

PAPER DETAILS

TITLE: Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yasayan Kisilerin Sağlık Sorunu Yasama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

AUTHORS: Celalettin ÇEVİK, Sibel ERGÜN, İbrahim ALDEMİR, Saliha SENCE

PAGES: 109-116

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/486993>



Original Research / Özgün Araştırma

Healthy Lifestyle and Having Problems of Health of Individuals Living in A Neighbourhood of Karesi Country in Balıkesir

Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan Kişilerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Celalettin Çevik^{*1}, Sibel Ergün¹, İbrahim Aldemir², Saliha Şence³

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate the illness and healthy lifestyle behaviours last 15 days among individuals who were 18 years old or above in an urban area in the city center of Balıkesir province. **Method:** This cross-sectional study was applied face to face to individuals who were 18 years old or above living in an urban area in Balıkesir city center. Population of this study consisted of individuals who were 18 years old or above living in Adnan Menderes neighbourhood. The sample of the study concluded 394 individuals considering 15% of frequency of having health problem, 5% of type 1 error, 5% of deviation and 2% design effect. The sample group was reached by multi stage cluster sampling. The survey comprised of the form of health service use and healthy lifestyle behaviours scale. Number and percentage, chi-square, Independent-Samples t test, the one-way analysis of variance and logistic regression was used to analyse the data. **Results:** 65% of the sample was female; 28% was in the group of 18-27 years of age; 62% of participants had high school or higher level of education; 56% was married. 23% of participants had health problems last 15 days. 61,5% of those who had health problems went to hospital. Disease frequency for those who were illiterate, those who had broken family, and those who had chronic illness were found statistically significant ($p<0,05$). The educational level of health problem was 0,2 times (0,1-0,5) lower than those of illiterates in high school students, 5,4 times (1,4-6,3) compared to those of the core family type in those of the extended family type, 15,3 times (2,8-8,4), 11,9 times (6,32-12,62) higher than those without chronic disease, and 0,9 times (0,9-0,9) health problems compared to those with lower levels of healthy lifestyle behaviours. Point average of healthy lifestyle behaviour scale was $136,7\pm 20,2$ in research group. Scale point was statistically higher for individuals who live alone, those who go to physician regularly, those who generally go to public hospital, and those who get knowledge about health issues from internet ($p<0,05$). **Conclusion:** Healthy lifestyle behaviours were found to be higher in those with moderate or state hospital visits, regular physician controls. Among the participants, socioeconomically disadvantaged groups have a high incidence of health problems and low health-style behaviour scores. For this reason, the development of healthy lifestyle behaviours of disadvantaged groups may reduce the frequency of living with health problems.

Key words: Health Lifestyle, health problem, health promotion, prevention.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, kentsel bir bölgede yaşayan kişilerin, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, Balıkesir ili, Karesi ilçesi, Adnan Menderes Mahallesiinde yaşayan, 18 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama sıklığı %15, %5 tip I hata, %5 sapma, 2 desen etkisi göz önünde bulundurularak 394 kişiden oluşmaktadır. Örneklem grubuna, çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ulaşılmıştır. Sağlık hizmet kullanımı formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Çözümlemede, sayı ve yüzdeler ki-kare testi, t testi, tek yönlü varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma grubundaki kişilerin, %65,5'i kadın, %28,7'si 18-27 yaş grubunda, %62,4'ü lise ve üzeri öğrenime sahip, %56,6'sı evli kişilerdir. Katılımcıların %23,1'inin son 15 gün içinde bir sağlık sorunu yaşamış, %61,5'i sağlık kurumuna başvurmuştur. Okuryazar olmayanlarda, güvencesi olmayanlarda, parçalanmış aileye sahip kişilerde ve kronik hastalığı olan kişilerde sağlık sorunu yaşama sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık sorunu yaşama durumu, eğitim durumu lise olanlarda, okuryazar olmayanlara kıyasla 0,2 kat (0,1-0,5) düşük, geniş aile tipindeki kişilerde, çekirdek aile tipinde olanlara kıyasla 5,4 kat (1,4-6,3), parçalanmış aile tipinde olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre 15,3 kat (2,8-8,4) yüksek, kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara kıyasla 11,9 kat (6,3-12,6) yüksek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek olanlarda, düşük olanlara kıyasla 0,9 kat (0,9-0,9) sağlık sorunu yaşama düşüktür. Katılımcıların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması $136,7\pm 20,2$ 'dir. Ölçek puanı, yalnız yaşayanlarda, düzenli olarak hekime gidenlerde, genellikle devlet hastanesine başvuranlarda, sağlıklı ilgili bilgileri internetten edinenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). **Sonuç:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı orta düzeyde olup, devlet hastanesine başvuran, düzenli hekim kontrolünde olan kişilerde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların içinde sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan gruplarda, sağlık sorunu yaşama sıklığı yüksek, sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı yüksek kişilerde düşük bulunmuştur. Bu nedenle, dezavantajlı grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, sağlık sorunu yaşama sıklığını azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi, sağlık sorunu yaşama, sağlığı geliştirme, koruma

