T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

X, Y, Z KUŞAKLARINDA SAĞLIĞIN ÖNEMİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞİŞİMİ

Betül UÇAR

YÜKSEK LİSANS TEZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Deniz TANYER

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

X, Y, Z KUŞAKLARINDA SAĞLIĞIN ÖNEMİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞİŞİMİ

Betül UÇAR

YÜKSEK LİSANS TEZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Deniz TANYER

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve çalışmanın her aşamasında ilgisini, bilgisini, tecrübesini ve değerli zamanını benimle paylaşan her fırsatta bana rehberlik eden, sabırlı ve motive eden tutumuyla akademik olarak bana rol model olan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Deniz TANYER'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Belgin AKIN'a ve yüksek lisans sürecimde emeği geçmiş hocalarıma,

Hayatımın her alanında bana yardım eden, beni her koşulda destekleyen, tez arkadaşım Feyza BARDAK'a

Tez çalışmam süresince sabrı, özverisi ve destekleriyle her zaman yanımda olan, öncelikle eşim Hilmi UÇAR'a ve sevgili oğlum Yusuf Eymen'e

Beni bu yaşıma getiren, maddi ve manevi destekleri kelimelerle bile ifade edilemeyecek kadar çok olan değerli AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Betül UÇAR

Konya/2021

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ……...…ii

SİMGELER ve KISALTMALAR vi

ÖZET vii

SUMMARY viii

1. GİRİŞ 1

1.1. Araştırma Soruları 4

1.2. Sağlık Tanımı 5

1.3. Sağlığın Korunması 5

1.4. Sağlığı Geliştirme 6

1.5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 8

1.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 9

1.6.1. Sağlık Sorumluluğu 10

1.6.2. Fiziksel Aktivite 11

1.6.3. Beslenme 12

1.6.4. Kişilerarası İletişim 13

1.6.5. Stres Yönetimi 13

1.6.6. Manevi Gelişim 14

1.7. Kuşaklar 15

1.7.1. Kuşakların Sınıflandırılması 16

1.7.2. Sessiz Kuşak 17

1.7.3. Büyük Bebek Patlaması Kuşağı 17

1.7.4. X Kuşağı 18

1.7.5. Y Kuşağı 19

1.7.6. Z Kuşağı 20

1.8. Sağlığı Geliştirmenin Kuşaklar Arası Değişimi 21
1.9. Sağlığı Geliştirmenin Kuşaklararası Değişimi ile İlgili Literatür 22
1.10. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Sağlık Gelişimine Etkisi……..24
2.YÖNTEM 25
2.1. Araştırmanın Tasarımı..... 25
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 25
2.3. Araştırmanın Evreni 26
2.4. Örneklem Büyüklüğü 26
2.5. Örneklem Seçimi..... 26
2.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri..... 27
2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 27
2.6.1. Anket Formu (EK-A)……27
2.6.2. Sağlık Önemi Ölçeği (SÖÖ) (EK-B) 28
2.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği-II (SYBDÖ II) (EK-C)..... 28
2.7. Ön Uygulama 29
2.8. Değişkenler..... 29
2.8.1. Bağımsız Değişkenler..... 29
2.8.2. Bağımlı Değişkenler..... 29
2.9.Verilerin Analizi..... 30
2.10.Araştırmanın Etiği 30
3. BULGULAR 31
4. TARTIŞMA 37
5. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 43
5.1. Sonuç..... 43
5.2. Öneriler..... 43

6. KAYNAKÇA 45

EK A: Anket Formu 57

EK B: Sağlık Önemi Ölçek Formu 59

EK-C: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçek Formu 60

EK-D: Aydınlatılmış Onam Formu 63

EK-E: Ölçek İzinler 64

EK G: Yazılı Kurum İzni 65

EK G: Yazılı Kurum İzni (Devam) 66

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD **:** Amerika Birleşik Devletleri

ASM **:** Aile Sağlığı Merkezi

BKİ **:** Beden Kitle İndeksi

BOH **:** Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

HHS : Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

SÖÖ **:** Sağlık Önemi Ölçeği

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ II **:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

TDK **:** Türk Dil Kurumu

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

X, Y, Z Kuşaklarında Sağlığın Önemi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değişimi

Betül UÇAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2021

Araştırma; bireylerin, sağlık önem algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kuşaklara göre değişimini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişkisel türde yapılmıştır. Bir ASM bölgesinde yaşayan X, Y ve Z kuşağındaki 456 birey ile çalışma yürütülmüştür. Veriler Anket Formu, Sağlığın Önemi Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ile toplanmıştır. Analizlerde veriler ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiş, değerlendirmelerde t testi, tek yönlü varyans analizi, ki kare analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışma her kuşaktan eşit katılımcı ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %50,7'si kadın, %78,7'sinin en uzun süre yaşadıkları yer şehirdir. Katılımcıların %34,9'u lise mezunudur, %72,8'i ekonomik durumunun orta düzeyde algılamaktadır, %55,9'unun evli ve %50,4'nün çocuğu olduğu görülmektedir. Algılanan kuşak bilgisine göre ise bireylerin %51,3'ü X kuşağı özelliklerini taşıdıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların Sağlığın Önemi ölçeği ortalama puanı 8,30±2,31, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ortalama puanı ise 134,17±21,22 'dir. Sağlığın önemi ölçeği ile yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığın önemi ölçeği puanının kuşaklara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. X kuşağının sağlık önem düzeyi daha yüksek bulunurken, Z kuşağının ise en düşük bulunmuştur (X>Y>Z). Sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puanının ise kuşaklara göre değişmediği tespit edilmiştir. Sağlığın önemi ölçeği için yaşa göre Y ve Z kuşağında olmanın ve sağlıklı yaşam biçimi ölçeği içinse algılanan Y kuşağında olmanın negatif yönde belirleyici olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; bireylere sağlığı geliştirme programları düzenlerken yaş ve kuşak algısının önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığın Önemi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Kuşaklar, Sağlığı Geliştirme

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTES

The Change of Importance of Healthy and Healthy Lifestyle Behaviors in X, Y, Z Generations

Betül UÇAR

Department Of Nursing

Public Health Nursing Department

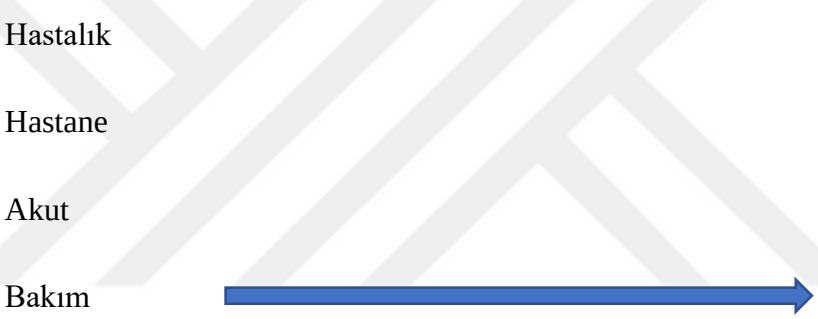
MASTER THESIS / KONYA-2021

The research is a descriptive-relational type of study conducted to determine changes in the perception of the importance of human health and healthy lifestyle behaviour depending on generations. The study was conducted with 456 people of generations X, Y, and Z living in the area of Family Health Center. The data was collected using the survey form, The Health Importance Scale, and The Healthy Lifestyle Behavior Scale-II. In the analyses, the data were summarized as mean and standard deviation, and the estimates used T-test, one-way variance analysis, Chi-square analysis, and multiple regression analysis. The study was conducted with equal participants from each generation. 50.7% of the participants were women, and 78.7% lived in the city for the longest time. 34.9% of the participants finished high school, 72.8% perceived their economic status as moderate, 55.9% were married and 50.4% had children. According to perceived generation information, 51.3% of individuals stated that they had Generation X characteristics. The average score of the participants on the importance of The Health Scale is 8.30±2.31, and the total average score of The Healthy Lifestyle Behavior Scale is 134.17±21.22. A significant association was found between The Scale of Importance of Health and age, educational status, marital status, and the number of children. A significant correlation was found between the number of children on The Healthy Lifestyle Behavior Scale ($p<0.05$). It was found that the assessment of The Health Importance Scale has a statistically significant difference between generations. While the health importance level of generation X was found to be higher, generation Z was the lowest (X>Y>Z). It was found that the assessment of The Healthy Lifestyle Behavior Scale did not change depending on the generations. It was also found that belonging to generation Y and Z by age for The Health Importance Scale and being in the perceived generation Y for The Healthy Lifestyle Behavior Scale were negative determinants. Therefore, it should be taken into account that the perception of age and generation is important when organizing health improvement programs for people.

Keywords: Importance Of Health, Healthy Lifestyle Behaviors, Generations, Health Development

1. GİRİŞ

Tarih, insanların sağlık problemlerini ve bunlarla nasıl başa çıkacaklarını anlamak için bizlere bir bakış açısı sağlamaktadır (Tulchinsky ve Varavikova 2014). Dünya tarihi boyunca sosyal ve kültürel etkiler insanların sağlık algısını belirgin bir şekilde etkilemiştir (Sturmberg ve ark 2019). Tüm toplumlarda sağlık, hastalık, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar üzerine farklı görüşler aynı anda bulunmaktadır. Bundan dolayı sağlık modelleri, bir toplumun tüm üyelerinin biyolojik, kültürel ve sosyal çeşitliliğine yanıt verebilmelidir (Bautista-Valarezo ve ark 2020). Küreselleşen dünyada sağlık; teknolojik, ekonomik, sosyal, kültürel değişimlerden etkilenmektedir. Buna en çok bilimsel ve teknolojik gelişmeler etki etmiştir. Klasik sağlık uygulamalarının yerini modern tıp uygulamaları almıştır. Sağlık ve tıp alanındaki dönüşümlerin yönü aşağıda yer alan şekille açıklanmıştır (Tecim 2018).



(Kasapoğlu 1999, Tecim 2018).

Sağlığın geliştirilmesinde; öncelikle 1974 yılında yayınlanan Lalonde raporunun toplumda değişikliklere sebep olduğu görülmektedir. Lalonde raporu; sağlığın iyileştirilmesinde yaşam tarzının etkili olduğu yönünde bulguları ortaya koymaktadır. Lalonde raporunun yayınlanmasından hemen sonra, sağlığın geliştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün aracılığıyla 1986 yılında Ottawa Bildirgesi yayınlanmıştır (Gelb ve ark 2011). Ottawa'da düzenlenen uluslararası konferanstan bu yana sağlığın geliştirilmesi halk sağlığı politikasının önemli bir unsuru olmuştur. O zamanlarda, politik bir ilke olan sağlığın geliştirilmesi

faaliyetlerinin açık bir şekilde düzenlenmesinin daha iyi sağlık sonuçları sağlayacağı ve gereksiz hastalık yükünü önleyeceği düşünülmekteydi (Arsenijevic ve Groot 2020). Dünya nüfusu artıkça ve yaşlandıkça insan popülasyonlarına yönelik tehditler büyümektedir (George ve ark 2011). Bundan dolayı uzun yıllar boyunca sağlık sektörünün, sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik etmek için planlanan girişimler ve müdahaleler ile dolu olduğu görülmektedir (Moss ve ark 2018). Hızlı gelişen teknoloji ve dünya çapında ortaya çıkan salgınlardan dolayı; herhangi bir semptom gelişmeden önce, bir hastalığa daha erken tanı koyabilmek amacıyla, hastalığı önlemek için mücadele yarışı başladı (Kickbusch 2019). Son yıllarda, sağlığın önemli bir faktörü olan yaşam tarzı araştırmacılar tarafından daha fazla ilgi görmektedir. Yaşam tarzı ve sağlık ilişkisi son derece önemli ve dikkate alınması gereken bir konudur (Farhud 2015). Yaşam tarzı; beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi gibi kişisel davranışlar açısından sağlıklı veya sağlıksız olabilen bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşam biçimidir. Sağlıklı bir yaşam tarzı daha iyi sağlık ve mutlulukla sonuçlanabilir ya da sağlıksız bir yaşam tarzı hastalık ve morbiditeye neden olabilir (Mehri ve ark 2016).

Dünyadaki ortalama yaşam süresi son birkaç yılda önemli ölçüde artmıştır. Nüfusun yaşlanması diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi kronik hastalıkların yaygınlığının yüksek olmasına yol açmaktadır (Li ve ark 2020). Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi müdahaleleri için uygun olduğu belirtilmektedir (Tulchinsky ve Varavikova 2014). Bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm dünyada artarken aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de büyük sorunlara neden olmaktadır. Küresel olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin %63'üne neden olmaktadır ve küresel hastalık yükünün %80'ini oluşturmaktadır (Mehri ve ark 2016). Son 25 yılda dünya çapında yaşam tarzından kaynaklı BOH yani kalp hastalığı, tip 2 diyabet ve bazı kanser gibi hastalıkların, başlıca ölüm nedenleri arasında olduğu görülmektedir (Berman ve ark 2018). Bu hastalıklar fiziksel hareketsizlik, dengesiz beslenme, sigara içmek ve aşırı alkol tüketimi gibi yaşam tarzı davranışlarıyla ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Hamilton ve ark 2019). Bulaşıcı olmayan hastalıkların, hastalık yükü önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği için, hastalık etkilerinin önlenmesi ve kontrol altına alınması için sağlığı geliştirici davranışların önemi artmıştır (Bae ve Yoon 2021). Fiziksel aktivite yapmak, sigara içmek, alkol alımı, beslenme gibi

değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleri hem toplam yaşam süresini hem de kronik hastalıkların görülme sıklığını etkilemektedir (Li ve ark 2020). Bu riskler büyük ölçüde birey kaynaklıdır ve nasıl yaşadığımızla ilgilidir (Farrar ve ark 2013). Sağlığa verilen önem düzeyi; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, beslenme bilgisi ve fiziksel aktivite yapma düzeyinden etkilenir. Sağlığına önem veren bireyler genellikle fiziksel aktiveye ve beslenmelerine daha çok dikkat ederler (Birkenhead ve Slater 2015). Yapılan araştırma sonuçlarına göre; egzersiz yapmanın, sigarayı bırakmanın, alkol tüketimini sınırlamanın ve topluma entegre olmanın birçok hastalığın gelişimini engelleyeceğini ve hastalıkları erken önlemeye yardımcı olabileceğini göstermektedir (Li ve ark 2020). Böylece sağlığa verilen önemin artmasının bireylerin yaşam kalitesini artırdığı ve yaşam beklentisini uzattığın görülmektedir (Golinowska ve ark 2016).

Farklı yaştaki bireylerin farklı deneyimleri, farklı görüşleri, farklı alışkanlıkları vardır (Yigit ve Aksay 2015). Bu farklılıklardan dolayı bireyler doğum tarihlerine göre sessiz kuşak, bebek patlaması kuşağı, X kuşağı, Y kuşağı, Z kuşağı olarak beş farklı grupta sınıflandırılmaktadır ve bu kuşaklar arası bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. Değişen ve gelişen dünyada teknoloji, özellikle de insanların iletişim ve etkileşim kurma şeklinin hızlı gelişimi, nesli şekillendiren bir etkendir. Bebek patlaması kuşağı bireyleri, televizyonun yaygınlaşmasıyla yaşam tarzlarını ve dünyayla bağlantılarını değiştirerek büyüdüler. X kuşağı bireyler, bilgisayar devrimi gerçekleşirken büyüdüler. Y kuşağı bireyleri internet patlaması sırasında büyüdüler. Z kuşağı bireyler ise direk teknoloji çağında dünya geldiler (Dimock 2019). Örneğin Z kuşağı bireyleri, diğer kuşaklara kıyasla bazı belirgin yaşam tarzı özellikleri göstermektedir. Daha hareketsiz, daha az aktif, daha teknoloji bağımlısı ve doğal çevreyle daha az etkileşim içindedirler. Olası sağlık riskleri arasında; obezite, uyku bozuklukları, zihinsel sağlık sorunları, fiziksel ve motor bozukluklar, postüral bozukluklar gibi hastalıklar bulunmaktadır (Djordjic 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir kuşak çalışmasında ise; bebek patlaması kuşağındaki bireylerin hipertansiyon, diyabet, obezite ve kötüye giden sağlık durumu olduğunu gösteren veriler bulunmuştur. Bu çalışmada bebek patlaması kuşağı yaşlandıkça sağlık hizmet maliyetlerinin artacağı ve sağlık uzmanlarına daha çok ihtiyaç olacağına yönelik veriler bulunmuştur. Aynı zamanda bu kuşaktaki bireylerin sağlık verilerine göre hastalıkları önleme ve sağlıklı yaşam tarzını geliştiren

uygulamalara gereksinim olduğu da görülmektedir (King ve ark 2013). Nesiller arasındaki yaşam tarzı davranışlarındaki farklar gelecekteki hastalık risk tahminlerini etkilemektedir. Bu durum önemlidir çünkü tüm hayatımız boyunca yaşam tarzı davranışlarımız yaşlılık çağındaki sağlık sorunlarına ve birçok hastalıklara sebep olmaktadır (Oostrom ve ark 2019). Halk sağlığının temelinde hastalıklara önlem almanın, insan sağlığını iyileştirmek için güçlü bir araç olabileceği öngörülmektedir (Gakidou ve ark 2017). Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında BOH erken tespiti edilmesi ve zamanında müdahale edilmesi sonucunda yüksek etkili sağlık hizmeti sonuçları alınacağı düşünülmektedir (DSÖ 2012). Bundan dolayı halk sağlığı kurumları bireylerin yaşam davranışlarında olumlu değişiklikleri teşvik etmeyi amaçlamaktadırlar (Rubinelli ve Diviani 2020).

Kuşakların sağlık önem algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bu araştırmanın sonuçlarıyla her bir kuşağa özgü sağlığı geliştirme girişimlerinin uygulanmasında temel farklılıkları gözeten yaklaşımların belirlenmesi için bir uyaran olma hedeflenmiştir. Kuşak özelliklerine uygun sağlığı geliştirme modellerinin geliştirilmesine gereksinim bulunmaktadır. Bu araştırma Dünya'da ve Türkiye'de sağlık alanında yapılan kuşak çalışmalarının kısıtlı olması nedeniyle öncül bir nitelik taşımaktadır. Aynı zamanda bu araştırmayla; sağlık davranışlarının kuşaklar açısından incelenmesi, alanda daha ayrıntılı bir bilgiye ulaşılmasına ve akademisyenlere bu alanda yapacakları çalışmalar için ışık tutacak, politikacılara ise gerekli önlemlerin alınması yönünde bilgiler sunacaktır. Yapılan incelemeler sonucunda, kuşaklar arasında sağlığa verilen öneme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik farklılık olup olmadığı ortaya konulacaktır.

1.1. Araştırma Soruları

- X, Y, Z kuşağındaki bireylerin sağlığa verdikleri önem düzeyi nedir?
- X, Y, Z kuşağındaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi nedir?
- X, Y, Z kuşağındaki bireylerin sağlığa verdikleri önem ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanına göre farklılık göstermekte midir?
- X, Y, Z kuşağındaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlığın önem ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı farklılık göstermekte midir?

- X, Y, Z kuşağındaki bireylerin sağlığın önemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan düzeylerini etkileyen belirleyici faktörler nelerdir?

1.2. Sağlık Tanımı

Sağlığın tanımı zaman içerisinde sürekli gelişim ve değişim göstermektedir. Bu tanımlar arasında literatürde en çok DSÖ'nün tanımı kullanılmaktadır. DSÖ'nün ilk klasik tanımı sağlığı şu şekilde açıklamıştır; ''Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır ve bu öğelerden birinin eksik olması halinde tam bir iyilikten bahsedilemez (DSÖ 2006). Bu tanımdan hareketle en iyi seviyedeki sağlık; bireylerin dini inanışları, milliyetleri, siyasi görüşleri maddi ve sosyal şartlarına bakılmaksızın elde etmeleri gereken en birincil haklarındandır. Sağlık her bireye özgü dinamik bir durumdur, aynı zamanda kişinin değişen koşullara adapte olmasını sağlayan bir sistemdir (Sturmberg ve ark 2019). Sağlık sadece bireysel düzeyde indirgenemeyecek kadarda önemli bir olgudur. Bireyin içinde bulunduğu grup ve toplumları da çok yakından ilgilendirir (Ünsal 2017). Tüm toplumlarda sağlık, hastalık, tıp, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar üzerine farklı görüşler bir arada bulunmaktadır. Sağlık modelleri, bir toplumun tüm üyelerinin biyolojik, kültürel ve sosyal çeşitliliğine yanıt verebilmelidir (Bautista-Valarezo ve ark 2020). Evrensel bir kavram olmasına rağmen sağlık zaman içerisinde kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişiklik göstermiştir (Erci ve ark 2018). Orem'e göre birey kendi sağlığı ve bütünlüğü açısından birinci dereceden sorumludur. Bu bütünlük kapsamında sağlığın bileşenleri spritüal, fiziksel, duygusal ve sosyal sağlık olarak ifade edilmektedir (Taş ve Akın 2018). Rogers ise sağlığı; tam sağlıklı olma halinden, sağlığın tam yokluğu arasında derecelendirmiştir (Erci ve ark 2018). Sağlık kuramcılarından Virginia A. Henderson da sağlığın geliştirilmesi üzerinde durmuş ve sağlığın korunmasının önemini vurgulamıştır (Pektekin 2013).

