



**YETİŞKİN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
YEME DAVRANIŞI VE SAĞLIK ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Ebru GÜL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ**

Yüksek Lisans Tezi - 2018

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

**YETİŞKİN BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ YEME DAVRANIŞI VE
SAĞLIK ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ebru GÜL

**Hemşirelik Anabilim Dalı Halk
Sağlığı Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Behice ERCİ**

**MALATYA
2018**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Ebru GÜL**'ün “Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi” konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/01/2018


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK
İnönü Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Nur Özlem KILINÇ
Bingöl Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi	3
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Etmenler	5
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yetersiz Olması ve Sonuçları	5
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	8
2.1.5.1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	8
2.1.5.2. İnteraktif/İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı.....	9
2.1.5.3. Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	9
2.1.6. Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli	9
2.1.7. Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı Durumu	11
2.1.8. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Durumu	11
2.1.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçme Araçları.....	11
2.1.9.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM).....	12
2.1.9.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA)	12
2.1.9.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ).....	12
2.1.9.4. En Yeni Hayati İşaret Testi (Newest Vital Sign Test)	13
2.2. Yeme Davranışı.....	13
2.2.1. Yeme Davranışı ve Özellikleri	13
2.3. Sağlık Algısı.....	14
2.3.1. Sağlık Algısının Tanımı ve Önemi.....	14

2.4. Sağlık Okuryazarlığını, Yeme Davranışını ve Sağlık Algısını Geliştirmede Hemşirenin Rollerini.....	15
3. MATERYAL VE METOT.....	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Verilerin Toplanması.....	19
3.4.1. Veri Toplama Araçları	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
KAYNAKLAR.....	39
EKLER	46
EK 1. Özgeçmiş.....	46
EK 2. Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Onayı	47
EK 3. Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin.....	48
EK 4. Tanıtıcı Anket Formu.....	49
EK 5. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	51
EK 6. Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ).....	54
EK 7. Sağlık Algısı Ölçeği	56
EK 8. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İzin.....	57
EK 9. Sağlık Algısı Ölçeği İzin.....	58

TEŐEKKÖR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında büyük katkı sağlayan danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Bölüm hocalarımdan Doç. Dr. Rukuye AYLAZ'a ve Yrd. Doç. Dr. Ümmühan AKTÖRK'e,

Her zaman yanımda olan beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen sevgili kardeşim Gonca GÖL'e,

Yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Arş. Gör. Gül DURAL'a,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Benden hiçbir zaman sevgi ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

Ebru GÖL

ÖZET

Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma, yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma, Malatya İl Merkezi'ne bağlı 10 Aile Sağlığı Merkezinde Ocak 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Malatya İl Merkezi'ne bağlı 10 Aile Sağlığı Merkezi'nin hizmet verdiği bölgelerdeki 30-60 yaş grubunda olan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, yapılan güç analizine göre 382 birey oluşturmuş olup araştırma 412 bireyle tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Anket Formu, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Veriler; haftanın 5 iş günü mesai saatleri içerisinde Aile Sağlığı Merkezlerine gelen bireylere, yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, linear regresyon tekniği kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık okuryazarlığı ile yeme davranışı ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaş ve eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Kilodan memnun olma durumu ve günlük öğün atlama durumunun yeme davranışı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve gelir durumunun sağlık algısı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda bireylerin sağlık okuryazarlığı yükselterek yeme davranışları ve sağlık algıları geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı, Yeme Davranışı, Yetişkin Birey

ABSTRACT

An Investigation of the Relationship between Health Literacy and Eating Behavior and Health Perception in Adult Individuals

Aim: This research was conducted as a relational descriptor to determine the health literacy of adult individuals in relation to eating behavior and health perception.

Material and Method: The survey was conducted between January 2017 and January 2018 at 10 Family Health Centers affiliated to the Malatya Provincial Center. The population of the research was formed by individual at the of 30-60 in the regions served by 10 Family Health Centers affiliated to the Malatya Provincial Center. According to the power analysis the sample of the study consisted of 382 individuals and was completed with 412 individuals. Participant's Identification Questionnaire, Adult Health Literacy Scale, Dutch Eating Behavior Questionnaire and Health Perception Questionnaire were used to collect the data. The data was collected with people who came to the Family Health Centers within 5 working days of the week with face to face interview technique. Number, percentage, linear regression technique is used in the analysis of the data.

Results: There was a statistically positive linear effect between health literacy and eating behavior and health literacy and health perception. It has been also found that age and education level have an effect on health literacy. It has been found that the state of being satisfied with weight and the condition of skipping daily meals affected the eating behavior. It has been determined that education level and income level have an effect on health perception.

Conclusion: According to these results, health behaviors and health perceptions can be improved by increasing the health literacy of the individuals.

Keywords: Nursing, Health Perception, Health Literacy, Eating Behavior, Adult Individual

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DEBQ	: Hollanda Yeme Davranışı Anketi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 2.2.5. Sağlık okuryazarlığının entegre modeli 10



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Yetişkin Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n:412).....	22
Tablo 4.2. Sağlık Okuryazarlığı, Hollanda Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	24
Tablo 4.3. Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile Yordamasının Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	25
Tablo 4.4. Yeme Davranışının Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı ile Yordamasının Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	26
Tablo 4.5. Sağlık Algısının Yeme Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı ile Yordamasının Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	27
Tablo 4.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	28
Tablo 4.7. Yeme Davranışını Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	29
Tablo 4.8. Sağlık Algısını Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	31

1. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı hem yeni hem de eski olan bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı terimi, sağlık literatüründe en az 30 yıldır kullanılmaktadır (1).

Sağlık okuryazarlığı seviyesini ülkelerin gelişmişlik düzeyinin pek etkilemediği ve dünyada tüm bölgelerde düşük olduğu belirtilmektedir. Avusturya’da nüfusun %60’ının sağlık okuryazarlık durumunun sağlığı korumada yeterli seviye kabul edilen çizginin altında olduğu; Amerika’da ise yetişkinlerin %50’sinin söylenen sağlık bilgilerini anlamadığı ve uygulamaya koymada çeşitli zorluklar yaşadığı açıklanmaktadır (2). Ülkemizde ise yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı ile ilgili kaynaklar olabildiğince kısıtlı olup 2014 yılında yapılmış olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda, genel sağlık okuryazarlığı değerlendirmesi 50 puanlık bir ölçek üzerinden yaklaşık 30,4 puan olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6’sının “yetersiz” ya da “sorunlu” sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Yaşın artması ve eğitim düzeyinin düşmesine bağlı olarak sağlık okuryazarlığının doğrusal olarak azaldığı belirlenmiştir. Genel sağlık okuryazarlığı kadınlarda (indeks=30,0) ve 65 yaş üstü bireylerde (indeks=23,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (3).

Bireylerin sağlığa dair inanç algılarının düşük olması, bu inançları davranışa dönüştürememeleri, aileden ve çevreden sağlanan toplumsal desteğin eksikliği ile sağlık ve hastalıklar konusundaki bilgisizlik durumları, sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olmasına neden olmaktadır (4). Bireyin öz etkililiği de sağlık okuryazarlığı için önemli etkenlerden biridir (2).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olmasının birey, toplum ve sağlık sistemi üzerine bir hayli olumsuz etkisi vardır (3). Sınırlı sağlık okuryazarlığının sonucu olarak birey sağlık ile ilgili verilen yönergeleri anlamakta güçlük çekmekte, önemli bir sağlık problemi ile ilgili zamanı yönetmekte zorlanmakta, ilaçları önerilen biçimde kullanmamakta ve kişinin sağlığı zarar görebilmektedir. Sağlık okuryazarlığının sınırlı olması, bireylerin daha sık ya da daha uzun müddet hastaneye müracaat etmelerine, daha fazla sağlık harcaması yapmalarına ve sağlık durumlarının kötüleşmesine sebep olabilir (5). Sınırlı sağlık okuryazarlığının fiziki hareketsizlik, yeterli sebze ve meyve tüketmeme, tütün kullanımı gibi zararlı sağlık tutumlarıyla bağlantılı olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (6-8).

Sağlık okuryazarlığı, yerinde bir öz yönetimle ve koruyucu bakımla ilgili olup kişilerin beslenme davranışlarını etkilemektedir (9). Beslenme alışkanlığı, bireylerin kendi sağlığıyla

ilgili sorumluluk algısını artırmaktadır (10). Araştırmalar, çoğu bireyin sağlıklı beslenmediğine dikkat çekmektedir. Beslenme ile ilişkili kronik hastalık sıklığının gittikçe fazlaşması, bireylerin temel sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşük olduğunu göstermektedir (11).

Speirs ve arkadaşlarının sağlık okuryazarlığı ile beslenme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapmış oldukları bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan kişilerin gelir seviyesinden bağımsız olarak sağlıklı olmayan biçimde beslendikleri bulunmuştur. Bir diğer çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireylerin egzersiz ve beslenme bilgileri konusunda doğru bilgi sahibi olmadıkları, sahip oldukları bilgilerin de karışık olduğu tespit edilmiştir (12).

Üniversite öğrencilerinde yeme davranışlarının belirleyicileri üzerine yapılan nitel bir çalışmada; yeme davranışını besin tercihleri, öz disiplin, değerler, normlar ve inançlar, stres, beden imajı ve benlik kavramı, beslenmeyle ilgili bilgi ve geçmişteki beslenme alışkanlıklarının etkilediği belirlenmiştir (13).

Yapılmış bir çalışmada yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olan bireylerin genel sağlık seviyeleri daha iyi olarak bulunmuştur. Bununla birlikte bu çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireylerin genel sağlık seviyelerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (7).

Türkiye’ de sağlık okuryazarlığını değerlendiren çalışmalar yetersizdir. Bununla birlikte son dönemlerde sağlık iletişimi kapsamında sağlık okuryazarlığı önem kazanmaya ve dikkat çekmeye başlamıştır. Ancak sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Amaç

Bu araştırma yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, 1970'lerde tanıtılan halk sağlığı ve sağlık bakımında giderek önem kazanan bir terimdir. Bu terim, çağdaş bir toplumda insanların karmaşık sağlık taleplerini karşılama kapasiteleri ile ilgilidir (14). Temel okuma yazma becerilerine ek olarak sağlık okuryazarlığı, sağlık konularında bilgi gerektirir (15).

Sağlık okuryazarlığı, bireysel ve sosyal faktörlerin fonksiyonuna dayalıdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri ve yetenekleri onların dil, kültür ve eğitim durumları aracılığıyla sağlanır. Aynı derecede önemli olan, kişilerin sağlıklarını korumak için karşılıklı etkileşimde bulunduğu kişilerin iletişim ve değerlendirme becerilerinin yanı sıra medyanın ve devlet kurumlarının sağlık bilgilerini dinleyicilere uygun şekilde sunmaları gerektiğidir (2).

Sağlık okuryazarlığı, çeşitli bireysel ve sosyal faktörleri içermekle birlikte kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, aritmetik okuma ve yazma becerilerini de içermektedir (2). Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı eğitim ve yaş düzeylerini kapsayan bir konudur (16). Sağlık okuryazarlığı, öğrenme ve sağlık bağlamında okuma, yazma ve diğer beceriler ile yetenekler arasındaki köprüdür (2). Bir kişinin, sağlık okuryazarlığı yetkinliğini edinmek uğruna gerekli olan belli başlı becerilere sahip olması gerekir. Yetkinlik, sağlık koşullarında etkin bir biçimde çalışabilme yeteneğine sahip olmayı gerektirmektedir (17).

Sağlık ve okuryazarlık arasındaki ilişki genellikle düşük okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olabilecek sağlıkla ilgili sorunlar açısından tartışılmaktadır (16). En iyi şekilde, öz yönetim ve hasta güçlendirme, sağlıkla ilgili eylemleri gerçekleştirebilme yeteneği sağlam bilgi ve uzmanlık üzerine kurulması nedeniyle yeterli bir sağlık okuryazarlığı seviyesine dayandırılması gerekmektedir (18).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığının birçok benzerlik olmasına rağmen literatürde farklı tanımları mevcuttur. DSÖ'ne göre sağlık okuryazarlığı: “Kişisel yaşam tarzı ve yaşam koşullarını değiştirerek bireysel ve toplumsal sağlığı iyileştirmek için bir takım bilgi, kişisel beceri ve güven elde etmeyi” ifade eder. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı broşürleri okumak ve randevu

alabilmekten daha fazlası anlamına gelir. Sağlık okuryazarlığı insanın sağlık bilgilerine erişimini ve bunun etkili bir biçimde kullanılma yeteneğini geliştirerek yetkilendirme için kritik önem taşır (19).

