

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ
VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKDENİZ DİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ:
BAYBURT İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS

Elif ŞİK

MAYIS-2024
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ
VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKDENİZ DİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ:
BAYBURT İLİ ÖRNEĞİ**

**DETERMINING THE LEVEL OF HEALTH LITERACY IN WOMEN AND
THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON THE MEDITERRANEAN DIET:
BAYBURT PROVINCE EXAMPLE**

YÜKSEK LİSANS

Elif ŞIK

**MAYIS-2024
GÜMÜŞHANE**



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ
VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKDENİZ DİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ:
BAYBURT İLİ ÖRNEĞİ**

**DETERMINING THE LEVEL OF HEALTH LITERACY IN WOMEN AND
THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON THE MEDITERRANEAN DIET:
BAYBURT PROVINCE EXAMPLE**

YÜKSEK LİSANS

Elif ŞIK

Danışman: Prof. Dr. Alper Veli ÇAM

**MAYIS-2024
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Okuryazarlığının Akdeniz Diyeti Üzerine Etkisi: Bayburt İli Örneği**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kısıtlara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

24/05/2024

.....
Elif ŞIK

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenerek, çalışmamızın bilimsel bir değer kazanmasına önderlik eden, kıymetli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak, akademik bakış açımın şekillenmesinde büyük katkıları olan danışman hocam Prof. Dr. Alper Veli ÇAM' a şükranlarımı sunarım.

Çalışma süresince, yardımlarını ve deneyimlerini benimle paylaşan arkadaşlarım Kasım İDARECİ, Şeyda Buşra KONUK ve Yasemin KARADAŞ'a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi, yükseköğretim süreci boyunca da desteklerini derinden hissettiğim annem Lutfiye ÇAMLİBEL'e,

Tez süresi boyunca, desteklemek ve fedakârlık etmekten bir an olsun kaçınmayan kıymetli eşim Mustafa ŞIK' a ve enerjisiyle bana güç veren canım oğlum Oğuz Ahmet ŞIK' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Elif ŞIK

GÜMÜŞHANE - 2024

ÖZET

Okuryazarlık hayatımızın her aşamasında önemli olan bir kavram olmaktadır. Okuryazarlık yalnızca okuma ve yazma ile değil, okuduğunu anlama, işleme ve kendi hayatımıza uygulama becerileri gerektirmektedir. Kişiler yaşamları boyunca sağlıkları ile ilgili konularda sürekli kararlar almaktadırlar. Kaliteli ve sağlıklı bir yaşam için doğru kararlar almak çok önemli olmaktadır. Diğer taraftan Akdeniz diyeti ise bilinen en iyi ve sağlıklı diyet yöntemi olarak literatürde yer almaktadır. Bu diyet, bitki ve zeytinyağını meyve, tahıl, balık gibi çeşitli besin gruplarını da içermektedir. Bu haliyle sağlıklı olmasının yanı sıra her kesim için uygulanabilen, sürdürülebilir bir diyet modeli olarak literatürde geçmektedir. Sağlık ve beslenme konuları birbiriyle iç içe olan, insan sağlığı için oldukça önemli olgulardır.

Çalışmanın örneklemini Bayburt ili içerisinde yaşayan 18-65 yaş arası 403 kadın birey katılımcı oluşturmuştur. Araştırmada demografik anket formu, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form” ölçeği ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ölçeği kullanılmıştır. Veriler programına aktarılarak analizleri yapılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri tanımlayıcı istatistiksel analiz, Pearson çift yönlü korelasyon analizi ve Ki-kare analiz testleri uygulanmıştır.

Katılımcıların %25.3’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %31.8’inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %34’ünün yeterli sağlık okuryazarlığı ve %9’unun mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin eğitim durumu, meslek gibi demografik verileri ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %34.5’inin fakir diyet düzeyinde, %52.3’ünün orta diyet ve %13.3’ünün optimal diyet düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin demografik özellikleri ve Akdeniz diyeti arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, Beslenme, KIDMED indeksi, Okuryazarlık, Sağlık okuryazarlığı.

ABSTRACT

Literacy is a concept that is important at every stage of our life. Literacy requires not only reading and writing, but also the skills to understand, process and apply reading to our own lives. People are constantly making decisions about their health throughout their lives. It is very important to make the right decisions for a quality and healthy life. On the other hand, the Mediterranean diet is included in the literature as the best known and healthy diet method. This diet also includes various food groups such as plants and olive oil, fruits, cereals, fish. In this way, in addition to being healthy, the literature is also used as a model for a sustainable diet that can be applied to every cut. Health and nutrition issues are very important phenomena for human health, which are intertwined with each other.

The sample of the study consisted of 403 female individuals between the ages of 18-65 living in Bayburt province. The demographic survey form, the “Turkish Health Literacy Scale-Short Form” scale and the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) scale were used in the research. The data were transferred to the program and analyzed. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett tests descriptive statistical analysis, Pearson bidirectional correlation analysis and Chi-square analysis tests were applied.

It was found that 25.3% of the participants had insufficient health literacy level, 31.8% had problematic-unrestricted health literacy, 34% had adequate health literacy and 9% had excellent health literacy level. It has been found that there is a relationship between demographic data such as educational status, occupation of individuals and health literacy levels. It was found that 34.5% of the participants were at the poor diet level, 52.3% were at the moderate diet level and 13.3% were at the optimal diet level. It was found that there is a relationship between the demographic characteristics of individuals and the Mediterranean diet. It has been found that there is no relationship between individuals’ health literacy and the Mediterranean diet.

Keywords: Literacy, Health Literacy, Nutrition, Mediterranean Diet, KIDMED

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET	VI
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XI
EKLER DİZİNİ.....	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
1.GİRİŞ	1
2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1.Sağlık Kavramı ve Gelişimi	3
2.1.1.Sağlık Kavramı	3
2.1.2.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Kapsamı	4
2.2.Sağlık Okuryazarlığı	7
2.2.1.Sağlık Okuryazarlığının Tanımları	7
2.2.2.Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi	10
2.2.3.Sağlık Okuryazarlığının Önemi	11
2.3.Akdeniz Diyeti ve Beslenme.....	16
2.3.1.Akdeniz Diyeti ve Sağlıklı Beslenme	16
2.3.2.Sürdürülebilir Diyet Çeşitleri.....	17
2.3.2.1.Nordik Diyet	18
2.3.2.2.Japon Diyeti	18
2.3.2.3.Vejeteryan ve Vegan Beslenme	18
2.4.Akdeniz Diyeti	19
2.4.1.Akdeniz Diyetinin İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri	24
2.5.KIDMED İndeksi	27
3.METODOLOJİ	29
3.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi	29
3.2.Araştırmanın Hipotezleri.....	29
3.3.Araştırmanın Yöntemi.....	30
3.3.1.Araştırmanın Veri Toplama Araçları	30

3.3.2.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	30
3.3.3.Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (KIDMED İNDEKSİ)	31
3.4.Araştırmanın Evren, Örneklem ve Değişkenlerinin Tanıtımı	31
3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu	32
4.BULGULAR VE TARTIŞMA	33
4.1.Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	33
4.2.Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri	34
4.3.Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular	35
4.4.Sağlık Okuryazarlığı ve KIDMED Düzeylerin Hesaplamalarına İlişkin Bulgular...	38
4.5.Araştırmanın Hipotezlerine İlişkin İlişki Analizleri	39
4.5.1.Demografik Özellikleriyle Sağlık Okuryazarlıkları Arasında İlişki	39
4.5.2.Demografik Özellikleriyle Akdeniz Diyetine Bağlılıkları Arasında İlişki	50
4.5.3.Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Akdeniz Diyetine Bağlılık (KIDMED İNDEKSİ) Düzeylerine Arasında İlişki	53
5.SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	62
KAYNAKÇA.....	65
EKLER.....	77
ETİK KURUL ONAY FORMU	86
ÖZGEÇMİŞ	87

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. KIDMED indeksinin değerlendirilmesi	27
Tablo 2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları	33
Tablo 3. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları	33
Tablo 4. Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları	34
Tablo 5. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları	34
Tablo 6. Güvenilirlik testi sonuçları	34
Tablo 7. KMO ve Bartlett testi sonuçları	35
Tablo 8. Sağlık okuryazarlığı ölçeğine yönelik ifadelerin tanımlayıcı istatistikleri	36
Tablo 9. KIDMED indeksine yönelik ifadelerin tanımlayıcı istatistikleri	37
Tablo 10. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri	38
Tablo 11. Katılımcıların KIDMED indeksi düzeyleri	39
Tablo 12. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	40
Tablo 13. Katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	43
Tablo 14. Katılımcıların aylık gelirlerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	46
Tablo 15. Katılımcıların mesleklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	48
Tablo 16. Katılımcıların yaşlarına göre KIDMED İndeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	51
Tablo 17. Katılımcıların eğitim durumlarına göre KIDMED indeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	51
Tablo 18. Katılımcıların aylık gelir durumlarına göre KIDMED indeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	52
Tablo 19. Katılımcıların meslek dağılımları göre KIDMED İndeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları	53
Tablo 20. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile alt faktörlerine göre KIDMED indeksi düzeylerine ilişkin korelasyon ilişki testi sonuçları	53
Tablo 21. Hipotez testi sonuçları	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Güncel Akdeniz diyet piramidi (Serra-Majem ve diğerleri, 2020).....	23
--	----