1.3. Sağlığın Korunması

Sağlığı koruma bireyin sağlığına zarar veren etkenlerden uzak durması, hastalık risklerine karşı önlem alması ve sağlığını geliştirecek davranışları benimsemesi olarak tanımlanabilir. Sağlığı koruma düzeyleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üçe ayrılmaktadır (Erci ve ark 2018). Birincil

koruma girişimleri, yaşam boyunca bireylerin ve nüfusun ihtiyaçlarına göre değişmiştir. Hastalık oluşmadan önlem almak, hastalık insidans ve prevelansını düşürmeyi amaçlamaktadır ve gıdaların hijyeni, çocukluk çağı aşıları, sigaradan uzak durulması, aile planlanması, yeterli ve dengeli beslenme gibi önlemleri içerir. İkincil koruma; hastalığı kontrol etmek ve ölüm ve sakatlığı en aza indirmek için erken teşhis ve acil müdahaleyi ifade eder. İkincil önleme tedbirleri çoğunlukla iki kategoriye ayrılır: vaka bulma ve tarama programları şeklindedir (White 2020). Hastalığın önlenmesi, hastalık yükünü ve ilişkili risk faktörlerini en aza indirmeyi amaçlayan birincil ve ikincil önleme için spesifik, toplum temelli ve bireye dayalı müdahaleleri içermektedir (Sharma ve ark 2019). Üçüncül koruma ise; hastalık süreci ortaya çıktığında hastalığın veya sakatlığın etkilerini azaltmak, komplikasyonları önlenmek amaçlanmaktadır. Örneğin; diyabet hastaların kan şekeri kontrolü yapılması üçüncül korumadır (White 2020).

1.4. Sağlığı Geliştirme

Sağlığın geliştirilmesi, kişilerin sağlığını iyileştirmesi ve kendi sağlıkları üzerinde kontrol gücü kazanması olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştirmek sadece hastalıklardan korumak değil bireyin yaşam standartlarının yükseltmek, daha kaliteli ve uzun yaşam sürmesine kolaylık sağlamaktadır (Bahar ve Açıl 2014). Sağlığı geliştirme uygulamaları tüm toplumu kapsamalıdır (Golinowska ve ark 2016). Sağlığı geliştirmedeki asıl amaç daha geniş bir halk topluluğuna ulaşmak ve bireylerin sağlıklı yaşam davranış doğru bir şekilde uygulamasını sağlamaktır. Bundan dolayı toplumların riskli sağlık davranışlarından uzak durmaları gerekir (SB 2011). Bireylerin sağlıklarını geliştirebilmeleri için, sağlık davranışlarını en üst düzey uygulayabilmeleri gerekmektedir (Cihangiroğlu ve Deveci 2011). Toplumların sağlık seviyesi, sağlıklı bireylerin var olması ile doğru orantılı değerlendirilmektedir (Ayaz ve ark 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlığı geliştirme; insanların sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlar. Sadece tedavilere odaklanmak yerine kötüye giden sağlığın nedenlerini ele alarak ve önleyerek; toplum sağlığına ve birey temelli yaşam kalitesine fayda sağlayıp, onları korumak için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsamaktadır (Chiu ve ark 2020). Sağlığı geliştirme üzerine dünya çapında birçok kongre düzenlenmiştir, bu kongrelerde sağlığı geliştirme ve sağlığın teşviki ile ilgili konular üzerinde durulmaktadır. Bunlar;

Ottawa Sözleşmesi (17-21 Kasım 1986), Adelaide Tavsiyeleri (5-9 Nisan 1988); Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturma, Sundsvall Bildirgesi (9-15 Haziran 1991); Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi , Jakarta Bildirgesi (21-25 Temmuz 1997); Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Getirilmesi: Yeni Alan için Yeni Oyuncular, Meksika Bildirgesi (5-9 Haziran 2000); Fikirlerden Eyleme: Eşitliği Sağlama, Bangkok Şartı (7-11 Ağustos 2005); Eylem için Ortak Politika Geliştirme: Sağlığın Belirleyicileri, Nairobi Bildirisi (26-30 Ekim 2009); Sağlığı Geliştirme ve Kalkınma: Uygulamadaki Boşlukları Giderme, Şanghay Bildirisi (21-24 Kasım 2016); Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Tam Sağlık ve Herkes için Sağlık kongreleridir. Gerçekleştirilen konferanslar genel olarak göz önüne alındığında; ilk olarak Ottawa konferansında sağlığın geliştirilmesi konusu ele alınırken bunun yanı sıra öncelikli eylem planları, ilke ve değerlerinin üzerinde durulmaktadır. Diğer konferanslarda ise bu eylem planlarının uygulandığını ve yeni eylem planları üzerinde durulduğu görülmektedir (Mittelmark ve ark 2006, Aydın 2019). Sağlığın geliştirilmesi kavramının tüm dünyada yaygın bir kavram olarak benimsenmesinde 1986 yılında Ottawa'da gerçekleşen Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı en temel etken olmaktadır (Yardım ve ark 2009). Ottawa'da düzenlenen uluslararası konferanstan bu yana sağlığın teşviki ve geliştirilmesi halk sağlığı politikasının önemli ve ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Arsenijevic ve Groot 2020).

Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ilkesi bulunmaktadır:

1. Sağlığın geliştirilmesi, mevcut şartlara bağlıdır.

2. Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ'nün sağlık tanımının üç boyutunu tamamlamaktadır.

3. Sağlığın geliştirilmesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler.

4. Sağlığın geliştirilmesi, sağlığı toplum adına savunur.

5. Sağlığa katılım, sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur (DSÖ 2005).

Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık davranışı teoriksel olarak çeşitli disiplinlerden yararlanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık davranışı teorilerinin birçoğu davranış teorisine ve sosyal öğrenme teorisine entegre edilmiştir ve bu teoriler biyolojik, epidemiyolojik ve sağlık bilimleri ile birlikte yorumlanması

gerekmektedir (Yardım ve ark 2009). Bu alanda birçok teori olmakla birlikte bunlardan öne çıkan teorilerden biri de Pender'in çalışmaları sonucunda geliştirdiği Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir (Mohamadian ve ark 2011).

1.5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola Pender hemşirelik ve davranış bilimlerinin teorilerini birleştirerek sağlığı geliştirme modelini oluşturan hemşire kuramcısıdır. İlk olarak 1980 yılında Pender tarafından Sağlığı Geliştirme Modeli oluşturulmuş daha sonra 1987, 1996 ve 2002 yıllarında bu model yenilenmiştir (Aluş-Tokat ve Okumuş 2008, Aqtam ve Darawwad 2018). Pender'in geliştirdiği modelin amacı sağlık davranışlarının bulunduğu seviyeden daha iyi duruma getirilmesi ve sağlığın iyileştirilmesi kavramlarını esas alır ve sağlıksız davranışları planlayarak ve değiştirerek sağlığı geliştirmek için yaygın olarak kullanılan modellerden biridir (Esin 1997, Khodaveisi ve ark 2019). Bu model ayrıca sağlığı geliştirme kapsamında yürütülen çalışmalara kılavuzluk yaparak sağlığı koruma modelinin destekleyicisi olmuştur (Pender 2011). Pender modelini geliştirirken sosyal öğrenme teorisini temel almış olup, bireyin sağlık davranışlarına etkisi bulunan etmenleri gruplandırarak doğrudan ya da dolaylı olarak ifade etmiştir. Model, üç kavramsal bileşenden oluşur: "bireysel özellikler ve deneyimler", "davranışa özgü algılar ve deneyimler" ve "davranışsal sonuçlar". Bireysel özellikler ve davranışa özgü algı ve deneyim, istenen davranışların belirleyicileri olarak görülürken, sağlığı geliştirme davranışı eylem veya davranışsal sonuçtur (Bhandari ve Kim 2016). Bu modelde bireyin davranış oluşumunda algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların da önemli etkisi olduğu belirtilmiştir (Ersin ve Bahar 2012). Pender sağlığı geliştirme modelinde öz-yeterlilik kavramının, sağlığı geliştirme davranışlarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığını vurgulamaktadır (Palank 1991, Zuhur ve Özpancar 2017). Aynı zamanda sağlığı geliştirme modeli; bireyin davranışlarını oluştururken geçmişteki yaşantısında etkisi olan davranışlardan tamamen soyutlanmadığı aksine bunlardan etkilenerek yeni davranışlar sergilemekte olduğunu belirtmektedir (Ersin ve Bahar 2012). Sağlığın geliştirilmesi, bireyi kendi sağlığından sorumlu tutan bireysel sağlık durumunun önemli bir belirleyicisidir. Sağlığın geliştirilmesi davranışları daha yüksek düzeyde bir sağlık, kişisel tatmin ve kendini gerçekleştirme düzeyine ulaşmaya yöneliktir (Shaheen ve ark 2015). Pender'in sağlığı geliştirme modeli, sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirmek

için kullanılan kapsamlı modellerden biridir ve sağlıklı yaşam tarzını ve sağlığı geliştiren davranışları açıklamak için bir çerçeve olarak kabul edilmiştir (Bahabadi ve ark 2020). Sağlığı geliştirme modelinde, mevcut kanıtlara dayanarak, sağlığı geliştiren davranış bileşenleri öncelikli olarak seçilmiştir. Yaş, cinsiyet, algılanan sağlık durumu, meslek, eğitim ve istihdam durumu bireysel karakteristik değişkenler olarak dahil edilmiş ve algılanan öz yeterlik davranışa özgü algı olarak ölçülmüş ve değişkenleri etkilemiştir. Sağlığı geliştiren davranış ile uyumlu olarak, bu çalışmada sonuç değişkeni altı alanı içermektedir bunlar; fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimidir (Bhandari ve Kim 2016). Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, eğer bireyler doğru ve rutin bir şekilde bu değişkenleri yaşam biçimi haline getirebilirse, bunun daha iyi sağlık düzeyi ve iyi bir yaşam tarzı ile sonuçlanacağını göstermektedir (Mehri ve ark 2016).

1.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık yaşam tarzı davranışı, optimal sağlık elde etmek için insanların yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olan bilim ve sanat olarak kabul edilir (Paudel ve ark 2017). Bir birey tarafından gerçekleştirilen; sağlığı, hastalığı, sakatlığı veya mortaliteyi etkileyen eylemlerin tümü şeklinde de açıklanabilir (Rubinelli ve Diviani 2020). Sağlıklı yaşam tarzı davranışları herhangi bir hastalığı veya bozukluğu önlemeyi değil, genel sağlığı ve refahı iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Arslan ve Cakaroglu 2018). DSÖ, bir bireyin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin %60'ına yakının yaşam tarzına göre belirlendiğini bildirmektedir (Farhud 2015, Tang ve ark 2015). Sağlığı geliştirici bu davranışları uygulamak, sağlığı korumak için en iyi yaklaşımlardan biridir (Khodaveisi ve ark 2017). Günümüzde, sağlık sorunlarının çoğunun, sağlığa yönelik tutum, davranış eksikliği ve yerleşik yaşam tarzından kaynaklandığı belirtilmektedir (Çakaroğlu ve ark 2016). Sağlık bilincinin gelişimi veya kişisel sağlığın günlük yaşamın önemli bir parçası olduğu algısı, riskli davranışlardan kaçınılarak hastalıktan korunmayı arttırır. Genç yaştaki bireylerin sağlıkla ilgili sorunları, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve diğer yaşam bozukluklarından kaynaklı bireysel risk içeren önemli bir faktördür (Qi ve ark 2006, Parekh ve ark 2012). Yapılan çalışmalar, yaşam tarzı şeklinin önlenebilir ölümlerin %50'sini karşılayabileceğini göstermektedir. Yaşam tarzı davranışları; çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde hastalıkların ana nedeni olmaktadır (Naçar ve ark 2015). Birçok çalışma, sağlıksız davranışların kardiyovasküler hastalıklar, diyabet

kanser ve kronik hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Lin ve ark 2016). Türkiye'de yapılan araştırmalara göre bulaşıcı olmayan hastalıklar ülkedeki tüm ölümlerin %87,5' inden sorumludur ve burada yaşayan bir kişi için dört ana bulaşıcı olmayan hastalıktan birinden erken ölüm olasılığı 2015 yılında 6'da 1 (%16,8) olduğu bulunmuştur (DSÖ 2018a).

Bundan dolayı iyileştirilmiş sosyal koşullar, dengeli beslenme, vücut ağırlığı, sigarayı bırakma, fiziksel aktivitenin artması, alkol tüketimini azaltması için müdahalelere ihtiyaç olduğu görülmektedir (Epton ve ark 2014). Bunun sonuncunda bulaşıcı olmayan hastalık yükünün büyük ölçüde azalacağı düşünülmektedir (Tulchinsky ve Varavikova 2014). Pender'in sağlığın geliştirme modeline göre sağlığı geliştiren yaşam tarzı altı boyuttan oluşur; fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve manevi gelişim şeklinde belirtilmiştir (Callaghan 2016).

1.6.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu alma ile ilgili ilk tanımlamayı Suchoka yapmıştır. Suchocka, sağlık gelişimi için sağlık sorumluluğunun bir başlangıç noktası olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık sorumluluğu bir sağlık algısıdır. Bu algı sağlığın değerlendirilmesinde yaşam boyu önemli bir değer olmaktadır (Jaworski ve ark 2016). Bireylerin kendi sağlık sonuçlarından sorumlu oldukları görüşü, Orta Çağ ve Rönesans boyunca da var olmuştur. Halen bugün de yaygındır. Örneğin, tıbbın sınırlarıyla ilgili artan hayal kırıklığına ve sağlık maliyetlerini kontrol altına alma baskısına yanıt olarak, Amerikan toplumunun karşılaştığı sağlık sorunlarında kişinin kendi davranışının büyük bir rol oynadığını gören bir vizyon vardır (Chan 2019).

Sağlık sorumluluğu; kişilerarası ilişkileri ve sosyal destek ağlarını zenginleştirmek, kişisel hedefler koymak, olumlu bir yaşam duygusuna sahip olmak ve ruhsal gelişimin korunması ile ilgilidir (Ulla Díez ve Perez-Fortis 2009). Sağlık bilincinin gelişimi veya kişisel sağlığın günlük yaşamın önemli bir parçası olduğu algısı, riskli davranışlardan kaçınılarak riskli hastalıklardan ve yaralanmalardan korunmayı arttırmaktadır. Sağlıklı bir yaşam tarzı, kişinin kendi sağlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık taraması, stres yönetimi, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz için kişisel sorumluluk kabul etmekten ibarettir (Naçar ve ark 2015). Örneğin

sporcular sağlık sorumluluğu olan bireylerdir. Fiziksel aktivitelerine ve sağlıklı beslenmeye dikkat ederler (Birkenhead ve Slater 2015).

1.6.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından üretilen enerjiyi harcamayı gerektiren herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanır. Fiziksel aktivite, genel olarak sağlığı ve fiziksel zindeliği geliştiren veya sürdüren herhangi bir aktivitedir. Yetişkinlerin haftada en az iki kez kuvvet antrenmanı aktivitesine ek olarak haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli aerobik fiziksel aktivite yapmaları önerilir (Jin 2020). Aktif olmanın güncel yolları; yürüyüş, bisiklet, spor, koşma, yüzme, ip atlama, aktif oyunlar olduğu belirtilmektedir (CDC 2011). Düzenli ve yeterli fiziksel aktivite yapmanın faydaları şu şekilde açıklamıştır;

Kas ve kardiyorespiratuar zindeliği geliştirir.

Kemik ve fonksiyonel sağlığı geliştirir.

Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, felç, diyabet, çeşitli kanser türleri (meme kanseri ve kolon kanseri dahil) ve depresyon riskini azaltır.

Kilo kontrolü sağlayarak düşme sonucu oluşabilecek kalça veya vertebra kırığı gibi riskleri azaltır (DSÖ 2018b).

Fiziksel aktivite, sağlığın önemli bir belirleyicisidir (Tison ve ark 2020). Düzenli fiziksel aktivitenin, çok çeşitli sağlık yararları bulunmaktadır. Ne yazık ki, yetişkinlerin ve lise çağındaki gençlerin yalnızca %20'si hem aerobik hem de kas güçlendirici fiziksel aktivite yapmaktadır (Powell ve ark 2019). Aktif yaşam her bireyin sağlığına yararlıdır. Çocukların ve gençlerin sağlıklı gelişimi için özellikle önemlidir ve aktif yaşlanma, yaşlıların refahı için de çarpıcı bir fark yaratacağı düşünülmektedir (DSÖ 2019a). Fiziksel aktivite çocukların zihinsel gelişimi üzerinde de olumlu etkilere sahiptir (Ludwig ve Rauch 2018). Fiziksel aktivite yetişkin bireyler de ise stres seviyesini azaltmaktadır bundan dolayı depresyon riski azalmakta ve zihinsel sağlık sorunlarına maruz kalma riski düşmektedir (DSÖ 2018b). 2008 yılında yayınlanan Amerikalılar için fiziksel aktivite kılavuzunda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (HHS), çocuk ve ergenlerin günde 60 dakika fiziksel aktivite yapmasını önermektedir (Powell ve ark 2019).

Fiziksel hareketsizlik (yetersiz fiziksel aktivite), bulaşıcı olmayan hastalıklar ve dünya çapında ölüm için önde gelen risk faktörlerinden biridir. Bireyler için yeterli fiziksel aktivite seviyesine sahip olmamak kanser, kalp hastalığı, felç ve diyabet riskini %20-30 oranında arttırır ve yaşam süresini 3-5 yıl kısaltır. Ayrıca, fiziksel hareketsizlik, tıbbi bakımın gizli ve artan maliyeti ve verimlilik kaybı nedeniyle toplumu zorlamaktadır (DSÖ 2019b). Fiziksel aktivitenin faydalarında ise; iyileştirilmiş yaşam kalitesi, iyileştirilmiş uyku; sağlıklı insanlarda veya mevcut klinik sendromları olan insanlarda anksiyete ve depresyon duygularında azalma ve yaşam boyunca gelişmiş bilişsel işlevsellik görülmektedir (Powell ve ark 2019).

1.6.3. Beslenme

DSÖ raporu "Sağlıklı bir yaşam tarzı sağlamak için çok fazla meyve ve sebze yemeyi, yağ, şeker ve tuz alımını azaltmayı ve egzersiz yapmayı öneriyoruz." diyor (DSÖ 2019c). Doğru beslenme ve sağlık, yaşam kalitesini yükseltmek için önemli bir anahtardır. Sağlık ile hastalıklardan korunma arasındaki ilişkiler, her geçen gün dünyadaki farklı insanlardan daha belirgin hale gelen ve önlem alınması gereken bir durum haline gelmektedir (Voca-Mulaj ve Borinca 2016). Çalışmalar, yaşam tarzındaki değişikliklerin ve uygunsuz beslenme davranışları, stres ve fiziksel hareketsizlik gibi belirli faktörlerin obezitenin önemli nedenleri olduğunu göstermiştir. Erkeklerde ve kadınlarda 1985 yılından beri kronik bir hastalık ve hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve hem psikososyal hem de fizyolojik açılardan bozulmuş yaşam kalitesi için önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir (Khodaveisi ve ark 2017). Düşük meyve ve sebze tüketimi veya yüksek kalorili gıda alımı (örneğin fast food) gibi sağlıksız yeme davranışları, yılda yaklaşık 1,7 milyon ölüm ilişkilendirilmiştir (Vizcarra ve ark 2019). Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite, 18 yaşından büyük yetişkinlerde üç ölüm nedeni olan kalp hastalığı, kanser ve felç gibi kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (CDC 2011). Sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite, yüksek beden kitle indeksi (BKİ) için ana risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Psouni ve ark 2016). Çocuk yaşlarda; obezite, metabolik sendromlar, yetersiz kemik sağlığı, yetersiz beslenme, demir eksikliği, yeme bozuklukları ve diş çürüğü gibi hastalıklar başlayabilmekte ve bu da hastalığın erken başlamasına ve ardından erken ölüme neden olabilmektedir (CDC 2011, Nyberg ve ark 2018). Obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki en önemli beslenme

hastalığıdır ve son yıllarda hızla yaygınlaşmıştır (Khodaveisi ve ark 2019). Obezite ile ilişkili sağlık riskleri, yaşam kalitesini kötü yönde etkileyebilen faktörlerdir (Lorentzen ve Wikström 2012). Obezitenin küresel olarak beşinci önde gelen ölüm nedeni olduğunu ve kanser, hipertansiyon, Tip 2 diyabet, metabolik sendrom gibi birçok hastalık için bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Bu risk faktörlerini yaşam tarzını değiştirerek mücadele etmek mümkündür, bu da kronik hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltacaktır (Mehri ve ark 2016). Sağlığın geliştirilmesi, özellikle gelişmiş ülkelerdeki başlıca kronik hastalıklar açısından diyet alışkanlıklarının sağlık durumu üzerindeki etkisi iyi bir şekilde oluşturulmuştur. Bu nedenle, beslenmeyi alışkanlıklarını iyileştirmeye, sağlıklı bir beslenmeyi teşvik etmeye ve güvenli besinler seçme konusunda sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür (Yajima ve ark 2001).

