



SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ DAVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ AMACIYLA ÇOK BOYUTLU SAĞLIK ANKETİ (ÇSA)'nin BAUSEL ÖLÇEĞİ İLE BİRLİKTE UYGULANMASI

USING OF MULTIDIMENSIONAL HEALTH QUESTIONNAIRE WITH BAUSELL' S MEASUREMENT FOR EVALUATING THE HEALTH PROMOTING BEHAVIOUR

Özlen TURGUL¹ Fethi DOĞAN² Aliye MANDIRACIOĞLU² Emel LÜLECI³

¹Narlidere Sağlık Grup Başkanlığı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

³Manisa il Sağlık Müdürlüğü

Anahtar SözcüklerSağlığın Geliştirilmesi, Davranış, Çok Boyutlu Sağlık Anketi

Key Words: Health Promotion, Behaviour, Multidimensional Health Questionnaire

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, kırsal kesimde yaşayan halkın sağlık geliştirici tutum ve davranışları ile buna eşlik eden psikolojik parametrelerin Çok boyutlu Sağlık Anketi ile araştırılmasıdır. Sistematik tabakalı örnekleme ile seçilen 18-85 yaş arasındaki 937 kişiden toplanan 796 anket değerlendirilmiştir. Çalışma grubunun 402'si kadın, 394'ü erkektir. Kadınların; erkeklere göre sağlık geliştirici davranışlar açısından daha olumlu tutum ve davranışlar gösterdikleri saptanmıştır. Erkekler sağlık konusunda sorumluluk alt bileşeninden daha yüksek puan alırken, sağlık bilinci ve sağlıklılık için motivasyon alt başlıklardan ise kadınlardan daha az puan aldıkları gözlenmiştir. Yaşlılarda sağlık endişesi ve sağlık nedeni depresyonun gençlerden daha fazla olduğu gözlenmiştir. Sağlık geliştirici davranışları gösterme eğitim durumuyla paralel olarak artmaktadır. Fakat sağlık nedeni depresyon ve sağlık kontrolünde şans alt bileşenlerinden yaşlılar daha az puan almışlardır. Bu çalışma toplumun demografik özelliklerine göre sağlık ihtiyaçlarının, inançlarının ve sağlık geliştirici davranış eğilimlerinin değişmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda bu farklılıklar gözönünde bulundurulmalıdır.

SUMMARY

This study aim was to determine the rural people's health behaviors and associated psychological parameters with using Multidimensional Health Questionnaire, which was a self-reported instrument. Data were collected with using a systematically stratification sample technique. The 796 of collected 937 questionnaires were evaluated. They were aged between 18 and 85, 402 of them were female. The results revealed that; women tended more positively health-promoting behaviors than males. Behind this finding males tended to score higher than females on the "illness self-blame" but having less scores than females on "health consciousness" and "motivation for healthiness". Older ages expressed higher "health anxiety" and "health depression" than young people. There was found that positive associations between health promoting behavior and educational level. But there were negative correlation between "health depression," "chance/luck health control" and educational levels. Inadequate health behaviors and psychological dispositions are going with occupational dispositions. This study shows that health needs, beliefs, and health promoting behaviors varied by the demographic factors of population. This must be taken into consideration for health care delivering.

Yazışma adresi: Özlen Turgul, Narlıdere sağlık gurup başkanlığı,
İzmir

Makalenin geliş tarihi: 27. 02. 2002 ; kabul tarihi: 27. 06. 2002

GİRİŞ

Sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam tarzının kazanılmasını amaçlayan, sosyal ve tıbbi müdahaleler içinde yer alan bir disiplindir. Sağlığın geliştirilmesi, kişileri kendi sağlıklarını geliştirme konusunda yetkin kılacak ve bu konuda kontrollerini artıracak bir süreçtir (1).