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Kadınlarda Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Okur Yazarlığının Akdeniz Diyeti Üzerine Etkisi: Bayburt İli Örneği Ölçeği	77
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
FAO	: Gıda ve Tarım Örgütü
KIDMED	: Akdeniz Diyet Kalitesi Ölçeği
KMO	: Kaiser-Mayer-Olkin Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği
MÖ	: Milattan Önce
NVS	: En Yeni Hayatı İşaret Testi
PREDIMED	: Akdeniz Diyeti ile Önleme
REALM	: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü

1. GİRİŞ

Okuma, yazma, konuşma gibi çeşitli şekillerde verilen bilgiyi anlamayı içeren okuryazarlık becerileri bireyin günlük yaşamını etkilemektedir. Bu beceriler sağlıkla birleştiğinde ise sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmaktadır. 1974 senesinde Simonds tarafından tanımlanarak gündeme gelen sağlık okuryazarlığı günümüzde de önemini korumaktadır. Hastalıkların önlenmesi, gerekli tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulabilmesi gibi konularda sağlık okuryazarlığı ön plana çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yeterli seviyede olmaması toplumsal bir sorun olmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişiler daha sağlıklı yaşam sürmemektedirler. Ayrıca sağlık hizmetlerini anlamakta ve uygulamakta sorunlar yaşamaktadırlar. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişiler sağlık kurumlarına daha sık başvuruda bulunmaktadırlar. Bu durum emek ve zaman kaybına neden olmakta aynı zamanda sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Akdeniz diyeti, 1960'lı yıllarda araştırılmaya başlanmış olan bir beslenme şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavram Güney İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Akdeniz ülkelerinde yaşayan halkın beslenme alışkanlıklarını ifade etmek için kullanılmaya başlanmıştır. Akdeniz diyeti, sağlıklı ve sürdürülebilir diyet çeşitlerinden biridir. Bir insanın bir günde bütün besinleri yiyebilmesi mümkün olmamaktadır. Akdeniz diyeti ise farklı besin gruplarını içermektedir. Böylelikle besin çeşitliliğini sağlamaktadır. Akdeniz diyetinin pek çok hastalığa karşı koruyucu rol oynadığı da bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve beslenme birbiriyle bütündür. Sağlıklı ve kaliteli bir yaşam beslenme ile mümkün olmaktadır.

Literatürde sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyeti ile ilgili yapılmış çalışmalar yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyeti hakkında pek çok çalışma ve anket bulunmaktadır. Yabancı literatürde iki kavramı bir arada inceleyen tek bir çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde ise bu konuyla ilgili bir çalışma yer almamaktadır. Literatürde kadınların sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyetine bakış açılarını inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır.

Buradan hareketle çalışmada Türkiye'nin illerinden biri olan Bayburt'ta yaşayan kadın katılımcılardan elde edilen veriler analiz edilmiştir. Bu bağlamda katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri Akdeniz diyetine bağlılıkları ve arasındaki ilişki araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

Türkiye, Akdeniz'e kıyısı olan ülkeler arasında yer almaktadır. Bu çalışmada ülkenin kuzeyinde bulunan Bayburt ilinde Akdeniz diyetinin beslenmede yer alıp almadığı, Akdeniz diyetine bağlılık ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkisinin olup olmadığının tespit edilmesi araştırılmaktadır. Bununla birlikte demografik özelliklerin sağlık bilgi düzeyine etkisinin olup olmadığı, bu özelliklerin ve demografik özelliklerle Akdeniz diyetine bağlılığı etkileyip etkilemediği de incelenmiştir.

Çalışma toplamda üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık okuryazarlığı, Akdeniz diyeti, Akdeniz Diyet Kalite indeksi gibi kavramlar yer almaktadır. Sağlık kavramı, sağlık okuryazarlığının önemi, Akdeniz diyeti, Akdeniz diyetinin yararları bu bölümde incelenmektedir. İkinci bölümde çalışmada yer alan iki anket açıklanmaktadır. Akdeniz diyeti ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatür çalışmaları da bu bölümde incelenmektedir. Son bölümde ise kadınların sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyeti ile bağlantısı arasındaki veriler analiz edilmiş ve araştırmadan elde edilen bulgular açıklanmıştır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Kavramı ve Gelişimi

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sosyal refahı sağlamak, bireysel özerkliği ve insana onurlu bir yaşam kazandırmak, teşvik etmek ve güvence altına almak, günümüzün ve toplumun temel zorluklarından olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulduğu 1948 yılında sağlık tanımına yer vermesiyle modern sağlık anlayışı resmiyet kazanmıştır. Tanım, tıp ve halk sağlığı alanında Hırvatistan'ın önde gelen akademisyenlerinden ve Dünya Sağlık Örgütü'nün kurucularından biri olan Dr. Andrija Štampar tarafından geliştirilmiştir (Svastalog, Doney, Kristoferrersen, J. ve Gajovic, 2017). Genel olarak kabul edilen sağlık kavramı, “Sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik durumudur” şeklindedir (Svastalog, Doney, Kristoferrersen, J. ve Gajovic, 2017). Bu tanım ilk kez, fiziksel ve zihinsel sağlığa ek olarak, sosyal refahın da genel sağlığın ayrılmaz bir bileşeni olduğunu ortaya koymuştur; çünkü sağlık, sosyal çevre, yaşam ve çalışma koşullarıyla yakından bağlantılıdır. Bu tanıma küresel bir kavram olarak saygı duyan birçok araştırmacı ve teorisyen daha sonra sağlığın işe yarar, pratik ve işlevsel tanımlarının benimsenmesini savunmuştur. 1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü Küresel Stratejisi “2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık”ın kabul edilmesiyle, bu stratejinin temel hedeflerinden biri olan pragmatik sağlık kavramı sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürme yeteneği dolaylı olarak kabul edildi (Svastalog, Doney, Kristoferrersen, J. ve Gajovic, 2017). Sağlık kavramını tanımlamak, politika ve programlar oluşturmak için hayati önem taşıyordu. Sağlığın korunması ve iyileştirilmesi, yaygın kökleşmiş düşüncelyi önemli ölçüde aşmayı başardı (Svastalog, Doney, Kristoferrersen, J. ve Gajovic, 2017). Sağlık kavramı Yunan-Roma tıbbından günümüze kadar olan süreçte pek çok şekilde ele alınmıştır. Her dönemde farklı şekilde ele alınan sağlıkta, hastalıkların iyileşmesi için ise farklı yöntemler bulunmuştur. Antik dönem batı tıbbında hastalık söz konusu olduğunda ilk akla gelen Şifa Tanrısı olmuştur (Jackson, 1999). Daha sonraki dönemlerde büyücüler şifa verici olarak karşımıza çıkmaktadır. İyileştirici rolü en son olarak denetimi elinde tutan doktorlara geçmektedir (Kaplan, 2016).

Sağlıklı olmak kavramı karmaşık bir kavramdır ve geçmişten günümüze her daim bu durum devam etmiştir. Sağlık kavramı kişilerin hastalık deneyimleri ve yaş gibi demografik özelliklerine bağlı olarak, kendi sağlıklarını tanımlama şekline göre değişen bir kavramdır. Birden fazla tanımın bulunması bu nedenledir. Her ne kadar sağlık hizmetleri alınıp satılır olsa da sağlıklı olma hali alınıp satılabilen bir şey değildir. Bu yüzden insanlar sağlıklarına çok fazla önem vermektedirler (Kaplan, 2016).

Sağlık kavramı en eski zamanlardan beri iyi olma durumu veya bir sakatlığın olmaması ile özdeşleşmiştir. Ancak sağlıklı olma durumu beden, ruhsal ve sosyal olarak iyi olmayı ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; fiziksel, psikolojik, sosyolojik olarak iyi olma durumu sağlığın kendisi olmaktadır. Bu tanımda da görüldüğü gibi sağlık öznel bir kavramdır. Sağlık kavramının nesnel olabilmesi için kişinin kendisinin sağlıklı olduğunu hissetmesinin yanı sıra doktor tarafından da sağlıklı olduğunun onaylanması gerekmektedir. Başka bir deyişle tahlilleri iyi olan insan sağlıklı insandır (Bolsoy ve Sevil, 2006; Aytaç ve Kurttaş, 2015).