1.6.4. Kişilerarası İletişim

Kişilerarası iletişim; en az iki kişi veya daha fazla kişi gruplarının duygu, fikir, tecrübelerini çeşitli yollarla birbirlerine aktardıkları bir süreç olarak yorumlanmaktadır (Siyez 2017). Sosyal bir ortamda var olan bireyler için kendilerini ifade etmek ve iletişim kurmak önemli temel ihtiyaçlarındandır. Kişilerarasında oluşan iletişim bozuklukları; bireyleri psikolojik açıdan ve bireylerin sağlık durumlarını kötü yönde etkilediği görülmektedir (Doğan ve Sapmaz 2012). Kişilerarası iletişimin etkin bir şekilde sürdürülmesi; iyi arkadaşlıklar kurabilmeye, iyi aile ilişkileri kurabilmeye, sosyal ilişkilerde başarılı olabilmeyi sağlar, bunlardan dolayı da yaşam kalitesini artırmaktadır (Orta 2009). Yaklaşık elli yıldan uzun bir süre öncede, ilişki kurmanın ve sürdürmenin önemini vurgulanmıştır (Sheppard ve Charles 2014).

Hem kendi içinde hem de istenen sağlık sonuçlarını elde etme bağlamında kişilerarası iletişimin önemini destekleyen çok sayıda araştırma vardır. Araştırmalar görüşmelerin, hasta deneyimlerini iyileştirmek, sevdikleri arasındaki günlük iletişimi ve etkileşimleri geliştirmek gibi farklı yollarla sağlığı geliştirici davranışları teşvik etmede rol oynayabileceğini göstermiştir (Jeong ve Bae 2018).

1.6.5. Stres Yönetimi

Stres terimi, bireyin iç homeostazını patlatan, fizyolojik ve psişik reaksiyonlar geliştiren ve organizmayı bir şekilde tepki vermeye zorlayan bir

gerginlik halidir. Bu dengesizlik, dengeyi yeniden kazanmak için fiziksel ve zihinsel enerji rezervlerinin kullanılması gerektiği şekilde tükenme yaratmaktadır (Bedin ve ark 2015). Davranış bilimlerine göre stres, ortaya çıkan kaygı, duygusal gerilim ve uyum zorluğu ile tehdit algısı olarak kabul edilir (Hasan ve ark 2019). Stres, ırk veya kültürel geçmişe bakmaksızın, her bireyin yaşamında ortak bir unsurdur. Stres, hayatımızın her bölümünün çeşitli istikrarlı ve zorlayıcı rutin görevlerinden kaynaklanan ısrarlı bir sonuçtur (Yikealo ve ark 2018). Stres, endişe, bedenin kişisel inançlar, duygular ve düşünceler tarafından tetiklenen algılanan bir tehdide verdiği bir tepkidir ve endişeli düşünceler, artan kan basıncı ve nabız, terleme, göğüs ağrısı gibi birtakım semptomlarla karakterizedir. Depresyon belirtileri; üzüntü, suçluluk duygusu, uykusuzluk, iştahsızlık, konsantrasyon kaybıdır ve ayrıca diyabet, kardiyovasküler hastalık, obezite gibi birçok kronik hastalığın sonucunu da etkileyebilir (Hasan ve ark 2019). Strese bağlı ve diğer zihinsel problemler, uzun süreli kronik hastalıkların giderek daha yaygın bir nedeni haline gelmiştir. Stresten kaynaklanan yaşam tarzı hastalıklarından dolayı İsveç'te hastalık izni alan çalışan sayısı çoğalmıştır, dolayısıyla hastalık izni ödemelerinin maliyeti de buna bağlı olarak artmaktadır (Lisspers ve ark 2014).

1.6.6. Manevi Gelişim

Maneviyat geniş oldukça öznel ve çok boyutlu bir kavram olduğundan, manevi gelişimi de tanımlamak zordur (Tirgari ve ark 2013). Bu tanımlar oldukça değişkendir ancak; bunların arasında birtakım ortaklıklar vardır. Genel tanımıyla maneviyat, bir bireyin hayatı anlamı ve amacı ile gördüğü, daha yüksek bir güce inandığı, kendine ve başkalarına bağlanma hissine sahip olduğu bir dünyada olma aracı olarak kabul edilmektedir (Weathers ve ark 2016). Maneviyat kavramı latinceden türetilmiş; insanları motive eden, aynı zamanda hayatlarını, sağlık davranışlarını ve ilişkilerini etkileyen yaşam gücüdür (Baldacchino ve Draper 2001, Dhamani 2014). Manevi gelişim, insanların yaşamın anlamını anladıkları; hayatlarından aldıkları doyum ve olumlu bir süreçtir (Moodi ve ark 2015). Aslında maneviyat, sakinlik ve rahatlık sağlayan bir şeydir. Maneviyat sadece hastalıklarla baş etmede önemli değil aynı zamanda yaşam kalitesini iyileştirme potansiyeline de sahiptir. Maneviyat yüksek düzeyde fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık ve refah ile ilişkilendirilmektedir. Spesifik olarak maneviyat, kronik hastalık ve ileri hastalıklar gibi sağlıkla ilgili sorunları olan hastalar arasında başa çıkma konusunda güçlü bir

kaynak olarak görülmektedir (Labrague ve ark 2016). Manevi gelişim bazı insanların zihinsel sağlık koşullarıyla iyi yaşamalarına yardımcı olabilir çünkü umut ve özgüvenini artırabilir, refahı artırabilir, özellikle memnuniyeti artırabilir, sosyal destekleri arttırabilir, depresyon, intihar ve kaygıyı gibi durumları azaltabilmektedir (Labrague ve ark 2016, Forrester-Jones ve ark 2018, Neathery ve ark 2019). Sonuç olarak, araştırmacılar ve akademisyenler yüksek oranda manevi gelişimi iyileşmenin bir boyutu olarak görmektedirler (Forrester-Jones ve ark 2018).

1.7. Kuşaklar

Kuşaklar kavramı ilk olarak 1926'da bir Alman sosyolog olan Karl Mannheim tarafından 'Kuşaklar Sorunu' adlı makalesinde ele alınmıştır. Bireyler herhangi bir kuşakta doğarlar ve kendi deneyimleri sonucu belirli bir bakış açısı geliştirirler. Karl Mannheim kuşak kavramını; bireylerin bulunduğu toplumun yaşam deneyimlerinden etkilendiği ve ona göre hepsinin olmasa bile çoğunluğun aynı bakış açısı geliştirdiği '' sosyal bir konum '' olarak tanımlamıştır (Carver ve Candela 2008). Kuşak kelimesinin, Türk Dil Kurumu'nun (TDK) Büyük Türkçe Sözlüğü'ndeki tanımı; yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını taşıyan, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişilerin topluluğu şeklindedir (TDK 2019). Türkiye'de kuşaklar ile ilgili araştırmalar 2000'li yıllarda başlamaktadır (Ekşili ve Antalyalı 2017).

Toplumsal bir varlık olan ve en temel gerekliliği diğer insanlarla birlikte kalmak olan insanlık, tarihin ilk çağlarından beri birlikte olma, birlikte hareket etme ve birleşme eğilimindedir. Aynı dönemde yaşayan, bu nedenle aynı koşulları paylaşan insanlar, aynı deneyimlerle birbirlerinden etkilenmektedirler. Bu durum aynı veya yakın dönemde doğmuş, büyümüş ve büyütülmüş bireylerin benzer özelliklere sahip olmaları ile sonuçlanmaktadır. Doğduğu ve büyüdüğü çevre ile şekillenen bireylerin, kültürel koşulların, ekonomik, sosyal durumların ve tüm insanlığı ilgilendiren durumların benzer özelliklere sahip olması kaçınılmaz olmaktadır. Bu noktadan hareket eden bilim adamları, bireyleri ve özelliklerini tanımlamak için "kuşak" terimini ortaya koymuş ve bu terim üzerinde çalışmalar yürütmektedir (Berkup 2014, Alkire ve ark 2020).

1.7.1. Kuşakların Sınıflandırılması

Birey, dünyaya geldiği andan itibaren akranları ve kendine yakın etkileşim içinde olduğu yaş grubunun doğal üyesi olmaktadır. Bireyin yaşını kapsayan bu zaman dilimi hangi kuşağa dahil olacağını belirlemektedir. Bu durum kuşakların sınıflandırılması olarak adlandırılmaktadır (Delahoyde 2009). Çeşitli araştırma çalışmaları nesiller arasındaki farklılıkların varlığını doğrular (Kampf ve ark 2017). Her nesil önemli birtakım süreçlerden geçmiştir. Hepsinin farklı tutumları, inançları, duyguları olmuştur. Bütün kuşaklar bulunduğu döneme önemli katkı sağlamıştır (Gerow 2018). Bu zaman dilimleri birçok görüşün bir araya gelmesini temsil ettiğinden, nesillerin başlangıç ve bitiş tarihleri değişkendir ve bundan dolayı zaman aralıkları bilimsel anlamda genellenememektedir. Bununla birlikte bu öznellik, yılların değişimi bir neslin tanımının etkileyecek kadar önemli olmadığı için gerçek bir sorun teşkil etmemektedir (Hammill 2005). Literatür incelendiğinde kuşakların başlangıç ve bitiş tarihleri arasında 1-3 yıl değişiklik olduğu ve ortalama bir kuşaktan diğer kuşağa 15-20 yıl olduğu görülmektedir. Yıllarla ilgili net bir tarih olmamasına rağmen; literatürde günümüzde beş kuşağın olduğu belirtilmektedir (Zemke ve ark 1999, McNeese-Smith ve Crook 2003, Appelbaum ve ark 2005, Zani ve ark 2017). Bireyler yaşadıkları dönemden etkiledikleri için Dünya'daki önemli olaylar kuşakların sınıflandırılmasından belirleyici olmuştur. Literatürde yapılan kuşaklarla ilgili araştırmalar hepsinin yabancı kaynaklar olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde kuşaklarla ilgili Türk kültürünü yansıtan çalışmalara pek rastlanamamaktadır (Şen Bezirci 2012).

Tablo 1. Kuşakların zaman dilimleri ve her bir kuşakta Dünyada ve Türkiye'de gerçekleşen tarihsel gelişmeler

	1922-1945* Sessiz Kuşak\ Savaş Kuşağı	**1946-1964* Büyük Bebek Patlaması Kuşağı**	**1965-1980* X Kuşağı**	**1981-2000* Y Kuşağı\ Milenyum Kuşağı**	**2001-2020* Z Kuşağı\ Kristal Çocuklar**
Dünya*	II. Dünya Savaşı Ekonomik Buhran	İnsan Hakları Hareketleri	Petrol Krizi HIV\AIDS Patlaması	Körfez Savaşı Terör Irak Savaşı Obezite Salgını	Teknoloji İçine Doğanlar

Türkiye**	Cumhuriyet Dönemi	İhtilal Çok Partili Dönem	Sağ-Sol Çatışmaları 1961 Anayasasıyla Gelen Özgürlükler	Terör Refah ve Kriz Dönemleri	Teknoloji İçine Doğanlar

*(Hammill 2005)

**(Topçuoğlu 2007, Şen Bezirci 2012)

1.7.2. Sessiz Kuşak

Sessiz kuşak 1922-1945 yılları arasında doğan; gelenekselciler olarak tanımlanan bu bireyler çağımızın en yaşlıları olarak bilinmektedirler (Dölekoğlu ve Çelik 2018, Tümer İkikat 2018). Bu nesil, ebeveynlerinin inancına uyma, isyancı olmama ve kolayca kabullenme davranışı sergilemektedir. Bu neslin üyeleri x ve y kuşaklarını anlamada zorluk çekebilirler (Johnson ve Romanello 2005). Gaziler olarak da adlandırılan bu kuşak, Büyük Buhran ve İkinci Dünya Savaş döneminden etkilenen nesildir (Kampf ve ark 2017). Sessiz kuşak üyeleri kıtlık ve savaş dönemine denk geldiği için zorlu dönemlerden geçmişlerdir (Mercan 2016). Bu iki farklı olayın, güvenlik, tutumluluk konularında nesiller arası kaygı özelliklerini aşıladığına inanılmaktadır (Gray ve ark 2019). Askeri yetiştirme tarzı ile büyüdüklerinden dolayı şikâyet etmezler ve emirlere uyarlar (Williams 2019).

1.7.3. Büyük Bebek Patlaması Kuşağı

Bebek patlaması kuşağı 1945-1960 yılları arasında doğan, savaş sonrası en çok nüfus artışını teşkil etmektedirler. Bu kuşak astronomik nüfus artışı meydana getirdiğinden dolayı toplumun tüm yönlerini etkiledi. Bebek patlaması kuşağı, savaş sonrası refah çağında büyüdü ve çocuklarının kendilerinden önceki nesillerden daha iyi bir yaşam sürmelerini sağlamayı başardılar. Bebek patlaması kuşağı bireyleri eğitime, istihdam fırsatlarına, sağlık ve refah hizmetlerine erişimin iyileştirildiği sosyal değişim, ekonomik büyümenin olduğu zamanda büyüdüler. Antibiyotiklere ve diğer etkili ilaçlara erişimi olan ilk nesildir. Bu ilerlemeler, bebek patlaması kuşağındaki bireylerin sağlığını iyileştirme ve sağlık hizmetlerine olan gereksinimlerini azaltma potansiyeline sahiptir. Öte yandan, bu avantajlar aynı zamanda daha uzun yaşam beklentisine ve hayatta kalma konusunda iyileşmelere

katkıda bulunmuştur. Sonuç olarak, insanlar birden çok kronik hastalık ile daha uzun yaşıyor ve dolayısıyla daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilmektedir (Canizares ve ark 2016). Bebek patlaması kuşağının Türkiye'deki dönemsel özellikleri yurtdışından farklı olduğu görülmektedir. Çünkü o dönemlerde Türkiye'de siyasi sıkıntılar olduğu, ihtilalin yaşandığı ve çok partili sisteme geçildiğini bilmekteyiz (Dölekoğlu ve Çelik 2018, Tümer İkikat 2018). Bu nesil ortak olarak, ekonomik büyüme dönemlerinde yetişti ve üyeleri, savaş sonrası dönemin birçok tarihi olayını ve siyasi ayaklanmalarını yaşadı. Bu nedenle, bu bireyler hırslı ve oldukça rekabetçidir. Aynı zamanda açık, liberaldirler, çatışmalardan kaçınırlar ve sağlıklı yaşam tarzına, kişisel gelişime önem verirler (Kampf ve ark 2017). Şu anda, bebek patlaması kuşağı emeklileri kapsamaktadır (Carver ve Candela 2008). Günümüzün yaşlı hastaları, interneti teknolojik kaynak olarak kullanmaktadırlar. Cep telefonları, yaşlı yetişkinlerin çoğunluğunun sağlığını takip etmesi ve sağlık bilgisine kadar çeşitli sağlık müdahalelerine kolay erişmesini sağlayabilir. Bebek patlaması kuşağındaki bireyler, genellikle sağlıkla ilgili bilgilere daha hevesli ve önceki nesillere kıyasla yeni tedavileri denemeye daha isteklidirler (Canizares ve ark 2016). Bu, hastaların kendi sağlıklarını iyileştirme konusunda kendilerine karşı duyarlılık ve öz yeterliliğini kolaylaştırmaktadır (Kahana ve Kahana 2014). Fakat geniş bir toplum kesiminin emekliliği, sağlık talebindeki artışlar için olumsuz tahminlere neden olmaktadır (Carver ve Candela 2008). Tıp, bebek patlaması kuşağı boyunca önemli ölçüde ilerlemiştir (King ve ark 2013). Bebek patlaması kuşağı; sağlık alanında ilk doğum kontrolü sağlanan ve düşük doğurganlık oranlarına sahip olan nesildir (Mercan 2016).

1.7.4. X Kuşağı

X kuşağı 1965-1980 yılları arasında doğan bireyleri kapsamaktadır. Bu nesil bağımsız olma eğilimindedir ve zorluklara çözümler geliştirmeyi tercih ederler. Bir işi küçük adımlara bölmek ve bir ekip oluşturmak bu kuşağa hitap etmektedir (Williams 2019). İleri teknoloji ve medya, X kuşağının yaşamında önemli bir rol oynamaktadır. Dünya çapında meydana gelen olayların etkileri sayesinde küresel düşünebilen ilk nesildir (Berkup 2014). Bu süre zarfında Dünya' da meydana gelen olaylar; petrol krizi, ekonomik sarsıntılar, HIV/AIDS salgını ve şirket işten çıkarmaları gibi konuları içermektedir (Apostolidis ve Polifroni 2006). Bunların yanında sağlıkla ilgilide pek çok yenilikler olduğu görülmektedir. Örneğin; doğum

kontrol hapının getirilmesi ve kürtajın yasallaştırılması bu kuşağa denk gelmektedir (Kupperschmidt 1998). Sağlık sistemlerine karşı kendilerinden önceki nesillere göre daha az pasif ve daha şüpheci olma eğilimindedirler. Bundan dolayı bu kuşağın bireyleri kendilerini, sağlık sektörünün başlıca karar vericileri olarak tanımlamaktadır. Sadece kendileri için değil yaşlanan ebeveynlerinin ve çocuklarının sağlık kararları üzerinde etkileri bulunmaktadır (Alkire ve ark 2020).

1.7.5. Y Kuşağı

Y kuşağı 1981-2000 yıllarında arasında doğan; olumlu, iddialı, toplumsal, ahlaki değerleri benimseyen bireylerdir. Milenyum kuşağı olarak da adlandırılmaktadır. Y kuşağı internet ile büyüyen ilk nesildir, bilgiye ve bağlantıya sınırsız erişim sağlamaktadırlar (Alkire ve ark 2020) Küreselleşme, iklim değişikliği, teknolojik değişiklikler ve Facebook'tan etkilenmişlerdir (Karácsony 2019). Y kuşağı, önceki nesillere göre daha hoşgörülü, değişime ve çeşitliliğe açık olduğu düşünülmektedir. Çünkü Y kuşağı; artan göç süreçleri, iklim değişikliği, döngüsel ekonomik krizler, ailevi modeller ve birlikte yaşama biçimleri açısından büyük dönüşümlerin yaşandığı bir dönemde toplumsallaşmışlardır (Bernardi 2018). Y kuşağının yurtdışı örnekleri ile Türkiye örnekleri uyuşmamaktadır. Örneğin bu kuşakta yurtdışındaki bireyler için çocuğu dayak atmak uygun bir davranış olarak görülmezken, Türkiye'de aile bireyleri tarafından bu durum normal karşılanmaktaydı. Yine yurtdışında yetişen y kuşağındaki bireylerin çocuklukları rahat ve huzur ortamında geçerken, Türkiye'de üst üste ekonomik krizler yaşandığı ve buhran dönemi geçirdikleri belirtilmekdir (Ekşili ve Antalyalı 2017). Bu dönemde gençlerin hamileliği, suç, uyuşturucu ve alkol kullanımı önemli ölçüde azalmıştır. Bu kuşak ekipler halinde işler yaparak büyüdüğü için, grup projelerini tercih etmektedirler ve hatta bireyselleştirilmiş düşünmede bile zorlanabilmektedirler (Johnson ve Romanello 2005). Sağlıklı beslenme üzerine kuşaklarla ilgili yapılan bir çalışmada y kuşağının belirgin farkı olduğu vurgulanmaktadır (Dölekoğlu ve Çelik 2018, Tümer İkikat 2018). Y kuşağında ülkeye ilk kez fast food yeme biçimi gelmiş ve bunun en büyük temsilci olarak MC Donal's beslenme alışkanlıklarını değiştirmiştir (Ekşili ve Antalyalı 2017).