Received / Geliş tarihi: 27.11.2017, Accepted / Kabul tarihi: 08.04.2018

¹ Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

² Maltepe Devlet Hastanesi, İstanbul

³ Keşan Devlet Hastanesi, Edirne

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Celalettin Çevik, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir - TÜRKİYE, E-mail: celalettincevik@balikesir.edu.tr

Çevik C, Ergün S, Aldemir I, Şence S. Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan Kişilerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TJF&PC, 2018; 12 (2): 109- 116. DOI: 10.21763/tjfmpe.432535

GİRİŞ

Çağdaş sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, geliştiren, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünün kazandırılması üzerine kuruludur.¹ Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansında ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinde, sağlığı geliştirmenin önemi üzerinde durulmuş, sigara içme, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız kilo alımı, fiziksel inaktivite, şiddet davranışları ve stres gibi sağlıksız davranışların azaltılması hedeflenmiştir.² DSÖ projeksiyonlarına göre, toplumdaki erken ölümlerin ana nedenleri içinde ön sıralarda yer alan kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet için risk faktörleri olan tütün, alkol ve tuz kullanımının azaltılması, obezitenin, kan şekeri ve kan basıncının düşürülmesi ile, 2010-2025 arasında erken ölümler içinde erkeklerde %22, kadınlarda %19 azalma olacağı öngörülmektedir.³ Bu nedenle, sağlığı destekleyen bir çevrenin oluşturulması, sağlık hizmetlerine yön verme ve buna göre sağlık politikası oluşturulması toplumun yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması bakımından önemlidir. Bireylerin, yaşam tarzını değerlendiren gereçlerden biri bireylerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini ölçen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğidir (SYBDÖ).^{4, 5} Literatüre bakıldığında, SYBDÖ puanının 107,8-137,5 olduğu görülmektedir.⁶⁻¹¹ SYBDÖ puanın, yaşa,¹²⁻¹⁵ eğitim durumuna,^{8, 12, 16} sosyal sınıfa,⁶ medeni duruma,^{8, 12-15} kronik hastalığı olma durumuna,⁸ göre değiştiği görülmektedir. Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık sorunu yaşama ve sağlık hizmet kullanımı arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlıksız yaşam biçimi davranışlarına sahip olma durumunun, bireyin sağlığı üzerindeki etkilerinden biri de sağlık sorunu yaşama riskinin artmasıdır. SYBDÖ puanı düşük kişilerde, fiziksel aktivite, sağlıksız diyet ve stres yönetiminin iyi olmaması gibi başta kronik hastalıklar olmak üzere, sağlık sorunlarının ortaya çıktığı, ancak egzersiz, diyet, duygusal destek gibi hastalık risk faktörlerinin önlenebileceği görülmektedir.^{17, 18}

Sağlık sorunu yaşamamanın önüne geçilmesinde, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesi, sağlık sorumluluğu alabilmesi önem taşımaktadır. Nitekim sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip kişilerde, yaşam kalitesinin, sağlık sorunu yaşam durumunun daha az olması beklenmektedir.¹⁶⁻¹⁹ Literatürde sağlık sorunu yaşama sıklığı, son 15 gün, son 1 ay, son 3 ay olmak üzere, sorulan sağlık sorunu yaşama durumu literatürde son 15 gün için %8,3-39,5 arasında değişmektedir.^{9, 11, 20-23} Literatürde, sağlık

sorunu yaşama sıklığı konusunda saptanan farklılıklarda önemli düzeyde, toplumun yaş yapısı,^{22, 24, 25} cinsiyet,^{25, 26} kronik hastalığı olma,^{20, 24} bilinen risk faktörlerindendir. Sağlığı korumada, geliştirmede, yaşam kalitesinin artırılmasında bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığı, bedeninin farkında olması, sağlık sorunu yaşaması, sağlık hizmet kullanımı gibi kendisi ve sağlık sistemiyle ilgili koşullar belirleyici olmaktadır.²⁷ Literatürde, özellikle öğrenciler, hemşireler, hekimler, öğretmenler gibi izlenmesi kolay grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar olmasına karşın,^{6, 12-15, 26} toplum tabanlı yürütülen çalışma sayısı oldukça azdır.^{11, 23}

Bu çalışmanın amacı, Balıkesir'de Karesi ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan kişilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, sağlık sorunu yaşama durumları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışma, Balıkesir ilinde kentsel bir bölgede yaşayan, on sekiz yaş ve üzeri kişilerle, Ağustos-Eylül 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Mahallesinde yaşayan 11008 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğünü ise, son 15 günde sağlık sorunu yaşama sıklığı %15, %5 tip I hata, %5 sapma, 2 desen etkisi göz önünde bulundurularak 394 kişi oluşturmaktadır. Örnek grubuna çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Muhtarlardan, basit rastgele seçim yöntemiyle belirlenen 10 küme başı hane istenmiş, her bir kümeden otuz dokuz kişiye bir yönerge doğrultusunda ikişer hane atlanarak kümedeki kişi sayısı tamamlanmıştır.