Tüm dünyanın kabul ettiği bir görüşte sağlığın doğuştan gelen yasal bir hak olduğudur. Bu hak devletin sosyal bir görevidir. Devlet gerek sağlıklı insanları koruma tedbirleri ile gerek ise hastalıkları iyileştirerek bu haktan herkesin yararlanmasını sağlamaktadır. Sağlık kavramının gelişmesinde sadece kişiler tek başına sorumlu olmamaktadır. Sosyal devletin görevlerinden biri de sağlık politikaları oluşturmaktır. Bu amaç doğrultusunda kampanyalar düzenlemek ve eğitim vermekle toplumu bilinçlendirmek gerekmektedir. Kişilerin kendi sağlıklarına karşı sorumluluk almaları, bilinçli olmaları ile sağlanmaktadır (Aygün, 2017).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Kapsamı

Sağlıklı yaşam, sağlığın devam ettirilmesi gibi konularda hizmet ve mal üretimi yapılan, özel veya kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarının tümüne sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlığı korumak ve iyileştirmek adına yapılan tüm girişimlere ise sağlık hizmetleri denilmektedir (Akar ve Özalp, 1998). Sağlık hizmetleri kavramı günlük yaşamda sürekli kullanılan bir kavramdır. Yani sağlık hizmeti denildiğinde akla gelen bir hizmetin sunumu veya hizmetin kendisi olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin İngiliz dilindeki kullanımında sadece kamuya ait sağlık sektörlerinin çalışmaları kastedilmektedir. Ancak Türkçe'de yapılan bütün sağlık faaliyetlerini anlatmak için bu kavram kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü; toplumun ihtiyaçlarına göre hareket ederek, her türlü koruyucu ve tedavi edici sağlık bakım hizmetlerini üstlenen, ülke çapında örgütlü ve kalıcı hale gelmiş sistem olarak

sağlık hizmetlerini tanımlamaktadır (Coskun ve Gulhan, 2017). Amerikan Tabipler Birliği ise toplumun yaşam standardının iyi hala gelmesi için yapılan daimî olarak hizmet şeklinde tanımlamaktadır (Çakır, 2007). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin işleyişinden sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini, “İnsan sağlığına zararlı faktörlerden toplumun korunması, bu etmenlerin yok edilmesi; hastalıkların tedavisi ve kişilerin hem fiziksel hem ruhsal olarak güçlendirilmesi için yapılan hizmetlerdir.” şeklinde tanımlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sağlık hizmetleri kavramı çok geniş bir açıya sahiptir. Sağlık hizmetleri bütün toplumu kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin amaçları arasında sağlığı korumak ve daha iyi hale getirmek vardır. Bu durum sağlık hizmetleri ve toplumu birbirinin ayrılmaz parçası haline getirmektedir. Sağlık hizmetleri, hizmetini herkese sunarken, bir yandan da amacı doğrultusunda hareket etmektedir (Ersöz, 2008).

Sağlığın birden fazla tanımı olduğu gibi sağlık hizmetlerinin kapsamı da birden fazla olmaktadır. Bu yüzden kişilerin beklentisi de değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde bütün bu beklentilere karşılık verebilmek bir amaç haline gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına baktığımızda sağlık hizmet sunucularına yani sağlık personellerine dikkat çekilmektedir. Sağlık, bütün toplumlarda insan için en büyük hazine kabul edilmektedir. Bu yüzden ülkeler belirli kurallar, yasalar ve yürütme için planlar oluşturmaktadır. Sağlık personelleri tüm bu kural ve kanunlara uygun davranmakla yükümlüdürler (Aydoğan, 2015).

Sağlık hizmetlerinde her ne kadar sorumluluk devlette olsa da bireysel sağlık söz konusu olduğunda herkes kendi sağlığından sorumlu olmaktadır. Sağlığın korunması sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde yer almaktadır; ancak kişilerin spor, beslenme gibi alışkanlıklarına dikkat etmesi gerekmektedir. Böylelikle devlete yardımcı olmak ve kişisel sağlığı korumak mümkün olmaktadır (Yılmaz, Saygılı ve Kaya , 2020).

Aile planlaması, kişisel hijyen, erken tanı, düzenli beslenme gibi konular kişiye özel koruyucu sağlık hizmetleri olarak geçmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). İnsan sağlığı için olumsuz olan çevre koşullarının iyileştirilmesi, temiz su sağlanması, gürültü kirliliği de toplumu koruyucu sağlık hizmeti olarak geçmektedir. Burada amaç ucuz ve basit yollarla her şekilde hastalıklardan korunmak ve yaşamı sağlıklı olarak sürdürmektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçları arasında devletin mali yükünü azaltmak ve insan gücü kaybını önlemek yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin kapsamı arasında hastalıkları tedavi etmek de yer almaktadır. Burada hastalığı bir an evvel iyileştirmek amaç olmaktadır. Hastalığın tanısı, eczacılık hizmetleri, gerekirse

yataklı serviste tedavi bu amaç doğrultusunda verilen hizmetler arasında yer almaktadır (Akça Ay, 2013). Bu tedavi türü birkaç şekilde yapılmaktadır:

- İlk olarak acillerde veya sağlık ocağında ayaktan tedavi olarak; hastalar, şikayetlerine karşılık verilen ilaçları alarak iyileşmeyi başlatırlar.
- İkincisi yataklı birimde tedavi; kişiler hastane vb. ortamda tedavilerini olurlar.
- Üçüncüsü ise evde bakım hizmetleri ile tedavi; herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuruda bulunamayacak olan hastalar için sağlık ekipleri evde iyileştirme ve bakım çalışmaları yapmaktadırlar (Akça Ay, 2013).

Sağlık hizmetlerinden beklentiler arasında hastalığın iyileşmesi de yer almaktadır. Hasta olan kişilerin iyileştirilmesi; iyileşemeyenlerin ise rehabilite edilmesi sağlık hizmetlerinin görevleri arasındadır. Rehabilitasyondan amaç; kişilerin kimseye muhtaç olmadan günlük işlerini yürütmeleridir. Tedavi sonucu birey eski yaşamına tamamen dönemezse de eski yaşantısına yakın bir hayat sürmelidir (Aydoğan, 2015). Rehabilitasyon fiziki ve psikolojik olarak iki şekilde yapılmaktadır. Fiziki rehabilitasyon, kaybedilen sağlık fonksiyonunun yerine yenisini koymakla yapılırken; psikolojik rehabilitasyon, bireyin topluma kazandırılması ile olmaktadır (Aydoğan, 2015). Sağlık hizmetlerinin sunumunda dikkat çeken ve onu diğer hizmetlerden ayıran bazı özellikler olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerini başka bir şeyle değiştirmek mümkün olmamaktadır. Söz konusu olan sağlık olduğunda herhangi bir şeyle değiş tokuş edilememektedir. Kişiler mevcut sağlıklarını kaybettiklerinde hızlı bir şekilde iyileşmek istemektedirler ve başka bir şeyle telafi kabul edilememektedir. Başka sektörlerde hizmetin ertelenme imkânı bulunmaktadır. Fakat sağlık hizmeti söz konusu olduğunda genellikle birkaç dakika bile ertelemek mümkün olmamaktadır (Aydoğan, 2015). Sağlık hizmeti çoğunlukla anlık verilen bir hizmet çeşidi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalar hizmetin bedelinin ne olduğu hakkında fikir sahibi değildirler. Alınan hizmetin ederi hakkında bilgi sahibi olmak mümkün olmamaktadır. Sağlıklı yaşam servet olarak görülmektedir. Hastalık durumunda, bu servete kavuşmak için ödenen miktar hakkında fikir yürütmek mümkün olmamaktadır. Verilecek hizmetin içeriğini ve süresini ise hizmeti verenler seçmektedir. Her hastalığın tedavi süresi ve şekli farklı olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetini diğer hizmetlerden ayırmaktadır. Bütün hizmet seçeneklerinde müşteri ne alacağını belirlerken; sağlık hizmetlerinde doktorlar yani hizmeti veren ne vereceğini belirlemektedir. Buna rağmen verilen hizmetin ne kadar veya nasıl sunulacağı önceden kestirilememektedir. Her hastalıkta aynı işlem yapılırsa dahi kişilerin tedaviye vereceği cevap değişmektedir. Bu durum hizmetin süresini kısaltabilmekte veya uzatabilmektedir. Evde veya yataklı kurumda

olup olmayacağı da yine hizmet alana bağlı olarak değişebilmektedir (Aydoğan, 2015). Hizmeti alan kişilerin, verilen hizmeti reddetmesi bir olasılıktır. Diğer hizmet çeşitlerinde görüldüğü gibi kişi hizmeti reddedebilmekte veya verilen hizmetin şeklinin değişmesini isteyebilmektedir. Hasta hastaneye yatmak yerine eve çıkmak isteyebilmekte veya hastalığı tümüyle reddedebilmektedir. Her iki durum daha önce belirtildiği gibi tedavinin süresini veya şeklini uzatabilmektedir. Bu zaman ve emek kaybı açısından istenmeyen bir durum olmaktadır (Aydoğan, 2015). Sağlık hizmetlerinin bazılarının tüm topluma ait olması söz konusu olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetine kamu malı özelliği getirmektedir. Burada kastedilen bir hastalığın tedavisi bulunduğunda artık o tedavinin herkese uygulanma durumu olmasıdır. Sağlık sektörü özel ve tüzel pek çok kurumdan oluşmaktadır. Bazı kurum veya kuruluşlar ticari kar güderken bazıları ise sadece hizmet ve insan odaklı olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin yapısını karmaşıklığa sürüklemektedir (Duyar ve Çavdar, 2022). Hizmet yeterince verilmezse sorunlar ortaya çıkmaktadır. Doğru hastaya, doğru tedavi, doğru zamanda uygulanmazsa hastalığın seyri kötü yönde değişmektedir. Bu durum iyileşmenin sağlanması için daha çok çabayı beraberinde getirmektedir. Bunun yanı sıra da aldığı tedaviyi zamanında ve doğru olarak alamayan hasta çeşitli sorunlara sebep olabilmektedir. Sağlıkta gördüğümüz şiddet haberleri bu durumun neticesinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar alanında uzman kişiler olmaktadır. Doktorundan hemşiresine, eczacısından laborantına kadar herkes belirli bir eğitimden geçtikten sonra hizmet verebilmektedir. Bu kişilerin hepsi birbiriyle bağlantılı olarak hareket etmektedirler. Biri olmadan diğerinin yaptığı iş eksik olmaktadır (Duyar ve Çavdar, 2022). Sağlık hizmeti sunanlar maddi doyumdan çok, manevi doyum için çalışmaktadırlar. Sağlık personelleri pek çok hizmeti bir arada vermektedirler. Bir kişi tedavi uyguladığı sırada bakım ve rehabilitasyonda uygulayabilmektedir. Bu durum sağlık hizmeti sunanların yaptığı işi benzersiz kılmaktadır. Genel olarak sağlık çalışanları verdikleri hizmetten, aldıkları manevi doyum için çalışmaktadırlar (Duyar ve Çavdar, 2022).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımları

Okuryazarlık kavramı 1950’li yıllarda gündeme gelmiştir. Okuryazarlık bilgi ve becerilerden oluşmaktadır. Zaman içinde okuryazarlıkla ilgili birden fazla tanım oluşmuştur (Doğru, 2021). Genel olarak okuryazarlık; alfabedeki harfleri kullanarak

okuyup yazabilme becerisine verilen ad olmaktadır. Okuryazarlık; “Birlikte iletişim kurabilmek için hem yazılı hem sözlü dilin bütün becerilerini kullanmaya yönelik faaliyetlerdir.” denilebilmektedir. Uluslararası Okuma Derneği, “Bugünün şartlarında okuryazar kabul edilebilmek için, bugünün teknolojisine tam anlamıyla hâkim hale gelmek gerektiğini” belirtmektedir. Bir diğer tanımsa, “Bireyin günlük hayattaki sorunlarını çözmesine yardımcı olabilmek veya günlük yaşantısını idame ettirmek için, bilgi ve beceri düzeyini arttırarak okuma yazma, bilgi edinme becerilerinin tümüne sahip olabilmesidir.” şeklinde olmaktadır (Doğru, 2021).

Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü “Belirli bir amaca varmak veya topluma katkı sağlamak için bilgi ve becerilerin yazılı metine dökülmesidir.” olarak okuryazarlığı tanımlamıştır. Bu tanım okuryazarlığın tarihsel, yaratıcı ve estetiksel yönlerine de dikkat çekmiştir (Sezgin Büyükalaca, 2017). Türk Dil Kurumu okuryazarlığı “Okuması yazması olan kişi, öğrenim görmüş birey.” olarak tanımlamaktadır.

İlk zamanlarda isim-soy isim yazabilmek ve imza atabilmek okuryazarlık becerisine sahip olmak için yeterli sayılmaktayken, bilim ve teknolojinin gelişmesi ile okuryazarlık kavramı da farklı algılanmaya başlanmıştır. UNESCO okuryazarlığı bireysel ve toplumsal kalkınma için gerekli hatta zorunlu görmektedir. Buradan okuryazarlığın sosyal yönlerinin de bulunduğunu ve çok yönlü olduğunu söylemek mümkün olmaktadır (Doğru, 2021). Toplum kişinin okuryazarlık düzeyini etkilerken, okuryazar kişi de toplumu etkilemektedir. Okuryazarlık bireyin algılama seviyesini, bakış açılarını değiştiren farklı beceriler kazandıran bir faktördür. 1970’li yıllara geldiğinde okuryazarlık siyasal bir anlam kazanmıştır. Kişinin özgür olması için okuryazarlık önemli bir unsur kabul edilirken; değişen zamanla bir hak olarak kabul edilmiştir. 1985 yılında okuryazarlık temel haklar arasına girmiştir. 2000’li yıllara geldiğinde ise çeşitli projelerle kadın okuryazarlık düzeyi artırılmaya çalışılmıştır (Güneş, 2019). Okuryazarlık bir eylem olarak kabul edilmektedir. Ancak bir insan okuduğunda veya yazdığında, geçmişten gelen bilgilerini de kullanarak, pek çok eylemi gerçekleştirmektedir. Planlamak, düzenlemek, tartışmak, kuralları hayata geçirmek ve bunları uygulamak gibi pek çok eylem okuryazarlığın kendisinde barınmaktadır (Böyter, 2022). İşlevsel okuryazarlık bir toplum için hareketli bir hedeftir. Metin kullanımına bağımlılık, üst düzey kod çözme ve muhakeme becerilerine sahip olma arttıkça başarıya ulaşılmaktadır. Okuryazarlık ve eğitim arasında bağlantı bulunmaktadır. Buna rağmen eğitim düzeyi arttıkça okuryazarlık seviyesinin arttığını söylemek mümkün olmamaktadır. Eğitimi düşük insanların okuryazarlığı yüksek

olabilirken; eğitimi yüksek olanların okuryazarlığı daha düşük olabilmektedir (Wallendorf, 2001).

Okuryazarlık kavramının zaman içindeki değişimi, basit bir imzadan öteye geçmesine neden olmuştur. Görsel okuryazarlık, dijital okuryazarlık, bilinçlendirici okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, aile okuryazarlığı gibi pek çok şekilde çeşitleri çıkmıştır. Medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, siyasal okuryazarlık, tarih okuryazarlığı, tüketici okuryazarlığı gibi birçok türleri meydana çıkmıştır. Bireyin bütün hayatı boyunca kullandığı okuryazarlık çeşitleri yaşam standardını belirlemektedir (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010). Her bir okuryazarlık çeşidinin kendi içinde ayrı tanımları bulunmaktadır.

Okuryazarlık çeşitleri dört ayrı grupta incelenebilmektedir. Bu grupları kısaca inceleyebiliriz:

- Otonom becerileri olan okuryazarlık; okuma yazmaya ek olarak matematik yeteneği de olan kişiler bu gruba girmektedir.
- Uygulamalı/pratikte okuryazarlık; mevcut konuya değişim özelliği olan işlevsel okuryazarlık türüdür.
- Öğrenme süreci olarak okuryazarlık; ömür boyu devam eden, çok fonksiyonlu okuryazarlık çeşididir.
- Metin olarak okuryazarlık; okuryazarlık düzeyi belirli seviyede olan kişilerce yazılan veya okunan okuryazarlık türüdür (Doğru, 2021).

Okuryazarlık türlerinden bir diğeri de sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık becerilerinin sağlıkla birleşmesi ile ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı, pek çok eylemi içinde barındırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, “Kişinin sağlıklı halini devam ettirebilmesi ve geliştirebilmesi; bilgiye ulaşabilmesi, anlaması ve kullanması.” şeklinde sağlık okuryazarlığını tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu “Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki” sözlüğünde bu kavram, “Sağlıklı yaşama teşvik edecek ve bunu devam ettirecek şekilde bilgiye ulaşarak, kullanabilecek motivasyon ve beceriye sahip olmasını belirleyen bütüncül bir kavramdır.” olarak açıklamıştır (Doğru, 2021). Amerikan Tıp Derneği, “Sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için okuyup yazabilme ve matematik yeteneklerinin tümünü kullanabilme becerisi.” tanımını yapmıştır (Şen, 2016). Burada matematik yeteneklerinden kastedilenin ilaç dozu ve hesaplaması olduğu yorumu yapılabilir. Amerikan Tıp Enstitüsü, “Kişinin uygun sağlık kararı verebilmek için, ihtiyacı olan sağlık bilgilerini kullanabilme, işleyebilme, öğrenebilme becerisidir.” şeklinde tanım yapmıştır (JAMA, 1999). Amerikan Tabipler Birliği, “Doktor tarafından verilmiş ilacı almak,

randevu alabilmek, sağlıkla ilgili yazıları okuyabilmek, anlayabilmek gibi bütün becerileri kapsayan yetenek.” biçiminde tanımlamıştır (JAMA, 1999). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalıştayında, “Sağlık okuryazarlığı ve okuryazarlık birbiriyle bağlantılıdır ve hastalıkları önlemek, sağlık hizmetlerinden faydalanmak, sağlığı geliştirmek motivasyonunu, becerisini ve bilgisini içeren bir kavramdır.” şeklinde sağlık okuryazarlığı kavramı geliştirilmiştir. Kanj ve Mitic ise, “Kişilerin yaşamlarını devam ettirebilmek için gerekli olan bilgiyi bulabilme, yorumlayıp, değerlendirme yetisi.” olarak açıklamışlardır (Kanj ve Mitic, 2009). Zarcadoolas ve diğerleri sağlık okuryazarlığı tanımını yaparken, “Sağlıkla ilgili olası riskleri azaltmak, yaşam konforunu artırmak, bireylerin doğru tercihler yapmasını sağlamak için gerekli sağlık bilgisine ulaşabilme, anlayabilme.” ifadelerini kullanmaktadır (Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2005). Sorensen ve diğerleri ise “Okuryazarlık bilgilerini de katarak, gerekli günlük kararları alma, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek için bilgiyi kullanma isteği ve kullanabilme yeterliliği.” şeklinde tanımlamaktadırlar (İşler, 2019). Mancuso, “Sağlık okuryazarlığı kişinin kavrama, yetenek, iletişim becerilerini kapsar ve ölene dek devam eden bir gelişim sürecini içerir.” tanımını yapmıştır (Mancuso, 2008). “Sağlıkla ilgili becerilerden, doğru kararlar almak için bireyin sahip olduğu bütün kabiliyetlerdir.” geliştirilen tanımlardan birisidir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı dışında bazı yazarlar da sağlık okuryazarlığı tanımını yapmışlardır. “Kişilerin bilgiyi alabilme, bu bilgiyi kullanarak kendi sağlığında değişimler oluşturabilme, yaşamlarını konforlu bir şekilde sürdürme çabası ve yetenekleri.” biçiminde tanımlanmıştır. (Bilir, 2014). Sağlık okuryazarlığı hakkında bir diğer tanım da “Kişilerin davranışlarını gerek kendi gerek toplum sağlığı için olumlu yönde değiştirmesi, bilgi birikimine sahip olmaları ve edindikleri bu kültürü başkalarına aktarmalarıdır.” olarak yapan Deniz Sezgin’e aittir (Sezgin, 2011).