Sağlık cephesinde, Y kuşağı en iyi sağlık bilincine sahip nesil olarak adlandırılır. Sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için teknolojiye ve sosyal medyaya çok güvenirler. Yapılan bir çalışma da; % 74'ü bir doktoru yüz yüze değil de tele tıp

yoluyla görmeyi tercih edeceklerini söylemiştir (Alkire ve ark 2020). Y kuşağında tıp alanında gerçekleşen bu gelişmeler her geçen gün yaşam beklentisini artırmaktadır (Arslan ve Staub 2015). Y kuşağının teknolojiye olan ulaşım kolaylığı ve güveni, fitness takipçileri ve sağlık uygulamaları gibi sağlıkla ilgili teknolojileri hızla benimsemeleri ile birlikte sağlıkla ilgili bilgilere eşi görülmemiş bir erişim sağladı. Yine de sabırsız doğaları, anında geri bildirim ve yanıt istemelerine neden olur. Bu nedenle, bu grup, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişim için büyük ölçüde teknoloji uygulamalarına güvenmektedir (örn. Randevular, onaylar, test sonuçları) (Alkire ve ark 2020).

1.7.6. Z Kuşağı

Z kuşağı 2001-2020 arası doğan bireyleri kapsamaktadır. Z kuşağı için küreselleşen dünya da; akıllı telefonlar, sosyal medya, teknoloji yaşamın önemli yönleridir. Bu kuşak tamamen dijital bir dünyada doğan ilk kuşaktır (Djordjic 2019). Bu nesil, dünyanın sorunları hakkındaki bilgilere kolay erişimle büyüdü ve anında bilgi sahibi olmaya alışmıştır. Ayrıca, yaşamları boyunca, dünyanın çeşitli yerlerinde küresel sağlık olayları, savaş, terörizm ve şiddet olayları hakkında haber medyası raporları okumuşlardır ve duymuşlardır. Bu kuşak eğitime değer verir çünkü eğitim, istihdam ve kariyer başarısını sağlamaya yardımcı olur; işlerin kolay olmadığına ve istihdamın hayatta kalmak için gerekli olduğuna inanmaktadırlar (Hampton ve Welsh 2019). Dijitalleşme; z nesli çocukların sosyal hayatlarına etki etmektedir ve davranış biçimlerini değiştirmektedir (Taş ve ark 2017). Bir ekranın önünde harcanan her saat için, fazla kilolu olma ihtimali % 20 ile % 30 arasında artmaktadır. Yüksek kalorili tatlandırılmış içeceklerin, yüksek yağlı ve fast-food beslenme alışkanlıklarının da artışıyla obezite sorununa ortaya çıkarmaktadır (Werner ve ark 2012). Ergenlerin ve çocukların sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sağlık hizmetlerine ilişkin gelecekteki talepler için bir saatli bomba gibidir (Van Kleef ve ark 2019). Bu kuşak diğer kuşaklara kıyasla bazı belirgin yaşam tarzı özelliklerini taşıyor. Bunlar daha hareketsiz, daha az aktif, daha dijital olarak bağımlı ve doğal çevreye daha az maruz kalıyorlar. Özellikle elektronik ortamların aşırı kullanımı, çocukların ve gençlerin genel sağlığını ve refahını etkileyebilir. Olası sağlık riskleri arasında obezite, uyku bozuklukları, zihinsel sağlık sorunları, fiziksel ve motor bozukluklar, postüral bozukluklar, vb. hastalık bulunmaktadır (Tümer İkikat 2018, Djordjic 2019).

1.8. Sağlığı Geliştirmenin Kuşaklar Arası Değişimi

Sağlıklı bir yaşam tarzı, sağlık ve refah üzerindeki etkisinden dolayı her geçen gün önemi artmaktadır (Mo ve Winnie 2010). Sürekli gelişim içerisinde bulunan sağlık anlayışının tanımları değişmekte olup, sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi ile ilgili faaliyetler artma eğilimi göstermektedir (Redland ve Stuifbergen 1993). Zaman içinde toplumlar birçok değişikliğe uğramaktadır. Bu değişimlerden bazıları; savaşların meydana gelmesi, sanayileşmenin gerçekleşmesi, şehirlerin oluşması, farklı toplumların birbirini etkilemesi gibi olayları kapsamaktadır. Batılı beslenme alışkanlıklarından kaynaklı hastalık türleri değişmiştir ve ilerleyen zamanlarda da sağlık sorunlarının arttığı görülmektedir (Lim ve ark 2015). Kuşaklararası yaşantısal farklılıklardan dolayı gelecekteki hastalık çeşitleri ve sağlık ihtiyaçları değişeceği öngörülmektedir (Oostrom ve ark 2019). Son araştırmalar nesillerin, ortamların, bireylerin ve popülasyonlarının yaşam boyu deneyimledikleri farklı riskler arasındaki etkileşimi vurgulamaktadır (Whitsel ve ark 2019). Sağlıklı yaşam, daha fazla hareket etmeye, daha az oturmaya ve sağlıklı beslenmeye, vücut ağırlığını korumaya odaklanan gelişmekte olan bir paradigmadır. Çok sayıda klinik çalışma, fiziksel aktivitenin ve egzersizin riskli kalp hastalıklarına, obeziteye ve tip 2 diyabete koruyucu ve önleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Standley ve Vega 2019). Fiziksel olarak hareketsiz yaşayan bireyler, fiziksel olarak aktif olanlara kıyasla %20 ile %30 oranında daha fazla ölüm riskiyle karşılaşmaktadır. Bu durum küresel mortalite için risk teşkil etmektedir. Birçok bilimsel kanıta göre, fiziksel olarak aktif olan yaş gruplarının ve etnik kökenli insanların, yüksek düzeyde sağlık ve zindelik düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir. Fiziksel aktiviteleri yüksek bireylerin, fiziksel olarak inaktif olanlara kıyasla kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kronik tıbbi hastalıkların görülme oranı daha düşük olduğu görülmektedir (Fletcher ve ark 2018). Çalışmalar, ergenlik ve genç erişkinlikte sağlıklı yaşam tarzı bileşenlerini sergileyen daha fazla kişilerin olduğunu doğrulamaktadır. Bu kişilerde ileriki yaşlarda daha düşük tansiyon, kolesterol ve kan glukoz seviyesinin görülme ihtimali daha yüksektir. Davranış modellerinin insanlar yaşlandıkça değişmesi zorlaştığından, yaşam tarzı bileşenlerinin çocukluk ile gençlik dönemlerinde benimsenmesi, yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Gooding ve ark 2015).

1.9. Sağlığı Geliştirmenin Kuşaklararası Değişimi ile İlgili Literatür

Sağlık gelişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda kuşak temelli incelemeler olmasa da, yaş temelli incelemeler görülmektedir. Fakat yaş bazında gruplandırılması yapılırken de, yaşların kuşaklar arası birkaç yaşlık kaymalar olduğu görülmektedir.

Özkan ve Yılmaz'ın (2006) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları adlı çalışmasında; x ve bebek patlaması kuşakların bireylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yaş ile ; kendini gerçekleştirme alt grubu toplam puan ortalaması, sağlık sorumluluğu toplam puan ortalaması, beslenme toplam puan ortalaması ve stres yönetimi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Özkan ve Yılmaz 2008). Bu çalışmada artan yaşla birlikte sağlığa verilen önemin artığı, dengeli beslenildiği, düzenli hayat şeklinin benimsendiği görülmektedir.

Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler adlı çalışmasında; y kuşağındaki öğrencilerin yaş artışına paralel olarak sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek davranışlarının arttığı bulunmuştur (Cihangiroğlu ve Deveci 2011). Öğrencilerin yaşla birlikte kendilerine daha çok özen verip, dikkat ettiği ve arkadaşları ile iletişimin iyi olduğu düşünülmektedir.

Altay ve arkadaşlarının (2015) Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler adlı çalışmasında x kuşağı ve bebek patlaması kuşağında olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranış alt ve toplam ölçek puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Altay ve ark 2015). Bu çalışmada da yaşla birlikte sağlık konusunda bilginin ve deneyimin önemli olduğu görülmektedir.

Özenoğlu ve arkadaşlarının (2018) Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi adlı çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaş faktörünün etkilediğini belirtmişlerdir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme ile toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) puanı ortalama değerleri y kuşağı öğrencilerinde anlamlı ve daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Özenoğlu ve ark 2018). Bu sonuçtan dolayı ilerleyen yaşla birlikte

bireylerin sağlık sorumluluğunun arttığı, sağlığı koruyucu davranışlara yönelimin arttığı görülmektedir.

Yanık ve Noğay (2017) Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi adlı çalışmalarında yaşa göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim ve genel ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklar olduğunu bulmuştur. Çalışmalarında z kuşağı ile y kuşağı arasında stres yönetimi puanlarındaki farkın önemli olduğu belirtmişlerdir. Z kuşağı çalışanların y kuşağı çalışanlarına göre stres yönetimi daha yüksek olduğu görülmektedir (Yanık ve Noğay 2017).

Mehri ve arkadaşlarının (2016) İran'daki Sabzevar Üniversite Öğrencilerinde Sağlığı Teşvik Eden Yaşam Tarzı ve Belirleyicileri adlı çalışmalarında toplam 500 öğrenciye anket uygulanmış. Ankete katılan öğrencilerin ortalama yaşı 21.80 (SS = 3.75)(y kuşağı) ve çoğu (%77,3) bekârdır. Ortalama beden kitle indeksi 22,32 kg / m2 (SS = 3.36)'dir. Genel olarak, %67,6'sının beden kitle indeksi normal aralıkta, %12,1'i düşük kilolu ve % 20,3'ü obez olduğu belirtilmiştir. Öğrenciler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalaması 135.38 (SS = 15.21) orta düzeyde bulunmuştur. En yüksek ortalama (32 üzerinden 26.46) kişilerarası ilişki, bunu manevi gelişim, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu izlemektedir. Beslenme ve fiziksel aktivite boyutlarının ortalama puanları, diğer boyutların ortalama puanları ile orantılı olarak daha düşük bulunmuştur. Öğrenci sağlığının iyileştirilmesinde uygun beslenme ve fiziksel aktivitenin rolü ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde yaşam tarzı değişikliklerinin maliyeti göz önünde bulundurulduğunda bu konulara daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini belirtilmiştir (Mehri ve ark 2016).

Pilkington ve arkadaşlarının (2014) Bebek Patlaması, X Kuşağından Daha Sağlıklı mı? Ulusal Sağlık Araştırması Verilerini Kullanan Avustralya'nın Çalışan Nesillerinin Profili adlı çalışmalarında X Kuşağı, Bebek patlaması kuşağına kıyasla daha yüksek obezite ve diyabet prevalansına sahip olduğu belirtilmiştir. X kuşağının, bebek patlaması kuşağına kıyasla yaşam tarzıyla ilgili olarak obezite ve diyabete yakalanma olasılığı daha erken dönemlerde gerçekleşmekte olduğu bulunmuştur (Pilkington ve ark 2014)

Demirhan ve Eke (2019) Kuşaklar Bağlamında Tüketici Sağlığı Bilişimine Yönelik Bir Araştırma adlı çalışmalarında tüketici sağlığı bilişimi kullanımının

kuşaklar arası değişkenlik gösterdiğini ve kullanım düzeylerinin Y>X>Z şeklinde sıralandığı sonucunu bulmuşlardır. Çalışmaya katılan bireylerin kuşaklara göre karşılaştırılması yapıldığında fayda algısı, sağlıkta ileri teknoloji bilgisi, MHRS bilgisi ve kullanımı, e-Nabız ve mobil sağlık uygulaması bilgisi ve hastaneye duyulan ihtiyacın azalması boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit etmişlerdir. Y kuşağı bireylerin sağlık teknolojileri konusunda fayda algısı ve bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu bulmuşlardır. Z kuşağı bireyler için ise geleceğe yönelik çalışmalar açısından beklenti düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Demirhan ve Eke 2019).

1.10. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Sağlık Gelişimine Etkisi

Fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, minimum derecede alkol tüketimi ve sigaradan uzak durma gibi sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi, kronik hastalıkların ve ölümlerin görülme sıklığında önemli bir ölçüde düşmesini sağlamaktadır (Grandes ve ark 2008). Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında bulaşıcı olmayan hastalıkların erken tespiti edilmesi ve zamanında müdahale edilmesi sonucunda yüksek etkili sağlık hizmet sonuçları olacağı düşünülmektedir (DSÖ 2019d). Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetleri hastalarında bu tür sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmeye çalışmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, eğer sağlıklı bir diyet uygulanırsa, popülasyon yeterli düzeyde fiziksel aktivitede bulunursa ve sigaranın bırakılması durumunda, kalp damar hastalıklarının yaklaşık %80'inin, tip 2 diyabetin %90'ının ve tüm kanserlerin %30'unun önlenebileceği varsayımını bildirmektedir. Yapılan son çalışmalarda, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesinin toplam ölüm oranının yaklaşık %60 oranında düşürülmesine ve yaşam süresinde ortalama 14 yıllık bir artışa neden olduğu görülmektedir. Bu oranlar bireyleri harekete geçirmeye teşvik eder ve bu nedenle de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kliniklerde sağlık uzmanları tarafından hareketli bir yaşam tarzı önerilmektedir (Grandes ve ark 2008). Toplum sağlığı hizmeti veren çalışanların sağlığın geliştirilmesinde ve teşvikinde olan rolü önemlidir. Çünkü bu sağlık hizmeti veren çalışanlar, hastaların birinci basamak sağlık sistemi içinde kendileriyle daha yakın temas kurmasından dolayı birinci derece etkileme potansiyeline sahiptir. Çoğu toplum sağlığı çalışanı, bireyleri fiziksel aktivite konusunda bilgilendirmesine rağmen çoğu tavsiyelere uymadığından dolayı fazla kilo riski taşımaktadır. Toplum sağlığı çalışanlarının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki çalışmaları

sayesinde karşılaşılabilecek sağlık sorunları profesyonel olarak önlenebilmektedir (Hidalgo ve ark 2016). Halk sağlığı hemşireleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde hastalara ve topluma karşı yaşam tarzı ile ilgili bilgileri aktarmada kilit rolü oynamaktadır. Ayrıca kendi yaşam tarzlarında sergiledikleri sağlıklı yaşam davranışları ile hastalara örnek bir tutum sergilemektedir (Jonsdottir ve ark 2011).

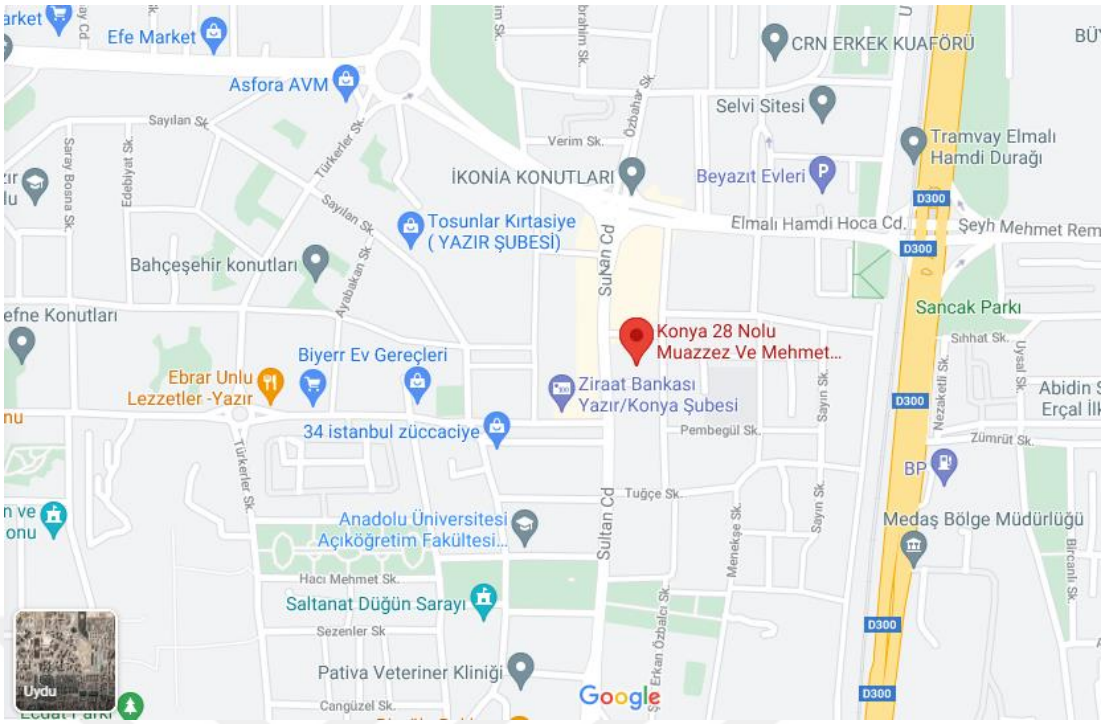
2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma bireylerin; sağlık önem algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kuşaklara göre değişimini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişkisel tasarımda yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma 28 Nolu Muazzez ve Mehmet Hilmi Uyar Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yaşayan bireyler ile yapılmıştır. Konya 28 Nolu Muazzez ve Hilmi Uyar ASM Konya ilinin Selçuklu merkez ilçesine bağlı Yazır Mahallesinde bulunmaktadır. Konya'nın en büyük ilçesi olan Selçuklu, Türkiye'de bulunan 49 ilden daha fazla nüfusa sahiptir. Yazır mahallesinin nüfusu ise 2018 yılında 61483 kişidir. Bu 28 Nolu ASM'de muayene, müdahale, pansuman, gebe ve bebek izlem, aşı ve ana çocuk sağlığı hizmetleri verilmektedir. Araştırma için bu bölgenin seçilmesi; nüfus yapısı ve yoğunluğunun araştırmanın yürütülmesinde kolaylaştırıcı bir faktör olmasıdır. Aynı bölgede farklı kuşaklara ulaşarak kültür ve ekonomik durumun etkisi kontrol altında alındığı varsayılmıştır.



Şekil 1. Konya 28 Nolu Muazzez ve Hilmi Uyar ASM Bölge Haritası

2.3. Araştırmanın Evreni

Bu araştırma için Konya Selçuklu ilçesine bağlı 28 Nolu Muazzez ve Mehmet Hilmi Uyar Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan X, Y ve Z kuşağındaki 456 birey bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

2.4. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde ilişki arayıcı çalışmalar için önerilen bir hesaplamadan yararlanılmıştır. Bağımsız değişken sayısı (11), etki büyüklüğü düzeyi (0.15), Alfa değeri (0.05) ve güç düzeyi (0.90) göz önünde bulundurularak belirlenen örnek büyüklüğüne göre herbir kuşak için 152; toplamda ise 456 kişi çalışmanın örnek büyüklüğünü oluşturulmuştur (Cohen ve ark 2013).

2.5. Örneklem Seçimi

X, Y, Z kuşakları için rastlantısal örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Rastlantısal örnekleme yöntemi, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biridir ve geniş evren araştırmalarında kullanılmaktadır. Bu örnekleme yöntemi; bireyleri evlerinde veya iş yerlerinde yaşadıkları ortamda değerlendirmektedir. Günümüzde hemşire

araştırmacılar toplum temelli araştırmalarında sıklıkla bu yöntemi kullanmaktadır. Bu yöntem de bölgedeki adreslerin listesi alınır, rastlantısal olarak (kura yöntemi olabilir) bir adres belirlenir. Bu adres başlangıç noktası kabul edilir. Seçim kriterleri oluşturulur. Örneğin, başlangıç adresindeki evin karşı tarafından sola dönüldüğünde yer alan ilk ev ve sonrasında yer alan 10. ev seçilerek, bu evlerde bulunan öngörülen sayıda birey ile görüşülecektir şeklinde (Dempsey ve Dempsey 2000, Erdoğan ve ark 2017). Bu çalışma da ilk ev belirlenmiş daha sonra 3 daire atlanarak (sadece ev değil, iş yeri ve kafe gibi yerlerde denk gelmiştir) veri toplama sürecine devam edilmiştir. Ancak araştırma süresince Covid-19 pandemisi yaşandığından bireylerle görüşmeler ev ziyareti şeklinde her zaman yapılamamıştır. Bireylerden, daha çok açık ve toplu alanlarda anket toplama yöntemi de uygulanmıştır.

2.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Tanı almış fiziksel ya da zihinsel bir sağlık sorunu olmayan ve iletişim problemi yaşamayan; çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler arasından örneklem seçimi yapılmıştır.

2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan ve bireylerin sosyo-demografik, sağlık özelliklerine ilişkin durumlarını değerlendiren 11 soruluk veri formu, Sağlığın Önemi Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile 01.09.2020 – 15.11.2020 tarihleri arasında toplanmıştır (Bostan Akmeşe ve Beşer 2017, Kolaç ve ark 2018).