1999 yılında Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association, AMA) Özel Hazırlık Komitesi, sağlık okuryazarlığını “sağlık bakım ortamında işlevsellik için gerekli olan, ilaç şişelerini, randevu kartlarını ve sağlıkla ilgili diğer gerekli malzemeleri okuma ve kavrama becerisi gibi temel okuma ve sayısal işlerin yapılabilmesini kapsayan becerilerin takımıydı” olarak tanımlamıştır (2).

Sağlık okuryazarlığı bir kişinin yaşamı boyunca gelişen kapasite, anlama ve iletişim özelliklerini kapsayan bir süreçtir. Sağlık okuryazarlığının nitelikleri, sağlık okuryazarlığına erişmek için gerekli yetkinlikler içerisinde yer alan beceri, strateji ve yeteneklerin içinde ve ondan önce gelir (17).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde var olan tanıma göre sağlık okuryazarlığı “Bireylerin, sağlığı iyileştirmeyi teşvik edecek ve sürdüreceği biçimde bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri yansıtır” şeklinde tanımlanmıştır (19).

Sağlık Okuryazarlığı, evde, toplumda, işyerinde, sağlık hizmeti sistemi, pazar yeri ve siyasi alanda günlük hayatta sağlıklı kararlar verme becerisidir. İnsanların sağlıklarını, bilgiyi arama kabiliyetlerini ve sorumluluk alma becerilerini arttırmak için kritik bir yetkilendirme stratejisidir (20). Farklı kuruluşlarca yapılan tanımlamaların hepsinden de anlaşılacağı gibi sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerini okuma, anlama ve söylenenleri yapabilmekten çok daha fazlasıdır.

Bir kişinin reçeteli ilaç etiketlerini okuma ve anlama kabiliyeti, randevu fişleri, sağlık talimatları ya da sağlık okuryazarlığı seviyeleri, genel okuryazarlıklarından önemli ölçüde daha kötü olabilir. Aynı şekilde kişi tanıdık terim ve içerik bağlamında okuryazar olabilir, ancak sağlık hizmeti ortamlarında karşılaşılanlar gibi yabancı kelimeleri ve kavramları anlamayı gerektirdiğinde işlevsel olarak okuma yazma bilmemektedir (21).

Bireyler hayatlarının bütün yerlerinde (iş, okul, ev, komşuluk ilişkileri v.s), her yaşta, tecrübe edindikleri sağlık/hastalık durumlarıyla alakalı sağlıklı karar almak ve bilgiye sahip olmakla sorumludur. Anneler çocuklarının sağlık bakım yönetimi, yaşlı bireyler reçeteli ilaçlarının olması gerektiği şekilde kullanımı, çalışanlar iş ortamının muhtemel sağlık

tehlikelerini tanıma ve gerekli tedbirlerin alımı, bütün bireyler ise hastalık durumunda doğru sağlık birimine müracat etme, sağlık personelinin verdiği bilgileri anlama, değerlendirme, tedavi süresi boyunca riskleri-yararları çözümleme, dozajları hesap etme gibi komplike tedavi kararlarıyla yüz yüzedir. Bu durumların tümünde etkili bir sağlık bakımı ve idaresi uğruna bireylerin temel seviyede sağlık okuryazarlığı bilgisine sahip olması gerekmektedir (22).

Bilgiye ulaşmanın basitleşmesi, insan ömrünün uzaması, kronik hastalıkların çoğalması ve bu durumlara yönelik sağlık hizmetlerinde farklılaşma arayışları gibi günümüzde devam eden değişiklikler ile beraber sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır (12).

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Etmenler

Sağlık okuryazarlığı demografik, psikososyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra, genel okuryazarlık, bireysel özellikler ve hastalığa ilişkin daha önceki deneyim ve sağlık sistemi gibi daha yakın faktörlerden etkilenir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik ve sosyal faktörler arasında istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dil, medya kullanımı, çevresel ve politik güçler bulunmaktadır. Buna ek olarak, akran ve ebeveyn etkileri ergenlerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilir (14).

Sağlık okuryazarlığı aşağıda belirtilen bireysel ve sistemik faktörlere bağlıdır: (15).

- Meslekten olmayan kişilerin ve profesyonellerin iletişim becerileri
- Sağlık konularında mesleki bilgi
- Kültür
- Sağlık hizmeti ve halk sağlığı sistemlerinin talepleri
- Durumun / şartların talepleri

Literatür, yaşlı ve durumları hakkında daha az eğitimli ve / veya daha az bilgiye sahip olan hastaların daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını, sağlık hizmet sunucularını daha sık ziyaret ettiklerini ve bakımları üzerinde kontrol sağlamada genç, bilgili ve eğitimli hastalardan daha fazla güçlük çektiklerini göstermektedir (23).

2.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Yetersiz Olması ve Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, sağlık iletişimi girişimlerinin istenen sonuçlara erişmesini önleyebilmektedir. Yetersiz sağlık danışmanlığı ve sağlık okuryazarlığı

düzeyindeki yetersizlik, bireysel risklerin yanında sosyal ve ekonomik riskler de meydana getirmektedir (5).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler, sağlık sistemine erişirken ve kullanırken birçok engelle karşı karşıyadır. Bu bireyler genellikle utanç duygusu ve değerlerinin azaldığını hissederler, hekimlerinden gelen talimatları ve diğer ilgili bilgileri açıklamalarını veya tekrarlamalarını istemekten mahcup olabilirler (8).

Safeer ve Keenan, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğunu düşündüren davranışları listelemişlerdir (8):

- Sağlık personellerinden yardım istemek
- Hastaneye yanında okuyabilen bir kişi getirmek
- Randevuları unutmak
- Bahaneler üretmek ("Gözlüğümü unuttum")
- İlaç kullanımına uymamak
- Önerilen müdahalelere kötü/yetersiz uymak (örneğin, reflüyü azaltmak için değişiklik önerisinde yatak başını yükseltmek)
- Karar vermeyi ertelemek ("Talimatları eve alabilir miyim?" ya da "Ben eve gittiğimde bunu okuyacağım")
- Başkalarını izlemek (davranışı taklit ederek)

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların bakımı konusunda daha aktif bir rol aldıkları ve daha düşük sağlık okuryazarlığı olanlara göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülmektedir (23).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan hastalar kendi sağlık sorunlarını ve bu sorunların tedavilerini yeterince anlayamamakta ve sağlık durumlarının kötüleşmesine bağlı hastaneye başvuru oranları artmaktadır (24). Aynı zamanda doktorun verdiği talimatları izlemekte ve uygun şekilde ilaç almakta zorluk çekebilirler (8). Birçok rapor, düşük sağlık okuryazarlığının hastalarla sağlık hizmeti sunucuları arasındaki yetersiz iletişim ve hastanede kalma oranlarındaki azalmaya bağlı olarak kanser gibi hastalıklar için daha az sıklıkta tarama, hastalık ve ölüm oranları arasındaki orantısız yükseklik gibi kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (25).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan insanlar sıklıkla hastalığın niteliği ve nedenleri yanında vücut hakkında yanlış bilgi sahibidirler veya bilgiye sahip değillerdir. Bu bilgi olmadan, diyet ve egzersiz gibi yaşam biçimi unsurları ile çeşitli sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi anlamayabilirler (15).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalar kronik hastalıkları kontrol etmekte güçlük çekerler (8). Genellikle hastalıkları hakkında daha az bilgi sahibi olurlar, yetersiz öz yönetim gösterirler ve sağlık durumunun zayıf sonuçları vardır (26).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerde primer bakım için acil servislerin kullanımı artmaktadır (25). Yine sağlık okuryazarlığı, tıbbi bakımdan yetersiz hizmet alan ve azınlık grubun yaşadığı kanser gibi bazı hastalıkların önlenmesinde de ilişkili görölmektedir (27). Sınırlı sağlık okuryazarlığı, koruyucu hizmetlerin daha az kullanımı ve ilaç rejimine daha az bağlılık ile de ilişkilidir (28).

Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olmasının sağlık davranışları ve sağlık sonuçları üzerine etkisi birçok çalışmada belirtilmiştir:

- ✓ Kanser tanısı ile ilgili yapılan bir çalışma, geç dönem prostat kanseri ile başvurma ihtimalinin, sağlık okuryazarlığı düşük olanlarda, sağlık okuryazarlığı yüksek olanlara göre 1.6 kat daha fazla olduğunu saptamıştır (27).
- ✓ Yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip annelerin bebeklerini doğumdan sonra yalnızca 2 ay anne sütüyle besleme olasılığı arasında güçlü ve bağımsız bir ilişki olduğu gösterilmiştir (29).
- ✓ Lam ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sonuçlar, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin, vücut ağırlığı da dahil olmak üzere adölesan sağlığının birçok yönüyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışma düşük sağlık okuryazarlığı durumunun, gençler arasında aşırı kilo veya obezite ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur (30).
- ✓ Yapılmış birkaç çalışmada sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların sağlık algılarının, yeterli sağlık okuryazarlığı olan hastalardan daha kötü olduğu bildirilmiştir (28, 31, 32).
- ✓ Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin fiziksel ve mental sağlık fonksiyonlarının daha kötü olduğu belirtilmiştir (32).

Sonuçta, sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik durumu sağlıkta kötüleşmeye ve sağlık hizmeti harcamalarında çoğalmaya sebep olmaktadır (3). Yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti topluluğu tarafından henüz tam olarak tanınmayan kritik bir halk sağlığı problemidir. Sağlık araştırma ve teknolojisindeki hızlı ilerleme, sağlıklı/hasta bireyin teşhis ve tedavi seçeneklerini gittikçe daha karmaşık hale getirmiştir. Hemşireler, yazılı materyallerin bireylere öğretiminde önemli rol oynadıklarından, bireyin okuryazarlık düzeyi konusu gittikçe önem kazanmaktadır. Bu nedenle hemşireler bireylere, akranlarına ve diğerlerine eğitim sağlanması beklentilerini ele almada kilit rol oynamalıdır. Etkili sağlık eğitimi vermenin temelindeki bu görev profesyonel hemşire için stratejik bir sorumluluktur (33).

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık ve sağlık sistemi durumlarındaki süreçleri etkili yönetmek için olanak kazandırmaktadır. Bireysel sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıklı yaşam biçimine uyum sağlaması ve sağlıklı seçimler gerçekleştirmesi için bilgi ve beceri sahibi olmasıdır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı araştırmalarında bütün nitelikleri ile ele alınarak değişik sınıflandırmalarla değerlendirilmiştir (34).

Nutbeam tarafından sağlık okuryazarlığı 3 başlık altında kavramlaştırılmıştır. Bu kavramlar örgün eğitim yoluyla ve resmi olmayan kişisel deneyimler yoluyla geliştirilebilir (35).

2.1.5.1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Günlük hayatta etkin şekilde rol oynamak için gerekli olan okuma ve yazmayla ilgili yeterli temel becerilerdir (36). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı toplumda işlev görmek, bilgi ve potansiyel geliştirmek ve hedeflere ulaşmak için basılı ve yazılı bilgileri kullanma becerisi olarak anlaşılmaktadır. Fonksiyonel okuma yazma bilmeyenlerin, ilaç şişeleri, randevu fişleri, özbakım eğitimi ve sağlık eğitimi broşürleri gibi rutin okuma gereksinimleriyle ilgili büyük farklılıklar olması muhtemeldir (37).

Düşük düzeyde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkları olan hastaları eğitmek için büyük bir engel teşkil eder ve ilaçların yetersiz veya uygun olmayan kullanımı yoluyla sağlık sektörüne önemli bir maliyet oluşturabilmektedir (36). Yeterli düzeyde fonksiyonel sağlık okuryazarı, reçeteler, randevu kartları, ilaç etiketleri ve evde sağlık bakımı

için verilen talimatlar gibi sağlıkla ilgili materyallere okuma yazma becerilerini uygulayabilir (38).

2.1.5.2. İnteraktif/İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal becerilerle birlikte günlük aktivitelere aktif olarak katılmak, bilgi toplamak ve farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak ve değişen koşullara yeni bilgiler uygulamak için kullanılabilen daha ileri bilişsel ve okuryazarlık becerileridir. Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı, destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin geliştirilmesine odaklanmıştır. Eğitimle ilgili olan bu yaklaşım, alınan tavsiyelerden hareketle motivasyon ve kendine güveni artırmak için bilgi üzerinde bağımsız hareket etme konusunda kişisel kapasitenin geliştirilmesine yöneliktir. Bu eylem biçiminin örnekleri, kişisel ve sosyal beceri gelişimine ve davranışsal sonuçlara yönelik birçok okul sağlığı eğitim programlarında bulunabilir (36).

