



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SİVAS İL MERKEZİ YETİŞKİN NÜFUSTA
BESLENME OKURYAZARLIĞI DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

BÜŞRA CESUR

DOKTORA TEZİ

**HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI**

SİVAS 2014

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SİVAS İL MERKEZİ YETİŞKİN NÜFUSTA
BESLENME OKURYAZARLIĞI DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

BÜŞRA CESUR

DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI

ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. HALDUN SÜMER**

SİVAS-2014

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU

Üye

Prof.Dr. Haldun SÜMER

Üye

Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye

Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR

Üye (Danışman)

Yrd. Doç Dr. Ziyet ÇINAR

ONAY

Bu tez çalışması, 29.04.2014 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı senato toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET
SİVAS İL MERKEZİ YETİŞKİN NÜFUSTA
BESLENME OKURYAZARLIĞI DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Büşra CESUR

Doktora Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Haldun SÜMER

2014, 97 sayfa

Araştırma, beslenme okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisini incelemek amacıyla kesitsel tipte yapıldı. Bu çalışmada $\alpha= 0.05$ için $p=0.5$, $q=0.5$ ve $d=0.05$ olarak alındığında örnekleme alınacak kişi sayısı 384 olarak hesaplandı. Sivas il merkezinde bulunan 63 mahalleden Çınar (1994) ve Selvi'nin (2008) çalışmalarından faydalanılarak her mahalleden kaç kişi alınacağı hesaplanırken orantılı seçim yöntemi, kişilerin seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen evlerden, her haneden bir kişi alınmak üzere araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alındı. Belirlenen adreslerden 11 bireyin evde bulunmaması ve 6 bireyin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle 367 bireyle araştırma tamamlandı. Araştırmaya katılım oranı % 95.5'tir.

Veriler Kişisel Bilgi Formu, Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) ile toplandı. Beslenme okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı Sivas il merkezinde yaşayan, en az ilkokul mezunu, 18-64 yaş arası 266 bireye uygulandı. Değerlendirme aracına ilişkin uzman görüşlerinin uyumlu olduğu görüldü. Yapı geçerliliğine yönelik yapılan faktör analizi sonucunda değerlendirme aracında yer alan maddelerden 1. madde dışında tümüne ait faktör yük değerinin .30'un üzerinde olduğu ve 5 faktörde toplandığı belirlendi. Bireylere anket uygulandıktan üç hafta sonra sorulara verilen cevapların güvenilirliğini araştırmak için sistematik örnekleme yöntemi ile seçilen 60 kişiye değerlendirme aracı yeniden uygulandı ve test tekrar test yöntemine göre korelasyon katsayısı 0.85 olarak bulundu. Değerlendirme aracı için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.75, ortalama madde güçlük ve ayırt edicilik endeksleri sırasıyla 0.552 ve 0.730'dur. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 38 sorudan oluşan araçtan 3 soru çıkarılarak toplam 35 soru olan Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı

(YBOYDA) geliştirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra Ki-kare, Pearson korelasyon analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis Testi uygulandı.

Araştırmaya katılan bireylerin değerlendirme aracının tüm bölümlerinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde %79.8'inin yeterli düzeyde olduğu, alt bölümlerinden aldıkları puanlar incelendiğinde ise bireylerin birinci bölümde yer alan genel beslenme bilgisinde %66.5'i, ikinci bölümde okuduğunu anlama ve yorumlamada %79.3'ü, üçüncü bölümde besin gruplarında %87.2'si yeterli iken, değerlendirme aracının dördüncü bölümü olan günlük porsiyon miktarlarında %49.0'ı ve beşinci bölümde gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık ile ilgili bölümde %50.1'i yetersiz olarak tespit edildi.

Kadınların erkeklere göre, üniversite ve üzerinden mezun olan kişilerin ilköğretim mezunlarına göre, memurların diğer meslek gruplarına göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından aldıkları puan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Bireylerin beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere güvendikleri kaynakların başında sağlık personeli (%69.8), beslenme uzmanı ya da diyetisyen (%45.2) olduğu belirlendi. Beslenme okuryazarlığı puanı ile yaşam kalitesinin fiziksel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ancak zayıf bir ilişki tespit edildi ($p<0.01$).

Sonuç olarak, daha büyük örneklemelerle eğitimler verilerek çalışıldığında bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyleri arttıkça fiziksel, ruhsal ve sosyal alanda yaşam kaliteleri de artacaktır.

Anahtar kelimeler: Okuryazarlık, beslenme okuryazarlığı, yaşam kalitesi, toplum beslenmesi.

ABSTRACT

Büşra CESUR

Doctorate Thesis, Public Health Department

Consultant: Prof. Dr. Haldun SÜMER

2014, 97 pages

THE SITUATION OF NUTRITION LITERACY AND ITS RELATION WITH THE QUALITY OF LIFE ON THE ADULT POPULATION OF SIVAS CITY CENTRUM

The research had been made on the cross-sectional type with the purpose of examining the relationship between the nutrition literacy and the quality of life. This reserch $p=0.5$, $q=0.5$ had been taken for $\alpha= 0.05$ and $d=0.05$, the number of people who will be taken into the population had been determined as 384. Among the 63 neighborhoods that take place in Sivas city Centrum, on the choice of the neighborhoods by using works of Çınar (1994) and Selvi (2008), the individuals who had matched the research criteria and who had accepted to participate to the research as having only one person from each houses that were determined by using simple random sampling method on person selection had been taken into the research. As 11 individuals were not in their houses and 6 of them had not accepted to participate to the research from the determined addresses, the research had been completed with 367 individuals. The turnout of the research had been 95.5%.

The data had been collected with Personal Information Form, Evaluation Instrument of Nutrition Literacy on Adults, World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF-TR). The Evaluation Instrument of Nutrition Literacy on Adults which had been developed with the purpose of evaluating the nutrition literacy had been implemented to 266 individuals who live in Sivas city Centrum, who are at least primary school graduate and who are between the ages of 18-64. The expert opinions regarding the evaluation instrument had been observed as compatible. In the result of the factor analysis made towards the construct validity, among the items that take place in the evaluation instrument, the factor load point that belong to all of them except the 1st item had been determined as above .30 and as they are gathered in 5 factors. After three weeks the individuals surveyed to investigate the reliability of responses to questions selected by systematic sampling method was applied to 60 people re-evaluation instrument and test-retest correlation coefficient of the scale was 0.85. For the evaluation instrument, the Cronbach Alfa reliability coefficient is 0.75, the average item severity and distinctiveness indexes are 0.552 and 0.730, respectively. In the result of validity and reliability analysis, 3 questions had been removed from the

instrument that constituted of 38 questions and the Evaluation Instrument of Nutrition Literacy on Adults had been developed with totally 35 questions. On evaluation of the data, Chi-Square, Pearson correlation analysis, materiality test of the difference between two averages, unidirectional variance analysis, Kruskal Wallis test had been implemented as well as the descriptive statistical methods (number, percentage, average, standard deviation).

Among the participant individuals' evaluation instrument, when the total points gained from all of the sections were examined, 79.8% had been determined to be sufficient, and when the points they gained from the subsections were examined, as 66.5% on the general nutrition information that take place in the first section, 79.3% on the reading comprehension and interpretation in the second section, 87.2% on the food groups in the third section were sufficient, 49.0% on daily portion quantities that is the fourth section of the measurement instrument and 50.1% on the section about reading the food label and numerical literacy had been determined to be insufficient.

The point gained from the nutrition literacy evaluation instrument had been determined significantly higher on women than men, on postgraduates and above than primary school graduates, on officers than other occupational groups ($p < 0.05$). Among the main sources that are being trusted by individuals regarding the regime and the food, the existence of the healthcare personnel (69.8%), and the nutritionist or dietician (45.2%) had been determined. A positive directional relation had been established between the nutrition literacy point and the physical area, emotional area and social area point of the quality of life ($p < 0.01$).

As a result, when working by giving training with larger samples of individuals, the nutrition literacy levels of the individuals increase, their quality of life on the physical, emotional and social area also increases.

Key Words: Literacy, nutrition literacy, life quality, public nutrition.

TEŞEKKÜR

Genellikle tez dönemi belli bir eğitim döneminin sonunu ifade etmesine rağmen beslenme okuryazarlığı konusunda yapmış olduğum bu tezin bir okyanusa atılan ilk kulaç olduğunu düşünüyorum. Bu teze başlarken ucu bucağı görünmeyen bir okyanusa ilk kulacı atmam konusunda beni cesaretlendiren, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden, desteğini her zaman yanımda hissettiğim, daima sabır ve anlayış gösteren danışman hocam Prof. Dr. Haldun SÜMER'e,

Tez izleme jürimde bulunan, kıymetli görüş ve desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU'na ve Sayın Yrd. Doç.Dr. Ziyet ÇINAR'a,

Uzman görüşlerini aldığım değerli öğretim üyeleri ve uzmanlara,

Hayatım boyunca her konuda özellikle de eğitimim konusunda destek olan annem Nur ÇAKICI ve babam Hüseyin ÇAKICI'ya, bilgisayar okuryazarlık düzeyleri yüksek olup ihtiyaç duyduğum zamanlarda desteklerini aldığım kardeşlerim Tuba ÇAKICI ve Mustafa ÇAKICI'ya,

Doktora tezimin her aşamasında yanımda bulunan, sonsuz destek, sabır ve anlayış gösteren sevgili eşim Nedim CESUR'a,

Kendine ayırmam gereken zamanı bu çalışmaya ayırmama izin veren ve varlığı ile bana güç veren sevgili kızım Zümra Nur CESUR'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Beslenme ile İlgili Genel Tanımlar	4
2.2. Beslenme ve Sağlık İlişkisi	5
2.3. Türkiye'de Beslenme Durumu	7
2.4. Okuryazarlık Kavramı	8
2.5. Okuryazarlığın Kavramsal Modeli	10
2.6. Sağlık Okuryazarlığı	12
2.7. Beslenme Okuryazarlığı	13
2.8. Beslenme Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	15
2.9. Sağlıkın Korunması, Geliştirilmesi ve Beslenme Okuryazarlığı	17
2.10. Yaşam Kalitesi ve Beslenme Okuryazarlığı	19
2.11. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	21
2.12. Beslenme Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri Toplama Araçları	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	33

3.7. Araştırmanın Etik Yönü	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	62
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	62
EK 2: Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (YBOYDA)	65
EK 3: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)	72
EK 4: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Onayı	77
EK 5: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	78
EK 6: Tebliğ ve Tebellüğ Belgesi	81
EK 7: Bilgilendirilmiş Olur Formu	82
ÖZGEÇMİŞ	84

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo No

Tablo 1.	Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nda her bir maddenin kapsam geçerliliğine uygunluğu ile ilgili, uzmanların verdiği cevapların ortalama ve standart sapmaları.....	28
Tablo 2.	Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın Madde Analizine İlişkin Bazı İstatistikî Veriler.....	31
Tablo 3.	Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'na ilişkin madde ayırt edicilik gücü (r) ve madde güçlüğü (p) değerleri.....	32
Tablo 4.	Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	35
Tablo 5.	Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre eğitim durumu ve mesleklerinin dağılımı.....	36
Tablo 6.	Araştırmaya katılan bireylerin beslenme ile ilgili çeşitli özelliklerinin dağılımı	38
Tablo 7.	Araştırmaya katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	39
Tablo 8.	Araştırmaya katılan bireylerin "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı" alt bölümlerinden aldıkları puanların dağılımı.....	40
Tablo 9.	Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından aldıkları puan ortalamaları.....	41
Tablo 10.	Araştırmaya katılan bireylerin aylık geliri ve beslenme okuryazarlığı ilişkisi.....	42
Tablo 11.	Araştırmaya katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı puanı ile yaşam kalitesi ilişkisi.....	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>		<u>Sayfa No</u>
Şekil 1.	Dört Yapraklı Yonca.....	4
Şekil 2.	Okuryazarlığın Kavramsal Modeli.....	11

KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DALY	: (Disability-Adjusted Life Year) Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı
WHOQOL-BREF-TR:	(Who Health Organization Quality of Life) Dünya Sağlık Örgütü- Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi - Kısa Formu
WHO (DSÖ)	: (Who Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalık
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNESCO	: (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilatı
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
YK	: Yaşam Kalitesi
REALM	: (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
TOFHLA	: (Test of Functional Health Literacy) Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
S-TOFHLA	: (Shortened version Test of Functional Health Literacy) Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi
NVS	: (Newest Vital Sign) En Yeni Hayati İşaret
NLS	: (Nutritional Literacy Scale) Erişkinlerde Beslenme Okuryazarlık Ölçeği
NLQ	: (Nutrition Literacy Questionnaire) Beslenme Okuryazarlık Anketi
FNL	: (Functional Nutrition Literacy) Fonksiyonel Beslenme Okuryazarlığı
INL	: (Interactive Nutrition Literacy) İnteraktif Beslenme Okuryazarlığı
CNL	: (Critical Nutrition Literacy) Kritik Beslenme Okuryazarlığı
NLAI	: (Nutrition Literacy Assessment Instrument) Beslenme Okuryazarlığı Ölçüm Aracı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KR	: Kuder- Richardson

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda alınarak bilinçli yapılması gereken temel bir gereksinimdir. Sağlıklı toplumların oluşması için yeterli ve dengeli beslenme tartışmasız bir ön koşuldur. Yetersiz beslenmenin etkilediği grupların başında bebek ve çocuklar, gençler, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebe ve emzikli anneler, yaşlılar ve işçiler gelmektedir. Yetişkinlerde ise obezitenin zemin hazırladığı hastalıklar önemli halk sağlığı sorunlarındandır [1-5].

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kişinin öncelikle kendi sağlığına sahip çıkması ve sağlık bilincini geliştirmesi ile mümkün olabilir [6]. Beslenme ile ilgili literatürde genellikle “beslenme uygulamaları” ifadesi tercih edilmektedir, ancak artık bireylerin aktif katılımını içermesi nedeniyle günümüz koşullarında “okuryazarlık uygulamalarından” bahsetmek gerekmektedir [7]. Beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklarda okuryazarlığın anahtar bir rolünün olduğu belirtilmektedir [8]. Okuryazarlık okuma ve yazmadan daha öte bir kavram olup "bilgi, dil ve kültürle ilgili toplumsal uygulamalar ve ilişkileri içerir [9,10]. Okuryazarlığın kavram çerçevesi, teknolojik gelişmeler, hayat şartlarının değişmesi ve ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara bağlı olarak bilgisayar okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı gibi farklı okuryazarlık türleri ile birlikte kullanılır olmuştur [11]. Beslenme okuryazarlığı bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel beslenme bilgi ve hizmetlerine ulaşabilme, anlayabilme, yorumlayabilme ve uygulayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır [8,12]. Beslenme okuryazarlığı ile ilgili uluslararası literatür incelendiğinde konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunurken [13,14] ülkemizde ise konu ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Yaşlı Japon'lar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %30.7'sinin yeterli %66.3'ünün ise sınırda beslenme okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir [13]. Yetişkinlerde yapılan farklı bir çalışmada katılımcıların %24'ünün yetersiz, % 28'inin sınırlı, % 48'inin yeterli beslenme okuryazarlık düzeyinde olduğu belirlenmiştir [14].

Beslenme okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarda beslenme okuryazarlığı becerileri ile temel beslenme bilgilerini bilme, porsiyon miktarları, gıda etiketlerinin anlaşılması,

beslenme ile ilgili güvenilir bilgi kaynaklarına ve bilimsel bilgilere ulaşma gibi beslenme becerileri ilişkili bulunmuştur [15,16]. Toplumumuzda bireyler genelde temel beslenme ile ilgili bilgilere sahipken besinlerin besin değeri, sağlığa uygun besinlerin neler olduğu, besinleri ne sıklıkta ve miktarda tüketecekleri, gıda etiketleri gibi konularda yetersiz yada yanlış bilgilere sahiptirler [17,18]. Yapılan çalışmalarda bilgi birikimi yüksek olan bireylerin yeterli beslenme bilgisine sahip olsalar bile bu bilgileri kullanmadıkları yada teorik bilgilerini kullanma açısından başarısız oldukları belirtilmiştir [19,20].

Günümüzde, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de gazete, dergi, radyo, TV ve internet gibi farklı kitle iletişim araçları, bireylere sağlık ve beslenme gibi birçok konuda bilgi sunmaktadır [21,22]. Yapılan bir çalışmada bireylerin beslenme bilgilerine ulaşmak için kitle iletişim araçları arasında ilk tercihinin televizyon (%29.1), ikinci tercihin gazete ve dergiler (%25.7), üçüncü tercihin radyo (%23.0) ve dördüncü tercihin internet (%22.1) olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, bireylerin %58.8'i "besin güvenliği" konusunda aldıkları bilgileri uyguladıklarını; %64.9'u bilgileri "anlaşılır" bulunduğunu; %63.3'ü edindikleri bilgileri "bilimsel" olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir [21]. Başka bir çalışmada bireylerin %11.9'u televizyonda, radyoda ve internette sağlıkla ilgili verilen bilgilerin hepsinin, %36.5'i de büyük kısmının doğru olduğuna inanmaktadır [22]. Beslenme okuryazarlığı artırılan bireyler edindikleri tüm bu bilgilerin arasından bilimsel olanlara daha bilinçli olarak ulaşabilirler [8].

Beslenme uygulamaları büyüme ve gelişme, sağlığın korunması, sürdürülmesi, birçok hastalığın tedavisi ve dolayısıyla yaşam kalitesi ile yakından ilgilidir. Günümüzde kardiyovasküler hastalıklar, pek çok kanser türü, obezite, hipertansiyon, diyabet, alerjik hastalıklar, osteoporoz, anemi gibi sağlık sorunlarının temelinde beslenme alışkanlıklarının önemli bir rolü olduğu bilinmektedir [4]. Hastalıkların oluşturduğu bozulmaların sonucunda, kişinin hijyen, bireysel bakım, çalışma ve dinlenme, aile ve sosyal yaşamın bir çok boyutunda kısıtlılıklar yaşanmakta, dolayısıyla yaşam kalitesi bozulmaktadır [23,24]. Yapılan bir çalışmada bireylerin beslenme alışkanlıklarının ve antropometrik ölçümlerinin yaşam kalitesini özellikle fiziksel, ruhsal ve sosyal alanda etkilediği belirtilmiştir [25].

Sağlıklı beslenme alışkanlığının benimsenmesi, yaşam kalitesini bozan beslenme sorunlarının en aza indirilmesi, diyete bağlı kronik hastalıkların önlenmesi için toplumun beslenme okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve beslenme ile ilgili ulusal düzeyde proje ve

programlar oluşturularak beslenme okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir [12,26,27]. Böylece beslenme okuryazarlığı artırılmış, beslenme ile ilgili yeterli bilgiye sahip insanların sağlıklı gıda seçimi yapmaları ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaları teşvik edilmiş olacaktır. Beslenme bilimi ve okuryazarlık modelinin bütünleştirilmesi ile toplumda beslenme okuryazarlığı vizyonunun oluşturulması ve insanların kendi beslenme davranışları üzerindeki kontrollerini artırmaları, daha sağlıklı ve kaliteli yaşamaları desteklenebilir [7].

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı geliştirerek Sivas il merkezindeki yetişkin nüfusta beslenme okuryazarlığı durumunu belirlemek ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme ile İlgili Genel Tanımlar

Besin: Bitkisel ve hayvansal dokuların yenilebilen kısımlarına besin denir. Besinler beslenmemize aracı olan maddelerdir. Belirli bir formülleri yoktur [2].

Besin Ögesi: Belirli kimyasal formülü ve vücutta belirli bir biyokimyasal fonksiyonu olan, besinlerin bileşiminde bulunan maddelere denir. İnsanların gereksinimi olan besin öğeleri 6 grupta toplanır. Bu besin öğeleri; karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller ve sudur [3]. Besin öğelerinin her birinin yaşa, cinsiyete ve fiziksel aktivite durumuna göre gerekli miktarlarda alınması gerekmektedir.

Besin Grupları: Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için, besinler besleyici değerleri yönünden 4 grup altında toplanmaktadır. Bir grup içinde yer alan besinler, birbirinin yerine tüketilebilmektedir. Besin grupları ülkemizde “Dört Yapraklı Yonca” şekli kullanılarak gösterilmektedir (Şekil 1).

1. Grup: Et, yumurta ve kurubaklagiller,
2. Grup: Süt ve süt ürünleri,
3. Grup: Taze sebze ve meyveler,
4. Grup: Ekmek ve tahıl ürünleri

Yeterli ve dengeli beslenebilmek için dört besin grubunun her birinden, her öğünde önerilen miktarlarda tüketilmelidir [2].



Şekil 1: Dört yapraklı yonca

Beslenme: Sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin oğelerinin yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda alınarak bilinçli yapılması gereken temel bir gereksinimdir [1,2,4].

Yeterli ve Dengeli Beslenme: Vücudun büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin oğelerinin her birinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır [28].

Yetersiz ve Dengesiz Beslenme: Vücudun büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin oğelerinin bireyin yaşına, cinsiyetine ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre ihtiyaç duyulan miktarlardan eksik ya da fazla alınmasıdır [28].

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığının pratik bir değerlendirme yöntemidir. Beden kitle indeksinin hesaplanmasında kilogram cinsinden oľlen vücut ağırlığı, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünür. BKİ aşağıdaki formülle hesaplanmaktadır [2,3,28].