2.6.1. Anket Formu (EK-A)

Anket formu sosyo-demografik özellikleri ve bazı yaşam alışkanlıklarının değerlendirildiği sorulardan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler yaş, cinsiyet, yerleşim yeri (en uzun süre), eğitim durumu, algılanan ekonomik durum, medeni durum, çocuk sahibi olma (7 soru); sağlık özellikleri ise; sigara kullanma, alkol tüketimi ve kronik hastalık varlığıdır (3 soru). Ayrıca bu formda bireylerin algıladıkları kuşak grubuna ilişkin bir soru bulunmaktadır. Toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

2.6.2. Sağlığın Önemi Ölçeği (SÖÖ) (EK-B)

Wallston ve arkadaşları (1976) tarafından, Rokeach'in 1973 yılında geliştirdiği 18 maddelik bireyin değer haritası (Value Survey) ölçeğinin 9 maddesi alınarak, sağlık maddesinin eklenmesi ile 10 maddelik ölçek olarak geliştirilmiştir. Esin ve Erdoğan tarafından 1997 yılında Türkçeye uyarlanan ölçeğin güvenirliği test-tekrar korelasyonu ile değerlendirilmiş ve r değeri 0,89 ve anlamlılık derecesi p=0.00 bulunmuştur. Ölçek iki değeri tanımlamayı sağlar. Biri mutluluk, özgürlük, rahat bir yaşam, başarı duygusu ile yaşamak gibi hedefler içinde sağlığını hangi derecede gördüğünü belirler, diğeri bireyin yaşam hedeflerinin önem sırasını belirleyerek danışmanlık yapılmasını sağlar. Bireyden 10 maddeyi önem derecesine göre; her bir maddenin sol başına 1'den 10'a doğru sıralandırma yapması istenir. Sağlık maddesinin başına yazılan sayı 11'den çıkarılır. Bulunan sayı ölçeğin puanıdır. En düşük puan 1, en yüksek puan 10'dur. Yüksek puan yüksek sağlık değerine sahip olunduğunu gösterir. Ölçeği geliştiren araştırıcılar, bu ölçeğin daha sonra kullanımı durumunda geçerliliği ve güvenirliği için başka bir işlem yapılmasına gerek olmadığını belirtmişlerdir (Esin 1997). Sonuç olarak ölçeğin Türkçe için kullanılabilir olduğu belirlenmiş ve çok sayıda araştırmada da kullanılmıştır (Zaybak ve Fadiloglu 2004, Gülduran ve ark 2013, Göl 2016). Bu ölçeği kullanabilmek için izin alınmıştır.

2.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği-II (SYBDÖ) (EK-C)

Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Walker ve ark. (1987) tarafından ölçek geliştirilmiş 1996 yılında düzeltilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması en son 1998 yılında yapılması ve üzerinden on yıllık bir süre geçmiş olmasından dolayı ölçeğin tekrardan toplumuza uyarlanmasına gereksinim duyulduğundan Bahar ve ark. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' de yer alan 52 madde için madde analizi ve iç tutarlılık Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmıştır. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı

0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin cronbach alfa değeri 0,79-0,87 arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça, kişinin de daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin orijinalinde güvenirlik katsayısı .94; Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ise .92 olarak bulunmuştur. Geçerlilik analizi için açıklayıcı faktör analizi yapılmış ve ölçeğin toplam varyansı %47.1'dir (Bahar ve ark 2008). Sonuç olarak ölçeğin Türkçe için kullanılabilir olduğu belirlenmiş ve çok sayıda araştırmada da kullanılmıştır (Adıbelli ve ark 2017, Tedik ve Hacıalioğlu 2017). Bu ölçeği kullanabilmek için izin alınmıştır.

2.7. Ön Uygulama

Selçuklu Bölgesinde araştırmanın yapıldığı ASM dışında başka bir ASM bölgesinde yaşayan X, Y ve Z kuşağını içeren toplam 10 bireye anket uygulanmıştır. Ön uygulamada problem yaşanmadığı için ankette değişiklik yapılmamıştır. Anketin doldurulma süresi yaklaşık 15-30 dakika olarak bulunmuştur

2.8. Değişkenler

2.8.1. Bağımsız Değişkenler

- Yaşa göre kuşak bilgisi (Doğum Tarihi)
- Cinsiyet
- En Uzun Süre Yaşanılan Yer
- Eğitim Durumu
- Algılanan Ekonomik Durum
- Medeni Durum
- Çocuk Sahibi Olma
- Algılanan Kuşak Bilgisi
- Sigara Kullanma Alışkanlıkları
- Alkol Kullanma Alışkanlıkları
- Kronik Hastalık Bilgisi

2.8.2. Bağımlı Değişkenler

- Sağlığın Önemi Ölçeği
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği II

2.9. Verilerin Analizi

Araştırma verileri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, olarak özetlenmiştir. Normallik analizi için Kolmogrov Simirnov ve Shapiro Analizi yanı sıra skewness ve kurtosis değerleri kullanılmıştır. Gruplar arası ortalama farkının incelenmesinde t testi ve tek yönlü varyans analizi; kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. P değeri çift yönlü ve <0.05 değerler anlamlı kabul edilmiştir. Çoklu regresyon analizi için varsayımlar gözden geçirilmiş, kategorik değişkenler kukla değişken olarak yeniden kodlanmıştır ve enter modeli tercih edilmiştir.

Veri analizinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır

2.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Konya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin (Bkz. EK-G) ve Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan etik onay (Bkz. EK- F) alınmıştır. Çalışmada kullanılmak için ölçeklerin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapan kişilerden yazılı izinler alınmıştır (Bkz. EK-E). Anket formları doldurulmadan bireylere aydınlatılmış onam formu (Bkz. EK-D) ile onamları alınmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan x, y ve z kuşağı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması çizelge 3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. X, Y ve Z kuşaklarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	X Kuşağı	**Y Kuşağı**	**Z Kuşağı**	**Toplam**	
Cinsiyet	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Ki-kare ve p değeri
Kadın	76(50)	77(50,7)	78(51,3)	231(50,7)	χ^2= 0,53
Erkek	76(50)	75(49,3)	74(48,7)	225(49,3)	p=0,974
En uzun süre yaşanan yerleşim yeri					
Şehir	113(74,3)	125(82,2)	121(79,6)	359(78,7)	χ^2= 3,459
İlçe	33(21,7)	21(13,8)	25(16,4)	79(17,4)	p=0,484
Köy	6(3,9)	6(3,9)	6(3,9)	18(3,9)	
Eğitim Durumu					
Okur-Yazar\İlkokul Mezunu\Ortaokul Mezunu	78(77,2)	12(11,9)	11(10,9)	101(22,1)	χ^2= 300,4 p<0,000
Liseye devam ediyor\Lise Mezunu	48(22,9)	29(13,8)	133(63,3)	210(46,2)	
Üniversite Mezunu\Lisansüstü Mezunu	26(17,9)	111(76,6)	8(5,5)	145(31,7)	
Ekonomik Durumu					
Kötü	18(11,8)	23(15,1)	21(13,8)	62(13,6)	χ^2= 12,44
Orta	124(81,6)	100(65,8)	108(71,1)	332(72,8)	p=0,014
İyi	10(6,6)	29(19,1)	23(15,1)	62(13,6)	
Medeni Durum					
Evli	139(91,4)	110(72,4)	6(3,9)	255(55,9)	χ^2=261,08
Bekar\Boşanmış\Dul	13(6,5)	42(20,9)	146(72,6)	201(44,1)	p<0,001
Çocuk					
Yok	7(4,6)	68(44,7)	151(99,3)	226(49,6)	χ^2=274,98
Var	145(95,4)	84(55,3)	1(0,7)	230(50,4)	p<0,000
Çocuk Sayısı					
Yok	7(4,6)	68(44,7)	151(99,3)	226(49,6)	χ^2=335,75
1 tane	16(10,5)	39(25,7)	1(0,7)	56(12,2)	p<0,001
2 tane	68(44,7)	35(23)	0(0)	103(22,6)	
3 ve üzeri	61(40,1)	10(6,6)	0(0)	71(15,6)	
Algılanan Kuşak Bilgisi					
Z Kuşağı	1(0,7)	14(9,2)	54(35,5)	69(15,1)	χ^2=102,97
Y Kuşağı	38(25)	60(39,5)	55(36,2)	153(33,6)	p<0,001
X Kuşağı	113(74,3)	78(51,3)	43(28,3)	234(51,3)	
Toplam	152(33,3)	152(33,3)	152(33,3)	456(100)	

Çizelge 3.1.'de çalışma her kuşaktan eşit katılımcı ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %50,7'si kadın, %78,7'sinin en uzun süre yaşadıkları yer şehirdir. Katılımcıların %34,9'u lise mezunudur, %72,8'i ekonomik durumunun orta düzeyde algılamaktadır, %55,9'unun evli ve %50,4'nün çocuğu olduğu

görülmektedir. Algılanan kuşak bilgisine göre ise bireylerin %51,3'ü X kuşağı özelliklerini taşıdıklarını belirtmişlerdir.

Kuşaklara göre sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldığında grupların cinsiyet ve en uzun yaşadığı yer yönünden benzer olduğu görülmektedir. X kuşağında okur-yazar\ilkokul mezunu\ortaokul mezunu, Y kuşağında üniversite mezunu\ lisansüstü mezunu ve Z kuşağında liseye Devam Eden\lise Mezunu olanların oranı yüksektir. X kuşağında ekonomik durumunu iyi algılayanların oranı daha düşüktür. Z kuşağında bekarların oranı ve çocuk sahibi olmayanların oranı daha yüksektir. X kuşağındakilerin %74,3'ü kendini X kuşağında algılamakta; Y kuşağının %39,5'i kendini Y kuşağında algılamakta ve Z kuşağının %35,5'i kendini Z kuşağında algılamaktadır. Bu farklılıklar gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlıdır (0<0.05) (Çizelge 3.1.).

Çalışmaya katılan x, y ve z kuşağı bireylerin bazı sağlık alışkanlıklarına göre dağılımı çizelge 3.2'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. X, Y ve Z kuşaklarının bazı sağlık alışkanlıklarının karşılaştırılması

	X Kuşağı	**Y Kuşağı**	**Z Kuşağı**	**Toplam**	
Sigara kullanımı	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Ki-kare ve p değeri
Yok	86 (56,6)	92 (60,5)	119 (78,3)	297(65,1)	χ^2= 26,20
Bırakmış	14 (9,2)	6 (3,9)	3 (2,0)	23(5,0)	p=0,001
Günde birkaç tane	9 (7,2)	15 (9,9)	11 (5,9)	35(7,7)	
Haftada 1 paket	3 (2,0)	7 (4,6)	4 (2,6)	14(3,1)	
Günde 1 paket	38 (25,0)	32 (21,1)	17 (11,2)	87(19,1)	
Alkol kullanımı					
Yok\Bırakmış	139(91,5)	135 (88,9)	137 (90,1)	411(90,1)	χ^2= 0,592
Nadiren\Hafta da 1 kadeh\Günde 1 kadeh	13(8,5)	17 (11,1)	15 (9,9)	45(9,9)	p=0,744
Kronik hastalık					
Evet	40 (26,3)	5 (3,3)	8 (5,3)	53(11,6)	χ^2= 48,20
Hayır	112 (73,7)	147 (96,7)	144 (94,7)	403(88,4)	p<0,001
Toplam	152(33,3)	152(33,3)	152(33,3)	456(100)	

Çizelge 3.2. incelendiğinde katılımcıların %65,1'nin sigara kullanmadığı, %87,9'unun da alkol tüketmediği görülmektedir. Ayrıca %88,4'ü kronik hastalığı olmadığını belirtilmiştir.

Kuşaklara göre bazı sağlık alışkanlıklarının karşılaştırılmasında; Z kuşağı bireylerin %78,3'ü sigara kullanmadığını ve X kuşağı bireylerinin ise %91,5'inin alkol tüketmediğini belirlenmiştir. X kuşağının %26,2'ünün kronik hastalığı varken, Y kuşağı bireylerin %96,7'sinin ve Z kuşağının %94,7'sinin kronik hastalığı olmadığı saptanmıştır. Kuşaklar arasında; sigara tüketimi ve kronik hastalık açısından farklılıklar vardır ($p<0.05$). Alkol tüketimi açısından ise kuşaklar benzer özellik göstermektedir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Katılımcıların SÖÖ puanı ve SYBDÖ II puanı ile kuşaklar arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Kuşaklar	**Sağlığın Önemi Ölçeği X±SS**	**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II X±SS**
Z Kuşağı	6,90±2,50	135,75±21,37
Y Kuşağı	8,57±2,21	132,49±20,42
X Kuşağı	9,44±1,26	134,28±21,86
Toplam	**8,30±2,31**	**134,17±21,22**
Test İstatistiği	**F: 59,367**	**F:0,901**
	p<0,001	**P:0,407**

Sağlığın önemi ölçeğinin puanları kuşaklara göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F= 59,37$, $p<0.001$). Yapılan ileri analizlerde Tukey testi ile yaş arttıkça sağlığa verilen önemin arttığı doğru bir orantı ile arttığı çıkmıştır. X kuşağının (55-40) diğer iki kuşaktan ayrılarak en yüksek değeri aldığı, Z kuşağının (20-0) ise en düşük değere sahip olduğu tespit edilmiştir (X>Y>Z) (Çizelge 3.3).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı kuşaklara göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SÖÖ toplam puan ile SYBDÖ II toplam puanının karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	SÖÖ	SYBDÖ II
Algılan Kuşak Bilgisi		
Z Kuşağı	6,91±2,47	131,1±23,43
Y Kuşağı	8,12±2,38	132,6±22,01
X Kuşağı	8,84±2,02	136±19,88
Test ve p değeri	F:20,837 p<0,00	F:2,101 p:0,124
Cinsiyet		
Kadın	8,41±2,29	134,6±20,7
Erkek	8,20±2,33	133,7±21,7
Test ve p değeri	t:0,209 p:0,341	t:0,463 p:0,644
En uzun süre yaşanan yerleşim yeri		
Şehir	8,43±2,23	134,8±21,61
İlçe	7,95±2,38	132,8±19,09
Köy	7,28±3,19	125,8±21,23
Test ve p değeri	F:3,299 p:0,038	F:1,753 p:0,174
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar\İlkokul Mezunu\Ortaokul Mezunu	8,84±2,08	134,8±22,19
Liseye devam ediyor\Lise Mezunu	7,86±2,45	134,6±21,23
Üniversite Mezunu\Lisansüstü Mezunu	8,57±2,15	132,9±21,22
Test ve p değeri	F:7,750 p:0,000*	F:0,344 p:0,709
Ekonomik Durumu		
Kötü	8±2,42	129,03±22,51
Orta	8,42±2,22	134,7±20,71
İyi	8,02±2,63	136,03±22,17
Test ve p değeri	F:1,402 p:0,247	F:2,209 p:0,111
Medeni Durum		
Evli	9,11±1,74	133,9±21,97
Bekar	7,12±2,54	134,7±20,20
Boşanmış\Dul	9,43±0,93	130,6±21,72
Test ve p değeri	F:50,98 p:0,000*	F:0,288 p:0,750
Çocuk		
Yok	7,34±2,52	134,5±19,99
Var	9,23±1,62	133,7±22,37
Test ve p değeri	t:9,570 p:0,000*	t:-0,407 p:0,684
Çocuk Sayısı		

Çizelge 3.4. (devam) Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SÖÖ toplam puan ile SYBDÖ II toplam puanının karşılaştırılması

Yok	7,35±2,51	134,7±20,05
1 tane	9,18±1,49	129,2±23,26
2 tane	9,31±1,59	131,4±20,95
3 ve üzeri	9,21±1,76	140,0±22,46
Test ve p değeri	F:30,759 p:0,000*	F:3,458 p:0,016*
Toplam	456	456

Algılanan kuşaklar arasında sağlığın önemi bakımından anlamı bir farklılık vardır ($p<0.05$). X kuşağı Y ve Z kuşağına göre sağlığa verdiği önem daha fazlayken Y kuşağının Z kuşağına göre sağlığa verdiği önem daha fazladır. Algılanan kuşaklar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0.05$).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı ve sağlığın önem ölçeğiyle cinsiyet, en uzun yerleşim yeri, ekonomik durum, eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Medeni durum sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ile ilişkili değilken, evli olan çiftlerin, evli olmayanlara göre sağlığa daha fazla önem verdiği ve dul veya boşanmışların, evli olmayanlara göre daha fazla sağlığa önem verdikleri görülmektedir ($p<0.05$). Bireylerin sağlığa verdikleri önem puanın eğitim düzeylerine göre farklılaştığı görülmektedir ($p<0.05$). Liseye giden ya da lise mezunu olan bireylerin sağlığa daha az önem verdiği bulunmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı ve bireylerin sağlığa verdikleri önemin çocuk sayısına göre farklılaştığı görülmektedir ($p<0.05$). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan bireyler, çocuk sayısı 1 ve 2 olan bireylerden daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları bulunmuştur.

Çizelge 3.5. Sağlığın önemi ölçeği ve SYBDÖ II'nin belirleyicileri

Özellikler	Sağlığın Önemi			Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği II		
Yaşa Göre Kuşak	***Beta***	***t değeri***	***p değeri***	***Beta***	***t değeri***	***p değeri***
Y Kuşağı	-0,225	-2,751	0.006	-0,134	-1,443	0,150
Z Kuşağı	-0,347	-3,837	0.000	-0,094	-,920	0,358
Algılanan Kuşak						
Y Kuşağı	-0,071	-1,545	0.123	-0,081	-1,559	0,120
Z Kuşağı	-0,087	-1,745	0,082	-0,132	-2,325	0,021
Erkek olma	-0,038	-0,877	0.381	0,013	0,270	0,788
Köyde yaşama	-0,065	-1,540	0.124	-0,086	-1,794	0,074
Üniversite ve üzeri eğitim	0,052	0.817	0.415	-0,019	-,259	0,796
Lise ve lise mezunu	0,127	2.007	0.045	-0,006	-,083	0,934
Kötü ekonomik algı	-0,018	-0.412	0.681	-0,085	-1,735	0,083
Bekar olma	-0,209	-2.838	0.005	0,006	0,073	0,942
R	0.504			0.201		
R^2	0,254			0.040		
F	14.504	<0.001		1.990	p=0.039	

Sağlığın önemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği II' nin toplam puanının belirleyicileri çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sağlığın önemi puanı için yaşa göre Y ve Z kuşağında ve bekar olmanın ise puan düşmesine neden olan bir belirleyici olduğu belirlenmiştir. Bu belirleyiciler ölçek puanının %25'ini açıklamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği II içinse tek belirleyicinin kendini Z kuşağında algılamak olduğu ve bu algının Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği II' nin puan düşmesine neden olduğu görülmektedir (R^2 =%4) (Bkz. Çizelge 3.5).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, ‘‘Bireylerin; sağlığa verdikleri önem ve SYBD düzeylerinin kuşaklara göre değişip değişmediğini belirlemek” amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, ilgili literatürle tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlığın önemi ölçek puan toplamı 8,30±2,31 bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.3). Sağlığın önemi ölçeğinden alınabilecek puan en az 1, en fazla 10’dur (Esin 1997). Araştırma sonucu değerlendirildiğinde bireylerin sağlığın önemi ölçek toplam puanı yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir. Gülduran ve arkadaşlarının (2013) örneklem olarak, bir kömür işletmesinde çalışan 745 erkek işçi ile yaptıkları çalışmada sağlığı önemseme puanını 8,48±2,41 olarak bulmuşturlar. Özer ve Argon (2005) kalp yetmezliği tanısı olan 102 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada sağlığa verilen önemseme düzeyini 8,75 bulmuşturlar (Özer ve Argon 2005). Bu araştırma sonuçları değerlendirildiğinde çalışmamıza benzer olarak sağlığın önemi puanı yüksek bulunmuştur. Bireylerin yaşadığı ve çalıştığı topluluk, yaşı, sağlık bilgi düzeyi, deneyimleri, kültürel normları değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle sağlığa verdikleri önem düzeyinin de değişebileceği düşünülebilir. Türk toplumunda ise sağlık önemsenen bir kültürel öğe olarak günlük yaşam pratiğinde yer almaktadır.