2.1.5.3. Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

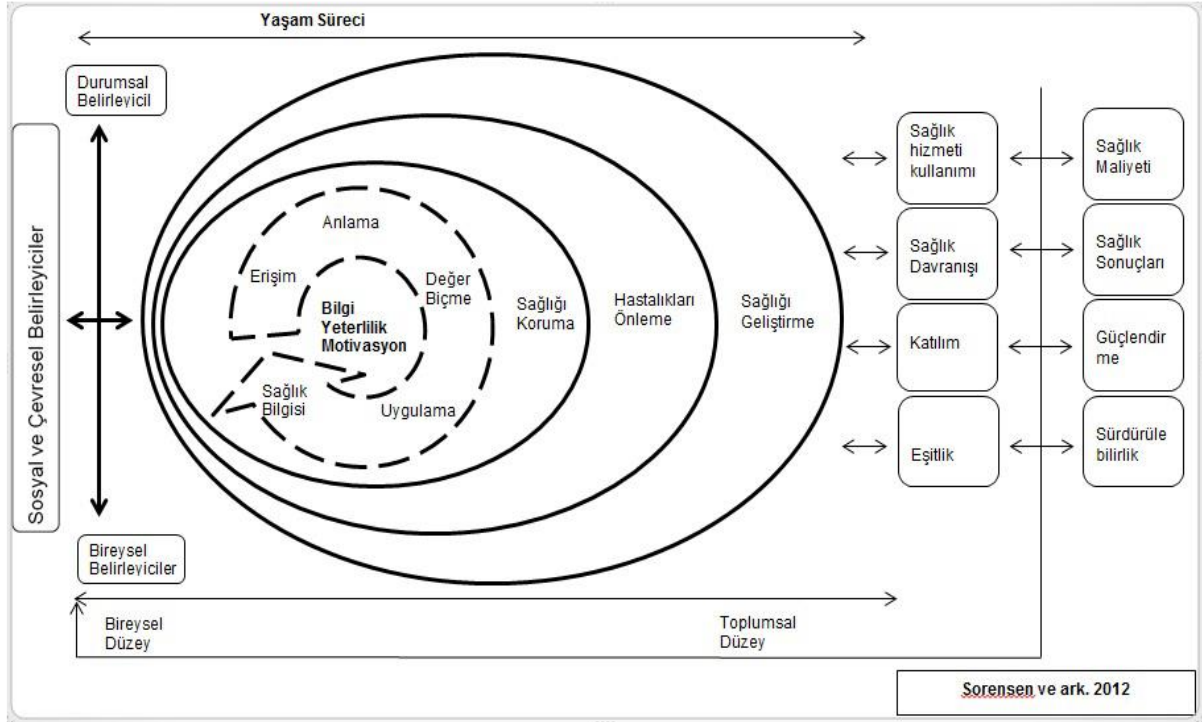
Sağlıkla alakalı bilgileri eleştirel bir şekilde değerlendirmek için eğitim yoluyla geliştirilebilecek daha yüksek bir düzenlemede bulunma sürecidir (39). Kritik sağlık okuryazarlığı, bireysel eylemlerin yanı sıra etkili sosyal ve siyasal eylemleri desteklemeye yönelik bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını ifade etmektedir. Bu paradigma içerisinde, “sağlık eğitimi” bilgi iletişimini ve sağlıkla ilgili sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerin tanımlanması için çeşitli eylem şekillerinin siyasi açıdan olabilirlik ve örgütsel olanaklar çerçevesinde inceleyen becerilerin geliştirilmesini içermelidir. Sağlık okuryazarlığının bu türü, bireysel faydaların yanı sıra daha açık bir şekilde toplum yararına bağlıdır. Bu durumda sağlık eğitimi, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde hareket etmek için bireysel ve toplumsal kapasitenin geliştirilmesine yönlendirilmelidir (36).

Nutbeam’ın sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasında, değişik okuryazarlık seviyelerinde belirtilen nitelikler arasındaki ayrım, gelişimsel mantık yaklaşımıyla bir üst seviyede daha çok bağımsızlık ve bireysel yetkilendirmeyi anlatmaktadır. Seviyeler arasındaki gelişme hem eğitim aracılığıyla bilişsel ilerlemeye hem de değişik bilgilerle/mesajlarla karşılaşma pratiğine dayalıdır (34).

2.1.6. Entegre Sağlık Okuryazarlığı Modeli

Sağlık Okuryazarlığının kavramsallaştırılması başlangıçta esas olarak sağlık bilgisi anlayışı, sağlık sisteminin kullanılması ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki ilginin artmasına ilişkin uyumluluk açısından çeşitli bağlamlarda geliştirilmiştir (20).

Sorensen ve arkadaşları sağlık okuryazarlığı tanımlamalarına dayanarak, mevcut kavramsal modellerin temel boyutlarını yakalayan entegre bir sağlık okuryazarlığı modelini tanımlamıştır (14).



Şekil 2.2.5. Sağlık okuryazarlığının entegre modeli

(Kaynak: 14).

Modelin özü, sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçleriyle ilgili yetkinlikleri gösterir. “Her şey dahil” tanımına göre, bu süreç dört yetkinlik gerektirir (14):

1. Erişim, sağlık bilgisi arama, bulma ve elde etme becerisini ifade eder;
2. Anlama, erişilen sağlık bilgisini kavrama becerisini ifade eder;
3. Değerlendirme, erişilen sağlık bilgisini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değerlendirme becerisini tanımlar;
4. Başvurma, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için karar vermek üzere bu bilgileri iletişim kurma ve kullanma kabiliyetini ifade eder.

2.1.7. Dünya’da Sağlık Okuryazarlığı Durumu

Dünya genelinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin, beklenen seviyenin altında olduğu tespit edilmiştir (12). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak 2011 yılında 8 Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) yapılan çalışma sonucunda, ülkelerin genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu, ülkeler arasında değişiklikler olduğu, ülke içinde de birtakım grupların bu bakımdan daha hassas olduğu bulunmuştur. Ülkelerin hepsi toplam olarak değerlendirildiğinde ise çalışmaya katılan katılımcıların %12.4’ünün sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz ve %35’inin de sorunlu seviyede bilgi ve kapasiteye sahip olduğu belirlenmiştir (7).

2.1.8. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Durumu

Sağlık okuryazarlığı kavramı, son zamanlarda ülkemizde de ilginin arttığı bir konu olmuştur ve çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 26 Aralık 2012 tarihinde “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” yapmıştır. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve birtakım üniversiteler aracılığıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla çalışmalar yapılmaktadır (40).

2009-2012 yılları arasında, 12 bölge ve 23 farklı ilde 4924 bireyde, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle, Tanrıöver ve arkadaşları tarafından sağlık okuryazarlığı konusunda ülkemizde ilk geniş ölçekli saha çalışması yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda, ülkemizin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30.4 olarak hesaplanmıştır. Değerlendirme sonucunda, toplumun %64,6’sının yetersiz veya problemlili sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (3).

2.1.9. Sağlık Okuryazarlığı Ölçme Araçları

Sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik yurtdışında çok sayıda geniş ölçüm araçları geliştirilmiştir. Türkiye’de de son zamanlarda bazı ölçeklerin geliştirildiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ölçme araçlarından bazıları şunlardır;

- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)
- Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT)(Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA)
- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

- En Yeni Hayati İşaret Testi (New Vital Sign Test)

2.1.9.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)

REALM sözcük tanıma ve telaffuz testidir. Hastaların hasta eğitim gereçlerini okuyup anlamak ile ilgili durumlarını ortaya koymak amacıyla planlanmış en eski ve yaygın kullanılan testtir. Hastalar kendilerine verilen 66 kelimedenden oluşan tıbbi terimlerin listesini yüksek sesle okur. Okumaya yalın sözcüklerden başlar (ilaç, kilo, üşütmek vb. gibi) ve kelimeler gittikçe zorlaşır (osteoporoz, anjiyo, koroner vb. gibi). Test esnasında anlamını bilmediği hiçbir sözcük için hastaya karışılmaz. REALM-R ise, REALM testinin kısaltarak uyarlanmış şeklidir. Kısa sürede gerçekleştirilebilmesi üstün tarafı olarak belirtilirken, anlamayı test etmemesi, yalnızca sözcükleri tanımak üzerine odaklanması sakıncalı tarafı olarak belirtilmektedir (5).

2.1.9.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA)

50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik sayısal yetenek testinden oluşur. İngilizce ve İspanyolca olarak iki bölümlü bir testtir. Birinci bölüm, katılımcılara tıbbi bilgiler, reçete etiketinde verilen talimatlar veya teşhis prosedürü için talimatlar sunmaktadır. Katılımcılar senaryoları gözden geçirip sorulara cevap verirler. İkinci bölümde ise sağlık muayenesi ile ilgili günlük yaşamdan bir senaryo ve çoktan seçmeli kelimeler verilerek bununla ilgili boşluklara verilen kelimelerden uygun gördükleri ile doldurmaları gerekmektedir. TOFHLA puanları 0 ile 100 arasında değişirken yüksek puanlar daha iyi okuma yazmayı işaret eder. <60 puanları yetersiz okuryazarlığı temsil etmektedir (38).

2.1.9.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Bu ölçek araştırma kapsamında kullanılacak olup üçüncü bölümde kapsamlı biçimde değinilecektir. Sezer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 23 maddeden oluşmuştur. Ölçek maddeleri yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini belirlemek amacıyla; sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili 1 adet şekil sorusu içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (22).

2.1.9.4. En Yeni Hayati İşaret Testi (Newest Vital Sign Test)

Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen NVS, bireyleri düşük sağlık okuryazarlığı için güvenilir şekilde test edebilen hızlı bir tarama aracıdır. İngilizce ve İspanyolca dillerinde mevcuttur. Katılımcılar bir dondurma beslenme etiketinden bilgi çıkarır ve daha sonra etiketteki bilgileri yorumlayan altı soruyu cevaplamaları gerekir. Her doğru cevap için bir puan verilir ve puanların toplamı sağlık okuryazarlığının seviyesini gösterir. <4 puan, sınırlı sağlık okuryazarlığı gösterir. NVS hakkındaki niceliksel sorular hem okuduğunu anlama ve matematik yeteneği gerektirir ve bu yetenekler temel sağlık bilgisini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilidir (41, 42).

2.2. Yeme Davranışı

2.2.1. Yeme Davranışı ve Özellikleri

Açıktır ki beslenme, eğitimin gerekli olduğu sağlık bakımının önemli bir bölümüdür. Sağlıklı bir diyet, aşırı kilo / obezitenin önlenmesinde ve ardından gelen sağlık koşullarının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, sağlıklı bir diyetin neyi içerdiğini anlamak karmaşıktır ve yüksek bilişsel becerileri gerektirebilir (43). Besin ve beslenme konusunda var olan bilgi, tutum, beceri ve davranışlar besin seçimini, tüketimini ve beslenme biçimini etkileyebilmektedir (44). Diyet ve beslenme, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli faktörlerdir. Beslenmenin kronik bulaşıcı olmayan hastalıklarda (obezite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, koroner kalp hastalığı (KKH) ve felç) belirleyici rolü iyi bilinmektedir (44).

Bireyin beslenme durumunu; gelir seviyesi, beslenme alışkanlıkları, duygusal durum, iklim, kültür, çeşitli hastalıklar ve iştah gibi faktörlerin etkilediği ortaya atılmaktadır. Ayrıca beslenme durumunu etkileyen en önemli faktörlerden birinin sağlık okuryazarlığı seviyesi olduğu belirtilmektedir (12).

Birçok faktör beslenme ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Gıda üretimi, işleme, tedarik (yemek planlama, alışveriş vb.), pişirme ve tüketim ile ilgili ekonomik ve aile ile ilgili görevler okuryazarlık ve dil yeterliliği ile bağlantılıdır ve gittikçe daha karmaşık hale gelmektedir (44).

Bireylere veya toplumlara göre değişiklik gösteren yeme alışkanlıklarını etkileyen birtakım etkenler vardır. Bunlar; (45).

- Çocukluk çağındaki yeme tercihleri veya yiyecek seçimi.
- Beslenme konusundaki bilgi seviyesi

- Evde yaşayan kişi sayısı
- Yiyecek pazarlama ve reklam durumu
- Sembolik ödül, kutlama veya konfor için yiyecek tüketimi
- Vücut ağırlığından memnun olma durumu veya olmama durumu

Bunlara ek olarak bazı veriler, okuryazarlık bilgisinin beslenme alışkanlıklarındaki farklılıkları belirleyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (46). Beslenme alışkanlıklarının kategorisi içinde etkili bir değişken olan yeme davranışı; insanların alkol tüketme alışkanlığı, yemek pişirme ile ilgili hazırlıkları, tüketilen gıdanın seçimi ve tüketilen gıdanın arasındaki ilişkiyi belirleyen bir dizi eylemi içerir (47).