Epidemiyolojik çalışmalarda, hastalıklar için psikolojik ve sosyal faktörlerin önemli risk oluşturduğu ortaya konulmaktadır. Bu nedenle hastalıklardan korunmada, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin neler olabileceğinin incelenmesi giderek artan önem kazanmaktadır (2). Bu faktörler toplumda sağlık düzeylerinde farklılıkları kendiliğinden ortaya çıkarmaktadır. DSÖ'nün 2000 yılı hedeflerinden biri de dezavantajlı durumdaki devletlerin sağlık düzeylerini yükselterek ülkeler arasında ve ülke içindeki gruplar arasında mevcut sağlık düzeyi farklılıklarının 2000 yılına kadar en az %25 azaltılmasıdır (3).

Çalışmanın amacı kırsal bir bölgedeki mevcut sağlık tutum ve davranışı ile buna eşlik eden psikolojik parametreleri değerlendirmektir.

GEREÇ YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, İzmir'in güneyinde metropole en yakın kırsal alan olan Menderes'te gerçekleştirilmiştir. Çalışma evrenini oluşturan Menderes ilçe Merkezinde 18 ile 85 yaş arası 1999 yılı nüfus verilerine göre toplam 15948 kişi mevcuttur (4). Örneklem sayısı 637 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem katılacak kişilerin seçiminde sistematik tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Toplam 1050 adet kişi seçilmiş ve anket dağıtılmıştır. Anketlerin öz bildiri yöntemiyle yanıtlanması istenmiştir. Geri gelen "937 anketten 796'sı değerlendirmeye alınabilecek özelliklere sahip bulunmuştur. Bağımsız değişkenler olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve meslek ele alınmıştır. Bu ölçek temel olarak kişilerin sağlıkla ilgili psikolojik özelliklerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Çok Boyutlu Sağlık Anketi (ÇSA) Multidimensional Health Questionnaire (MHQ) nun Türkçe versiyonu olarak çeviri aşaması gerçekleştirilmiş, ön denemesi ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Bu anket toplam 100 maddeden oluşmakta ve 5 değerli likert skalası ile değerlendirilmektedir. Alt bileşenlerin skorları orijinal çalışmada olduğu gibi her alt bileşende yer alan maddelere verilen yanıtlara denk düşen puanların aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmaktadır (5-7). ÇSA'nın iç tutarlılığı (Cronbach alpha=0.94) oldukça yüksek bulunmuştur. ÇSA'nın geçerliliği için faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizine uygunluğunu kontrol için öncelikle Kaiser-Meyer Olkin ve Bartlett küresellik testi bakılmıştır. Daha sonra temel bileşenler analizi ve eşmaksimum rotasyonu uygulanarak varyansın % 58'ini açıklayan toplam 18 faktör

elde edilmiştir. Bu faktörler şu şekilde açıklanmaktadır: Sağlık endişesi; kişinin sağlığı ile ilgili endişeli duygularını gösteren maddelerden oluşur. Sağlık yeterliliği, kişilerin kendi fiziksel sağlıklarını korumak için kendilerini ne denli yeterli hissettiklerini göstermektedir. Sağlık bilinci; kişilerin sağlığı ile ilgili hassasiyetini gösterir. Sağlıksızlığı önleme motivasyonu; kişilerin ne derece motivasyona hazır olduklarını göstermektedir. Sağlık kontrolünde şans ve kader; kendi kontrolleri dışında sağlıkları ile gelişmelerde ne derece kaderci olduklarını gösterir. Sağlığını hissetme, kişinin sağlıkla ilgili yaklaşımlar konusunda dikkatli olma eğilimini gösterir. Sağlık beklentisi olarak iyimserlik; kişilerin sağlıklarına ne derece olumlu yaklaştıklarını göstermektedir. Sağlık ve hastalıktan sorumluluk duyma; kişinin hastalık durumunda ne derece suçluluk duyduğunu değerlendirmektedir. Sağlığın görünümünün izlenmesi; kişinin sağlığı üzerine diğer kişilerin reaksiyonlarına karşı duyarlılığını belirtir. Sağlığa duyulan saygı; Kişinin sağlığı ile ilgili ne derece ilgilendiğini gösterir. Sağlıklı için motivasyon; kişinin sağlığını izlemede ne derece motivasyonun olduğunu belirtir. Sağlık tatmini; sağlıkla ilgili durumundan ne ölçüde memnun olduğunu gösterir. Sağlık kontrolünde diğer güçlü kişiler; kendi sağlığı ile ilgili çevresinden ne ölçüde etkilendiğini ifade eder. Sağlık nedenli depresyon; kişinin sağlığı ile ilgili durumları ne derecede olumsuz değerlendirdiği ve üzüntü duyduğunu belirtir. Sağlığını kendi planlama; kendi sağlığı konusunda düzenleme yapma eğilimini ifade etmektedir. Sağlık tatmini; sağlık gereksinimlerinin karşılanmasından ne ölçüde tatmin olduğunu gösterir. Sağlık durumu; kendi sağlık durumunu değerlendirmesidir. İçsel sağlık kontrolü; Sağlık konusunda kendi inançlarının farkında olmasını ifade eder (8).