Anket, sağlık hizmet kullanımı soru formu ve 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modelini test etmek amacıyla geliştirilen, Esin ve ark. tarafından Türkçe geçerliliği güvenilirliği yapılan "SYBDÖ" kullanılmıştır.^{4, 5} Sağlık sorunu yaşama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, araştırmanın bağımlı değişkenleri olup, yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, gelir durumu, çalışma durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı bağımsız değişkenlerdir. Sağlık hizmet kullanımı formunda, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama, sağlık kurumuna başvurmaya yönelik sorular ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ise bireyin sağlıklı yaşam biçimine yönelik sağlığı geliştiren davranışları ölçen sorulardan oluşmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt boyutu olan ölçek, toplam 52 maddeden oluşan bir ölçektir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0

programında çözümlenmiştir. Çözümlemede, sayı ve yüzdelere, ki-kare testi, t testi, Tukey HSD'li tek yönlü varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın yürütülmesi için, Balıkesir Valiliğinden yazılı izin alınmıştır (05/04/2016 tarih ve 96450617/044-6419 sayılı). Çalışmaya katılan bireylere, araştırmanın amacı ve katılımın gönüllük esasına bağlı olduğu anlatıldıktan sonra, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri söylenmiştir. Gönüllülük ilkesine özen gösterilerek, katılımcıların sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun yaş ortalaması 38,3±14,6 olup, %34,5'ini erkekler, %62,4'ünü lise ve üzeri öğrenime sahip kişiler, %56,6'sını evli, %93,4'ünü ailesiyle birlikte yaşayan, %89,1'ini sağlık güvencesi olan, %85,8'ini geniş aile yapısına sahip kişiler, %56,9'unu maddi durumunu yetersiz olan, %59,6'sını herhangi bir kronik hastalığı olmayan, %33,3'ünü kronik hastalığı nedeniyle düzenli olarak hekim kontrolüne giden kişiler oluşturmaktadır (Tablo 1). Araştırma grubundaki kişilerin %23,1'i son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamış, bunların %61,5'i sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna başvuranların %53,5'i devlet hastanesine gittiğini, %39,3'ü sağlık sorunu yaşadıklarında genellikle devlet hastanesini tercih ettiğini, %18,0'ı son 1 yıl içinde yatarak tam tedavi aldığını, %22,1'i evde bakım hizmeti aldığını, %39,4'ü sağlıkla ilgili bilgileri internetten edindiğini %56,6'sı toplumun sağlık konusunda farkındalığa sahip olmadığını bildirmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunda, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama, yaş arttıkça artmaktadır. Okuryazar olmayanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda, parçalanmış aileye sahip kişilerde ve kronik hastalığı olan kişilerde sağlık sorunu yaşama durumu anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Cinsiyet, medeni durum, gelir durumuna göre son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama durumu benzerdir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Araştırma grubunda, ölçek alt puanları, kendini gerçekleştirme boyutunda 26,4±4,6, sağlık sorumluluğu alt boyutunda 22,5±4,4, fiziksel aktivite alt boyutunda 18,2±4,6, beslenme alt boyutunda 22,4±4,0, kişiler arası ilişkiler alt boyutunda 25,6±4,4, stres yönetimi alt boyutunda 21,4±4,2, ölçek toplam puanı 136,7±20,2'dir. Araştırma grubunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi olma durumu, maddi durum, son 15 gün içinde sağlık kurumuna başvurma, kronik hastalığı olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması benzerdir ($p>0,05$). Yalnız yaşayanlarda, düzenli

olarak hekime gidenlerde, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamayanlarda, sağlıkla ilgili bilgileri internetten takip edenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5'te sağlık sorunu yaşama durumu ve etkili faktörler, lojistik regresyon modeli ile değerlendirilmiştir. Sağlık sorunu yaşama durumu, eğitim durumu lise olanlarda, okuryazar olmayanlara kıyasla 0,2 kat (0,1-0,5) düşük, geniş aile tipindeki kişilerde çekirdek aile tipinde olanlara kıyasla 5,4 kat (1,4-6,3), parçalanmış aile tipinde olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre 15,37 kat (2,83-18,41) yüksek, kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara kıyasla 11,9 kat (6,3-12,6) yüksek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek olanlarda, düşük olanlara kıyasla 0,9 kat (0,9-0,9) sağlık sorunu yaşama düşük bulunmuştur. Yaş ve sağlık güvencesi ile sağlık sorunu yaşama arasında ilişki bulunmamıştır.