Yeme davranışı, öğrenilen deneyimlerle koşullanan kuvvetli faktörler olan besinlerin bulunabilirliği, besin tercihleri, porsiyon boyutu, kültürel değerler, aile inançları ve besin stilleri tarafından etkilenir (47). Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde gıda pazarındaki değişiklikler, insanların yeme davranışları ya da alışkanlıklarındaki değişimler ile obezite gibi çeşitli sağlık problemlerinin gelişme riskini azaltmak için fırsatlar üretmektedir (48).

Ulusal dikkatin artmasına ve Akademi'nin sağlık okuryazarlığına ilişkin övgüye değer çabalarına rağmen, bilimsel literatürün çoğunda besin veya beslenme açıkça belirtilmemiştir. Kapsamlı değerlendirmeler düşük sağlık okuryazarlığını yaşam tarzı davranışları ve sağlık sonuçları ile ilişkilendirmiş olsa da, sağlık okuryazarlığının beslenme davranışları veya beslenme sonuçları bağlamındaki rolü üzerine hiçbir inceleme yapılmamıştır (46) .

2.3. Sağlık Algısı

Sağlık algısı son yıllarda sağlık durumunu tanılamada yararlanılan bir yöntemdir (49). Sağlık inanç modeline göre; sağlık durum algısının sağlık davranışları ve sağlık sorumluluğu üzerine etkisi bulunmaktadır (50).

2.3.1. Sağlık Algısının Tanımı ve Önemi

Günümüzde hâla geçerliliği olan ve 1948'de DSÖ Tüzüğü'nde yapılan sağlık tanımında sağlık; “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlanmıştır (19). Algılanan sağlık durumu; çevresel, sosyal, davranışsal, psikososyal ve genetik olayların karmaşık bir süreci tarafından şekillenir (51).

Algılanan sağlık, bireylerin genel itibarıyla kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu aktaran, bireyin biyolojik,

psikolojik ve sosyal durumunu kendisinin değerlendirmesine fırsat veren basit fakat kuvvetli bir göstergedir (52).

Sağlık algısı, kişinin kendi sağlığını kişisel olarak değerlendirmesidir (53). Kişisel sağlık algısı mortalite, morbidite, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu hakkında bilgi veren önemli bir belirteçtir. Sağlık algısının mortaliteyle yakın olarak bağı vardır. Sağlık algısının gerçek fiziksel sağlık ile paylaştığının üzerinde ve ötesinde bir etkiye sahip olduğunun ortaya konması zordur (54).

Bir kişiye sağlıklı diyebilmek için; bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılamasının yanı sıra objektif olarak da gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir. Sağlık ve sağlıklı kavramı her birey için ayrı ayrı açıklanmalı ve bireyi oluşturan bedensel, entelektüel, psikolojik, sosyokültürel, dinsel ve verimlilik durumları kapsamlarından değerlendirilmelidir (55). Çoğu zaman klinik göstergeler hastalığı işaret etse de birey kendini çok sağlıklı olarak ifade edebilir. Bu, çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Hastalar sağlıkla ilgili konularda inkârcı olabilirler ya da hastanın sağlık algısının yüksek olduğu söylenebilir. Bireyin genel durumu hakkında daha fazla bilgi edinmek amacıyla sağlık algı düzeylerinin yeniden düzenlenmesi, hastayla istişarede bulunulması ve hastanın genel sağlık düzeyi hakkında daha fazla bilgi edinmek için test yapılması gerekebilir. Bunlar sonucunda seçilecek yöntem birey için daha doğru olacaktır (53). Tersine eğer birey sağlık sorunu olduğunu algılamıyorsa, sağlığını yükseltmek için gerekli gayreti sarf etmeyecek, uzman kişilerin yardımını istemeyecektir (56). Bu sebeplerden ötürü hemşirelerin bireyi değerlendirirken ve girişim planlarken, hastalığın objektif bilgileri kadar, sübjektif sağlık algısını da değerlendirmesi gerekmektedir.

2.4. Sağlık Okuryazarlığını, Yeme Davranışını ve Sağlık Algısını Geliştirmede Hemşirenin Roller

Hemşirelik profesyonelleri, sağlık hizmeti sunucularının en büyük gruplarını oluştururlar. Hemşire hasta ilişkisinde; hemşireler düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan hastanın bakımını iyileştirmek için gerçekçi engelleri belirlemektedir (57). Bunu sağlayabilmek için de hemşirelerin cevap bulması gereken bazı sorular vardır. Bunlar (17):

- Hastaların sağlıklı okuryazar olmasını sağlamak için hangi hemşirelik müdahalelerine ihtiyaç vardır?
- Hastaların algıları ve sağlık okuryazarlığını anlama düzeyleri nedir?
- Sağlık okuryazarlığı için en etkili tarama yöntemi hangisi?

- Sağlık okuryazarlığını değerlendirebilmek için geliştirilmesi gereken okuma ve anlama testlerinin yanında başka araçlar var mı?
- Sağlık okuryazarlığı aileyi nasıl etkilemektedir ve maliyeti nedir?

Hemşirelerin bağımsız rollerinden olan sağlık eğitimi ve danışmanlık rolünü etkili biçimde yerine getirebilmek amacıyla bireylerin (sağlıklı/hasta) sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi önemlidir (58). Hemşireler danışmanlık yolu ile birey, aile ve topluma yol gösterir, problemlerinin çözümünde destek olmaya çalışır. Bu sebeple hemşire, başvurana nazik ve anlayışlı davranırsa bireyler kendilerini rahat hisseder, sorunlarını kolay anlatır ve önerilen çözüm yollarını uygularlar (59).

Kayıt formlarını, bilgilendirilmiş onay belgelerini, devlet tarafından zorunlu hasta bilgi belgelerini ve prosedürlerini basitleştirmek hemşirenin savunucu rolü için ayrılmaz bir parça olmalıdır (21). Hemşireler sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin belirlenmesine ve bu kişilerin sağlıkla ilgili okuryazar hale gelmeleri için teşvik edilmesine yardımcı olabilecek araştırmalara öncülük etmelidir (17).

Ailenin sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı beslenme alışkanlığını etkilemekte ve beslenme alışkanlıkları bilhassa çocukluk çağlarında edinilmektedir. Bu sebeple toplum sağlığı hemşireleri sağlık eğitimleri ile ailelere yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim vermelidir. Hemşirelerin beslenmeyle alakalı temel sorumlukları; bireyin beslenme düzeyinin değerlendirilmesinden, gıda seçimini etkileyen etkenlerin tespit edilmesine, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına, beslenmeyle ilgili danışmanlık ve eğitim verilmesine dek uzanan geniş bir alanı kapsar (60). Hemşirelerin beslenme eğitimi programı sonunda bireyler veya ebeveynler;

- Yeterli ve dengeli beslenmenin anlamını,
- Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sakıncalarını, temel besin gruplarını,
- Besin çeşitliliğinin önemini,
- Öğünlerini yeterli besin çeşitliliğini sağlayacak biçimde hazırlamayı,
- Günlük öğünlerini uygun biçimde planlamayı,
- Fazla kilo veya obezitenin tanımlarını ve insan hayatı üzerindeki kötü etkilerini bilme,
- Bireysel kilo denetimi için gerekli ölçütleri öğrenip, hesaplamayı,
- Bireysel hesaplamalarına göre kilo durumunu kontrol edebilmeyi,

kazanmış olmalıdır (61).

Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumu algısı, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık algısı, kişiye sağlıklı yaşam tutumlarının kazandırılması ve devam ettirilmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir. DSÖ, sağlığı koruma ve geliştirme etkinliklerinde temel insan gücü olarak hemşireleri göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde önemli rolü olan hemşirelerin sağlığı geliştirmenin önemini idrak etmeleri, vurgulamaları, bu davranışların edinilmesinde rehber ve örnek olmaları gerekmektedir (50). Bugünün sağlık bakım sisteminde hemşireler sağlığın geliştirilmesi uygulamalarında meslektaşları, hekimler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler, terapistler, psikologlar ve toplumsal gruplarla işbirliği yaparlar. Sağlığı geliştirme etkinliklerinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmekte ve hemşireler; destekleyici, bakım verici, eğitici, araştırmacı, danışman, savunucu ve vaka yöneticisi rollerini üstlenmektedir (59).

Hemşirelerin eğitici rolü, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bir hayli önemlidir. Bireye ya da topluma ihtiyaçlarına ve özelliklerine uygun olarak doğru yöntem ve tekniklerle, planlı ve sürekliliği temel alınan eğitimler yapılmalıdır. Etkin yöntem ve yollarla, hemşirelerin eğitici rolü ile düzenleyeceği sağlık eğitimleri; sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılmasını, yaşam kalitesinin artırılmasını ve sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır (62).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya İl merkezinde bulunan her biri 12.000 ve üzeri nüfusa sahip olan, farklı düzeyde eğitim ve sosyoekonomik özelliklere sahip bireylerin yaşadığı; “Adafı 1, Sıtmapınarı, Fırat, Çarmuzu, Çavuşoğlu, Karakavak, Başharık, Hasan Dernek, Çöşnük 1 ve Fahri Kayahan” Aile Sağlığı Merkezleri hizmet bölgelerinde Ocak 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Malatya İl Merkezi’ne bağlı yukarıda belirtilen 10 Aile Sağlığı Merkezi’nin hizmet verdiği bölgelerdeki 30-60 yaş grubunda olan (tahmini sayı 83097) yetişkin birey oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi, yapılan güç analizine göre 0,25 etki büyüklüğünde ve 0.05 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında 0.95 evreni temsil gücüne sahip 382 yetişkin birey oluşturmuş olup araştırma 412 yetişkin bireyle tamamlanmıştır.

Araştırmanın örnekleme küme ve basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Önce; her Aile Sağlığı Merkezi’nin hizmet verdiği bölgedeki 30-60 yaş grubu nüfusu birer küme olarak kabul edilmiştir. Daha sonra kümelerin evren ağırlıklandırması yapılarak her bir kümeden alınması gereken kişi sayısı belirlenmiştir. Aile sağlığı merkezlerinden alınması gereken bireylerin sayıları; Adafı I ASM’den 28, Sıtmapınarı ASM’den 94, Fırat ASM’den 64, Çarmuzu ASM’den 46, Çavuşoğlu ASM’den 29, Karakavak ASM’den 38, Başharık ASM’den 30, Hasan Dernek ASM’den 40, Çöşnük I ASM’den 22, Fahri Kayahan ASM’den 21’ dir. Sonra Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 30 - 60 yaş grubu bireyler listelenerek basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmesi planlanmış ancak örneklem grubuna ait bilgilere ulaşılmaya izin verilmediği için araştırmaya olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenen örneklem sayısına ulaşınca kadar Aile Sağlığı Merkezleri’ne gelen bireyler alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- İletişime açık olması

- Okuryazar olması.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Bireyi Tanıtıcı Anket Formu, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ), Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ve Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri; 12 Haziran 2017 – 18 Eylül 2017 tarihleri arasında haftanın 5 iş günü mesai saatleri içerisinde Aile Sağlığı Merkezlerine gelen yetişkin bireylere, yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacı tarafından soruların okunup cevapların kaydedilmesi ile toplanmıştır. Görüşme her birey için ortalama 15 - 20 dakika sürmüştür.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Anket Formu (EK-4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu anket formu yetişkin bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyen 6, hastalık durumu, sağlık algısı ve beslenme özelliklerini sorgulayan 12 soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) (EK-5)

Sezer ve Kadioğlu tarafından 2012 yılında Türkçe konuşan kişilere yönelik geliştirilen ve geçerlik güvenirliği ölçülen ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte var olan soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmeli soru tipidir. Soruların puanlandırılması her soru çeşidi için ayrı ayrı yapılmaktadır. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma soru çeşidinde doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verilmiştir. Çoktan seçmeli soru tipinde iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilmiştir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Genel Kapsam Geçerlilik İndeksi %90.71 olarak bulunmuştur. Bulunan alfa katsayısının .77 olması ölçeğin iç tutarlılığının yeterli seviyede olduğunu göstermektedir. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin sağlık okuryazarlığını değerlendirmede geçerli güvenilir bir ölçek olduğu ve yetişkin bireylerle yapılacak benzer çalışmalarda kullanılabileceği belirtilmiştir (22, 63). Bu çalışmada Cronbach's alpha katsayısı .74 bulunmuştur.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) (EK-6)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi 1986 yılında Van Strein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Bozan tarafından yapılmıştır. 33 maddeden oluşan ankette; 16, 19, 15, 21, 18, 22, 17, 13, 23, 14, 20, 11, 12 maddeleri duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), 26, 25, 28, 29, 27, 24, 30, 32, 31, 33 maddeleri dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve 7, 6, 3, 10, 1, 8, 2, 5, 9, 4 maddeleri kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette bulunan maddeler, 5’li likert skalası ile değerlendirmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Ayrıca 31. soru ters puanlanmaktadır. DEBQ’nun orijinal çalışmasında elde edilen Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayıları duygusal yeme davranışı alt ölçeği için; .95, dışsal yeme davranışı alt ölçeği için; .81 ve kısıtlanmış yeme davranışı alt ölçeği için; .95 bulunmuştur (64). Bu çalışmada Cronbach’s alpha katsayısı .91 bulunmuştur.

