜM IV**  
**BULGULAR**

4. 1.Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri.....	39
4. 2. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ve Etkileyen Etmelerin Değerlendirilmesi .....	42

**BÖLÜM V**  
**TARTIŞMA**

5. 1. Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması.....	55
5. 2. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sosyo-demografik Verilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Ve Alt Ölçekleriyle Karşılaştırılması.....	62

**BÖLÜM VI**  
**SONUÇ VE ÖNERİLER**

6. 1. Sonuçlar.....	70
6. 2. Öneriler.....	72

**KAYNAKÇA**

Ek I. Sosyo-demografik Soru Formu

Ek II. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile)

## TABLolar DİZİNİ

SAYFA NO

Tablo 1. Yerleşim Yeleri Arasında Göç Eden Nüfus Ve Oranı.....	8
Tablo 2. Farklı Çalışmalarda Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
Tablo 3. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Kullandıkları Sağlık Kurumuna ve Sağlık Ocağını Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Yaşantılarından Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	35
Tablo 5. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 6. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 7. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 8. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 9. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Yaş İle SGB Ölçeği Ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	43
Tablo 10. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Medeni Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Tablo 11. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 12. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Çalışma Durumlarına Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Göre Dağılımı.....	47
Tablo 13. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 14. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlık Güvencesi Olma Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50

Tablo 15. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Kronik Hastalık Sahibi Olma Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 16. Göç Eden Kadınların Göç Ettikleri Yerde Yaşama Süresi ile Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	53
Tablo 17. Göç Eden Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Dağılımı.....	54

## ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA NO

Şekil 1.Bölgelere Göre Net Göç Hızları.....	10
Şekil 2. Göç Etme Nedenine Göre İller Arasında Göç Eden Nüfus Oranı.....	13
Şekil 3. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler.....	19
Şekil 4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	21
Şekil 5. Stresle Başetme Yolları.....	31
Şekil 6. Örneklemin Seçilmesi.....	35

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında yardımlarını ve desteğini gördüğüm Prof. Dr. Zuhâl Bahâr'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince değerli katkılarını esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç Dr. Ayşe Beşer'e, desteği için Prof. Dr. Besti Üstün'e ve çalışmama katılmayı kabul ederek, sorularımı içtenlikle cevaplayan Naldöken bölgesinde yaşayan kadınlara teşekkür ederim.

Son olarak tez çalışmam boyunca bana uygun ortamı sağlayan, güç veren anneme, babama ve kardeşime teşekkürler.



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Göç, kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, tamamen ya da geçici bir süre için bir iskan ünitesinden bir başkasına yerleşmek amacıyla yaptıkları coğrafi yer değiştirme olayıdır (Mutluer, 2003; Demir, 1996; IOM, 2004<sup>a</sup>). Tarih boyunca çok önemli bir toplumsal olgu olan göç, toplumların sosyal, kültürel, ekonomik, politik biçimlenmelerini doğrudan etkileyen temel öğelerden birisi olarak kabul edilmektedir. Bu durum da insanlık tarihi kadar eski olan, milyonlarca yıl önce bir yaşam biçimi olarak başlayan göçün bugün bile tüm dünyada bu denli önemli bir konu olmasını sağlamaktadır (Güvenç, 1996; Kızılcelik,1996).

Dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknoloji ve buna bağlı olarak ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesinden dolayı göç edenlerin sayısı hala artmaktadır. İki bin yılı verilerine göre Dünya’da 175 milyon göçmen yer almakta olup bu sayının 2005 yılında 192 milyona ulaşması beklenmektedir (IOM, 2005; Mutluer, 2003). Ülkemizde ise 1950’li yıllardan bu yana Türkiye’nin sanayileşme ve tarımda makineleşme sürecinden kaynaklanan sosyo-ekonomik yapısındaki önemli gelişmeler iç göçe ve 1960 yılının ortalarından itibaren de dış göçe neden olmuştur (Kocaman ve Beyazıt 1993).

Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 1995-2000 döneminde her 100 kişiden 11’i yerleşim yerleri arasında, sekizi ise iller arasında göç etmiş, bu dönemde bir önceki döneme göre göç eden nüfusun oranında önemli bir değişiklik gözlenmemekle birlikte, göç eden nüfus büyüklüğü son 25 yılda yaklaşık iki kat artmıştır (DİE Göç İstatistikleri, 2004). Bu verilerden de anlaşıldığı gibi Türkiye için iç göç önemli bir toplumsal olgudur. Özellikle metropollere yönelen ve aşırı ölçüde nüfus birikimine yol açan iç göçün, bu merkezlerde işsizlik, yerleşim, konut, çevre, altyapı, ulaşım, eğitim ve asayiş sorunları ile birlikte sağlık sorunlarına da yol açtığı yadsınamaz bir gerçektir (Bayhan, 1996).

Bilindiği gibi sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir ve günümüzde geleneksel kuramların aksine sağlığın biyo-psiko-sosyal bir yaklaşımla ele alındığı bütüncül bir sağlık görüşü benimsenmektedir. Ayrıca

insanın biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevre içinde ve bu ortamlardaki çeşitli etmenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu gelişerek varlığını sürdürdüğü de bir gerçektir (Veliöglu, 1999; WHO, 1978). Bu nedenle ani ve hızlı bir çevre değişimi yaratan, hem sosyal, hem kültürel, hem de fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen, toplumsal bir olgu olan göçün sağlık açısından bakıldığında da bir halk sağlığı sorunu olduğu açıkça görülmektedir.

Göç, bu süreci yaşayan herkes için sarsıcı bir deneyim olma riskini taşımakla birlikte özellikle kadınlar ve çocuklar bu süreçten daha fazla etkilenmektedir (Gün, 2002). Literatürde göç eden kadınların sağlığını olumsuz etkileyen risk faktörleri 5 ana başlık altında toplanmaktadır.

1. Sosyal risk faktörleri: Birden çok rol veya sorumluluk üstlenme, eğitimsizlik ve yoksulluk, dil, sosyal destek yetersizliği, etnik önyargılar
2. Psikolojik risk faktörleri: Post travmatik stres, kültürel çatışma, aile rollerinde değişim, aile içi şiddet
3. Fiziksel risk faktörleri: Çevredeki patojenler, çok sayıda gebelik, beslenme durumunun yetersizliği, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yetersizlik
4. Çevresel risk faktörleri: Çevresel şiddet, kalabalık ve yetersiz evlerde yaşama, iş ortamındaki tehlikeler
5. Sağlık hizmeti alımını etkileyen risk faktörleri: Yasalar, ekonomik engeller ve sigortasızlık, dil engelleri, ulaşım, çocuklara bakacak kimse olmaması, çalışma saatleri, sağlık hizmeti verenlerin bilgi yetersizliğidir (Lipson, 1999).

Göç olgusu ile ilgili olarak dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda göç sürecinin uzun vadede sağlığın temel belirleyicileri üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ve göç eden bireylerde en sık gözlenen ve ölümlere neden olan sağlık sorunu grubunun bulaşıcı hastalıklar olduğu bilinmektedir (IOM 2004<sup>b</sup>; Ertem, 1999; Hyman ve Gruge 2002). Bulaşıcı hastalıkların yanı sıra yapılan çalışmalarda göç edilen bölgelerde çevre ve alt yapı hizmetlerinin yetersizliğine bağlı olarak temiz içme ve kullanma suyunun olmadığı, anaçocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin yeterince verilemediği, göç edenlerin yeterli ve dengeli beslenemediği, sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve psikolojik sorunların sık görüldüğü ifade edilmektedir (İpekyüz, 1996; Sır, Bayram, Özkan, 1998; Sarıkaya, 2001; Özen,1996; Güler; 1996)

Göç eden bireyler sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturan temel sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanamamakta, sosyal eşitlik gereği toplumdaki herkese eşit olarak

götürülmesi gereken bu hizmetler göç eden bireylere yeterince ulaştırılamamaktadır. Göç eden bireylerin sağlık koşullarının geliştirilerek sürdürülmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine ve bu hizmetin önemli bir parçası olan hemşirelere çok önemli roller düşmektedir. Çünkü göç olayı sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hemşireler tarafından değerlendirilmesi gereken ve sağlık üzerinde çok önemli etkileri olan biyolojik, çevresel, sosyo-kültürel değişkenleri, yaşam şekillerini, sağlık davranışlarını ve inançlarını etkilemektedir (Smith, Maurer, 2000). Hemşireler toplumun tüm üyelerini olduğu gibi göç eden bireyleri de öncelikli grup olarak kabul etmeli, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmelidir.

Günümüzde temel sağlık hizmetleri felsefesine göre hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin etkili bir strateji olduğunun anlaşılmasıyla birlikte sağlığı geliştirme davranışlarına ve sağlıklı yaşam şekline verilen önem gittikçe artmaktadır (Velioğlu, 1994). Sağlığı korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi yönünde ortaya çıkan gelişmeler hemşirelik hizmetlerinin kapsamını da genişletmektedir. Hemşirelerin en temel işlevlerinden birisinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi olduğu ifade edilmekte ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde hemşirelere çok önemli roller düştüğü DSÖ tarafından da vurgulanmaktadır (WHO, 1986)

Göç eden bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirildiği literatür incelendiğinde dünyada iç göç yapan bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarının incelendiği bir çalışmanın bulunmadığı sadece dış göç yapan bireylerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmaların yer aldığı görülmektedir (Johnson, 2005; Duffy, Rossow, Hernandez, 1996; Ahijevych & Bernhard, 1994; Hyman, Gruge, 2002).

Johnson (2005), Ahijevych & Bernhard (1994), Nies et al. (1997), Duffy, Rossow, Hernandez (1996) tarafından göç eden kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların egzersiz davranışlarının yetersiz, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek davranışlarının yeterli olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmalarda göç eden kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Adams et al. (2000), Al Ma'aitah & Haddad (1999), Sayan, Erci (1999), Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmalarda kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının orta düzeyde olduğu, egzersiz davranışlarının yetersiz, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek davranışlarının ise yeterli olduğu bulunmuştur.

Türkiye’de sağlığı geliştirici yaşam biçimi ve etkileyen etmenleri tanımlayan, Esin (1997) tarafından endüstride çalışan işçiler, Akça (1998) tarafından öğretim görevlileri, Tokgöz (2002) tarafından kadın öğretim görevlileri, Erbaş, Bekar, Gölbaşı (2004) tarafından 40-60 yaş grubu menopozal dönemdeki kadınlar gibi farklı gruplarda araştırmalar yapılmıştır. Ancak göç eden kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçimi ve etkileyen etmenlerin incelendiği, göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının karşılaştırıldığı bir çalışmanın bulunmadığı görölmektedir.

Sağlığı geliştirici yaşam biçiminin toplumun tüm üyeleri için özellikle de kadınlar için önemli olduğu kabul edilmektedir. Kadınlar ailenin sağlığının sürdürölmesi ve geliştirilmesinde hayati rol oynamakta ve tüm kültürlerde özellikle de Müslüman kültürlerde ailenin sağlığından sorumlu bakım vericisi olarak kabul edilmektedirler (Al Ma’aitah & Haddad, 1999). Higgins ve Learn (1999) tarafından yapılan çalışmada da kadınların kendi sağlıklarından çok ailelerinin sağlıklarına dikkat ettikleri, özen gösterdikleri ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra kadınlar toplumsal bir sorun olan göç süreci içinde gençler ve çocuklarla birlikte bu durumdan en fazla etkilenme riski olan gruplardan birisini de oluşturmaktadırlar (Gün, 2002). Bu nedenle göç eden kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi hem bu grubun hem de ailelerinin sağlıklarının korunması ve sürdürölmesi açasından oldukça önemlidir.

Bireylerin sağlık durumlarını olumlu ya da olumsuz yönde değerıştirmesini ve geliştirmesini sağlayacak olan sağlık davranışlara katılımı için sorumluluk kendisinde olmakla birlikte, sağlık personeli tarafından motive edilmelerinin de gerekli olduğu bilinmektedir (Walker, Sechrist ve Pender, 1987). Bireylere bu sağlık davranışlarının kazandırılması ise ancak sağlığı geliştirme programları ile mümkün olmakta ve bu programların oluşturulabilmesi için toplum gruplarının sağlık davranışlarını belirleyecek tanımlayıcı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (Pender, 1987). Bu nedenle bu çalışmada göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının ve etkileyen etmenlerin belirlenerek ileride oluşturulacak olan sağlığı geliştirme programlarına temel oluşturması amaçlanmaktadır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını ve bu davranışları etkileyen etmenleri incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### Araştırma Soruları;

Göç eden kadınların;

- Yaşı ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında ilişki var mıdır?
- Medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi olma durumu göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında fark var mıdır?
- Göç ettiği yerde yaşama süresi ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında ilişki var mıdır?
- Kronik hastalık sahibi olma durumu ve sağlık durumlarını algulamalarına göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında fark var mıdır?

Göç etmeyen kadınların;

- Yaş ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında ilişki var mıdır?
- Medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi olma durumuna göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında fark var mıdır?
- Kronik hastalık sahibi olma durumu ve sağlık durumlarını algulamalarına göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi puanları arasında fark var mıdır?

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Göç Nedir?

Göç belirli bir sosyal yapı içindeki birey ve grupların sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel nedenlerden dolayı bir yerden başka bir yere gitmeleridir (Kızılcelik, 1996). Başka bir tanımla göç, kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, tamamen ya da geçici bir süre için bir iskan ünitesinden bir başkasına yerleşmek amacıyla yaptıkları coğrafi yer değiştirme olayıdır (Mutluer, 2003; Demir, 1996; IOM, 2004<sup>a</sup>). Gün'e (2002) göre ise göç, ekonomik, toplumsal veya siyasal nedenlerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir bölgeden başka bir bölgeye veya bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitmeleri olarak tanımlanmaktadır.

Göç basit anlamda fiziksel bir yer değiştirme değildir ve bir sosyo-ekonomik sistemden diğerine, bir kültürel örüntüden diğerine geçmeyi de içermektedir (Gün, 2002). Genel olarak göç tanımları incelendiğinde göç kavramının çok boyutlu ve karmaşık bir yapısının olduğu görülmektedir. Bu durum da göç kavramının tanımlama, ölçülme, çözümleme, açıklama ve yorumlanma konularında problemler yaşanmasına neden olmaktadır.

Göç ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde göç kavramının başlangıçta fonksiyonist ve çatışma olmak üzere iki temel kuramsal yaklaşımla ortaya konulduğu görülmektedir. Daha sonra ise bu yaklaşımların sentezi olan sistem kuramı geliştirilmiştir (Türkaslan, 1996). Gitmez'e (1983) göre fonksiyonist kuramda birey kendisine sunulan seçenekler arasında bir değerlendirme yaparak göçe karar vermektedir. Göç hem göç eden kimse, hem göç alan ülke, hem de göç veren ülke açısından yararlar doğurmaktadır (Türkaslan 1996).

Kongar'a (1981) göre ise fonksiyonist görüşün karşısında duran çatışma kuramı genel olarak göçü şartların zorlaması sonucu doğan bir coğrafi hareketlilik olarak ele almakta ve göçü belirleyen temel öğelerin ekonomik toplumsal ve siyasi etmenlerin etkileşimi olduğunu ileri sürmektedir (Türkaslan 1996). Hoffman ve Novonty'e (1981) göre sistemler yaklaşımı fonksiyonist kuram içinde göçü belirleyen bireysel/çevresel şartlarla, çatışma

kuramındaki ekonomik, toplumsal ve siyasal etmenlerin etkileşimi görüşünü kaynaştırmaya çalışmaktadır (Türkaslan 1996).

## 2. 2. Dünya’da ve Türkiye’de Göç

Günümüz küresel ekonomisinde göç olayı çok önemli bir rol oynamakta ve Dünya’nın her yerinde göç oranları hala artmaktadır. Dünya nüfusunun %3’ünü göçmenler oluşturmakta ve kadınlar bu göç eden nüfusun %50’sinden fazlasını oluşturmaktadır. İstatistiklere göre dünya çapında göçmen sayısı 1965’te 75 milyon, 1985’de 105 milyon, 2000’de 175 milyondur ve 2005 yılında bu sayının 192 milyona çıkması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde mülteciler hariç 107.1 milyon göçmen, gelişmiş ülkelerde ise 158.3 milyon göçmen yer almaktadır (IOM, 2005). Dünyanın belli bölgelerinin gelişmiş olması (Batı Avrupa, Kuzey Amerika-ABD, Kanada) diğer bölgelerin gelişmemiş kalması, yani bölgeler arası gelir uçurumunun çok büyümüş olması, Batıyı ve Kuzey yarım küreyi diğer alanlar için çekim merkezi haline getirmektedir. Günümüzde dünyadaki göç hareketlerinin yönü doğudan batıya ve güneyden kuzeye doğru olmaktadır (Mutluer, 2003).

Ülkemizde ise 1950’lerden itibaren Türkiye’nin sosyo-ekonomik yapısındaki önemli gelişmeler iç göçe ve 1960 yılının ortalarından itibaren de dış göçe neden olmuştur. Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerindeki siyasal ve toplumsal olaylardan dolayı 1980’li-1990’lı yıllarda ise zorunlu yada dolaylı zorunlu göçler gündeme gelmiştir (Gün, 2002). Türkiye’de meydana gelen hızlı iç göç, kırsal nüfus oranında çarpıcı farklılaşmalar yaratmıştır. Türkiye’de 1950 yılında nüfusunun ancak % 19’u kentsel alanlarda yaşarken bu oran 1970’de %36’ya ve 1990’da %56’ya yükselmiştir. Bu dönemde kentsel nüfusun bu hızlı artışı içinde iç göçün etkisi % 50’lerin üzerindedir (Erarı, 2001). Ülkemizde iç göçlerin yönü incelendiğinde ise yoğunlukla kırdan kente, kentten kente yada az gelişmiş bölgelerden, gelişmiş bölgelere doğru olduğu görülmektedir (Bayhan, 1996).

Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 1995-2000 döneminde göç eden nüfusun oranında önemli bir değişiklik gözlenmemekle birlikte 1975-2000 yılları arasında göç eden nüfus büyüklüğünün iki kat arttığı belirtilmektedir. Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre yıllara göre yerleşim yerleri arasında göç eden nüfus ve oranları Tablo 1’de gösterilmiştir. Yerleşim yerleri arasında göç eden nüfusun çoğunluğu şehirden şehire göç etmekte ve köyde köye göç eden nüfus oranında sürekli azalma olmaktadır (DİE Göç İstatistikleri, 2004).

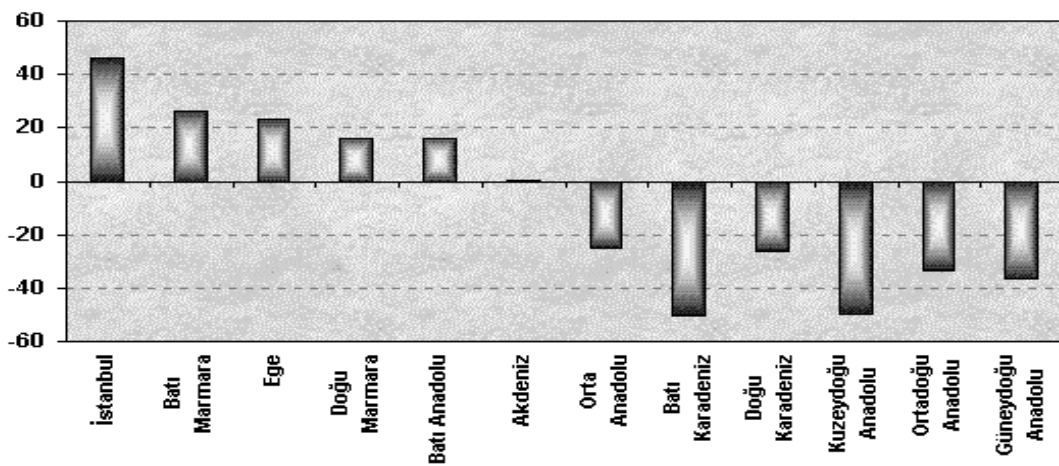
**Tablo 1. Yerleşim Yerleri Arasında Göç Eden Nüfus Ve Oranı**

Yerleşim yerleri	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1995-2000
<b>Toplam</b>	<b>3 584 421</b>	<b>3 819 910</b>	<b>5 402 690</b>	<b>6 692 263</b>
	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Şehirden şehire</b>	1 752 817	2 146 110	3 359 357	3 867 979
%	48.90	56.18	62.18	57.80
<b>Köyden şehire</b>	610 067	860 438	969 871	1 168 285
%	17.02	22.53	17.95	17.46
<b>Şehirden köye</b>	692 828	490 653	680 527	1 342 518
%	19.33	12.84	12.60	20.06
<b>Köyden köye</b>	528 709	322 709	392 935	313 481
%	14.75	8.45	7.27	4.68

DİE Göç İstatistikleri. (2004). 2000 Genel Nüfus Sayımı Göç İstatistikleri, 52

Bölgeler arasında göç eden nüfus değerlendirildiğinde İstanbul, Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara ve Batı Anadolu Bölgelerinin net göç hızı pozitif (göç alan), Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinin net göç hızı ise negatiftir (göç veren). Net göç hızına göre İstanbul Bölge'si %46 ile en çok göç alan, Batı Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi %50 ile en çok göç veren bölgedir (DİE Göç İstatistikleri, 2004) (Şekil 1).