Yaptığımız bu çalışmada kuşaklar arası sağlık önem düzeyine ilişkin bulgulara bakıldığında; sağlığın önemi ölçeğinin puanının kuşaklara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Fakat sağlıklı yaşam biçimi davranışları kuşaklararası ilişki incelendiğinde; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından alınan puanların yaşla değişmediği bulunmuştur. Sağlığın önemine göre; X kuşağının (55-40) diğer iki kuşaktan ayrılarak en yüksek değeri aldığı, Z kuşağının (20-0) ise en düşük değere sahip olduğu yapılan ileri analizler ile tespit edilmiştir. Bu durumda X kuşağının sağlığa verdikleri önem düzeyinin diğer kuşaklara göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir (X>Y>Z) (Bkz. Çizelge 3.3). Sağlık önem düzeyini konu edinen diğer araştırmalarda elde edilen bulgular, yapılan bu çalışmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Göl (2016) sanayi sitesinde çalışan 14-18 yaş arasındaki 50 çocuk ve genç işçi ile yaptığı çalışmada; bizim çalışmamızda da bulduğumuz sonuçlara benzer olarak, Z kuşağı bireylerinin sağlığı önemseme düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir (Göl 2016). Bu elde edilen

sağlığı önemseme düzeyinin ortalama değer üzerinde olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar yaptığımız çalışmada da görüldüğü gibi yaş artıkça sağlığı önemseme düzeyinin arttığını göstermektedir. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızdan farklı sonuçlarda bulunmaktadır. Gülduran ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada ortalama yaşın 43,81±7,57 olduğu görülmektedir. Örnekleme dahil olan bireyler genel olarak X kuşağına mensuptur (Gülduran ve ark 2013). Yürüttüğümüz çalışmada X kuşağı bireylerin sağlığın önemseme düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Gülduran ve arkadaşlarının araştırmasında elde ettikleri bulgularda ise ileri yaş grubunda sağlığın önemsemenin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni olarak Gülduran ve arkadaşlarının araştırma grubundaki bireylerin kötü çalışma koşullarına bağlı olduğunu düşünebiliriz.

Literatürde sağlığın öneminin yaşa göre değiştiğini destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Sağlık; mutlu ve başarılı bir hayat sürmek için önemli bir etkendir. Avustralya'da nüfus temelli bir çalışmada, emeklilik sonrası bireylerin sigarayı bıraktığı, fiziksel aktivitelerinde artış olduğu, oturarak geçirilen sürenin azaldığı ve düzenli uyku gibi olumlu yaşam tarzı değişikliklerinin olduğu bulunmuştur (Ding ve ark 2016, Burton ve ark 2021). Genel olarak yaş ilerledikçe sağlığa verilen önem artarken, genç yaş gruplarında sağlığa verilen önem düzeyi düşük kalmaktadır. Bireyleri kuşaklara göre değerlendirdiğimizde; sağlık önem düzeyindeki farklılığın temel nedenin, yaşa bağlı yaşam tarzından kaynaklandığı da ifade edilebilir. Bu durumun ortaya çıkmasındaki ana nedenlerden biri Z kuşağının teknoloji içerisindeki benimsediği yaşam şekli olabileceğini düşünebiliriz. Amerika'da Z kuşağı bireylerle yapılan bir çalışma da % 95'inin bir akıllı telefona erişimi var ve % 97'inin de yedi büyük çevrimiçi platformdan en az birini kullandığı ve zamanlarının çoğunu da çevrimiçi geçirdikleri bulunmuştur (Parker ve Igielnik 2020). Buradan Z kuşağı bireylerinin kendilerine ayırdıkları zamanın azaldığını, sağlıklarının sosyal medya ilgilerinin gerisinde kaldığını söyleyebiliriz. Literatürde sağlıkla ilgili olarak, orta yaşlı ve yaşlı bireylerin gençlere göre daha sağlık odaklı olma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bunun nedeni, yaşlı bireylerin hastalanma riski daha yüksek olduğu için sağlık endişelerinden daha fazla etkilenmesidir (Casini ve ark 2015).

Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanı orta değerin biraz üstünde 134,17±21,22 bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.3). Literatür incelendiğinde; Mak ve arkadaşlarının (2018) Çin' de hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmasında SYBDÖ II' nin puanını 128,2±17,4 bulmuşturlar (Mak ve ark 2018). Pehlivan ve arkadaşları (2017) Mersin il merkezinde yaşayan 123 ev kadını üzerinde yaptıkları çalışmada SYBDÖ II' nin puanını 132,3±21,8 bulmuşturlar (Pehlivan ve ark 2017). Bostan Akmeşe ve Beşer (2017) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada SYBDÖ II' nin puanını 125,62±19,40 bulmuşturlar (Bostan Akmeşe ve Beşer 2017). Özenoğlu ve arkadaşları (2018) üniversite öğrencilerin de yaptıkları çalışmada ise SYBDÖ-II puanı ortalaması 123,77±15,39 olarak bulmuşturlar (Özenoğlu ve ark 2018). Literatürde yapılan çalışmalarda, bu çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırma toplum tabanlı bir çalışmadır. Bundan dolayı çalışma da SYBDÖ-II puanının diğer çalışmalara göre biraz daha yüksek olmasının sebebi araştırmanın yapıldığı bölgeden kaynaklanmış olabilir. Bu bölge sosyoekonomik yönden gelişmiş bir bölgedir. Çalışmanın yürütüldüğü bölgede yürüyüş alanları, spor salonları, piknik alanları ve kafeterya gibi sosyal yaşam alanları bulunmaktadır. Bundan dolayı yaşanılan mahalledeki imkanlar doğrultusunda insanların sağlık davranışlarının etkilendiğini düşünebiliriz. Sağlığı geliştirme kavramının ele alındığı Ottawa sözleşmesi de ekonomik durum ve olanakların sağlanmasını sağlığın geliştirilmesi için ön şart kabul etmektedir (Aydın 2019). Ancak yine de ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu ve sağlığı geliştirici davranışların kronik hastalıkların önlenmesindeki rolü düşünüldüğünde bu çalışmadan elde edilen puanın yetersiz olduğu unutulmamalıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kuşaklar arası incelediğimiz araştırmamızda elde edilen veriler literatür ile benzerlik göstermektedir. Shaahmadi ve arkadaşlarının (2019) İran'da çoğunluğu y kuşağı 240 kadınla (yaş ort 31.10 ± 7.29) yaptıkları çalışmada SYBDÖ-II toplam ölçek puan ortalamasını 106.64 ± 11.93 bulunmuştur. Bu çalışmada yaş grupları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Shaahmadi ve ark 2019). İsfahan' da yapılan bir araştırmada da yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde hiçbir etkisi olmadığı bulunmuştur (Dehkordi 2018). Çalışkan ve Saykılı (2020) İç Anadolu'da bulunan bir ilde Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan yaş aralığı 17 ile 65 arasında değişen 175 kişi ile yapılan araştırmada SYBDÖ-II toplam ölçek puan ortalaması

128,79±19,78 bulunmuştur. Bu çalışmada yaş grupları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Çalışkan ve Saykılı 2020). Savaşan ve arkadaşlarının (2013) koroner arter hastaları ile yaptıkları çalışmada (yaş ortalaması: 57±11) SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 128±22 olarak bulunmuştur. SYBDÖ-II toplam puanının yaşa göre farklılık göstermediği bulunmuştur(Savaşan ve ark 2013). Özçelik ve Sönmez (2016) Isparta il merkezinde bazı meslek gruplarına yaptıkları çalışmada (yaş ortalaması 42,9±6,6) SYBDÖ-II toplam ölçek puan ortalaması 136,3±22,0 bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada SYBDÖ-II toplam puanının yaşa göre değişmediği saptanmıştır (Özçelik ve Sönmez 2015). Fakat araştırmamızda yaş değişkenine göre elde ettiğimiz bulgular bazı çalışmalarla (Özkan ve Yılmaz 2008, Koçoğlu ve Akın 2009, Ulla Díez ve Pérez-Fortis 2010, Küçükberber ve ark 2011, Zhang ve ark 2013) çeliştiği de görülmektedir. Bireylerin yaşam tarzını etkileyen birçok etken vardır (Grey 2017, Wang ve Geng 2019). Araştırmamızı uyguladığımız bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları için yaşın önemli bir etken olmadığını ifade edilebilir. Aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için yapılan çalışmaların grupları değişkenlik gösterdiğinden toplumun tamamına genellemek oldukça zordur. Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin yaşadığı çevre tarafından sosyal, kültürel ve ekonomik etkenlerden etkilendiğini düşünebiliriz. Ayrıca SYBD ile ilgili hemşirelik girişimlerine toplumdaki bütün yaş gruplarının gereksinim duyduğunu göstermektedir.

Sosyo-demografik özellikler ile sağlığın önemi ölçeğinde yaş, eğitim durumu, medeni durum ve SYBDÖ-II ölçeğinde ise çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Çizelge 3.4). Yüksek lisans ve üniversite ile ilkokul ve ortaokul mezunları, lise mezunlarına göre sağlıklarına daha fazla dikkat ettikleri bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu çalışma ile çelişen sonuçlar bulunmaktadır. Göl (2016) ve Gülduran ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada sağlığın önemi toplam puanının eğitim düzeyinden etkilenmediği bulunmuştur (Gülduran ve ark 2013, Göl 2016). Bekarlar sağlığın önemi ölçeğinden en düşük puanı alan kısımdır. Bekar bireylerin çoğunluğunu Z kuşağı temsil etmektedir. Evli ve dul veya boşanmış olan bireylerin çoğunluğunu ise Y kuşağı ya da X kuşağını temsil etmektedir. Evli olan bireyler ve dul veya boşanmış bireylerin aynı zamanda daha yüksek bir yaş ortalamasına sahip olduğunu düşünülürse yaş arttıkça sağlığa verilen önemin arttığını

söylebiliriz. Artan yaşla birlikte sorumlulukların ve düzenli yaşamın sağlığa olumlu etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca sağlık sorunlarının sıklığının da yaşla artması sağlığın önemi algısına katkı sağlamış olabilir. Göl (2016) yaptığı çalışmada sağlığın önemi toplam puanının medeni durum değişkeni ile anlamlı ilişkili olmadığını saptamıştır. Literatürdeki bu araştırma sonucunun bu çalışma ile çeliştiğini görmekteyiz. Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan bireyler, çocuk sayısı 1 ve 2 olan bireylerden daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Bostan Akmeşe ve Beşer (2017) çocuk sahibi olma durumuyla SYBD toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirtmektedir (Bostan Akmeşe ve Beşer 2017). Fakat çoğu araştırmada çocuk sahibi olmanın sağlıklı yaşam biçimini etkilemediği bulunmuştur (Polat ve Kahraman Bayrak 2013, Işıkhan Yılmaz ve Güleç 2018). SYBD temelinde sağlık sorumluluğu algısı önemli bir kavramdır, çocuk sahibi olmak sorumluluk duygusu bakımından olumlu katkı sağlayabilir.

Cinsiyet, en uzun yerleşim yeri, ekonomik durum SÖÖ ve SYBDÖ-II için anlamlı bulunmamıştır. Yaptığımız çalışmaya benzer olarak Kolaç ve arkadaşları (2018) ile Gürsel ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada da sağlıklı yaşam biçimi toplam puanının cinsiyete göre değişmediğini bulmuşturlar (Gürsel ve ark 2016, Kolaç ve ark 2018). Literatürde araştırmamızın, en uzun yerleşim yeri sonuçlarına benzer çalışmalara da rastlanmaktadır (Alzahrani ve ark 2019, Erbil ve ark 2020). Sönmezer ve arkadaşlarının (2012) 18-64 yaş arasındaki kadın katılımcılarla yaptıkları çalışmada SYBD ile ekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Sönmezer ve ark 2012). SYBDÖ-II puanına göre medeni durum, eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Çizelge 3.4). Kırağ ve Güver (2019), Kulakçı ve arkadaşlarının (2012) ve Shaahmadi ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmalarda da sağlıklı yaşam biçimi toplam puanın medeni duruma göre değişmediğini bulunmuştur (Kulakçı ve ark 2012, Kırağ ve Güver 2019, Shaahmadi ve ark 2019). Aynı şekilde çalışmamıza benzer olarak Dönmez ve arkadaşlarının (2019) lomber disk hernisi tanısı ile yatan 240 hastada yaptıkları çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranış toplam puanının eğitim düzeyini etkilemediğini bulmuştur (Dönmez ve ark 2019). İran' da hemşireler üzerinde yapılan çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Heidari ve ark 2018).

Kuşak bilgisinin sağlığın önemi ve SYBD için bir belirleyici olup olmadığı değerlendirildiğinde sağlığın önemi puanı için yaşa göre Y ve Z kuşağında olmanın SYBD ölçeği içinse tek belirleyicinin Z kuşağında algılamak olduğu görülmektedir. Bu çalışma bireylerin kendilerini algıladıkları kuşağı belirlemiş ve bireylerin kendi ve algıladıkları kuşak arasında farklılık olduğu gösterilmiştir. Y kuşağının %36,2'si X kuşağının %28,3'ü kendisini Z kuşağında hissetmektedir ve bu durum SYBD düşüren bir belirleyicidir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Sağlığın önemi ve geliştirilmesi tarihsel bir değişimden geçmiştir. Bütün toplumlarda yaşam için sağlık kavramı her zaman ön planda olmuştur. Zamandan, kültürel yapıdan etkilenen, küreselleşen ve değişen dünyada; her döneme özgü sağlığı etkileyen faktörlerin değiştiğini söyleyebiliriz. Kronik hastalıkların prevelans artışı göz önüne alındığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi daha da iyi kavranmaktadır. Literatür incelendiğinde Türkiye'de bireylerin kuşaklara göre sağlığı geliştirme boyutu ile incelendiği halk sağlığı alanında yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan araştırmanın sonuçlarının değerli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır;

- SÖÖ'nin yüksek düzeyde, SYBDÖ-II 'nin ise orta düzeyin biraz üzerinde olduğu görülmektedir.
- X kuşağındakilerin, evli olanların sağlığın önemi ölçeğini puan ortalaması daha yüksekken, liseye devam eden ya da mezun olanların puan ortalaması daha düşüktür
- Çocuk sayısı 3 ve üzerinde olanların SYBDÖ-II toplam puan ortalaması daha yüksektir.
- Kuşaklara göre sağlık önem düzeyinin farklılık gösterdiği belirlenmiştir. X kuşağının sağlık önem düzeyi daha yüksek bulunurken, Z kuşağının ise en düşük bulunmuştur (X>Y>Z).
- Kuşaklar arası SYBDÖ-II puanının etkilenmediği saptanmıştır.
- Yaşa göre oluşturulan kuşak bilgisi SÖÖ için, algılanan kuşak bilgisi ise SYBDÖ-II' nin belirleyicileridir.

5.2. Öneriler

- Sağlığa verilen önem yaş ile doğru orantılı olduğundan; genç bireylerin sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye, sağlıklı bir yaşlılık dönemine hazırlanmaları sağlanmalıdır.
- Toplumda sağlık önem algısı ve sağlıklı yaşam biçimi benimsenebilmesi için erken yaş dönemlerinde bireylere farkındalık oluşturulmalıdır.

- Sağlık önem algısı ve sağlıklı yaşam konusunda X, Y ve Z kuşaklarının beklentilerinden yola çıkılarak sağlık hizmetleri geliştirilmelidir.
- Halk sağlığı hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye ve sağlık önem algısına yönelik; yaş gruplarına özgü olarak, bireylere eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir.
- Sağlıklı yaşam tarzına yönelik müdahalelerde yaştan daha çok bireylerin kendilerini hangi kuşağa ait hissettiklerinin önemli bir faktör olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
- Toplumun farklı bölgelerinde ve popülasyonu fazla olan kesimlerde örneklemi artırarak daha genel çalışmaların yapılmalıdır.
- Daha geniş örneklemde, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlık önem algıları inceleyen girişimsel hemşirelik araştırmalarının yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKÇA

Adıbelli D, Olğun S, Turan GS, 2017. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 6, 1, 8-17.

Alkire L, O'Connor GE, Myrden S, Köcher S, 2020. Patient experience in the digital age: An investigation into the effect of generational cohorts. Journal of Retailing and Consumer Services, 57, 102221.

Alkire L, O'Connor GE, Myrden S, Köcher S, 2020. Patient Experience İn The Digital Age: An İnvestigation İnto The Effect Of Generational Cohorts. Journal of Retailing and Consumer Services, 57, 1-9.

Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ, 2015. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8, 1, 12-8.

Aluş-Tokat M, Okumuş H, 2008. Başarılı Emzirme İçin Kuram Ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 10, 51-8.

Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, Shaheen SA, Shaheen MM, Alsaib AA, Mubarak MA, Adam YS, Abdulwassi HK, 2019. Health-Promoting Lifestyle Profile And Associated Factors Among Medical Students İn A Saudi University. Sage open medicine, 7, 2.

Apostolidis BM, Polifroni EC, 2006. Nurse work satisfaction and generational differences. Jona: The Journal of Nursing Administration, 36, 506-9.

Appelbaum SH, Serena M, Shapiro BT, 2005. Generation "X" And The Boomers: An Analysis Of Realities And Myths. Management Research News, 28, 1, 1-33.

Aqtam I, Darawwad M, 2018. Health Promotion Model: An İntegrative Literature Review. Open Journal of Nursing, 8, 485-503.

Arsenijevic J, Groot W, 2020. Health Promotion Policies For Elderly—Some Comparisons Across Germany, Italy, the Netherlands and Poland. Health Policy, 1-5.

Arslan A, Staub S, 2015. Kuşak Teorisi ve İçgirişimcilik Üzerine Bir Araştırma. Kafkas University. Faculty of Economics and Administrative Sciences. Journal, 6, 1.

Arslan C, Cakaroglu D, 2018. Evaluation Of Obesity Prevalence And Physical Activity And Health Responsibility İn Elazig City Population. Health, 10, 838-52.

Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F, 2005. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9, 2, 26-34.

Aydın N, 2019. Health promotion. Black Sea Journal of Health Science, 2, 21-9.

Aydın N, 2019. Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi. Black Sea Journal of Health Science, 2, 1, 21-9.

Bae EJ, Yoon JY, 2021. Health Literacy As A Major Contributor to Health-Promoting Behaviors among Korean Teachers. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18, 3304.

Bahabadi FJ, Estebsari F, Rohani C, Kandi ZRK, Sefidkar R, Mostafaei D, 2020. Predictors Of Health-Promoting Lifestyle İn Pregnant Women Based On Pender's Health Promotion Model. International Journal of Women's Health, 12, 71-7.

Bahar Z, Açıl D, 2014. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7, 1, 59-67.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A, 2008. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12.

Baldacchino D, Draper P, 2001. Spiritual Coping Strategies: A Review Of The Nursing Research Literature. Journal Of Advanced Nursing, 34, 6, 833-41.

Bautista-Valarezo E, Duque V, Sánchez AEV, Dávalos-Batallas V, Michels NR, Hendrickx K, Verhoeven V, 2020. Towards An Indigenous Definition Of Health: An Explorative Study To Understand The Indigenous Ecuadorian People's Health And Illness Concepts. International Journal For Equity İn Health, 19, 1, 1-8.

Bedin JE, Mattjie ML, Ferreira VRT, Baseggio DB, 2015. The Relationship Between Personality Traits And Stress Levels İn Children. Psychology, 6, 6, 672-80.

Berkup SB, 2014. Working With Generations X And Y In Generation Z Period: Management Of Different Generations In Business Life. Mediterranean Journal of Social Sciences, 5, 19, 218-29.

Berman AH, Kolaas K, Petersén E, Bendtsen P, Hedman E, Linderoth C, Müssener U, Sinadinovic K, Spak F, Gremyr I, 2018. Clinician Experiences Of Healthy Lifestyle Promotion And Perceptions Of Digital Interventions As Complementary Tools For Lifestyle Behavior Change In Primary Care. BMC Family Practice, 19, 1, 139.

Bernardi M, 2018. Millennials, Sharing Economy And Tourism: The Case Of Seoul. Journal of Tourism Futures, 4, 1.

Bhandari P, Kim M, 2016. Predictors Of The Health-Promoting Behaviors Of Nepalese Migrant Workers. Journal of Nursing Research, 24, 232-9.

Birkenhead KL, Slater G, 2015. A Review Of Factors Influencing Athletes' Food Choices. Sports medicine, 45, 11, 1511-22.

Bostan Akmeşe N, Beşer A, 2017. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 14, 1, 38-44.

Burton WN, Schultz A, Edington DW, 2021. Health and Wealth: The Importance for Lifestyle Medicine. American Journal of Lifestyle Medicine, 15598276211005348.

Callaghan DM. Engaging Nursing Students İn Health Promotion Research And Practice. 43rd Biennial Convention, Las Vegas, Nevada, ABD.

Canizares M, Gignac M, Hogg-Johnson S, Glazier RH, Badley EM, 2016. Do baby boomers use more healthcare services than other generations? Longitudinal trajectories of physician service use across five birth cohorts. BMJ open, 6, 9.

Carver L, Candela L, 2008. Attaining Organizational Commitment Across Different Generations Of Nurses. Journal of nursing management, 16, 8, 984-91.