Tablo 5'e bakıldığında, modelin ($\chi^2=114,696$, $p=0,001$, Cox&Snell $R^2=0,25$, Nagelkerke $R^2=0,38$) anlamlı olduğu görülmektedir. Modelde yer alan yaş ve sağlık güvencesi dışında eğitim, aile tipi, kronik hastalık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı değişkenlerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu söylenebilir. Modelin genel olarak doğru sınıflandırma oranı %76,9'dur. Bu sonuçlara göre kurulan modelin geçerli ve kullanılabilir bir model olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışma, Balıkesir il merkezinde kentsel bir bölgede yürütülen, sağlık sorunu yaşama durumu ile SYBD ölçeğinin birlikte ele alındığı toplum tabanlı bir çalışmadır. Literatürde, daha çok öğrenciler, öğretmenler, sağlık çalışanları gibi gruplar üzerinde yürütülen çalışmalar olduğu için, ^{6, 8, 12, 14} bu durum karşılaştırmayı güçleştirmektedir. Araştırma grubunda SYBDÖ puanı orta düzeydedir (136,7±20,2). Literatür incelendiğinde, SYBDÖ puanının öğrenciler, sağlık çalışanları, öğretmenler, hastalar gibi özel gruplarda 107,8-137,5 arasında değiştiği, ^{6-8, 10} görülmektedir. Çalışmamızdaki SYBDÖ puanının, literatüre benzer olmakla birlikte birçoğundan yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasına bağlı olabilir. Nitekim literatürde sağlık çalışanlarında, düşük sosyoekonomik yapıya sahip gruplarda, ⁶ SYBDÖ puanının düşük, öğretim elemanları ve kronik hastalık tanısı alanlarda yüksek bulunmuştur.

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri			
Değişkenler		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	136	34,5
	Kadın	258	65,5
Yaş grubu X±SS: 38,3±14,6	18-27	113	28,7
	28-37	95	24,1
	38-47	80	20,3
	48 +	106	26,9
Eğitim durumu	Okuryazar değil	33	8,4
	İlköğretim	115	29,2
	Lise ve üzeri	246	62,4
Medeni durum	Evli	223	56,6
	Bekar	138	35,0
	Boşanmış	33	8,4
Evde yaşanan kişi	Ailesiyle	366	92,9
	Yalnız	28	7,1
Sağlık güvencesi	Var	351	89,1
	Yok	43	10,9
Aile tipi	Çekirdek	338	85,8
	Geniş	37	9,4
	Parçalanmış	19	4,8
Maddi durum	Yeterli	170	43,1
	Yetersiz	224	56,9
Kronik hastalık	Var	159	40,4
	Yok	235	59,6
Kronik hastalık izlemi için düzenli gidilen hekim	Var	53	33,3
	Yok	106	66,7
Toplam		394	100,0

X: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 2. Araştırma grubunun sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özellikleri			
Değişkenler		Sayı	%
Son 15 gün içinde sağlık sorunu	Evet	91	23,1
	Hayır	303	76,9
Bu sağlık sorunu olduğunda ne yaptınız?	Hiçbir şey yapmadım	22	24,2
	Kendi kendime tedavi etmeye çalıştım	9	9,9
	Sağlık kurumuna gittim	56	61,5
	Geleneksel sağlıkçılara gittim	4	4,4
Tercih edilen sağlık kurumu	Aile sağlığı merkezi	7	12,5
	Devlet hastanesi	30	53,5
	Üniversite hastanesi	13	23,2
	Özel hastane	21	10,7
Genellikle gidilen sağlık kurumu	Aile sağlığı merkezi	145	36,8
	Devlet hastanesi	155	39,3
	Üniversite hastanesi	22	5,6
	Özel hastane	72	18,3
Son 1 yılda yatarak tanı ve tedavi	Evet	71	18,0
	Hayır	323	82,0
Evde bakım hizmeti alma	Evet	87	22,1
	Hayır	307	77,9
Toplam		394	100,0

Araştırma grubunun beşte biri, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamıştır. Literatürdeki çalışmalara göre, son 15 günde sağlık sorunu yaşama %8,3-39,5 arasında değiştiği görülmektedir.^{9, 11, 21-24} Sağlık sorunu yaşama sıklığındaki bu farklılık,

sağlık algısı, araştırma yöntemi ve gelişmişlik düzeyine bağlı olabilir. Nitekim refah düzeyi daha yüksek olanlarda ve sağlık sigortası sistemi kapsamında olanlarda, diğer gruplara göre daha önemsiz sorunların sağlık sorunu olarak algılandığı