**Şekil 1. Bölgelere Göre Net Göç Hızları**



DİE Göç İstatistikleri. (2004). 2000 Genel Nüfus Sayımı Göç İstatistikleri, 52



### 2. 3. Göç Türleri Ve Nedenleri

İnsan yaşamında çok önemli bir yere sahip olan göç, tüm toplumsal olaylarda olduğu gibi ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal bir çok faktör tarafından etkilenmektedir. Bu durum onun tüm insanları kapsayabilecek genişlikte olması, toplumlara göre farklı biçim ve içerikte gerçekleşmesi ve zamana bağlı olarak yoğunluk ve yönünde meydana gelen değişimlerden kaynaklanmaktadır (Mutluer, 2003). Böylelikle göçün isteğe bağlı göç, zoraki göç, devamlı ya da geçici göç, transit göç, illegal göç, aşamalı-aşamasız göç, zincirleme göç gibi bir çok türünden söz etmek mümkün hale gelmektedir (Gündüz, Yetim, 1996; İpekyüz, 1996; Mutluer, 2003; IOM, 2004<sup>a</sup>).

Göç, kişi ya da grupların kendi istekleriyle gerçekleşebileceği gibi kişi yada grupların arzuları dışında çeşitli kuvvetlerin etkisiyle de gerçekleşebilmektedir. İstemli göç daha iyi yaşam koşulları, çeşitli iş ve sosyal olanaklar için insanların arzularına bağlı olarak gelişen göç olarak ifade edilmektedir. Kişilerin veya grupların arzuları olmadan zora dayalı yapılan göç ise zorunlu göç denmektedir (Mutluer, 2003, Gün, 2002; Gündüz, 1996) .

Bir diğer göç türü ise zincirleme göçtür. Kır-kent bağlantısı çevresinde hemşehri dayanışması örneğidir. Zincirleme göç, daha önce göç etmiş hemşehri ya da akrabalarla olan bağlantılar çerçevesinde gerçekleşen göçtür. Zincirleme göç sonucunda kentin bazı semtlerinde aynı kent doğumlu insanların yoğunlaştığı gözlenmektedir (Gün, 2002).

Göçle ilgili gruplamada bir diğer kriter ise göçün aşamalı olup olmamasıdır. Aşamasız göç iki yerleşim birimi arasında gerçekleşir ve son bulur. Aşamalı göç de ise ikiden fazla yerleşim yeri arasında yer değiştirme söz konusudur (Mutluer, 2003). Türkiye koşulları içinde önemli olan bir diğer göç türü ise mevsimlik göçtür. Mevsimlik göç, sürekli yerleşmek amacı taşımayan yılın belli bir zamanında geçici olarak yapılan (genellikle iş amacıyla) yer değiştirmeyi ifade etmektedir (Mutluer, 2003).

Farklı ölçütler temel alınarak yapılan bu göç sınıflandırmaları içinde en sık kullanılan gruplamaya göre ise göç, iç göç (internal migration) ve dış göç (eksternal migration) olarak ikiye ayrılmaktadır. İç göç ülke sınırları içinde gerçekleşen ve bir ülke nüfus kesiminin doğdukları yer ile oturdukları yer arasındaki farkı ifade eden göçtür. İç göç kendi içinde yerleşim yerleri arasında göç (il merkezi, ilçe merkezi, bucak ve köy) ve iller arasında göç şeklinde sınıflandırılmaktadır. Dış göçler ise ülke sınırlarını aşan, uzun süre çalışmak ve yerleşmek için bir ülkeden diğerine doğru olan nüfus hareketlerini ifade etmektedir. Dış göçler ülke dışından içeriye doğru göç (yurtiçine göç) ve ülke içinden dışarıya doğru göç

(yurtdışına göç) olmak üzere iki şekilde görülmektedir (Mutluer, 2003; DİE Göç İstatistikleri 2004; Erarı, 2001).

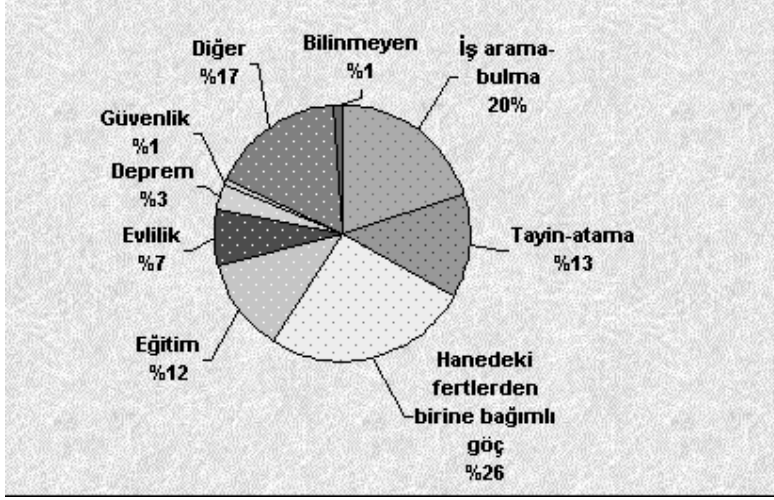
Ortaya çıkan bu türlerin temel özelliklerine bağlı olarak göçün iki faktör tarafından etkilendiği bilinmektedir. Bu faktörler itme ve çekme faktörleri olarak adlandırılmaktadır (Gündüz, Yetim, 1996). İtme faktörü, insanların içinde yaşadıkları koşulların ya katlanılamaz olarak görülmesi ya da rahatsızlık vermesidir. Nüfusu kente iten faktörler şu şekilde ifade edilebilir: köyde artan nüfus baskısı, yetersiz ve kötü dağıtılmış toprak, düşük verimlilik, doğal afetler, kan davaları, toprağın mirasla parçalanması, tarımda makineleşme, son yıllarda artan terör ve güveniktir (Gündüz, Yetim, 1996; Kızılcılık, 1996).

Çekme faktörü ise içinde bulunulmakla bir öncekine göre daha iyi koşullara ulaşacağına göstergeleridir. Nüfusu kente çeken faktörler ise: köy-kent gelir farklılıkları, daha iyi ve ileri eğitim, şehrin cazibesi, iş bulma ümidi, daha yüksek hayat standardı, ulaşım imkanları, kentlerdeki sosyal ve kültürel imkanlardan yararlanma isteği gibi faktörlerdir (Gündüz, Yetim, 1996; Erarı, 2001). Göçün nedenleri tüm toplumlarda benzerlik göstermekle birlikte aynı değildir ve toplumların kendine özgü koşulları veya kültürel değerleri nedeniyle göçün nedenleri de farklı olabilmektedir (Kızılcılık, 1996).

Türkiye’de göçün temel nedenlerinden biri yetersiz ve eksik bir planlama olarak ifade edilmektedir. Yirminci yüzyıl toplumlarında en önemli gereksinim olarak kabul edilen ekonomik ve sosyal planlamanın Türkiye’de etkisiz kalışı, köy-kent, bölgeler ve kesimler arası dengesizliği oluşturarak iç göçlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Kızılcılık, 1996). Ülkemizde şehirlere doğru olan bu iç göç olgusunun temel nedenleri ise ana hatlarıyla tarıma yeni teknolojinin girişi, toprak yetersizliği, toprağın mirasla parçalanması, hızlı nüfus artışı, yaşam biçiminin sınırlılığı, kentlerin iş yönünden çekiciliği, kentlerdeki eğitim, kültür ve sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği ve Güneydoğu Anadolu’da yaşanan terör ortamıdır (Kocaman, Beyazıt, 1993; Göktürk, 2001).

İki bin yılı Genel Nüfus Sayımı’nda ise ilk kez kişilerin göç etme nedenlerine ilişkin veriler derlenmiştir. İller arası göç eden nüfusun %20’sinin iş arama-bulma, %13.2’sinin tayin ve atama nedeniyle, %26’sının hanedeki fertlerden birine bağımlı olarak, %11.6’sının eğitim nedeniyle, %17’lik nüfusun ise diğer nedenlerle göç ettiği ortaya çıkmıştır (DİE Göç İstatistikleri, 2004) (Şekil 2).

**Şekil 2. Göç Etme Nedenine Göre İller Arasında Göç Eden Nüfus Oranı**



#### **2. 4. Göç Ve Sağlık İlişkisi**

Türkiye için göç her dönemde önemli bir toplumsal olgu olmakla birlikte yaşanan bir çok problemin kaynağını ve nedenini oluşturduğu kabul edilmektedir. Özellikle metropollere yönelen ve aşırı ölçüde nüfus birikimine yol açan göçün, bu merkezlerde işsizlik, yerleşim, konut, çevre, altyapı, ulaşım, eğitim ve asayiş sorunları ile birlikte sağlık sorunlarına da yol açtığı yadsınamaz bir gerçektir (Bayhan, 1996).

İnsan sosyo-kültürel çevresiyle sürekli etkileşim halindedir ve insanın tam olarak sağlıklı olabilmesi için çevre çok önemli bir yere sahiptir. Göç ise insanın içine doğduğu, sosyalleştiği çevreyi bırakıp yeni bir çevreye gitmesidir (Gün, 2002). Bu nedenle hem sosyal, hem kültürel, hem de fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen göç, sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir. Göç, bu süreci yaşayan herkes için sarsıcı bir deneyim olma potansiyeli taşımaktadır. Göç ile beraber toplumların, grupların ve bireylerin hayatlarında köklü değişimler meydana (olumlu/olumsuz) gelmektedir (Gün, 2002; Sarıkaya, 2001).

Göç alan bölgelerde yeterli sağlık kuruluşu ve sağlık insan gücünün olmaması, göç edenlerin gelir düzeyinin düşük olması, ekonomik yönden sürekli sıkıntı içinde olmaları, yetersiz beslenmeleri, dil engeli ile karşılaşmaları, sağlık sigortasına sahip olmamaları, geleneksel yaşam kalıplarına sahip olmaları, sosyal ve psikolojik stres göç edenlerin sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitim düzeylerinin de düşük olmasının etkisiyle göç edenlerin sağlık, hastalık konularında yeterli derecede duyarlı ve bilinçli olmadıkları

bilinmektedir. Göç eden bireyler, göç ettikleri yerlerde iş sahibi olma, toplumun bir parçası olabilme, gelecekte daha iyi yaşam koşullarına sahip olma gibi konuları sağlık davranışlarından daha önemli olarak ifade etmektedirler (Kızılcıkelik, 1996; Fuller, Ballantyne, 2000; Ertem 1999; IOM, 2005).

Sağlık açısından incelendiğinde göç süreci içerisinde göç eden bireyler işsizlik, sosyal statünün kaybı, yalnızlık, dil engeli, kültürel farklılıklar gibi bir çok stresörle de karşı karşıya kalmaktadırlar. Stresin sağlık üzerindeki negatif etkisine ve stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliğine bağlı olarak da göç eden bireyler fizyolojik ve psikolojik kökenli bir çok sağlık problemi ile karşılaşmaktadırlar (Farley, Galves, Dickinson, Perez, 2005, Hyman 2004).

Göç eden bireylerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen bir çok etken yanında en sık gözlenen ve ölümlere neden olan sağlık sorunu grubunun bulaşıcı hastalıklar olduğu bilinmektedir. Göç eden bireylerde bu tip hastalıklar sık sık salgınlar yaparak ölümlere yol açmaktadır. Kızamık, ishali hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar göç edenlerde daha yaygın olarak görülmekte ve ekonomik koşulların yetersiz olması, beslenme bozukluğu, kötü hijyen, yetersiz alt yapı olanakları göç edenlerin bulaşıcı hastalıklara yakalanmalarını kolaylaştırmaktadır (Ertem, 1999).

Güneydoğu'da göç merkezlerinden biri haline gelen Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada bölgede alt yapı hizmetlerinin ve temiz içme-kullanma suyunun yetersizliğine bağlı olarak sindirim sistemi hastalıklarının (parazitöz, ishal, tifo, amipli dizanteri vb.), vektörlerle mücadelenin yapılmamasına bağlı olarak da sıtmanın Türkiye'nin diğer yerlerine göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır (İpekyüz, 1996). Bu hastalıklar bilindiği gibi iyi tedavi edilseler bile belirli bir oranda taşıyıcı bırakmaktadırlar. Ancak göç eden bireyler sağlık güvencesine sahip olmama, yeterli maddi imkanlarının olmaması gibi nedenlerle ilaç alımında büyük sorunlar yaşamakta, tam olarak tedavi olamadıkları içinde taşıyıcı olarak kalmaktadırlar. Bu durumda bu bölgelerde bir taşıyıcı havuzunun oluşmasına yol açarak salgın riskini sürekli gündemde tutmaktadır (İpekyüz, 1996).

Temel sağlık hizmetinin bir parçası olan ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin alımı açısından değerlendirildiğinde göç eden bireylerin bu hizmetlerden yeterince yararlanmadığı görülmektedir. Göç eden kadınlarda, geleneksel kültüre bağlı olarak çocuk doğurmak sahip oldukları statünün devamı açısından oldukça önemli olarak kabul edilmektedir. Tutuculuk nedeniyle de aile planlaması hizmetlerinden yararlanım düşük

olmaktadır (Özen, 1996). Bu nedenle de göç eden kadınlar arasında özellikle eğitim seviyesi düşük olan kadınların daha çok çocuk sahibi olduğu, aile planlaması yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bilinmektedir (Güler, 1996). Göç eden bireylerin yaşadığı bölgelerde yapılan çalışmalarda göç eden kadınların doğum öncesi bakım hizmetleri alımının düşük olduğu, ekonomik durum, çevre, korku, tanıdık olma gibi sosyo-kültürel ve psikolojik temelli faktörler nedeniyle hastanede yapılan doğumların düşük, evde sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumların yüksek olduğu görülmektedir (Özen, 1996; Güler, 1996; İpekyüz, 1996).

Sağlıksız koşullarda ve yetkin olmayan kişilerle yapılan doğumların ana çocuk sağlığını etkilediği ve ölüm oranlarını yükselttiği bilinen bir gerçektir. Göç eden bireylerin yaşadığı bir bölgede kadınların aile planlaması ile ilgili tutumlarının değerlendirildiği çalışmada 462 kadından 110'unun çocuğunun öldüğü, 25-34 yaşları arasındaki kadınların ise %75-80'inin bir çocuğunun öldüğü saptanmıştır (Kızılçelik, 1996). Türkiye'nin de yer aldığı Avrupa Bölgesindeki ülkelerde yaşayan göçmenlerin sağlık durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise düşük doğum ağırlıklı, prematüre bebeklerin sıklıkla görüldüğü, perinatal ve postneonatal bebek ölümlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Carbolla, Divino, Zeric, 1998).

Göç eden bireylerin beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde ise yeterli ve dengeli beslenmedikleri, ekonomik koşullara ve alışkanlıklarına bağlı olarak daha çok yağ ve karbonhidrat ağırlıklı beslendikleri saptanmıştır. Göç eden bireylerin göçle birlikte fiziksel aktivitelerinin de azaldığı, beden kitle indeksinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Özen, 1996, Choudry, 1998).

Göç eden bireylerde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik rahatsızlıkların da görüldüğü bilinmektedir. Bu ruhsal çöküntüden en fazla kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. Kadınlar post travmatik stres, kültürel çatışma, aile rollerinde değişim, aile içi şiddet gibi nedenlerle bir çok ruhsal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Düzensiz adet kanamaları, kimi zaman kendiliğinden olan düşükler, çocuklarda ise korku, içe kapanıklık, gibi şikayetlere sık rastlanmaktadır (Lipson, 1998; Çobanoğlu, 1996; Ertem, 1999; İpekyüz, 1996; Sır, Bayram, Özkan, 1998). Öktem (1997), gecekondu'lara göç eden kadınlarla yaptığı bir çalışmada, ileri derecede ruhsal problem yaşayan kadınların oranını %1.9 olarak bildirmektedir. Bu grupta en sık görülen ruhsal problemlerin, uyku ve yeme bozuklukları, paranoid düşünceler, somatizasyon olduğunu belirtmiştir.

Göç eden bireylerin sağlığını olumsuz etkileyen bu faktörlerin yanında yerleştikleri bölgelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olması ve kullanımının da düşük olması sağlık sorunlarının giderek artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık ocaklarının sayıca yetersiz olduğu, hizmet verdiği nüfusun düzenli kayıtlarını tutamadığı, risk altındaki nüfusun sorunlarını saptamakta yetersiz kaldığı, koruyucu sağlık hizmetleri vermesi gerekirken daha çok poliklinik hizmeti sunmaya başladığı, aşılama oranlarının giderek düştüğü görülmektedir (Özen, 1996; Çobanoğlu, 1996, Fuller, Ballantyne, 2000; Sohng, Sohng & Yeom, 2004). Bu durumda göç eden bireylerin temel sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına ve sonuçta önlenebilir sağlık riskleriyle karşılaşmalarına yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği yanında ekonomik koşullar, sağlık güvencesine sahip olmama, yerel hizmetlerin gereksinimlere cevap verememesi, yabancılık, yasalar, ekonomik nedenler, ulaşım, kadınlar için çocuklara bakacak kimse olmaması, çalışma saatleri, dil engeli gibi nedenlerden dolayı da göç eden bireyler sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadıkları da bilinen bir gerçektir (Sohng et al., 2004; Lipson, 1999; Özen, 1996; Ertem, 1999).

Bu verilerden de anlaşıldığı gibi göç eden bireyler beslenme, temiz içme ve kullanma suyunun sağlanması, ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, endemik hastalıkların kontrolü gibi minimal bakım hizmetlerinden bile yeterince yararlanamamaktadır. Özellikle kadınların ve çocukların bu süreçten diğer gruplara göre daha fazla etkilendiği ve daha fazla risk faktörü ile karşılaştığı da bilinmektedir. Bu nedenle de göç eden bireylerin sağlık koşullarının geliştirilerek sürdürülmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine ve bu hizmetin çok önemli bir parçası olan hemşirelere çok önemli roller düşmektedir.

## **2.5. Göç Eden Bireylerin Sağlığını Koruma Ve Geliştirmede Hemşirenin Rolü**

Günümüzde sağlık bakım sistemi, çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda sürekli değişime uğramakta ve bu değişim sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde etkisini sürdürmektedir (Velioğlu, 1994). Sağlığın geliştirilmesi alanında meydana gelen bu değişimlere ve DSÖ'nün önerilerine paralel olarak da son yıllarda hem toplum, hem de siyasi örgütler sağlık bakım politikalarını sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme üzerine odaklamaktadır. Her ülke kendi hedeflerini belirleyerek, hastalıklara yakalanma oranını düşürecek, sağlığın kalitesini yükseltecek ve sağlıklı uzun ömürlü yaşam sürmeyi sağlayacak

amaçlara ulaşacak stratejilerini uygulamaya koymaktadır (Erdoğan, Nahçıvan, Esin, İbrikçi, 1994).

Bu stratejilerden birisi olan Herkes İçin Sağlık Eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında “1. Uluslararası Sağlıkın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir. Bunlar;

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

Sağlığı geliştirme eylemi, varolan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermeyi ve tüm insanların, sağlık potansiyellerine tam anlamıyla ulaşabilmesini sağlamak için eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamayı amaçlamaktadır (WHO, 1986). Sağlık geliştirilmesi için belirlenen beş alanda da hemşirelerin etkili olabilecekleri belirtilmekte ve günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (Dirican,1993; Whitehead, 1992; Esin, 1999).

Temel sağlık hizmetlerini üstlenen hemşireler, değişik ortamlarda ve çeşitli düzeylerde sağlık sorunları olan kişilerle doğrudan ilişkileri nedeni ile sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlık eğitimi için anahtar roller üstlenmektedirler. Bu nedenle sağlığın korunması ve geliştirilmesi tüm hemşirelerin ilgi alanına girmekle birlikte özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ilgi alanına girmektedir (Smith,Maurer 2000, Velioglu, 1994). Hemşirelerin bireylerin, grupların ve toplumun sağlığını geliştirebilmesi için; onların sağlık durumlarını, sağlıkları üzerine etkili olan biyolojik, sosyal, kültürel değişkenleri, sağlık davranışlarını, inançlarını ve yaşam biçimlerini değerlendirmesi gerekmektedir (Smith,Maurer, 2000). Bireyleri ve buna paralel olarak toplumları etkileyen göç kavramı ise, sağlık üzerine direkt etkileri olan sosyal, ekonomik ve kültürel bir çok değişkeni de etkilemektedir (Erarı, 2001).

Sağlık hastalık ilişkisinde belirleyici faktörlerden birisi olan kültürel faktörler özellikle göç olayında önemli bir rol oynamaktadır. Göç edenlerin davranış, dil, beslenme ve giyimde yeni kültüre uyum sağlayıp sağlayamaması, ayrımcılığa maruz kalıp kalmaması gibi göçle

ilişkili olan kültürel faktörler sağlık hastalık kavramlarının biçimlendirilmesinde ve değerlendirilmesinde çok önemli rol oynamaktadır (Özen, 1994; Smith, Maurer, 2000).