Beden Kitle İndeksi (BKİ) : Vücut ağırlığı (kg) / [Boy uzunluğu (m)]²

2.2.Beslenme ve Sağlık İlişkisi

İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim ve evre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenlerin başında beslenme gelir. Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı toplumların oluşması için yeterli ve dengeli beslenme tartışmasız bir önkoşuldur. Bugüne kadar birçok hayvan üzerinde yapılmış olan çalışmalar ile hayvanın diyetinde yapılan değiştirmelerin büyüme, gelişme, fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi, sağlık ve yaşam süreleri üzerindeki etkileri deneysel olarak gösterilmiştir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin etkilediği grupların başında bebek ve çocuklar, gençler, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebe ve emzikli anneler, yaşlılar ve işçiler gelmektedir. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar yetersiz beslenen toplumlarda ocuk oľm hızının yeterli beslenen toplumlardan on kat daha yüksek olduğunu, çocukların büyüme hızının daha yavaş olduğunu ve zeka gelişiminin de olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir [28]. Yetişkinlerde ise obezitenin zemin hazırladığı hastalıklar önemli halk sağlığı sorunlarındandır. Günümüzde kardiyovasküler hastalıklar, pek çok kanser türü, obezite, hipertansiyon, diyabet, alerjik hastalıklar, osteoporoz gibi sağlık sorunlarının temelinde beslenme alışkanlıklarının önemli bir rolü olduğu bilinmektedir [4].

Dünyada yaklaşık 16 milyon Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı Kaybı (Disability-Adjusted Life Year; DALY) ve 1,7 milyon ölümün, düşük meyve ve sebze tüketiminden kaynaklanmaktadır [26,29]. Yeterli meyve ve sebze tüketimi; kardiyovasküler hastalık, mide kanseri ve kolorektal kanser riskini azaltır [30,31]. Yağ ve şeker bakımından zengin, işlenmiş gıdalar gibi yüksek enerjili gıdaların çok fazla tüketiminin meyve ve sebzeler gibi düşük enerjili gıdalara kıyasla obeziteyi arttırdığına dair inandırıcı bulgular vardır [26]. Tüketilen yemek tuzu miktarı da kan basıncı düzeyleri ve genel kardiyovasküler risklerin önemli bir belirteçidir [32]. Kardiyovasküler hastalığı önlemek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından her gün kişi başına 5 gramdan az tuz alımı tavsiye edilmektedir [33]. Bugün dünya genelinde günlük 9-12 gram arasında olan yemek tuzu alımının tavsiye edilen 5 gram seviyesine indirilmesinin tansiyon ve kardiyovasküler hastalığın azalmasında büyük etkiye sahip olacağı belirtilmektedir [34]. Doymuş yağ ve trans yağın koroner kalp hastalığı riskini arttırdığı, bunların yerine tekli ve çoklu doymamış yağ kullanılmasının bu riski azalttığına dair çalışmalar vardır [35]. Ayrıca tip 2 diyabet riskinin de doymuş yağ ve trans yağ tüketimi ile doğrudan ilişkili, sebze kaynaklı çoklu doymamış yağla ise ters orantılı olduğu belirtilmektedir [36,37].

2008 yılında dünya çapında meydana gelen 57 milyon ölümden 36 milyonu yani yaklaşık üçte ikisi; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarını içeren Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar'dan (BOH) kaynaklanmıştır [38]. DSÖ'nün 2011 yılında yayınladığı BOH ile ilgili ülke profillerinde 2008 yılında ülkemizde tüm ölümlerin %85'ini kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (%49), kanser (%18), solunum hastalıkları (%9), diyabet (%2) ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (%7) dir. 2008' de ülkemizde 60 yaş altında tüm kronik hastalıklardan ölümlerin erkeklerde % 30.8, kadınlarda % 22.9 olduğu belirtilmektedir [39]. BOH'ın büyük bir kısmı 4 temel davranışsal risk faktörünün azaltılmasıyla önlenir. Bu faktörler tütün kullanımı, hareketsizlik, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenmedir [40].

2.3. Türkiye'de Beslenme Durumu

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir [17]. Genelde insanların sosyoekonomik statüsü yükseldikçe beden gücüyle iş yapma yerine, oturarak çalışmakta, buna karşın tüketilen besinlerin enerji ve besin öğeleri yoğunluğu artmakta; sosyoekonomik durum düştükçe, beden çalışması artarken besin tüketimi azalmaktadır. Bu dengesizlik çeşitli beslenme ve bununla bağlantılı sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Ülkemizde ortalama besin tüketim düzeyine bakıldığında, nüfusun yeterli beslendiği izlenimi oluşmasına karşın, çok önemli beslenme sorunlarının varlığı bir gerçektir. Bunun temel nedeni sosyoekonomik eşitsizliklerdir. Bir sosyoekonomik grup açlığını giderebilecek düzeyde bile besin bulamamakta, diğer bir grup sadece günlük enerjisini karşılayacak düzeyde, başka bir grup ise gereğinin çok üstünde besin tüketmektedir [40]. Dolayısıyla ülkemizde beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır [2,17].

Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, özellikle büyüme çağındaki çocukların, gebe ve emzikli kadınların, ağır işlerde çalışan işçilerin önemli sorunlarından. Değişik bölgelerde ve gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda ailelerin %20-45'inin yetersiz beslendikleri belirtilmiştir [2,17]. Yıllar içerisinde ekonomik koşullar ve diğer etkenler dışında reklamlar, pazara sunulan yeni ürünler ve küresel ölçekte yayılan hızlı beslenme alışkanlıkları da toplumun beslenmesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle kentlerde yaşayan bireylerde obezite ve kronik hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir [2,3,39]. Küçük çocukların beslenme durumu, hanehalkı, toplum ve ulusal düzeyde kalkınma hızını belirten kapsamlı bir göstergedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre ülkemizde çocukların beslenme bozukluğu yaşamlarının ilk yıllarında başlamakta ve beş yaşına gelindiğinde çocukların %10'u yaşına göre kısa boylu olmaktadır [41]. Yetersiz beslenmeye bağlı büyüme ve gelişme bozuklukları ile önlenabilir hastalıklar bebek ve çocuk ölümlerinin artmasına neden olmaktadır [2]. Türkiye'de TNSA 2008 verilerine göre bebek ölüm hızı %017'dir. Yine aynı kaynak verilerine göre çocuklar yaygın olarak (%96.7) emzirilmekte ise de 6 aydan küçük bebeklerde tek başına sadece anne sütü ile beslenme oranı TNSA 2003'te %20.8 iken TNSA 2008'de %41.6'dır. Ülkemizde çocuklar uzun süre emzirilmelerine rağmen halen ek besinlere erken başlanmaktadır [41].

Türkiye'de 0-5 yaş grubu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, demir yetersizliği anemisi, raşitizm; okul çağı çocuk ve gençlerde; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliği hastalıkları, diş çürükleri, yetişkin kadınlarda; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, vitamin yetersizlikleri, yaşlılarda ise beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sık görülmektedir [17,42]. TNSA 2008 verilerine göre annelerin ortalama boy uzunluğu 157 cm'dir. Annelerin %2'si 145cm'den daha kısa ve %10'u 150 cm'den daha kısadır. Annelerin ortalama ağırlığı 66 kg'dır ve yaklaşık üçte birinin ağırlığı 70 kg'ın üstündedir. Gebe olmayan annelerin ortalama BKİ'si 26.7'dir. Annelerin %2'sinden daha azının BKİ'si 18.5'in altındadır. Annelerin %58.4'ünün BKİ'si 25.0'in üzerindedir ve fazla kilolu grubundadır. Obezite anneler arasında önemli bir sorundur; annelerin %24'ünün BKİ değeri en az 30.0 veya üzerindedir.

Ülkemizde, enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumu incelendiğinde, enerjiyi yetersiz düzeyde tüketen aile oranı düşüktür. Ulusal beslenme araştırmalarına göre genelde ailelerin yaklaşık %8-17'si yetersiz düzeyde enerji tüketmektedir [2]. Toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeydedir. Proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Hayvansal protein tüketimi ise yetersizdir. Kalsiyum, A vitamini ve riboflavini yetersiz tüketenlerin oranı oldukça yüksektir (sırasıyla %13-26, %3-31 ve %34-40). Özellikle süt ve ürünlerinin yetersiz düzeyde tüketilmesi kalsiyum ve riboflavin yetersizliğinin temel nedenidir. Demiri yetersiz düzeyde tüketenlerin oranı düşük olmasına karşın, demir yetersizliği anemisi görülme oranı çok yüksektir [43,44].

2.4. Okuryazarlık Kavramı

Başlangıçta harfleri okuma, metinleri seslendirme anlamındaki okuryazarlık kavramı toplumsal ve teknolojik gelişmelere paralel doğrultuda sürekli olarak anlam sahasını genişleten, yeni anlamlar kazanan, önüne aldığı nesneye göre çok anlamlılık gösteren bir olgu olması nedeniyle günümüze kadar çeşitli tanımları yapılmıştır. Genel anlamda okuryazarlık “toplum tarafından anlam verilen iletişimsel sembollerin etkili bir biçimde kullanılabilme yeteneği” olarak tanımlanmaktadır [45,46]. Okuryazarlığın “toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simge olma” özelliği, okuryazarlığı yenileyen ve çağın ihtiyaçlarına yanıt verir hale getiren özellik olarak karşımıza çıkmaktadır [46]. Günümüzde okuryazarlık, yazı sembolleri ile gerçekleştirilen bir eylem olmanın çok ötesinde, pek çok zihinsel beceriyi, dili kullanarak gerçekleştirilen iletişim becerilerini ve tutumlarını ifade eden bir eğitim terimidir.

Okuryazarlık, bilgisayar okuryazarlığı, teknoloji okuryazarlığı, internet okuryazarlığı, medya okuryazarlığı gibi farklı okuryazarlık türleri ile birlikte kullanılır olmuştur [9-11,47]. Toplumun beklentileri ve değerleri her çağda farklı bir özellik göstermekte; çağın özelliklerine göre toplumsal kabul ve anlamlar değişmektedir. Dolayısıyla okuryazarlık bu manada çağın gerektirdiği bir beceri olarak kavramsallaşmaktadır. Gelecekte yaşanacak teknolojik gelişmeler doğrultusunda da yeni okuryazarlık modellerinin ortaya çıkması muhtemel görünmektedir [46].

Okuryazarlık kavramının dünyadaki gelişimini ve yapılan araştırmaları dikkate alan UNESCO, 1987 yılında "Herkes İçin Eğitim" programı çerçevesinde, okuryazarlığı yeniden ele almak ihtiyacı duymuştur. Okuryazarlık kavramının daha iyi anlaşılması için üç farklı düzeyde okuryazarlık tanımı yapmıştır. Birinci düzey temel okuryazarlık; ikinci düzey işlevsel (fonksiyonel) okuryazarlık ve üçüncü düzey ise çok işlevli (multi-fonksiyonel) okuryazarlık olarak nitelendirilmiştir. Birinci düzey, kelimeleri seslendirme ve cümleleri anlama gibi temel okuma yazma becerilerine sahip olma düzeyidir. İkinci düzey, kişinin okuma, yazma ve aritmetikle ilgili bilgi ve becerilerini bireysel, sosyal ve kültürel alanda kullanma durumunu anlatır. Üçüncü düzey ise bireyin kapasitesini sonuna kadar geliştirmeyi amaçlar, sadece kendini değil okuyarak ve yazarak toplumun ilerlemesi için çaba göstermesini içerir. Çok işlevli okuryazar olan bir kişi, karmaşık sorunları anlama, anladıklarına kendi özünü katarak kendini ifade etme, yaratıcılığını geliştirme, derin değerlere sahip olma ve kapsamlı bir dünya görüşüne sahip olma gibi özellikler taşır [10,46,48]. Bu özellikleri nedeniyle okuryazarlık; toplumdaki bilgileri, becerileri ve sosyal normları anlama, birbiriyle paylaşma, yorumlayabilme ve sonraki nesillere aktarma aracıdır [10,11]. Diğer bir ifadeyle okuryazarlık, okuma ve yazma faaliyetinin eşliğinde kişinin yaşadığı hayatı ve bu hayat içinde nesne ve olayları algılaması, anlaması ve sosyal hayatındaki bütün ilişkilere bir anlam yüklemesi ile ilgili bir kavramdır [10].

Son yıllarda yapılan tanımlarda okuryazarlık "kişinin okuma ve yazmaya karşı ilgisini, amacını dışarıdan birinin değil, kendisinin belirlediği bir üst biliş faaliyeti" olarak ifade edilmektedir. Bu beceriyi kazanan kişi, okuma yazma ile ilgili problemlerini kendisi tespit eder, varsa hatalarını düzeltir, gerekli gördüğü düzenlemeleri yapar ve süreci yine kendisi denetler [7,10]. Böyle bir okuryazarlık becerisi ile donanmış kişilerin kendi bilgi, duygu ve düşüncelerini geliştirirken yaratıcı ve derin değerlere sahip olacağı, kendini geliştirdiği kadar

içinde yaşadığı toplumun problemlerinin çözümüne ve ilerlemesine de katkıda bulunacağına inanılmaktadır [7,9].

2.5. Okuryazarlığın Kavramsal Modeli

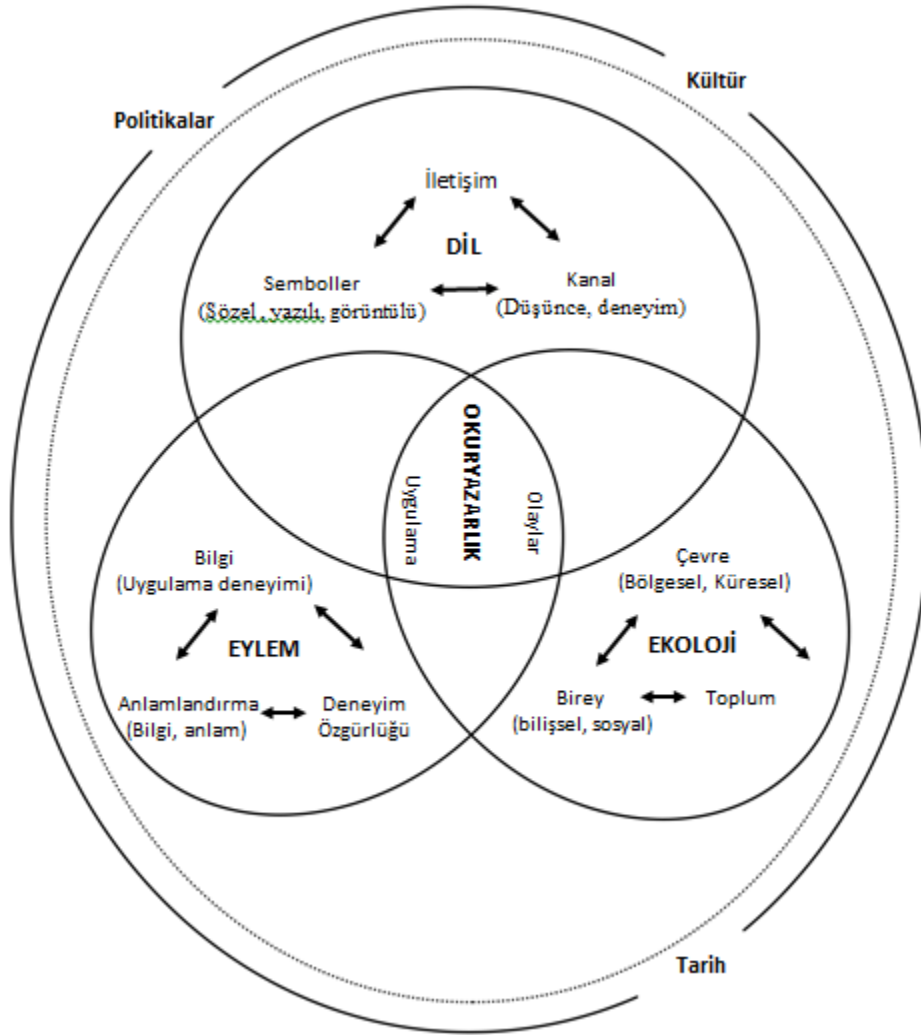
Okuryazarlık dil, eylem ve ekoloji bileşenlerinin birbiriyle olan ilişkileri olarak tanımlanabilir.

Dil Bileşeni: Öğrenmek, bilgi oluşturmak ve bilgiye erişmek için dil kullanılır. Dil sembolik araçlarla (sözlü, yazılı, görüntülü vb.) iletişim kurmamızı sağlar [7]. İletişim günümüzde insanları birbirine yaklaştıran en önemli etken olarak görülmekte, bu ise kullanılan dil ile gerçekleşmektedir [49]. Sembollerin kullanımı, düşünce ve deneyimler sonucu iletişim yolu ile dil oluşur. İnsanların birbirini anlayabilmesi için ortak dil oluşturması zorunludur. Aynı kültürü oluşturan insanlar bu ortak dil sayesinde anlatılanların ne anlama geldiğini anlayabilir [49]. Bir toplumun dili ve kültürü sembollerin ya da kelimelerin oluşumunu, kelimelere verilen anlamı, kelimelerin nasıl kullanılacağını ve korunacağını etkiler. Dolayısıyla dil; kültür, politika ve tarihten etkilenir [7].

Eylem Bileşeni: Toplum etkileşimi, insanların ortak anlayışlar ve dünya görüşü kazanmalarını sağlar. İnsanların günlük deneyimleri ve oluşturdukları ortak anlayışlar, bireylerin içinde yaşadıkları dünya hakkında bilgi edinmelerine yardımcı olur. Deneyimler sonucunda elde edilen bilginin anlamlandırılması ve günlük yaşamda uygulanması ile eylemler gerçekleşmektedir. Edinilen bilgiler bireylerin ve toplulukların hedeflerine ulaşmaları için en yararlı eylemi seçmeleri ve uygulamaları konusunda bireylere güç verir. Bu nedenle okuryazarlık eyleme geçmede önemli bir etkidir [7].

Ekoloji Bileşeni: İnsan sistemleri ve çevreleri birbiriyle ilişkili ve birbirine bağlıdır. İletişim, dil aracılığıyla bilginin oluşturulması ve paylaşımını kolaylaştırmaktadır. Dil kullanımı sayesinde, insanlar günlük deneyimlerinden çevreleri hakkında anlamlar çıkarırlar. Bu anlamda okuryazarlık günlük yaşamda okuryazarlık etkinliklerine katılarak günlük uygulamaları gerçekleştirme yeteneği ile ilgilidir. Dil; ev içi iletişim sırasında okulda, işte, eğlence faaliyetleri sırasında sosyal olarak ve ayrıca televizyon, radyo, gazete, cep telefonları, bilgisayarlar gibi birçok farklı dil teknolojisi ile yapılandırılmıştır [7]. Dil kullanımı, bireysel temel becerilere ve toplum tarafından dilin anlamlandırılmasına bağlıdır. Toplum ise yeni

semboller ve anlamların oluşumuna dolayısıyla insanların değişen çevreye, teknolojiye ve gereksinimlere uyumuna bağlıdır. Bunun yanı sıra bir kişinin dil kullanmak için yeteneği onun kültürel, tarihsel ve politik kimliğine dayanır ki bu, bireylerle toplum ve çevre arasındaki etkileşimi belirler [7].



Şekil 2: Okuryazarlık Kavramsal Modeli

Okuryazarlığın dil, eylem ve ekoloji bileşenleri farklı zamanlarda değişen etkileri nedeniyle dinamik ilişkilere sahiptir. Bu bileşenler birbirine bağlı olup, birbirlerinden ve sosyal çevreden (politika, kültür, tarih vb.) etkilenirler. Bu durum göz önüne alındığında okuryazarlık entegre edilmiş bir kavram olarak bireylerin ve farklı çevrelerde yaşayan toplumun sembolik dili aracılığı ile bilgi oluşturmak, bilgiye erişmek, bilgiyi anlamlandırmak,

iletişim kurarak bilginin yayılmasını sağlamak ve eyleme geçmek için özgürce seçim yapma kabiliyetidir [7].

2.6. Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ (1998) sağlık okuryazarlığını "İyi sağlık halinin geliştirilmesi ve korunması için bireylerin bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerini ifade eder " şeklinde tanımlamıştır. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin yaşam tarzları ve yaşam koşullarını değiştirerek bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmek için bireysel becerilerin ve gücün harekete geçirilmesi, bireylerin bilgi seviyesinin artırılması anlamına gelir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı broşürleri okumaktan ve randevu almaktan daha öte bir kavramdır. İnsanların sağlık bilgilerine erişimlerinin gelişmesi ve uygun bir şekilde kullanma kapasiteleri ile sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi sonucu çok işlevli okuryazarlık düzeyine erişilmesidir [50].

Son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalarda sağlık okuryazarlığı; insanların bilgi, motivasyon ve bilgiye ulaşabilme gücü, anlama, ölçme ve sağlık bilgilerini uygulama, sonuca varma ve günlük sağlık bakımını içeren kararlar alma, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve korunması ile yaşam kalitesinin geliştirilmesini gerektiren okuryazarlıkla bağlantılı bir kavram olarak tanımlanmaktadır [51]. Tanımlarda da belirtildiği gibi sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık seviyesine bağlıdır. Düşük okuryazarlık insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini direkt olarak sınırlar ve sağlık okuryazarlığı gelişimini etkiler [50]. Okuryazarlık temelinde sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri anlamalarını ve iletişimlerini mümkün kılan okuma, yazma, temel matematik, kavrama gibi zorunlu becerileri içerir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda, sağlık sorunlarıyla karşılaşan bireylerin okuryazarlık düzeyleri yeterli olsa bile karmaşık sağlık sistemi, yeni sağlık kavramı sağlık hizmet sunucularının kullandığı tıbbi kelimeler gibi faktörlerin sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir [52,53]. Kickbusch (2001), okuryazarlığın toplumda fonksiyonunun olabilmesi için bireylerin gerekli bazı becerilere sahip olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu beceriler; sayısal okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, teknolojik okuryazarlık, kültürel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığıdır. Son yıllarda bu beceriler listesi içerisine sağlık okuryazarlığının da dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır [54]. Günümüz şartlarına bağlı olarak diyetle meydana gelen değişikliklerin, bilinçsiz beslenme alışkanlıklarının olumsuz olarak insan sağlığı, yaşam

kalitesi ve yaşam süresini etkilediğini gösteren bir çok bilimsel çalışma mevcuttur [55-57]. Sağlık ve beslenme arasında önemli ilişkiler olması nedeniyle bu beceriler listesi içine sağlık okuryazarlığının yanı sıra beslenme okuryazarlığı da dahil edilmelidir.