Yukarıdaki tanımlara bakarak sağlık okuryazarlığının belirli özelliklere sahip olduğunu ancak birden fazla tanımı olduğunu ve ortak bir tanımı olmadığını söyleyebiliriz. Bu tanımlardan hareketle sağlık okuryazarlığını en geniş manayla “Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlığını koruyabilmesi için bütün becerilerini kullanmasıdır.” şeklinde tanımlamamız mümkündür.

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi

Sağlık okuryazarlığının tanımı 1974 yılında “Health Education as Social Policy”, Türkçe adıyla “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” adlı makale de karşımıza çıkmaktadır. Makalede sağlık sistemi ile ilgili pek çok konu ele alınmaktadır. Sağlık

okuryazarlığı ile ilgili standartlar da yine aynı makalede bulunmaktadır. Bu standartlardan bazıları; sağlıkla ilgili bilgiyi okuyabilme, anlayabilme ve bilgiye uygun bir şekilde hareket etmek şeklinde olmaktadır (Simonds, 1974; Sezgin, 2014). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ilk faaliyetler ise 1950’li yıllarda karşımıza çıkmaktadır. 1950 ve 1970 yılları arasında sadece hamile eğitimi ile sınırlı kalmaktadır. 1970’ten sonra ise eğitim durumunun sağlığa etkisini ölçmek maksatlı çalışmalar yapılmıştır. 1980 yılında sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlansa da sağlık okuryazarlığının ölçümü çalışmaları 1990 yılına kadar yapılmamaktadır. 1990 yılından sonra sağlık okuryazarlığı her alanda incelenmeye başlanmıştır (Doğru, 2021). 1986 yılında “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı”nda sağlığı geliştirebilmek için, sağlık sektörü ile diğer sektörlerin iş birliği içinde olması gerektiği kanısına varılmıştır. Bilimsel bilgilerin topluma ulaştırılması ve bu bilgilerin işlenip, anlaşılması gerekliliğinin üzerinde durulmuştur. Bu konferanstan sonra sağlık okuryazarlığı tekrar gündeme gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili açıklama ve etkinlikler ise ancak 1990’lı yıllarda görülmektedir. 1993’te Nutbeam bilgiye ulaşmayı ve davranışa dönüştürmeyi belirttiği çalışması ile günümüzde yapılan tanımlara kaynak oluşturmuştur (Kanj ve Mitic, 2009). Bu dönemde sağlık harcaması ve sağlıklı yaşam hakkında da çalışmalar yapıldığı bilinmektedir. Avrupa’da 2000’li yıllarda tekrar gündeme gelen sağlık okuryazarlığının bu sefer siyasi bir kavrama dönüştüğü gözlenmektedir (Sezgin, 2014). 2003 yılında Amerika’da yapılan çalışma ile sağlık okuryazarlığı kavramı daha çok gündeme gelmeye başlamıştır. Çalışmanın temeli birey eğitimi ve sağlıklı yaşama teşvik etme ile ilgili araştırmalara dayanmaktadır. Bu dönemde ise sağlıkla ilgili otoritesi olan Dünya Sağlık Örgütü, Tıp Enstitüsü gibi kurumlar yayınladıkları raporlar ve çalışmalar ile sağlık okuryazarlığına dikkat çekmeye çalışmışlardır.

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da eğitim önemli bir faktör olmaktadır. Eğitimli bireyler mesajları doğru bir şekilde alıp uygulayabilmektedirler. Bu durum hastalıkların korunması ve tedavi edilebilmesinde büyük önem arz etmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan insanların gelirinin de iyi olduğu varsayılmaktadır. Bu durum sağlıkla ilgili spor, egzersiz gibi koruyucu etkinliklere katılma oranını da etkilemektedir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin tedavi şekline uymadıkları da bilinmektedir (Bilir, 2014). Eğitim seviyesi düşük olan bireyler herhangi bir hastalık durumunda, krizi yönetmekte zorluk çekmektedirler (Bakery, Parker, Williams ve

Clark, 1998). Bu durum acile başvuru sayısını arttırırken, bazı durumlarda yanlış tedaviye neden olmaktadır. Zaman, maliyet ve emek açısından bakıldığında her şekilde kayıp olduğu gözlenmektedir. Bu durumu küçük bir örnek ile açıklamak gerekirse; şeker hastalığında verilen insülin iğnelerinin kimi zaman yanlış vurulduğu, hastanın bu yüzden şeker seviyesinin yükseldiği gözlenmiştir. Kimi zaman ise hasta ilacını hiç vuramamakta ve acile bunun için gelmektedir. Bu durum acil hasta yükünü arttırırken zaman ve maliyet açısından da kayba neden olmaktadır (Bakery, Parker, Williams ve Clark, 1998). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyler maske kullanımı, el hijyeni gibi kurallara da uymayabilmektedirler. Bu durum sağlıklı yaşam sürdürmeyi zorlaştırmaktadır. Yetersiz öz bakım aynı zamanda kronik hastalıkların sebep olabileceği komplikasyonları arttırmaktadır. Kişinin sağlıkla ilgili doğru kararları alamaması da sağlık hizmetlerini doğru kullanamamasına yol açmaktadır (Alaşık ve Aycan, 2019).

Çalışmalar psikolojik sağlık ve sağlık okuryazarlığı arasında doğrudan bir ilişki tespit etmiştir. Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan insanların psikolojik sağlıklarının daha iyi olduğu gözlemlenirken; düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin psikolojisinin de kötü olduğu belirtilmektedir (Tokuda, Doba, Butler ve Paasche-Orlow, 2009). Sağlık okuryazarlığının en önemli özelliği, kişilerin güçlü kalmasına katkı sağlamasıdır. Sağlıkla ilgili edindiği bilgileri, doğru uygulayabilen kişiler güçlü kalmaktadırlar (Nutbeam, 2000). Egzersiz programları ve doğru beslenme ile ilgili bilgileri kendi hayatına geçirebilen kişiler daha konforlu bir yaşam sürmektedirler. Kişinin sağlık kalitesinin artması, sağlıklı geçirilen zaman dilimini arttırmaktadır (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004). Hastaların, tedavideki riskleri öngörebilmesi, olasılıkların yüzdesel karşılaştırmasının yapılabilmesi, ilaç dozlarının takibinin doğru olması gibi konulara dikkat etmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığında asıl beceri matematiksel kavramları doğru kavrayıp, önemli noktaları anlamaktır (Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2005). Sağlık okuryazarlığına sahip kişiler yararlanabilecekleri sigortaları, eczaneden nasıl ilaç alacaklarını, sağlık personeli ile nasıl iletişime geçeceğini bilmektedirler (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014). Kişilerin sağlıklarıyla ilgili temel bilgiler edinmesi sağlıklarını değerlendirmek açısından önemlidir. Tedavinin kalitesini algılayanın yanında, yarar ve zararlarını, güvenilirliğini anlamak için de yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmak gerekmektedir. Verilen ilacın düzenli kullanılması, test sonucuna ulaşabilme de sağlık okuryazarlığıyla doğrudan bağlantılı olan konulardır.