Sağlık Algısı Ölçeği (EK-7)

Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiş, Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında ülkemiz için geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Orijinal dili İngilizce olan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 15 maddesi ve “Kontrol odağı”, “Özfarkındalık”, “Kesinlik” ve “Sağlığın önemi” başlıklı dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki her bir madde “çok katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Hiç katılmıyorum (1)” şeklinde yanıtlanmaktadır. 1., 5., 9., 10., 11., 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir (3). Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach’s Alpha Değerleri: Kontrol merkezi .90; Öz farkındalık .91; Kesinlik .91; Sağlığın önemi .82’dir. Ölçeğin iyi düzeyde güvenilirlik derecesine sahip olduğu bulunmuştur (65). Bu çalışmada Cronbach’s alpha katsayısı .69 bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Yeme davranışı özellikleri
- Sağlık algısı

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Sağlık okuryazarlığı

- Bireylerin tanıtıcı özellikleri

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, SPSS 22 paket programında kodlanmış ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Yetişkin bireylerin tanıtıcı özellik verileri sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma değerleri ile ifade edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği, Hollanda yeme davranışı anketi ve sağlık algısı ölçeklerinin iç tutarlılığını belirlemede Cronbach α güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin birbirlerini ne kadar açıkladığını belirlemek amacıyla veriler linear regresyon tekniğiyle analiz edilmiştir. Araştırmamızda sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ yanılgi düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-2). Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK-3).

Araştırmaya katılacak bireylere, araştırmanın verilerini toplamadan önce araştırma hakkında bilgi verilip verilen bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırma için kullanılacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak sözlü onayları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma örneklemine alınan bireylerin olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları araştırma kapsamındaki gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular tablolarla sunulmuştur. Araştırmaya katılan yetişkin bireylere ait tanıtıcı özellikler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Yetişkin Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n:412)

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	320	77.7
Erkek	92	22.3
Eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu	181	43.9
Ortaokul mezunu	46	11.2
Lise mezunu	98	23.8
Önlisans mezunu	16	3.9
Lisans mezunu	65	15.8
Lisansüstü	6	1.5
Çalışma durumu		
Evet	125	30.3
Hayır	287	69.7
Meslek		
Ev hanımı	256	62.1
İşçi	41	10.0
Memur	37	9.0
Akademisyen	2	.5
Öğretmen	21	5.1
Esnaf	20	4.9
Emekli	26	6.3
Avukat	1	.2
Mühendis	3	.7
Aşçı	2	.5
Temizlik görevlisi	3	.7
Kişinin algısına göre gelir durumu		
Yüksek	4	1.0
İyi	78	18.9
Orta	294	71.4
Kötü	36	8.7
Kronik hastalık		
Var	144	35.0
Yok	268	65.0
Kronik hastalığı olanlarda ilaç kullanma durumu (n:144)		
Kullanıyor	137	33.3
Kullanmıyor	7	1.7

Kilodan memnun olma durumu			
Çok memnunum	40	9.7	
Memnunum	122	29.6	
Farketmez	9	2.2	
Memnun değilim	157	38.1	
Kesinlikle memnun değilim	84	20.4	
Günlük öğün atlama			
Evet	280	68.0	
Hayır	132	32.0	
Beslenmeye ihtiyaç duyma nedenleri			
Karın doyurmak	95	23.1	
Hasta olmamak	66	16.0	
Vücut için gerekli enerji, vitamin ve mineral için	237	57.5	
Bilmiyorum	14	3.4	
Beslenme alışkanlığını etkileyen faktörler			
Bireyin kendisi	330	80.1	
Bireyin ailesi	67	16.3	
Bireyin arkadaşları	4	1.0	
Diyetisyen	1	.2	
Medya	2	.5	
Doktor	8	1.9	
Bireyin sağlığını değerlendirme durumu			
Çok iyi	25	6.1	
İyi	155	37.6	
Orta	196	47.6	
Kötü	33	8.0	
Çok kötü	3	.7	
Sağlık problemi olduğunda gösterdiği davranış			
İhmal ederim	88	21.4	
Kendim tedavi etmeye çalışırım	80	19.4	
Doktora giderim	244	59.2	
Sağlık kontrolleri için başvurduğu yerler			
Aile hekimliği	170	41.3	
Hastane	194	47.1	
Özel hastane ya da muayenehane	38	9.2	
Hiçbir yere gitmem	10	2.4	
Yaş	Minimum	Maximum	X±SD
	30.0	60.0	43.5±9.5

Tablo 4.1’de yetişkin bireylerin yaş ortalamasının 43.5±9.5 (30-60 yaş), %77.7’sinin kadın, %43.9’unun ilkokul mezunu olduğu, %69.7’sinin çalışmadığı, %62.1’inin ev hanımı olduğu, %71.4’ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %65.0’in de herhangi bir kronik hastalık olmadığı ve kronik hastalığı olanların %33.3’ünün sürekli kullanması gereken bir ilaç olduğu belirlenmiştir.

Yetişkin bireylerin %38.1'i kilosundan memnun olmadığını, %68.0'i günlük öğün atladığını, %57.5'i vücut için gerekli olan enerji, vitamin ve mineral için beslenmeye ihtiyaç duyduğunu, %80.1'i beslenme alışkanlığını kendisinin belirlediğini, %47.6'sı sağlık durumunu orta düzey olarak değerlendirdiğini, %59.2'si herhangi bir sağlık problemi olduğunda doktora gittiğini ve %47.1'i sağlık kontrolleri için hastaneye başvurduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2. Sağlık Okuryazarlığı, Hollanda Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Min	Max	X±SD
Sağlık okuryazarlığı toplam ölçek	3.0	22.0	12.7±3.9
Hollanda yeme davranışı toplam ölçek	34.0	142.0	73.7±21.0
Kısıtlanmış yeme davranışı	10.0	46.0	26.2±7.5
Duygusal yeme davranışı	13.0	65.0	24.0±15.5
Dışsal yeme davranışı	10.0	47.0	23.4±7.2
Sağlık algısı toplam ölçek	31.0	71.0	48.2±7.2
Kontrol odağı	6.0	25.0	14.8±3.9
Özfarkındalık	5.0	15.0	10.7±2.0
Kesinlik	5.0	20.0	11.5±3.2
Sağlığın önemi	4.0	15.0	11.1±2.3

Tablo 4.2'de araştırmada kullanılan sağlık okuryazarlığı, yeme davranışı, sağlık algısı ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı puanı minimum 3.0, maksimum 22.0, puan ortalaması 12.7±3.9'dur. Yetişkin bireylerin yeme davranışı puanı minimum 34.0, maksimum 142.0, puan ortalaması 73.7±21.0'dir. Yetişkin bireylerin sağlık algısı puanı ise minimum 31.0, maksimum 71.0, puan ortalaması 48.2±7.2'dir.

Tablo 4.3. Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile Yordamasının Regresyon Analizi ile Açıklanması

	Unstandardized	Coefficients	Standardized		
			Coefficients		
Model	B	Std. Error	Beta	t	p
(Sabit)	4.167	1.520		2.742	.006*
Kısıtlanmış yeme davranışı	.063	.025	.120	2.551	.011*
Duygusal yeme davranışı	.004	.012	.016	.339	.735
Dışsal yeme davranışı	.025	.026	.046	.964	.336
Sağlık algısı ölçeği	.229	.048	.542	6.256	.000***
Kesinlik	-.034	.088	-.028	-.389	.698
Sağlığın önemi	-.292	.087	-.176	-3.359	.001*
Özfarkındalık	-.423	.108	-.216	-3.923	.000***
	R	R Square	F	p	
	.449 ^a	.202	14.599	.000 ^{a*}	
***p<0.001 p<0.05					

Bağımlı Değişken: Sağlık Okuryazarlığı

(Not: Hollanda yeme davranışı ölçeği ve sağlık algısı kontrol merkezi alt boyutu analiz tarafından işleme tabi tutulmadı.)

Tablo 4.3’de yeme davranışı ve sağlık algısının sağlık okuryazarlığına etkisine bakılmıştır. İncelediğimiz değişkenlerin sağlık okuryazarlığına olan etkisinin $p<0.001$ düzeyinde önemli olduğu saptanmıştır. Yeme davranışı alt ölçekleri, sağlık algısı ve alt ölçeklerinin sağlık okuryazarlığı bağımlı değişkenindeki değişimin %20.2’sini ($R^2=0.202$) açıkladığı saptanmıştır. Yeme davranışı alt ölçeği kısıtlanmış yeme davranışı, sağlık algısı ve alt ölçeklerinden sağlığın önemi ve özfarkındalığın sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$; $p<0.001$). Kısıtlanmış yeme davranışı ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan pozitif (0.063) doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan pozitif (0.229) doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı alt ölçekleri “sağlığın önemi” ve “özfarkındalık” ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan negatif bir (-0.292, -0.423) etki olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı alt ölçeği “kesinlik” ile sağlık okuryazarlığı arasında önemli bir etki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Yeme Davranışının Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı ile Yordamasının Regresyon Analizi ile Açıklanması

Model	Unstandardized	Coefficients	Standardized	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Sabit)	77.335	7.953		9.724	.000***
Sağlık okuryazarlığı ölçeği	.592	.289	.112	2.051	.041*
Sağlık algısı ölçeği	-.332	.196	-.114	1.696	.091
Sağlığın önemi	.191	.479	.022	.398	.691
Özfarkındalık	.260	.595	.025	.437	.662
	R	R Square	F	p	
	.114 ^a	.013	1.329	.259 ^a	
***p<0.001 *p<0.05					

Bağımlı Değişken: Yeme Davranışı

(Not: Sağlık algısı alt ölçekleri “kontrol merkezi” ve “kesinlik” analiz tarafından işleme tabi tutulmadı.)

Tablo 4.4’de sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısının yeme davranışına etkisine bakılmıştır. İncelediğimiz değişkenlerin yeme davranışına olan etkisi $p>0.05$ (p : 0.259) düzeyinde önemli olmadığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve alt ölçeklerinin yeme davranışı bağımlı değişkenindeki değişimin %1.3’ünü ($R^2=0.013$) açıkladığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığının tek başına yeme davranışı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı ile yeme davranışı arasında istatistiksel açıdan pozitif (0.592) doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı ve alt ölçeklerinden sağlığın önemi ve özfarkındalığın yeme davranışına önemli bir etkisi bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Sağlık Algısının Yeme Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı ile Yordamasının Regresyon Analizi ile Açıklanması

Model	Unstandardized	Coefficients	Standardized	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Sabit)	37.328	1.823		20.476	.000***
Kısıtlanmış yeme davranışı	.164	.044	.172	3.734	.000***
Duygusal yeme davranışı	-.088	.022	-.191	-4.017	.000***
Dışsal yeme davranışı	.040	.047	.041	.858	.391
Sağlık okuryazarlığı ölçeği	.616	.082	.339	7.480	.000***
	R	R Square	F	p	
	.434 ^a	.188	23.551	.000 ^{a***}	
***p<0.001					

Bağımlı Değişken: Sağlık Algısı

(Not: Hollanda yeme davranışı ölçeği toplam puanı analiz tarafından işleme tabi tutulmadı.)