Göç eden kadınların sağlık davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda ise göç eden bireylerin beslenme ve egzersiz davranışlarının yetersiz olduğu, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek davranışlarının ise yeterli olduğu belirtilmektedir (Johnson, 2005; Duffy et al., 1996; Ahijevych & Bernhard, 1994). Göç eden kadınların sağlığının geliştirilmesi için hemşirelerin tanımlayıcı çalışmalarla yetersiz olan alanları belirlemeleri bu alanlara yönelik sağlık eğitimleri planlamaları gerekmektedir. Bu eğitimleri planlarken kültürel farklılıkları dikkate almaları ve göç süreci tarafından etkilenen, sağlık üzerine direkt etkileri olan sosyal, kültürel, ekonomik değişkenleri, yaşam biçimlerini, inanç ve değerler sistemini değerlendirmeleri önerilmektedir (Smith, Maurer, 2000; Özen, 1994; Choudry, 1998; Sohng et al., 2002).

Sağlığın geliştirilmesindeki beş yaklaşımdan biri olan ve tüm bireyler için geçerli olan destekleyici bir çevre yaratılması yaklaşımı göç eden bireyler için de uygulanmalıdır. Hemşireler tarafından göç eden bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi için çevreleri daha sağlıklı hale getirilmeli, diğer bireylerle iletişim kurmaları sağlanarak karşılaştıkları önyargılar giderilmeye çalışılmalı ve ekonomik olarak çevreleri üzerinde daha fazla kontrole sahip olmaları sağlanmalıdır (Ertem, 1999; Sohng et al., 2002; Ahijevych & Bernhard, 1994). Sağlık hizmetlerinin daha kolay ulaşılabilir ve daha az maliyetli hale getirilmesinin de göç eden bireylerin sağlıklarının geliştirilmesinde etkili bir strateji olacağı ifade edilmektedir (Johnson, 2005).

Dünya nüfusunun hızla hareket etmesinin, göçmenlerin sağlıklarını olumsuz etkileyerek temel toplum sağlığı sorunlarından birisi haline getirdiği ifade edilmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve Uluslararası Göç Örgütü (IOM) için de göçmenlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi öncelikli konular arasında yer almaktadır (IOM, 2005).

Sağlığı koruma davranışları, hastalık olasılığını azaltmaya yönelirken, sağlığı geliştiren davranış kişinin sağlık düzeyini normal sınırlarda tutma ya da arttırmaya yönelik olarak tanımlanmaktadır (Dirican 1993; Pender, 1987). Sağlığı koruyan ve geliştiren bazı davranış örnekleri Şekil 3' de gösterilmiştir.



### Şekil 3. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler

<p><b>Düzenli yapılması gereken davranışlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pap- smear, tansiyon kontrolü gibi periyodik muayeneler,</li><li>• 40 yaşından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan muayenesi ve mammografi</li><li>• İki yılda bir göz muayenesi,</li><li>• 6-12 ayda bir diş muayenesi,</li><li>• Kendi kendine meme muayenesi,</li><li>• Yaşa uygun aşılama,</li><li>• Sağlık problemlerinin değerlendirilmesi.</li></ul> <p><b>Zararlı Alışkanlıklara yönelik davranışlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sigara içilmemesi,</li><li>• Alkol alınmaması veya azaltılması,</li><li>• Kolesterol ve yağdan düşük beslenme ,</li><li>• Lifli diyet alınması,</li><li>• Tuzdan fakir diyet seçimi,</li><li>• Kafein alınmaması veya azaltılması,</li></ul> <p><b>Egzersize yönelik uygulamalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Haftada üç kez 20 dakika egzersiz yapma,</li><li>• Gecede 6-8 saat uyku uyumak,</li><li>• Boş zamanlarda eğlenceli aktivitelerde bulunmak,</li></ul> <p><b>Sağlığı koruyan diğer uygulamalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Emniyet kemeri takma,</li><li>• Güneş ışınlarından korunma,</li><li>• Günlük hijyenik uygulamalar</li><li>• Olumlu kişiler arası ilişkiler kurmak</li></ul>	<p><b>Kişinin kendi kendini gerçekleştirme</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Büyüme değişikliklerinin izlenmesi,</li><li>• Uzun dönemli hedefler geliştirilmesi,</li><li>• Gerçek hedeflerin belirlenmesi,</li><li>• Yaşamının amacını bilmesi,</li><li>• Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetmesi,</li><li>• Güçlü ve zayıf yanlarının farkında olması.</li></ul> <p><b>Sağlık sorumlulukları</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Şikayetlerini sağlık personeline bildirmesi ve sağlığını izlemesi</li><li>• Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,</li><li>• Sağlıkla ilgili yayın okuması,</li><li>• Çevre sağlığı programlarına katılması</li></ul> <p><b>Egzersiz</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nabız atışını sağlayacak düzeyde egzersiz yapma,</li><li>• Hafta en az 3 defa 20 dk. egzersiz yapma,</li><li>• Yeni aktiviteler yaratması.</li></ul> <p><b>Beslenme</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Katkı maddeleri içeren besinleri kullanmama</li><li>• Günde üç öğün dört besin grubunu tüketme,</li><li>• Vücut fonksiyonlarını destekleyen, koruyan lifli besin tüketilmesi,</li><li>• Besin sanitasyonuna dikkat edilmesi.</li></ul> <p><b>Kişiler arası destek</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemlerini başkaları ile tartışabilme</li><li>• Olumlu ilişkiler kurabilme</li><li>• Sevgiyi ifade edebilme.</li></ul> <p><b>Stres Yönetimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Günlük gevşeme egzersizleri yapma,</li><li>• Stres kaynaklarının farkında olma,</li><li>• Yeterli uyuması ve düzenli egzersiz yapma,</li><li>• Stres kontrol yöntemlerini kullanması,</li><li>• Duygularını ifade etmesi</li></ul>
--	--

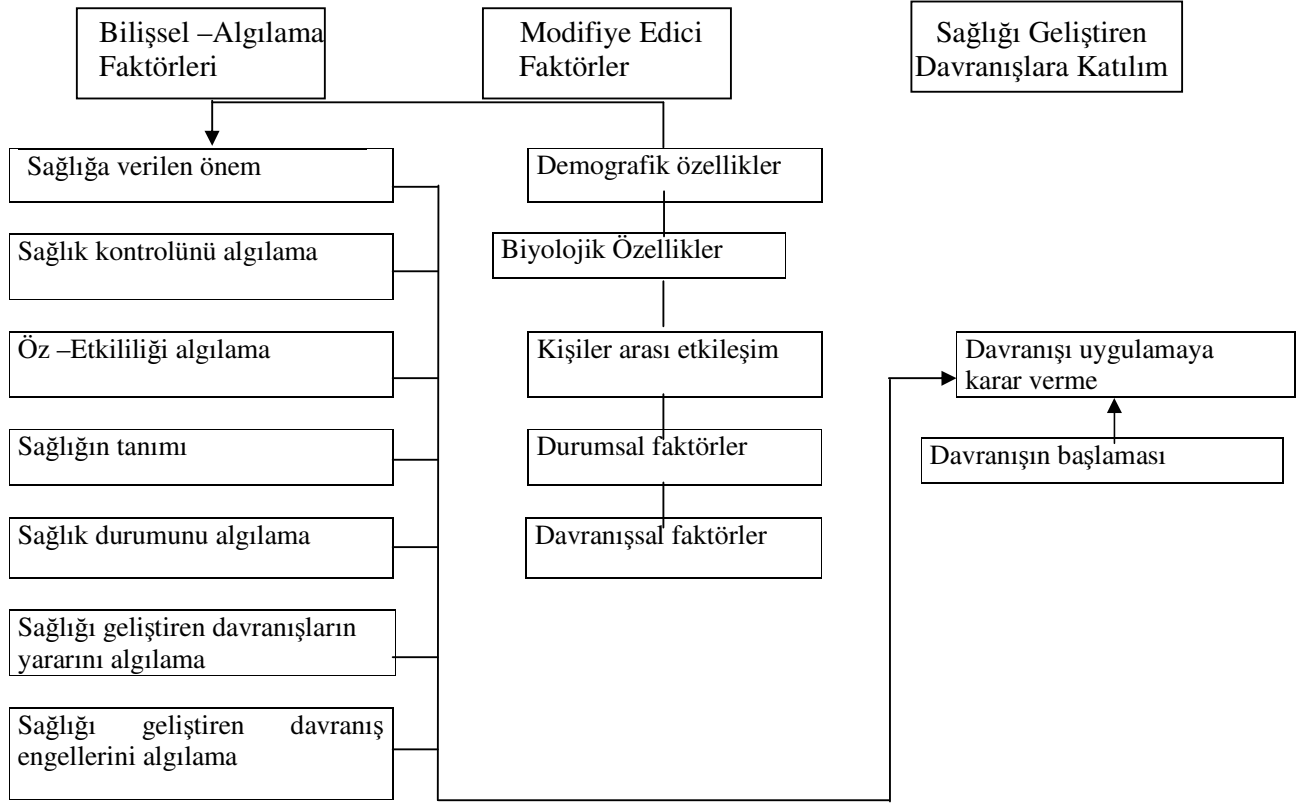
Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni, 8 (32), 28-35; Smith, C., Maurer, F. (2000). Community health nursing theory and practice. WB Saunders, Company.

## 2. 6. Pender’ın Sağlığı Geliştirme Modeli

Günümüzde tüm dünyada sağlık bakım maliyetlerinin artması ve bununla birlikte hastalıkların tedavisinden çok önlenmesinin daha etkili bir strateji olduğunun anlaşılmasıyla birlikte sağlığın korunması ve sürdürülmesi için sağlığı geliştirme davranışlarına ve sağlıklı yaşam şekline verilen önem gittikçe artmaktadır (Pender, Walker, Sechrist, Strombog, 1990). Sağlığın geliştirmesi; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetleri ve bireyin var olan sağlık davranışını en üst düzeye çıkarmasını ifade etmektedir (Pender, 1987). Pender tarafından ilk kez tanımlanan sağlığın geliştirilmesi kavramı, bugün yaşadığımız 21. yüzyılda tüm dünya uluslarında hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin odak noktasında yer almaktadır (Al Ma’aitah & Haddad, 1999).

Sağlığın geliştirilmesi alanındaki araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli Bandura’nın “Sosyal Öğrenme Teorisi”ni temel almaktadır. Bu model sağlığı geliştirici unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır (Pender, Barbarauskas & Hayman, 1992; Pender et al., 1990; Walker et al. 1987). Sağlığı Geliştirme Modelinde “bilişsel-algısal” olarak belirtilen faktörler sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve devamında başlıca motive edici faktörler olarak belirtilmektedir. Bu faktörler; “sağlığa verilen önem”, “öz etkililik ve yeterliliği algılama”, “sağlığın kontrolünü algılama”, “sağlık durumunu algılama”, “sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama”, “sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama” olarak sıralanmaktadır. Bilişsel algılama faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulaması üzerinde doğrudan etki yapmaktadır. Modeldeki etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişiler arası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörleri içermektedir (Pender et al. 1992) (şekil 4).

**Şekil 4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender 1987)**



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

## 2. 6. 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilışsel Algılama ve Modifiye Edici Faktörler

### Bilışsel Algılama Faktörleri

**Sağlığa Verilen Önem:** Bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bu faktöre göre; birey sağlık probleminin olmadığını düşünüyor ise sağlığı geliştirmek için gerekli çabayı göstermemektedir ( Pender et al. 1990, Delenay, 1994).

**Sağlık Kontrolünü Algılama:** Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının, kontrol ettiğinin ve diğer değişkenler tarafından nasıl etkilendiğinin bilinmesi yeni bir davranış kazandırmada önemlidir (Pender, et al.; 1990; Walker, et al, 1990; Whitehead, 2001).

**Öz-Etkililiği Algılama:** Öz-etkililik-yeterlilik; bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı Geliştirme Modelinde; bireyin öz-etkililik-yeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Gözüm, Aksayan, 1999).

**Sağlığın Tanımı:** Sağlık, evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği bir tanımı yoktur. Sağlık, bireysel görüşler, farklı yaş gurupları, cinsiyet, ırk ve kültür arasında değişebilmektedir (Potter & Perry, 1999). Bir bireye sağlıklı diyebilmek için bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması ve objektif olarak sağlıklı olması gereklidir (Biol, 2005).

**Sağlık Durumunu Algılama:** Bu faktöre göre birey sağlık durumunu subjektif olarak iyi, çok iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilmektedir (Walker et al. 1990). Kendini sağlıklı olarak algılayan birey sağlığını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba gösterecekleri belirtilmektedir (Pender et al. 1992).

**Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama:** Psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirlemektedir. Sağlık davranışlarını bu davranışları uygulamanın yararını algılama ve sağlık davranışını uygulamada toplumsal ve bireysel düzeyde algılanan engeller etkilemektedir. Hastalığın tehdit olarak algılanması; yarar ve engel algısı olarak ikiye ayrılmaktadır (Potter & Perry, 1999). Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve devam ettirme olasılığını azaltan en önemli etken engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artırmaktadır (Pender et al. 1990).

### **Modifiye Edici Faktörler**

**Demografik Faktörler:** Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi demografik özellikler sağlığı geliştiren davranışların oluşumunu doğrudan etkilemektedir (Wang, 2001; Velioğlu,1994).

**Biyolojik Faktörler:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre boy, kilo gibi biyolojik özellikler bireyin sağlık davranışlarını etkilemektedir (Walker et al 1987).

**Kişiler Arası Etkileşim:** Aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışını kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Walker et al. 1987).

**Durumsal Faktörler:** Bireyin sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörlerinden kişisel tutumları ve bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (Resnick, 2003; Wang, 1999 ).

**Davranışsal Faktörler :** Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir. Sosyal Bilişsel Modele göre bilgi, beceri, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını desteklemektedir (Potter & Perry , 1999).

## 2. 7. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi

Avrupa ÷lkeleri, Alma-ata ilkeleri doğrultusunda b÷lgesel gelişmeleri gözden geçirmek üzere 1980 yılında Fez kentinde toplanarak “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” ilkelerini başarmada bir b÷lgesel sağlık strateji geliştirilmesi sonucuna varmışlardır. Bu b÷lgesel strateji, ÷lkeleri sağlığın gelişmesi için temel değişiklikleri yapmaya çağırmakta ve yaşam biçiminin de içinde yer aldığı başlıca d÷rt gelişim alanıyla ilgilenmektedir (Öztek, 1986). Bu alanlardan biri olan sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlığı geliştirme modelinin kurucusu olan Pender (1987) tarafından kişinin tam iyilik düzeyinin geliştirilerek sürdür÷lmesini ve kendini gerçekleştirilmesini sağlayan çok boyutlu bir yaşam şekli olarak ifade edilmektedir. Dunn 1961 yılında sağlık düzeyinin geliştirilmesinde ve korunmasında yaşam biçiminin önemini vurgulamış, Travis’de sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını sağlık sorumluluğu, beslenme, stresle başa çıkma ve fiziksel farkındalık olarak ifade etmiştir (Pender et al. 1990).

Bireyin yaşam biçimi; sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini arttıran davranışları göstermeyi de içermelidir ve yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır. Sağlığa ve sağlığı geliştirmeye yönelik olan sağlığı geliştirici yaşam biçimi sağlık için kişisel sorumluluğu da artırmaya yöneliktir (Pender et el. 1990; Aksayan ve diğ. 1998). Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Pender (1987) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışların; bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerdiği ifade edilmektedir.

Literatürde sağlık risklerinin bireysel yaşam şekli ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir. Sağlığı geliştirme davranışlarının ve sağlıklı yaşam şeklinin, sağlığı korumak ve sürdürmek için en önemli strateji olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam şeklinin hastalıklara yakalanmayı, hastalık vakalarını azalttığı ve ölüm oranlarını düşürdüğu yaşam biçiminin kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (Pender et al. 1992). Bu ifadelerden de anlaşıldığı gibi sağlığın geliştirilmesinde sağlığı geliştirici yaşam biçiminin çok önemli bir yeri vardır. Pender’e göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir (Pender, 1987).

Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli kadın ve erkek Amerikalıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmada kadınların kişiler arası ilişkiler ve kendini gerçekleştirme alt boyutunda en yüksek puanları aldıkları, egzersiz alt boyutunda en düşük puanları aldıkları bulunmuştur. Aynı alışmada Afrika kökenli Amerikalı kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi (SGYB) leği puan ortalaması ise  $2.68 \pm 0.45$  olarak bulunmuştur.

Duffy, Rossow ve Hernandez (1996) tarafından 187 alışan Meksika kökenli Amerikalı kadının sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirildiği çalışmada kadınların kendini gerçekleştirme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutunda en yüksek puanları aldıkları, egzersiz alt boyutunda ise en düşük puanları aldıkları saptanmıştır. Kadınların SGYB leği puan ortalamasının ise orta düzeyde olduğu bulunmuş olup sağlığı geliştirme davranışlarının kltrlere göre farklılık gösterebileceği ifade edilmektedir. Sayan, Erci (1999), Tokgöz (2002), Al Ma'aitah & Haddad (1999) tarafından kadınlarla yapılan çalışmalarda da kadınların SGYB leği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Farklı gruplarla yapılan, sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirildiği çalışmalarda elde edilen SGYB leği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Farklı Çalışmalarda Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Farklı Gruplarla Yapılan Çalışmalar	Yapılan Çalışmalar	N	SGYB Ölçeği	Alt Ölçekler					
				Kendini Gerçekleştirm	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler Arası Destek	Stresle Basetme
<b>Göç Eden Kadınlarla Yapılan Çalışmalar</b>									
Afrika Kökenli Amerikalılar.	Johnson (2005)	115	2.7	3.2	2.7	2.4	2.5	3.1	2.5
Afrika Kökenli Amerikalı Kadınlar.	Ahijevych & Bernhard (1994)	187	2.5	2.9	2.3	2.0	2.4	2.9	2.5
Asyalı Hintliler.	Misra, Patel, Davies, Russo (2000)	81	3.0	2.6	2.4	2.8	2.4	2.2	2,2
Meksika Kökenli Amerikalı Çalışan Kadınlar.	Duffy, Rossow, Hernandez (1996)	397	2.7	3.1	2.3	1.9	2.5	3.0	2.5
Afrika Kökenli Amerikalı Kadınlar	} Nies ve ark. (1997)	40	2.5	3.0	2.2	1.9	2.1	3.0	2.4
Avrupa Kökenli Amerikalı Kadınlar		46	2.6	2.9	2.3	1.9	2.6	3.1	2.3
<b>Göç Etmeyen Kadınlarla Yapılan Çalışmalar</b>									
Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlar.	Adams ve ark. (2000)	102	2.5	2.9	2.4	2.0	2.5	2.9	2.3
Ürdünlü Kadınlar.	Al Ma'aitah & Haddad (1999).	512	2.5	2.8	2.1	1.4	2.7	2.7	2.5
Çalışan Kadınlar.	Sayan, Erci, (1999)	301	2.6	2.6	2.5	2.2	2.7	2.7	2.5
Kadın Öğretim Elemanları.	Tokgöz (2002).	203	2.5	2.8	2.4	2.0	2.5	3.0	2.5

### **2. 7. 1. Kendini Gerçekleştirme**

Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştiren birey ise “kapasitesini tam olarak kullanan” ya da “verimli” birey olarak ifade edilmektedir (Erden ve Akman, 1985; Birol, 2005). Kendini gerçekleştirme birey için yaşam boyu süren bir süreçtir. İnsan, hayatının belli bir anında kendini gerçekleştirme yönünden belli bir düzeye sahip olabilmektedir. Ayrıca kendini gerçekleştirme bakımından kişiler arasında farklar bulunabilmektedir (Duffy et al., 1996; Erden ve Akman, 1985). Abraham Maslow (1954) insanların temel gereksinimlerini bir piramit şeklinde temelden yukarı doğru hiyerarşik bir düzende sıralamıştır. Maslow’a göre bu gereksinimler fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimleri, sosyal gereksinimler, kendini gerçekleştirme ve estetik gereksinimlerdir. Bireyin sağlıklı olabilmesi için tüm bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gereklidir. Alt basamakta yer alan gereksinimler karşılandıktan sonra üst basamaklara geçilmektedir. Maslow’un piramidinin üst basamaklarından birinde yer alan kendini gerçekleştirme bireyin yeteneklerinin tam gelişimi açısından potansiyeline ulaşmak için gerekli bir ihtiyaç olarak ifade edilmektedir (Birol, 2005).

Duffy et al. (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarda, Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda, Walker et al. (1990) tarafından Birleşik Devletlerde yaşayan İspanyollarda, Misra et al. (2000) tarafından Birleşik Devletlerdeki Asyalı Hintlilerde, Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli kadın ve erkek Amerikalılarda yapılan araştırmalarda göç eden kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde en yüksek puanları aldıkları saptanmıştır. Göç eden kadınların bu alt ölçekte yüksek puan almalarına karşın çevreleri üzerindeki kontrol duyguları arttırılırsa kendini gerçekleştirme puanlarının daha da artacağı ifade edilmektedir (Misra et al., 200).

Tokgöz (2002) tarafından kadın öğretim elemanları, Esin (1999) tarafından işçiler ve Akça (1998) tarafından öğretim görevlileri Al Ma’aitah & Haddad (1999) tarafından Ürdünlü kadınlarla yapılan araştırmalarda kadınların SGYB alt ölçeklerinden en yüksek puanı kendini gerçekleştirme almıştır.