Sağlık okuryazarlığı bireyler ve sağlık hizmetleri arasında aktif bir aracı ve köprüdür. Yeni sağlık sistemi, hizmetten yararlananlar ve yararlanacak olanlar için karmaşık bir yapıdadır. Kişilerin sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili bilgilenmeleri, sorumlulukları ve haklarını bilmeleri, sağlık ile ilgili kararlar verebilmeleri gibi yeni rolleri vardır ve bireylerin bu konularda bilgi ve yeterlilik sahibi oldukları kabul edilmektedir. Sağlık sisteminin nasıl kullanılabileceği ve bu sistemden nasıl yararlanılabileceğinin bilinmesi de büyük önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı tanımından da anlaşılabilceği gibi, bireyler sadece okuma ve anlama değil, sağlıkla ilgili karar verebilmeyi sağlayacak kadar sağlık bilgilerine sahip olmalıdır [58].

Sağlık okuryazarlık düzeyi sınırlı veya yetersiz olanlarda; daha sağlıksız bir yaşam, kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, verilen eğitimleri anlamada güçlük, sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada sorunlar (tarama, aşilar, egzersiz programları, beslenme v.b), tedavilerini büyük ölçüde acil hizmetlerden sağlama, verilen tedaviye uymada güçlük (ilaç tedavisine, kontrollere uyum v.b.), hastaneye yatış hızında artma, yetersiz sağlık düzeyi göstergeleri, sağlık harcamalarında artma gibi olumsuz sağlık sonuçları görülebileceği öngörülmektedir [59-63].

Tıp Enstitüsü (2004) düşük sağlık okuryazarlığı ile sağlık bakımı arasında dört temel ilişki tanımlamıştır. Bunlar koruyucu bakım hizmetlerinin azalması, hastalıklar ve yönetimi ile ilgili bilginin azalması, hastane yatışlarının artması, sağlık hizmetinin maliyetinin artmasıdır [64].

Dinamik bir süreç olarak sağlık sisteminde kişilerin güçlendirilmesi, farklılaşan ve artan bilgi çokluğu içinde eleştirel bir biçimde bakabilmesi ve karar verebilmesini sağlamak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin ciddi bir ihtiyaç olduğu belirtilmektedir [58,60,65].

2.7. Beslenme Okuryazarlığı

Beslenme okuryazarlığı, bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel beslenme bilgi ve hizmetlerine ulaşabilme, anlayabilme, yorumlayabilme ve uygulayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır [8,66]. Diğer bir tanıma göre beslenme okuryazarlığı insanların temel

beslenme bilgilerini edinme ve uygun beslenme kararları almak için gerekli araçları anlama ve kullanma yeteneğine sahip olma derecesidir [8]. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişimlerinin gelişmesi ve uygun bir şekilde kullanma kapasiteleri sonucunda buldukları sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili olarak artan öz yeterliliği içerir [65]. Beslenme okuryazarlığı tanımı da beslenmeye özgü yeterlilik boyutu ile sağlık okuryazarlığı tanımına benzemektedir [53,67].

Beslenme okuryazarlığı ile ilgili literatürde kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, hipertansiyon gibi beslenme ile ilişkili hastalıkların gelişimi, yönetimi ve tedavisinde okuryazarlık düzeyinin ve sağlık okuryazarlığının anahtar bir rolü olduğu vurgulanmıştır [15]. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalarda yaşam tarzı davranışları ve sağlık sonuçları ile ilgili kapsamlı çalışmalar yapılmasına rağmen, sağlık okuryazarlığı ile beslenme davranışları ve sonuçları üzerinde fazla çalışılmamıştır. Bu güne kadar uzmanlar beslenme ile ilgili literatürde genellikle “beslenme uygulamaları” ifadesini tercih etmiştir, ancak artık bireylerin aktif katılımını içermesi nedeniyle günümüz koşullarında “okuryazarlık uygulamalarından” bahsetmek gerekmektedir. Beslenme bilimi ve okuryazarlık modelinin bütünleştirilmesi ve toplumda beslenme okuryazarlığı vizyonunun oluşturulması ile insanların kendi beslenme davranışları üzerindeki kontrollerini artırmaları ve daha sağlıklı yaşamaları desteklenebilir [7]. Böylece beslenme okuryazarlığı yeterli olan kişiler, beslenme ile ilgili problemlerini kendileri tespit eder, tespit ettiği hatalı uygulamaları beslenme ile ilgili doğru bilgilere ulaşarak düzeltir, bunlar yeterli olmadığında ise gerekli hizmeti alabileceği sağlık kuruluşlarına başvurur.

Bireylerin sağlıklı olabilmeleri için bilinçli beslenme seçimleri yapmaları gerekmektedir. Günümüzde insanlar diyet ve beslenme ile ilgili birçok bilgiye çeşitli kaynaklar yoluyla kolayca erişilebilmekte ve birçok seçenek arasından kendi yiyeceklerini seçmektedir [13,68,69]. Genellikle beslenmede yeterli bilgiye sahip insanların sağlıklı gıda seçimleri yapmaları beklenir [70]. Dolayısıyla beslenme okuryazarlığının artırılması ile artan bilginin yanı sıra, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi de sağlanmış olur. Bu ise ancak toplumun beslenme okuryazarlığı seviyesinin artırılması ile gerçekleşebilir. Böylece bireyler sağlıklı beslenerek optimal sağlık düzeyine ulaşabilirler.

2.8.Beslenme Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Okuryazarlığın kavramsal modeli doğrutusunda beslenme okuryazarlığında da beslenme dili, beslenme eylemi ve beslenme ekolojisi olmak üzere üç bileşenden bahsedilebilir [7].

Beslenme Dili

Beslenme dili bireyler, toplumlar ve beslenme ile ilgili deneyimler arasında üç şekilde aracılık yapar. İlk olarak, dil beslenme diline aracılık eder. Diğer bir deyişle, insanlar günlük beslenme dilini (beslenme ile ilgili semboller ve söylemler) ve deneyimlerini beyinde mevcut olan dili kullanarak beyine kodlar. Dolayısıyla dil, içinde yaşadığımız dünyada anlamlar ve anlayışlar oluşturmak, bilgiye ulaşmak, bilgiyi depolamak için bir araçtır. İkinci olarak, beslenme dili insanlar ve beslenme deneyimleri arasında aracılık eder. İnsanlar günlük yaşamlarındaki beslenme faaliyetlerini ve deneyimlerini başkaları ile paylaşarak beslenme ile ilgili fikirler oluştururlar. Son olarak beslenme dili; metin, şekil vb. materyallerle insanlar arasında aracılık yapar. Uzmanlar beslenme ile ilgili kendi dünya görüşlerini ifade etmek için metin, şekil veya görüntüleri kullanırlar.

Beslenme dili beslenme ile ilgili bilgileri içerir. Beslenme bilgileri biyoloji, kimya, tarım, gıda bilimi, psikoloji, sosyoloji, ekonomi, siyaset bilimi gibi çeşitli akademik kaynakların yanı sıra etnik, ailesel ve dini kaynaklar da dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan elde edilir. Beslenme ile ilgili kelime, kavram ve fikirler sözlü, yazılı olarak ve / veya görüntüler halinde ifade edilir. İletişim yolu ile de beslenme ile ilgili fikirler, düşünceler, kavramlar bir kişiden diğerine aktarılır.

Beslenme talimatlarını bilmek, anlamak ve uygulamak bireyler için zor olabilir. Beslenme ile ilgili herhangi bir mesajın, bilginin hangi yoldan ve hangi araç kullanılarak iletileceği bireylerin beslenme okuryazarlık düzeylerine bağlı olarak değişir. Beslenme bilgileri gazete makalesi, radyo ya da televizyon programı, internet gibi iletişim araçları kullanılarak tek yönlü iletişim yolu ile verilebilir [7]. Bu iletişim yolu ile çabuk, kolay bir şekilde kaynağa ulaşılabilir. Böylece bireyler daha kolay bir şekilde beslenme ile ilgili kelimelere, anlamlara ve görsellere (örneğin gıda kılavuzları, beslenme etiketleri, tıbbi talimatlar vb.) ulaşabilirler. Ancak tek yönlü iletişimde gönderilen mesajın anlaşılıp anlaşılmadığı geri bildirim yapılmadığı için bilinmemektedir. Çift yönlü iletişim yolu kullanıldığında süreç yavaş ilerler ancak alıcı gönderilen mesajları alma, yorumlama, değerlendirme, karar verme ve yeni bir mesajı iletme yani yanıt verme olanağı bulur. Bir

sağlık profesyoneli hastasına, durumuna yönelik beslenme eğitimi verirken ona soru sorarak ya da soru sorma fırsatı vererek konunun anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol edebilir [49,71]. Tüm iletişim yolları ve araçları kullanıldığı zaman bir toplumun kendi dili aracılığıyla oluşturulmuş olan beslenme dili insanlara etkin bir şekilde aktarılabilir.

Dil, politik, kültürel ve tarihsel durumlardan etkilenir. Siyasi politikalar; beslenme dili ve uygulamalarının öğrenilmesini (kız ve erkeklerin okullaşma durumu, okullarda beslenme konusunun müfredatta yer alması, sağlıklı beslenmeye yönelik ulusal proje ve programlar vb.) farklı iletişim araçları ile (televizyon, internet, kitap vb.) bu bilgilere erişimi belirler. Tarihsel ve kültürel olarak da dilin semboller ve anlamları değişen koşullar doğrultusunda zaman içinde değişebilir [7].

Beslenme Eylemi

Beslenme okuryazarlığının diğer bir bileşeni beslenme eylemidir. Beslenme eylemi, sağlıklı bir yaşam için beslenme konusunda özgürce en bilinçli kararları alarak, beslenme dilini kullanma yeteneğidir. Diğer bir ifadeyle beslenme eylemi, geçerli bilgi ve deneyimlerden öğrendiklerini somutlaştırma veya uygulama yeteneğini ifade eder. Yani eylem boyutu; besleyici gıda hazırlama, özel diyetler için menü planlama, çeşitli gıda ürünlerinin içeriklerini karşılaştırma gibi genel beslenme okuryazarlığına katkıda bulunan deneyimleri içerir. Bu deneyimlerin bireysel anlamlar ve ortak anlayışlar ile günlük beslenme uygulamalarına dönüştürülmesini sağlar. Beslenme eylemi aynı zamanda bilgiye erişimde özgürlüğü içerir. Beslenme eylemi bir kişinin, toplumsal beslenme ile ilgili dili kullanarak doğru bilgiye ulaşması, bilgiyi doğru bir şekilde anlayıp yorumlaması ayrıca beslenme ile ilgili genel anlayışlar ve uygulamaları analiz ederek beslenme uygulamaları ile ilgili en iyi kararı özgürce verme yeteneğidir. Ayrıca beslenme eylemi, toplumsal ve çevresel beslenme uygulamalarının etkisini bilinçli bir şekilde düşünme yeteneğini ve bireyler, aileler ve toplumların beslenme uygulamaları ile ilgili ifade ve tartışma yeteneğini de içerir. Böylece toplumlar ortak anlayışla genel yaygın anlamlar oluşturur [7,49]. Bireyler ve topluluklar dil aracılığıyla bu bilgileri, anlamları ve anlayışları eyleme dönüştürmek için kullanırlar. Bireyler günlük aktiviteleri sırasında dil aracılığıyla iletişime geçerler, edindikleri beslenme bilgilerini uygulayarak da eyleme geçerler. İnsanların diyabetik bir genci nasıl destekleyebiliriz, sosyoekonomik durumu kötü olan birinin beslenme durumunu nasıl destekleyebiliriz ya da kültürel olarak uygun, güvenli, besleyici gıdalara nasıl ulaşabiliriz? gibi soruları sormasını sağlar [7].

Beslenme Ekolojisi

Beslenme okuryazarlığının üçüncü bileşeni; dilin ekolojik bileşenidir. Bir toplum kendi diliyle sosyal olarak yapılandığında; ortak kelimeleri, ortak dünya görüşleri , ortak anlayış ve günlük eylemlerin uygulanmasında ortak yollar oluşturarak (konuşma, dinleme, hareket, duygu, değer verme) gelişir [7,49]. Dil; bireyler, topluluklar ve ortamların karmaşık, birbirine bağlı ve birbiriyle ilişkili iletişim ağı aracılığı ile insanların ihtiyacı olan beslenme ile ilgili önemli bilgilerin, danışmanlıkların ve anlayışların alışverişini kolaylaştıran bir araçtır. Bireylerin sosyal yaşamlarındaki etkileşimleri sırasında evde, okulda, işte, serbest zaman aktivitelerinde kendilerine sunulan dil teknolojisi ile beslenme dili yapılandırılır.

Bir bireyin veya toplumun beslenme eylemindeki beslenme dili uygulamalarına sahip olma yeteneği aynı zamanda yaşadıkları yerel ve kültürel ortamlara bağlıdır [7,49]. Beslenme ile ilgili öğrenme ailede başlar. Çocuklar farklı gıdalar için ailenin kullandığı kelimeleri öğrenerek; gıdalar hakkında anlamları (nefis olduğunu, kemikleri güçlendirdiğini) ve gıdaların ne gibi etkilerinin olduğu (et, süt vb. büyümeyi nasıl etkiler) gibi bilgileri kazanır. Bireyler büyüdükçe katıldıkları topluluklar (okul, iş yaşamı vb.) ile çevreleri genişler. Aile ile kazanılan beslenme bilgileri ve uygulamaları buldukları çevreden etkilenir.

Kültürel, politik ve tarihsel bağlamları içinde çevre (savaş / barış, zenginlik / yoksulluk, baskı / özgürlük, hastalık / sağlık, demokrasi / otokrasi, endüstriyel / yerli) dil eğitimine ulaşılabilirlikte hayati öneme sahiptir. Beslenme konuları ile ilgili iletişim araçlarındaki (kitap, e-posta, internet vb.) bilgiler, beslenme sorunlarına ücretsiz ve hızlı olarak ulaşılmasını sağlar. Bir toplumun beslenme dili eylemleri ve ekolojisi bireylerin sağlık durumlarına etki etmekle birlikte her üç bileşen de birey, toplum ve çevre arasında birbirine bağlıdır ve birbiriyle ilişkilidir [7].

2.9. Sağlıkın Korunması, Geliştirilmesi ve Beslenme Okuryazarlığı

Toplumun sosyal, ekonomik, fiziksel ve biyolojik çevreden kaynaklanan hastalık etmenlerinden korunması, erken teşhis ve tedavinin gerçekleştirilmesi, hastalık sonrası kişilerin tekrar topluma uyumlarının sağlanması ve ayrıca bedensel , ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik haline ulaşabilmesi için sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile ilgili yapılan bütün çalışmalara "Koruyucu Sağlık Hizmetleri" denilmektedir. Bu hizmet kişilerin hastalanmadan önce çevresindeki olumsuzlukları giderme veya bu olumsuzluklara karşı kişinin beden sağlığının korunması yönünde bilinçlendirilmesi için yapılan çalışmalardır.

Hijyenik koşullarda üretilmiş bir gıdanın uygun şartlarda tüketiciye ulaşması koruyucu sağlık hizmetlerinin ilk halkasını oluşturmaktadır [56,72]. Sağlığın geliştirilmesi ise insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir.

Bir toplumun sağlıklı olabilmesi, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olabilmesi ile mümkündür. Toplum beslenmesi, bireyin ve toplumun, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı gibi sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi ile sağlığın korunmasını, iyileştirilmesini, geliştirilmesini, toplumda beslenmeye bağlı hastalıkların önlenmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlar [56]. Bu amaçlara ulaşabilmek için tüm toplumun beslenme bilincini artırarak, sağlıklı beslenmeyi yaşam biçimine dönüştürmek gerekmektedir. Beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve fiziksel aktivitenin azalması ile kronik hastalıkların artması nedeniyle sağlığın geliştirilmesi için sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşviki önemli bir unsurdur [15,69]. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kişinin öncelikle kendi sağlığına sahip çıkması ve sağlık bilincini geliştirmesi ile mümkün olabilir.

Bir toplumda bireylerin sağlıklı beslenebilmeleri için bilimsel ve teknolojik ilerlemelere adapte olabilen ve etkin bir biçimde uygulanabilen ulusal beslenme plan ve politikaları oluşturulması gerekmektedir. Bireylerin sağlıklı ve güvenilir gıda seçebilmeleri için tüketecekleri tüm gıdaların üretimden tüketime kadar yeterli, sağlıklı ve güvenli olması gerekir [72]. Bu uygulamalarda aksamalar gözleendiğinde beslenme okuryazarlık düzeyleri artırılmış olan bireyler aksayan yönleri tespit edebilmeli, bu aksamaların düzeltilmesine yönelik çözümler üretebilmeli, hizmet talep edebilmeli, politika ve programların güncellenmesine katkıda bulunabilmelidir. Böylece kendi sağlıklarını etkileyebilecek riskler karşısında da bireyler durum tespiti yapabilen, çözüm üretebilen, bilinçli kişiler olacaklardır.

2.10. Yaşam Kalitesi ve Beslenme Okuryazarlığı

Yaşam kalitesi kişinin bütün temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum alması, sosyal davranışlarda yeterli olması, kişiler arası ilişkilerde iyi olması, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerini kapsamaktadır. Yaşam kalitesinin bu çok boyutlu yapısına ek olarak ruhsal durum ya da var olan ilgiler, seksüel fonksiyon ve beden imajının da düşünülmesi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemlidir. Halk sağlığı anlayışı ve sağlık tanımı ile birlikte değerlendirildiğinde yaşam kalitesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama

katılma, saygınlık ve güvenlik bileşenleriyle, bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali olarak belirtilen genel durumundan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir [73]. Dolayısıyla yaşam kalitesi bireylerin kendi durumlarını algılayış biçimi ile ilgilidir. Örneğin, işlevselliği ileri derece kısıtlanmış bir bireyin yaşam kalitesinin çok düşük olduğu düşünülebilir ancak aynı birey sorgulandığında, yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu ifade edebilir. Yaşam kalitesinin yüksek olduğunu düşündüğümüz bir birey ise geçmişteki yaşamıyla kıyaslandığında o anki yaşam kalitesini çok düşük olarak algılayabilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) kavramından bahsedilmektedir. Bu kavramın bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olduğu belirtilmektedir. Bir görüşe göre Yaşam Kalitesi (YK) ve SYK birbirinden ayrılarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre aslında YK'nin tüm boyutları SYK'ni de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek bizi genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir [74].

Yaşam Kalitesi 4 ana alanda ortaya çıkar:

- 1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
- 2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- 3- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)
- 4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.)

YK'nin coğrafi düzeyleri, sırasıyla, evde, toplum içinde, bölgesel, ulusal, uluslar arası ve küresel olarak sıralanır.

Sağlığı geliştirmeye yönelik yaklaşımların ön plana çıkmasıyla yaşam kalitesi kavramı da sağlık hizmetlerinin önemli bir hedefi haline gelmiştir [74]. Yaşam kalitesini arttırarak yaşamak, uzun yaşamak kadar önemli bir konudur. Mortalite ve morbidite verileri toplumların sağlık statülerinin bir göstergesi olarak kullanılmakla birlikte, yeterlilikleri tartışmalıdır. Bu durum büyük ölçüde nüfusun yaşlanmasından, öldürücü bulaşıcı hastalıkların önlenmiş olmasından ve kronik hastalıkların artmasından kaynaklanmaktadır. Diğer bir geleneksel gösterge ise hizmet kullanım oranlarıdır (yıllık hekime başvuru gibi). Ancak bu göstergenin de sağlıktan çok sağlık hizmetlerine ulaşımındaki farklılıklarla ilişkili olduğu, yüksek bir hizmet kullanım düzeyinin iyi sağlığın mı, yoksa kötü sağlığın mı göstergesi olduğunun belirli

olmadığı belirtilmektedir. Bütün bu veriler toplumun sağlığının izlenmesi için kullanılan mevcut göstergelerin eksiklikler içerdiğini, bu nedenle sağlığın ölüm ve hastalığın ötesinde yaşam kalitesi boyutuyla ölçmeye çalışan genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin kullanılması gerektiğini göstermektedir. Genel sağlık statüsü indeks ya da profillerinin toplumsal düzeyde uygulanması ile ilgili en iyi yol ise yaşam kalitesi ile ilgili ölçüklere sağlık araştırmalarında rutin olarak yer verilmesi olabilir. Böyle bir yaklaşım zor ve maliyetli olabilir ancak bu şekilde elde edilecek veriler önceliklerin oluşturulmasına, yüksek risk gruplarının belirlenmesine, hizmet ihtiyaçlarının temin edilmesine ve sağlık düzeyleri ile kullanım düzey ve biçimlerinin analiz edilmesine katkı sağlayabilir [73].

Sağlıklı yaşlanarak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini çeşitli yöntemlerle en aza indirerek sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde bir başka deyişle yaşam kalitesinin artırılmasında beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite önemli rol oynamaktadır [57]. Doğru beslenme ve düzenli fiziksel aktivite fiziksel sağlığın yanısıra ruhsal sağlığın da iyileşmesini sağlar. Bununla birlikte dengesiz beslenme ve hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz gibi pek çok hastalığın oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Günümüzde diyetle bağlı kronik hastalıkların ölümlerin %60'ında, hastalıkların %46'sında temel neden olduğu belirtilmektedir. DSÖ tahminlerine göre BOH'ların önümüzdeki on yılda toplam ölüm sayısının önemli ölçüde artmasından sorumlu olacağı belirtilmektedir. BOH'lara bağlı ölümlerin 2010 ve 2020 yılları arasında bütün dünyada %15 (44 milyon daha fazla ölüm) oranında artacağı tahmin edilmektedir [38].