Son zamanlarda sağlık sisteminde hasta tutumu ele alınmaktadır. Hastaların tedavi sürecine katılması, sağlık hizmetlerinden kolaylıkla faydalanması bu etkileşimle sağlanmaktadır (Koay, Schofield ve Jefford, 2012). Bu etkileşimler sonucu sağlıklı hayatı sürdürebilme yetisi de sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir. Kişiler, sağlık ekipleri ile iş birliği yaparak daha iyi bir yaşam sürdürmektedirler (Liu ve diğerleri, 2020). Bireyler sağlıkta hizmet alırken zaman zaman sınıf ayrımcılığına maruz kalabilmektedirler. Bu durum kişilerin hem davranışlarını hem de bilgi düzeylerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı, bu sorunu çözmede önemli olmaktadır (Schillinger, 2020). Bireylerin reçete olmadan ilaç kullanmaması, antibiyotik tedavisi konusunda ısrarcı davranmaması, kulaktan dolma ilaç almaması ancak bilinçli bireylerle sağlanmaktadır. İlaçların bu şekilde gereksiz kullanımının önüne geçmek, sağlık kuruluşlarının gereksiz meşgul edilmesini önlemek yeterli sağlık okuryazarlığıyla olmaktadır (Liu ve diğerleri, 2020). Zor ve karmaşık yapıdaki hastalıkların gerek önlenmesi gerek teşhis edilmesi gerekse tedavi edilmesinde sağlık okuryazarlığı önemli role sahiptir. Özellikle kanserde erken teşhis hayat kurtarıcı olmaktadır, bu yüzden erken tarama konusunda bilinçli olmak gerekmektedir (Koay, Schofield ve Jefford, 2012). Çocuklar hem okulda hem ailede hem de medya araçları ile sağlık bilgilerini edinmektedirler. Sağlık bilincine erken varan çocuklar, sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek ailelerde görülmektedir. Aileler çocuklarına öğretirken, bir yandan da onları ve kendilerini hastalıklardan korumaktadırlar (Çınar, Ay ve Boztepe, 2018).

Sağlık hizmeti sunanlar genel olarak teknik dil kullanmaktadırlar. Kişiler çoğunlukla bu dili anlayamazlar ancak soru sormaktan da kaçınmaktadırlar. Bu durum tedavinin eksik kalmasına veya yanlış olmasına sebebiyet vermektedir (Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2005). Hastalar kimi zaman eksik kalan bilgileri medyadan veya aileden öğrenmeye çalışmaktadırlar. Yeterli sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olmayan bu kişiler, ortaya çıkan yeni durumda bilgi kirliliğine maruz kalmaktadır. Bu durum çoğunlukla kaygı ve korkuya sebep olurken kimi zamanlarda ölümcül sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük kişilerin aşı gibi koruyucu sağlık hizmetlerini de daha az kullandığı tespit edilmektedir. Yine rutin sağlık kontrollerini de atladıkları bilinmektedir. Her iki durumda hastalıkların önlenmesini zorlaştırmakta ve tedaviyi de güçleştirmektedir. Aynı nedenden dolayı hastaneye yatış oranı da artmaktadır (Bakery, Parker, Williams ve Clark, 1998).

Sağlık okuryazarlığının önemli noktalarından biri de acil durumlarda karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kişiler gerekli acil müdahaleleri yapamamaktadırlar. Hatta bazı kişilerin ambulans dahi çağırmadığı da bilinmektedir

(Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2005). Sağlık okuryazarlığı yüksek kişiler sağlığın sosyal boyutlarına karşı daha hassas davranmaktadırlar. Bu yüzden bu bireyler mevcut durumlarını değiştirmeyi amaçlayan faaliyetlere yönelmektedirler (Nutbeam, 2000). Bir kişiye sağlık açısından okuryazar diyebilmek için, o kişinin işlevsel sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir. Bu da anlamlandırma ve bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etme ile olmaktadır (Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, 2005).

Yapılan çalışmalarda terleme, el titremesi gibi hipoglisemi belirtilerini bilen kişilerin sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek kişiler olduğu bildirilmektedir (Bakery, Parker, Williams ve Clark, 1998). Bununla birlikte mamografiye katılımın az olması, kişilerin kanser taraması yaptırmaması gibi durumlar ise düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkilendirilmektedir (İşler, 2019). Düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip ailelerde nikotin ve alkol kullanımı daha çok görülmektedir. Bu ailelerin çocuklarının büyüdüklerinde alkol ve nikotin kullanma olasılığı artmaktadır (İşler, 2019). Bu kişilerin bu tür bağımlılıkları bırakma olasılığı da daha zor olmaktadır. Bireylerin tedaviye uymaması, verilen yazılı/sözlü talimatlara uygun davranmaması, soru sormaktan utanmaları gibi nedenler belirtilen durumun nedenleri olarak gösterilmektedir (Stewart ve diğerleri, 2014).

Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmayan anneler, bebeklerini altı aydan kısa süre emzirebilmektedirler (DeWalt ve Hink, 2009). Bebeğin memeyi reddetmesi veya bebeğe doğru şekilde memeyi kavratmamak gibi nedenler altı aydan kısa sürede emzirmekte etkili olmaktadır. Annenin işe başlaması ile birlikte doğru sağım yapamaması gibi etkenler de bebeğin erkenden ek gıdaya geçmesine neden olabilmektedir. Bu durumlar bebeklerin doğru şekilde besleme olasılığını ise azaltmaktadır (DeWalt ve Hink, 2009). Bazı annelerse altı aydan sonra ek gıdaya doğru geçiş yapamamaktadır. Örneğin; öğün sayılarını az veya fazla tutabilmektedirler. Her iki durumu önlemek için verilen yönlendirmeleri ise sağlık okuryazarlık seviyesi düşük aileler uygulamakta zorlanmaktadırlar.

Sağlık okuryazarlığının stres üzerinde de olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Egzersiz, nefes çalışmaları, yoga vb. etkinliklerle stres seviyesi kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça bu tür faaliyetlere katılım artmakta, böylelikle de stres kontrol altına alınabilmektedir (Sezer ve Kadipoğlu, 2014).

Sağlık okuryazarlığının düşük olmasında birden çok etken bulunmaktadır. Yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum gibi sosyo-demografik özellikler bunlardan bir tanesidir. Sağlık okuryazarlığı kadın ve yaşlılarda önemli bir kavramdır ancak; yaşlılarda, kadınlarda, evli olmayanlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir

(Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman ve Rudd, 2005). Göçmenlik, dil farklılığı gibi okumayı ve kavramayı güçleştiren kültürel etkenler de düşük sağlık okuryazarlığının bir etkeni olmaktadır (Chiarelli, 2006).

Kişilerin hastalıkla ilgili bilgiye sahip olmaması, geçmişten gelen inanışlar gibi psiko-sosyal durumlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olmasına sebep olmaktadır. İşitme, görme gibi temel becerilerin eksikliği, fiziksel veya bilişsel yeteneklerin azalması gibi kişisel faktörler de sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektedir (İşler, 2019). Hastalığın şiddeti, süresi de sağlık okuryazarlığını olumsuz etkileyen bir diğer neden olmaktadır. Karmaşık tedavilere maruz kalmak, ortaya çıkan komplikasyonlar, başka hastalıkların eklenmesi gibi durumlar sağlık okuryazarlığına etki etmektedir (İşler, 2019).

Sağlık okuryazarlığı konusunda Nutbeam eğitime dikkat çekmiştir. Onun bahsettiği eğitim deneyim, çevre, sosyal yaşantı gibi verilerle elde edilen eğitim olmaktadır. Nutbeam bazı çalışmalarının ardından sağlık okuryazarlığını sınıflandırmıştır (Nutbeam, 2000). Dar bir çerçevede yapılan sınıflandırma, sağlık okuryazarlığı sınıflandırması için temel oluşturmaktadır. Birinci grup İngilizce adıyla “functional literacy” denilen işlevsel sağlık okuryazarlığıdır. Burada, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanılacağı, sağlığın nasıl korunacağı gibi temel bilgiler yer almaktadır (Nutbeam, 2000). Toplum sağlığı açısından bu önemli bir gruptur. Bireylerin sağlıklı yaşamı sürdürmesi açısından da oldukça fayda sağlamaktadır. İkinci grup, etkileşimsel sağlık okuryazarlığı olmaktadır. Burada kişilerin bilgi birikim düzeylerinin artması beklenirken, sağlıkları için gerekli davranışlarda bulunmaları istenmektedir (Nutbeam, 2000). Bu grup bireyseldir. Kendi sağlıkları için daha çok uğraş vermektedirler. Üçüncü ve son grupsa eleştirel sağlık okuryazarlığı grubudur. Bireyselden öte toplumsaldır. Sosyolojik ve politik olarak gelişim sağlamaktadırlar. Yapılan sağlık politikalarına veya insanların sağlık davranışlarına eleştirel bakmaktadırlar (Doğru, 2021). Bir önceki sınıf medyadaki bilgileri alıp okurken, bu sınıftakiler bilgilerin doğru uygulanıp uygulanmadığını gözlemlemektedirler. Bu sınıftakiler kendilerinden çok topluma kazanç sağlamaktadırlar. Devletler, vatandaşlarının bu okuryazarlık seviyesine gelmeleri için çaba harcamaktadır.

Yukarıdaki açıklamalarda da görüleceği gibi bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlıkla alakalı alacakları kararları da etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde hatalı karar alma olasılığı artarken, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde bu olasılığın düşmesi beklenmektedir. Benzer şekilde sağlıklı beslenme konusunda da sağlık okuryazarlığının önemi ortaya çıkmaktadır. Bireylerin sağlık

okuryazarlığı seviyesi beslenme konusunda alacakları kararları da etkileyebilmektedir. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde beslenme ve diyet konuları ele alınarak özellikle sürdürülebilir diyet modellerinden Akdeniz diyeti ve KIDMED indeksi detaylı açıklanmaya çalışılacaktır.