Tablo 3. Sosyodemografik özelliklere göre son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama durumu

Değişkenler (n=394)		Son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama						χ^2	p
		Var		Yok		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	18-27 yaş	10	8,8	93	91,2	113	100,0	12,110	0,020
	28-37 yaş	12	12,6	83	87,4	95	100,0		
	38-47 yaş	27	33,8	53	66,2	80	100,0		
	48 ve üzeri yaş	55	51,9	51	48,1	106	100,0		
Eğitim	Okuryazar değil	15	45,5	18	54,5	33	100,0	12,127	0,004
	İlköğretim	29	25,2	86	74,8	115	100,0		
	Lise ve üzeri	47	19,1	199	80,9	246	100,0		
Sağlık güvencesi	Yok	15	34,9	28	65,1	43	100,0	3,980	0,045
	Var	76	21,7	275	78,3	351	100,0		
Aile tipi	Çekirdek	3	8,1	34	91,9	37	100,0	14,827	0,001
	Geniş	75	22,4	260	77,6	335	100,0		
	Parçalanmış	10	52,6	9	47,4	19	100,0		
Kronik hastalık	Var	72	45,3	87	54,7	159	100,0	73,878	0,001
	Yok	19	8,1	216	91,9	235	100,0		

Tablo 4. Yaşanılan kişi ve sağlık hizmet kullanımı değişkenlerine göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları

Değişkenler (n=394)		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları		Test değeri	p
		Sayı	X±Ss		
Evde yaşanan kişi	Ailesiyle	366	133,7±18,6	t=2,447	0,032
	Yalnız	28	136,9±20,4		
Kronik hastalık izlemi için düzenli gidilen hekim	Var	53	142,0±16,9	t=2,147	0,045
	Yok	106	136,6±19,6		
Son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama	Evet	91	134,9±20,6	t=3,379	0,001
	Hayır	303	142,9±17,3		
Son 15 gün içinde sağlık kurumuna başvurma	Evet	56	143,3±16,8	t=1,926	0,057
	Hayır	35	142,4±18,2		
Sağlık bilgisi edinilen kaynak	İnternet	155	143,5±16,3	F=7,437	0,001
	Sağlık çalışanları	45	129,0±20,6		
	TV'den	103	136,7±20,8		
	Takip etmiyorum	91	133,0±20,8		

X: Ortalama, Ss: Standart sapma, t=Student's t testi, F=Tukey HSD'li Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 5. Lojistik regresyon modelinde sağlık sorunu yaşama durumunu etkileyen etmenler

Değişkenler		Beta	SH	p	OR	%95 Güven Aralığı
Yaş		-0,007	0,010	0,525	0,98	0,97-1,01
Sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı		-0,027	0,008	0,001	0,97	0,95-0,98
Eğitim	Okuryazar değil					1,0
	İlköğretim	-0,542	0,511	0,289	0,59	0,21-1,58
	Lise ve üzeri	-1,473	0,483	0,002	0,22	0,09-0,59
Sağlık güvencesi	Yok					1,0
	Var	0,413	0,412	0,316	1,52	0,67-3,39
Aile tipi	Çekirdek					1,0
	Geniş	1,695	0,672	0,012	5,44	1,46-6,30
	Parçalanmış	2,733	0,863	0,002	15,37	2,83-18,41
Kronik hastalık	Yok					1,0
	Var	2,481	0,325	0,001	11,95	6,32-12,62

OR: Odds Ratio, SH =Standart Hata Cox and Snell R²:0,25 Nagelkerke R²:0,38 χ^2 : 114,696 p=0,001