Hastalıkların oluşturduğu bozulmaların sonucunda, kişinin hijyen, kendine bakım, çalışma ve dinlenme, aile ve sosyal yaşamın bir çok boyutunda kısıtlılıklar yaşanmakta dolayısıyla yaşam kalitesi bozulmaktadır [23]. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, tedavi süresinin uzun olması, hastaneye tekrarlı yatışlar ya da sık kontroller, tıbbi bir cihaza bağlı olmak, günde birkaç defa ilaç alma, alınan ilaçların yan etkileri gibi faktörlerin bireylerin fiziksel iyilik halinde bozulmalara veya yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu yönündedir. Aynı zamanda bu çalışmalarda, kronik hastalıkların, bireylerin sağlığını, bağımsızlığını, yaşamı üzerindeki kontrol gücünü, mahremiyetini, sosyal statü ve rollerini, kendine güvenini ve geleceğini planlama gücünü kaybetme gibi olumsuz etkilere neden olduğu belirlenmiştir [23,24].

2.11. Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek üzere geliştirilmiş araçlardan bazıları aşağıda verimiştir.

- Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -REALM),
- Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA),
- Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults / S-TOFHLA),
- Geniş Kapsamlı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test/ WRAT),
- En Yeni Hayati İşaret (The Newest Vital Sign-NVS).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiş olan araçlar beslenmeye özgü becerileri ve bilgileri ölçmemektedir [13,75,76].

2.12. Beslenme Okuryazarlığını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Beslenme okuryazarlığının belirlenmesine yönelik bazı ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlardan biri Erişkinlerde Beslenme Okuryazarlık Ölçeğidir (Nutritional Literacy Scale in adults-NLS) [66]. Yetişkinlerin yeteneğini ölçmek için 28 sorudan oluşan ve okuduğu beslenme bilgilerini anlama, değerlendirme aracı olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Yetişkin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA) ile karşılaştırıldığında iyi bir iç tutarlılık (Cronbach alfa 0.84 katsayısı) ve yapı geçerliği bulunmuştur (Pearson korelasyon = 0.61) [66,75].

Kjøllestad (2009), beslenme okuryazarlık derecelerini ölçmek için Beslenme Okuryazarlık Anketini (Nutrition Literacy Questionnaire-NLQ) geliştirmiştir [76]. NLQ iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm Erişkinlerde Beslenme Okuryazarlık Ölçeği (NLS) ve ikinci bölüm ise Nutbeam (2000)'in oluşturduğu üç hiyerarşik düzeyde sağlık okuryazarlığı teorisini yansıtacak beslenme okuryazarlığı ile ilgili yapıları içermektedir [65]. İkinci bölüm; Fonksiyonel beslenme okuryazarlığı (FNL), interaktif beslenme okuryazarlığı (INL) ve kritik beslenme okuryazarlığı (CNL) olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır [65,76].

1. Fonksiyonel beslenme okuryazarlığı : Temel okuma ve yazma becerilerine sahip olunan, basit beslenme mesajlarının anlaşılıp takip edilebildiği okuryazarlık düzeyidir.

2. İnteraktif beslenme okuryazarlığı : Profesyoneleler ile işbirliği içinde beslenme sorunlarını yönetmek için gerekli bilişsel ve kişilerarası becerileri içeren daha ileri okuryazarlık düzeyidir.

3 . Kritik beslenme okuryazarlığı : Beslenme ile ilgili bilgileri analiz etme yeteneği , eleştirel bilincini artırarak engeller karşısında harekete geçilen okuryazarlık düzeyidir [76].

Beslenme okuryazarlığını geliştirmek üzere geliştirilen bir diğer ölçüm aracı Beslenme Okuryazarlığı Ölçüm Aracı'dır (Nutrition Literacy Assessment Instrument -NLAI). Beslenme okuryazarlığını değerlendirmek için gerekli olan bilgi ve becerileri belirlemek amacıyla uzman görüşü alınarak; temel beslenme bilgileri, makrobeseinler, temel matematik, besin grupları ve porsiyon miktarlarının önemli bileşenler olduğu tespit edilmiştir. Beslenme Okuryazarlığı Ölçüm Aracı beş bölümden oluşmakta ve her bölümde altışar soru bulunmaktadır. Birinci bölümde beslenme ve sağlık başlığı altında bir okuma parçası verilmiştir. İkinci bölümde makro besinlerle ilgili bilgiler, üçüncü bölümde besinlerin ev ölçüm miktarları, dördüncü bölümde gıda etiketi, beşinci bölümde besin grupları ile ilgili sorular sorulmuştur. Tüm bölümler için doğru yanıt sayısına göre ayrı ayrı puanlama yapılıp düşük, sınırdaki, yüksek beslenme okuryazarlığı şeklinde değerlendirilmiştir [16].

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın Geliştirilmesi

Dengesiz beslenmenin nedenleri araştırıldığında, beslenme bilgilerinden yoksunluğun büyük önem taşıdığı görülmektedir [1,2]. Beslenme bilgisi bireylerin ailelerin ve toplumların beslenme durumlarını ve alışkanlıklarını etkileyen etmenlerden biridir. Bu etmen, başta yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından en çok etkilenen büyüme çağındaki çocuklar, onları büyüten anneler, yaşlılar ve kalıtımsal olarak belirli hastalıklara yatkınlıkları olan bireyler olmak üzere her yaş ve cinsiyetteki insanların beslenmesi yönünden önemlidir. Bu nedenle yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının önlenmesinde beslenme araştırmaları ve eğitimi önemli bir yer tutmaktadır [2]. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı gıda seçimi, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır [2,17].

Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2012 yılında geliştirmiş olduğu Aile Eğitim Programı içerisinde "Sağlık Okuryazarlığı" ile ilgili bir bölüm oluşturulmuş ve toplumun anlayabileceği şekilde sağlık ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Bu program dahilinde beslenme ile ilgili bilgilere ise "Sağlıklı Yaşama ve Hastalıklardan Korunma" bölümünde yer

verilmiştir. Bu bölümde beslenme ile ilgili yeterli ve dengeli beslenmenin anlamı, vücut ağırlığının denetimi, besinleri satın alma, hazırlama, pişirme, saklama ilkeleri, besin çeşitliliği, öğünler ve öğün içerikleri, besin maddelerinin içerdiği öğeler ve insan vücudundaki görevleri hakkında bilgi verilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile 2004 yılında oluşturulmuş olan Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde benzer şekilde yeterli ve dengeli beslenme, besin ve besin öğeleri, besin grupları ve günlük tüketilmesi önerilen miktarlar, besin güvenliği gibi konular yer almaktadır. Besin etiketleri; bireylere ürünlerle ilgili bilgi verdikleri, yanlış bilgilerden korunmalarını, kendileri için bilinçli ve sağlıklı besin seçimleri yapabilmelerini sağladıkları için gıda güvenliğinin önemli parçalarından birini oluşturmaktadır [77]. Ülkemizde beslenme okuryazarlığının bir parçası olan beslenme bilgisinin artırılmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir.

Beslenme okuryazarlığı, beslenme ilkeleri ve gıdalarla ilgili becerileri gerektirmesi nedeniyle kompleks ve yüksek seviyede bilişsel beceri gerektirebilir [15,16,75]. Sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarda beslenme okuryazarlığı becerileri ile porsiyon miktarları, gıda etiketlerinin anlamlandırılması, beslenme ile ilgili güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşma, temel beslenme bilgilerini bilme gibi beslenme becerileri ilişkili bulunmuştur [15,16]. Şu anda mevcut olan sağlık okuryazarlığı değerlendirme araçları beslenme okuryazarlığını değerlendirmemektedir [15,16,75]. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar son bir kaç yıldır yapılmakta olup, beslenme okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu çalışma kapsamında beslenme ile ilgili yapılan ayrıntılı literatür taraması ve dünyada oluşturulmuş olan sağlık ve beslenme okuryazarlığına ilişkin ölçüm araçları değerlendirilerek Türkiye toplumuna yönelik beslenme okuryazarlığını değerlendirecek bir araç geliştirildi.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sivas il merkezinde, Şubat 2013-Mart 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Sivas il merkezinde toplam 63 mahalle bulunmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezinden Sivas il merkezinde yaşayan 18-64 yaş nüfusun tespiti yapıldı. Araştırmanın geçerlilik güvenilirlik çalışmasıyla ilgili verileri Nisan-Haziran 2013 tarihlerinde toplanırken, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ilişkisinin belirlenmesi ile ilgili aşaması için veriler Ağustos-Ekim 2013 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Değerlendirme Aracı Geliştirme Çalışması için Örneklemin Belirlenmesi

Geçerlik ve güvenilirliği yapılacak ölçek çalışmalarında örnekleme her bir madde için 5-10 kişi alınması önerilmektedir [78]. Bu çalışmada geliştirilen Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'ndaki madde sayısı 38'dir. Bu nedenle çalışmaya Sivas İl Merkezinde yaşayan 18-64 yaş arası 266 kişiye (38x7) ulaşıncaya kadar uygulamaya devam edildi. Sivas il merkezinde bulunan 63 mahalleden Çınar (1994) ve Selvi'nin (2008) çalışmasından yararlanılarak her mahalleden kaç bireyin alınacağı hesaplanırken orantılı seçim yöntemi kullanıldı[79,80]. Kişilerin seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen evlerden araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışma kapsamına alındı [80]. Bireylere çalışma hakkında bilgi verilip, onam alındıktan sonra anket formu yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Bireylerden soruları tek tek ve dikkatli bir şekilde okuyup cevaplamaları istendi.

Beslenme Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi İçin Örneklem

Sayısının Belirlenmesi

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde yaşayan 18-64 yaş arası 209.756 kişi oluşturmaktadır. Bu çalışmada $\alpha= 0.05$ için $p=0.5$, $q=0.5$ ve $d=0.05$ olarak alındığında örnekleme alınacak kişi sayısı 384 olarak hesaplandı. Sivas il merkezinde bulunan 63 mahalleden Çınar (1994) ve Selvi'nin (2008) çalışmalarından faydalanılarak her mahalleden kaç kişi alınacağı hesaplanırken orantılı seçim yöntemi kullanıldı. Kişilerin seçiminde basit

rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen evlerden, her haneden bir kişi alınmak üzere araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alındı [79,80]. Belirlenen adreslerden 11 bireyin evde bulunmaması ve 6 bireyin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle 367 (% 95.5) bireyle araştırma tamamlandı. Bireylere çalışma hakkında bilgi verilip, onam alındıktan sonra anket formu yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Bireylerden soruları tek tek ve dikkatli bir şekilde okuyup cevaplamaları istendi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Sivas il sınırlarında ikamet eden,
- 18-64 yaş arasında olan,
- En az ilkokul mezunu olan bireyler örneklem kapsamına alındı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu (EK 1): Bireylerin bazı bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan form; sosyodemografik özellikler ve genel beslenme ve sağlık durumu ile ilgili 16 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik veriler içinde; bireyin yaşı, cinsiyeti, çalışma ve gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi vb. sorular yer alırken genel beslenme ve sağlık ile ilgili "doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?, Beslenme konusunda sizce yeterli bilginiz var mı? Beslenme konusunda bilgiyi kimlerden aldınız?" gibi sorular bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) (EK 2): WHOQOL-BREF Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen WHOQOL-100'ün kısa formudur. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini belirleyen ölçek, yaşlı olmayan hasta ya da sağlıklı yetişkinlere uygulanabilmektedir. WHOQOL-BREF'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır [81]. Yirmi altı maddeden oluşan ölçeğin Türkiye sürümü 27 sorudur ve 27. soru ulusal bir sorudur. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel olmak üzere dört alandan oluşmuştur. Ayrıca 2 madde yaşam kalitesi

(overall) ve genel sağlık puanını vermektedir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Son iki haftayı sorgulayan ölçek 5’li likert tipindedir. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır [82].

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (YBOYDA) (EK 3): Beslenme okuryazarlığı durumunu tespit etmek üzere araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen değerlendirme aracı toplam 38 sorudan ve 5 bölümden oluşmaktadır [15,16,66,75,76]. Birinci bölümde genel beslenme bilgisi, ikinci bölümde okuduğunu anlama ve yorumlama, üçüncü bölümde besin grupları, dördüncü bölümde porsiyon miktarları, beşinci bölümde gıda etiketi okuma ve basit hesap yapma kabiliyeti ile ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru yanıtlanan her soru bir puan, yanlış cevaplanan ve boş bırakılan sorular ise 0 puandır. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışması sonucunda 3 madde çıkarılarak değerlendirme aracından alınabilecek toplam puan 35 olarak belirlendi. Toplam puan üzerinden 0-11 puan arası yetersiz, 12-23 puan arası sınırdaki, 24-35 puan arası yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi olarak puanlandırıldı.

Alt bölümlerin puanlandırılması:

1. bölüm: Genel beslenme bilgisi ile ilgili 10 soru bulunmaktadır.

Beslenme okuryazarlığı düzeyleri

0-3 puan : yetersiz

4-7 puan : sınırdaki

8-10 puan: yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi

2. bölüm: Okuduğunu anlama ve yorumlama ile ilgili 6 soru bulunmaktadır.

Beslenme okuryazarlığı düzeyleri

0-2 puan: yetersiz

3-4 puan: sınırdaki

5-6 puan: yeterli

3. bölüm: Besin grupları ile ilgili 10 soru bulunmaktadır.

Beslenme okuryazarlığı düzeyleri

0-3 puan : yetersiz

4-7 puan : sınırdaki

8-10 puan: yeterli

4. Bölüm: Porsiyon miktarları ile ilgili 3 soru bulunmaktadır.

Beslenme okuryazarlığı düzeyleri

0-1 puan: yetersiz

2 puan : sınırd

3 puan : yeterli

5. Bölüm: Gıda etiketi okuma ve temel matematik ile ilgili 6 soru bulunmaktadır.

Beslenme okuryazarlığı düzeyleri

0-2 puan: yetersiz

3-4 puan: sınırd

5-6 puan: yeterli

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın Geçerlik Çalışması

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'ndaki her bir maddenin ayırt ediciliğini, amaca ve kültüre uygunluğunu belirlemek amacıyla kapsam geçerliliği yapıldı [83,84]. Bu amaçla hazırlanan "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı" taslağı 10 uzmana gönderildi. Uzmanlardan değerlendirme aracının maddelerinin uygunluğunu değerlendirmeleri için her bir maddeye 1 ile 4 puan arasında bir puan vermeleri istendi. Her bir sorunun anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan "hiç uygun değil", 2 puan "uygun değil", 3 puan "uygun", 4 puan "tamamen uygun" şeklinde ifadelerle açıklanmaktadır [84]. Kapsam geçerliliğini test etmek üzere uzmanlara gönderilen derecelendirmeli ölçeğe uzmanların verdiği ortalama ve standart sapma sonuçları Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nda her bir maddenin kapsam geçerliliğine uygunluğu ile ilgili, uzmanların verdiği cevapların ortalama ve standart sapmaları

Madde No	X	SS	Madde No	X	SS
Madde 1	3.30	.67	Madde 20	3.30	.82
Madde 2	3.60	.52	Madde 21	3.60	.52
Madde 3	3.50	.71	Madde 22	3.60	.52
Madde 4	3.70	.48	Madde 23	3.60	.52
Madde 5	3.50	.71	Madde 24	3.70	.48
Madde 6	3.90	.32	Madde 25	3.30	.82
Madde 7	3.20	.79	Madde 26	3.50	.53
Madde 8	3.40	.70	Madde 27	3.50	.53
Madde 9	3.60	.70	Madde 28	3.30	.67
Madde 10	3.70	.67	Madde 29	3.30	.67
Madde 11	3.50	.71	Madde 30	3.50	.53
Madde 12	3.30	.95	Madde 31	3.10	.57
Madde 13	3.00	.94	Madde 32	3.60	.52
Madde 14	3.20	.92	Madde 33	3.50	.53
Madde 15	3.30	.82	Madde 34	3.40	.84
Madde 16	3.60	.84	Madde 35	3.00	.67
Madde 17	3.50	.71	Madde 36	2.90	.74
Madde 18	3.50	.53	Madde 37	3.20	.42
Madde 19	3.30	.82	Madde 38	3.60	.52

Tablo 1’de görüldüğü gibi uzmanların her bir maddenin kapsam geçerliliğine uygunluğu için verdiği cevapların ortalamaları yüksektir. Uzmanlar 6. maddeyi en uygun madde ($X=3.90$, $SS=.32$) olarak belirtirken; 36. maddeyi en az uygun madde ($X=2.90$, $SS=.74$) olarak belirttiler. Uzman görüşlerinin uyumluluk düzeyi nonparametrik test olan Kendall W analizi ile incelendi [85].

Değerlendirmenin yapılacağı bireylerle benzer özellik taşıyan, ancak örnekte yer almayan 10-20 kişilik bir örnekleme uygulanması deneklere maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığının sorulması, belirlenen eksik ve yanlışlar giderilerek değerlendirme aracına son şeklin verilmesi maddelerin düzenlenmesinde önemli bir adımdır [86]. Uzman değerlendirmeleri ve uyum analizi sonrasında değerlendirme aracının bazı maddelerinde ifade

değişikliği yapıldıktan sonra örneklem grubu özellikleriyle benzerlik taşıyan 10 bireye değerlendirme aracı uygulandı. Yanlış anlaşılan sorular düzeltilerek, değerlendirme aracına son hali verildi.

Geçerlik ve güvenilirliği yapılacak ölçek çalışmalarında örnekleme her bir madde için 5-10 kişi alınması önerilmektedir [79]. Bu araştırmada geliştirilen Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'ndaki madde sayısı 38'dir. Bu nedenle değerlendirme aracı Sivas il merkezinde yaşayan, 18-64 yaş arası 266 (38×7) bireye uygulandı. Bireylere araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilip onam alındıktan sonra değerlendirme aracı yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Çoktan seçmeli olarak hazırlanan değerlendirme aracında katılımcıların verdiği cevaplardan doğru cevaplara 1, yanlış cevaplara ve boş bırakılanlara ise 0 puan verildi.

Değerlendirme aracının yapı geçerliliğinin belirlenmesi için yapılacak faktör analizi öncesinde, örneklem yeterliliğini saptamak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve örneklem sınama büyüklüğünü saptamak için Barlett's Test of Sphericity testi yapıldı. Faktör analizinin uygun olması için KMO testinin 0.60'dan yüksek, Barlett's Test of Sphericity analizi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı çıkması gerekir [80,88]. Yapılan analiz sonrasında değerlendirme aracının KMO değerinin 0.76 ve Batlett Sphericity değerinin de anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlendi. Bu sonuçlar değerlendirme aracının faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sırasında, değerlendirme aracında yer alan ve birbirinden bağımsız alt faktörleri belirlemek amacıyla Varimax dik döndürme yöntemi tercih edildi. Bu döndürme sonrasında Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın beş faktörlü olduğu görüldü. Değerlendirme aracına ait faktör sayısının belirlenmesinde ise öz-değer (Eigenvalue) ile çizgi grafiğinden (Scree Plot) yararlanıldı. Analiz sırasında değerlendirme aracında yer alan maddelerden 1. madde dışında tümüne ait faktör yük değeri .30'un üzerinde çıkmıştır. Faktör analizi sırasında Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'na ait 1. faktör toplam varyansın %13.3'ünü, 2. faktör toplam varyansın %21.4'ünü, 3. faktör toplam varyansın % 26.8'ini, 4. faktör toplam varyansın % 32.0'ını ve 5. faktör toplam varyansın % 36.1'ini açıkladığı saptandı. Yapılan faktör analizi sonucunda 1. maddenin madde faktör yük değeri .15 olduğu için değerlendirme aracından çıkarılmasına karar verildi.

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın Güvenirlik alışması

Bireylere anket uygulandıktan üç hafta sonra sorulara verilen cevapların güvenirliliğini araştırmak için sistematik örnekleme yöntemi ile seçilen 60 kişiye değerlendirme aracı yeniden uygulandı ve test tekrar test yöntemine göre korelasyon katsayısı 0.85 olarak bulundu. Bilgi testlerinde, değerlendirme aracının güvenirliliği Kuder- Richardson (KR) yöntemi ile KR-20 ve KR-21 formüllerinden kestirilebilir. Değerlendirme aracı bilgi testi şeklinde ve tek bir doğru yanıt içeriyorsa, doğru yanıtlar 1, yanlış yanıtlar 0 olarak kodlanır. Maddeler iki kategorili olduğunda (0 ve 1 şeklinde) KR-20 ile Alfa Katsayısı aynı sonucu verir. Yani KR-20, Cronbach alfa katsayısının özel bir durumu olup maddeler iki seçenekli ve 0-1 şeklinde kodlanmış ise Cronbach alfa katsayısı ile güvenirlik hesaplanabilir [89]. Cronbach α tekniği ölçme aracı içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. Bir ölçme aracında yeterli sayılabilecek güvenirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır [84-86]. Cronbach α katsayısı 0.40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0.40-0.59 arası düşük güvenirlikte, 0.60-0.79 arası oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir [89,90]. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.75 olarak hesaplandı.

Iteman (3.50) analiz programı kullanılarak madde güçlük dereceleri (p) ile madde ayırtedicilik gücü (r) hesaplandı. Yapılan madde analizi ile değerlendirme aracının ortalama madde güçlük ve ayırt edicilik endeksleri sırasıyla 0.552 ve 0.730'dur. Bu sonuçlar "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı" için geçerli ve güvenilir sonuçlara ulaşıldığını göstermektedir. Bu analizin sonuçlarına göre madde güçlük ve ayırt edicilik endeksleri kabul edilebilir düzeyde bulundu. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın madde analizine ilişkin bazı istatistiki veriler Tablo 2'de verildi.