### **2. 7. 2. Sağlık Sorumluluğu**

Alma-Ata bildirgesinde verilen tanıma göre Temel Sağlık Hizmeti, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilecek yollardan, onların tam olarak katılımları



ile, ÷lkece ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara g÷t÷r÷len esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetinin felsefesinde yer alan öz sorumluluğa g÷re, herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır şeklinde ifade edilmektedir. Ayrıca DSÖ “2000 yılına kadar herkes için sağlık” hedeflerini gerçekleştirilebilmesi için bireylerin, ailelerin ve toplumun kendi bakımlarının sorumluluğunu alması, sağlığın yükseltilmesi ve sürdür÷lmesi için de cesaretlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Öztek, 1986; Birol, 2005). Pender ise sağlık sorumluluğunu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı şeklinde ifade etmiştir (Pender, 1987). Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır. Bireyin içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Walker et al 1987; Delaney, 1994).

Duffy et al. (1996) tarafından Meksika Kökenli Amerikalı kadınlarla, Ahijevych & Bernhard (1994), Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla ve Misra et al. (2000) tarafından göç eden kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Göç eden gruplarla yapılan çalışmalarda göç edenlerin sağlık, hastalık konularında yeterli derecede duyarlı ve bilinçli olmadıkları ve göç ettikleri yerlerde iř sahibi olma, daha iyi yaşam koşullarına sahip olma gibi konuları sağlık davranışlarından daha önemli olarak kabul ettikleri bilinmektedir (Kızıłelik, 1996; Fuller, Ballantyne, 2000; Ertem 1999).

Higgins ve Learn (1999) tarafından yetişkin kadınlarla yapılan kantitatif çalışmada ise kadınların kendi sağlıklarından çok ailelerinin ve çocuklarının sağlına özen gösterdiği ifade edilmektedir. Al Ma’Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının  $2.1 \pm 0.55$  olduğu bulunmuştur. Bu durumun geleneksel olarak Arap toplumunda kadınların çocuklarının, eşlerinin özellikle de kalabalık ailelerde aile büyüklerinin sağlığından sorumlu kişi olarak kabul edilmeleri ve onların sağlıklarını kendi sağlıklarının üzerinde tutmalarından kaynaklandığı aldıkları ifade edilmektedir.

### **2. 7. 3. Egzersiz**

Egzersiz bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemeleri ile gerçekleştirdikleri aktif çalışma olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz yalnız fizyolojik olarak değil psikososyal olarak da bireyin sağlıklı olması ve

sağlığını sürdürmesi için gereklidir (Speck, Joanne, Harrel, 2003). Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivite; günlük yaptığımız işler (oturma kalkma, dolaşma, banyo yapma vb.) her türlü kas hareketini kapsamaktadır. Egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olarak tanımlanmaktadır (Craig, Russel, Cameron, Bauman, 2004; Smith, Maurer, 2000).

Bireye uygun, düzenli egzersiz, kan basıncının ve kolesterol düzeyinin düşürülmesi, güç, denge ve esnekliğin artması, kırıkların azalması, miyokard infarktüsü, serobrovasküler hastalıkların azaltılmasına yardım etmektedir. Egzersiz programı, haftada en az 3-5 kez olması ve her seansın 20 dakika sürmesi gerekmektedir (Speck, Joanne, Harrel, 2003, Craig et al., 2004). Egzersiz programının yarar sağlayacak şekilde yürütülüp yürütülmediğini kontrol etmenin bilimsel yolu, kalp vuruş sayısının değerlendirilmesidir. Kalp vuruş sayısının egzersizin yoğunluğu ile orantılı olarak arttığı belirtilmektedir (Tokgöz,2002).

Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalılarla yapılan çalışmada kadınların egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanı ( $1.95\pm 0.65$ ) aldıkları, Johnson (2005) tarafından aynı grupta yapılan çalışmada ( $2.24\pm 0.70$ ) ve Misra et al. tarafından yapılan çalışmada ( $2.30\pm 0.82$ ) da kadınların benzer şekilde bu alt ölçekte en düşük puanı aldıkları bulunmuştur. Choudry (1998) tarafından kadın göçmenlerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirildiği çalışmada göç sürecinin kadınların sağlık davranışlarına olan etkileri nedeniyle düzenli egzersiz yapmadıkları saptanmıştır.

Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanları aldıkları bulunmuştur ( $1.4\pm 0.49$ ). Bu durumun ise Ürdünlü kadınların düzenli egzersiz kavramını tam olarak bilmemelerinden ve egzersizi sağlıklı yaşamın bir parçası olarak görmemelerinden kaynaklanabileceği ifade edilmektedir.

#### **2. 7. 4. Beslenme**

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır ve yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Temel insan gereksinimlerinden olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir kavramdır (Baysal, 1989, Beaudry, Hamelin, Delisle, 2004).

Ülkelere ve kültürlere göre beslenme alışkanlıkları değişmekle birlikte altı ana besin grubunun (proteinler, karbonhidratlar, yağlar, madenler, vitaminler, su) her gün yeterli ve dengeli olarak alınması gerekmektedir (Beaudry, Hamelin, Delilse, 2004). Hemşirelerin bireylerin sağlığını sürdürmek için beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeleri, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırabilmek için danışmanlık yapmaları gerekmektedir (Aksayan ve diğ., 1998). Hemşirenin beslenmeye ilişkin temel sorumlulukları; bireyin beslenme düzeyinin değerlendirilmesinden, yiyecek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesine, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına, beslenmeye ilişkin danışmanlık ve eğitim verilmesine kadar uzanan geniş bir alanı kapsar (Tokgöz, 2002).

Misra et al. (2000) tarafından yapılan çalışmada ( $2.55\pm 0.63$ ) ve Duffy et al. (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada da kadınların beslenme alt ölçeğinde orta düzeyde puanlar aldıkları saptanmıştır. Göç edenlerin içinde bulunduğu ekonomik koşulların beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilediği, yeterli ve dengeli beslenememelerine neden olduğu belirtilmektedir (Özen, 1996). Tayvan'da yaşayan 3 etnik grubun sağlık davranışlarının değerlendirildiği çalışmada her etnik grubun kültürüne uygun olarak beslenme davranışlarında değişime gidilmesi gerektiği saptanmıştır (Wang, 1999). Choudry (1998) tarafından Kanada'da yaşayan Hintli kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirildiği çalışmada ise kadınların çoğu sağlığın korunması ve geliştirilmesinde beslenmenin ve gün içinde doğru zamanlarda doğru besinleri tüketmenin önemli olduğunun farkında olduklarını belirtmişlerdir (Choudry, 1998).

Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.6\pm 0.47$  olduğu, Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada ise kadın öğretim elemanlarının beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.52\pm 0.99$  olduğu ve her iki çalışmada da kadınların bu alt ölçekte orta düzeyde puanlar aldıkları saptanmıştır.

#### **2. 7. 5. Kişiler Arası Destek**

Kişiler arası destek, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkanı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme olarak tanımlanmaktadır (Wang, 1999). Pender (1987) bireylerin kişiler arası destek sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş,...v.b) bireylere dokunmaktan hoşlanma,

fikir alış verişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlanmıştır.

Erbaş, Bekar, Gölbaşı, (2004) 40-60 yaş grubu menopozal dönemdeki kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, SGYB alt ölçekleri puan ortalamalarından en yüksek puanı kişiler arası destek almıştır. Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamasının  $3.11\pm 0.54$ , Misra et al. (2000) tarafından Birleşik devletlere göç etmiş Hintli kadınların puan ortalamasının  $2.78\pm 0.65$ , Duffy, Rossow, Hernandez (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada puan ortalamasının  $3.0\pm 0.57$  olduğu ve bu çalışmaların hepsinde kadınların kişiler arası destek puanlarının en yüksek ikinci puan olduğu bulunmuştur.

Göç eden gruplarla yapılan başka bir çalışmada ise, göçün kişiler üzerindeki etkileri, kültürel değişiklikler, sosyal çevrede değişiklik ve kişiler arasındaki ilişkilerde değişiklikler olarak belirtilmiştir (Moilanen ve ark.,1998). Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamasının  $2.6\pm 0.41$  olduğu bulunmuştur. Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Müslüman kültürlerde aile, arkadaş ve akrabalarla olan ilişkilerin önemli olmasından dolayı Ürdünlü kadınların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olmasının beklenmesine karşın daha düşük olduğu bulunmuştur ( $2.7\pm 0.51$ ).

#### **2. 7. 6. Stresle Başetme**

Biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olan insanın, birtakım fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gerekmektedir. Bireyin gerek kendisi gerek çevresiyle olan etkileşimlerini içine alan gelişim süresi içerisinde, çevresel uyaranları tehdit olarak algıladığı olgu stres olup kendisinin sahip olduğu özelliklerin beklentilerin hoş olmayan durumu olarak tanımlanmaktadır (Aydınlı, 2002; Batlaş, 2000). Stres, kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, bunaltı ve üzüntü verici, kişinin kısa veya uzun zaman uyumunu bozan yaşam olaylarıdır (Velioğlu, 1999; Birol, 2005).

Stresle başetmede ilk adım olarak bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olması gerekmektedir. Lazarus'a göre birey önce stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra başetme stratejileri

uygulamaktadır. Stresin birey için taşıdığı anlam birincil değerlendirme iken bireyin stres durumu karşısında başatme seçeneklerini belirlemesi ikincil değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Birincil değerlendirmeye bireyin inançları, değerleri, amaçları, olayları kontrol edebilirliği etki ederken, ikincil değerlendirmeyi bireyin kişiliği, sosyal destekleri, ahlaki gibi öz kaynakları etkilemektedir (Biol, 2005; Batlaş, 2000).

Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıklara ortam hazırlamaktadır. İnsanlar bireysel özelliklere göre stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, kabullenme, karşı koyma, endişe, depresyon gibi duygusal problemler geliştirebilmektedirler. Ayrıca dikkat azalması, dikkati bir konu üzerinde toplama güçlüğü, aşırı unutkanlık, obsesif düşünceler, zihinsel düzeydeki problemlere örnek olarak gösterilebilmektedir (Biol, 2005; Buldukoğlu ve diğ., 1996). Hemşirelerin bireyin stresle başatmede etkili yollar kullanmasını desteklemeleri ve stresle etkili başatme yöntemlerini öğretmeleri gerekmektedir. Stresle başatmede etkili ve etkisiz yöntemler Şekil 5' de gösterilmiştir.

#### Şekil 5. Stresle Başatme Yolları

Etkili Yöntemler	Etkisiz Yöntemler
Fizik egzersizleri	İlaç , alkol, sigara kullanma
Nefes alma egzersizleri	Kötü beslenme
Gevşeme hareketleri	Psikolojik savunma mekanizmalarının aşırılığı
Meditasyon	Bilişsel çarpıtmalar
Doğru beslenme	İçe kapanma
Olumlu düşünme	Saldırganlık
Duyguları paylaşma	Kaçma davranışları
Zamanın iyi kullanma	
Sosyal destek sistemleri kullanma	
Etkili iletişim becerileri geliştirmek	
Etkili problem çözme	

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

Göç eden kadınlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamalarının orta seviyede olduğu görülmektedir (Ahijevych & Bernhard,

1994; Misra et al. 2000 Al Ma'aitah & Haddad,1999; Johnson 2005; Duffy et al. 1996; Walker et al.1990). Gç süreci içerisinde göç eden bireylerin bir çok stresörle karşı karşıya kaldıkları, stresin sağlık üzerindeki negatif etkisine ve stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliğine bağlı olarak da gç eden bireylerin fizyolojik ve psikolojik kökenli bir çok sağlık problemi ile karılatıkları bilinmektedir (Farley, Galves, Dickinson, Perez, 2005, Hyman 2004).

Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların stresle başetme alt leği puan ortalamasının  $2.5\pm 0.55$  olduğu bulunmuştur. Mslman kadınlar için stresin algılanması ve stresle başetme davranışları diğer kültürlerden farklılık göstermekte bu nedenle de stresle başetme alt leğinin kadınların stresle başetme davranışlarını yeterli şekilde değerlendiremediği ifade edilmektedir (Al Ma'Aitah & Haddad 1999).

## BÖLÜM III

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma İzmir'in Bornova ilçesine bağlı Naldöken bölgesine göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Bu çalışma İzmir'in Bornova ilçesine bağlı Naldöken Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Araştırmanın yürütüleceği Naldöken sağlık ocağı bölgesi 120 sokaktan oluşmakta, 2005 yıl ortası nüfus verilerine göre 1362 hane yer almakta ve 5747 kişi yaşamaktadır. Bölge nüfusunun %49.6'sını kadınlar, %50.4'ünün ise erkekler oluşturmaktadır. Bölgede bir önceki yıla göre nüfus artışı % 4.1'dir. 2005 yıl ortası nüfus verilerine göre bölgede yaşayan kadınların 1428'i evli, 521'i bekarıdır. Kadınların eğitim durumu incelendiğinde ise 456'sının okuma-yazma bilmediği, 371'inin okur yazar olduğu, 1325'inin ilkokul mezunu, 227'sinin ortaokul mezunu, 120'sinin lise mezunu ve 21'inin ise yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini İzmir'in Bornova ilçesine bağlı Naldöken Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün Saha Tarama Çalışmaları için önerdiği örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Rothenberg et al. 1985). Birinci aşamada iç göçle gelen bireylerin yerleşim alanı olan sokaklar ve sokakların ev numaraları belirlenerek, numaralanan sokaklar içinden 30 tanesi randomize olarak seçilmiştir. Örneğe çıkan sokaklardaki ilk ve son evlerin numaraları da aynı şekilde sıralanarak random olarak bir numara seçilmiş ve her sokak için ankete başlanacak ilk evler belirlenmiştir. Belirlenen her sokak için örneğe çıkan ilk evlere gidilerek 18 yaş ve üzeri, evli ve dul/boşanmış, okur-yazar ve üstü eğitim seviyesine sahip olan kadınlara anket doldurulmuş eğer seçilen evlerdeki kadınlar bu özellikleri taşıyorlarsa belirlenen yedek evlere

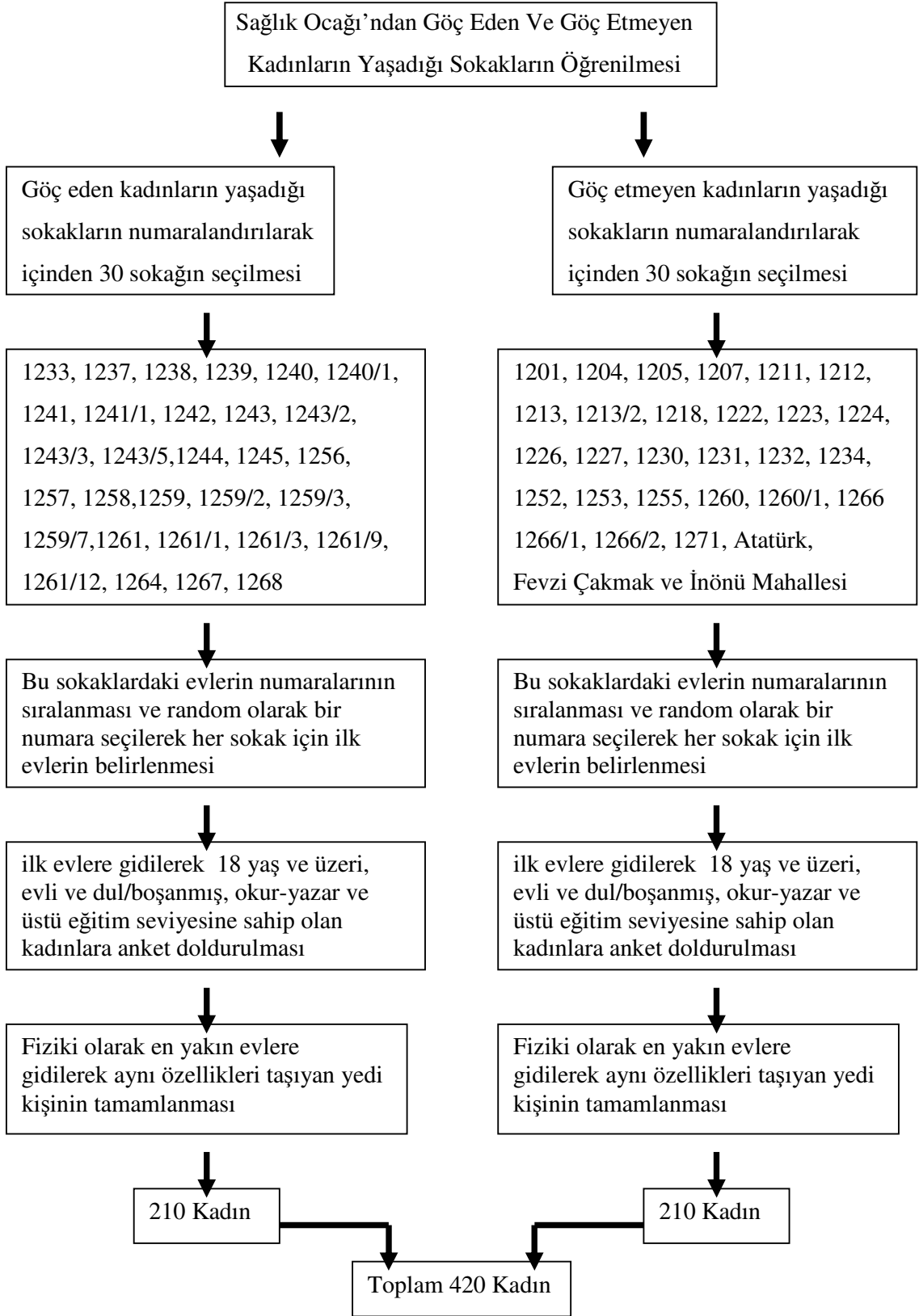
geçilmiştir. Belirlenen ilk evlerde anketler doldurulduktan sonra fiziki olarak en yakın evlere gidilerek aynı özellikleri taşıyan yedi kişi tamamlanmıştır. Bu şekilde toplam 30 sokaktan yedişer kişi alınarak iç göçle gelen, 18 yaş ve üzeri, evli ve dul/boşanmış, okur-yazar ve üstü eğitim seviyesine sahip 210 kadına ulaşılmıştır (Şekil 6).

İkinci aşamada göç etmeyen bireylerin yerleşim alanı olan sokaklar ve sokakların ev numaraları belirlenerek, numaralanan sokaklar içinden 30 tanesi randomize olarak seçilmiştir. Örneğe çıkan sokaklardaki ilk ve son evlerin numaraları da aynı şekilde sıralanarak random olarak bir numara seçilmiş ve her sokak için ankete başlanacak ilk evler belirlenmiştir. Belirlenen her sokak için örneğe çıkan ilk evlere gidilerek 18 yaş ve üzeri, evli ve dul/boşanmış, okur-yazar ve üstü eğitim seviyesine sahip olan kadınlara anket doldurulmuş eğer seçilen evlerdeki kadınlar bu özellikleri taşıyorlarsa belirlenen yedek evlere geçilmiştir. Belirlenen ilk evlerde anketler doldurulduktan sonra fiziki olarak en yakın evlere gidilerek aynı özellikleri taşıyan yedi kişi tamamlanmıştır. Bu şekilde toplam 30 sokaktan yedişer kişi alınarak iç göçle gelen, 18 yaş ve üzeri, evli ve dul/boşanmış, okur-yazar ve üstü eğitim seviyesine sahip 210 kadına ulaşılmıştır (Şekil 6).

Sonuç olarak iç göçle gelen 210 ve bu bölgede yerleşik olarak yaşayan 210 kişi olmak üzere toplam 420 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır (Şekil 6).



## Şekil 6. Örneklemin Seçilmesi



### 3. 4. Örneklemin Özellikleri

Naldöken bölgesinde yaşayan ve araştırmanın örneklemini oluşturan göç eden kadınların yaş ortalaması  $36.77 \pm 10.13$ , göç etmeyen kadınların yaş ortalaması ise  $37.05 \pm 10.65$ 'tir. Göç eden kadınların %78.1'i bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında sağlık ocağını kullanmakta ve %30.5'i yeterli/branşa özel hizmet verilmemesi nedeniyle sağlık ocağı kullanmamaktadır (Tablo 3). Göç etmeyen kadınların ise %77.1'inin bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında kullandıkları sağlık kurumu sağlık ocağıdır ve %41.7'si iyi hizmet vermemesi nedeniyle sağlık ocağını kullanmamaktadır (Tablo 3).

**Tablo 3. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Kullandıkları Sağlık Kurumuna ve Sağlık Ocağını Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı**

Kullandıkları Sağlık Kurumu	Göç Eden Kadınlar		Göç Etmeyen Kadınlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Devlet Hastanesi	42	20	31	14.8
Üniversite Hastanesi	4	1.9	9	4.3
Sağlık Ocağı	164	<b>78.1</b>	162	<b>77.1</b>
Poliklinik/Özel Hastane	-	-	8	3.8
<b>Toplam</b>	210	100	210	100
<b>Sağlık Ocağı Kullanmama Nedenleri</b>				
İyi Hizmet Vermemesi	12	26.1	20	<b>41.7</b>
Güvenilir Olmaması	4	8.7	11	22.9
Yeterli/Branşa Özel Hizmet Vermemesi	14	<b>30.5</b>	10	20.8
İlgilenmemeleri	12	26.1	7	14.6
Uzak Olması	2	4.3	-	-
Sağlık Güvencesinin Olmaması	2	4.3	-	-
<b>Toplam</b>	46	100	48	100

Göç eden kadınların %84.8'i yaşantısından memnundur ve yaşantılarından memnun olmayan kadınların %69.7'sinin memnun olmama nedeni ekonomik koşullardır. Göç etmeyen kadınların ise %88.6'sı yaşantılarından memnundur. Yaşantılarından memnun olmayan kadınların %66.7'sinin memnun olmama nedeni ise ekonomik koşullardır (Tablo 4).