Sağlık geliştirici davranışların değerlendirilmesi için her yaş grubuna uygulanabilir bir şekilde geliştirilmiş olan "Bausell" in sağlık geliştirici davranışlar ölçeği" kullanılmıştır (9). Bu ölçek 20 sorudan oluşmakta ve evet-hayır yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Bu ölçekten alınan puanlar (en az 2 ve en çok 20) başarısız, zayıf, orta, iyi, çok iyi şeklinde sınıflanmıştır. Ölçekte ele alınan davranışların özellikleri, bireysel tercihlerle değiştirilebilir olmaları ve mortalite, morbidite ile ilgili olmalıdır.

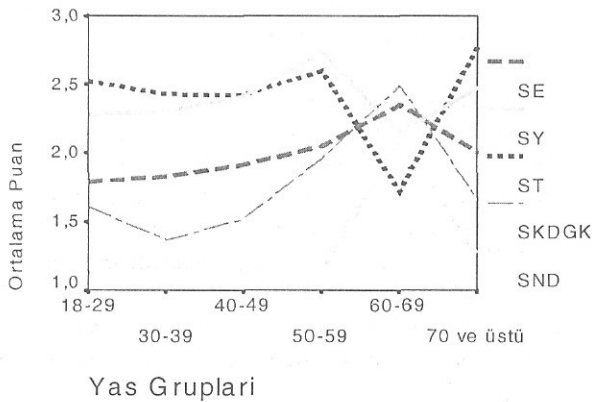
Araştırma Nisan-Temmuz 2000 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın değişkenleri SPSS for Windows 8.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için çoklu varyans analizleri (tek yönlü ANOVA) ve t-testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubunun % 49.5'i erkek, %50.5 'i kadındır. Sosyodemografik özelliklerine göre Bausel ölçeğinden alınan puanlar TabloL'de görülmektedir. Bu araştırmaya göre sağlık geliştirici davranışları gösterme açısından