Tablo 2. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın madde analizine ilişkin bazı istatistik veriler

Değerlendirme Aracına İlişkin Bilgiler	
Soru sayısı	38
Uygulanan Kişi Sayısı	266
Ortalama	26.014
Standart Sapma	7.591
Cronbach Alpha	0.75
Skewness	0.249
Kurtosis	-0.347
Ortalama Madde Güçlüğü	0.522
Ortalama Madde Ayırt Ediciliği	0.730

Yapılan geçerlik çalışması ile her bir maddeye ilişkin madde ayırt edicilik gücü (r) ve madde güçlük dereceleri (p) hesaplandı. Maddenin yüksek puanlarla düşük puanlarını ayırt etmedeki etkililik derecesini gösteren madde ayırt edicilik gücü (r) değerleri incelenirken 0.40 ve daha büyük olan maddeler ayırt etme gücü yüksek, 0.30-0.39 arasında olan maddeler ayırt etme gücü oldukça iyi, 0.20-0.29 arasında olan maddeler ayırt etme gücü zayıf, 0.19 ve daha küçük olan maddeler ise düşük olarak kabul edildi. Katılımcıların verdikleri yanıtlar dikkate alınarak hesaplanan madde güçlük değerleri (p) incelenirken ise 0.29 ve altında olan maddeler çok zor, 0.30 ve 0.49 arasında olan maddeler orta güçlükte, 0.50 ve 0.69 arasında kolay ve 0.70 ve 1.00 arasında olanlar ise çok kolay olarak kabul edildi. [83,84]. Her bir maddeye ilişkin madde ayırt edicilik gücü (r) ve madde güçlük dereceleri (p) Tablo 3'de verildi.

Tablo 3. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'na ilişkin madde ayırt edicilik gücü (r) ve madde güçlüğü (p) değeri

Madde No	r	p	Madde No	r	p
Madde 1	.29	.36	Madde 20	.70	.86
Madde 2	.36	.76	Madde 21	.13	.93
Madde 3	.43	.76	Madde 22	.13	.92
Madde 4	.49	.53	Madde 23	.78	.95
Madde 5	.40	.72	Madde 24	.77	.94
Madde 6	.51	.83	Madde 25	.63	.82
Madde 7	.38	.68	Madde 26	.68	.94
Madde 8	.60	.75	Madde 27	.50	.55
Madde 9	.43	.86	Madde 28	.61	.35
Madde 10	.52	.65	Madde 29	.63	.32
Madde 11	.32	.48	Madde 30	.32	.03
Madde 12	.66	.77	Madde 31	.37	.09
Madde 13	.34	.91	Madde 32	.47	.73
Madde 14	.45	.86	Madde 33	.43	.64
Madde 15	.55	.80	Madde 34	.31	.90
Madde 16	.56	.79	Madde 35	.57	.44
Madde 17	.61	.58	Madde 36	.57	.33
Madde 18	.72	.95	Madde 37	.49	.73
Madde 19	.73	.91	Madde 38	.52	.56

Tablo 3'de görüldüğü gibi, 3., 4., 5., 6., 8., 9., 10., 12., 14., 15., 16, 17., 18., 19., 20., 23., 24., 25., 26., 27., 28., 29., 32., 33., 35., 36., 37. ve 38. maddelerin madde ayırt edicilik gücü (r) değeri 0.40'tan büyük olduğu için madde ayırt edicilik gücü yüksek olarak kabul edilmiştir. 2., 7., 11., 13., 30., 31. ve 34. maddelerin ise madde ayırt edicilik gücü (r) değeri 0.30 ila 0.39 arasında olduğu için madde ayırt edicilik gücü iyi olarak kabul edildi. 1. maddenin madde ayırt edicilik gücü 0.29 olduğu için zayıf; 21. ve 22. maddelerin madde ayırt edicilik gücü 0.13 olduğu için düşük olarak belirlendi.

Madde güçlük değerlerine bakıldığında; 2.,3., 5., 6., 8., 9., 12., 13., 14., 15., 16., 18., 19., 20, 21., 22., 23., 24., 25., 26., 32., 34. ve 37. maddelerin madde güçlük değerleri 0.70'ten büyük olduğu için çok kolay; 4., 7., 10., 17., 27., 33. ve 38. maddelerin madde güçlük değerleri 0.50 ila 0.69 arasında olduğu için kolay; 1., 11., 28., 29., 35. ve 36. maddelerin madde güçlük değerleri 0.30 ila 0.49 arasında olduğu için orta ve 30. ve 31. maddelerin madde güçlük değerleri 0.29'dan küçük olduğu için çok zor olduğu tespit edildi.

Bu durumda 1. maddenin madde ayırt edicilik gücü çok düşük olduğu için, 30. ve 31. maddelerin madde güçlük değerleri çok düşük olduğu için değerlendirme aracından çıkarılmasına karar verildi. Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nda yer alan madde ayırt edicilik gücü düşük bulunan 21 ve 22. sorular çıkarıldığında dört yapraklı yonca modeline göre besin gruplarından et, yumurta ve kuru baklagil grubuna dahil olan besinlerin çıkarılması uygun bulunmadığı için bu sorular değerlendirme aracından çıkarılmadı. 38 madde olarak hazırlanan "Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'ndan" 3 madde çıkarılarak 35 maddeye indirildi ve ana uygulama toplam 35 madde üzerinden yapıldı.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Bireylerin beslenme okuyazarlığı durumu, yaşam kalitesi durumu araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

Bağımsız Değişken: Bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ailenin aylık geliri, aile tipi, meslek, sağlık güvencesi durumu, hanede yaşayan kişi sayısı, doktor tarafından tanılanmış hastalığı olma durumu, beslenme konusunda kendini yeterli bulma durumu, beslenme bilgilerini aldığı kaynaklar, beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere güvendiğini belirttiği kaynaklar araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 14.0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programında yapıldı. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın geğerliğine yönelik olarak kapsam ve yapı geğerliliği incelendi. Değerlendirme aracının güvenirlik analizini test etmek için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplandı. İteman (3.50) analiz programı kullanılarak ise madde güçlük dereceleri (p) ile madde ayırt edicilik gücü (r) hesaplandı.

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nın geçerlik ve güvenirlik çalışmasından sonra elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra Ki-kare, Pearson korelasyon analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (Ek 5, Etik Kurul Karar No: 2013-03/01). Sivas İl merkezinde araştırmanın yürütülebilmesi için valilik izni (EK 7) alınıp, araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra onamları (Ek 6) alındı.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 36.5 ± 12.4 'dür. Tablo 4'de bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Bireylerin %52.9'u erkek, %29.7'si ilkokul mezunu, %62.7'si evli, %28.3'ü ev kadını, %81.7'si çekirdek aile yapısında, %62.9'unun aylık geliri 1011 TL - 3197 TL arasındadır.

Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=367)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	194	52.9
	Kadın	173	47.1
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	109	29.7
	Ortaokul mezunu	49	13.4
	Lise mezunu	95	25.8
	Üniversite ve üzeri	114	31.1
Medeni Durum	Evli	230	62.7
	Bekar	120	32.7
	Dul/ Boşanmış	17	4.6
Meslek	Ev kadını	104	28.3
	Serbest Meslek	72	19.7
	İşçi	44	12.0
	Memur	43	11.7
	Diğer(emekli, öğrenci vb.)	104	28.3
Sağlık güvencesi	Var	334	91.6
	Yok	31	8.4
Hanede yaşayan kişi sayısı	1-2	49	13.4
	3-4	201	54.7
	5 ve üzeri	117	31.9
Aile tipi	Çekirdek Aile	300	81.7
	Geleneksel Aile	58	15.8
	Parçalanmış Aile	9	2.5
Ailenin gelir durumu*	İyi	122	33.3
	Orta	231	62.9
	Kötü	14	3.8
Ailenin aylık geliri **	773 ₺'den az	17	4.6
	774 ₺ -1010 ₺	82	22.4
	1011 ₺ - 3197 ₺	231	62.9
	3198 ₺'den fazla	37	10.1

*Bireylerin kendi ifadesidir.

** DISK-AR Ocak 2012 Raporu; açlık sınırı 1011 TL, yoksulluk sınırı 3197 TL'dir. 2013 yılı asgari ücret net 773 TL'dir [92].

Tablo 5’te bireylerin cinsiyete göre eğitim durumu ve mesleklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %19.1’i ilkökul, %16.0’ı ortaokul, %27.8’i lise, %37.1’i üniversite mezunu iken kadınların %41.6’sı ilkökul, %10.4’ü ortaokul, %23.7’si lise, %24.3’ü üniversite mezunudur. Kadınlarda ilkökul mezunları, erkeklerde ise üniversite mezunları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0.05$). Cinsiyete göre meslek durumları değerlendirildiğinde ise araştırmaya katılan erkeklerin %15.5’inin memur, %18.6’sının işçi, %29.9’unun serbest meslek, %0.5’inin çalışmadığı, %35.6’sının diğer mesleklerde çalıştıkları (emekli, öğrenci vb.), kadınların ise %59.5’inin çalışmadığı, %8.1’inin serbest meslek, %7.5’inin memur, %4.6’sının işçi, %20.2’sinin diğer mesleklerde çalıştıkları belirlenmiştir. Kadınlarda çalışmayanların (ev kadınları), erkeklerde ise serbest meslek sahiplerinin oranı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre eğitim durumu ve mesleklerinin dağılımı

	Cinsiyet				Test
	Erkek		Kadın		
	n	%	n	%	
Eğitim Durumu					
İlkokul	37	19.1	72	41.6	
Ortaokul	31	16.0	18	10.4	$X^2=23.2$
Lise	54	27.8	41	23.7	$p<0.001$
Üniversite ve üzeri	72	37.1	42	24.3	
Meslek					
Çalışmıyor	1	0.5	103	59.5	
Serbest Meslek	58	29.9	14	8.1	
İşçi	36	18.6	8	4.6	$X^2=161.9$
Memur	30	15.5	13	7.5	$p<0.001$
Diğer (öğrenci,emekli)	69	35.6	35	20.2	

Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin beslenme ile ilgili çeşitli özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %29.2’si (%25.8’i erkek, %32.9’u kadın) doktor tarafından tanılanmış hastalığının olduğunu, bu kişilerden %9.8’i şeker hastalığı, %9.0’ı yüksek tansiyonu, %6.3’ü sindirim sistemi hastalıklarının olduğunu, %49.3’ü beslenme konusunda kısmen bilgisi olduğunu, %28.6’sı yeterli bilgisi olmadığını, %22.1’i ise

yeterli bilgisi olduğunu belirtmiştir. Bireylerin beslenme konusunda bilgi edindikleri en önemli kaynaklar; sağlık personeli (%43.9), TV, radyo, gazete, dergi (%39.5) ve aile ve arkadaşlarıdır (%24.5). Bireylerin %69.8'i sağlık personelinden, %45.2'si beslenme uzmanı ya da diyetisyenden, %15.5'i ise sağlık kuruluşlarından edinilen beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere güvendiklerini ifade etmişlerdir.

Tanılanmış hastalığı olan kadınların oranı (%32.9) erkeklerden (%25.8) daha fazladır ancak aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$, $X^2=0.131$). Tanılanmış hastalığı olanlarla olmayanların BKİ değerleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$, $t=3.245$). Hastalığı olanların BKİ değerleri olmayanlardan anlamlı ölçüde yüksektir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin beslenme ile ilgili çeşitli özelliklerinin dağılımı (n=367)

Özellikler		n	%
Tanılanmış BOH* varlığı	Evet	107	29.2
	Hayır	260	70.8
Tanılanmış hastalıklar**	Şeker hastalığı	36	9.8
	Yüksek tansiyon	33	9.0
	Sindirim sistemi hastalıkları	23	6.3
	Kas iskelet sistemi problemleri	20	5.4
	Ruhsal sorunlar	10	2.7
	Vitamin ve mineral yetersizlikleri	9	2.5
	Kas iskelet sistemi hastalıkları	7	1.9
	Endokrin (Hormonal) hastalıklar	1	0.3
Beslenme konusunda kendini yeterli bulma durumu	Evet	81	22.1
	Hayır	105	28.6
	Kısmen	181	49.3
Beslenme konusunda bilgi kaynakları**	Sağlık personelinde	161	43.9
	TV, radyo, gazete, dergiden	145	24.5
	Ailemden, arkadaşlarımdan	90	39.5
	İnternette	63	17.2
	Beslenme eğitim kitaplarından	51	13.9
	Diğer	4	1.1
Güvenilir bulunan bilgi kaynakları**	Sağlık personeli	256	69.8
	Beslenme uzmanı yada diyetisyen	166	45.2
	Sağlık kuruluşları	57	15.5
	TV	48	13.1
	İnternet	44	12.0
	Aile	38	10.4
	Arkadaşlar	18	4.9
	Ders kitapları	21	5.7
	Radyo	14	3.8
	Gazeteler dergiler	10	2.7
BKİ	Zayıf (<20)	35	9.5
	Normal (20.0-24.9)	134	36.5
	Fazla Kilolu (25.0-29.9)	145	39.5
	Şişman (30.0- Üzeri)	53	14.5

*BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalık,

**Bireyler birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Tablo 7'de araştırmaya katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya katılanların beslenme okuryazarlığı puan ortalaması 26.2 ± 3.8 ; fiziksel alan puan ortalaması 15.1 ± 2.5 ; ruhsal alan puan ortalaması 14.6 ± 2.3 ; sosyal alan puanı ortalaması 14.9 ± 3.0 ; çevresel alan puanı ortalaması 14.5 ± 2.5 ; ulusal çevre alan puanı ortalaması 14.2 ± 2.2 'dir.

Tablo 7. Araştırmaya katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları

	n	Ort	Min.	Maks.	ss
Beslenme Okuryazarlığı	367	26.2	9.0	33.0	3.8
Fiziksel Alan	367	15.1	6.0	20.0	2.5
Ruhsal Alan	367	14.6	7.0	20.0	2.3
Sosyal Alan	367	14.9	4.0	20.0	3.0
Çevresel Alan	367	14.5	7.0	20.0	2.5
Ulusal Çevresel Alan	367	14.2	8.0	20.0	2.2

Tablo 8'de araştırmaya katılan bireylerin "Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı" bölümlerinden aldıkları puanlar doğrultusunda dağılımları görölmektedir. Bireylerin değerlendirme aracının tüm bölümlerinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde %79.8'inin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. "Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı" alt bölümlerinden aldıkları puanlar incelendiğinde bireylerin birinci bölümde yer alan genel beslenme bilgisinden %66.5'inin, ikinci bölümde yer alan okuduğunu anlama ve yorumlama sorularından %79.3'ünün, üçüncü bölümde yer alan besin grupları ile ilgili sorulardan %87.2'sinin yeterli puan aldığı ancak dördüncü bölümde yer alan porsiyon miktarları ile ilgili sorulardan %49.0'ının yetersiz ve beşinci bölümde yer alan gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık ile ilgili sorulardan ise bireylerin %50.1'inin yetersiz beslenme okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya katılan bireylerin "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı" bölümlerinden aldıkları puanların dağılımı (n=367)

Bölümler	Yetersiz		Sınırdaki		Yeterli	
	n	%	n	%	n	%
Tüm Bölümler	1	0.3	73	19.9	293	79.8
Alt bölümler						
Birinci bölüm (Genel beslenme bilgisi)	4	1.1	119	32.4	244	66.5
İkinci bölüm (Okuduğunu anlama ve yorumlama)	4	1.1	72	19.6	291	79.3
Üçüncü bölüm (Besin grupları)	4	1.1	43	11.7	320	87.2
Dördüncü bölüm (Porsiyon miktarları)	180	49.0	144	39.2	43	11.7
Beşinci bölüm (Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık)	184	50.1	148	40.3	35	9.5

Tablo 9'da araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre "Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı"ndan aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Kadınların ve üniversite mezunlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunurken işçilerin puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 9. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı"ndan aldıkları puan ortalamaları (n=367)

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SD$	p
Cinsiyet			
Erkek	194	25.8± 4.1	t= 2.163
Kadın	173	26.7± 3.2	p= 0.031*
Eğitim			
İlkokul mezunu ^a	109	25.7± 2.9	
Ortaokul mezunu ^b	49	25.5± 3.8	F= 3.732
Lise mezunu ^c	95	25.9± 4.3	p= 0.004*
Üniversite ve üzeri ^d	114	27.2± 3.7	(a-d)
Meslek			
İşçi ^a	104	24.3 ± 4.7	
Ev kadını ^b	72	26.2 ± 3.1	F= 3.912
Serbest meslek ^c	44	26.3 ± 3.4	p= 0.004*
Memur ^d	43	27.3 ± 3.7	(a-b,c,d,e)
Diğer ^e	104	26.5 ± 3.8	
Tanılanmış BOH varlığı			
Evet	107	26.3± 3.1	t=0.322
Hayır	260	26.2± 4.0	p=0.748*
BKİ			
Zayıf (<20)	35	27.2 ± 3.9	
Normal (20.0-24.9)	134	26.2± 3.6	F=1.475*
Fazla Kilolu (25.0-29.9)	145	26.2± 3.6	p=0.221
Şişman (30.0- Üzeri)	153	25.5± 4.2	

*p<0.05 önemli

Tablo 10'da araştırmaya katılan bireylerin aylık geliri ve beslenme okuryazarlığı ilişkisi verilmiştir. Aylık geliri 773 ₺'den az olanların puan ortalaması diğer gruplardan dūřuk olmasına rağmen istatistiksel ağıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Araştırmaya katılan bireylerin aylık geliri ve beslenme okuryazarlığı ilişkisi

	Bireyin aylık geliri	n	Ort (Min-Max)	X²	p
Beslenme Okuryazarlığı Puanı	773₺ 'den az	17	143.7 (16-28)	3.093	0.378
	774₺ -1010₺	82	181.2 (13-32)		
	1011₺ -3197₺	231	188.7 (9-33)		
	3198₺ 'den fazla	37	178.8 (15-32)		

Tablo 11'de araştırmaya beslenme okuryazarlığı puanı ile yaşam kalitesi ilişkisi verilmiştir. Beslenme okuryazarlığı puanı ile; fiziksel alan puanı, ruhsal alan puanı, sosyal alan puanı arasında pozitif yōnlū, anlamlı zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Çevresel alan puanı ve ulusal çevresel alan puanı ile beslenme okuryazarlığı puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Araştırmaya katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı puanı ile yaşam kalitesi ilişkisi

		Fiziksel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Ulusal Çevresel Alan
Beslenme Okuryazarlığı Puanı	r	.250	.136	.162	0.043	0.051
	p	0.000	0.009	0.002	0.408	0.327

5. TARTIŞMA

Bir toplumun sağlıklı olabilmesi, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olabilmesi ile mümkündür. Beslenme okuryazarlığı, bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel beslenme bilgi ve hizmetlerine ulaşabilme, anlayabilme, yorumlayabilme ve uygulayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır [8,66]. Toplum beslenmesi, bireyin ve toplumun, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı gibi sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi ile sağlığın korunmasını, iyileştirilmesini, geliştirilmesini, toplumda beslenmeye bağlı hastalıkların önlenmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlar [56]. Bu amaçlara ulaşabilmek için öncelikle toplumun beslenme okuryazarlığı durumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Beslenme okuryazarlığı durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır. Beslenme okuryazarlığı ile ilgili dünyada sınırlı düzeyde çalışma bulunması, Türkiye'de ise konu ile ilgili yapılmış bir çalışma olmaması nedeni ile elde ettiğimiz veri sonuçları uluslararası literatürde ulaşılan araştırma bulguları ile ve ülkemizde yapılan sağlık okuryazarlığı ve beslenme ile ilgili çalışma bulguları ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda bireylerin beslenme okuryazarlığı puan ortalaması 26.2 ± 3.8 (Tablo 7) olup, %79.8'inin yeterli düzeyde beslenme okuryazarlığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Aihara ve Minai (2011) yaşlı Japonlar üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin %30.7'sinin yeterli, %66.3'ünün ise sınırdaki beslenme okuryazarlığı düzeyinde olduğunu belirlemiştir [13]. Zoellner ve ark.'ları (2009) Aşağı Missisipi Delta bölgesinde beslenme okuryazarlığı ile ilgili NVS kullanarak yaptığı çalışmada katılımcıların %24'ünün yetersiz, % 28'inin sınırlı, % 48'inin yeterli beslenme okuryazarlık düzeyinde olduğunu belirlemiştir [14]. Beslenme okuryazarlığı düzeylerindeki bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı toplumların özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin Delta bölgesinin ağırlıklı olarak kırsal olması, Afrika kökenli Amerikalıların fazla olması, yoksulluğun fazla olması ve genel olarak eğitim düzeyinin düşük olması yetersiz ve sınırlı beslenme okuryazarlığının fazla olmasında etkili olabilir [14]. Aihara ve Minai'nin (2011) yaptığı çalışmada ise katılımcıların %31'inin eğitim düzeyi 9. sınıf altındadır ve çalışma yaşlı bireyler üzerinde yapılmıştır [13]. Uğurlu'nun (2011) Ankara'da hastaneye başvuran bireylere uyguladığı sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmada araştırma bulgumuzla benzer şekilde hastaların sağlık okuryazarlığı ile ilgili durumlara yönelik aktivitelere (reçeteleri okuyabilme, ilaç prospektüslerini okuyabilme, ilaç prospektüslerindeki bilgileri anlayabilme, evde ilaçlarını kullanmada yardım alma vb.)

ilişkin puan ortalamalarının genel olarak yüksek olduğu saptanmıştır [92]. Çalışmamızda beslenme okuryazarlık düzeyinin yeterli çıkmasında katılımcıların Sivas il merkezinde yaşıyor olması, en az ilkokul mezunu ve 18-64 yaş arasında olması etkili olabilir. Ülkemizdeki genel beslenme okuryazarlığı durumu, etkileyen faktörler, kentsel ve kırsal kesimlerdeki farklılıkların belirlenmesi için konu ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bireylerin yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyinde olsalar bile sahip oldukları becerileri kullanmaları açısından desteklenmeleri gerekmektedir. Uçar ve ark. 'nın (2012) yaptığı çalışmada bilgi birikimi yüksek olan bireylerin yeterli beslenme bilgisine sahip olmalarına rağmen bu bilgileri kullanmadıklarını belirtmiştir [19]. Aynı şekilde, Buttriss (1997) bireylerin sağlıklı gıda seçiminde kendi teorik bilgilerini kullanmak açısından başarısız olduğunu belirtmiştir [20]. Rothman (2006) çalışmasında BKİ ile beslenme puanı ortalamaları arasında, Zoellner ve ark. (2013)'nin çalışmasında ve Aihara ve Minai (2012)'nin yaptıkları çalışmada beslenme okuryazarlığı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [13,14,93]. Bu çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda da beslenme okuryazarlığı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 9). Çalışmamızda bireylerin beslenme okuryazarlığı genel puanı yeterli düzeyde olmasına karşın bireylerin BKİ değerlendirmesine göre sadece %36.5'i normal kilodadır. Bu sonuçlar bize bireylerin beslenme okuryazarlığı becerilerini yeterince kullanmadıklarını düşündürmektedir. Bireylerin çoğunluğunun beslenme okuryazarlık düzeyinin özellikle porsiyon miktarları ve gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık bölümlerinde yetersiz ve sınırdaki olması da (Tablo 8) bu sonuçta etkili olabilir.