Tablo 4.5’de yeme davranışı ve sağlık okuryazarlığının sağlık algısına etkisine bakılmıştır. İncelediğimiz değişkenlerin sağlık algısına olan etkisi $p<0.001$ düzeyinde önemli olduğu saptanmıştır. Yeme davranışı alt ölçekleri ve sağlık okuryazarlığının sağlık algısı bağımlı değişkenindeki değişimin neredeyse %19’unu ($R^2=0.188$) açıkladığı saptanmıştır. Yeme davranışı alt ölçeklerinden “kısıtlanmış yeme davranışı”, “duygusal yeme davranışı” ve sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Dışsal yeme davranışı ile sağlık algısı arasında önemli bir etki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kısıtlanmış yeme davranışı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif (0.164) doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır. Duygusal yeme davranışı ile sağlık algısı arasında negatif (-0.088) bir etki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif (0.616) doğrusal bir etki olduğu bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe sağlık algı düzeyinde de yükselme olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması

Bağımsız Değişkenler	Unstandardized	Coefficients	Standardized	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Sabit)	18.082	5.906		3.062	.003*
Yaş	-.172	.038	-.371	-4.512	.000***
Cinsiyet	.973	1.049	.092	.927	.356
Eğitim düzeyi	1.386	.256	.428	5.410	.000***
Çalışma durumu	.784	.982	.073	.798	.426
Meslek	.137	.179	.072	.769	.443
Kişinin algısına göre gelir durumu	-.529	.637	-.060	-.831	.408
Kronik hastalık	-.627	2.553	-.018	-.246	.806
Kronik hastalığı olanlarda ilaç kullanma durumu	-1.606	1.211	-.097	-1.326	.187
Kilodan memnun olma durumu	-.004	.245	-.001	-.016	.987
Günlük öğün atlama	-.034	.630	-.004	-.054	.957
Beslenmeye ihtiyaç duyma nedenleri	.495	.330	.105	1.500	.136
Beslenme alışkanlığını etkileyen faktörler	.376	.363	.073	1.036	.302
Bireyin sağlığını değerlendirme durumu	-.342	.434	-.058	-.787	.433
Sağlık problemi olduğunda gösterdiği davranış	-.145	.364	-.029	-.398	.691
Sağlık kontrolleri için başvurduğu yerler	-.326	.418	-.055	-.781	.436
R	R Square	F	p		
.644 ^a	.415	5.709	.000 ^{a***}		
***p<0.001 *p<0.05					

Bağımlı Değişken: Sağlık Okuryazarlığı

Tablo 4.6'da kişisel tanıtıcı özelliklerin sağlık okuryazarlığına etkisine bakılmıştır. Sağlık okuryazarlığı üzerinde niteliksel verilere bağlı özelliklerin etkisi belirlenmiş ve R=.644, R²=.415 olarak bulunmuş, sağlık okuryazarlığı bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %41.5'inin bu değişkenlerce açıklandığı istatistiksel olarak da sonucun önemli (p<0.001) olduğu saptanmıştır. Yaş ve eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (p<0.05). Yaşın sağlık okuryazarlığı üzerine negatif yönde (-0.172) etkisi

olduğu bireyin yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı saptanmıştır. Eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerine pozitif yönde (1.386) etkisi olduğu bireyin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Cinsiyet, çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve kronik hastalık olma durumunun sağlık okuryazarlığına etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Yeme Davranışını Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması

Bağımsız Değişkenler	Unstandardized	Coefficients	Standardized	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Sabit)	89.141	38.517		2.314	.022*
Yaş	-.250	.248	-.096	-1.006	.316
Cinsiyet	-7.125	6.843	-.119	-1.041	.300
Eğitim düzeyi	.648	1.670	.035	.388	.699
Çalışma durumu	-1.889	6.406	-.031	-.295	.769
Meslek	-.097	1.165	-.009	-.084	.933
Kişinin algısına göre gelir durumu	-7.886	4.155	-.158	-1.898	.060
Kronik hastalık	-1.130	16.648	-.006	-.068	.946
Kronik hastalığı olanlarda ilaç kullanma durumu	-5.139	7.901	-.055	-.650	.517
Kilodan memnun olma durumu	6.442	1.599	.359	4.028	.000***
Günlük öğün atlama	9.592	4.108	.199	2.335	.021*
Beslenmeye ihtiyaç duyma nedenleri	1.038	2.152	.039	.482	.630
Beslenme alışkanlığını etkileyen faktörler	.992	2.365	.034	.420	.675
Bireyin sağlığını değerlendirme durumu	-.073	2.832	-.002	-.026	.979
Sağlık problemi olduğunda gösterdiği davranış	.161	2.374	.006	.068	.946
Sağlık kontrolleri için başvurduğu yerler	.047	2.727	.001	.017	.986
R	R Square	F	p		
.465 ^a	.216	2.226	.007 ^{a*}		
*** $p<0.001$ * $p<0.05$					

Bağımlı Değişken: Yeme Davranışı

Tablo 4.7’de kişisel tanıtıcı özelliklerin yeme davranışına etkisine bakılmıştır. Yeme davranışı üzerinde niteliksel verilere bağlı özelliklerin etkisi belirlenmiş ve $R=.465$, $R^2=.216$ olarak bulunmuş, yeme davranışı bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %21.6’sının bu değişkenlerce açıklandığı istatistiksel olarak da sonucun önemli ($p<0.001$) olduğu saptanmıştır. Kilodan memnun olma durumu ve günlük öğün atlama durumunun yeme davranışı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kilodan memnun olma durumunun yeme davranışı üzerine pozitif yönde (6.442) etkisi olduğu saptanmıştır. Günlük öğün atlama durumunun yeme davranışı üzerinde pozitif yönde (9.592) etkisi olduğu bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, kronik hastalığa sahip olma ve ilaç kullanma durumu, beslenmeye ihtiyaç duyma nedenleri ve beslenme alışkanlığını etkileyen faktörlerin yeme davranışına etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Sağlık Algısını Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması

Bağımsız Değişkenler	Unstandardized	Coefficients	Standardized	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Sabit)	57.031	13.056		4.368	.000***
Yaş	.070	.084	.082	.837	.404
Cinsiyet	.165	2.319	.008	.071	.943
Eğitim düzeyi	1.173	.566	.194	2.071	.040*
Çalışma durumu	-.567	2.171	-.028	-.261	.794
Meslek	.161	.395	.045	.407	.685
Kişinin algısına göre gelir durumu	-3.292	1.408	-.200	-2.338	.021*
Kronik hastalık	-.169	5.643	-.003	-.030	.976
Kronik hastalığı olanlarda ilaç kullanma durumu	-3.041	2.678	-.098	-1.136	.258
Kilodan memnun olma durumu	-.475	.542	-.080	-.876	.383
Günlük öğün atlama	.515	1.392	.032	.370	.712
Beslenmeye ihtiyaç duyma nedenleri	.645	.730	.074	.884	.378
Beslenme alışkanlığını etkileyen faktörler	-.550	.802	-.057	-.687	.493
Bireyin sağlığını değerlendirme durumu	-1.129	.960	-.103	-1.176	.242
Sağlık problemi olduğunda gösterdiği davranış	.580	.805	.062	.721	.472
Sağlık kontrolleri için başvurduğu yerler	-.115	.924	-.010	-.124	.901

R.422^a**R Square**

.178

F

1.747

p.046^{a*}***p<0.05**

Bağımlı Değişken: Sağlık Algısı

Tablo 4.8’de kişisel tanıtıcı özelliklerin sağlık algısına etkisine bakılmıştır. Sağlık algısı üzerinde niteliksel verilere bağlı özelliklerin etkisi belirlenmiş ve $R=.422$, $R^2=.178$ olarak bulunmuş, sağlık algısı bağımlı değişkenindeki toplam varyansın neredeyse %18’inin ($R^2=0.178$) bu değişkenlerce açıklandığı istatistiksel olarak da sonucun önemli ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ve gelir durumunun sağlık algısı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim düzeyinin sağlık algısı üzerine pozitif yönde (1.173) etkisi olduğu bireyin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık algısının yükseldiği saptanmıştır. Gelir

durumunun sağlık algısı üzerine negatif yönde (-3.292) etkisi olduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, meslek, kronik hastalığa sahip olma ve ilaç kullanma durumu, bireyin sağlığını değerlendirme durumu, sağlık problemi olduğunda gösterdiği davranış ve başvurduğu yerlerin sağlık algısına etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Sağlık okuryazarlığı kişinin yaşamı boyunca gelişir ve en karmaşık insan yetkinlikleri gibi sağlık durumunun yanı sıra demografik, sosyopolitik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının faydaları; ev, iş, toplum ve kültür gibi tüm yaşam faaliyetlerini etkiler (66). Yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma grubumuzdaki yetişkin bireylerin %38.1'i kilosundan memnun olmadığını, %68.0'i günlük öğün atladığını, %57.5'i vücut için gerekli olan enerji, vitamin ve mineral için beslenmeye ihtiyaç duyduğunu, %80.1'i beslenme alışkanlığını kendisinin belirlediğini belirtmiştir (Tablo 4.1). Tanrıverdi ve arkadaşları lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin %35.7'sinin beslenmelerini iyi olarak tanımladığını ve %69.5'inin gün içinde öğün atladığını saptamışlardır (67). Yine Karadağ ve arkadaşları yetişkin bireylerle yaptıkları çalışmada bireylerin %46.1'inin öğün atladığını tespit etmişlerdir (68). Kadioğlu ve Ergün yaptıkları çalışmada katılımcıların %39.4'ünün kilosundan memnun olmadığını saptamışlardır (69). Yukarıdaki çalışma bulgularıyla araştırma sonuçlarımız paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada yetişkin bireylerin %47.6'sı sağlık durumunu "orta", %37.6'sı "iyi" olarak değerlendirdiğini belirtmiştir (Tablo 4.1). Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması" başlıklı çalışmada (n:505) bireyler genel olarak sağlık durumlarını değerlendirdiklerinde %44.1'i "iyi" olarak belirtmişlerdir (70). Bu çalışma ile verilen çalışmanın bulgusu paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı minimum 3.0, maksimum 22.0, ortalaması 12.7 ± 3.9 'dur (Tablo 4.2). Sezer, aynı ölçeği kullandığı çalışmasında katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalamasını 13.10 olarak bulmuştur (63). Türkoğlu, yine aynı ölçeği kullanarak sağlık okuryazarlığı puanını en düşük 2, en yüksek 22, ortalamasını 12.98 olarak saptamıştır (71). Çalışmamız ile her iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda saptanan sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması olan 12.7 ölçeğin 23 puan üzerinden değerlendirildiği düşünüldüğünde ölçek sorularına verilen yanıtların yarısına doğru cevap verildiği görülmüştür.

Bu araştırmada yetişkin bireylerin Hollanda yeme davranışı anketi puanı minimum 34.0, maksimum 142.0, puan ortalaması 73.7 ± 21.0 'dir. Alt ölçekleri olan kısıtlanmış yeme davranışı, duygusal yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı puan ortalamaları sırasıyla

26.2±7.5, 24.0±15.5 ve 23.4±7.2'dir (Tablo 4.2). Coşkun tarafından aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme alt ölçekleri puan ortalamaları çalışma grubundaki katılımcılar için sırasıyla 24.4±6.3, 24.4±9.6, 32.0±6.4'dür (72). Bu araştırma bu çalışmayla paralellik gösterse de oluşan bazı farklılıkların örneklem grubundaki farklılıktan dolayı oluşmuş olabileceği ile yorumlanabilir.

Bu çalışmada yetişkin bireylerin sağlık algısı ölçeği puanı minimum 31.0, maksimum 71.0, puan ortalamaları orta düzeyin üstünde 48.2±7.2'dir (Tablo 4.2). Çilingir ve Aydın "Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı" adlı çalışmada aynı ölçeği kullanarak sağlık algısı ölçeği puan ortalamasını 37.9±6.6 olarak saptamışlardır (73). Bu araştırma bulgusu verilen çalışma bulgusu ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni ise örneklem gruplarındaki yaş ortalamalarının ve eğitim düzeylerinin farklılığı ile yorumlanabilir.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin bağımlı değişken olduğu regresyon modelinde bağımsız değişkenlerden kısıtlanmış yeme davranışı düzeyinin ($p=0.011$) pozitif yönlü önemli olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatürde yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve alt boyutları ile ilişkisini bir arada inceleyen herhangi benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde sağlık algısının pozitif doğrusal bir etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde Çimen'in yaptığı çalışmada sağlığını algılama düzeyi arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığının da arttığı tespit edilmiştir (74). Filiz'in yaptığı çalışmada sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (75). Chang tarafından yürütülen çalışmada da benzer şekilde adolesanların sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (76). Bu çalışma bulgusu ile verilen çalışmaların bulguları paralellik göstermektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin sağlıklarıyla ilgili olmalarıyla ve herhangi bir kötüleşme durumunda gerekli çözüm yollarını aramalarıyla ilgili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada sağlık algısı ölçeği kesinlik alt boyutunun (sağlık konusunda ne yapması gerektiğini bilenlerin) sağlık okuryazarlığına doğrusal bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Filiz'in gebe ve gebe olmayan kadınlarla yaptığı çalışmada ise kesinlik alt boyut puanı yüksek olan kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur (75). Bu çalışma bulgusu ile verilen çalışma bulgusu paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni ise çalışmalarda kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin farklı olması ve örneklem gruplarının farklı özelliklere sahip olması ile yorumlanabilir.

Bu araştırmada yeme davranışının bağımlı değişken olduğu regresyon modelinde bağımsız değişkenlerden sağlık okuryazarlığı düzeyinin ($p=0.041$) pozitif yönlü önemli olarak yeme davranışını yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireyin beslenme bilgisi, beslenme tercihleri ve dolayısıyla yeme davranışının etkilenebileceği söylenebilir. Ayrıca sağlık algısının yeme davranışına doğrusal bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Ichsan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık algısı ile yeme alışkanlıkları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (77). Bu araştırma sonucu ile çalışmamızın bulgusu paralellik göstermemektedir.