kadınlar daha başarılı bulunmuşlardır. Yaş grupları karşılaştırıldığında kırklı ve ellili yaşların yirmili yaş grubuna göre sağlık geliştirici davranışları daha fazla gösterdikleri gözlenmektedir. Eğitim durumuna göre yüksek okul ve üstü eğitim grubu en başarılı bulunmuştur. Meslekler karşılaştırıldığında sırayla emekli, serbest meslek, memur, ev hanımı, gruplarının başarılı oldukları görülmüştür. ÇSA'nın alt bileşenlerinden alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında; sağlık bilincinin ($t=-2.22, p=0.02$) ve sağlamlık için motivasyonun ($t=-2.47, p=0.01$) kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu ancak erkeklerin daha fazla sorumluluk taşıdıkları, sağlık ihtiyaçlarını daha kolay karşılayabildikleri saptanmıştır ($t=2.02, p=0.04$). Yaşa göre ÇSA değerlendirildiğinde yirmili yaşlarda sağlık endişesinin altmışlı yaşlardan daha az olduğu ($F=2.39, p=0.03$) ve sağlık beklentilerinde iyimserliğin hakim olduğu ($F=4.45, p=0.00$) görülmektedir. Otuzlu ve kırklı yaşlarda sağlığın dışarıdan görünümüyle ilgilenmenin azaldığı ($F=2.34, p=0.04$), sağlık kontrolünde kişisel güvenin kazanıldığı (F=7.30 $p=0.00$). (Şekil 1). Ellili ve altmışlı yaşlarda sağlık kontrolünde diğer güçlü kişilere olan güvenin giderek arttığı ($F=7.30, p=0.00$) sağlık nedenli depresyonun ve endişenin gelişmeye başladığı ($F=3.37, p=0.00$), sağlığın dış görünümüyle ilgilenmenin arttığı ($F=2.34, p=0.04$) görülmektedir. Buna karşın sağlık ihtiyaçlarının tatmini diğer yaşlara göre iyi durumdadır ($F=2.94, p=0.01$). Eğitim durumuna göre sağlık endişesinin bununla ters orantılı; sağlık yeterliliği, sağlıksızlığın önlenmesi için motivasyon ve sağlıktan hastalaktan korunma eğiliminin eğitimle doğru orantılı olarak değiştiği görülmektedir. Sağlık kontrolünde şans ve kadere inanma eğilimi ilkökul ve altı eğitim düzeyi için belirleyicidir. Sağlık nedenli depresyon eğitim düzeyi düştükçe artmaktadır. ($F=6.77, p=0.00$) (Şekil 2).

Bausel ölçeği ile ÇSA'nın alt bileşenleri karşılaştırıldığında sağlık geliştirici davranışları fazla gösteren kişilerde sağlık kontrolünde şans ve kadere inanma eğilimi ($F=4.22, p=0.02$) ile sağlık nedenli depresyonun ($F=11.16, p=0.00$) az görüldüğü tespit edilmiştir. Tablo 2. de yapılan varyans analizine göre elde edilen sonuçlar görülmektedir.



Şekil 1. Yaş Gruplarının ÇSA'nın Bazı Altbileşenlerine Göre Çizgi Grafiği

Tablo 1. Demografik Özelliklere Göre Sağlık Geliştirici Davranış (Bausel Ölçeği) Puan Ortalamaları

	n	Ortalama puan	St. Sapma
Cinsiyet			
erkek	394	11,78	3,36
kadın	402	13,23	3,16
		$t=-6.262$	$p=0.000$
Yaşlar			
18-29*	366	11,99	3,43
30-39	213	12,41	3,36
40-49*	134	13,36	2,93
50-59*	52	13,88	3,05
60-69	23	13,61	2,75
70 ve üstü	8	12,25	2,60
		$F=5.937,$	$p=0.00$
Meslek			
İşsiz	18	9,38	3,97
İşçi	125	11,00	3,51
Esnaf-Tic.	72	11,50	3,35
Memur	188	13,38	3,01
Öğrenci	124	12,08	3,23
Serbest meslek	69	13,84	3,06
Ev Hanımı	163	12,89	2,98
Emekli	37	13,86	2,86
		$F=12.956$	$p=0.000$
Eğitim			
ilk ve altı	272	11,86	3,41
orta-lise	334	12,30	3,32
YO ve üstü*	190	13,79	2,89
Toplam	796	12,50	3,34

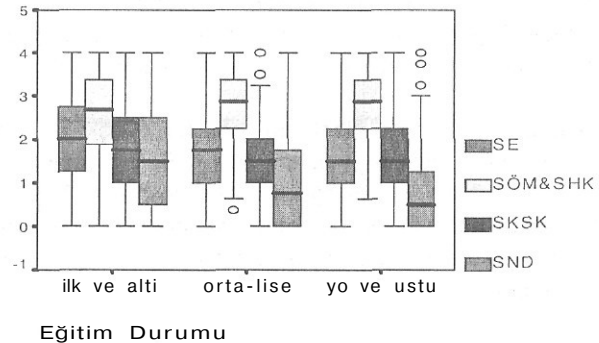
* Post hoc Bonferroni tekniği uygulanmıştır.