Beslenme okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik özellikler açısından literatür değerlendirildiğinde; beslenme okuryazarlığı ile artan eğitim düzeyi ve artan gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır [13,14,93]. Çekal'ın (2008) çalışmasında bireylerin eğitim durumları göz önüne alındığında ortaöğrenim mezunu bireylerden beslenme bilgi düzeyleri yeterli ve iyi olanların oranının (% 82,0) ilköğrenim mezunu bireylerden (% 70,9) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir [94]. Zoellner ve ark.'nın (2009) çalışmasında beslenme okuryazarlığı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça beslenme okuryazarlığından aldıkları puanların da arttığı tespit edilmiştir [8]. Uğurlu'nun (2011) sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların eğitim düzeyi yüksek olan hastalara göre doktor ya da sağlık

personeli tarafından verilen form, tetkik ve kitapçık gibi yazılı materyalleri okumak ve anlamak için diğer kişilerden daha fazla yardım aldıkları belirlenmiştir [92]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak üniversite ve üzerinden mezun olan kişilerin beslenme okuryazarlığı puanları diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir ve bu fark özellikle üniversite ve üzerinden mezun olan kişiler ile ilkokul mezunları arasındadır ($p<0.05$; Tablo 9). Ayrıca çalışmamızda meslek açısından da memurların diğer meslek gruplarına göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından aldıkları puanın anlamlı derecede yüksek bulunmasında (Tablo 9), diğer mesleklere göre eğitim düzeylerinin yüksek olması etkili olabilir. Beslenme okuryazarlık düzeyi en düşük olan meslek grubu işçilerdir. İşçilerin bedensel güç kullanımlarının yüksek olması, eğitim düzeylerinin düşük olması, çoğunluğunun erkek olması ve ağır koşullarda çalışmaları beslenme okuryazarlık düzeylerinin düşük olmasında etkili olabilir.

Ekonomik düzeyin düşük olması ile sınırlı beslenme okuryazarlığının ilişkili olabileceği, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin bilgileri anlamakta zorluk çekebileceği özellikle sayısal okuryazarlıkta daha yetersiz oldukları, örneğin bireylerin günlük kaç gram lif almaları gerektiğini hesaplayamayabilecekleri belirtilmiştir [93,94]. Zoellner ve ark.'nın (2009) çalışmasında ve Aihara ile Minai'nin (2011) çalışmalarında gelir düzeyi ile beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yine Rothman ve ark.'nın (2006) çalışmasında gelir düzeyi ile hem okuryazarlık hem de sayısal okuryazarlık puanları ilişkili bulunmuştur [89]. Ancak çalışmamızda literatürden farklı olarak aylık geliri 773 ₺'den az olanların puan ortalaması diğer gruplardan düşük olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$; Tablo 10). Bireylerin beslenme okuryazarlığının artırılmasında doğru, güvenilir bilgi ve hizmetlere ulaşabilmeleri, bu bilgi ve hizmetleri doğru ve etkin bir şekilde kullanarak beslenme ile ilgili doğru kararlar alabilmeleri önemli bir faktördür [13]. Yaklaşık son on yıldır ülkemizde sağlık hizmeti kullanımında önemli bir artış gerçekleşmiş, yıllara göre kişi başı hekime başvuru ortalamalarında artış (2002'de 3.2; 2011'de 8.2) olmuştur. Özellikle il merkezinde yaşayan bireyler sağlık kuruluşlarını daha fazla kullanabilmekte ve dolayısıyla sağlık personelinin daha fazla bilgi edinebilmektedir [96]. Bu nedenle günümüz koşullarında bireyler hangi gelir düzeyinde olursa olsun beslenme ile ilgili bilgileri başta sağlık kuruluşları ve sağlık personeli olmak üzere bir çok kaynaktan edinebilmektedir. Bu nedenle gelir düzeyi ile beslenme okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı düşünülebilir. Ancak düşük gelirli bir örneklemede sağlık okuryazarlığı ve

beslenme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan bir çalışmada (2012) gelir düzeyi düşük olan bireylerin daha az yağlı, daha az kalorili vb. gıdaları, sebze ve meyveler gibi fiyatı yüksek olan besinleri alamayabilecekleri belirtilmiştir [95]. Dolayısıyla beslenme okuryazarlıkları yeterli düzeyde olsa da bireylerin beslenme okuryazarlığı becerilerini kullanabilmeleri için gelir durumları göz önünde bulundurularak günlük alınması gereken miktarı karşılayabilecek besinlerin neler olduğu, ne kadar ve ne sıklıkta tüketebilecekleri konusunda desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından aldıkları puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 9). Özçelik Özfer ve Uçar'ın (2008) yetişkinlerde cinsiyete göre yağlar, kolesterol, lif ve enerji ile ilgili bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada bir soru hariç diğer tüm soruları kadınlar doğru cevaplarırken erkeklerin yanlış cevapladığı soru sayısı daha fazladır [98]. Yine beslenme bilgisi ve gıda alımı ile ilgili bir çalışmada kadınların beslenme bilgi puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [98]. Zoellner ve ark.'nın (2009) çalışmasında beslenme okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamışken, Aihara ve Minai (2011) yaşlı Japonlar üzerinde yaptıkları çalışmada sınırda beslenme okuryazarlık düzeyinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğunu belirlemiştir [8,13]. Gıda satın alma, yemek seçimi ve yemek pişirme, çocuk bakımı ve beslenmesi gibi görevleri genelde kadınların yerine getirmesi nedeniyle kadınlar beslenme ile ilgili konularda erkeklere göre daha yeterli olabilirler.

Tüm dünyada 2008 yılında erkeklerin %10'unun, kadınların ise %14'ünün obez ($BKİ>30 \text{ kg/m}^2$) olduğu tespit edilmiştir. DSÖ'nün bütün bölgelerinde, kadınlar erkeklerden daha obezdir. Fazla kilo ve obezite; tansiyon, kolesterol, trigliserit ve insülin direnci üzerinde olumsuz metabolik etkilere yol açar ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına neden olur (38). Kronik hastalık sıklığı ile ilgili yapılan bazı bölgesel çalışmalarda kadınların açlık kan şekeri, trigliserid, total kolesterol, HDL, LDL düzeyleri, ortalama beden kitle indeksleri, sistolik ve diyastolik kan basınçlarının erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir [99,100]. Çalışmamızda da doktor tarafından teşhisi konmuş hastalığı olan kadınların oranı erkeklerden daha fazladır ancak aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Çalışmamızda kadınların beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından aldıkları puan anlamlı derecede yüksek bulunurken ($p<0.05$; Tablo 9), tanılanmış hastalığı olan kadınların oranının erkeklere göre yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur. Kadınların

yemek yeme alışkanlıklarının üzüntü, stres, yorgunluk vb. durumlardan daha fazla etkilenmesi bu sonuçlar üzerinde ekili olabilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda il merkezinde yaşayanlarda BOH sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir [101]. Özdemir ve ark.'nın (2005) Sivas ilinde yaşayan yaşlılarda kronik hastalık prevalansı ile ilgili çalışmalarında en az bir kronik hastalığı olanların sıklığı %78.0 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada %60.9’u hipertansif (%36.8 sınırdaki, %24.1 orta veya şiddetli), %19.7’si diyabetik, %22.7’si koroner hastalık şüpheli, %7.9’u anemik ve %24.8’i obez olarak tespit edilmiştir. Bu kişilerin sadece %14.4’ü daha önceden tanı almıştır, diğerlerinin ise hastalıklarının farkında olmadığı belirtilmiştir [99]. Çalışmamızda bireylerin %29.2’si tanılanmış bir hastalığının olduğunu, bu kişilerden %9.8’i şeker hastalığı, %9.0’ı yüksek tansiyonu, %6.3’ü sindirim sistemi hastalıkları olduğunu belirtmiştir (Tablo 6). Bu oranlar kesin hastalık tanısı konmuş bireyler olup, örneklem içinde hastalığının farkında olmayan bireylerin olabileceği de düşünüldüğünde oranların çok daha fazla olabileceği öngörülebilir. İlerleyen yıllarda BOH açısından risk faktörlerine maruziyetin devam etmesi durumunda ise bu oranların artması kaçınılmaz olacaktır.

BOH'lar düşük ve orta gelirli ülkelerde belirgin olarak artmaktadır. Bu artışın ana nedeni beslenmenin bozulması ve fizik aktivenin azalmasının sonucu olarak obezitenin artışı ve buna bağlı kronik hastalıkların yaygınlaşmasıdır. Dünyada her yıl 2.8 milyon insan, fazla kilolu ve obez olmak nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yine fazla kilo ve obezite dünyada 35.8 milyon (%2,3) DALY’e neden olmaktadır [29]. Çalışmamızda doktor tarafından tanılanmış hastalığı olanlarla olmayanların BKİ değerleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.004$, $F=4.578$). Hastalığı olanların BKİ değerleri olmayanlardan anlamlı ölçüde yüksektir. Bu sonuçlar literatür bilgisini desteklemektedir. Nitekim fazla kilo ve obezitenin; tansiyon, kolesterol, trigliserit ve insülin direnci üzerinde olumsuz metabolik etkilere yol açtığı, ayrıca koroner kalp hastalığı, iskemik felç ve tip 2 diyabet risklerinin, BKİ'nin artmasıyla birlikte daha da yükseldiği belirtilmektedir [102].

Düşük okuryazarlık düzeyine sahip hastaların, sahip oldukları hastalıklarla ilgili bilgilerinin eksik olması, hastalıklarının ilerlemesi ve klinik sonuçlarının kötüleşmesine neden olabilir [93]. BOH'a sahip olan bireylerin hastalıklarının ilerlememesi ya da hastalıkları ile ilgili komplikasyonlara maruz kalmamaları için beslenme ile ilgili bilgi ve becerilerde dikkatli olmaları gerekmektedir. Rothman ve ark.'nın (2006) çalışmasında kronik hastalığı olma durumu ile okuryazarlık ve sayısal okuryazarlık puanları arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır [93]. Çalışmamızda da tanılanmış hastalığı olanlarla olmayanların beslenme okuryazarlık puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 9).

Beslenme okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarda beslenme okuryazarlığı becerileri ile temel beslenme bilgilerini bilme, porsiyon miktarları, gıda etiketlerinin anlamlandırılması, beslenme ile ilgili güvenilir bilgi kaynaklarına ve bilimsel bilgilere ulaşma gibi beslenme becerileri ilişkili bulunmuştur [15,16]. Bireylerin beslenme ile ilgili temel bilgileri edinmeleri beslenme okuryazarlığının artırılması bakımından önemlidir. Özçelik ve Sürücüoğlu (2002) Ankara il merkezinde yaşayan 50 ve üzeri yaştaki anneler ($n=179$) ile evli ve ayrı evlerde yaşayan kızları ($n=179$) ile yaptığı "iki nesil kadının beslenme bilgi düzeyleri" konulu çalışmasında; annelerin %64.8'inin kızlarının ise %92.1'inin iyi düzeyde beslenme bilgisinin olduğunu belirlemiştir [103]. Çekal (2008), Sivas'ta orta yaşlı ve yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin yeterli beslenme bilgisine sahip olduğunu belirlemiştir [94]. Çalışmamızda değerlendirme aracının alt bölümlerinden alınan puanlar incelendiğinde bireylerin %66.5'i genel beslenme bilgisi bölümünde yeterli iken okuduğunu anlama ve yorumlama bölümünde %79.3'ü yeterli, besin grupları bölümünde ise %87.2'si yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyindedir (Tablo 8). Bu bulgular doğrultusunda görülmektedir ki bireylerin çoğunluğu beslenme ile ilgili okudukları bilgileri yeterli düzeyde anlamakta, genel beslenme ile ilgili bilgileri ve besin gruplarını bilmektedir.

Ülkemizde bireyler besinlerin besin değeri, sağlığa uygun besinlerin neler olduğu, besinleri ne sıklıkta ve miktarda tüketecekleri, gıda etiketleri, uygulanan diyetlerle hastalıklar arasındaki ilişkiler konusunda yetersiz ya da yanlış bilgilere sahiptirler [17,18]. Çalışmamızda bireylerin çoğunluğu beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının özellikle günlük porsiyon miktarları (4. bölüm), gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık (5. bölüm) alt bölümlerinde yetersiz ve sınırdaki beslenme okuryazarlığı düzeyindedir (sırasıyla %49.0'ı yetersiz, %39.2'si sınırdaki; %50.1'i yetersiz, %40.3'ü sınırdaki) (Tablo8). Rothman ve ark (2006)'nın gıda etiketleri ile ilgili çalışmasında hastaların çoğu (%89.0) gıda etiketlerini kullandığını bildirmiştir. Hastaların % 69.0'ı gıda etiketi sorularını doğru cevaplamıştır [93]. Yanlış verilen cevapların porsiyon miktarlarının hatalı uygulanması, besin etiketi üzerinde fazla bilgi nedeniyle karışıklık yaşanması ve yanlış hesaplamalar sonucu olduğu belirtilmiştir [93,104].

Aygen (2012)'nin yaptığı çalışmada ambalajlı gıda ürünlerinin üzerindeki etiket bilgilerini katılımcıların %53.0'ı "her zaman" ya da "çoğu zaman", %40.0'a yakını "bazen", yaklaşık

%10.0'ı ise "nadiren" okuduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %20.0'ından fazlası gıda etiketleri üzerinde yer alabilen ve özellikle çağımızın büyük problemlerinden biri olan obezite ve ilgili hastalıklar ile mücadelede önem taşıyan "besin değeri" bilgilerini "nadiren" ya da "hiçbir zaman" okumadıklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada bireyler besin etiketleriyle ilgili algıladıkları memnuniyetsizlikler arasında etiket üzerinde "uyarıcı bilgilerin olmaması", "besin değeri bilgilerinin bir porsiyon üzerinden verilmemesi", "üretim ve son kullanma tarihinin kolay bulunur olmaması", "çok fazla bilgi olması", "bilgilerin anlaşılır olmaması", "gramaj/miktar bilgisinin değerlendirilme zorluğu" olduğunu belirtmiştir [105]. Grunert ve ark. (2010)'nın çalışmasında sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmak için gıda etiketleri üzerinde yer alan beslenme ile ilgili bilgilerin anlaşılması ile beslenme bilgi düzeyinin ilişkili olduğu gösterilmiştir [104]. Besler ve ark.'nın (2012) çalışmasında katılımcıların " yağ, kalori, şeker vitamin ve tuz " gibi terimleri anladığını ancak kalori ve enerji , sodyum ve tuz , şeker ve karbonhidrat arasındaki ilişkiyi anlamadıklarını belirtmiştir [18]. Yapılan bir çalışmada, tüketicilerin besin satın alma öncesi, satın alma sırasında ve sonrasında yeterince bilinçli davranmadıkları saptanmıştır [106]. Tüm bu veriler doğrultusunda bireylerin kendileri için sağlıklı besin seçimi yapabilmeleri açısından gıda etiketlerinin gerekli olan bilgileri içerecek şekilde, kolay anlaşılır, standart bir formatta sunulması ve bireylerin temel beslenme bilgilerindeki eksikliklerin giderilmesi, yetersiz düzeyde olan porsiyon miktarları, gıda etiketi okuma, basit matematik işlemleri yapma gibi beslenme okuryazarlığı becerilerinin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Beslenme okuryazarlığı açısından önemli diğer bir nokta da beslenme ile ilgili güvenilir bilgi kaynaklarına ve bilimsel bilgilere ulaşmadır [13]. Günümüzde, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de gazete, dergi, radyo, TV ve internet gibi farklı kitle iletişim araçları, bireylere sağlık ve beslenme gibi birçok konuda bilgiler sunmaktadır [21,41,92]. Aktaş ve Cebirbay'ın (2011) "Tüketicilerin Beslenme Bilgilerine Erişimde Kullandıkları Kitle İletişim Araçları" üzerine gerçekleştirdikleri araştırmada, ankete katılanların ilk tercihinin televizyon (%29.1), ikinci tercihin gazete ve dergiler (%25.7), üçüncü tercihin radyo (%23.0) ve dördüncü tercihin de internet (%22.1) olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların %52.5'i medyadaki beslenme bilgilerini "günlük ve haftalık olarak" takip ettiklerini; %58.8'i "besin güvenliği" konusunda aldıkları bilgileri uyguladıklarını; %64.9'u bilgileri "anlaşılır" bulunduğunu; %63.3'ü de bilgileri "bilimsel" olarak değerlendirdiklerini söylemişlerdir [21]. Şavran'ın (2010) "Toplumsal eşitizlikler ve sağlık: Eskişehir'de sosyolojik bir araştırma"

isimli doktora tezinde katılımcıların %42.1'i sağlıkla ilgili bilgilerini televizyondan, %16.0'ı kendi gittiği doktordan, %14.6'sı internetten, %5.4'ü dergilerdeki sağlıkla ilgili makalelerden, %4.9'u akrabalarından ve %4.3'ü komşulardan öğrendiğini belirtmiştir. Katılımcıların %11.9'u televizyonda, radyoda ve internette sağlıkla ilgili verilen bilgilerin hepsinin, %36.5'i de büyük kısmının doğru olduğuna inanmaktadır [22]. Uğurlu'nun (2011) sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmasında hastaların diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere sıklıkla sağlık çalışanlarından (%93.1), radyo/televizyondan (%75.2), aile üyeleri ve arkadaşlarından (%70.5) ulaştıkları belirlenmiştir [92]. Zoellner ve ark.'nın (2009) çalışmasında katılımcılar daha çok doktor ve sağlık personelinden, televizyon, aile ve arkadaşlardan edindikleri bilgilere güvendiklerini belirtmiştir [8]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak bireylerin beslenme konusunda bilgi edindikleri kaynakların sırasıyla sağlık personeli (%43.9), TV/ radyo/ gazete/ dergi (%39.5), aile ve arkadaşları (%24.5) ve internet (%17.2) olduğunu ve sağlık personeli, beslenme uzmanı ya da diyetisyen, sağlık kuruluşları, TV ve internetten edindikleri bilgilere güvendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 5). Toplumun beslenme eğitiminde dikkat edilmesi gereken en önemli husus verilecek mesajların toplumda kargaşaya neden olmamasıdır. Beslenme bireyseldir. Her kişinin ve grubun (çocuk, yetişkin, hasta, işçi vb.) alması gerekli enerji ve besin öğeleri farklıdır. Bu nedenle toplumun beslenme eğitiminde medyanın kullanılması durumunda genel beslenme önerileri (sebze ve meyvaların yararı, aşırı yemenin sakıncaları vb.) dışında önerilerde bulunmak yarardan çok zarar getirir [108]. Kitle iletişim araçlarından verilen genel bilgilerin içeriğinin, bilimselliğinin kontrol edilmemesi durumunda yanlış bilgilenelemelere ve hatalı uygulamalara neden olarak bireylerin hayatını tehdit edecek sonuçlara yol olabilir [22,102,108]. Çalışmamızda bireylerin beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere güvendikleri kaynakların başında sağlık personeli ve diyetisyenlerin gelmesi beslenme okuryazarlığının artırılması yönünden olumlu bir bulgudur ancak bireylerin yaklaşık %30'unun sağlık personeli ve yaklaşık %55'inin diyetisyen ya da beslenme uzmanını güvendiği kaynaklar içinde belirtmemesi ise düşündürücüdür (Tablo 6). Alıcı ve Pınar (2007) çalışmalarında obez bireylere hemşireler tarafından verilen eğitimin obez bireylerin metabolik, psikolojik parametreleri ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesi/iyileştirilmesinde etkili olduğunu belirtmiştir [109]. Bu bulgular doğrultusunda sağlığın geliştirilmesi amacıyla bireylere beslenme okuryazarlığı becerilerinin kazandırılmasında sağlık personeli ve diyetisyenlerin aktif görev üstlendikleri programlar

geliştirilerek beslenme okuryazarlığının artırılmasında etkin olabilecekleri ve toplumda kazandıkları güvenin artırılabilceği düşünölmektedir.