Casini L, Contini C, Romano C, Scozzafava G, 2015. Trends İn Food Consumptions: What Is Happening To Generation X? British Food Journal, 117, 2, 705-18.

CDC, 2011. School Health Guidelines To Promote Healthy Eating And Pysical Activity. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6005a1.htm.

Chan EY, 2019. Political Orientation And Physical Health: The Role Of Personal Responsibility. Personality And İndividual Differences, 141, 117-22.

Chiu C-J, Hu J-C, Lo Y-H, Chang E-Y, 2020. Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015–2019. International Journal Of Environmental Research And Public Health, 17, 15, 1-11.

Cihangiroğlu Z, Deveci SE, 2011. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 16, 2, 78-83.

Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS, 2013. Applied Multiple Regression/Correlation Analysis For The Behavioral Sciences, Routledge, p. 736.

Çakaroğlu D, Arslan C, Sandıkçı B, 2016. İnvestigation Of Healthy Life Style Behavior And Body Mass Index Of University Students. Sport & Society/Sport si Societate, 16, 1, 85-8.

Çalışkan Z, Saykılı S, 2020. İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Antropometrik Ölçümlerinin Belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9, 2, 1-12.

Health-Promoting Lifestyle Among People Without Heart Disease İn Isfahan, 2018. International journal of preventive medicine. Erişim. Erişim adresi.

Delahoyde T, 2009. Generational Differences Of Baccalaureate Nursing Students' Preferred Teaching Methods And Faculty Use Of Teaching Methods, Dissertation, College of Saint Mary, Amerika Birleşik Devletleri.

Demirhan H, Eke E, 2019. Kuşaklar Bağlamında Tüketici Sağlığı Bilişimine Yönelik Bir Araştırma. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19, 3, 335-58.

Dempsey PA, Dempsey AD, 2000. Using Nursing Research: Process, Critical Evaluation, And Utilization, Lippincott Williams & Wilkins, p.

Dhamani KA, 2014. Spirituality And Nursing: An Ismaili Perspective On Holistic Nursing Care. Journal of Holistic Nursing, 32, 4, 341-6.

Defining generations: Where Millennials end and Generation Z begins, 2019. Pew Research Center. Erişim tarihi 1. Erişim adresi.

Ding D, Grunseit AC, Chau JY, Vo K, Byles J, Bauman AE, 2016. Retirement—A Transition To A Healthier Lifestyle?: Evidence From A Large Australian Study. American journal of preventive medicine, 51, 170-8.

Djordjic V, 2019. The Post-Millennials' Lifestyle And What Physical Education Can Do About It? BMC Spor Bilimi, Tıp ve Rehabilitasyon, 11, 3.

Doğan T, Sapmaz F, 2012. Kişiler Arası Ilişki Tarzları Ve Öznel Iyi Oluş. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 10, 585-602.

Dölekoğlu CÖ, Çelik O, 2018. Y Kuşağı Tüketicilerin Gıda Satın Alma Davranışı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tarım ve Doğa Dergisi, 21, 55-66.

Dönmez YC, Van Gıersbergen MY, Başlı AA, Yıldız MD, Yıldız E, 2019. Lomber Disk Hernisi Olan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5, 2, 1628-41.

DSÖ, 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/.

DSÖ, 2006. Who Remains Firmly Committed To The Principles Set Out In The Preamble To The Constitution. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://www.who.int/about/who-we-are/constitution.

DSÖ, 2012. European Action Planfor Strengthening Public Health Capacities And Services. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1.

DSÖ, 2018a. Turkey Monitors Noncommunicable Disease Risk Factors Among İts Population. Erişim tarihi 13.01.2021. Erişim adresi, https://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2018/7/turkey-monitors-noncommunicable-disease-risk-factors-among-its-population.

DSÖ, 2018b. Physical Activity. Erişim tarihi 13.01.2021. Erişim adresi, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity.

DSÖ, 2019a. A Healthy Lifestyle. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle.

DSÖ, 2019b. Benefits Of Regular Physical Activity. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/benefits-of-regular-physical-activity.

DSÖ, 2019c. Nutrition. Erişim tarihi 25.10.2019. Erişim adresi, https://www.who.int/nutrition/topics/5keys_healthydiet/en/.

DSÖ, 2019d. Noncommunicable Diseases. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf.

Ekşili N, Antalyalı ÖL, 2017. Türkiye'de Y Kuşağı Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma: Okul Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma. Humanities Sciences, 12, 90-111.

Epton T, Norman P, Harris P, Webb T, Snowsill FA, Sheeran P, 2014. Development Of Theory-Based Health Messages: Three-Phase Programme Of Formative Research. Health Promotion International, 30, 756-68.

Erbil N, Gümüşay M, Salman E, 2020. Öğrenci Hemşirelerin İnternet Bağımlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3, 17-26.

Erci B, Kılıç D, Adıbelli D, 2018. Yaşam Boyu Sağlığı Geliştirme, Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, p. 491.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, 2017. Hemşirelikte araştırma: süreç, ugulama ve kritik, Nobel Tıp Kitabevi, p.

Ersin F, Bahar Z, 2012. Sağlığı Geliştirme Modellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 5, 28-38.

Esin N, 1997. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması Ve Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Farhud DD, 2015. Impact Of Lifestyle On Health. Iranian Journal Of Public Health, 44, 1442.

Farrar J, Hotez PJ, Junghanss T, Kang G, Lalloo D, White NJ, 2013. Manson's Tropical Diseases E-book: Expert Consult-Online And Print, Elsevier Health Sciences, p.

Fletcher GF, Landolfo C, Niebauer J, Ozemek C, Arena R, Lavie CJ, 2018. Reprint Of: Promoting Physical Activity And Exercise: Jacc Health Promotion Series. Journal of the American College of Cardiology, 72, 3053-70.

Forrester-Jones R, Dietzfelbinger L, Stedman D, Richmond P, 2018. Including The 'Spiritual'within Mental Health Care In The UK, From The Experiences Of People With Mental Health Problems. Journal of Religion and Health, 57, 384-407.

Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulle AM, Abera SF, Aboyans V, 2017. Global, Regional, And National Comparative Risk Assessment Of 84 Behavioural, Environmental And Occupational, And Metabolic Risks Or Clusters Of Risks, 1990–2016: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2016. The Lancet, 390, 1345-422.

Gelb K, Pederson A, Greaves L, 2011. How Have Health Promotion Frameworks Considered Gender? Health Promotion İnternational, 27, 445-52.

George D, Whitehouse C, Whitehouse P, 2011. A Model Of Intergenerativity: How The Intergenerational School Is Bringing The Generations Together To Foster Collective Wisdom And Community Health. Journal of Intergenerational Relationships, 9, 389-404.

Gerow L, 2018. An Exploration Of Attitudinal Differences Between Baby Boomers, Generation X Andgeneration Y.

Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M, (2016). Health Promotion Targeting Older People, Springer.

Gooding HC, Shay CM, Ning H, Gillman MW, Chiuve SE, Reis JP, Allen NB, Lloyd-Jones DM, 2015. Optimal lifestyle components in young adulthood are associated with maintaining the ideal cardiovascular health profile into middle age. Journal of the American Heart Association, 4, 11.

Göl İ, 2016. Sanayi Sitesinde Çalışan Çocuk ve Genç İşçilerin Çalışma Koşulları ile Sağlık Durumları ve Sağlığın Önemi Algılarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 15, 4, 347-53.

Göl İ, 2016. Sanayi Sitesinde Çalışan Çocuk ve Genç İşçilerin Çalışma Koşulları ile Sağlık Durumları ve Sağlığın Önemi Algılarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 15, 347-53.

Göl İ, 2016. Sanayi sitesinde çalışan çocuk ve genç işçilerin çalışma koşulları ile sağlık durumları ve sağlığın önemi algılarınının değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 15, 4, 347.

Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Balague L, Calderon C, Arrazola A, Vergara I, Millan E, 2008. Is Integration Of Healthy Lifestyle Promotion Into Primary Care Feasible? Discussion And Consensus Sessions Between Clinicians And Researchers. BMC Health Services Research, 8, 213.

Gray SG, Raimi KT, Wilson R, Árvai J, 2019. Will Millennials Save The World? The Effect Of Age And Generational Differences On Environmental Concern. Journal of environmental management, 242, 394-402.

Grey M, 2017. Lifestyle Determinants Of Health: Isn't It All About Genetics And Environment? Nursing Outlook, 65, 501-5.

Gülduran E, Ergül Ş, Erkin Ö, 2013. Kömür İşletmesinde Çalışan İşçilerin Sağlık Durumlarını Ve Sağlığın Önemini Algılamaları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12, 4, 383-92.

Gürsel N, Özbey S, Güzel P, 2016. Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesi. International Journal of Social Science Research, 5, 10-25.

Hamilton K, Henderson J, Burton E, Hagger MS, 2019. Discussing Lifestyle Behaviors: Perspectives And Experiences Of General Practitioners. Health Psychology and Behavioral Medicine, 7, 290-307.

Mixing And Managing Four Generations Of Employees, 2005. FDU Magazine online. Erişim tarihi 16.05.2021. Erişim adresi, https://portal.fdu.edu/newspubs/magazine/05ws/generations.htm.

Hampton D, Welsh D, 2019. Work Values Of Generation Z Nurses. Jona: The Journal of Nursing Administration, 49, 480-6.

Hasan AN, Islam MAU, Rahman S, Nishi ZM, Hossain MJ, Gorapi MZH, Jamil F, Sufian MA, Nahar Z, Deepa KN, 2019. Level of stress, predisposing factors and status of mental health among pharmacy students of a private university of dhaka, bangladesh: a cross sectional study. Health, 11, 222-32.

Heidari M, Borujeni MG, Khosravizad M, 2018. Health-Promoting Lifestyles Of Nurses And İts Association With Musculoskeletal Disorders: A Cross-Sectional Study. Journal of lifestyle medicine, 8, 2, 72.

Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, Florindo AA, Bracco M, Moura L, Brownson RC, 2016. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health, 16, 1114.

Işıkhan Yılmaz S, Güleç D, 2018. Tez Çalışmalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Demografik Bilgilerle Sistematik Derlenmesi Ve Meta-analizi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11, 2, 123-33.

Jaworski M, Adamus M, Bojar J, 2016. The sense of responsibility for the health as an important element of health education. Destech Transactions on Social Science, Education and Human Science, 1-6.

Jeong M, Bae RE, 2018. The effect of campaign-generated interpersonal communication on campaign-targeted health outcomes: A meta-analysis. Health Communication, 33, 8, 988-1003.

Jin J, 2020. Counseling on Healthy Diet and Physical Activity to Prevent Cardiovascular Disease. JAMA, 324, 20, 2114-.

Johnson SA, Romanello ML, 2005. Generational diversity: teaching and learning approaches. Nurse Educator, 30, 212-6.

Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G, 2011. Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western sweden. BMC Public Health, 11, 448.

Kahana E, Kahana B, 2014. Baby boomers' expectations of health and medicine. The Virtual Mentor: VM, 16, 380.

Kampf R, Lorincová S, Hitka M, Stopka O, 2017. Generational differences in the perception of corporate culture in European transport enterprises. Sustainability, 9, 9, 1561.

Karácsony P, 2019. Generational Differences in Motivation at Work in Slovakian Small and Medium Sized Companies. Open Journal of Social Sciences, 7, 3, 182-91.

Kasapoğlu MA, 1999. Sağlık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler, Ankara, p.

Khodaveisi M, Jafari A, Omidi A, Roshanaei G, Sazvar A, 2019. The effect of a Pender's health promotion model-based educational intervention on physical activity in office staff. Sport Sciences for Health, 1-8.

Khodaveisi M, Omidi A, Farokhi S, Soltanian AR, 2017. The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. International journal of community based nursing and midwifery, 5, 2, 165.

Kickbusch I, (2019). Health promotion 4.0, Oxford University Press.

King DE, Matheson E, Chirina S, Shankar A, Broman-Fulks J, 2013. The status of baby boomers' health in the united states: the healthiest generation? Jama İnternal Medicine, 173, 385-6.

Hemşirelik Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, 2019. Bağımlılık Dergisi. Erişim. Erişim adresi.

Koçoğlu D, Akın B, 2009. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. DEUHYO ED, 2, 4, 145-54.

Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S, 2018. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi, 14, 267-74.

Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, 2012. DEUHYO ED. Erişim. Erişim adresi.

Kupperschmidt BR, 1998. Understanding generation x employees. Jona: The Journal of Nursing Administration, 28, 36-43.

Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H, 2011. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Dergisi, 11, 619-26.

Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Achaso Jr RH, Cachero GS, Mohammad MRA, 2016. Filipino nurses' spirituality and provision of spiritual nursing care. Clinical Nursing Research, 25, 607-25.

Healthy Lifestyle And Life Expectancy Free Of Cancer, Cardiovascular Disease, And Type 2 Diabetes: Prospective Cohort Study, 2020. bmj. Erişim. Erişim adresi.

Lim EJ, Noh JH, Kim EY, 2015. A study of factors affecting health-promoting behaviors to young-elderly adults in urban and rural communities. IJBSBT, 7, 367-74.

Lin M-S, Chen P-H, Chiu W-N, Chen M-Y, 2016. Evidence of specific healthy behaviors positively associated with general life satisfaction among rural adults. Open Journal of Preventive Medicine, 6, 161.

Lisspers J, Almén N, Sundin Ö, 2014. The effects of a recovery-focused program for stress management in women—an exploratory study. Health, 6, 2825-36.

Lorentzen B, Wikström B-M, 2012. Healthy lifestyle for people with intellectual disabilities through a health intervention program. Open Journal of Nursing, 2, 157.

Ludwig K, Rauch WA, 2018. Associations between physical activity, positive affect, and self-regulation during preschoolers' everyday lives. Mental Health and Physical Activity, 15, 63-70.

Health-Promoting Lifestyle And Quality Of Life Among Chinese Nursing Students, 2018. Primary Health Care Research & Development. Erişim. Erişim adresi.

McNeese-Smith DK, Crook M, 2003. Nursing values and a changing nurse workforce: values, age, and job stages. JONA: The Journal of Nursing Administration, 33, 260-70.

Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sighaldeh SS, 2016. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. International journal of preventive medicine, 7.

Mercan N, 2016. X, y ve z kuşağı kadınların farklı tüketim alışkanlarının modern dünyada inşa edilmesi. Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi, 2, 59-70.

Mittelmark MB, Wise M, Nam EW, Santos-Burgoa C, Fosse E, Saan H, Hagard S, Tang KC, 2006. Mapping national capacity to engage in health promotion: overview of issues and approaches. Health Promotion İnternational, 21, 91-8.

Mo PK, Winnie WM, 2010. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. Social İndicators Research, 95, 503-17.

Mohamadian H, Eftekhar H, Rahimi A, Mohamad HT, Shojaiezade D, Montazeri A, 2011. Predicting health-related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: a structural equation modeling approach. Nursing & Health Sciences, 13, 141-8.

Moodi M, Sharifzadeh G, Saadatjoo SS, 2015. General health status and its relationship with health-promoting lifestyle among patients with hypertension. Modern Care Journal, 12, 4.

Moss SA, Skinner TC, Irons M, Alexi N, 2018. The inclination to shun healthy behaviours that generate only transient benefits: the role of future clarity. Health Promotion İnternational, 1-11.

Naçar M, Çetinkaya F, Baykan Z, Zararsiz G, Yilmazel G, Sağiroğlu M, 2015. Health related lifestyle behaviors among students at a vocational education center in Turkey. Health, 7, 1536.

Neathery M, He Z, Taylor EJ, Deal B, 2019. Spiritual perspectives, spiritual care, and knowledge of recovery among psychiatric mental health nurses. Journal of the American Psychiatric Nurses Association.

Nyberg ST, Batty GD, Pentti J, Virtanen M, Alfredsson L, Fransson EI, Goldberg M, Heikkilä K, Jokela M, Knutsson A, 2018. Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases: a multicohort study. The Lancet Public Health, 3, 490-7.

Oostrom SHv, Slobbe LC, van den Berg SW, Verschuren WM, Picavet HSJ, 2019. Do generations differ in sports participation and physical activity over the life course? Evidence from multiple datasets. European Journal Of Sport Science, 1-9.

Orta AZ, 2009. Etkili iletişim sürecinde kişilerarası iletişim becerileri ve yaratıcı drama uygulama örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul.

Özçelik H, Sönmez Y, 2015. Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Lideri Bazı Meslek Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22, 4, 115-25.

Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z, 2018. Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 9, 3, 234-42.

Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z, 2018. Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları Ve SağlıklıYaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 9, 3, 234-42.

Özer S, Argon G, 2005. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 21, 1, 63-77.

Özkan S, Yılmaz E, 2008. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 7, 89-105.

Özkan S, Yılmaz E, 2008. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 89-105.

Palank CL, 1991. Determinants of health-promotive behavior. A review of current research. The Nursing Clinics of North America, 26, 815-32.

Parekh S, Vandelanotte C, King D, Boyle FM, 2012. Design and baseline characteristics of the 10 small steps study: a randomised controlled trial of an intervention to promote healthy behaviour using a lifestyle score and personalised feedback. BMC Public Health, 12, 179.

On The Cusp Of Adulthood And Facing An Uncertain Future: What We Know About Gen Z So Far, 2020. Pew Research Center, May. Erişim tarihi 19.05.2021. Erişim adresi, https://www.pewresearch.org/social-trends/2020/05/14/on-the-cusp-of-adulthood-and-facing-an-uncertain-future-what-we-know-about-gen-z-so-far-2/.

Paudel S, Krishna Bahadur G, Bhandari DB, Bhandari L, Arjyal A, 2017. Health related lifestyle behaviors among undergraduate medical students in patan academy of health sciences in nepal. Journal of Biosciences and Medicines, 5, 43.

Pehlivan Z, Ada EN, Öztaş G, 2017. Ev Kadınlarının Sosyal Görünüş Kaygıları Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Spor Bilimleri Dergisi, 28, 1, 11-23.

Pektekin Ç, 2013. Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar, İstanbul Medipol Yayıncılık, p. 87-94.

Pender 2011. Heath promotion model Erişim tarihi 24.10.2019. Erişim adresi, https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Pilkington R, Taylor AW, Hugo G, Wittert G, 2014. Are baby boomers healthier than generation x? a profile of australia's working generations using national health survey data. PloS one, 9, 3, e93087.

Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki, 2013. Fırat Tıp Dergisi. Erişim tarihi 4. Erişim adresi.

Powell KE, King AC, Buchner DM, Campbell WW, DiPietro L, Erickson KI, Hillman CH, Jakicic JM, Janz KF, Katzmarzyk PT, 2019. The scientific foundation for the physical activity guidelines for Americans. Journal of Physical Activity and Health, 16, 1-11.

Psouni S, Chasandra M, Theodorakis Y, 2016. Patterns of eating and physical activity attitudes and behaviors in relation to body mass index. Psychology, 7, 180-92.

Qi V, Phillips SP, Hopman WM, 2006. Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada. BMC Public Health, 6, 275.

Redland A, Stuifbergen A, 1993. Strategies for maintenance of health-promoting behaviors. The Nursing Clinics of North America, 28, 427-42.

Rubinelli S, Diviani N, 2020. The bases of targeting behavior in health promotion and disease prevention. Patient Education and Counseling, 103, 12, 2395-9.

Savaşan A, Ayten M, Ergene O, 2013. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 4, 1.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2011. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Erişim tarihi 24.10.2019. Erişim adresi, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf.

Shaahmadi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Arefi Z, 2019. Factors Influencing Health Promoting Behaviours in Women of Reproductive Age in Iran: Based on Pender's Health Promotion Model. Open access Macedonian journal of medical sciences, 7, 14, 2360.

Shaheen AM, Nassar OS, Amre HM, Hamdan-Mansour AM, 2015. Factors affecting health-promoting behaviors of university students in Jordan. Health, 7, 1.

Sharma N, Harris E, Lloyd J, Mistry SK, Harris M, 2019. Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review. BMJ open, 9, 12.

Sheppard M, Charles M, 2014. Head and heart: An examination of the relationship between the intellectual and interpersonal in social work. The British Journal of Social Work, 45, 1837-54.

Siyez DM, 2017. Kişilerarası ilişkilerin başlangıcı ve gelişimi. In: Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. Eds: Kaya A Y-ŞF, Cihangir-Çankaya Z, Acun-Kapıkıran N, Çetinkaya B, YazıcıH, Uz-Baş A, Öner-Koruklu N, Taylı A, Avşaroğlu S, Şahin-Baltacı H, Karaırmak Ö, Erdem İ, 10. Ankara: Pegem Akademi p. 62-91.

Sönmezer H, Çetinkaya F, Nacar M, 2012. Healthy Life-Style Promoting Behaviour İn Turkish Women Aged 18-64. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13, 4, 1241-5.