2.3. Akdeniz Diyeti ve Beslenme

2.3.1. Akdeniz Diyeti ve Sağlıklı Beslenme

İnsanın gerek büyüme ve gelişmesi gerek ise sağlıklı yaşayabilmesi için ihtiyaç duyduğu besinleri gerekli miktarda alması ve bu besinlerin vücutta kullanılmasına beslenme denilmektedir (Alphan, 2013). Başka bir deyişle beslenme, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için, ihtiyacı olan besin öğelerini alıp kendi vücutunda kullanması durumudur. Kişinin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik faktörleri dikkate alınarak gereksinim duyduğu tüm besin öğelerinin gerekli miktarda karşılandığı, posa içeriğinin yüksek, yağ içeriğinin ideal oranlarda olduğu bir beslenme modeline ise sağlıklı beslenme denmektedir (Kafeshani, Janghorbani ve Salehi, 2015). Söz konusu olan besin öğeleri vücuda yeteri kadar alınmaması durumunda yeterli enerji oluşmadığı için yetersiz ve dengesiz beslenme meydana gelmektedir. Ters durumda, fazla besin tüketiminde ise vücutta yağ olarak birikmekte dengesiz beslenme ve obezite durumu ortaya çıkmaktadır (Baysal ve diğerleri, 2016). İyi beslenmeme sonucunda büyüme ve gelişme sağlanamamaktadır. Bu durum aynı zamanda pek çok hastalığın da davetçisi olmaktadır (Alphan, 2013). Bireyler kaliteli ve huzurlu bir ömür geçirememektedirler ve bazı durumlarda kronik hastalıklarla savaşmak zorunda kalmaktadırlar. Yetersiz beslenme birçok hastalık oluşumuna doğrudan (beriberi, skorbut, kansızlık, raşitizm vb.) etkili olmaktadır. Enfeksiyöz hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyon, obezite, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarına ise dolaylı olarak etki etmektedir. Yeterli ve kaliteli beslenemeyen toplumlarda kanser, obezite, kalp damar hastalığı, tip 2 diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıklarda artış görülmektedir (Dalgıç, 2018).

Beslenme, besini tüketen canlı ile tüketilen besin arasındaki etkileşimi kapsamı içerisine alan bir bilim dalı olma özelliğini barındırmaktadır (Kalaycı, 2022). Bu bilim dalı; tüketilen besinler, besinlerin içerikleri, besinler arası etkileşim, vücut içerisindeki işlevlerin değerlendirilmesi gibi faktörlerle ilgilenmektedir. Diyetetikse, sağlığın bozulduğu durumların önüne geçilmesi veya tedavisinin gerçekleştirilmesinde besinlerin aldığı rolü incelemektedir (Merdol, 2016). Metabolizma ve vücut içerisindeki

denge durumunu ifade eden homeostazın sürdürülmesi, vücudun dışarıdan enerji alabilmesine bağlı olmaktadır. Yaşamı sürdürebilmek, sağlıklı olma halini koruyabilmek, büyümek, olgunlaşmak ve üreyebilmek gibi pek çok faaliyetin gerçekleşebilmesi için enerjiye ihtiyaç duyulmaktadır. Vücut bu enerjiyi, besinlerin içerisinde bulunan karbonhidrat, yağ ve protein gibi besin ögelerinden sağlamaktadır. Yeterli düzeyde besin ögesi alımını mümkün kılan besinlerin doğru birleşimlerle tüketilmesi önemli olmaktadır (Kalaycı, 2022).

Bitkisel bazlı beslenme çeşitleri genel anlamda sağlıklı bulunmaktadır. Vejetaryen diyet, Akdeniz diyeti gibi birçok bitki temelli beslenme çeşidi literatürde yer almaktadır (Kafeshani, Janghorbani ve Salehi, 2015). Araştırmamızın konusu içerisinde yer alan Akdeniz Diyeti, günümüzde izlenen beslenme örüntüleri arasında sağlık için sunduğu avantajlar ile ön plandadır. Sürekli önerilen sayısız sağlıklı diyet modeli olmasına rağmen Akdeniz diyeti, sağlıklı diyet modelleri içerisinde niteliksel olarak en üstün beslenme modeli olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.3.2. Sürdürülebilir Diyet Çeşitleri

Dünyanın bir kısmı açlıkla savaş verirken diğer kısmı obeziteyle bir mücadele içindedir. Her iki sorunun da çözümü sürdürülebilir diyetle görülmektedir. Gıdaların üretiminden tüketimine kadar geçen bütün süreçler çevreye ve insan sağlığına duyarlı olmalıdır (Baygut, 2022). Sürdürülebilir diyetler, yeterli ve dengeli beslenmeyi amaçlamaktadır. Bu şekilde hem halk sağlığını korumak hem de ulaşılabilir ve uygun fiyatlı yiyeceklerle ekonomiyi desteklemek hedeflenmektedir. Yararlı ve sürdürülebilir diyet yoğun enerjili, işlenmiş pakette gıda tüketimini en aza indirmektedir. Hayvansal gıdalar daha az yer alırken, bitkisel gıdalar daha fazla yer almaktadır (Baygut, 2022). Dünyanın dört bir yanındaki ülkelerde, yerel olarak mevcut gıdayı destekleyen, pratik, sürdürülebilir ve sağlıklı teşvik eden, beslenme kurallarına dayanan dengeli beslenme ve tipik önleyici politikalar izlenmektedir. Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), gıda üretiminin 2050 yılına kadar en az %60 artacağını öngörmektedir, artan küresel nüfusa yeterli gıda sağlanırken, gelecek nesiller için doğal kaynakları korumak gibi amaçlar için gıda üretimi ve tüketiminde radikal değişikliklere ihtiyaç duyulmaktadır (Krzniarć, Karas, Vranešić ve Ljubas, 2021).

Literatürde birden fazla diyet çeşidi bulunmaktadır. Ancak sürdürülebilir ve genel kabul görmüş belli başlı diyet çeşitleri aşağıda açıklanmıştır. Araştırmanın temelini oluşturan Akdeniz diyeti ise detaylı olarak incelenmiştir.

2.3.2.1. Nordik Diyet

Diğer adı İskandinav diyeti olarak bilinmektedir. Danimarka, Norveç, İsveç, Finlandiya, Grönland ve İzlanda ülkelerinin geleneksel beslenme biçimlerine dayanmaktadır. Kuzey Avrupa’da Akdeniz diyetinin getirdiği lezzet farklılığı ve çeşitli gıdalara ulaşmanın zorluğu gibi birtakım güçlükler sebebiyle Nordik diyet ortaya çıkmıştır. Mevsimsel ve yerel gıdalara ağırlık verilirken, lezzet ve yerel yemek kültürü bu diyetle ön planda tutulmaktadır. Bahsedilen bu durum sürdürülebilirlik ve sağlık açısından önemli olmaktadır (Söğüt ve Cangöl, 2020). Öte yandan Akdeniz diyetine alternatif olarak oluşturulan Nordik diyet onunla aynı özelliklere sahiptir. Bölgede doğal olarak yetişen çilek ve yaban mersini gibi meyveleri daha çok içermesi, zeytinyağı yerine kanola yağı tercih edilmesi gibi özelliklerle Nordik diyet, Akdeniz diyetinden ayrılmaktadır (Söğüt ve Cangöl, 2020). Nordik diyet yeni bir diyet olması ile birlikte yapılan çalışmalar azdır. Ancak gerek doygunluk gerekse ağırlık kontrolü açısından Akdeniz diyeti ile arasında fark olmadığı gözlemlenmiştir (Söğüt ve Cangöl, 2020).

2.3.2.2. Japon Diyeti

Yerel yiyecekleri temel alan bir diğer diyet ise 2013 yılında UNESCO tarafından Somut Olmayan Kültürel Miras listesine eklenmiş Japon diyetidir. Geleneksel bir diyet olmakla birlikte bir kültürü temsil etmektedir (Yüksel ve Özkul, 2021). Soya fasulyesi, deniz yosunu bu diyetle öne çıkmaktadır. Diyetin farklı bir özelliği de buharda pişirmeye önem vermesidir. Bu diyeti diğer diyetlerden ayıran iki önemli özellik daha bulunmaktadır. Malzemeye uygun materyal seçmek ve malzemeye uygun pişirme tekniğini kullanmak. Japonlar her iki kısımda da özenle davranarak yemeklerini hazırlamaktadırlar (Yüksel ve Özkul, 2021). Japonya ortalama yaşam süresinin uzunluğu ve beden kitle indeksinin düşüklüğü ile bilinmektedir. Her iki durumda beslenme biçimlerinin yararlarına dayandırılmaktadır. Ayrıca bu beslenme modelinin kronik hastalıklara ve kansere karşı koruduğu da bilinmektedir (Yüksel ve Özkul, 2021).