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın biyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır. Sağlıklı beslenen bireyler fiziksel olarak sağlıklı olmakta sonuçta ruhsal ve sosyal olarak da kendilerini iyi hissetmektedir [50,110]. Başkalarıyla yemek yemek, bireylerin sosyal etkileşimlerini ve paylaşımlarını artırmaktadır. [49,110,111]. İnsan, duyuuları ile (görme, koklama, tad alma, dokunma) gıdalarda bulunan özellikleri algılamakta, beğenilen görünüm ve tadları ile beslenmenin tatmin edici ve mutlu edici işlevi yerine getirilmektedir [49,110]. Dolayısıyla iyi, kaliteli besinlerle yeteri kadar beslenmek insanlara fiziksel olduğu kadar duyuusal ve psikolojik bir zevk de vermektedir. Temel bir insani ihtiyaç olan beslenme; fiziksel hareket azlığı, beslenme tarzındaki değışiklikler gibi olumsuz şartların yanı sıra sevinç, üzüntü, stres gibi duygularla birlikte değışime uğrayarak [111] beslenme sıklığı, porsiyon miktarı ve içeriğini etkileyebilir. Tüm bu olumsuz faktörler ilerleyen süreçte bireylerde beslenme ile ilgili rahatsızlıklar gelişmesine ve bireylerin yaşam kalitesininin düşmesine neden olmaktadır [5,112,113]. Çalışmamızda beslenme okuryazarlığı puanı ile yaşam kalitesinin fiziksel alan puanı, ruhsal alan puanı, sosyal alan puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.01$; Tablo 11). Yapılan araştırmalar kronik hastalıkların, bireylerin sağlığını, bağımsızlığını, yaşamı üzerindeki kontrol gücünü, mahremiyetini, sosyal statü ve rollerini, kendine güvenini, geleceğini planlama gücünü kaybetme gibi olumsuz etkilere neden olduğunu belirlemişlerdir [24,99,114]. Tokuda ve arkadaşları (2009) tarafından sağlık okuryazarlığı ve fiziksel ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada; düşük okuryazarlık düzeyi ile kötü fiziksel ve psikolojik sağlık arasında ilişki olduğu saptanmıştır [62]. Günsoy (2013) çalışmasında bireylerin beslenme alışkanlıklarının ve antropometrik ölçümlerinin yaşam kalitesini etkilediğini belirtmiştir. Çalışmada katılımcıların BKİ'leri arttıkça, fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığına ilişkin yaşam kalitesi alanlarından alınan puanlarının azaldığını tespit etmiştir [25]. Tüm bu veriler doğrultusunda; bireylerin beslenme okuryazarlığı becerileri artırıldığında fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yaşam kalitelerinin de artabileceği düşünölmektedir.

Çalışmamızda beslenme okuryazarlığı puanı ile yaşam kalitesinin çevresel alan ve ulusal çevresel alan puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$; Tablo 10). Bunda çalışmaya katılan bireylerin %70.8'inin tanılanmış bir hastalığının olmaması ve hastalığı

olanların da yetişkin grupta yer almaları nedeniyle ileri derecede komplikasyon ya da bağımlılık yaşamaması (günlük yaşam aktivitelerini yapamama, güçsüzlük, hastane yatışı, tıbbi bir cihaza bağlı olma vb.) çalışmanın il merkezinde yapılmış olması nedeniyle bireylerin sağlık kuruluşlarına ulaşımında sıkıntı yaşamaması gibi faktörler etkili olabilir.

Bireylerin sağlıklı olabilmeleri için bilinçli beslenme seçimleri ve uygulamaları yapmaları gerekmektedir [68]. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda görülmektedir ki, bireylerin sadece beslenme ile ilgili temel bilgilere sahip olmaları sağlıklı beslenebilmeleri için yeterli olmamaktadır. Bireylerin porsiyon miktarları, gıda etiketi okuma ve özellikle günlük besin ögesi ve enerji alımının belirlenmesinde önemli olan basit matematik becerilerini yapmakta yetersiz oldukları görülmektedir. Bu yetersizliklerin giderilmemesi durumunda toplumda fazla kilolu ve obez bireylerin ve bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının artması kaçınılmaz olacaktır. Beslenme okuryazarlığı yüksek olan bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yaşam kalitesinin artması da beslenme okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini ortaya koymaktadır. Beslenme bilimi ve okuryazarlık modelinin bütünleştirilmesi ve toplumda beslenme okuryazarlığı vizyonunun oluşturulması ile insanların kendi beslenme davranışları üzerindeki kontrollerini artırmaları ve daha sağlıklı yaşamaları desteklenebilir [7]. Böylece beslenme okuryazarlığı yeterli olan kişiler, beslenme ile ilgili problemlerini kendileri tespit eder, tespit ettiği hatalı uygulamaları beslenme ile ilgili doğru bilgilere ulaşarak düzeltir, bunlar yeterli olmadığında ise gerekli hizmeti alabileceği sağlık kuruluşlarına başvurur. Bu sayede bireylerin beslenme ve sağlık ile ilgili uygulamalara aktif katılımları ile daha sağlıklı, aktif, üretken olmaları, sağlık hizmetlerini bilinçli bir şekilde kullanmaları ve sağlık harcamalarının azalması sağlanabilir. Beslenme okuryazarlığı toplum sağlığı açısından bu kadar önemli bir konu olmasına rağmen ülkemizde beslenme okuryazarlığını değerlendirecek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Dünyadaki literatür incelendiğinde ise sınırlı sayıda beslenme okuryazarlığı ölçeği ya da ölçüm aracı bulunmaktadır [16,66,76]. Bu nedenle beslenme okuryazarlığını değerlendirecek geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı" için geçerli ve güvenilir sonuçlara ulaşılan bu değerlendirme aracı geliştirilerek tüm sağlık çalışanlarının hizmetine sunulmuştur. Türkiye toplumunda "Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı" kullanılarak beslenme okuryazarlığı genel düzeyi ve alt bölümlerinde yetersiz olunan bölümler tespit edilebilir ve yetersiz bulunan bölümlere yönelik girişimler planlanarak

bireylerin ilgili alanlardaki bilgi ve becerileri artırılabilir. Değerlendirme aracının uygulandığı grupta bireylerin yetersiz oldukları alt bölümlerin belirlenmesi ile sadece ihtiyaç duydukları bilgi ve becerilerin kazandırılması özellikle eğitim sürecinde zamanın etkin kullanımı açısından avantaj sağlayabilir [16].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye'de beslenme okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen aracın ülkemizdeki beslenme okuryazarlığını değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı).

Araştırmaya katılan bireylerin değerlendirme aracının tüm bölümlerinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde %79.8'inin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

"Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı" alt bölümlerinden aldıkları puanlar incelendiğinde ise bireylerin birinci bölümde yer alan genel beslenme bilgisinde %66.5'i, ikinci bölümde okuduğunu anlama ve yorumlamada %79.3'ü, üçüncü bölümde besin gruplarında %87.2'si yeterli iken, dördüncü bölümde porsiyon miktarlarında bireylerin %49.0'ı yetersiz ve gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık bölümünde ise bireylerin %50.1'i yetersiz beslenme okuryazarlığı düzeyindedir.

Kadınların erkeklere göre, üniversite ve üzerinden mezun olan kişilerin ilkökul mezunlarına göre, memurların diğer meslek gruplarına göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından aldıkları puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bireyler sağlık personeli (%69.8), beslenme uzmanı yada diyetisyen (%45.2), sağlık kuruluşları (%15.5), TV (%13.1) ve internetten (%12.0) edindikleri beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere güvendiklerini belirttiler.

Beslenme okuryazarlığı puanı ile; yaşam kalitesinin fiziksel alan puanı, ruhsal alan puanı, sosyal alan puanı arasında pozitif yönlü anlamlı, zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Literatür taramalarında Türkiye'de beslenme okuryazarlığı alanında yapılmış bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle ülkemizde beslenme okuryazarlığı durumunu belirlemeye yönelik topluma dayalı çalışmaların yapılması,
- Toplumdaki bireylerin beslenme okuryazarlığı ile ilgili eksik yönlerini tamamlayacak programların geliştirilmesi,
- Bireyler beslenme okuryazarlığının tüm bölümlerinde yeterli düzeye getirildikten sonra bireylerin edindiği beslenme okuryazarlığı becerilerini kullanabilecekleri ve geliştirebilecekleri programların oluşturulması,
- YBOYDA puanları düşük bulunan ilkokul mezunu olanların, işçilerin, erkeklerin, şişmanların beslenme okuryazarlıklarının artırılmasında öncelikli gruplar olarak ele alınması,
- Geliştirilecek programlarda sağlık personeli, beslenme ve diyetetik uzmanlarının bu programların planlanması ve yürütülmesinde aktif rol alması ve buna yönelik sağlık personeli, beslenme ve diyetetik uzmanlarına gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması,
- Kitle iletişim araçlarından verilen bilgilerin sıkı ve düzenli biçimde denetiminin sağlanması ve bireylerin bilimsel bilgileri edinmeleri hususunda desteklenmesi,
- Çalışmamızda geliştirilen beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı yetişkin ve en az ilkokul mezunu bireyler için geliştirilmiştir. Diğer grupların (çocuk, adolesan, gebe, okuma yazma bilmeyen, yaşlı vb.) beslenme okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için de gruplara özel beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı geliştirilerek beslenme okuryazarlığı düzeylerinin tespit edilmesi ve gruplara özel eğitim programları ve beslenme okuryazarlığı becerilerini kullanabilecekleri ve geliştirebilecekleri programların geliştirilmesi,
- Beslenme okuryazarlığını artıracak çalışmaların yapılması ve programların geliştirilmesi ile bireylerin ve toplumların yaşam kalitelerinin artırılması, önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2004) Türkiye'ye özgü beslenme rehberi., Ankara. www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/beslenme_rehberi.
- [2] Baysal, A. (2009) Beslenme, Hatiboğlu Yayınevi, 12. Baskı, Ankara, 9-18.
- [3] Horasan, N.E. (2012) Beslenme, Hemşirelik Esasları, Atabek Aştı T, Karadağ A (Ed.), Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 898-905.
- [4] Allen, L. and Gillespie, S. (2001) "What Works? A review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions", United Nations Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition, Asian Development Bank, ACC/SCN Nutrition Policy Paper No.19.
- [5] Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2010) Türkiye obeziteyle mücadele ve kontrol programı (2010-2014), Kurban Matbaacılık Yayıncılık, 1. Basım, Ankara.
- [6] Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2013) Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2014-2017), Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti., 3. Basım, Ankara.
- [7] Cimbaro, M.A. (2008) Nutrition literacy: Towards a new conception for home economics education, The University of British Columbia, Vancouver.
- [8] Carbone, E.T. and Zoellner, J. (2012) Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice. *J Am Diet Assoc.*,112(2),254-265.
- [9] UNESCO (2003) Literacy, a UNESCO perspective, Retrieved 19.10. 2013, from <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001318/131817eo.pdf>
- [10] Aşıcı, M. (2009) Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık, *Değerler Eğitimi Dergisi*, 17(7): 9-26.
- [11] Altun, A. (2005) Gelişen teknolojiler ve yeni okuryazarlıklar, Anı Yayıncılık, Ankara.
- [12] Diamond, J. (2007) Development of a Reliable and Construct Valid Measure of Nutritional Literacy in Adults, *Nutrition Journal*, 6(5),1-4.
- [13] Aihara, Y. and Minai, J. (2011) Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people *Health Promot. Int.* doi: 10.1093/heapro/dar005.
- [14] Zoellner, J., Connell, C., Bounds, W., Crook, L. and Yadrick, K. (2009) Nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the Lower Mississippi Delta, *Centers for Disease Control and Prevention*, 6 (4):1-11.
- [15] Carbone, E.T. and Zoellner J.M. (2012) Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice. *J Acad Nutr Diet.* 2012 Feb;112(2):254-65. doi: 10.1016/j.jada.2011.08.042. Epub 2012 Jan 25.
- [16] Gibbs, H. and Chapman-Novakofski, K. (2012) Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need, *Health*, 4 (3), 120-124.
- [17] Pekcan, G. (1998) Türkiye'de beslenme durumu, 5. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi Bildiri Özetleri. Ankara, 5-7 Kasım, 51-53.
- [18] Besler, H.T., Büyüktuncer, Z. and Uyar, M.F. (2012) Consumer understanding and use of food and nutrition labeling in Turkey. *J Nutr Educ Behav*;44:584-591.
- [19] Uçar, A., Özdoğan, Y. and Özfer Özçelik A. (2012) Does nutrition knowledge change nutrition behavior?. *HealthMED*; 6 (6), 2028-2035.
- [20] Buttriss, J.L. (1997) Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*; (65), 1985-95.

- [21] Aktaş, N. ve Cebirbay, M.A., Tüketicilerin Beslenme Bilgilerine Erişmede Kullandıkları Kitle İletişim Araçları Üzerine Bir Araştırma. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi, (3)11, 47-56 .
- [22] Şavran, T.G. (2010) Toplumsal eşitizlikler ve sağlık: Eskişehir’de sosyolojik bir araştırma. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Eskişehir.
- [23] Gökengin, D. (2007) AİDS ve yaşam kalitesi, Uluslararası Katılımlı 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Kongre Özet Kitabı, Meta Basım Matbaacılık, İzmir.
- [24] Mollaoğlu, M. (2007) Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. Uluslararası Katılımlı 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Kongre Özet Kitabı, Meta Basım Matbaacılık, İzmir.
- [25] Günsoy, G.H. (2013) Yetişkin bireylerin yaşam kalitesi ile besin tüketim alışkanlıkları ve bazı antropometrik parametreler arasındaki ilişkinin saptanması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- [26] WHO (2003) Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases, Report Of a WHO/FAO Expert Consultation, WHO Technical Report Series:916, Geneva.
- [27] WHO (2004) Food and Health in Europe: A New Basis for Action, WHO Regional Publications European Series, No.96, Geneva.
- [28] Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. (2008) Beslenme Modülleri, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, İlkay Ofset Matbaacılık, Ankara.
- [29] WHO (2009) Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva.
- [30] Bazzano, L.A., Serdula, M.K. and Liu, S. (2003) Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. Current Atherosclerosis Reports, 5,492–499.
- [31] Riboli, E. and Norat, T. (2003) Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. American Journal of Clinical Nutrition, 78(Suppl.),559–569.
- [32] WHO (2010) Creating an Enabling Environment For Population-Based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO And The Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva.
- [33] WHO (2007) Prevention of cardiovascular disease: Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva.
- [34] He, F.J. and MacGregor, G.A. (2009) A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. Journal of Human Hypertension, 23,363–384.
- [35] Hu, F.B., Stampfer J.S., Manson J.E., Rimm E., Colditz G.A., Rosner B.A., Hennekens C.H. and Willett W.C. (1997) Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women, New England Journal of Medicine, 337,1491–1499.
- [36] Meyer, K.A., Kushi, L.H., Jacobs D.R. and Folsom, A.R. (2001) Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa Women, Diabetes Care, 24,1528–1535.
- [37] Salmeron J., Hu F.B., Manson JE, StampferM.J., Colditz G.A., Rimm E.B and Willett W.C. (2001) Dietary fat intake and risk of type 2 diabetes in women. American Journal of Clinical Nutrition,73,1019–1026.
- [38] WHO (2010) Bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin küresel durum raporu, WHO Kütüphanesi Kataloğu, İtalya.
- [39] WHO (2011) Noncommunicable diseases country profiles 2011. Retrived:16.01.2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf.

- [40] Baysal, A. (2003) Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25(4) Özel Eki 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler, Sivas, 66-72.
- [41] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- [42] Arslan. P., Pekcan, G., Yücecan, S., Yurttagül, M. ve Karağaoğlu, N. (2000) Beslenme çalışma grubu raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara.
- [43] Pekcan, G. ve Karağaoğlu N. (2000) "State of nutrition in Turkey". Nutrition and Health.,14,41-52.
- [44] Pekcan, G. (2001) "Vitamin ve mineral yetersizliklerinin önlenmesinde besin desteği". "I.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı. Ankara.
- [45] Kellner, D. (2001) New technologies/new literacies: Reconstructing education for the new millennium. international journal of technology and design education, 11,67-81.
- [46] Kurudayıoğlu, M. ve Tüzel, S. (2010) 21. Yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve türkçe eğitimi. TÜBAR-XXVIII: 284-298.
- [47] Centre for literacy. (2011) What Is Literacy? Retrieved: February 16, 2013, from <http://www.centreforliteracy.qc.ca/about/literacy>.
- [48] UNESCO (2006) Education for all global monitoring report. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, France.(Chapter1,5,6)
- [49] Öz F (2004) Sağlık alanında temel kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara.
- [50] WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva. WHO/HPR/HEP/98.1.
- [51] Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. and Slonska, Z., European, C.H.L.P. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- [52] U.S. Department of Health And Human Services (2007) Quick guide to health literacy and older adults. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion,Erişim:<http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/default.htm>., Erişim tarihi: 20.12.2013.
- [53] Martin, L.T., Dastidar, B.G. and Fremont, A. (2009) Developing predictive models of health literacy. J Gen Intern Med, 24(11),1211–6.
- [54] Kickbusch, I.S. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide, Health Promotion International, 16 (3), 289-297. doi:10.1093/heapro/16.3.289.
- [55] Ndahura, N.B. (2012) Nutrition literacy status of adolescent students in Kampala District, Uganda, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Master's Programme in Food, Nutrition and Health Lillestrøm, Norway.
- [56] Aykut, M. (2011) Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Toplum beslenmesi, Öztürk Y, Günay O. (Ed.), Erciyes Üniversitesi Yayınları No:172, Kayseri,1247.
- [57] Bilgiç, P. ve Ersoy, G. (2008) Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- [58] Akalın, H.E. (2012) Sağlık okuryazarlığı nedir? neden önemlidir? Sağlık Ekonomisi Dergisi, (<http://www.saglikpolitikaları.org>), Erişim Tarihi:15.08.2013.
- [59] Nielsen Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2004) Health Literacy: A prescription to end confusion, [www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091179], Retrived: 07.08.2013.

- [60] Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker R.M. Green, D., Ren, J., Peel, J. (2004) Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *JGen Intern Med*, (19), 215–20.
- [61] Mccray, A.T. (2005) Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc*, 12: 152-163.
- [62] Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J.P. and Paasche-Orlow M.K. (2009) Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults, *Patient Educ Couns.*,75(3),411-7. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.031.
- [63] Howard, D., J. Gazmararian and Parker R. (2005) The Impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *American Journal of Medicine* 118(4),371-377.
- [64] Institute of Medicine. (2004) *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Washington DC: National Academies Press.
- [65] Nutbeam, D. (2000) Health Literacy as A Public Health Goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- [66] Diamond, J.J. Development of A Scale to Measure nutritional literacy. *Health Policy Newsletter* 2005; 18(2), Article 11. Retrieved [date] from <http://jdc.jefferson.edu/hpn/vol18/iss2/11>.
- [67] *Healthy People 2010: Understanding and improving health and objectives for improving health*. U.S. Department of Health and Human Services, Washington.
- [68] Bernhardt, J.M., Brownfield E.D. and Parker, R.M. (2005) Understanding health literacy. In: Schwartzberg J. G., VanGeest J., Wang C., editors. *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago: AMA Press,3-16.
- [69] McKay, D.L., Houser, R.F., Blumberg, J.B. and Goldberg, J.P. (2006) Nutrition information sources vary with education level in a population of older adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(7), 1108-1111. doi: 10.1016/j.jada.2006.04.021.
- [70] Parmenter. K., Waller, J. and Wardle, J. (2000) Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health Educ Res* (152), 163.
- [71] Özcan A. (2006) *Hemşire hasta ilişkisi ve iletişim*, Sistem Ofset Bas.Yay.San. Tic.Ltd.Şti. Ankara.
- [72] Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, (2001) *Ulusal gıda ve beslenme stratejisi çalışma grubu raporu*,Yayın No DPT: 2670, Ankara, 40-54.
- [73] Durukan E. (2009) Yaşam kalitesi kavramı. *Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar*. Grafker Matbaası, Ankara, 260-265.
- [74] Eser E. (2004) Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü, *Birinci Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, 8-10 Nisan 2004, İzmir.
- [75] Carbone E.T. (2013) Measuring nutrition literacy: Problems and potential solutions. *J Nutr Disorders Ther* 3:1. doi:10.4172/2161-0509.1000e105.
- [76] Pettersen, S., Kjøllestad, J.G. and Aarnes, S.B. (2009) Measuring nutrition literacy, Paper presented at the 19th International Conference of Nutrition, Bangkok, Thailand.
- [77] Cheftel, J.C., (2005) “Food and nutrition labeling in The European Union”, *Food Chemistry*, (93), 531-550.
- [78] Pallant, J., (2005) *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. 2nd Edn. Sabon By Bookhouse, Sydney.

- [79] Çınar Z, Sümbüloğlu K, Alpar R. (1994) Sivas İli'nde Sağlık Araştırmalarında Kullanılmak Üzere Çeşitli Sayı ve Nitelikde Örneklem Planının Geliştirilmesi, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi; 16(3), 191-196.
- [80] Selvi, P. (2008) Sivas ilinde yapılacak saha araştırmalarında kullanılmak üzere çeşitli sayı ve nitelikte örneklem planının geliştirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- [81] Eser, S.Y., Fidane, r H., Fidaner, C., Elbi, H., Eser, E. ve Göker, E. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi,7(2),5-13.
- [83] Aydemir Ö, Köroğlu E (2009) Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. HYB Basım Yayın, Ankara, 440-449.
- [84] Aker, S., Dündar, C. ve Pekşen, Y. (2005) Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik, O.M.Ü. Tıp Dergisi 22(1),50-60.
- [85] Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2003) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi (1), 3-14.
- [86] Bowling, A. and Ebrahim, S. (2005) Handbook of health research methods: Investigation, measurement and analysis, Open University Press. Bell and Bain Ltd, Glasgow.
- [87] Gourounti, K. and Sandall, J. (2011) The validation and translation of multidimensional measure of informed choice in Greek, Midwifery (27),170-173.
- [88] Akın, Ü., Akın, A. ve Abacı, R. (2007) Öz-duyarlık ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması, H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi (33),01-10.
- [89] Alpar, R. (2010) Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik, Detay Yayıncılık, Ankara.
- [90] Tekin, H. (2000) Eğitimde ölçme değerlendirme, Ondördüncü Baskı, Yargı Yayınevi, Ankara.
- [91] Özçelik D.A. (1989) Test hazırlama kılavuzu, İkinci Baskı, ÖSYM Yayını. Ankara.
- [92] DİSK-AR Ocak 2012 Raporu (Açlık- Yoksulluk sınırı).
- [93] Uğurlu, Z. (2011) Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- [94] Rothman R.L., Housam R., Weiss, H., Davis, D., Gregory, R., Gebretsadik, T., Shintani A. and Elasy T.A. (2006) Patient understanding of food labels the role of literacy and numeracy, Am J Prev Med; 31(5),391–398.
- [95] Çekal, N. (2008) Orta yaşlı ve yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1), 14-28.
- [96] Speirs, K.E., Messina, L.A., Munger, A.L. and Grutzmacher, S.K. (2012) Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults, Journal of Health Care for the Poor and Underserved (23), 1082–1091.
- [97] Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü,(2012) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Ankara. [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/ kitaplar/siy_2011.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf).
- [98] Özçelik Özfer, A. ve Uçar, A. (2008) Gender differences in adult's knowledge about dietary fats, cholesterol, fiber and energy. Pakistan Journal of Nutrition 7 (2), 234-239.