Şekil 1, Şekil 2. de yer alan kısaltmalar ÇSA'nın alt bileşenleridir.

ŞE: Sağlık Endişesi, SY: Sağlık Yeterliliği, SBOI: Sağlık Beklentisi Olarak iyimserlik,

ST: Sağlık Tatmini, SKDGK: Sağlık Kontrolünde Diğer Güçlü Kişiler, SND: Sağlık Nedenli Depresyon

SY: Sağlık Yeterliliği, SÖM&SHK: Sağlıksızlığı Önleme Motivasyonu ve Sağlıktan Hastalaktan Korunma, ST: Sağlık Tatmini, SND: Sağlık Nedenli Depresyon, İSK: İçsel Sağlık Kontrolü



Şekil 2. Eğitim Durumunun ÇSA'nın Bazı Alt bileşenlerine Göre Boksör Torbası Grafiği

Tablo 2. ÇSA'nin Alt bileşenlerinin Sağlık Geliştirici Davranış (Bausel Ölçeği) Başarı Durumuna Göre Dağılımları

ÇSA ölçek Altbileşeni	Başarısız (n: 14) Ortalama puan	Zayıf (n: 133) Ortalama puan	Orta (n: 409) Ortalama puan	İyi (n: 200) Ortalama puan	Çok İyi (n :40) Ortalama puan	F	P
SE	2.20±0.9	2.01±0.8	1.81±0.9	1.78*0.9	1.93±0.9	1.96	.09
SY*	2.14±1.0	2.15±0.9	2.24±0.9	2.54±0.9	2.83±0.8	7.21	.00
SB*	2.68±1.2	2.57±0.9	2.73±0.9	2.94±0.8	3.19*0.8	5.21	.00
SÖM&SHK*	2.49±0.8	2.31 ±0.8	2.64±0.8	2.96±0.7	3.27*0.5	16.67	.00
SKŞK*	2.00±0.8	1.78±0.8	1.68±0.8	1.53*0.8	1.30±0.7	4.22	.00
SDS&Si*	2.26±0.8	1.95±0.8	2.21*0.8	2.56±0.8	2.96±0.6	18.05	.00
SH*	2.29*1.2	2.21±1.0	2.51*1.0	2.81*0.9	3.14*0.8	11.71	.00
SBOİ*	1.93±0.6	1.86±0.7	1.98*0.7	2.06±0.6	2.25±0.7	3.07	.01
SHS	2.20±0.6	2.31 ±1.0	2.29±0.9	2.28*1.0	2.36*0.9	0.09	.98
SİM*	2.64±1.0	2.37±1.0	2.72±0.9	3.08±0.8	3.48*0.6	17.40	.00
SHY*	2.34±0.9	2.35±0.9	2.44±0.9	2.70±0.8	2.89*0.6	5.93	.00
ST*	2.31*1.0	2.19±1.0	2.39*1.0	2.70±0.9	2.99±0.7	7.95	.00
SKDGK	1.54±1.2	1.64*0.9	1.55*1.0	1.57*1.0	1.56±1.0	0.22	.92
SKP*	2.36±1.0	2.19*1.0	2.51±1.0	2.91*0.9	3.33*0.7	17.39	.00
SD*	1.66±0.5	1.79*0.7	1.99*0.7	2.20±0.7	2.55±0.6	12.62	.00
SND*	1.86±1.3	1.61 ±1.1	1.17*1.1	0.90*1.0	0.71*1.2	11.16	.00
İSK*	2.74*1.2	2.45±0.9	2.58±1.0	2.78±0.9	3.02*0.8	4.17	.00
SĞİ	1.54±1.1	1.45*1.0	1.46*1.0	1.52*1.1	1.66*1.1	0.43	.78

* istatistiksel olarak anlamlı ilişki

TARTIŞMA

Sağlığın geliştirilmesi, kişilerin iyilik hali düzeyinin artırılması için kişisel seçimlerle ilgili olarak strateji geliştirilmesidir. Kişilerin kendi sağlıklarını algılayışları ve sağlıkları için uygulamaları kendi sosyal ve kültürel özelliklerinden etkilenir. Koruyucu hizmetlerin planlanmasında toplumdaki kişilerin özelliklerinin belirlenmesi bu açıdan önem taşımaktadır (10).