veya ifade edildiği görülmektedir.^{9, 11, 21, 27} Ulusal ve uluslararası çalışmalara bakıldığında, bizim saptadığımız oran ortalama bir orandır. Literatürdeki farklılık, araştırma gruplarının sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, çalışmaların yöntem farklılıklarından da kaynaklanmaktadır. Manisa’da 2009 yılında yürütülen toplum tabanlı çalışmada, sağlık sorunu yaşama sıklığı bizim çalışmamızın yarısıdır.²⁰ Bu durum, araştırma grubunun bizim çalışmamıza göre daha genç olmasına bağlı olabilir. İzmir’de yürütülen bir çalışmada, bizim çalışmamızdan yüksek biçimde kişilerin üçte biri, sağlık sorunu yaşamaktadır²⁴. Bursa’da yürütülen çalışmada, her üç kişiden biri son 15 gün içinde hastalanmıştır²². İzmir ve Bursa’da yürütülen çalışmalarda, sağlık sorunu yaşama oranın bizim çalışmamızdan yüksek olması, Balıkesir’in gelişmişlik durumunun diğer illerden düşük olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir²⁵. Gana’da yürütülen çalışmada, sağlık sorunu yaşama oranı, bizim çalışmamızdan düşük olması, Gana’daki çalışmada araştırma grubunun daha genç bir popülasyon üzerinde yürütülmesine bağlı olabilir²³. Çin’de yürütülen küçük ölçekli bir bölgedeki göçmenlerde yapılan çalışmada, sağlık sorunu yaşama durumu bizim çalışmamızın yarısıdır¹¹. Bu durum, sağlıklı göçmen etkisine, göçmenlerin sağlık algısının düşük olmasına ya da sağlık güvencesi olmamasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Myanmar’da yürütülen bir çalışmada da, sağlık sorunu yaşama sıklığı bizim çalışmamızın yarısıdır.²⁶ Bu fark, Myanmar’daki çalışmanın düşük sosyoekonomik özelliklere sahip bir grupta yürütülmesine bağlı olabilir. Çin’de yürütülen toplum tabanlı bir çalışmada ise, bizim çalışmamıza benzer biçimde her beş kişiden biri son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamıştır.²⁸

Araştırma grubunda, SYBDÖ puanını etkileyen değişkenlere bakıldığında, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi olma durumu, gelir durumu, kronik hastalığı olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması benzer olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, yaş kimi çalışmalarda anlamlı bir fark oluşturmazken,¹³ kimi çalışmalarda ise ileri yaş grubunda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksektir.^{6, 12, 14} Bu farklılık, araştırma gruplarının yaş yapısının farklılığından, yaş arttıkça kronik hastalıklara bağlı olarak da bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yöneliyor olmalarından kaynaklanabilir. Cinsiyet, bizim çalışmamızda anlamlı bir fark oluşturmuyup, benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda da cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır. ^{10, 14, 15} Bizim çalışmamızdan farklı olarak, sosyoekonomik bakımdan farklı olan iki bölgede yürütülen bir çalışmada, erkeklerde SYBDÖ puanı yüksek bulunmuştur.⁶ Bu durum, Konya’da yürütülen çalışmanın sosyoekonomik bakımdan daha heterojen olmasına ve daha çok

kadınlara ulaşılmasına bağlı olabilir. Nitekim çalışan erkeklere ulaşılammış, ileri yaş grubunda yaşam tarzına dikkat eden erkeklere ulaşmış olabilir. Araştırma grubunda, eğitim durumuna göre SYBDÖ puanı literatürle benzer biçimde anlamlı fark oluşturmazken ^{13, 15}, bazı çalışmalarda eğitim durumu iyileştikçe SYBDÖ puanının arttığı görülmektedir.^{8, 12, 16, 29} Bu çalışmaların, daha çok kadın popülasyon ağırlıklı olduğu düşünüldüğünde, eğitimleşme oranının bizim çalışmamıza göre daha düşük olması, kadınları alt sosyal sınıfta yer almasına neden olabilmektedir. Alt sosyal sınıftaki kadınların da yaşam tarzı olarak, üst sosyal sınıfa göre bağımlılıkları daha fazladır⁶. Araştırma grubunda medeni durum SYBDÖ puanının literatüre benzer biçimde medeni durumun etkisinin olmadığı bulunmuştur.^{8, 12-15} Çalışmamızda, Konya’da yürütülen bir çalışmaya benzer biçimde, yalnız başına yaşayanlarda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.⁶ Araştırmada, sağlık güvencesi olma durumuna göre İran’da yürütülen bir çalışmayla benzer biçimde, ölçek puanları arasında anlamlı fark yokken, bazı çalışmalarda da sağlık güvencesi olanlarda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.²⁶ Araştırma grubunda, gelir durumu SYBDÖ literatürle benzer olarak farklılık göstermezken,^{14, 15, 29} bizim çalışmamızdan farklı olarak, iki farklı bölgede kadınlarla yürütülen bir çalışmada, ⁶ tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada,¹⁰ ve gebelerle yürütülen bir çalışmada,¹⁶ gelir durumu algısı yüksek olanlarda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksektir. Çalışmamızda, düzenli gidilen bir hekimi olan kişilerde, SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum daha çok birinci basamak hekimlere giden kişilerin sürekli hizmet kapsamında, aynı hekimden hizmet almalarının olumlu bir etkisi olarak görülebilir. Nitekim sağlık çalışanlarının nüfusunu tanıması sağlık davranışı oluşturma da önemli faktörlerden biridir.