**Tablo 4. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Yaşantılarından Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

Yaşantılarından Memnun Olma Durumu	Göç Eden Kadınlar		Göç Etmeyen Kadınlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Evet	177	<b>84.8</b>	186	<b>88.6</b>
Hayır	33	15.2	24	11.4
<b>Toplam</b>	210	100	210	100
<b>Yaşantılarından Memnun Olmama Nedenleri</b>				
Ekonomik Koşullar	23	<b>69.7</b>	16	<b>66.7</b>
Hayat Şartları	8	24.3	5	20.8
Sağlık Sorunları	1	3	2	8.3
Ailevi Sorunlar	1	3	1	4.2
<b>Toplam</b>	33	100	24	100

Göç eden kadınların %69.5'i Naldöken bölgesine göç etmeden önce köyde, %22.4'ü kasaba/ilçede, % 8.1'i ise kentte yaşamaktadır. Göç eden kadınların %59.1'inin ekonomik nedenlerden, %30.9'unun evlenme nedeniyle, %10'unun ise diğer nedenlerden (zorunluluk, eğitim, sağlık, akrabaların çağırması, tayin) göç ettiği saptanmıştır. Göç eden kadınların %82.4'ünün göç ettiği yerde akraba/hemşehrileri bulunmakta, %17.6'sının ise akraba/hemşehrileri bulunmamaktadır. Göç ettiği yerde akraba/hemşehrileri bulunanların %85.7'si akraba/hemşehrileriyle görüşmekte, %14.3'ü ise görüşmemektedir.

### **3. 5. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılacaktır;

- Sosyo-Demografik Soru Formu
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
- Sağlık Durumunu Algılama Soru Formu

#### **3. 5. 1. Sosyo-Demografik Soru Formu**

Sosyo-demografik soru formu kadınların sosyo-demografik ve göçe ilişkin özelliklerini değerlendiren bir formdur. Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, eşinin ve

kendisinin çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, kronik hastalığa sahip olma durumu, sağlık sorunu ile karşılaştıklarında kullandıkları sağlık kurumu, sağlık ocağı kullanmama nedenleri, nereden göç ettiği, göç ettiği yerde yaşama süresi, göç etme nedeni, göç ettiği yerde akraba/ hemşehrilerinin olma durumu, akraba/hemşehrileriyle görüşme durumu, yaşantılarından memnun olma durumu ve memnun olmama nedenini içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek-I).

### **3. 5. 2. Sağlık Geliştirici Yaşam Biçimi (SGYB) Ölçeği**

Walker, Sechrist, Pender tarafından 1987’de geliştirilen Sağlık Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olan davranışları ölçen ve 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Walker, Hill-Polerecky (1996) tarafından 48 maddeye 4 madde daha eklenerek ölçek 52 maddeye çıkarılmıştır.

SGYB Ölçeği 52 maddeden oluşan, altı alt boyutu olan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu doğrultuda olup “Hiçbir zaman” yanıtı için bir, “Bazen” yanıtı için iki, “Sık sık” yanıtı için üç, “Düzenli olarak” yanıtı için dört puan verilmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek puan aralığı 52-208 arasındadır. Ölçekten alınan puanın artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermektedir. Walker, Hill-Polerecky, (1996) tarafından yapılan geçerlik, güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekleri için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.79 ile 0.87 arasında değişmektedir Sağlık Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği’nin Türkiye’de geçerlilik güvenirlik çalışması 48 madde için 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Akça tarafından 1998 yılında 52 maddelik ölçek için geçerlilik güvenirlik yapılmıştır. Akça iki hafta ara ile yaptığı test-retest güvenirlik sonuçlarını 0.78-0.85 arasında bildirilmiştir. Ölçeğin madde toplam puan katsayıları 0.20 ile 0.95 arasında dağılım göstermiş, 0.20’nin altında madde bulunmamıştır. Ölçeğin Kuder – Richardson 20 iç tutarlılık katsayı değerleri 0.83 ile 0.88 arasında bulunmuştur (Akça, 1998). Bu çalışmada SGYB Ölçeği’nin Cronbach Alfa değeri: 0,89’ dur. SGYB Ölçeğinin alt ölçekleri ise;

Kendini gerçekleştirme alt ölçeği; Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 ve 52. maddelerden oluşmaktadır.

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği; Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 ve 51.maddelerden oluşmaktadır.

Egzersiz alt ölçeği; Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 ve 46. maddelerden oluşmaktadır.

Beslenme alt ölçeği; Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 ve 50. maddelerden oluşmaktadır.

Kişiler arası destek alt ölçeği; Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 ve 49.maddelerden oluşmaktadır.

Stresle başetme alt ölçeği; Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 ve 47. maddelerden oluşmaktadır ( Akça, 1998 ). Alt grupların puanları bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tüm alt gruplarının toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin uygulanması 8-10 dakika sürmektedir. Bu çalışmada Akça tarafından 1998 yılında geçerliliği-güvenirliği yapılan 52 maddelik ölçek kullanılmıştır ( Ek-II).

### **3. 5. 3. Sağlık Durumunu Algılama**

Sağlık durumunu algılama için Sağlığınız genel olarak nasıldır? sorusu kullanılmıştır. Sağlık durumunu algılama sorusunun değerlendirilmesinde; “çok iyi” yanıtı için beş, “iyi” yanıtı için dört, “orta” yanıtı için üç, “kötü” yanıtı için iki, “çok kötü” yanıtı için ise bir puan verilecektir. İlk iki seçeneği işaretleyenlerin algılanan sağlığı iyi, son üç seçeneği işaretleyenlerin ise algılanan sağlığı kötü olarak değerlendirilmektedir (Soyer, 1998) (Ek-I).

### **3. 6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

EK-I ve Ek-II'deki formlar, belirlenen sokaklarda yaşayan kadınlarla yüz yüze doldurulmuştur.

### **3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 11 programı kullanılmıştır. SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları ile sosyo-demografik değişkenler, kronik hastalığa sahip olma

durumu ve sağlık durumunu algılama arasındaki farkın aranmasında varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

Göç eden ve etmeyen kadınların yaşı ile SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ve göç eden kadınların göç ettiği yerde yaşama süreleri ile SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

### **3. 8. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri**

**Araştırmanın bağımlı değişkeni:** SGYB Ölçeği ve alt ölçek puanları

**Araştırmanın bağımsız değişkenleri:** Sosyo-demografik değişkenler (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, göç ettiği yerde yaşama süresi, sosyal güvencesi olma durumu), kronik hastalığa sahip olma durumu, sağlık durumunu algılama

### **3. 9. Araştırmanın Zamanı**

- Başlama Tarihi : Ekim 2005
- Verilerin toplanması : Mart – Nisan 2006
- Verilerin Değerlendirilmesi : 1-15 Mayıs 2006
- Araştırma Raporunun Yazılması : 15 Mayıs- Haziran 2006

### **3. 10. Araştırma Etiği**

Araştırmaya başlayabilmek için DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan yazılı onam ve kurul imzası alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için ise Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır .

Araştırmanın yapılacağı sokaklarda yaşayan kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onam alınmıştır. SGYB Ölçeği'nin kullanımı için orijinal ölçek sahiplerinden Prof. Dr. Walker'dan bilgisayar yoluyla izin alınmıştır.

### **3. 11. Araştırmanın Bütçesi**

Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

**IV**  
**BULGULAR**

**4. 1.Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri**

**Tablo 5. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Sosyodemografik Özellikler	Göç Eden		Göç Etmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grubu</b>				
18-24	26	12.4	27	12.9
25-29	30	14.3	29	13.8
30-34	33	15.7	33	15.7
35-39	47	<b>22.4</b>	38	18.1
40-44	27	12.9	30	14.3
45 Yaş ve Üzeri	47	<b>22.4</b>	53	<b>25.2</b>
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	192	<b>91.4</b>	201	<b>95.4</b>
Dul/Boşanmış	18	8.6	9	4.3
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur-Yazar/İlkokul Mezunu	182	<b>86.7</b>	165	<b>78.6</b>
Ortaokul Mezunu ve Üzeri	28	13.3	45	21.4
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Kadınların Çalışma Durumu</b>				
Evet	12	5.7	13	6.2
Hayır	198	<b>94.3</b>	197	<b>93.8</b>
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Kadınların Çalıştıkları İşler</b>				
Ev hanımı	196	<b>93.3</b>	191	<b>91</b>
Memur	1	0.5	3	1.4
İşçi	7	3.3	1	0.5
Esnaf	2	1	3	1.4
Emekli	2	1	6	2.9
Diğer	2	1	6	2.9
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>				
Evet	163	<b>86,5</b>	163	<b>81.1</b>
Hayır	29	13,5	38	18.9
<b>Toplam</b>	<b>192*</b>	<b>100</b>	<b>201*</b>	<b>100</b>

<b>Eşlerin Çalıştıkları İşler</b>				
Memur	8	4.5	15	7.8
İşçi	122	<b>68.9</b>	116	<b>60.4</b>
Esnaf	4	2.3	9	4.7
Emekli	14	7.9	29	15.1
Diğer	29	16.4	23	12
<b>Toplam</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>100</b>
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir Gidere Eşit	130	<b>61.9</b>	152	<b>72.4</b>
Gelir Giderden Fazla	7	3.3	21	10
Gelir Giderden Az	73	34.8	37	17.6
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>				
Var	154	<b>73.3</b>	197	<b>93.8</b>
Yok	56	26.7	13	6.2
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>
<b>Sosyal Güvenceleri</b>				
SSK	120	<b>72.9</b>	147	<b>74.6</b>
Bağkur	9	5.8	24	12.2
Emekli Sandığı	10	6.5	22	11.2
Yeşil Kart	15	9.8	4	2
<b>Toplam</b>	<b>154**</b>	<b>100</b>	<b>197**</b>	<b>100</b>

\* Kadınlar arasında dul/boşanmış olanların sayısından kaynaklanmaktadır

\*\* Sosyal güvenceleri olmayanlardan kaynaklanmaktadır

Göç eden ve göç etmeyen kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’de gösterilmiştir. Göç eden kadınların %22.4’ü 35-39 yaş grubu içinde, %22.4’ü 45 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Göç etmeyen kadınların ise %25.2’si 45 yaş ve üzerinde yer almaktadır. (Tablo 5).

Göç eden kadınların % 91.4 evli, göç etmeyen kadınların ise %95.4’ü evlidir. Göç eden kadınların %86.7’si, göç etmeyen kadınların ise %78.6’sı okur-yazar/ilkokul mezunudur. Göç eden kadınların %94.3’ü çalışmamaktadır ve %93.3’ü ev hanımıdır. Göç etmeyen kadınların ise %93.8’i çalışmamaktadır ve %91’i ev hanımıdır (Tablo 5).

Göç eden kadınların eşlerinin %86.5 çalışmakta ve %68.9’u işçidir. Göç etmeyen kadınların eşlerinin ise %81.1’i çalışmakta ve %60.4’ü işçidir. Göç eden kadınların %61.9’unun, göç etmeyen kadınların ise %72.4’ünün geliri giderine eşittir. Göç eden kadınların %73.3’ünün, göç etmeyen kadınların ise %93.8 ‘inin sosyal güvencesi bulunmakta olup, göç eden kadınların %72.9’u, göç etmeyen kadınların ise %74.6’sı SSK’lıdır. (Tablo 5)



Göç eden kadınların bu bölgede yaşama süreleri 1-47 yıl arasında olup ortalama  $15.69 \pm 10.17$  yıldır.

**Tablo 6. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Göç Eden Kadınlar		Göç Etmeyen Kadınlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Evet	46	21.9	42	20
Hayır	164	<b>78.1</b>	168	<b>80</b>
<b>Toplam</b>	210	100	210	100

Göç eden kadınların %78.1'i, göç etmeyen kadınların ise %80'i kronik bir hastalığa sahip değildir (Tablo 6).

**Tablo 7. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Dağılımı**

Sağlık Durumunu Algılama	Göç Eden Kadınlar		Göç Etmeyen Kadınlar	
	Sayı	%	Sayı	%
KÖTÜ (Çok Kötü, Kötü, Orta)	105	50	78	37.1
İYİ (Çok iyi, İyi)	105	<b>50</b>	132	<b>62.9</b>
Toplam	210	100	210	100

Göç eden kadınların %50'si sağlığını iyi, %50'si ise kötü olarak değerlendirmiştir. Göç etmeyen kadınların ise %62.9'u sağlığını iyi olarak değerlendirmiştir (Tablo 7).

#### 4. 2. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi

Tablo 8. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Göç Eden Kadınlar	Göç Etmeyen Kadınlar	Anlamlılık Derecesi	
	n=210 X±SD	n=210 X±SD	t	p
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.59±0.50	2.67±0.51	- 1,62	0,11
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.90±0.37	2.23±0.46	- 7,87	<b>0,00*</b>
<b>Egzersiz</b>	1.54±0.33	1.60±0.39	- 1,89	0,06
<b>Beslenme</b>	2.43±0.32	2.68±0.37	- 7,42	<b>0,00*</b>
<b>Kişiler Arası Destek</b>	<b>2.72±0.43</b>	<b>2.76±0.51</b>	- 0,83	0,41
<b>Stresle Başetme</b>	2.42±0.38	2.55±0.43	- 3,23	<b>0,00*</b>
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.28±0.28	2.43±0.32	- 5,27	<b>0,00*</b>

Göç eden kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması 2.28±0.28 'dir. Göç eden kadınlar kişiler arası destek alt ölçeğinde (**2.72±0.43**) en yüksek puanı, egzersiz alt ölçeğinde (1.54±0.33) ise en düşük puanı almıştır (Tablo 11). Göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği puan ortalaması 2.43±0.32 'dir. Göç etmeyen kadınlar kişiler arası destek alt ölçeğinde (**2.76±0.51**) en yüksek puanı, egzersiz alt ölçeğinde (1.60±0.39) ise en düşük puanı almıştır (Tablo 8).

Göç eden ve göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki fark t testi ile değerlendirildiğinde; kendini gerçekleştirme, egzersiz ve kişiler arası destek alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Göç eden ve göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği (t:-5.27, p:0.00), sağlık sorumluluğu (t:-7.87, p:0.00), beslenme (t:-7.42, p:0.00) ve stresle başetme (t:-3.23, p:0.00) alt ölçekleri puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları göç eden kadınların puan ortalamalarından anlamlı yüksektir (p<0.05) (Tablo 8).

**Tablo 9. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Yaşı İle Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

			Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler Arası Destek	Stresle Başetme	SGYB Ölçeği
<b>Göç Eden Kadınlar</b>	<b>Yaş</b>	<b>r</b>	-0.45	-0.11	-0.10	-0.04	-0.41	-0.31	-0.35
		<b>p</b>	0.00*	0.11	0.14	0.56	0.00*	0.00*	0.00*
<b>Göç Etmeyen Kadınlar</b>	<b>Yaş</b>	<b>r</b>	-0.42	-0.15	-0.26	-0.02	-0.40	-0.25	-0.30
		<b>p</b>	0.00*	0.03*	0.00*	0.73	0.00*	0.00*	0.00*

Göç eden kadınların yaşı ile SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; göç eden kadınların yaşı ile sağlık sorumluluğu (r: -0.11, p: 0.11), egzersiz (r: -0.10, p: 0.14), beslenme (r: -0.04, p: 0.56) alt ölçekleri puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Göç eden kadınların yaşı ile kendini gerçekleştirme (r: -0.45, p: 0.00), kişiler arası destek (r: -0.41, p: 0.00), stresle başetme (r: -0.31, p: 0.00) alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Göç etmeyen kadınların yaşı ile SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde; yaş ile sağlık sorumluluğu (r:-0.15, p:0.03), beslenme (r:-0.02, p:0.73) alt ölçekleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. Göç etmeyen kadınların yaşı ile kendini gerçekleştirme (r:-0.42, p:0.00), egzersiz (r:-0.26, p:0.00), kişiler arası destek (r:-0.40, p:0.00), stresle başetme (r:-0.25, p:0.00) alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği (r:-0.30, p:0.00) puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır (Tablo 9).

**Tablo 10. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Medeni Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR			GÖÇ ETMEYEN KADINLAR		
	Evli n=192	Dul/ Boşanmış n=18	Anlamlılık Derecesi	Evli n=201	Dul/ Boşanmış n=9	
	X ± SD	X ± SD	Z p	X ± SD	X ± SD	
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.61±0.49	2.35±0.62	-2,41	<b>0,02*</b>	2.69±0.51	2.25±0.32
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.90±0.37	1.91±0.40	-0,19	0,85	2.22±0.46	2.31±0.62
<b>Egzersiz</b>	1.54±0.33	1.51±0.35	-0,52	0,61	1.61±0.39	1.44±0.20
<b>Beslenme</b>	2.44±0.32	2.41±0.38	-0,93	0,36	2.68±0.37	2.67±0.38
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.75±0.42	2.44±0.43	-2,86	<b>0.00*</b>	2.78±0.51	2.37±0.46
<b>Stresle Başetme</b>	2.43±0.37	2.37±0.50	-0,82	0,41	2.57±0.42	2.06±0.35
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.29±0.27	2.17±0.37	-2,02	<b>0.04*</b>	2.44±0.31	2.20± 0.27

p< 0.05

Göç eden kadınların medeni durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Göç eden kadınların medeni durumlarına göre sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Göç eden kadınların SGYB Ölçeği (Z:-2.02, p:0.04), kendini gerçekleştirme (Z:-2.41, p:0.02) ve kişiler arası destek (Z:-2.86, p:0.00) alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup evli kadınların puan ortalamaları dul/boşanmış olanlardan anlamlı derecede yüksektir (Tablo 10).

Göç etmeyen kadınlar arasında dul/boşanmış olanların sayısının az olmasından dolayı analize gidilmemiştir (Tablo 10).

**Tablo 11. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR				GÖÇ ETMEYEN KADINLAR			
	Okur-Yazar/ İlkokul Mezunu n=182	Ortaokul Mezunu ve Üzeri n=28	Anlamlılık Derecesi		Okur-Yazar/ İlkokul Mezunu n=165	Ortaokul Mezunu ve Üzeri n=45	Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD	X ± SD	kw	p	X ± SD	X ± SD	t	p
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.54±0.49	2.94±0.45	-4.05	<b>0.00*</b>	2.57±0.47	3.04±0.49	-6.00	<b>0.00*</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.88±0.35	2.09±0.44	-3.02	<b>0.00*</b>	2.20±0.48	2.32±0.39	-1.58	0.12
<b>Egzersiz</b>	1.52±0.31	1.66±0.41	-1.70	0.09	1.54±0.35	1.83±0.42	-4.64	<b>0.00*</b>
<b>Beslenme</b>	2.41±0.31	2.57±0.33	-2.46	<b>0.01*</b>	2.66±0.37	2.76±0.36	-1.56	0.12
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.67±0.40	3.04±0.45	-4.21	<b>0.00*</b>	2.69±0.51	3.03±0.43	-4.11	<b>0.00*</b>
<b>Stresle Başetme</b>	2.40±0.37	2.58±0.43	-2.03	<b>0.04*</b>	2.50±0.42	2.76±0.41	-3.69	<b>0.00*</b>
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.24±0.27	2.48±0.27	-4.09	<b>0.00*</b>	2.37±0.30	2.64±0.28	-5.26	<b>0.00*</b>

p< 0.05

Göç eden ve etmeyen kadınların eğitim durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 11’de gösterilmiştir. Göç eden kadınların eğitim durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark Kruskal-Wallis H analizi ile değerlendirildiğinde; eğitim durumlarına göre egzersiz alt ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Eğitim durumlarına göre göç eden kadınların SGYB ölçeği (kw:-4.09, p:0.00) ile kendini gerçekleştirme (kw:-4.05, p:0.00), sağlık sorumluluğu (kw:-3.02, p:0.00), beslenme (kw:-2.46, p:0.01), kişiler arası destek (kw:-4.21, p:0.00) , stresle başetme (kw:-2.03, p:0.04) alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortaokul mezunu ve üzeri eğitim seviyesinde

olan kadınların SGYB Ölçeği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamalarının okur-yazar/ilkokul mezunu olanlardan anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Göç etmeyen kadınların eğitim durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark t testi ile değerlendirildiğinde; eğitim durumlarına göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

Eğitim durumlarına göre göç etmeyen kadınların SGYB ölçeği ( $t:-5.26$ ,  $p:0.00$ ) ile kendini gerçekleştirme ( $t:-6.00$ ,  $p:0.00$ ), egzersiz ( $t:-4.64$ ,  $p:0.00$ ), kişiler arası destek ( $t:-4.11$ ,  $p:0.00$ ), stresle başetme ( $t:-3.69$ ,  $p:0.00$ ) alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortaokul mezunu ve üzeri eğitim seviyesinde olan kadınların SGYB Ölçeği ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamalarının okur-yazar ve ilkokul mezunu olanlardan anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Çalışma Durumlarına Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Göre Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR		GÖÇ ETMEYEN KADINLAR	
	Çalışıyor	Çalışmıyor	Çalışıyor	Çalışmıyor
	n=12	n=198	n=13	n=197
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.42±0.65	2.60±0.49	3.01±0.50	2.65±0.50
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.94±0.38	1.90±0.37	2.54±0.33	2.21±0.47
<b>Egzersiz</b>	1.64±0.49	1.53±0.32	1.76±0.57	1.59±0.37
<b>Beslenme</b>	2.62±0.32	2.42±0.32	2.64±0.36	2.69±0.37
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.82±0.44	2.72±0.43	2.79±0.53	2.76±0.51
<b>Stresle Başetme</b>	2.43±0.37	2.42±0.39	2.66±0.43	2.54±0.43
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.33±0.34	2.27±0.28	2.58±0.30	2.42±0.32

Göç eden ve etmeyen kadınların çalışma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 12’de gösterilmiştir. Göç eden ve göç etmeyen kadınlar arasında çalışan kadınların az olmasından dolayı SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında analize gidilmemiştir. Göç eden kadınlar arasında çalışan ve çalışmayan kadınların kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanları aldıkları, egzersiz alt ölçeğinde ise en düşük puanları aldıkları saptanmıştır.