Bu çalışmada Bausel ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda kadınlar daha yüksek puan almışlardır. Kadınlarla erkeklerin sağlık geliştirici davranışlar açısından anlamlı ölçüde farklı bulunmaları daha önceki çalışmaları destekler niteliktedir (11). Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebelerin kadınlarla informal iletişimlerinin fazla olması kadınların sağlık hizmetini almalarını kolaylaştırılmaktadır. Diğer taraftan da ebelerin temel görevlerinden birinin sağlığın geliştirilmesi olduğu vurgulanmaktadır (12).

Eğitim düzeyi yüksek olanlarda, anlamlı olarak Bausel ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Sağlığı geliştirici davranış kazanılmasında eğitim düzeyinin önemli bir faktör olduğu, eğitilmiş kişilerin motivasyonlarının ve sağlıklarına duydukları sorumluluklarının da iyi olduğu belirtilmektedir (13).

Bausel ölçek puanı anlamlı olarak yüksek olan ev hanımlarının medya ve sağlık personeli ile daha fazla etkileşim

içinde olması ile açıklanabilmektedir (14). Ev hanımlarının kendi içlerindeki sıkı iletişim nedeniyle edindikleri bilgiyi kolayca yaygınlaştırdıkları saptanmıştır (15). Emeklilerin sağlık ihtiyaçları nedeniyle tatminkar olmaları ve sağlık konusunda diğer güçlü kişilere güvenmeleri sosyal güvenlik kurumlarının etkisinden dolayı olduğu bildirilmektedir (16).

Sağlık geliştirici davranışların genç yaşlarda daha az gösterilmesi ve bu yaşlarda riskli davranışların daha fazla görülmesi sağlık endişesinin azlığına ve yaygın iyimserlik beklentilerine bağlıdır (17,18). İşsizlerde sağlık geliştirici davranışların az görülmesi Maslow' un ihtiyaçların hiyerarşisi modelini desteklemektedir. Ailesinin ve kendisinin temel ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çeken kişinin sağlığının geliştirilmesiyle ilgili bir etkinliğe girebilmesi mümkün görünmemektedir (19-21).

ÇSA alt bileşenlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi sonucuna göre; erkeklerin daha fazla sorumluluk taşıdıkları, sağlık ihtiyaçlarını daha kolay karşılayabildikleri saptanmıştır. Yaşa göre ÇSA değerlendirildiğinde yirmili yaşlarda sağlık endişesinin altmışlı yaşlardan daha az olduğu ve sağlık beklentilerinde iyimserliğin hakim olduğu belirlenmiştir. Yaş ve cinsiyet gibi özelliklerin, kişilerin sağlıkla ilişkili davranışlarına etkili olduğunu, Snell de Amerikan toplumunda yaptığı çalışmada saptamıştır. (6)

Bausellin sağlık geliştirici davranışlar ölçeğinden yüksek puanlar almış kişiler, ÇSA'nın sağlık nedenli depresyon ve sağlık kontrolünde kader alt bileşenleri dışında yüksek skorlar elde etmiştir. Bu iki alt bileşen sağlık algılayışında olumsuz durumlardır. Bu sonuç, sağlığı geliştirici davranışları gösteren kişilerde olumsuz psikolojik durumların daha az görüldüğünü açıklamaktadır. Kişinin psikolojik tabiatının sağlığı geliştirici davranışlara etkisi olduğu daha önce de bildirilmiştir (6,7).

Bu çalışma ile ÇSA' nın bundan sonraki çalışmalarda da uygulanabilirliği ve ÇSA ile ölçülen kişisel sağlık eğiliminin, hastalıklardan korunmada önemli olan sağlığı geliştirici davranışlara etkisi olduğu gösterilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi etkinliklerinde anahtar rol oynayan sağlık per-

sonelinin (hekim,hemşire,ebe,sağlık memuru gibi) topluyla informal ilişkiler kurma konusunda sosyolog ve psikologlar tarafından bilgilendirilmeleri gerekir Tıp ve hemşirelik eğitim müfredatı bu konu göz önünde bulundurularak yeniden değerlendirilmelidir (22, 23).