Araştırma grubunda, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama çok değişkenli regresyon modeline göre eğitim durumu yüksek kişilerde, çekirdek aile yapısına sahip kişilerde, SYBDÖ puanı yüksek kişilerde anlamlı olarak düşük, kronik hastalığı olanlarda yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ileri yaş grubunda hastalanma durumu literatürle benzer biçimde yüksek bulunmuştur.^{22, 24, 25} Bizim çalışmamızda, cinsiyete göre sağlık sorunu yaşama bakımından anlamlı fark yok iken, Manisa’da, Bursa’da ve Myanmar’da yürütülen çalışmalar da kadınlarda sağlık sorunu yaşama durumu daha yüksek bulunmuştur.^{20, 22, 26} Okuryazar olmayanlarda sağlık sorunu yaşama durumu, Bursa’da yürütülen çalışmaya benzer biçimde yüksektir.²² Çalışma sonuçlarımız ve literatür bulguları, sağlık sorunu yaşamada, kronik hastalığı olma, aile tipi, eğitim durumu ve SYBDÖ puanı belirleyici olduğunu göstermektedir. Nitekim

çok değişkenli regresyon analizine göre de kronik hastalığı olma, aile tipi, eğitim durumu ve SYBDÖ puanı sağlık sorunu yaşama durumunun %36'sını açıklamaktadır. Çalışmamızda, sağlık sorunu yaşama, parçalanmış ailesi olanlarda daha yüksektir. Burada yalnız yaşamanın psikososyal sorunlara gebe olması etkili olabilir. Kronik hastalık olanlarda, sağlık sorunu yaşama durumu literatürdeki çalışmalarda da yüksek bulunmuştur. Manisa'da, İzmir'de yürütülen çalışmalarda benzer olarak kronik hastalığı olan kişilerde, sağlık sorunu yaşam durumu yüksektir.^{20, 24, 25} Nitekim Lee ve ark. yürüttüğü sistematik derlemede de, benzer biçimde kronik hastalıklarda sağlık sorunu yaşama ve sağlık kurumuna başvurma durumu yüksek bulunmuştur.⁹ Çalışmamızda, cinsiyet, medeni durum, gelir durumuna göre son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama benzerdir. Myanmar'da, Çin'de yürütülen çalışmalarda da bu durum benzerdir.^{26, 28}

Bu çalışmada, kişilerin SYBDÖ puanı düşük kişilerin daha çok sağlık sorunu yaşadığı bulunmuştur. Literatürle kıyaslandığında, SYBDÖ ve sağlık sorunu yaşamanın değerlendirilmesinden ziyade sigara içme, alkol kullanma, fiziksel aktivite yapma gibi davranışların sorgulandığı çalışmalar vardır. Bu çalışmalara göre olumsuz sağlık davranışına sahip gruplarda sağlık sorunu yaşama durumu yüksek bulunmuştur.²⁰ Bireyin kendi sağlığından sorumlu olması, sağlıklı yaşam tarzı benimsemesi sağlık sorunu yaşama sıklığını da azaltmaktadır.^{5, 16, 18} Nitekim Phiri ve ark. hemşirelerle yürüttüğü çalışmada da, çalışmamızla benzer biçimde sağlıksız davranışlara sahip kişilerin sağlık sorunu yaşama risklerinin yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁸

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma gurubunun SYBDÖ puanı orta düzeydedir. Yalnız yaşayanlarda, düzenli olarak hekime gidenlerde, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamayanlarda, sağlıkla ilgili bilgileri internetten takip edenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı anlamlı olarak yüksektir.

Katılımcıların dörtte biri son on beş gün içinde sağlık sorunu yaşamıştır. Sağlık sorunu yaşama durumu, eğitim durumu düşük kişilerde, parçalanmış aile yapısında olan kişilerde ve SYBDÖ puanı düşük kişilerde yüksek bulunmuştur. Sağlık sorunu yaşama durumu üzerinde etkili olan öz sorumluluğun artırılması, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması bireyin, toplumun korumaya geliştirmeye önemli katkı sağlayabilir. Katılımcıların sürekli aynı hekim tarafından izlenmesi SYBDÖ puanını artırdığından aynı hekimden hizmet alınmasının sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının ve sürekliliğinin artırılması önemlidir. Kişilerin

SYBDÖ puanı orta düzeyde olup, bu anlamda kişilere yönelik eğitimler verilmesi, bilgiye doğru kaynaktan ulaşılması sağlanabilir. Bireyin, ailenin toplumun sağlığını geliştirmede yaşam tarzının yanında çevresel düzenlemeler yapılması ve mevzuatın düzenlenmesi toplumun farkındalığını artırabilir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Literatüre bakıldığında, sağlık sorunu yaşama durumu ve hizmet kullanımına yönelik farklı popülasyonlarda çalışmalar yürütülse de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yürütüldüğü çalışmalar, genellikle öğrenciler, öğretmenler, sağlık çalışanları gibi incelemesi kolay olan gruplar üzerinde yapılmıştır. Bu nedenlerle, çalışmamızın toplum tabanlı olması güçlü yanı olmakla birlikte, literatürle kıyaslanması sınırlı olmuştur. Ayrıca çalışmamız kesitsel tipte olduğu için, neden ve sonuçlar aynı anda görüldüğünden nedensellik bağıntısı kurmak güç olmuştur. Çalışmanın mesai saatleri içinde yürütülmesi nedeniyle, hanelerde daha çok kadınlara ulaşılması araştırmamızın bir başka kısıtlılığıdır.