Göç etmeyen kadınlar arasında ise çalışan kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde en yüksek puanı aldıkları, çalışmayan kadınların ise kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanı aldıkları bulunmuştur. Göç etmeyen kadınlar arasında çalışan ve çalışmayan kadınların egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanı aldıkları saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 13. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Gelir Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR					GÖÇ ETMEYEN KADINLAR				
	Gelir Gidere Eşit n=130	Gelir Giderden Fazla n=7	Gelir Giderden Az n=73	Anlamlılık Derecesi		Gelir Gidere Eşit n=152	Gelir Giderden Fazla n=21	Gelir Giderden Az n=37	Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	kw	p	X ± SD	X ± SD	X ± SD	kw	p
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.62±0.48	2.75±0.44	2.52±0.54	1,86	0,40	2.63±0.47	3.05±0.51	2.63±0.57	13,15	<b>0,00*</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.91±0.36	2.24±0.46	1.85±0.36	5,49	0,06	2.19±0.44	2.37±0.37	2.28±0.60	3,93	0,14
<b>Egzersiz</b>	1.53±0.30	2.07±0.63	1.51±0.31	7,02	<b>0,03*</b>	1.58±0.35	1.74±0.44	1.61±0.49	3,27	0,19
<b>Beslenme</b>	2.42±0.33	2.75±0.39	2.43±0.28	5,09	0,08	2.69±0.36	2.83±0.35	2.59±0.40	4,70	0,10
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.73±0.39	2.92±0.36	2.70±0.49	1,85	0,40	2.73±0.48	3.16±0.54	2.68±0.52	16,72	<b>0,00*</b>
<b>Stresle Başetme</b>	2.43±0.37	2.61±0.26	2.38±0.41	2,93	0,23	2.52±0.40	2.98±0.34	2.43±0.48	22,08	<b>0,00*</b>
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.28±0.26	2.54±0.29	2.24±0.30	6,28	<b>0,04*</b>	2.40±0.28	2.70±0.25	2.38±0.40	17,33	<b>0,00*</b>

p< 0.05

Göç eden kadınların gelir durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 13’de gösterilmiştir. Göç eden ve etmeyen kadınların gelir durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki fark Kruskal-Wallis H analizi ile değerlendirilmiştir. Göç eden kadınların gelir durumlarına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) .



Gelir durumlarına göre göç eden kadınların SGYB ölçeği (kw:6.28, p:0.04) ile egzersiz (kw:7.02, p:0.03) alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan ileri analizde geliri giderinden fazla olan kadınların puan ortalamalarının diğer grupların puan ortalamasından anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Göç etmeyen kadınların gelir durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 13'de gösterilmiştir. Göç etmeyen kadınların gelir durumlarına göre sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Gelir durumlarına göre göç etmeyen kadınların kendini gerçekleştirme (kw:13.15, p:0.00), kişiler arası destek (kw:16.72, p:0.00), stresle başatme (kw:22.08, p:0.00) alt ölçekleri ve SGYB ölçeği (kw:17.33, p:0.04) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan ileri analizde geliri giderinden fazla olan kadınların SGYB Ölçeği, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başatme alt ölçekleri puan ortalamasının geliri giderinden az ve eşit olan kadınların ortalamasından anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 14. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlık Güvencesi Olma Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR				GÖÇ ETMEYEN KADINLAR	
	Sağlık Güvencesi Var n=154	Sağlık Güvencesi Yok n=56	Anlamlılık Derecesi		Sağlık Güvencesi Var n=197	Sağlık Güvencesi Yok n=13
	X ± SD	X ± SD	t	p	X ± SD	X ± SD
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.64±0.51	2.45±0.47	-2,42	<b>0,02*</b>	2.68±0.51	2.50±0.48
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.95±0.38	1.77±0.31	-3,33	<b>0,00*</b>	2.23±0.45	2.17±0.63
<b>Egzersiz</b>	1.55±0.32	1.50±0.35	-0,96	0,34	1.61±0.39	1.54±0.27
<b>Beslenme</b>	2.45±0.32	2.38±0.30	-1,60	0,11	2.69±0.36	2.61±0.42
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.77±0.42	2.60±0.43	-2,48	<b>0,01*</b>	2.78±0.50	2.46±0.53
<b>Stresle Başetme</b>	2.45±0.39	2.35±0.36	-1,71	0,09	2.55±0.43	2.60±0.52
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.31±0.29	2.18±0.25	-2,98	<b>0,00*</b>	2.44±0.31	2.32±0.35

p< 0.05

Göç eden ve etmeyen kadınların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 14’de gösterilmiştir. Göç eden kadınların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki fark t testi ile değerlendirildiğinde; sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre egzersiz, beslenme ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Göç eden kadınların SGYB Ölçeği (t:-2.98, p:0.00), kendini gerçekleştirme (t:-2.42, p:0.02), sağlık sorumluluğu (t:-3.33, p:0.00), kişiler arası destek (t:-2.48, p:0.01) alt ölçekleri puan ortalamaları ile sağlık güvencesine sahip olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Sağlık güvencesine sahip olan kadınların SGYB Ölçeği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek alt ölçekleri puan ortalaması sağlık güvencesine sahip olmayanlardan anlamlı yüksektir (p<0.05).

Göç etmeyen kadınlar arasında sağlık güvencesi olmayanların sayısı az olduğundan dolayı analize gidilmemiştir (Tablo 14).

**Tablo 15. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Kronik Hastalık Sahibi Olma Durumlarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR				GÖÇ ETMEYEN KADINLAR			
	Kronik Hastalık Var n=46	Kronik Hastalık Yok n=164	Anlamlılık Derecesi		Kronik Hastalık Var n=42	Kronik Hastalık Yok n=168	Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD	X ± SD	t	p	X ± SD	X ± SD	t	p
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.36±0.58	2.65±0.46	-3,61	<b>0,00*</b>	2.42±0.53	2.73±0.48	-3,70	<b>0,00*</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.98±0.40	1.88±0.36	1,64	0,10	2.19±0.44	2.37±0.52	2,30	<b>0,02*</b>
<b>Egzersiz</b>	1.59±0.43	1.52±0.29	0,96	0,34	1.54±0.34	1.62±0.40	-1,14	0,25
<b>Beslenme</b>	2.47±0.34	2.42±0.31	0,85	0,40	2.74±0.46	2.67±0.34	0,96	0,34
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.55±0.46	2.77±0.41	-3,16	<b>0,00*</b>	2.54±0.50	2.81±0.50	-3,14	<b>0,00*</b>
<b>Stresle Başetme</b>	2.27±0.43	2.46±0.36	-3,09	<b>0,00*</b>	2.33±0.40	2.61±0.42	-3,77	<b>0,00*</b>
<b>SGYB Ölçeği</b>	2.21±0.34	2.29±0.26	-1,75	0,08	2.34±0.32	2.45±0.31	-2,02	<b>0,04*</b>

p< 0.05

Göç eden ve etmeyen kadınların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 15’de gösterilmiştir. Göç eden kadınların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasında ki fark t testi ile değerlendirildiğinde; kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre SGYB ölçeği ile sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Kadınların kendini gerçekleştirme (t:-3.61, p:0.00), kişiler arası destek (t:-3.16, p:0.00) ve stresle başetme (t:-3.09, p:0.00) alt ölçekleri puan ortalamaları ile kronik hastalık sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kronik hastalık sahibi olmayan kadınların kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalaması kronik hastalık sahibi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p<0.05).

Göç etmeyen kadınların kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki fark t testi ile değerlendirildiğinde; kronik hastalık sahibi olma durumlarına göre egzersiz ve beslenme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği ( $t:-2.02$ ,  $p:0.04$ ), kendini gerçekleştirme ( $t:-3.70$ ,  $p:0.00$ ), sağlık sorumluluğu ( $t:2.30$ ,  $p:0.02$ ), kişiler arası destek ( $t:-3.14$ ,  $p:0.00$ ) ve stresle başetme ( $t:-3.77$ ,  $p:0.00$ ) alt ölçekleri puan ortalamaları ile kronik hastalık sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kronik hastalık sahibi olmayan kadınların SGYB Ölçeği puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stresle başetme ölçekleri puan ortalamaları kronik hastalık sahibi olanlardan anlamlı yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16. Göç Eden Kadınların Göç Ettikleri Yerde Yaşama Süresi ile Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

		<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>Egzersiz</b>	<b>Beslenme</b>	<b>Kişiler Arası Destek</b>	<b>Stresle Başetme</b>	<b>SGYB Ölçeği</b>
<b>Yaşama Süresi</b>	<b>r</b>	-0.30	-0.07	-0.06	-0.01	-0.25	-0.24	-0.24
	<b>p</b>	0.00*	0.31	0.35	0.88	0.00*	0.00*	0.00*

Göç eden kadınların göç ettikleri yerde yaşama süreleri ile SGBYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Göç eden kadınların göç ettikleri yerde yaşama sürelerine göre sağlık sorumluluğu (r:-0.07, p:0.31), egzersiz (r:-0.06, p:0.35), beslenme (r:-0.01, p:0.88), stresle başetme (r:-0.24, p:0.00) alt ölçekleri ve SGBYB Ölçeği (r:-0.24, p:0.00) puan ortalamaları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Göç eden kadınların göç ettikleri yerde yaşama sürelerine göre kendini gerçekleştirme (r:-0.30, p:0.00) ve kişiler arası destek (r:-0.25, p:0.00) alt ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 16).

**Tablo 17. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alt Ölçekler	GÖÇ EDEN KADINLAR				GÖÇ ETMEYEN KADINLAR			
	Sağlığı Algılama Kötü n=105	Sağlığı Algılama İyi n=105	Anlamlılık Derecesi		Sağlığı Algılama Kötü n=78	Sağlığı Algılama İyi n=132	Anlamlılık Derecesi	
	X ± SD	X ± SD	t	p	X ± SD	X ± SD	t	p
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	2.45±0.52	2.73±0.45	-4.33	<b>0,00*</b>	2.40±0.50	2.83±0.44	-6.51	<b>0,00*</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	1.89±0.37	1.92±0.38	-0.56	0,58	2.21±0.52	2.24±0.43	-0.42	0,67
<b>Egzersiz</b>	1.50±0.34	1.57±0.32	-1.66	0,09	1.54±0.40	1.64±0.37	-1.81	0,07
<b>Beslenme</b>	2.40±0.33	2.47±0.32	-1.51	0,13	2.62±0.38	2.72±0.36	-1.88	0,06
<b>Kişiler Arası Destek</b>	2.61±0.41	2.84±0.41	-4.03	<b>0,00*</b>	2.42±0.50	2.96±0.40	-8.04	<b>0,00*</b>
<b>Stresle Başetme</b>	2.31±0.40	2.53±0.33	-4.42	<b>0,00*</b>	2.42±0.50	2.63±0.37	-3.27	<b>0,00*</b>
<b>SGYB</b>	2.20±0.30	2.35±0.24	-3.96	<b>0,00*</b>	2.28±0.33	2.52±0.28	-5.63	<b>0,00*</b>

p< 0.05

Göç eden ve etmeyen kadınların sağlık durumlarını algılamalarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 17’de gösterilmiştir. Göç eden ve etmeyen kadınların sağlık durumlarını algılamalarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasındaki fark t testi ile değerlendirildiğinde; sağlık durumlarını algılamalarına göre sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) .

Sağlık durumlarını algılamalarına göre göç eden ve etmeyen kadınların SGYB ölçeği ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren kadınların SGYB ölçeği, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları sağlığını kötü olarak değerlendirenlerden anlamlı olarak yüksektir (p<0.05)

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

#### 5. 1. Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması

Bu çalışmada **göç eden** kadınların SGYB ölçeği puan ortalaması  $2.28\pm 0.28$  olarak saptanmıştır (Tablo 8). Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından 187 Afrika kökenli Amerikalı kadınla yapılan çalışmada SGYB Ölçeği puan ortalamasının  $2.55\pm 0.45$ , Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınların SGYB Ölçeği puan ortalamasının  $2.68\pm 0.45$ , Misra et al. (2000) tarafından Birleşik Devletler de yaşayan Hintli kadınlarla yapılan çalışmada SGYB Ölçeği puan ortalamasının ise  $2.56\pm 0.58$  olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Duffy et al. (1996) tarafından yapılan çalışmada da Meksika kökenli Amerikalı kadınların SGYB Ölçeği puanlarının orta düzeyde olduğu bulunmuş olup sağlığı geliştirme davranışlarının kültürlere göre farklılık gösterebileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmada ise göç eden kadınların diğer çalışmalara göre daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Bu durumun göç eden kadınların kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği gibi diğer araştırmalara göre bu çalışmadaki kadınların eğitim düzeyinin düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada **göç etmeyen** kadınların SGYB ölçeği puan ortalaması  $2.43\pm 0.32$  olarak saptanmıştır (Tablo 8). Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların SGYB Ölçeği puanlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur ( $2.5\pm 0.37$ ). Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada kadın öğretim elemanlarının SGYB Ölçeği puan ortalaması  $2.53\pm 0.83$  Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların SGYB Ölçeği puan ortalaması  $2.5\pm 0.30$  olarak saptanmıştır (Tablo 2). Bu çalışmada ise göç etmeyen kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi puanlarının diğer çalışmaların puanlarından düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun grubun kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada göç eden ve göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $t:-5.27$ ,  $p:0.00$ ). Göç süreci sağlık ve sağlık davranışları üzerine etkileri olan sosyal, kültürel, ekonomik bir çok değişkeni etkilemekte, göç eden bireyler yerleştikleri bölgelerde iş sahibi olabilme, toplum tarafından

kabullenme gibi faktörleri sağlıklarından daha önemli kabul etmektedirler. Eğitim, gelir durumu, sağlık durumunu algılama gibi değişkenlerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Göç eden ve göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılığın göç etmeyen grubun gelir durumu ve eğitim düzeyinin daha iyi olmasından, sağlıklarını daha iyi algılamalarından kaynaklandığı düşünölmektedir.

### 5. 1. 1. Kendini Gerçekleştirme

Bu çalışmada **göç eden** kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde ( $2.59\pm 0.50$ ) olduğu saptanmıştır. Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada ( $3.19\pm 0.53$ ) ve Duffy et al. (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde ( $3.1\pm 0.55$ ) en yüksek puanları aldıkları bulunmuştur. Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada kendini gerçekleştirme puan ortalamasının  $2.89\pm 0.53$  olduğu ve kadınların bu alt ölçekte en yüksek puanlardan birisini aldığı bulunmuştur. Misra et al. (2000) tarafından Birleşik Devletler de yaşayan Hintli kadınlarla yapılan çalışmada da kadınların bu alt ölçekte en yüksek puanı aldıkları bulunmuştur ( $2.86\pm 0.71$ ). Bu durumun ise Hintli ailelerin yaşam tarzından kaynaklanabileceği, genelde çekirdek aile yapısına sahip olan Hintlilerin ailelerinden sosyal ve duygusal olarak destek aldığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada ise göç eden kadınların kendini gerçekleştirme puanları diğer çalışmalardan düşük olmakla birlikte orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Göç eden gruplar yerleştikleri yerlerde genellikle küçük gruplar olarak yaşamakta ve bu nedenle de diğer gruplara göre çevreleri (sosyal çevre, ekonomik çevre vb.) üzerindeki kontrol duygusu daha az olmaktadır. Göç eden kadınların çevreleri üzerindeki kontrol duygusu arttırılırsa kendini gerçekleştirme puanlarının daha da artacağı düşünölmektedir.

Bu çalışmada **göç etmeyen** kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.67\pm 0.51$  olduğu saptanmıştır. Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada kendini gerçekleştirmenin kişinin amaçlarını bilme düzeyini, kendini geliştirme yeteneğini, kendi farkındalığını ve memnuniyet düzeyini ifade ettiği ve Ürdünlü kadınların kendini gerçekleştirme alt boyutunda en yüksek puanları aldıkları bulunmuştur ( $2.8\pm 0.51$ ). Bu durumun Müslöman-Arap kültüründe kadınların zaman içinde güçsüzlük ve



bağımlılıklarını yenerek toplum içindeki statülerini geliştirmelerinden, ailelerinin ve kendilerinin sağlıklarını geliştirmek için bakım sağlayıcı kişi olarak sosyal ve kültürel roller üstlenmelerinden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Ülkemizde Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada kadın öğretim elemanlarının kendini gerçekleştirme alt ölçeği ortalama puanının  $2.81\pm 0.78$  olduğu bulunmuştur. Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.6\pm 0.35$  olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada göç etmeyen kadınların kendini gerçekleştirme puanının Sayan ve Erci (1999)'nin çalışmasında ki kadınlarla aynı olduğu ve kadınların orta düzeyde puanlar aldıkları bulunmuştur.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $t:-1.62$ ,  $p:0.11$ ). Kendini gerçekleştirme insanın temel fonksiyonlarından birisidir ve insanın sağlık düzeyi ile olumlu bir ilişkiye sahiptir (Misra et al. 2000). Göç eden bireylerin ekonomik koşullarının ve eğitim düzeylerinin göç etmeyenlerden düşük olmasına karşın göç olayını gerçekleştirirken farklı nedenlerle de olsa bir amaca yönelerek hareket etmelerinden ve bu olayı gerçekleştirmeleri sonucunda yaşantılarından memnun olmalarından dolayı iki grup arasında kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde anlamlı farklılık olmadığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bu sonuç her iki grupta da kadının toplumdaki yeri, kadınlık rolünden beklentiler gibi özelliklerin benzer olmasından da kaynaklanabilmektedir.

### 5. 1. 2. Sağlık Sorumluluğu

Bu çalışmada **göç eden** kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde en düşük ikinci puanı aldıkları saptanmıştır ( $1.90\pm 0.37$ ). Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının  $2.34\pm 0.58$  olduğu, Johnson (2005) tarafından aynı grupta yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının  $2.66\pm 0.57$  olduğu bulunmuştur. Misra et al. (2000) tarafından Birleşik Devletler de yaşayan Hintli kadınlarla yapılan çalışmada ise sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının  $2.38\pm 0.73$  olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada göç eden kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının diğer çalışmalardan düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun göç edenlerin dörtte birinin herhangi bir sağlık güvencesinin olmamasından ve sağlık algılamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada **göç etmeyen** kadınların ise sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde en düşük ikinci puanı aldıkları saptanmıştır ( $2.23\pm 0.46$ ). Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının  $2.1\pm 0.55$  olduğu bulunmuştur. Bu durumun geleneksel olarak Arap toplumunda kadınların çocuklarının, eşlerinin özellikle de kalabalık ailelerde aile büyüklerinin sağlığından sorumlu kişi olarak kabul edilmeleri ve onların sağlıklarını kendi sağlıklarının üzerinde tutmalarından kaynaklandığı ifade edilmektedir. Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada kadın öğretim elemanlarının sağlık sorumluluğu alt ölçeği ortalama puanının  $2.39\pm 0.80$  olduğu, Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının ise  $2.5\pm 0.42$  olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada göç etmeyen kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanının düşük olduğu bulunmuştur. Kadınlar tüm kültürlerde olduğu gibi Türk toplumunda da ailenin sağlığından sorumlu kişi olarak görülmekte ayrıca farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda da kadınların ailelerinin ve çocuklarının sağlıklarına kendi sağlıklarından daha fazla özen gösterdikleri ifade edilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada sağlık sorumluluğu puan ortalamasının düşük olması kadınların kendi sağlıklarını izlememelerinden, kendi bakım sorumluluklarını almamalarından, sağlığın geliştirilmesi konusunda kendi potansiyel güçlerini kullanmamalarından ve Türk kültüründe bireylerin sağlık algılamalarından kaynaklanmaktadır. Türk kültüründe, özellikle birey günlük işlevlerini yerine getirebiliyorsa kendini sağlıklı olarak algılamakta, ne zaman işlevlerini yerine getiremiyorsa o zaman bir sağlık kurumuna başvurmaktadır. Bunun yanı sıra Türk kültüründe sağlığı koruma, geliştirme davranışları da özellikle Batı toplumları ile kıyaslandığında daha yetersiz kalabilmektedir.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $t:-7.87$ ,  $p:0.00$ ). Bu durumun göç eden kadınlarla göç etmeyen kadınların sağlık güvencesine sahip olma durumları arasındaki farklılıktan, eğitim düzeylerinden ve kültürel olarak iki grubun sağlığı algılamalarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### 5. 2. 3. Egzersiz

Bu çalışmada **göç eden** kadınların egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanı aldıkları saptanmıştır ( $1.54\pm 0.33$ ). Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalılarla yapılan çalışmada kadınların egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanı ( $1.95\pm 0.65$ )

aldıkları, Johnson (2005) tarafından aynı grupta yapılan çalışmada ( $2.24\pm 0.70$ ) ve Misra et al. (2000) tarafından yapılan çalışmada ( $2.30\pm 0.82$ ) da kadınların benzer şekilde bu alt ölçekte en düşük puanı aldıkları bulunmuştur.