Standley RA, Vega RB, 2019. Furthering precision medicine genomics with healthy living medicine. Progress İn Cardiovascular Diseases, 62, 60-7.

Sturmberg JP, Picard M, Aron DC, Bennett JM, Bircher J, DeHaven MJ, Gijzel SM, Marcum JA, Heng HH, Martin CM, 2019. Health and Disease–Emergent States Resulting from Adaptive Social and Biological Network Interactions. A Framework for Debate. Frontiers in medicine, 6, 59.

Şen Bezirci S, 2012. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin meslekten ve işten ayrılma niyetleri ile iş doyumlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tang H-WV, Yin M-S, Chang K, 2015. The dominant lifestyle type of university students in Taiwan. Open Journal of Social Sciences, 3, 124.

Taş F, Akın B, 2018. Sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi. Sağlık ve Toplum, 2, 24-38.

Taş HY, Demirdöğmez M, Küçükoğlu M, 2017. Geleceğimiz olan z kuşağının çalışma hayatına muhtemel etkileri. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 7, 1031-48.

TDK, 2019. Türk Dil Kurumu. Erişim tarihi 24.10.2019. Erişim adresi, http://www.tdk.gov.tr/.

Tecim E, 2018. Sağlık Sosyolojisi, Çizgi Kitapevi, p.

Tedik SE, Hacıalioğlu N, 2017. Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi International Refereed Journal Of Nursing Researches, 59.

Tirgari B, Iranmanesh S, Cheraghi MA, Arefi A, 2013. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. Holistic Nursing Practice, 27, 199-206.

Tison GH, Avram R, Kuhar P, Abreau S, Marcus GM, Pletcher MJ, Olgin JE, 2020. Worldwide effect of COVID-19 on physical activity: a descriptive study. Annals of internal medicine.

İyi de kim bu Y'ler, 2007. Reklamcılar Derneği. Erişim tarihi 24.10.2019. Erişim adresi, http://www. rd. org. tr/ayinsozu/AyinSozuAgustos. pdf.

Tulchinsky TH, Varavikova EA, 2014. The new public health, Academic Press, p.

Tümer İkikat E, 2018. Lise ve dengi okullardaki öğrencilerin fast food tüketim kararları. KSÜ Doğa Bilimleri Dergisi, 21, 1-6.

Ulla Díez SM, Perez-Fortis A, 2009. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health Promotion İnternational, 25, 85-93.

Ulla Díez SM, Pérez-Fortis A, 2010. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health promotion international, 25, 1, 85-93.

Ünsal A, 2017. Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık&Hastalık, Hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 11-25.

Van Kleef E, Meeuwsen T, Rigterink J, Van Trijp H, 2019. Moving Towards A Healthier Assortment In Secondary And Vocational School Food Environments. British Food Journal, 121, 9.

Vizcarra M, Palomino AM, Iglesias L, Valencia A, Gálvez Espinoza P, Schwingel A, 2019. Weight Matters—Factors Influencing Eating Behaviors of Vulnerable Women. Nutrients, 11, 8, 1809.

Voca-Mulaj E, Borinca I, 2016. Nutritional education as an indicative element of lifestyle. Open Journal of Social Sciences, 4, 139.

Wang J, Geng L, 2019. Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. International journal of environmental research and public health, 16, 2, 281.

Weathers E, McCarthy G, Coffey A, 2016. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. Nursin Forum, 51, 79-96.

Werner D, Teufel J, Holtgrave PL, Brown SL, 2012. Active generations: an intergenerational approach to preventing childhood obesity. Journal of School Health, 82, 380-6.

White F, 2020. Application Of Disease Etiology And Natural History Principles To Prevention In Primary Health Care–A Discourse. Medical Principles and Practice.

White F, 2020. Application Of Disease Etiology And Natural History Principles To Prevention In Primary Health Care–A Discourse. Medical Principles and Practice, 29, 6, 501-13.

Whitsel LP, Wilbanks J, Huffman MD, Hall JL, 2019. The role of government in precision medicine, precision public health and the intersection with healthy living. Progress İn Cardiovascular Diseases, 62, 1.

Williams CA, 2019. Nurse educators meet your new students: generation z. Nurse Educator, 44, 59-60.

Yajima S, Takano T, Nakamura K, Watanabe M, 2001. Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. Health Promotion International, 16, 235-43.

Yanık A, Noğay NH, 2017. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 22, 4.

Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S, 2009. Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de mevcut durum. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 72, 29-35.

Yigit S, Aksay K, 2015. A comparison between generation X and generation Y in terms of individual innovativeness behavior: the case of Turkish health professionals. International Journal of Business Administration, 6, 2, 106.

Yikealo D, Yemane B, Karvinen I, 2018. The level of academic and environmental stress among college students: a case in the college of education. Open Journal of Social Sciences, 6, 40-57.

Zani RM, Merican FMI, Saad SM, Safin SZ, 2017. The influence of workplace fun on job outcomes: a study among different generations of academicians. E-Academia Journal, 6.

Zaybak A, Fadiloglu Ç, 2004. Üniversite Ögrencilerinin Sagligi Gelistirme Davranisi ve Bu Davranisi Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 20, 1, 77-95.

Zemke R, Raines C, Filipczak B, 1999. Generations at work: managing the clash of veterans, boomers, xxers, and nnexters in your workplace, New York, Amacom, p.

Zhang S-c, Wei C-n, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Matsuo H, Minamoto K, Nishikawa T, Araki E, Ueda A, 2013. Relationship Between Lifestyle And Lifestyle-Related Factors İn A Rural–Urban Population Of Japan. Environmental health and preventive medicine, 18, 4, 267-74.

Zuhur Ş, Özpancar N, 2017. Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 19, 57-74.

7. EKLER

EK A: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; sizin sağlığa verdiğiniz önemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı ölçeğe dayalı olarak bulunduğunuz kuşağa göre belirlemektir. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Katılımınız için size teşekkür ederim.

Araştırma Yürütücüsü: Doç. Dr. Deniz TANYER

Anket No: Araştırmacı: BETÜL UÇAR

Sosyo-Demografik Veri Formu

1.Yaşınız ?
2.Cinsiyetiniz ? 1. Kadın ( ) 2. Erkek( )
3.Yerleşim yeri (en uzun süre)? 1. Şehir () 2. İlçe () 3.Köy ()
4. Algılanan ekonomik durum 1. Kötü () 2. Orta () 3. İyi ()
5. Eğitim Durumunuz? 1. İlkokul () 2.Ortaokul () 3. Lise () 4. Üniversite
5. Yüksek Lisans ()
6.Medeni durumunuz? 1. Evli () 2. Bekar () 3. Dul/Boşanmış ()
7.Çocuğunuz var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
8.Evet ise kaç tane?

Sağlık Özellikleri Formu

9. Sigara Kullanımı: 1. Yok () 2. Bırakmış ( ) 3. Tek-tük ( )
4. Haftada 1 paket () 5. Günde 1 paket( )

10. Alkol Kullanımı: 1. Yok ( ) 2. Nadiren ( ) 3. Haftada 1 kadeh ( )
Günde 1 kadeh ( )
11. Kronik hastalığınız var mı ? (Şeker hastalığı, tansiyon vb.) 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

12. Algılanan Kuşak

Genel olarak değerlendirdiğinizde kendinizi aşağıdaki tanımlardan hangisinin açıkladığını düşünüyorsunuz, kararsız kalmanız durumunda en çok özelliğinizi içeren seçeneği işaretleyiniz.

1. ( )- Toplumun sorunlarına karşı duyarlı ve mücadeleci, küresel bir düşünce yapısına sahip, kanaatkâr, çalışkan, işlerine bağlı ancak işleri ile özel yaşamları arasındaki dengeyi korumaya özen gösteren, farklı yaşam şekillerine ve kültürel çeşitliliğe hoşgörülü yaklaşan bir yapım vardır.
2. ( )- Hayatı her açıdan sorgulayan, irdeleyen ve yerine getirmeleri gereken yükümlülükleri eleştiren, özgürlüğüne düşkün, sosyal sorumluluk gibi kavramlara önem veren birisiyimdir.
3. ( )- Yalnızlığı ve yalnız yaşamayı seven, teknoloji bağımlısı, internetin çoğu alanında fikir sahibi, çok yönlü düşünme ve karar verme kapasitesine sahip, isteklerinin hemen gerçekleşmesini arzu eden ve çok hızlı tüketen bir yapıya sahibimdir.

EK B: Sağlık Önemi Ölçek Formu

SAĞLIK ÖNEMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda hayata nasıl baktığınızı değerlendiren 10 ifade sıralanmıştır. Bu ifadeleri hayatınızdaki önemlilik derecesine göre 1'den 10'a kadar sıralayınız. Bu ifadeler arasından sizin yaşamınız için en önemli olanı seçin baş tarafındaki boşluğa 1 yazın, sonra ikinci derecede önemli olanın başına 2, sonra üçüncü derecede önemli olanın başına 3, sonra dördüncü derecede önemli olanın başına 4 ve böylece tüm ifadeleri önemsize doğru 10'a kadar sıralayınız. Lütfen her bir ifade için tek bir sayı yazmaya özen gösteriniz.

Yaşamanızda aşağıdakilerden hangileri sizce daha önemlidir?

___RAHAT VE BAŞARILI BİR YAŞAM

___HAREKETLİ VE HEYECANLI BİR YAŞAM

___BAŞARI DUYGUSUYLA YAŞAMAK

___ÖZGÜRLÜK

___MUTLULUK

___BEDENSEL VE RUHSAL YÖNDEN SAĞLIKLI OLMAK

___İÇ RAHATLIĞI, İÇ HUZURU İÇİNDE OLMAK

___HAYATTAN ZEVK ALMAK

___KENDİNE DEĞER VERMEK

___ÇEVREDEN KABUL GÖRMEK, BEĞENİLMEK

EK-C: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçek Formu

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				

20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek,				

	rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK-D: Aydınlatılmış Onam Formu

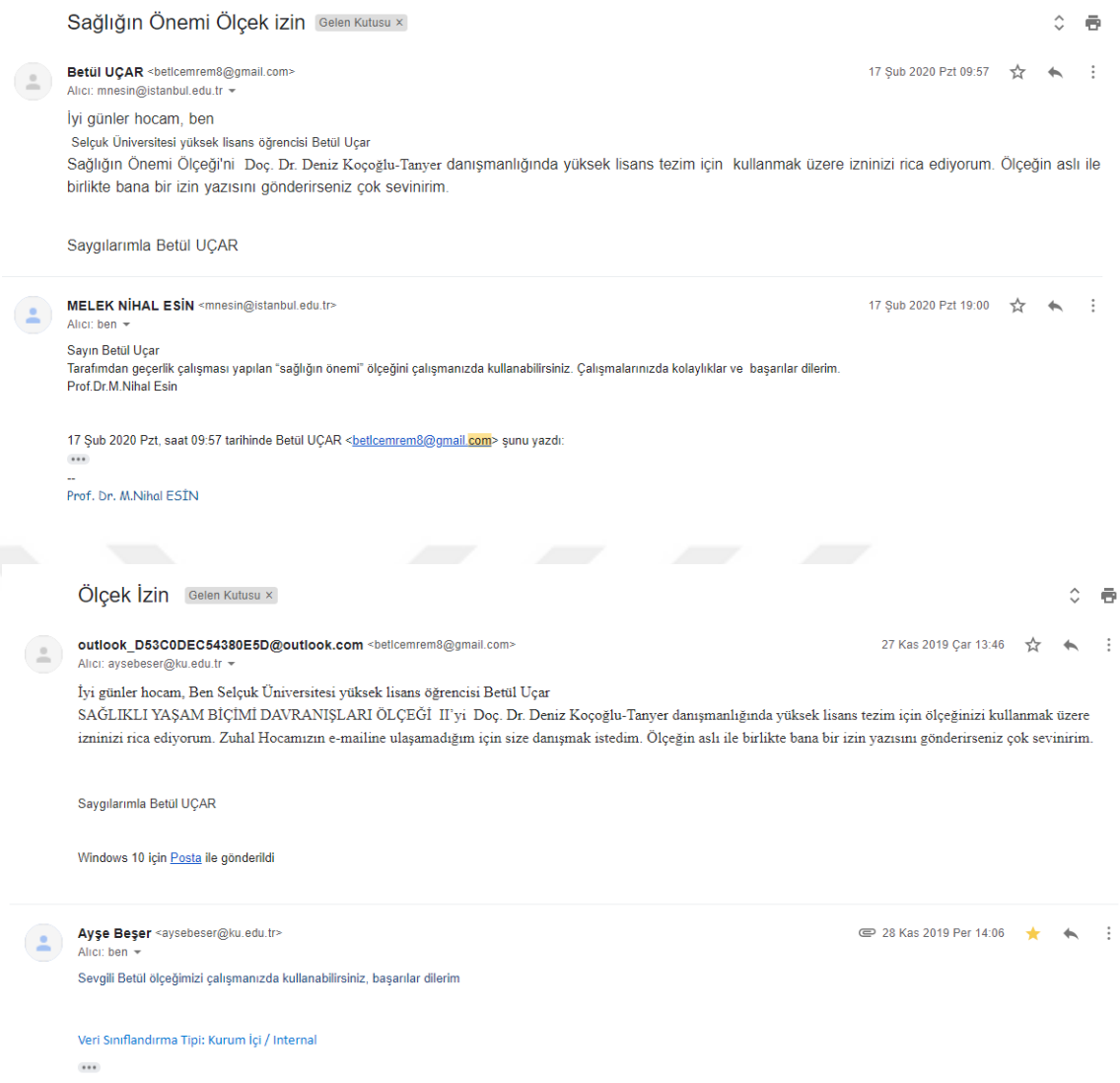
SAĞLIĞIN ÖNEMİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ DAVRANIŞLARIN KUŞAKLAR ARASI DEĞİŞİMİ

Sayın gönüllü,

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği bölümü yüksek lisans tezi kapsamında yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu çalışma, Konya ilindeki bireylerin sağlığa verdikleri önem ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlenmesi; sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb.), sağlık özelliklerine (sigara içme durumuna, alkol kullanma durumuna, kronik hastalık) ve kuşak bazlı soru formuna göre sağlığa verilen önemin ve sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin kuşaklara göre değişip değişmediğini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma, Betül Uçar tarafından yürütülmekte ve sonuçları ile yaşam biçimimiz kuşaklara göre nasıl değişiyor ve biz bu etkilerle geleceğimizi nasıl değiştirmeliyiz sorularına cevap olması hedeflenmektedir. Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda, anket çalışması yapılarak sizden veriler toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve neden göstermeksizin çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizin zararınıza bir durum oluşturmayacaktır. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır, kimlik bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma ile ilgili tüm sorularınız araştırmacı tarafından yanıtlanacaktır. Anket sorularının yanıtlanması ortalama olarak 15 dakikanızı alacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.	Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.
Ad-Soyad:	Ad-Soyad:
İmza:	İmza:

EK-E: Ölçek İzinler



Sağlığın Önemi Ölçek izin Gelen Kutusu ×

Betül UÇAR <betlcemrem8@gmail.com> 17 Şub 2020 Pzt 09:57
Alıcı: mnesin@istanbul.edu.tr

İyi günler hocam, ben
Selçuk Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Betül Uçar
Sağlığın Önemi Ölçeği'ni Doç. Dr. Deniz Koçoğlu-Tanyer danışmanlığında yüksek lisans tezim için kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. Ölçeğin aslı ile birlikte bana bir izin yazısını gönderirseniz çok sevinirim.

Saygılarımla Betül UÇAR

MELEK NİHAL ESİN <mnesin@istanbul.edu.tr> 17 Şub 2020 Pzt 19:00
Alıcı: ben

Sayın Betül Uçar
Tarafımdan geçerlik çalışması yapılan "sağlığın önemi" ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.
Prof.Dr.M.Nihal Esin

17 Şub 2020 Pzt, saat 09:57 tarihinde Betül UÇAR <betlcemrem8@gmail.com> şunu yazdı:
•••
--
Prof. Dr. M.Nihal ESİN

Ölçek İzin Gelen Kutusu ×

outlook_D53C0DEC54380E5D@outlook.com <betlcemrem8@gmail.com> 27 Kas 2019 Çar 13:46
Alıcı: aysebeser@ku.edu.tr

İyi günler hocam, Ben Selçuk Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Betül Uçar
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II'yi Doç. Dr. Deniz Koçoğlu-Tanyer danışmanlığında yüksek lisans tezim için ölçeğinizi kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. Zuhal Hocamızın e-mailine ulaşamadığım için size danışmak istedim. Ölçeğin aslı ile birlikte bana bir izin yazısını gönderirseniz çok sevinirim.

Saygılarımla Betül UÇAR

Windows 10 için Posta ile gönderildi

Ayşe Beşer <aysebeser@ku.edu.tr> 28 Kas 2019 Per 14:06
Alıcı: ben

Sevgili Betül ölçeğimizi çalışmanızda kullanabilirsiniz, başarılar dilerim

Veri Sınıflandırma Tipi: Kurum İçi / Internal
•••

EK G: Yazılı Kurum İzni

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
29/07/2020 17:55 - E-86737044 - 806.01.03 - E.2267
00122026006

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri

Sayın Betül UCAR

İlgi : 07/2/2020 tarihli dilekçeniz,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek:
Yazı (2 Sayfa)

Sağlık Hizmetleri Birimi Horozluhan mh.Abdul Basri sk. No:4 Selçuklu/KONYA
Telefon: Faks No: 03323517268
e-Posta: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr
Bilgi için: Nuriye ÇAVDAR
HEMŞİRE
Telefon No: (0 332) 310 43 61
Belge Doğrulama Kodu: ccb38e33-d947-492f-b7ec-2bbb7d8274b7 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK G: Yazılı Kurum İzni (Devam)

BİLİMSEL,ARAŞTIRMA,TEZ,ANKET KOMİSYON KARAR LİSTESİ 07.07.2020

NO	İSİM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAĞI YER
1	Prof.Dr.Mehmet KOÇ	Konya İli Kanser Tarama Programı Sonuçlarının Değerlendirilmesi	Halk Sağlığı Yönetim Programı
2	Dr.Öğr.Üyesi Işıl KIROĞLU ARSLAN	Sağlık Sektöründe Çalışan Bireylerin Düşünme Stilleri İle Motivasyon Yönü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:Hastane Çalışanları Örneği	S.B.Ü.Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Konya Numune Hastanesi
3	Fatma Betül DAĞLI	Ergenlerde Öfke ve Öfkeyi İfade Ediş Biçimlerinin Ebeveynlik Stilleri Duygusal Özerklik ve Bağlanma Özellikleriyle İlişkisinin İncelenmesi	Ereğli Devlet Hastanesi
4	Betül UÇAR	X,Y,Z Kuşaklarında Sağlığın Önemi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Biçimi	28 Nolu Aile Sağlık Merkezi
5	Öğr.Gör.Dr Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ	0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları	Dr.Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
6	Saadet KADER	HPLC Enzimatik ve İmmünotürbidemetrik Yöntem İle Ölçülen Hemogkobin A1c Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Kelebek Kan Alma Seti ve Kan Alma İğnesi ile Alınan Numunelerin Hemoliz,Ağrı,Pıhtı ve Tüp Dolum Hızları Açısından Karşılaştırılması	Karapunar Devlet Hastanesi
7	Aziz KILINÇ	Antropometri Temelli Denklemlerde Tahmin Edilen Vücut Bileşiminin Biyoelektrik İmpedans Analizi Sonuçları İle Uyumluluğu	Cihanbeyli Devlet Hastanesi
8	Dr.Öğr.Üyesi Gülperi DEMİR	Tip 2 Diyabet Hastalarının Diyabete İlişkin Beslenme Bilgi,Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi	Beyhekim Devlet Hastanesi
9	Dr.Öğr.Üyesi Fatma GÜNDOĞDU	Yetişkin Bireylerin Organ Bağışına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörler:Konya İli Örneği	46,68 ve 85 Nolu Aile Sağlık Merkezi
10	Dr.Öğr.Üyesi Bilgen ÖZLÜK	Acil Servise Başvuran Hastaların Şiddete Yönelik Düşünceleri ve Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri	Konya Numune Hastanesi
11	Psk.Dr Gülçin ORHAN	Cinsel İatismar Maduru Çocukların Adli Görüşmesini Yürüten Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Tükenmişlik ve Mesleki Doyum Düzeyleri İle İlişkili Değişkenler:Türkiye Örneği	Yapılan Araştırmanın sonucunun Uluslararası Platformlarda Sınum İzni
12	Öğr.Gör.Dr Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ	Anneleri Çocuklarına Verdikleri Tuvalet Eğitimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları	Dr.Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
13	Dr.Öğr.Üyesi Selma İNFAL KESİM	Kolorektal Kanser Tanısının Precede-Procced Modeli Belirleyicileri	Akşehir

Bu belge, 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.