- [99] Wardle, J., Parmenter, K. and Waller, J. (2000) Nutrition knowledge and food intake, *Appetite*; (34), 269-75.
- [100] Özdemir, L., Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat, H., Aker, A. ve Bakıcı, Z. (2005) Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 27 (3), 89 – 94.
- [101] Turhanoğlu, A., Saka, G., Karabulut, Z., Kılınç, Ş. ve Ertem, M. (2000) Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürllük ve kronik hastalık sıklığı, *Geriatrici*, 3(4), 146-150.
- [102] Bağrıaçık N. ve İpbüker A. (2007) Türkiye’de diabetin durumu, *Cerrahpaşa Tıp Fak Dergisi*,; 8(2): 240-51.
- [103] White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London:Sage.
- [104] Özçelik, AÖ., Sürücüoğlu, MS. (2002). Anneler ve kızlarının beslenme bilgi düzeylerinin kıyaslanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2 (2):121-129.
- [105] Grunert, K.G., Wills, J.M. ve Celemin, L.F. (2010) Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK, *Appetite*,55,(2),177–189.
- [106] Aygen, F.G. (2012) Tüketicilerin besin etiketi incelenmesi konusundaki tutum ve davranışları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 28-54.
- [107] Demirci, A. ve S., Baykan, (2003) Evli Tüketicilerin Gıda Satın Alma Davranışları Üzerine Bir Araştırma. *Standart*, 495, 82–90.
- [108] Merdol, T.K., (2012). *Beslenme eğitimi ve danışmanlığı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 7-18.
- [109] Kalichman, S.C., Benotsch, E.G., Weinhardt, L.S., Austin, J. and Webster, L. (2002) Internet use among people living with HIV/AIDS association of health information, health behaviors and health status. *AIDS Education and Prevention*. 14(1), 51-61.
- [110] Alıcı, M. ve Pınar, R. (2007) Obez hastalara verilen eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (2), 32-47.
- [111] Attila, S. ve Bağcı, T. (2006) Toplum beslenmesi, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Güler , Ç., Akın L. (Ed.) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- [112] Amarantos, E., Martinez, A., Dwyer, J. (2001) Nutrition and quality of life in older adults, *Journals of Gerontology: Series A*, 56A (Special Issue II),54–64.
- [113] Schünemann, H.J., Sperati, F., Barb, M., Santesso, N., Melegari, C., Akl, E.A., Guyatt, G. and Muti, P. (2010) An instrument to assess quality of life in relation to nutrition: item generation, item reduction and initial validation, *Health and Quality of Life Outcomes*, (8),26.
- [114] McNaughton, S.A., Crawford, D., Ball, K. and Salmon, J, (2012) Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *Health and Quality of Life Outcomes*, (10),109.
- [115] WHO (2002) *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.

EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma, sağlığını etkileyen beslenme ve yaşam kaliteniz ile ilgili soruları içermektedir.

Anket yaklaşık 20-25 dakika kadar sürecektir. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve tüm maddelere cevap vermeye özen gösteriniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihiniz ____ / ____ / ____ (Gün / Ay / Yıl)
2. Eğitim durumunuz:
 İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
 Lise mezunu Üniversite/yüksekokul mezunu
3. Medeni Durumunuz :
 Bekâr Evli Dul
4. Mesleğiniz nedir?
 Memur
 İşçi
 Serbest meslek
 Ev Kadını
 Diğer, açıklayınız.....
5. Sağlık güvenceniz:
 Var..... Yok
6. Hanede yaşayan kişi sayısı:
7. Aile tipiniz:
 Çekirdek aile Geleneksel aile Parçalanmış aile
8. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?
 İyi Orta Kötü

9. Ailenizin aylık geliri nedir?

- 773 TL ve daha az
 1.011 TL – 3.197 TL
 3.198 TL'den fazla

10. Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

- Evet Hayır (cevabınız hayır ise 14 .soruya geçiniz)

11. Cevabınız evet ise teşhis edilen hastalığınız aşağıdakilerden hangisi / hangileridir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- Kalp-damar hastalıkları
 Şeker hastalığı
 Yüksek tansiyon
 Kanser
 Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)
 Solunum sistemi hastalıkları (akciğer vb)
 Ruhsal sorunlar (depresyon, aşırı yeme, kusma, gece yeme vb.)
 Kas iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları)
 Endokrin (hormonal) hastalıklar
 Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B₁₂ vitamini yetersizliği vb)
 Diğer (belirtiniz)

12. Beslenme konusunda sizce yeterli bilginiz var mı?

- Evet Hayır Kısmen

13. Cevabınız evet ise, Bu bilgiyi kimlerden / nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Sağlık personelinin
 Beslenme eğitim kitaplarından
 İnternette,
 Televizyon, radyo-, gazete, dergiden
 Ailemden, arkadaşlarımdan
 Diğer, açıklayınız

14. Genel olarak aşağıdaki kaynaklardan hangisinden gelen beslenme, diyet veya gıda ile ilgili bilgilere gúvenirsiniz.

- Doktor, hemşire veya diğer sağlık personeli
- Beslenme uzmanı ya da diyetisyen
- Aile
- Arkadaşlar
- Ders kitapları
- Gazeteler veya dergiler
- İnternet
- Televizyon
- Radyo
- Sağlık kuruluşları

EK2: YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRME ARACI (YBOYDA)

1. Bölüm Genel Beslenme Bilgisi

1. Sağlık açısından en yararlı tahıl ürünü aşağıdakilerden hangisidir?
a.Makarna b.Pirinç pilavı c. Mısır unu d.Tam buğday ekmeği
2. Hangisi en sağlıklı yağ kaynağıdır?
a.Margarin b.Kuyrukyacağı c.Mısır özü yağı d.Zeytinyağı
3. Diş sağlığı için hangisi gereklidir?
a.Demir b. İyot c. Sodyum d. Flor
4. Hangisi yüksek oranda tuz içeren bir besin değildir?
a.Sucuk b. Turşu c. Zeytin d. Taze bezelye
5. Kemik sağlığı için gereklidir.
a.Kalsiyum b.Magnezyum c.Potasyum d.İyot
6. Yetişkinler her gün su içmelidir.
a.Bir – iki bardak
b. Üç- dört bardak
c. Sekiz –on bardak
d.Susadıkça
7. Yemekle birlikte gibi içeceklerin tüketilmesi, vücudunuzun demirden yararlanmasını azaltır.
a.Portakal suyu b. Limonata c. Ihlamur d. Çay
8. grip, nezle gibi hastalıklara karşı korur, diş etlerimizin daha sağlıklı olmasını sağlar.
a.C vitamini b. B vitamini c. A vitamini d. D vitamini

Ayşe Hanım, market alışverişinde balık, ekmeğe, kutu süt, konserve, yumurta, domates alıyor. Yapması gereken diğer işlerini tamamlıyor ve iki buçuk saat sonra eve dönüyor. Eve gelir gelmez sütü ve balığı buzdolabına koyuyor.

9. Ayşe Hanım'ın aldığı yiyeceklerden en erken bozulabilecek olan hangisidir?

- a. Balık
- b. Süt
- c. Domates
- d. Yumurta

10 . Balığın en geç kaç saat içinde buzdolabına konması gerekir?

- a. 2 saat
- b. 3 saat
- c. 4 saat
- d. 5 saat

2. Bölüm (Okuduğunu Anlama)

Doğumdan itibaren büyüme ve gelişme, sağlıklı ve uzun bir yaşam için vücudumuza gerekli olan bütün maddeleri besinlerle alırız. Her öğünde aynı içeriğe sahip yiyeceklerle beslenirsek eksik ve tek yönlü beslenmiş oluruz. Bu tür beslenme sağlıklı değildir. Sağlıklı beslenmek için, her gün sebze, meyve, et, süt ve tahıl ürünleri gibi değişik besin gruplarından yeterince tüketilmesi, doymuş yağ, trans yağ, kolesterol, tuz ve şeker içeren besinlerin ise az tüketilmesi gerekir. Besin gruplarından herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında ya da yağ, kolesterol, tuz, şeker oranı yüksek besinler fazla tüketildiğinde büyüme ve gelişme engellenir ve sağlık bozulur. Günümüzde insanların beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte hareketsiz bir yaşam sürdürmesi sonucunda kalp-damar hastalıkları, pek çok kanser türü, kansızlık, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kemik erimesi, şişmanlık gibi sağlık sorunlarının temelinde beslenme alışkanlıkları önemli bir rol oynamaktadır. Gıdaların sağlığı olumsuz yönde etkilememesi için besinlerin taze ve temiz olması da önemlidir. Bu nedenle satın alınacak ürünlerin üretim tarihi, son kullanma tarihi, bakanlıktan izin yazısı gibi etiket bilgileri incelendikten sonra alınmalıdır.

1. Sağlıklı beslenmek için et, süt gibi besinlertüketilmelidir.

- a. Fazla
- b. Yeterince
- c. Az
- d. Nadir

2. Olumsuz beslenme alışkanlıkları olan insanlarda gibi hastalıklar gelişebilir.

- a. AIDS
- b. Hepatit B
- c. Yüksek tansiyon
- d. Kızamık

3.....gibi bazı besinler sağlıklı beslenme için sınırlı alınmalıdır.

- a. Sebze
- b. Tuz
- c. Süt
- d. Tahıl ürünleri

4. Her öğünde içeriğe sahip besinlerle beslenirsek sağlıklı beslenmiş oluruz.

- a. Aynı
- b. Çeşitli
- c. Benzer
- d. Az

5. Sizden sağlıklı bir besin seçmeniz istense aşağıdaki fotoğraflarda yer alan yiyeceklerden hangisini tercih edersiniz?

a.Hamburger menü



b. Salata ve balık



c. Kızarmış patates



d.Domates soslu makarna

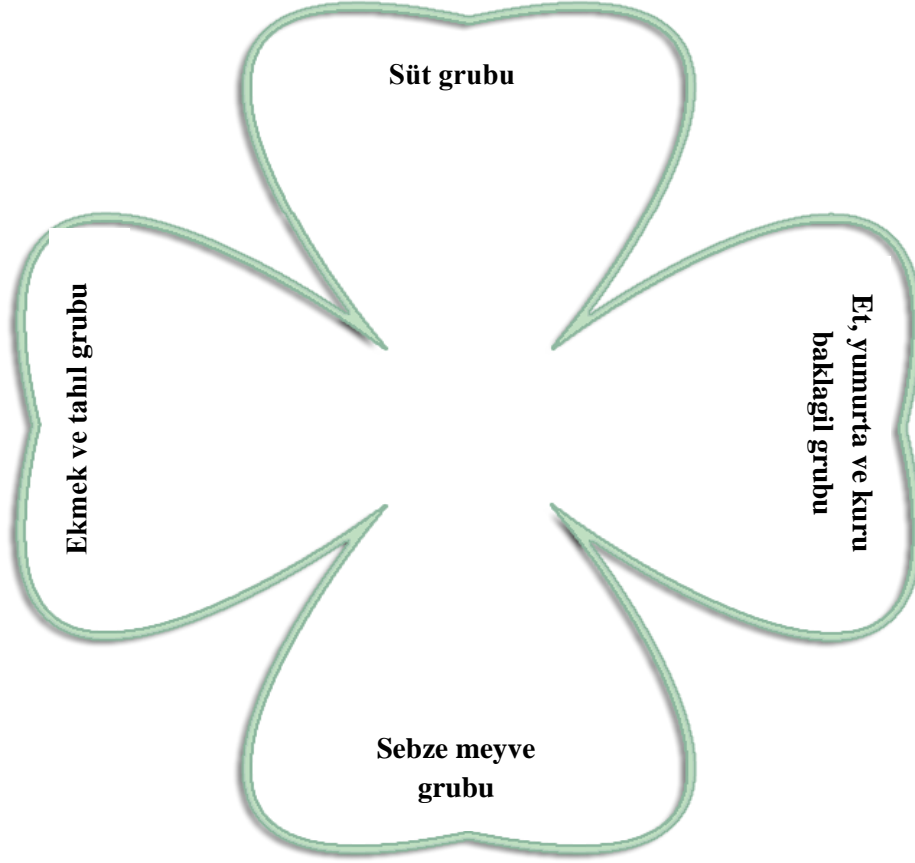


6. Aldığınız ürünün son kullanma tarihinin geçmiş olduğunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?

- a. Tarihi çok geçmemişse kullanırım
- b. Üründe renk değişimi, kötü koku vb. yoksa kullanırım
- c. İade ederim ve satıcıyı uyarırım
- d. Kullanmam, çöpe atarım

3. Bölüm (Besin Grupları)

Resimlerle gösterilen besinlerin üzerindeki harfleri şekilde yer alan uygun besin grupları bölümüne yazınız.



A

B

C

D

E



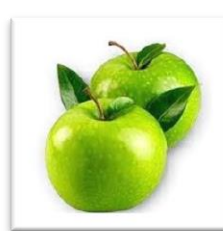
F

G

H

J

K



4. Bölüm (Porsiyon Miktarları)

Not: Besinlerin bir porsiyon miktarları soruların yanındaki kutucuklarda belirtilmiştir.

1. Süt grubu besinler günde tüketilmelidir.

- a. Bir porsiyon
- b. İki porsiyon
- c. Dört porsiyon
- d. Beş porsiyon

Süt bir su bardağı (200g)
2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir (60 g)

2. Et, yumurta, kurubaklagil grubundan günde tüketilmelidir.

- a. Bir porsiyon
- b. İki porsiyon
- c. Dört porsiyon
- d. Beş porsiyon

Kurubaklagil bir çay bardağı (90 g)
Et, tavuk, balık vb. 50-60 g(iki ızgara köfte kadar)
2 yumurta

3. Sağlıklı yaşam için hergün kuruyemiş yenmelidir.

- a. Sıfır
- b. Bir avuç
- c. İki avuç
- d. Üç avuç

Ceviz, fındık badem vb. bir avuç (30 g)

5. Bölüm (Gıda Etiketleri Okuma ve Sayısal Okuryazarlık)

Beden Kitle İndeksi: $\frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy uzunluğunun karesi (m}^2\text{)}}$

- a. Zayıf: <20 b. Normal: 20.0-24.9 c. Kilolu: 25.0-29.9 d. Şişman: 30.0-Üstü

1. BKİ:

2. Değerlendirme:

Aşağıda yer alan soruları gıda etiketinde bulunan bilgiler doğrultusunda yanıtlayınız.

İçindekiler: Buğday unu, bitkisel yağ, glikoz şurubu, aroma verici, tuz, şeker, peynir altı suyu tozu, domates salçası, patates unu, kabartıcılar (sodyum ve hidrojen amonyum karbonat)

Parti-Seri no: 100003335-5444 Üretim Yeri: Sivas Türk Malı Net: 90 g

Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın 2013 tarih ve 10002 sayılı izni ile

üretilmiştir.



Besin Öğeleri	100 g	1 paket (90 g)
Enerji(kcal)	456	410
Protein(g)	7.2	6.5
Karbonhidrat (g)	63.3	57.0
Yağ (g)	19.3	17.3
Sodyum (mg)	907	816

3. Bu yiyecekten üç paket yediğinizde kaç kalorilik enerji almış olursunuz?

- a. 1230
- b. 1368
- c. 410
- d. 820

4. Ürünün 100 gramındaki yağ miktarının enerji değeri kaç kaloridir? (1g yağ 9 kcal)

- a. 36.6 kcal
- b. 155.7 kcal
- c. 456 kcal
- d. 173.7 kcal

5. Hangi hastalığı olanlar bu yiyeceği dikkatli tüketmelidir/fazla tüketmemelidir?

- a. Kansızlık
- b. Yüksek tansiyon
- c. Kanser
- d. Kemik erimesi

6. Gıda etiketi üzerinde zorunlu olarak bulunması gereken bilgilerden hangisi yukarıdaki gıda etiketinde bulunmamaktadır?

- a. Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının izni
- b. Türk Standartları Enstitüsü'nün logosu
- c. Son kullanma tarihi
- d. Gıdanın üretildiği ülke

EK3: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL-BREF-TR)

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK 4: CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI ONA

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURUL KARARI

Karar Tarihi : 15/02/2013	Toplantı Tarihi
Üye: Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR Üye : Prof. Dr. Haldun SÜMER Üye : Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU Üye : Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU Üye : Doç.Dr Naim NUR	
Sayı	KARARLAR
<p>Anabilim Dalı Akademik Kurulu 15/02/2013 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.</p> <p>Anabilim Dalımız Doktora öğrencisi Büşra CESUR'un Tez İzleme Komitesinin aşağıdaki öğretim üyelerinden oluşmasına, kararın Sağlık Bilimleri Enstitüsüne önerilmesine oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p><u>TEZ İZLEME KOMİTESİ</u> Prof.Dr.Gülay KOÇOĞLU Prof.Dr.Haldun SÜMER(Danışman) Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR</p> <p>Prof. Dr Levent ÖZDEMİR Anabilim Dalı Başkanı</p> <p>Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU</p> <p>Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU</p> <p>Prof.Dr.H.Hüseyin POLAT</p> <p>Prof.Dr.Haldun SÜMER</p> <p>Doç. Dr. Naim NUR Üye</p>	

EK 5: CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BASYURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sivas İli Merkezi Yetişkin Nüfusta Beslenme Okuryazarlığı Durumu ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Haldun Sümer / Araş. Gör. Büşra Cesur			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Doktora tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Handwritten signatures and initials of the committee members, including names like "Sümer", "Cesur", and others, indicating approval of the research protocol.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DÜZENLENİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİYOGENETİKLEME GÖZÖLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DÜZENLENİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	TÜRKÇE ETİKİT ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>					
	ŞİKRATA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	HASTA KARTI GÖNÜLLÜLERİ	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SÖZLÜ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2013-04/01	Tarih: 05.03.2013					
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelemenin ardından başvuru dosyasında belirtilen yerlerde gerektirdiğinde etik ve bilimsel olarak bulunmadığına tespitine kararın Etik Kurul üyelerinin çoğunun oy birliği ile karar verilmiştir.						

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Kayanca

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Çinayet		Araştırma ile İlgili		Katkı *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayhan Kayanca	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadetin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İsmail Kılıç	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hilmi Tokar	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık Çarpıcı	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Zeynep Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mustafa Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimi	Sivas Halk Sağlığı Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Dağı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağca	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK 6. TEBLİĞ VE TEBELLÜĞ BELGESİ

TEBLİĞ VE TEBELLÜĞ BELGESİ

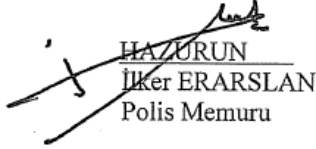
Valilik Makamına hitaben yazdığınız dilekçenizde; Sivas merkez mahallelerinde 01 Nisan 2013 - 30 Nisan 2014 tarihleri arasında "Sivas İl Merkezi Yetişkin Nüfusta Beslenme Okur-Yazarlığı Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" konulu anket çalışması yapmak istediğinizi bildirerek izin talebinde bulundunuz.

Söz konusu anket çalışmasının yapılacağı yerlerde kurum yetkililerinden izin almak, vatandaşı rahatsız etmemek ve ekteki anket örneğine bağlı kalmak kaydıyla, İlimiz merkez mahallerinde yapılmasına Valilik Makamınının 19/04/2013 tarih ve bila sayılı olur yazıları ile **İZİN VERİLMİŞ** olup, söz konusu karar tarafımızdan aşağıda adı ve soyadı yazılı şahsa tebliğ edildiğine dair;

İşbu tebliğ ve tebellüğ belgesinin altı birlikte imza altına alınmıştır. 29/04/2013

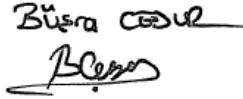


TEBLİĞ EDEN
M.Fatih TUNÇAY
Polis Memuru



HAZIRUN
İlker ERARŞLAN
Polis Memuru

TEBELLÜĞ EDEN



EK 7: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU



C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Sivas İl Merkezi Yetişkin Nüfusta Beslenme Okuryazarlığı Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisidir.” Araştırmanın amacı, beslenme okuryazarlığı durumunu ve beslenme okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisini değerlendirmektir. Bu çalışmada beslenme ile ilgili bilgileri okuyup yorumlayabilme durumunuzu ve bu durumun yaşam kalitesinizi nasıl etkilediğini değerlendireceğiz. Çalışma sonuçları doğrultusunda beslenme okuryazarlığı ile ilgili eğitim kitapları hazırlanarak eğitim programları oluşturulması planlanmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmada size yönelik bir tedavi ya da tedavinize engel olacak bir durum söz konusu değildir. Araştırma hakkında bilgi almak istediğiniz her konuda araştırmacılara soru sorabilir, bireysel olarak görüşme yapabilirsiniz. Araştırma 12 aylık bir süreyi kapsayacak ve sizin gibi en az 384 kişi araştırma kapsamına alınacaktır.

Size araştırmanın amacı, araştırmanın süresi, neler yapılacağı açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde 14 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, 27 sorudan oluşan yaşam kalitesi ve 35 soru içeren beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı ile ilgili bir form araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulacaktır. Formların doldurulması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürecektir.

Araştırma sırasında sizin bilmeniz gereken herhangi bir bilgi olduğunda bu bilgi araştırmacılar tarafından size iletilecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki

veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Büşra CESUR
Medeni Hali	Evli, 1 çocuk sahibi
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, SağlıkBilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas
E-posta Adresi	bbusracak@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Doktora	Cumhuriyet Üniversitesi (2011-2014)
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi (2005-2007)
Lisans	Niğde Üniversitesi (2000-2004)

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma Görevlisi, 2005-
Erciyes Üniversitesi	Öğretim Elemanı, 2005 (I. yarıyıl)
Niğde Üniversitesi	Öğretim Elemanı, 2004 (II.yarıyıl)

Üyelikler

Türk Ebeler Derneği