**Göç etmeyen** kadınların ise  $1.60\pm 0.39$  puan ile egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanı aldıkları saptanmıştır. Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanları aldıkları bulunmuştur ( $1.4\pm 0.49$ ). Bu durumun ise Ürdünlü kadınların düzenli egzersiz kavramını tam olarak bilmemelerinden ve egzersizi sağlıklı yaşamın bir parçası olarak görmemelerinden kaynaklanabileceği ifade edilmektedir. Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların egzersiz alt ölçeği puan ortalamasının  $2.1\pm 0.59$  olduğu ve bu alt ölçekte en düşük puanları aldıkları bulunmuştur. Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada kadın öğretim elemanlarının egzersiz alt ölçeğinde en düşük puanı aldıkları bulunmuştur ( $1.96\pm 0.83$ ). Bu çalışmada göç eden ve göç etmeyen kadınların egzersiz alt ölçeğinden düşük puanlar almalarının kadınların kişisel veya kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların egzersiz alt ölçeği ( $t:-1.89$ ,  $p:0.06$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta göç eden ve göç etmeyen kadınların bu alt ölçekte çok düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Bu durumun gelişmiş ülkelerde egzersiz yapma”, jogging, ağırlık kaldırma ya da yüzme olarak kabul edilirken, yaşam stili ve kültürü önemli derecede farklılık gösteren Türk toplumunda işe ya da okula yürüyerek gitme, ev işi yapma, işin gerektirdiği aktiviteler egzersiz olarak kabul edilebilmesinden ve kişilerin egzersizi sağlıklı yaşamın bir parçası olarak algılayıp yeterli zaman ayırmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **5. 1. 4. Beslenme**

Bu çalışmada **göç eden** kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalaması  $2.43\pm 0.32$  olarak saptanmıştır. Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından yapılan çalışmada kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.37\pm 0.56$  olduğu, Johnson (2005) tarafından aynı grupta yapılan çalışmada ise kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.47\pm 0.54$  olduğu bulunmuştur. Misra et al. (2000) tarafından yapılan çalışmada ( $2.55\pm 0.63$ ) ve Duffy et al. (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada kadınların beslenme alt ölçeğinde orta düzeyde puanlar aldıkları saptanmıştır. Bu çalışmada göç eden kadınların Johnson (2005) tarafından yapılan çalışmaya benzer sonuçlar aldıkları ve beslenme

alt ölçeği puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun göç edenlerin içinde bulunduğu ekonomik koşulların beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemesinden, yeterli ve dengeli beslenememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

**Göç etmeyen** kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalaması ise  $2.68\pm 0.37$  olarak saptanmıştır. Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.7\pm 0.58$  olduğu bulunmuştur. Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.6\pm 0.47$  olduğu, Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada ise kadın öğretim elemanlarının beslenme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.52\pm 0.99$  olduğu ve her iki çalışmada da kadınların bu alt ölçekte orta düzeyde puanlar aldıkları saptanmıştır. Bu çalışma da kadınların beslenme alt ölçeğinde orta düzeyde puanlar aldıkları bulunmuştur.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $t:-7.42$ ,  $p:0.00$ ). Göç eden kadınların beslenme alt ölçeği puan ortalamasının göç etmeyenlerden anlamlı düşük olduğu bulunmuştur. Göç edenlerin göç ettikleri bölgelerde içinde buldukları sosyo-ekonomik koşullar nedeniyle yeterli beslenemedikleri, beslenme alışkanlıklarının değiştiği, daha çok yağ ve karbonhidrat ağırlıklı beslendikleri ifade edilmektedir (Özen, 1996; Choudry, 1998). Bu nedenlerle birlikte bu araştırmada göç eden kadınların daha çok Doğu bölgelerinden gelmiş olmalarına, göç etmeyen kadınların ise Ege bölgesinde doğmalarına bağlı olarak beslenme alışkanlıklarının farklı olması nedeniyle göç etmeyen kadınların bu alt ölçekte yüksek puanlar aldıkları düşünülmektedir. Bunun yanı sıra göç eden kadınların gelir düzeylerinin düşük olması da beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olabilmektedir.

### **5. 1. 5. Kişiler Arası Destek**

Bu çalışmada **göç eden** kadınların  $2.72\pm 0.43$  puan ile SGYB Ölçeği'nin kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanı aldıkları saptanmıştır. Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada kişiler arası destek alt ölçeğinde ( $2.90\pm 0.59$ ) en yüksek puanı aldıkları bulunmuştur. Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada, Misra et al. (2000) tarafından Birleşik devletlere göç etmiş Hintli kadınlarla yapılan çalışmada, Duffy et al. (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada kadınların kişiler arası destek puanlarının en yüksek ikinci puan olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada da göç eden kadınların

kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanı aldıkları bulunmuştur. Bu durumun kadınların büyük bir çoğunluğunun göç ettikleri bölgelerde akraba/hemşehrilerinin olması nedeniyle çevreleriyle olan iletişimlerinin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Göç eden bireylerin özellikle akrabalık/hemşehrilik ilişkileri oldukça güçlüdür. Bu dayanışma bireylerin yeni yaşamlarına uyum sağlamasında maddi ve manevi olarak büyük destek sağlamaktadır. Bu özellik Türk kültüründe var olan yardımlaşmanın bir yansımasıdır. Göç eden bireyler kendi grupları içinde sıkı bir dayanışma gösterirken, dışarıda ki bireylere daha sınırlı bir yaklaşım gösterebilmektedir. Bu sonuç ise göç eden bireylerin buldukları çevreye, sosyal yaşama uyum sağlamasında bir dezavantaj olarak ortaya çıkabilmektedir.

**Göç etmeyen** kadınların  $2.76\pm 0.51$  puan ile kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanı aldıkları saptanmıştır. Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Müslüman kültürlerde aile, arkadaş ve akrabalarla olan ilişkilerin önemli olmasından dolayı Ürdünlü kadınların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olmasının beklenmesine karşın daha düşük olduğu bulunmuştur ( $2.7\pm 0.51$ ). Bu durumun ise kadınların eğitim seviyesi arttıkça daha bağımsız davranmalarından çevreleriyle, olan ilişkilerinin azalmasından kaynaklandığı ifade edilmektedir. Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamasının  $2.6\pm 0.41$  olduğu bulunmuştur. Göç etmeyen kadınların bu çalışmada kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanı almalarının yaşadıkları bölgenin özelliğine bağlı olarak kadınların aile, akraba ve arkadaşları ile düzenli ve sürekli iletişim içinde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $t:-0.83$ ,  $p:0.41$ ). Göç edenlerin göç ettikleri yerlerde küçük gruplar halinde yer almalarına karşın bu çalışmada kadınların %82.4'ünün çevrelerinde akraba/hemşehrilerinin olduğu ve büyük bir çoğunluğunun akraba/hemşehrileri ile iletişimlerinin sürdüğü diğer bir ifade ile sosyal desteklerinin yeterli olduğu saptanmıştır. Bu nedenle iki grup arasında kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı düşünülmektedir.

### **5. 1. 6. Stresle Başetme**

Bu çalışmada **göç eden** kadınların stresle başetme alt ölçeği puan ortalaması  $2.42\pm 0.38$  olarak saptanmıştır. Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı

kadınlarla yapılan çalışmada stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.45\pm0.55$  olduğu, Johnson (2005) tarafından aynı grupta yapılan çalışmada kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.47\pm0.70$  olduğu bulunmuştur. Misra et al. (2000) tarafından Birleşik devletlere göç etmiş Hintli kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.42\pm0.67$  olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Bu çalışmada diğer çalışmaları destekleyen sonuçlar bulunmuş olup göç edenlerin işsizlik, sosyal statünün kaybı, yalnızlık, dil engeli, kültürel farklılıklar gibi bir çok stresörle karşı karşıya kaldıkları ve stresle başatme mekanizmalarının yetersiz olduğu bilinmektedir (Farley, Galves, Dickinson, Perez, 2005, Hyman 2004).

**Göç etmeyen** kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalaması ise  $2.55\pm0.43$  olarak saptanmıştır. Al Ma'Aitah & Haddad (1999) tarafından yapılan çalışmada Ürdünlü kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.5\pm0.55$  olduğu bulunmuştur. Müslüman kadınlar için stresin algılanması ve stresle başatme davranışları diğer kültürlerden farklılık göstermekte, bu nedenle de stresle başatme alt ölçeğinin kadınların stresle başatme davranışlarını yeterli şekilde değerlendiremediği ifade edilmektedir (Al Ma'Aitah & Haddad, 1999). Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.5\pm0.46$  Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada kadın öğretim elemanlarının stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının  $2.48\pm0.84$  olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada diğer çalışmalara benzer şekilde sonuçlar bulunmuş, stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Göç eden ve göç etmeyen kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $t:-3.23$ ,  $p:0.00$ ). Göç eden kadınların stresle başatme alt ölçeği puan ortalamasının göç etmeyen kadınların puan ortalamasından anlamlı düşük bulunmasının göç eden bireylerin daha fazla stresörle karşılaşmalarından dolayı stresle başatme mekanizmalarının yetersiz kalmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

## **5. 2. Göç Eden ve Etmeyen Kadınların Sosyo-demografik Verilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği Ve Alt Ölçekleriyle Karşılaştırılması**

### **Yaş**

**Göç eden** kadınların yaş ile sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşı

ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stresle başatme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları arasında ise negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Yaş arttıkça göç eden kadınların kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stresle başatme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır. Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ile yaş arasında zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (r:21, p:0.00). Sohng et al. (2002) tarafından göç eden yaşlılarla yapılan çalışmada da SGYB Ölçeği puanları ile yaş arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Misra et al. (2000) tarafından göç etmiş Hintli kadınlarla yapılan çalışmada ise yaşa göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte egzersiz alt ölçeğinde 25 yaş ve altında yer alan grubun diğer gruplardan yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Duffy et al. (1996) tarafından Meksika kökenli Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada yaş arttıkça kazanılan deneyim ve tecrübelerle bağlı olarak sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur.

Bu çalışmada Ahijevych & Bernhard (1994) ve Sohng et al. (2002) tarafından yapılan çalışmaları destekleyen sonuçlar bulunmuş olup, göç eden kadınların yaş ile sağlığı geliştirme davranışlarının arasında zayıf yada orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlığı Geliştirme modelinde modifiye edici faktörler içinde yer alan yaş, eğitim, medeni durum gibi demografik özelliklerin sağlığı geliştirme davranışının kazanılması üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir. Ancak demografik faktörlerin toplum grupları ve költürlere göre farklılık gösterebileceği açıklanmaktadır (Pender, 1987). Bu nedenle bu çalışmada yaşla birlikte göç eden kadınların sağlığı geliştirme davranışlarında azalmanın olduğu düşünölmektedir.

**Göç etmeyen** kadınların yaşı ile sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçekleri arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek, stresle başatme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Yaş arttıkça göç etmeyen kadınların kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek, stresle başatme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır.

Sayan ve Erci (1999) tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların yaşla birlikte sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stresle başatme ve sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur. Bu durumun yaşla birlikte kişinin kendi sağlık problemlerine karşı daha duyarlı olmasına, beslenme konusunda daha dikkatli davranmasına

ve çalışan kadınların mesleklerinden dolayı daha fazla özgüven sahibi olmalarının stresten uzaklaşma etkisi yaratmasına bağlanmıştır.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre yaş, eğitim, ekonomik durum gibi özellikler arttıkça kişinin sağlığı geliştiren davranışa sahip olma düzeylerinin de arttığı belirtilmektedir. Yaş arttıkça sağlığı geliştirme davranışlarının artması beklenen bir sonuç olmasına karşın bu araştırmada göç etmeyen kadınların kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek, stresle başatme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur. Bu durumun, göç etmeyen kadınların bireysel ve kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **Medeni Durum**

**Göç eden** kadınların medeni durumlarına göre sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stresle başatme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Medeni durumlarına göçe göç eden evli kadınların SGYB Ölçeği, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt ölçekleri puan ortalamalarının dul/boşanmış olanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından yapılan çalışmada sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada göç eden evli kadınların kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve SGYB Ölçeği puan ortalamalarının yüksek olmasının kadınların evlilikle birlikte yaşam amaçlarında değişimlerin meydana gelmesinden, yeni amaçlar edinmelerinden ve kadınların destek gördükleri kişilerin başında eşlerini ifade etmiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

**Göç etmeyen** kadınlar arasında dul/boşanmış olanların sayısının az olmasından dolayı medeni durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında analiz yapılmamıştır (Tablo 10).

### **Eğitim Durumu**

Eğitim durumlarına göre **göç eden** ortaokul mezunu ve üzeri eğitim seviyesinde olan kadınların SGYB ölçeği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek, stresle başatme alt ölçekleri puan ortalamalarının okur-yazar ve ilkokul mezunu olan kadınlardan anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Eğitim düzeyi arttıkça göç eden kadınların SGYB Ölçeği puanları artmaktadır.



Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ile eğitim yılı arasında düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (r:19, p:0.01). Sohng et al. (2002) tarafından yaşlı Koreli göçmenlerle yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi ile birlikte kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeği ve SGYB Ölçeği puanının arttığı bulunmuştur. Eğitim birçok sağlık davranışı üzerinde belirleyici olabilmektedir. Bu çalışmada da Sohng et al. (2002) tarafından yapılan çalışmayı destekleyen sonuçlar bulunmuş olup, eğitimle birlikte göç eden kadınların kendini gerçekleştirme, sağlıkları üzerinde karar verme, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin arttığını, yeterli ve dengeli beslendiklerini, stresle başetme yöntemlerini öğrenip uyguladıklarını ve çevreleriyle daha yakın ilişkiler kurduklarını göstermektedir.

**Göç etmeyen** kadınların eğitim durumlarına göre ortaokul ve üzeri eğitim seviyesinde olan kadınların SGYB Ölçeği ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamalarının okur-yazar/ilkokul mezunu olanlardan anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo11). Sayan ve Erci (1999) tarafından çalışan kadınlarla yapılan çalışmada sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ölçeği ve tüm alt ölçeklerinde eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Bireylerin eğitimi olmaları, sağlıkları konusunda karar verme ve olumlu sağlık davranışlarına yönelmelerinde önemli belirleyiciler arasında yer almakta ve sağlığı geliştirme modelinde eğitim durumu arttıkça kişinin sağlığı geliştirici davranışlara sahip olma düzeyinin arttığı ifade edilmektedir. Eğitim sağlık davranışlarını etkileyen önemli faktörlerden birisidir ve bireyde davranış değişikliği oluşturulması için ön koşul olarak kabul edilmektedir. Bilgi, beceri, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışlarının kazanılmasını ve sürdürülmesini etkilemektedir. Bu çalışmada, göç etmeyen kadınların eğitim düzeyleri arttıkça sağlıkları konusunda sorumluluk aldıklarını, yakın çevreleriyle düzenli ve sürekli iletişim kurduklarını, bireysel amaçlarının ve kendi farkındalıklarının artmasına paralel olarak da stres kaynaklarını daha iyi tanıyıp daha kolay baş edebildiklerini açıkça göstermektedir.

### **Çalışma Durumu**

Göç eden ve etmeyen kadınlar arasında çalışan kadınların sayısının az olmasından dolayı bu çalışmada SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında analize gidilmemiştir (Tablo 12). Çalışma yaşamının kadının rollerinde değişim meydana getirmesi, ekonomik özgürlüğünü kazanmasını sağlaması, kişiler arası etkileşimini arttırması, isteklerini

gerçekleştirebilmesi ve kazandığı başarılarla kişisel doyuma ulaşmasını sağlaması nedeniyle sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışma durumunun sağlığı geliştirme davranışlarına olan etkisinin değerlendirilmesi için örnekleme çalışan kadınların yeterince temsil edildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### **Gelir Durumu**

Gelir durumlarına göre **göç eden** kadınlar arasında geliri giderinden fazla olan kadınların SGYB ölçeği ile egzersiz alt ölçekleri puan ortalamalarının geliri giderinden az ve eşit olan kadınların puan ortalamasından anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 13). Sohng et al. (2002) tarafından yaşlı Koreli göçmenlerle yapılan çalışmada gelir durumu iyi olanların kişiler arası destek ve egzersiz alt ölçeği puanlarının arttığı bulunmuştur. Bu çalışmada da Sohng et al. (2002)'un çalışmasına benzer sonuçlar bulunmuş olup, bu sonucun gelir durumunu artmasıyla birlikte kişilerin düzenli egzersiz için sunulan imkanlardan daha fazla yararlanabilmesinden, egzersizi sağlıklı yaşamın bir parçası olarak kabul edip uygulamalarından ve sağlığı geliştirme davranışlarına olan ilgilerinin artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gelir durumlarına göre **göç etmeyen** kadınlar arasında geliri giderinden fazla olanların kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stresle başetme alt ölçekleri ve SGYB ölçeği puan ortalamalarının geliri giderinden az ve eşit olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Sayan ve Erci (1999) tarafından çalışan kadınlarla yapılan çalışmada gelir durumu çok iyi olanların beslenme, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarının diğer gruplardan, SGYB Ölçeği'nde ise gelir durumu çok iyi ve iyi olanların diğer gruplardan daha yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur.

Bu çalışmada gelir durumu iyi olan kişilerin kendini gerçekleştirme, stresle başetme, kişiler arası destek alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puanının geliri giderine eşit ve az olanlardan daha yüksek olmasının kişinin ekonomik seviyesinin artmasıyla amaçlarına ulaşmasının kolaylaşmasından, sosyal imkanlarının artmasından ve ekonomik sorunların yol açtığı stresörlere daha az maruz kalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumu**

Göç eden kadınların SGYB Ölçeği, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek alt ölçekleri puan ortalamaları ile sağlık güvencesine sahip olma durumları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 14). Sağlık güvencesine sahip olan kadınların SGYB Ölçeği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek alt ölçekleri puan ortalaması sağlık güvencesine sahip olmayanlardan anlamlı yüksektir ( $p<0.05$ ). Yapılan çalışmalarda göç eden kişilerin sağlık güvencesine sahip olmadıkları ve sağlık hizmetleri kullanım oranının düşük olduğu bulunmuştur. Göç eden kişilerin sağlık güvencesinin olmasının sağlık durumlarını, sağlık hizmeti kullanımını ve sorunlarını sağlık personeli ile paylaşımını olumlu etkilemesi nedeniyle bu çalışmada sağlık güvencesi olan kadınların puan ortalamalarının olmayanlardan anlamlı yüksek olduğu düşünülmektedir.

**Göç etmeyen** kadınların sağlık güvencesine sahip olma durumlarına göre SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasında analiz yapılmamıştır (Tablo 14).

### **Kronik Hastalık Durumu**

**Göç eden** kadınlar arasında kronik hastalık sahibi olmayanların kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları kronik hastalık sahibi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Ahijevych & Bernhard (1994) tarafından Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan çalışmada sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ile kronik hastalık sahibi olma arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kronik hastalık sahibi olan kadınların SGYB Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu ve sağlık problemlerinin kişinin kendini gerçekleştirme ve tam iyiliğe ulaşması için teşvik edici olabileceği ifade edilmiştir.

Pender (1987)'e göre ise hastalık durumu bireyin tam iyilik düzeyine ulaşması için çaba göstermesini engellemektedir. Bu çalışmada da hastalık durumunun kişinin sağlık davranışlarını uygulamasını ve tam iyiliğe ulaşmasını engelleyici bir faktör olduğu görülmektedir. Bu nedenle de kronik hastalık sahibi olmayan kadınların fizyolojik olarak bir sağlık sorunları olmadığı için Maslow'un hiyerarşisinde üst basamaklarda yer alan psikososyal gereksinimlerden biri olan kendini gerçekleştirmeye daha kolay ulaşabildiği, çevreleriyle daha kolay iletişim kurabildikleri ve kronik hastalık sahibi olanların hastalığın getirmiş olduğu stres kaynaklarıyla karşılaşmaları nedeniyle stresle başetmede yetersiz kaldıkları düşünülmektedir.

**Göç etmeyen** kadınlar arasında kronik hastalık sahibi olmayanların SGYB Ölçeği, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stresle başetme alt

ölçekleri puan ortalamalarının kronik hastalık sahibi olanlardan anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Tokgöz (2002) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalık sahibi olan kadınların SGYB Ölçeği puanlarının olmayanlardan daha yüksek olduğu, Akça (1998) tarafından yapılan çalışmada ise kronik hastalık sahibi olma durumu ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hastalık evrensel bir kavram olmasına karşın hastalığın algılanışı, verilen tepkiler, tutumlar gruplar yada kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle kronik hastalık sahibi olan kadınların SGYB ölçeği, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puanlarının kronik hastalık sahibi olmayanlardan anlamlı düşük bulunduğu düşünülmektedir.