Bu araştırmada sağlık algısının bağımlı değişken olduğu regresyon modelinde bağımsız değişkenlerden yeme davranışı alt ölçeği kısıtlanmış yeme davranışının pozitif yönlü önemli olarak sağlık algısını yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Yıldız'ın yürüttüğü çalışmada obez ve obez olmayan grupların sağlık algıları karşılaştırıldığında obez olmayan bireylerin algılanan sağlık düzeyinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (78). Bireyin kendi ağırlığını kontrol etmesi için kısıtlayıcı yeme davranışı kazanması sonucunda sağlıklı yeme alışkanlığı edinmesi, sağlığına gereken önemi vermesi ile sağlığının kontrolünün kendisinde olacağı sonucuyla yorumlanabilir.

Bu araştırmada duygusal yeme davranışının negatif yönlü önemli olarak sağlık algısını yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Yani sağlık algısı yükseldikçe duygusal yeme davranışında bozulma olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, kişinin aç olmadığı halde olumsuz duygularını düzenlemek amacıyla gıda tüketimine yönelmesi ile sağlık algısının kötüleşmesine sebep olabileceği ile yorumlanabilir. Literatürde duygusal yeme davranışının sağlık algısı ile ilişkisini bir arada inceleyen herhangi benzer araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığının pozitif yönlü önemli olarak sağlık algısını yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık algılarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (79). Furuya ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada bireylerin demografik özelliklerinden bağımsız olarak, algılanan sağlık ve sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (80). Verilen araştırmaların sonuçları bu araştırma bulguları ile paralellik göstererek sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının sağlık sorumluluğunu yükseltmesi dolayısıyla sağlık algısını yükselteceği ile yorumlanabilir.

Bu araştırmada yaşın sağlık okuryazarlığı üzerine negatif yönde etkisi olduğu bireyin yaşı arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Yapılmış bir çalışmada yaşlı bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği ve yaş ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (37). Yapılan başka bir

çalışmada daha yaşlı katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı olarak bulunmuştur (79). Türkoğlu'nun yürüttüğü çalışmada ise sağlık okuryazarlığını bireylerin yaşı ve eğitim düzeyi değişkenlerinin etkilediği belirlenmiştir (71). Bu çalışmada bireyin yaşı arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azalması sağlıkla ilgili olan bilgileri araştırma, takip etme ve öğrenme noktasında bireyin yaşı arttıkça daha geride kalması ile yorumlanabilir. Bu araştırma bulgusu yukarıda verilen çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerine pozitif yönde etkisi olduğu bireyin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı puanında artma olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Filiz'in yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi yüksek olanlarda sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir (75). Sezer'in yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlık puanının arttığı saptanmıştır (63). Yapılmış başka bir çalışmada da eğitim ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (37). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin kendi sağlık durumları ile ilgili farkındalığının yüksek olması ve sağlık konularıyla ilgili karar verme güçlerinin yüksek olması ile yorumlanabilir. Verilen çalışma bulgularıyla bu araştırma bulgusu paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada cinsiyet, çalışma durumu, meslek ve gelir durumunun sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.6). Sezer'in yaptığı çalışmada kadın ve erkek bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (63). Bu araştırma bulgusu Sezer'in çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir. Zoellner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kadınlara kıyasla erkeklerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (81). Bu çalışma bulgusu ile çalışmamızın bulgusu paralel değildir. Bizim çalışmamızda fark olmayışının nedeni örneklem grubunun %43.9'unun ilkökul mezunu olması ile yorumlanabilir. Türkoğlu'nun yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığını bireylerin mesleği etkilemesine rağmen gelir durumunun artmasıyla sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseldiği saptanmamıştır (71). Bizim çalışmamızda mesleğin sağlık okuryazarlığına etkisinin bulunmamasının nedeni örneklem grubunun %62.1'inin ev hanımı olması ile yorumlanabilir. Yukarıdaki literatürler doğrultusunda bu araştırmanın bulguları ile yapılan çalışmaların bulguları benzerlik gösterse de bazı farklılıklar vardır.

Bu çalışmada kilodan memnun olma durumunun yeme davranışı üzerine pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Kadioğlu ve Ergün'ün yürüttüğü çalışmada vücut ağırlığından hiç memnun olmayan öğrencilerin %43.9'unun yeme tutum puanı 30'un üstünde (riskli) bulunup, vücut ağırlığından memnuniyet düzeylerine göre yeme tutum oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (69).

Bu çalışmada günlük öğün atlama durumunun yeme davranışı üzerine pozitif etkisi bulunurken yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve mesleğin anlamlı etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.7). Karadağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ortorektik erkek birey sayısı kadın birey sayısından daha fazla bulunmuştur. Yine bu çalışmada eğitim durumu üniversite üstü olanların diğer eğitim seviyelerindekilere göre daha düşük ortorektik eğilimler gösterdiği de saptanmıştır (68). Bu çalışma bulguları ile Karadağ'ın çalışma bulguları paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni kullanılan ölçeklerin farklı olması ve araştırmaların amaçları ile ilişkili olabileceği ile yorumlanabilir. Ünal ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme tutumu puanı ile risk faktörü olduğu düşünülen değişkenler (yaş, cinsiyet, aylık gelir, öğün sayısı) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (82). Bu araştırma bulguları verilen çalışmanın bulgularına paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyinin sağlık algısı üzerine pozitif yönde etkisi olduğu bireyin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık algısında da yükselme olduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, meslek ve gelir durumu değişkenlerini sağlık algısı üzerine önemli etkisi olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda gelir durumunun sağlık algısı üzerine negatif yönde etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Yapılmış bir çalışmada iyi sağlık durumunun genç yaşla ve istihdamla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (80). Idler ve Angel tarafından yapılan çalışmada da yaşlı insanların zayıf sağlık durumu değerlendirmesinde risk altında oldukları belirlenmiştir (54). Verilen araştırmaların bulguları bu araştırma bulguları ile paralellik göstermeyerek oluşan farklılığın bu araştırmanın örneklem grubunda 65 yaş ve üzeri bireylerin olmayışı ile yorumlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Sağlık okuryazarlığı ile yeme davranışı arasında istatistiksel açıdan pozitif doğrusal bir etki olduğu bulunmuştur.
- Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyinde “yaş” ve “eğitim düzeyi” değişkenlerinden her birinin tek başına etkisinin önemli olduğu bulunurken cinsiyet, çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve kronik hastalık varlığının etkisi bulunmamıştır.
- Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamaları 23 puan üzerinden 12.7’dir.
- Yeme davranışı üzerine “kilodan memnun olma” ve “günlük öğün atlama” değişkenlerinin etkili olduğu, sağlık algısı üzerine “eğitim düzeyi” ve “gelir durumu” değişkenlerinin etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ülkemizde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısıyla ilişkisini belirlemeye yönelik daha geniş çaplı çalışmalar yapılması,
- Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısını belirlemeye yönelik temel etkenlerden biri eğitim durumudur. Bu nedenle öncelikli olarak eğitim düzeyi düşük topluluklarda farkındalık yaratarak sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik projeler yapılması,
- Bireylere hemşireler tarafından sağlık bilgisi, sağlık okuryazarlığı ve yeme davranışı konularında bilgi düzeylerini arttıracak eğitimler verilerek danışmanlık yapılması, önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, Schwartzberg JG. Health literacy report of the council on scientific affairs. *JAMA* 1999, 281(6): 552-7.
2. Nielson-Bohlman L, Panzer A, Kindig D (eds). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington DC, National Academies Press 2004: 36.
3. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, 1. Baskı. Ankara, Sağlık-Sen Yayınları 2014: 96.
4. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014, 13(4): 321-6.
5. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 2013, 3: 73-92.
6. Taş TA, Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016, 25(3): 119-24.
7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Falcon M. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015, 25(6): 1053-58.
8. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005, 72(3): 463-8.
9. Speirs KE, Messina LA, Munger AL, Grutzmacher SK. Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *J Health Care Poor Underserved* 2012, 23(3): 1082-91.
10. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016, 15(3): 259-66
11. Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski MA, Sayir A. Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *J Nutr Educ Behav* 2008, 40(1): 3-10.
12. Yıldırım F, Keser DA. *Sağlık Okuryazarlığı*, yayın no: 3. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi 2015: 132.
13. Deliëns T, Clarys P, De Bourdeaudhuij I, Deforche B. Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health* 2014, 14(1): 1-12.

14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12(1): 1-13.
15. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Quick guide to health literacy. <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/> 10 Kasım 2017.
16. Hull GA, Mikulecky L, St Clair R, Kerka S. *Multiple Literacies: A Compilation for Adult Educators*. Washington DC, Columbus: Center on Education and Training for Employment, Ohio State University 2003: 33.
17. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008, 10(3): 248-55.
18. Hæsum LKE, Ehlers LH, & Hejlesen OK. The long-term effects of using telehomecare technology on functional health literacy: results from a randomized trial. *Public Health* 2017, 150: 43-50.
19. *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*, 1. Ankara, Anıl Matbaacılık 2011: 23.
20. Kickbusch I. Enabling healthy choices in modern health societies. *Eighth European Health Forum Bad Gastein* 2005, 31.
21. Speros, C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs* 2005, 50(6): 633-40.
22. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2014, 17(3): 165-70.
23. Van Der Heide I, Heijmans M, Schuit AJ, Ueters E, Rademakers J. Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Educ Couns* 2015, 98(8): 998-1004.
24. Atilla EA, Öztürk Z, Elif K. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2015, 2(2): 263-84.
25. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, & Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483), Washington, DC: National Center for Education Statistics.
26. Fransen MP, von Wagner C, & Essink-Bot ML. Diabetes self-management in patients with low health literacy: ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Educ Couns* 2012, 88(1): 44-53.
27. Martinez JL, Rivers SE, Duncan LR, Bertoli M, Domingo S, Latimer-Cheung AE, & Salovey P. Healthy eating for life: rationale and development of an English as a

- second language (ESL) curriculum for promoting healthy nutrition. *TBM* 2013, 3(4): 426-33.
28. Fernandez DM, Larson JL, & Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health* 2016, 16(1): 596.
 29. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, & Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics* 2009, 124(3): 306-14.
 30. Lam LT, & Yang L. Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12–16 years old population, Nanning, China, 2012. *Archives of Public Health* 2014, 72(1): 11.
 31. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, & Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health* 1997, 87(6): 1027-30.
 32. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *JCN* 2009, 18(16): 2337-43.
 33. Boswell C, Cannon S, Aung K, & Eldridge J. An application of health literacy research. *ANR* 2004, 17(1): 61-64.
 34. Aslantekin F, & Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014, 13(4): 327-34.
 35. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008, 67(12): 2072-78.
 36. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000, 15(3): 259-67.
 37. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, ... & Kato EM. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica* 2009, 43(4): 631-8.
 38. Parker RM, Baker DW, Williams MV, & Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. *JGIM* 1995, 10(10): 537-41.
 39. Sykes S, Wills J, Rowlands G, & Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health* 2013, 13(1): 150.
 40. Çopurlar CK, & Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important?. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2016, 10(1): 40-45.

41. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, ... & Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine* 2005, 3(6): 514-22.
42. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, & Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research* 2010, 25(3): 464-77.
43. Gibbs H, & Chapman-Novakofski K. Exploring nutrition literacy: attention to assessment and the skills clients need. *Health* 2012, 4(3): 120-4.
44. Aktaş N, & Özdoğan Y. Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi* 2016, 20(2): 146-53.
45. Sayan A. Beslenme alışkanlıkları ve temel besin gereksinimleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 1999, 2(2): 53-65.
46. Carbone ET, & Zoellner JM. Nutrition and health literacy: a systematic review to inform nutrition research and practice. *J Acad Nutr Diet* 2012, 112(2): 254-65.
47. Valladares M, Durán E, Matheus A, Durán-Agüero S, Obregón AM, & Ramírez-Tagler. Association between eating behavior and academic performance in university students. *J Am Coll Nutr* 2016, 35(8): 699-703.
48. Hernandez J, Bamwesigye D, & Horak M. Eating behaviors of university students. *MendelNet* 2016, 565-70.
49. Doğanay S, Uçku ŞR. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi?. *Turkish Journal of Geriatrics / Türk Geriatri Dergisi* 2012, 15(4): 396-402.
50. Açıksöz S, Uzun Ş, & Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2013, 55(3): 181-7.
51. Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med* 2002, 54(5): 649-61.
52. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlığı Ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997: 12(77): 11-6.
53. (<http://www.wisegeek.com/what-is-health-perception.html>). Erişim Tarihi: 12.11.2017.
54. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *Am J Public Health* 1990, 80(4): 446-52.
55. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2006, 9(3): 78-87.

56. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2008, 11(3): 17-26.
57. Macabasco-O'Connell A, Fry-Bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *J Health Commun* 2011, 16(3): 295-307.
58. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2016, 9(4): 142-7.
59. Hacılioğlu N. İletişim ve Danışmanlık. İçinde: Erci B. *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 2. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri 2016: 219-28.
60. Adıbelli D. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. İçinde: Erci B. *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 2. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri 2016: 229-41.
61. Öztürk S. Toplum Beslenmesi. İçinde: Erci B. *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 2. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri 2016: 370-81.
62. Özpulat F. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, Sempozyum Özel Sayısı. Bildiriler, 293-297.
63. Sezer A. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2012.
64. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2009.
65. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2012, 32(1): 47-53.
66. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005, 20(2): 195-203.
67. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Medical Journal* 2011, 17(1): 33-9.
68. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci, M, ... & Dinler MF. Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal* 2016, 27(3): 107-14.

69. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 5(2): 96-104.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazar%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf> 20 Kasım 2017.
71. Türkoğlu Ç. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2016.
72. Coşkun MN. Vücut Geliştirme Sporu ile İlgilenen Erkek Yetişkin Bireylerde Beden Algısının Yeme Davranışı ve Besin Tüketimi ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2011.
73. Çilingir D, Aydın A. Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2017, 25(3): 167-76.
74. Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2015.
75. Filiz E. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2015.
76. Chang LC. Health literacy, self- reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs* 2011, 20(1- 2): 190-6.
77. Ichsan A, Afriandi I, Gurnida DA. Correlation between health perception, body image, and eating habits in High School students. *Althea Medical Journal* 2016, 3(2): 216-21.
78. Yıldız S. Yetişkinlerde Şişmanlığın Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısına Etkisi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2016.
79. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007, 61(12): 1086-90.
80. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int* 2013, 30(3): 505-13.

81. Zoellner J, You W, Connell C, Smith-Ray RL, Allen K, Tucker KL, ... & Estabrooks P. Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. *J Am Diet Assoc* 2011, 111(7): 1012-20.
82. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağıık yüıksekokulu öğırencisinin yeme tutumları ile sağııkly yaşım biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2009, 16(2): 75-81.



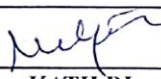
EKLER

EK 1. Özgeçmiş

Malatya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimlerini Malatya’da tamamladı. 2013 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2013–2015 yılları arasında Turgut Özal Tıp Merkezi’nde hemşirelik yaptı. 2015 yılında Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitime başladı. 2016 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.



EK 2. Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
21.02.2017	4	2017/4-8	
Karar No: 2017/4-8: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 21.02.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Prof. Dr. Behice ERCİ'nin sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Ebru GÜL'ün "Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK 3. Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin



Sağlık Bakanlığı

T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

MALATYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MALATYA
HALK SAĞLIĞI DESTEK HİZMETLERİ ŞUBESİ EĞİTİM
BİRİMİ



Sayı : 56238350-772.99
Konu : Araştırma İzin Talepleri

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Merkez Kampüsü)

- İlgi: a) 27.03.2017 tarih ve E.6808 sayılı yazınız;
b) 27.03.2017 tarih ve E.6809 sayılı yazınız;
c) 27.03.2017 tarih ve E.6836 sayılı yazınız;

İlgi sayılı yazılarınıza istinaden kurumumuza yapmış olduğunuz "Doğum Eğitimi ve Eğitim İle Birlikte Verilen Doğum Planının Öz-Yeterliliğe Etkisi", "Doğum Sonu Dönemde Fizik Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyine Etkisi", "Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi" konulu araştırma izin talepleri incelenerek uygun bulunmuştur. Araştırma bitiminde sonuçların kurumumuzla paylaşılması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr.Kemal ŞENER
Halk Sağlığı Müdürü

Büyük Mustafa Paşa Mah.Sitmaşınarı MALATYA

Faks No:0422 325 73 77

e-Posta: nezahat.zulfikar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: S. ÇİÇEK N. ZÜLFİKAR

Bilgi için: NEZAHAT ZÜLFİKAR

Unvan: EBE

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 91af5e86-5952-4ff4-8abd-a9e7ee01d801 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Tanıtıcı Anket Formu

Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi

Değerli katılımcı

Bu çalışma ile yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Elde edilen veriler tamamen araştırma amaçlı olarak kullanılacaktır. Ankette yer alan soruların eksiksiz cevaplanması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Görüşmeyi istediğiniz anda sonlandırma hakkına sahipsiniz.

Araştırmaya katkınızdan dolayı teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Grv. Ebru GÜL

-
1. Kaç yaşındasınız?
 2. Cinsiyetiniz nedir? 1()Kadın 2()Erkek
 3. Eğitim Düzeyiniz nedir?
1()Okuma yazma bilmiyor 2()İlkokul mezunu 3()Ortaokul mezunu
4()Lise mezunu 5()Lisans mezunu 6()Lisansüstü
 4. Çalışıyor musunuz?
1()Evet 2()Hayır
 5. Mesleğiniz nedir?
1()Ev Hanımı 2()İşçi 3()Memur 4()Akademisyen 5()Öğretmen
6()Esnaf 7()Emekli 8()Diğer.....
 6. Gelir durumunuz nasıl değerlendirirsiniz?
1()Yüksek(gelir giderden oldukça fazla) 2()İyi(gelir giderden fazla)
3()Orta(gelir gidere eşit) 4()Kötü(gelir giderden az)
 7. Mevcut herhangi bir hastalığınız var mı?
1()Evet 2()Hayır (10. Soruya geçiniz)

8. Bu mevcut hastalıktan dolayı sürekli kullanmanız gereken bir ilacınız var mı?
1()Evet 2()Hayır
9. Şu anki kilonuzdan memnun musunuz?
1()Çok memnunum 2()Memnunum 3()Farketmez
4()Memnun değilim 5()Kesinlikle memnun değilim
10. Günlük öğün atlıyor musunuz?
1()Evet 2()Hayır
11. Beslenmeye neden ihtiyaç duyarsınız?
1()Karın doyurmak 3()Vücudumuz için gerekli enerji, vitamin ve mineral için
2()Hasta olmamak 4()Bilmiyorum
12. Beslenme alışkanlığınızı ve besin seçiminizi en çok kim etkiler?
1()Kendim 2()Ailem 3()Arkadaşlarım 4()Diyetisyen 5()Medya 6()Doktor
13. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
1()Çok iyi 2()İyi 3()Orta 4()Kötü 5()Çok kötü
14. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda genellikle nasıl davranırsınız?
1()İhmal ederim 2()Kendim tedavi etmeye çalışırım 3()Doktora giderim
15. Sağlık kontrolleri için çoğunlukla nereye başvuruyorsunuz?
1()Aile Hekimi 2()Hastane 3()Özel hastane ya da muayenehane
4()Hiçbir yere gitmem

EK 5. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim.

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6)Bilmiyorum

2.Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Baş dönmesi
- 2)Göz kararması
- 3)Terleme
- 4)Baş Ağrısı
- 5)Halsizlik
- 6)Bilmiyorum

3. Düzenli olarak tartılır mısınız?

- 1.Evet
- 2.Hayır

4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısı kaç derece olmalıdır?

- 1) 36C⁰ üstü
- 2) 36.5C⁰ üstü
- 3) 37C⁰ üstü
- 4) 37.5 C⁰ üstü
- 5) Bilmiyorum

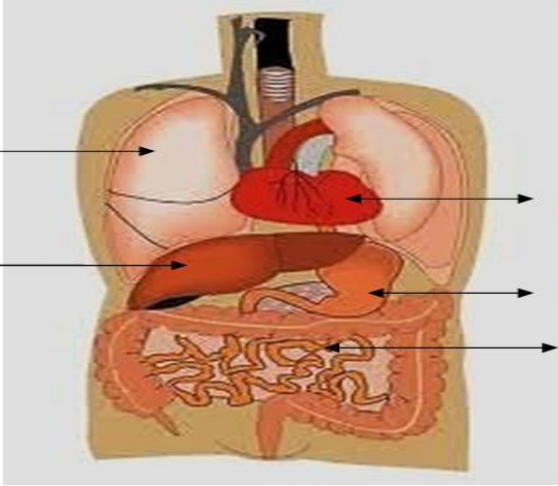
6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Ilık duş almak/aldırmak
- 2)Soğuk suya tutmak
- 3)Başına sirkeli bez koymak
- 4)Acile başvurmak
- 5)Terletmek için üzerini örtmek
- 6)Kıyafetlerini çıkarmak
- 7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemelere soğuk kompres uygulamak
- 8)Bilmiyorum

7. Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Eşin korunması(geri çekme)
- 2)Kondom(prezervatif)
- 3)Ria(spiral)
- 4)Doğum kontrol hapları
- 5)Bilmiyorum

8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?	
9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?	
10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız? 1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum	
11.Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
12.Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Meme Muayenesi() Mamografi Tarama Testi () Pap Smear Testi () Bağırsak Kanseri Taraması ()	a.50 yaş üstü bireyler için her yıl b.18 yaşından itibaren her ay c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir
Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Testis Muayenesi () Prostat Kanseri Testi Bağırsak Kanseri Taraması	a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay () b.50 yaş üstü bireyler için her yıl () c.50 yaş üstü erkekler için her yıl

14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	
Dahiliye ()	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ()	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ()	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ()	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ()	e. İç Hastalıkları
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?	
1)Evet	2)Hayır
16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?	
1)Evet	2)Hayır
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?	
1)Evet	2)Hayır
18. Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?	
1)Evet	2)Hayır
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?	
1)Evet	2)Hayır
20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?	
1)Evet	2)Hayır
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?	
1)Evet	2)Hayır
22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?	
1)Evet	2)Hayır
23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.	
	

EK 6. Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ)

Aşağıda sizlerin yeme davranışlarınız ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği, ilgili harfin altındaki boşluğa (x) biçiminde işaretleyerek belirtiniz.

1.Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
2.Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeğe çalışır mısınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
3.Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
4.Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
5.Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
6.Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
7. Kilo almamak için az yemeğe dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yemeğe çalışırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yemeğe çalışırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
13. Depresyonda olduğunuzda yâda hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐

17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
20. Korktuğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkkin olduğunda yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
33. Yemek hazırlanırken bir şeyler yemeğe meyilli misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐

EK 7. Sağlık Algısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi karşlarına işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Benim için sağlıklı olan şeylere, daha fazla para harcamaya hazırım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Sağlıklı olmak şans işidir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

EK 8. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İzin



ebru GÜL <ebru70@gmail.com>

yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği
3 ileti

ebru GÜL <ebru70@gmail.com>
Alıcı: ayses_18_9@hotmail.com

19 Nisan 2017 12:39

Sayın Sezer

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD' nde Araştırma Görevlisiyim. Geliştirmiş olduğunuz "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" ni tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum. Ayrıca ölçeğin değerlendirilmesinin nasıl yapıldığı ve ölçekteki soruların doğru yanıtları konularında bilgilendirmenizi rica ediyorum.

Ebru GÜL

Tel: 0 422 341 02 20
ebru70@gmail.com
ebru.gul@inonu.edu.tr

ayşe sezer <ayses_18_9@hotmail.com>
Alıcı: ebru GÜL <ebru70@gmail.com>

19 Nisan 2017 14:55

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. ölçek ve puanlamasını ekte gönderiyorum. iyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Sezer Balcı
Research Assistant
Marmara University Faculty of Health Sciences
Nursing Department
+90216 3302070/1175

Gönderen: ebru GÜL <ebru70@gmail.com>

Gönderildi: 19 Nisan 2017 Çarşamba 12:39

Kime: ayses_18_9@hotmail.com

Konu: yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği

[Alıntılanan metin gizlendi]

YSOÖ ve Puanlaması.docx
57K

EK 9. Sağlık Algısı Ölçeği İzin

Gmail - Sağlık Algısı Ölçeği



ebru GÜL <ebru gul70@gmail.com>

Sağlık Algısı Ölçeği

2 ileti

ebru GÜL <ebru gul70@gmail.com>
Alıcı: hasibek@gmail.com

7 Şubat 2017 09:40

Sayın Kadioğlu

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD' nda Araştırma Görevlisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlık Algısı Ölçeği" ni tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum.

Teşekkür ederim.

Ebru GÜL

Tel: 0 422 341 02 20
ebru gul70@gmail.com
ebru.gul@inonu.edu.tr

hasibe kadioğlu <hasibek@gmail.com>
Alıcı: ebru GÜL <ebru gul70@gmail.com>

7 Şubat 2017 13:02

Sayın Gül,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim

7 Şubat 2017 09:40 tarihinde ebru GÜL <ebru gul70@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Doç.Dr.Hasibe Kadioğlu
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0216 418 16 06
Cep: 0533 648 09 04

Hasibe Kadioglu, RN, Associate Professor
Department of Public Health Nursing
Marmara University

saglik algisi ölçeği.doc
46K