Bu çalışma 11-12 Kasım 2016 tarihinde İzmir'de düzenlenen 5. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresinde sözlü sunum olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Davies SC, Winpenny E, Ball S, Fowler T, Rubin J, Nolte E. For debate: a new wave in public health improvement. The Lancet. 2014;384(9957):1889-95.
2. Flynn MA. Empowering people to be healthier: public health nutrition through the Ottawa Charter. Proceedings of the Nutrition Society. 2015;74(3):303-12.
3. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25× 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. The Lancet. 2014;384(9941):427-37.
4. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni. 1999;12(45):87-95.
5. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing research. 1987;36(2):76-81.
6. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO Dergisi. 2009;2(4):145-54.
7. Benemei S, De Cesaris F, Fusi C, Rossi E, Lupi C, Geppetti P. TRPA1 and other TRP channels in migraine. The journal of headache and pain. 2013;14(1):71.

8. Sonmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4):1241-5.
9. Lee JT, Hamid F, Pati S, Atun R, Millett C. Impact of noncommunicable disease multimorbidity on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures in middle-income countries: cross sectional analysis. *PLoS One*. 2015;10(7):e0127199.
10. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;26(3):151-7.
11. Zou G, Zeng Z, Chen W, Ling L. Self-reported illnesses and service utilisation among migrants working in small-to medium sized enterprises in Guangdong, China. *Public health*. 2015;129(7):970-8.
12. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(Suppl1):S191.
13. Özçelik H, Sönmez Y. Isparta il merkezinde görev yapan toplum lideri bazı meslek gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;22(4):115-25.
14. Ozvurmaz S, Mandiracioglu A. Healthy lifestyle behavior of employees in small and medium-sized enterprises in Aydin, Turkey. *Pakistan journal of medical sciences*. 2017;33(2):404.
15. Ulutasdemir N, Kilic M, Zeki Ö, Begendi F. Effects of occupational health and safety on healthy lifestyle behaviors of workers employed in a private company in Turkey. *Annals of global health*. 2015;81(4):503-11.
16. Onat G, Aba YA. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turkish Journal of Public Health*. 2014;12(2):69.
17. Motaghi M, Dolatabadi ED. Lifestyle of elderly people of Isfahan's villages in Iran in 2014. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)* ISSN 2356-5926. 2016:790-803.
18. Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*. 2014;13(1):38.
19. Semnani S, Noorafkan Z, Aryaie M, Sedaghat SM, Moghaddami A, Kazemnejhad V, et al. Determinants of healthcare utilisation and predictors of outcome in colorectal cancer patients from Northern Iran. *European journal of cancer care*. 2015.
20. Çevik C. Manisa kent merkezinde yaşayan kişilerde ayakta tanı ve tedavi hizmeti kullanımı ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2010.
21. Riaz A, Greer J, Murray L. Overview Report Office for National Statistics,. 2006:2-5.
22. Seçkin R. Nilüfer HSEAB'nde yaşayanların ayaktan tanı-tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımları ve etkileyen etmenler [Uzmanlık Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2009.
23. Frank A, Benedict AO, Adusei-Nkrumah J. Analysis Of Gender And Healthcare Services Utilization In Rural Ghana. *Research journal's Journal of Public Health*. 2016;2(2).
24. Aksakoğlu G, Uçku R, Okuyan Z, Ergör G, Günay T, Ergör A, et al. İzmir ili "Metropolitan" alanda toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kullanımı. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2009;24:226-33.
25. Nesanır N, Dinç Horasan G, Cambaz S, Baysan P, Şerifhan M, Deveci S, et al. Sosyal Sınıfın ve Sağlık Güvencesinin Manisa'daki Sağlık Hizmet Kullanımı Üzerine Etkisi: Bir Eşitsizlik Araştırması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30(4):1263-71.
26. SoeAung M, MyintOo W, ThiLwin K, Maung TM. Health Services Utilization and Self-Reported Acute Illnesses among Urban Families Inthanlyin Township, Yangon Region, Myanmar. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*. 2016;6(1):36-42.
27. Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MTR, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets—the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015;jech-2014-205096.
28. Ministry of Health China CfHSAI. Reports on the 2008 national health services survey results. 2009:131-40.
29. Özpulat F, Sivri BB. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 55 yaş ve üstü kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *STED*. 2013;22(3):80-9.