### **Göç Ettikleri Yerde Yaşama Süresi**

Göç eden kadınların göç ettikleri yerde yaşama sürelerine göre sağlık sorumluluğu, egzersiz , beslenme, stresle başetme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamaları arasında ise negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Göç eden kadınların göç ettikleri yerde yaşama süreleri arttıkça kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt ölçekleri puanları azalmaktadır.

Misra et al. (2000) tarafından Birleşik Devletlere göç etmiş Hintlilerle yapılan çalışmada göç ettikleri yerde yaşama süresi 20 yıldan fazla olanların egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamalarının 20 yıldan az olanların puan ortalamasından anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun ise kişinin yaşının ilerlemesiyle birlikte kronik hastalık riskinin artmasına paralel olarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara daha fazla ağırlık vermesinden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada ise Misra et al. (2000) tarafından yapılan çalışmadan farklı göç ettikleri yerde yaşama süresi ile SGYB Ölçeği ve alt ölçekleri arasında zayıf ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu durumun göç eden kadınların bireysel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

### **Sağlık Durumunu Algılama**

Sağlık durumlarını algılamalarına göre **göç eden** kadınlar arasında sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin SGYB ölçeği ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve

stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamalarının kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 17). .

Walker et al. (1990) tarafından yapılan çalışmada sağlık durumunu iyi olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi “çok iyi”, “kötü ve çok kötü” algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Sağlığı geliştirme Modeli’ne göre bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarının uygulanmasını olumlu yada olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bireyin kendisini iyi ve sağlıklı hissetmesinin sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için motivasyonel bir kaynak yaratabileceği ifade edilmektedir. Bu nedenle sağlığını iyi olarak değerlendiren kadınların kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek, stresle başetme ve sağlığı geliştirme davranışlarının anlamlı yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sağlık durumlarını algılamalarına göre **göç etmeyen** kadınlar arasında sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin SGYB ölçeği ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları sağlığını kötü olarak değerlendirenlerden anlamlı olarak yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).

Tokgöz (2002) tarafından kadın öğretim elemanlarıyla yapılan çalışmada sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak algılayanların stresle başetme alt ölçeği puan ortalaması kötü olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Pender (1990) sağlığı iyilik hali olarak tanımlayanların sağlığı geliştirme davranışları ortalama puanlarının, hastalığın yokluğu olarak tanımlayanlardan yüksek saptamıştır. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına göre, sağlığını 'çok iyi' olarak algılayanlar sağlığı geliştirme davranışlarına daha çok katılmaktadırlar. Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre de sağlığın algılanması sağlığı geliştirme davranışı üzerine direkt etkisi olan bilişsel faktörler içinde yer almaktadır. Sağlığı algılama kişinin subjektif olarak kendi sağlığını değerlendirmesidir ve Türk toplumunda sağlık ve hastalık algıları, bireylerin davranışlarında önemli etki yaratmaktadır. Bu nedenle sağlık durumunun sağlığı yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği ve sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba göstereceği düşünülmektedir.

## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6. 1. Sonuçlar

İzmir'in Bornova ilçesine bağlı Naldöken bölgesinde göç eden kadınların ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Göç eden kadınların SGYB ölçeği puan ortalaması orta düzeyde olup, göç etmeyen kadınların puan ortalaması ise göç edenlere oranla daha yüksektir.
- Göç eden ve etmeyen kadınlar kişiler arası destek alt ölçeği en yüksek, egzersiz alt ölçeğinde ise en düşük puanları almışlardır.
- Göç etmeyen kadınların SGYB Ölçeği, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları göç eden kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Göç eden kadınların yaşı arttıkça kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stresle başetme alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır.
- Göç etmeyen kadınların yaşı arttıkça kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek alt ölçekleri ve SGYB Ölçeği puan ortalamaları azalmaktadır.
- Göç eden ve etmeyen kadınların eğitim durumu arttıkça sağlığı geliştirme davranışları da artmaktadır.
- Göç eden ve etmeyen kadınların geliri durumu arttıkça SGYB Ölçeği puan ortalamaları da artmaktadır.
- Göç eden kadınlar arasında sağlık güvencesine sahip olan kadınların SGYB Ölçeği, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek alt ölçekleri puan ortalamaları sağlık güvencesine sahip olmayanlardan yüksektir.
- Göç eden kadınlar arasında kronik hastalık sahibi olmayan kadınların kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalaması kronik hastalık sahibi olanlardan anlamlı yüksektir ( $p<0.05$ ).
- Göç etmeyen kadınlar arasında kronik hastalık sahibi olmayanların SGYB Ölçeği kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stresle başetme alt ölçekleri puan ortalamaları kronik hastalık sahibi olmayan kadınlardan anlamlı yüksektir.

- Göç eden kadınların göç ettikleri yerde yaşama sreleri arttıka kendini gerekleştirme alt leği puan ortalaması azalmaktadır.
- Göç eden ve etmeyen kadınlar arasında sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren kadınların SGYB leği ile kendini gerekleştirme, kişiler arası destek ve stresle başetme alt lekleri puan ortalamalarının sağlık durumunu kt olarak değerlendirenlerden anlamlı yksektir  $p<0.05$ ).

## 6. 2. Öneriler

- Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için hemşireler tarafından bireylerin sağlık davranışları üzerinde etkili olan değişkenler dikkate alınarak sağlık eğitimi programlarının hazırlanması, bu eğitim programlarına özellikle ileri yaşlarda olan, eğitim seviyesi düşük, maddi durumu kötü olan, kronik hastalık sahibi olan ve sağlığını kötü olarak değerlendiren kadınların katılımlarının sağlanması
- Göç eden ve etmeyen kadınlar arasında kantitatif çalışmaların düzenlenerek egzersizli sağlıklı yaşamın bir parçası olarak algılanması nedenlerinin saptanması, egzersiz konusunda eğitimler düzenlenmesi, sektörler arası işbirliği ile bölgede eğlenceli fiziksel aktiviteler düzenlenerek egzersizin özendirilmesi (ortak egzersiz saatlerinin belirlenmesi, gruplar oluşturulması, düzenli katılanlara hediyeler verilmesi vb.)
- Göç eden kadınların beslenme alışkanlıklarının değiştirilip, geliştirilebilmesi için hemşireler tarafından sağlık eğitimi programları planlanırken kültürel özelliklerin dikkate alınması,
- Göç eden kadınlara yönelik stresle başetme eğitimlerinin hazırlanabilmesi için birey ve toplumla iç içe olan hemşireler tarafından göç eden kadınlar için stres yaratan nedenlerin ve kültüre özgü başetme yöntemlerinin tanımlanmasına yönelik çalışmaların yapılması, stresle etkin şekilde baş edebilmeleri için gerekli sağlık eğitimi programlarını hazırlamaları,
- Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlık sorumluluklarının arttırılabilmesi için bölgedeki sağlık personeli ve kadınların bir araya gelmelerini sağlayacak kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitim programlarının hazırlanması
- Göç sürecinin sağlık davranışları üzerindeki etkisinin incelenmesi için, göç eden bireylerin göçten önceki ve göçten sonraki sağlık davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan geriye dönük çalışmaların yapılması,
- Göç olayının sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin daha iyi değerlendirilebilmesi için göç eden farklı gruplarda ve daha büyük örnekleme topluma genellenebilecek çalışmaların yapılması
- Göç eden bireylerle sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin göç sürecini daha iyi değerlendirebilmeleri için hemşirelik müfredatlarına göç ve sağlık ilişkisinin entegre edilmesi önerilmektedir



## KAYNAKÇA

1. Ahijevych, K., Benhard, L. (1994). Health promoting behaviours of African American women. *Nursing Research*, 43 (2): 86-89
2. Akça, Ş. (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. İzmir. Ege Üniversitesi S.B.E. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi.
3. Aksakoğlu, G. (2001). Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. İzmir. DEU Yayın Komisyonu, 306-309
4. Aksayan, S. Ve diğ. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul. Birlik Ofset. 26-40
5. Aksayan, S., Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1): 35-42
6. Al Ma'Aitah, R., Haddad L. (1999). Health promotion behaviors of Jordanian women. *Health Care for Women International*, 20 (6): 533-539
7. Aydınli, F. (2001). Stres ve hemşirelik. *Model*, 3, 13-15
8. Baltaş, A., Baltaş, Z. (1996). Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul. Remzi Kitabevi, 15. Basım
9. Baltaş, Z. (2000). Sağlık psikolojisi. İstanbul. Remzi Kitabevi.
10. Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi. İstanbul. Remzi Kitabevi, 150-155
11. Bayhan, V. (1996). Türkiye'de iç göçler ve anomik kentleşme. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 178-193
12. Beaudry, M., Hamelin, A., Delisle, H. (2004). Public nutrition: an emerging paradigm. *Canadian Journal Of Public Health*, 95 (5): 375-37
13. Belek, İ. (1998) "Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler" Antalya'da bir alan çalışması. *Toplum ve Hekim*, 13 (4): 292-299
14. Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *acta psychiatrica scandinavia*. *Pskiyatri Hemşireliği El Kitabı*, 108, 67-72
15. Birol, L. (2005). Hemşirelik Süreci. İzmir. Bozyaka matbaası, 13-35
16. Buldukoğlu, K., Özcan, A., Terakye, G. (1996). *Pskiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul. Vehbi Koç Yayınları, No:13.

17. Carballo, M., Divino, J., Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine And International Health*, 3 (12): 936-944
18. Choudry, U. K. (1998). Health promotion among immigrant women from India living in Canada. *Journal Of Nursing Scholarship*, 30 (3): 269-274
19. Çobanoğlu, N. (1996). Tıp etiği açısından göç ve sağlık. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı, Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 667-671
20. Delaney, F.G. (1994). Nursing And Health Promotion: Conceptual Concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 828-835
21. Demir, G. (1996). Göç nedenleri ve göç edenlerin beklentilerindeki gerçekleşme durumu. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 85-93
22. DİE Göç İstatistikleri. (2004). 2000 Genel Nüfus Sayımı Göç İstatistikleri, 52.
23. Dirican, R., Bilgel, N. (1993). Halk sağlığı. Bursa. Uludağ Üniversitesi Basımevi, 63-70
24. Duffy, M., Rossow, R., Hernandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed Mexican American women. *Nursing Research*, 45 (1): 18-24
25. Durugönül, E. (1996). Sosyal değişme, göç ve sosyal hareketler. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 95-99
26. Ekşi, A. (2002). Sığınmacı ve göçmenlerde psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (3): 215-221
27. Erarı, F. (2001). Türkiye’de göç ve kentleşme süreci. *Standard*, 40 (475):78-85
28. Erbaş, N., Bekar, M. Gölbaşı Z. (2004). 40-60 yaş grubu menopozal dönemde ki kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Dahili Tıp Bilimleri*. Cilt: 10, Sayı: 6.
29. Erden, M., Akman, Y. (1985). Kendini gerçekleştirme. *Eğitim Psikolojisi*. Ankara. Arkadaş Yayınları.
30. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 8 (32), 28-35
31. Ertem, M. (1999). Göç ve bulaşıcı hastalıklar. *Toplum ve Hekim*, 14 (3): 225-228
32. Esin, N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe’ye uyarlaması. *Hemşirelik Bülteni*, 12 (44), 87-95

33. Farley, T., Galves, A., Dickinson, L. M., Perez, M. J. D. (2005). Stres, coping and health: a comparasion of mexican immigrants, Mexican- Americans and non-hispanic whites. *Journal Of Immigrant Health*, 7 (3): 213-220
34. Fuller, J., Ballantyne, A. (2000). Immigrants and equitable health-care delivery in rural areas. *Australian Journal Of Rural Health*, 8, 189-193
35. Göktürk, A. (2001). Diyarbakır ile Mersin'e zorunlu göç. *Toplum ve Hekim*, 14 (4), 281-289
36. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin türkçe formunun geçerlilik güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2 (1).
37. Güler, M. (1996) Kente göç eden kadınların aile planlaması ile ilgili tutumları. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı, Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 629-655
38. Gümüş, M., Erol, N., Durusoy, R., (2003). Göç ve Sağlık: Göçün Kadınların Sağlık Hizmeti Kullanımlarına ve Psikolojik Durumlarına Etkisi, 8. Pratisyen Hekimlik Kongresi, Antalya, 152
39. Gün, Z. (2002). Ergen ruh sağlığı ve göç. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
40. Gündüz, M., Yetim N. (1996). Terör ve göç. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 109-115
41. Güvenç, B. (1996). Göç olgusu ve türk toplumu. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 21-25
42. Higgins, P., Learn, C. (1999). Health practices of adult hispanic women. *Journal Of Advanced Nursing*, 29 (5): 1105-1112
43. Holloway, A., Watson, E. H. (2002). Role of self-efficacy and behavior change. *International Journal Of Nursing Practise*, 8, 106-115
44. Hyman, H. (2004). Setting the stage: Rewieving current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Canadian Journal Of Public Health*, 95 (3): 4-8
45. Hyman, I., Gruge, S. (2002). A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Canadian Journal of Public Health* 93 (3): 183-187
46. International Organization for Migration (IOM). *World Migration 2005*
47. International Organization for Migration<sup>1</sup> (IOM). *Glossary on Migration*, 2004
48. International Organization for Migration<sup>2</sup> (IOM). *Health and Migration Seminar Report of Meeting*, 2004

49. İpekyüz, N. (1996). Güneydoğu'da iç göç tartışmaları ve sağlık boyutu. *Toplum ve Hekim*, 11 (74): 56-60
50. Johnson, L. R. (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22 (2): 130-137
51. Kızılçelik, S. (1996) Mersin'e göç etmiş insanların sağlık koşulları üzerine bir çalışma. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 657-665
52. Kocaman, T., Bayazıt, S. (1993). Türkiyede iç göçler ve göç edenlerin sosyo-ekonomik nitelikleri. DPT
53. Lipson, J. (1998). Women's voices, women's lives: Consumer perspectives on women's health and health care. URL: (<http://tone.edu.co/revista/sep2002/cross-culturel%20issues%20in%20women%20shtm>) (Ekim 2005)
54. Marangoz, İ. (2002). Egzersizin günümüzdeki önemi. *Standart*, 485, 37-41
55. Misra, R., Patel, T. G., Davies, D., Russo, T. (2000). Health promotion behaviors of gujurati Asian Indian immigrants in the United States. *Journal Of Immigrant Health*, 2 (4): 223-231
56. Mutluer, M. (2003). Uluslararası göçler ve Türkiye. İstanbul. Çantay Kitabevi, 9-34
57. Newel-Withrow, C. (2000). Health protecting and health promoting behaviors of African Americans living in Appalachia. *Public Health Nursing*, 17 (5): 392-397
58. Nies, M., Buffington, C., Cowan, G., Hepworth, J. (1997). Comparison of lifestyles among obese and nonobese African American and European American women in the community, 17
59. Öner, S., Kaçmazoğlu, B. (1996). Göç olgusu ve Doğu Anadolu. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı, Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 371
60. Özen, S. (1996). Kentleşme sürecinde sağlık problemleri ve politikaları. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı, Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 623-628
61. Öztekin, Z. (1986). Temel Sağlık Hizmetleri . Ankara. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Yayın No, 13-23
62. Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice. Second Edition, USA.
63. Pender, N. J., Walker, N. S., Sechrist, R. K., Strombog, F. M. (1990). Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39 (6): 326-332

64. Pender. N., Barkauskas, V., Hayman, L. (1992). Health promotion and disease pervention toward exlence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40 (3): 106-112
65. Potter, P.A., Perry, A.G. (1999). Basic nursing a critical thinking approach. Fourth Edition, Mosby.
66. Resnick, B. (2000). Health promotion practices of the adult. Public Health Nursing, 17 (3).
67. Rothenberg, R. B. Et al. (1985). Observations on the aplication of epi cluster survey methods for estimating disese incidence. Bultein of WHO, 63 (1): 93-99
68. Sarıkaya, Ö. (2001). Kadın-çocuk mülteciler, sığınmacılar ve göçmenler. Toplum Ve Hekim, 16 (5), 346-351
69. Sayan, A., Erci, B. (1999). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yedinci Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 427-433
70. Schwarzer, R., Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviors, to appear in :Conner M,Norman P Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models, Buchingham open university press
71. Sır, A., Bayram, Y., Özkan, M. (1998) Zoraki iç göçün ruh sağlığına etkileri üzerine bir ön çalışma. Klinik Psikiyatri, 2, 83-88
72. Smith, C., Maurer, F. (2000). Community health nursing theory and practice. WB Saunders, Company.
73. Sohn, L., Harada, N. D. (2004). Time since immigration and Health services utilization of Korean- American older adults living in Los Angeles country. American Geriatrics Society, 52, 1946-1950
74. Sohng, Y. K., Sohng, S., Yeom, H. A. (2002). Health- promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. Public Health Nursing, 19 (4).
75. Soyer, A. (1998). Bir araştırma nedeniyle “sağlık hizmetlerinin kullanımı” ve sağlık ocakları. Toplum Ve Hekim, 13 (3): 362-363
76. Torcu, M. Ve diğ. (2005). Aydın merkez 2 nolu sağlık ocağı bölgesinde 15 yaş ve üzeri sağlık ocağını kullanma durumları, etkileyen faktörler ile memnuniyet düzeyleri. Toplum ve Hekim, 20 (4): 291-297

77. Türkaslan, N., (1996). Bursa'da meskun Bulgaristan göçmenlerinin ekonomik durumları üzerine bir inceleme. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı, Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü, 206-209
78. Velioğlu, P. ( 1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul.
79. Velioğlu, P. (1994). Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Alaş Ofset, İstanbul.
80. Walker, N. W., Madeleine, J. K., Pender, N. J. (1990). A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. Nursing Research, 39 (5).
81. Walker, S. N., Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center
82. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and characteristics. Nursing Research, 36 (2).
83. Wang, H. H. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic groups of elderly rural women in Taiwan. Public Health Nursing, 16 (5).
84. Whitehead, D. (2001). A stage planning programme model for health education/health promotion practice. Journal Of Advanced Nursing, 36 (2).
85. World Health Organization, (1978). Alma Ata Bildirisi.
86. World Health Organization, Health and Welfare Canada, and the Canadian Public Health Association.(1986).Ottawa charter for health promotion. Copenhagen, Denmark: FADL Publishers

**EK I**  
**SOSYO-DEMOGRAFİK SORU FORMU**

1. Yaşınız:.....
2. Medeni durumunuz  
 Evli       Dul/Boşanmış
3. En son hangi okuldan mezun oldunuz?  
 Okur-yazar değil       Okur –yazar       İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu       Lise mezunu       Yüksek okul mezunu
4. Çalışıyor musunuz?  
 Evet  Hayır
5. Cevabınız evet ise işiniz nedir?  
 Ev Hanımı     Memur     İşçi     Esnaf     Diğer
6. Eşiniz Çalışıyor mu?  
 Evet  Hayır
7. Cevabınız evet ise işi nedir?  
 Memur     İşçi     Esnaf     Diğer
8. Gelir Durumunuz nedir?  
 Gelir gidere eşit     Gelir giderden fazla     Gelir giderden az
9. Sosyal güvenceniz nedir?  
 Yok     Yeşil Kart     SSK     Emekli Sandığı     Bağ-kur     Diğer.....
10. Doktor tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?  
 Evet  Hayır
11. Bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda hangi sağlık kurumunu kullanıyorsunuz?  
 Devlet Hastanesi       Sağlık Ocağı       Diğer.....  
 Üniversite Hastanesi       Poliklinik/Özel Hastane
12. 11. soruya Sağlık Ocağı dışında bir cevap verdiyseniz nedenini belirtiniz  
 Uzak olması  
 Dil problemi  
 Sağlık güvencesinin olmaması  
 Ekonomik  
 Diğer.....

13., 14., 15., 16., 17., sorular göç etmeyen bireylere sorulmayacaktır

13. Nereden göç ettiniz?

- Köy       İlçe/Kasaba       Kent

14. Ne kadar zamandır burada yaşıyorsunuz? (Göç etmeyen bireylere sorulmayacaktır)

.....

15. Göç etme nedeniniz nedir?

- Zorunluluktan (terör, can güvenliği, kan davası, köyün boşaltılması)  
 Ekonomik nedenler (işsizlik)  
 Eğitim  
 Sağlık  
 Evlenme dolayısıyla  
 Akrabalarımın-hemşehrilerimin çağırması üzerine  
 Diğer.....

16. Göç ettiğiniz yerde akraba yada hemşehrileriniz var mıydı?

- Evet       Hayır

17. Akraba ya da hemşehrilerinizle görüşüyor musunuz?

- Evet       Hayır

18. Yaşantınızdan memnun musunuz?

- Evet       Hayır

19. 18. soruya cevabınız hayır ise nedenini belirtiniz

.....

### **SAĞLIK DURUMUNU ALGILAMA**

Sağlığınız genel olarak nasıldır?

- Çok İyi       İyi       Orta       Kötü       Çok Kötü



## EK II

### SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

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

H – Hiçbir zaman

B - Bazen

S - Sık Sık

D – Düzenli olarak

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

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