Sivil toplum örgütlerinin ve kronik hastalıklarla ilgili derneklerin eğitim faaliyetlerini sadece kentsel alanlarda değil kırsal alanlarda da sürdürmeleri sağlanmalıdır. Toplumda ekonomik açıdan riskli gruplara sağlık hizmeti sunumu konusunda ağırlık verilmelidir. Bu grubun sağlığın geliştirilmesine yönelik davranışlarının az olması ve sağlık nedenli depresyonlarının fazlalığı gözönünde bulundurularak sağlık ve sosyal açılardan güvence altına alınmaları için gerekli yasal ve sosyal düzenlemeler yapılmalıdır

KAYNAKLAR

1. Egger G, Spark R, Lawson J. Health Promotion Strategies &Methods. Sydney Second Edition 1992:121-243
2. Harris DM, GutenS. Health Protective Behavior an Exploratory Study. J Health Soc Behav 1979;20(1):17-29
3. World Health Organization . Targets for Health for Ali: Targets in support of the European Regional Strategy for Health for AH. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
4. Turgul Ö. Menderes Sağlık Grup Başkanlığı Yıllık Çalışma Raporu. Menderes. 2000
5. Snell WE JR, Johnson G, Lloyd PJ, Hoover MW. The development and validation of the Health Orientation Scale. Eur J Pers 1991;5:169-183.
6. Snell WE JR, Johnson G. Multidimensional Health Questionnaire. Am J Health Behav 1997; 21(1):33-42.
7. Snell WE, Schicke M, Arbeiter T. The Multidimensional Relationship Questionnaire. Eur J Pers. 1996;34(4):231-238
8. Turgul Ö. Çok Boyutlu Sağlık Anketi'nin Türkiye'ye Uyarlanması ve Bu Ankete Dayalı Çalışmanın Menderes İlçesinde Uygulanması. İzmir: 2000 Yayınlanmamış Doktora Tezi.
9. Bausell RB. Health-seeking Behavior Among The Elderly. Gerontol. 1986;26:556-559.
10. Withrow CN. Health protecting and health promoting behaviors of African Americans livings in Applachia. Public Health Nursing 2000; 17(5): 392-97.
11. Spector RE. Cultural Concepts of Womens Health and Health Promoting Behaviours. J Obstet Gynecol Neonatal Nur 1995; 24 (3):241-245.
12. Üşür SS. Siyasal Yaşam ve Kadınlara Destek Politikaları. Ankara. 1997.
13. Desandre CA. Midwives as primary çare providers. J of midwifery, women's health. 2000;45(1): 81-83.
14. Mechanic D. Issues in promoting health. Social Science & Medicine 1999;48: 711-718.
- Whitehead D. Using mass media within health-promoting practice: a nursing perspective. Journal of Advanced Nursing, 2000; 32 (4), 807-816.
16. Üşür SS. Siyasal yaşam ve kadınlara destek politikaları. Ankara, 1997.
17. Branch LG, Jette AM. Personal health practices among elderly. Am J. Public Health 1984; 74:1126-1129.
18. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion. The C.V. Mosby Company, 1990
19. Resnick B Health promotion practices of the olderadults, public health nursing. 2000; 17(3):160-8.
20. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik. Sorun Yayınları. Ankara.1998.
21. Stronsk K, Mheen H. The interrelationship Between income, Healthy and Employment Status. Int J Epidemiol. 1997; 26(3):592-600.
22. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Int J Health Ser. 1992;22(3):429-445.
23. Jones K V, Hsu-Hage BH. Health promotion projects: skill and attitude learning for medical students, Medical Education 1999; 33:585-591.
24. Benson A, Latter S. Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. J. of Advanced Nursing 1988;27:100-107.