2.3.2.3. Vejeteryan ve Vegan Beslenme

Vejetaryen beslenme; et, tavuk, yumurta, deniz ürünleri veya bu yiyecekleri içeren ürünleri içermeyen diyet olarak tanımlanmaktadır. Vejetaryen bir diyet, tüm besinler için mevcut önerileri karşılamaktadır. Bazı durumlarda takviyeler veya zenginleştirilmiş gıdalar, önemli besin maddelerinin yararlı miktarlarını sağlayabilmektedir (Craig ve Mangels, 2009). Uygun şekilde planlanmış vejetaryen diyetleri sağlıklıdır, besin

açısından yeterli olmaktadır. Belirli hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde sağlık için önemli yararlar sağlayabilmektedir. İyi planlanmış vejetaryen diyetler; hamilelik, emzirme, bebeklik, çocukluk ve ergenlik dahil olmak üzere yaşam döngüsünün tüm aşamalarındaki bireyler ve sporcular için uygun olmaktadır. Vejetaryenler ayrıca vejetaryen olmayanlara göre daha düşük yoğunluklu kolesterol düzeylerine, daha düşük kan basıncına ve tip 2 diyabet oranlarına sahip olmaktadır. Ayrıca vejetaryenlerin vücut kitle indeksi daha düşüktür ve genel kanser oranları da daha düşük olmaktadır. Kronik hastalık riskini azaltabilecek vejetaryen beslenmenin özellikleri arasında doymuş yağ ve kolesterol alımının daha düşük olması ve meyve, sebze, tam tahıllar, kabuklu yemişler, soya ürünleri, lifin daha yüksek alımı yer almaktadır (Craig ve Mangels, 2009).

Vejetaryenlerin yeme alışkanlıklarına göre aldıkları isimler ve beslenme biçimleri oldukça farklılık göstermektedir. Lakto-ovo vejetaryen beslenme modeli yumurta hariç hayvansal gıda barındırmazken; vegan veya tam vejetaryen beslenme düzeni yumurta dahil hayvansal besin içermez. Vejetaryenler arasındaki diyet uygulamalarının değişkenliği, diyet yeterliliğinin bireysel değerlendirmesini önemli kılmaktadır. Diyet yeterliliğini değerlendirmenin yanı sıra, gıda ve beslenme uzmanları, vejetaryenleri belirli besin kaynakları, gıda satın alma, hazırlama ve ihtiyaçlarını karşılayacak diyet değişiklikleri konusunda eğitmede de kilit rol oynamaktadır (Craig ve Mangels, 2009).

2.4. Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyetini tanımlamadan önce Akdeniz bölgesi ile neyi kastettiğimizi anlatmamız çalışmanın kapsamı ve sınırlılıkları açısından yerinde olacaktır. Akdeniz bölgesi; Güney İspanya'yı, Cebelitarık Boğazı'nı ve Fas'ı, Akdeniz'e sınırı olan tüm ülkeleri kapsamaktadır (Cloutier ve Adamson, 2009). Bu uç noktaların arasında tamamı Akdeniz'de olan ancak her biri kültür ve karakter açısından farklı veya daha başka bir ifadeyle her biri benzersiz bir coğrafyaya sahip olan Avrupa, Orta Doğu ve Afrika ülkelerinin geniş bir örneği yer almaktadır. Güney Fransa, İtalya, Eski Yugoslavya; Arnavutluk, Yunanistan ve Türkiye; Ortadoğu ülkeleri Suriye, Lübnan ve İsrail, Mısır, Libya, Tunus, Cezayir söz konusu olan ülkeler arasında olmaktadır. Elbette bu kadar geniş bir ülke ve kültür yelpazesi, aynı derecede geniş bir yiyecek yelpazesine sahip olmaktadır. Her ne kadar Akdeniz'e kıyısı olan her ülke kendine özgü mutfak özelliklerine sahip olsa da bölgede pek çok ortak ve karşılıklı olarak etkilenen çok sayıda malzeme, yemek tarifi ve pişirme tekniği bulunmaktadır. Örneğin; makarna, İtalya'da ziti, Fas'ta kuskus olarak yapılmaktadır; isim değişikliği ile birlikte pişirme

teknikleri farklılıkları da bulunmaktadır. Tabii ki her yerde bulunan zeytinyağı, deniz tuzu, makarnalık buğday ve en canlı, taze ve karşı konulamaz sebze ve meyveler Akdeniz ile karakterize tatlardır (Cloutier ve Adamson, 2009). Akdeniz bölgesinin beslenmesi binlerce yıldır gelişmeye devam etmektedir. Bölgenin tarihi, kendine özgü çok çeşitli iklimi ve denizin yaygın etkisiyle birleşerek, bölgeyi şekillendirmiştir (Cloutier ve Adamson, 2009). Akdeniz diyeti, Ancel Keys'in çalışması sayesinde uluslararası alanda tanınırlık kazanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerdeki mevcut beslenme kılavuzlarının orijinal prototipi olarak oluşturulmuştur (Willet ve diğerleri, 1995). Akdeniz diyeti, yetişkin yaşam beklentisinin oldukça yüksek olduğu 1960'ların başlarında Yunanistan ve İtalya'nın belirli bölgelerine özgü beslenme kalıplarını yansıtmaktadır. O dönemde diyetle ilişkili kronik hastalıkların oranları düşüktü (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021).

ABD'de, Akdeniz diyetinin tatmin edici tatlarının ve dolayısıyla yüksek kabul edilebilirliğinin, 20. yüzyılın başlarından bugüne kadar geçen sürede, taze sebze, meyve, tahıl ve zeytinyağı tüketiminin artırılması gibi diyet iyileştirme fırsatları sağladığı belgelenmiştir (Haber, 1997). Yunanistan, İtalya ve İspanya'dan Amerika Birleşik Devletleri'ne göç eden önemli nüfus, Akdeniz diyetinin ABD'de daha fazla tanınmasına katkıda bulunmuştur. Şu anda, sağlıklı Akdeniz tarzı beslenme modeli, "Amerikalılar için Beslenme Kılavuzunun" 2020-2025 versiyonunda, önceki sürümlerle uyumlu olarak yer almaktadır; çünkü bu sağlıklı ABD tarzı diyet modelinin bir varyasyonu olarak kabul edilmektedir (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Akdeniz'de beslenme genellikle sebze, meyve, tam tahıl, kabuklu yemişler ve tohumlar dahil olmak üzere bitki bazlı gıdalar üzerine kurulmuştur. Bu besinler antioksidanlar, önemli miktarda lif, vitaminler ve mineraller ile sağlamaktadırlar. Sağlıklı lipitler, özellikle zeytin, fındık ve yağlı balıklardan (somon ve sardalye gibi) elde edilenler olmak üzere, bu diyetin bir diğer önemli besinsel faydasıdır. Bu kaynakların tümü kalp sağlığına yararlı tekli doymamış yağ bakımından zengindir ve genellikle yağlı etlerde ve peynirde bulunan doymuş ve trans yağların yerine kullanılmaktadır. Genellikle kırmızı ette bulunan doymuş yağların alımı da düşük olurken, orta miktarda balık ve kümes hayvanları ve daha düşük seviyelerde kırmızı et tüketilmektedir. Süt ürünleri de orta derecede tüketilmektedir. Ayrıca, yiyeceklere tat vermek için tuzdan ziyade baharatlar ve şifalı bitkiler yaygın olarak kullanılırken, yemeklerde ve taze meyve şeklindeki tatlılarda orta düzeyde kırmızı şarap tüketimi alışkanlık olarak kabul edilmektedir (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021).

Akdeniz diyetinde otlar ve baharatlar kilit öneme sahiptir. Fesleğen, Güney Fransa ve İtalya kökenlidir. Kekik, Akdeniz’de yabani olarak yetişir ve yemek pişirmenin temelini oluşturmaktadır. Kişniş hem Güney Avrupa’da hem de Orta/Uzak Doğu’da bulunmuştur. Frenk soğanı, soğan ailesine aittir; ancak soğandan daha hafiftirler. Rezenenin kökeni Akdeniz’dir. Soğan, diğer lezzetleri zenginleştirdiği için Akdeniz mutfağında oldukça popülerdir. Nane, Doğu Akdeniz yemeklerinde kullanılmaktadır. Yunan mitolojisine göre nane kelimesi, Plüton tarafından sevilip nane bitkisine dönüştürülen Yunan perisi Minthe’den türemiştir. Diğer popüler otlar ve baharatlar arasında tarçın, karanfil, defne yaprağı bulunmaktadır. Kullanılan tüm baharatlar ve şifalı bitkiler, sağlık açısından önemli faydalar sağladığı kanıtlanmış fitokimyasallar ve biyoaktif bileşiklerin köklü, zengin kaynaklarıdır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Zeytin ve zeytinyağı Akdeniz kültürü ve diyetinin merkezinde yer almaktadır. Zeytin ağacının düzenli ekimine ilk kez M.Ö. 3500 yıllarında (Girit Adası) başlayan Yunanistan olmuştur (Conti, Lippi ve Gensini, 2004). Zeytin ağacı Antik Yunan’da merkezi bir semboldü ve zeytinyağı yalnızca değerli besin kalitesi nedeniyle değil aynı zamanda tıbbi ve dini amaçlarla da kullanılıyordu. Olimpiyat oyununu kazanana zeytin ağacı dalı ile birlikte zeytinyağı da verildi. Zeytinyağı özellikle E vitamini, polifenoller ve demir açısından zengindir (Minelli ve Montinari, 2019). Oksidasyonu önlemek ve lezzetini arttırmak için zeytinyağına pek çok bitki ve baharat eklenebilir. Balık ve deniz ürünleri, zeytin ve zeytinyağı, şarap ve çeşitli etler (domuz eti, keçi, koyun ve sığır eti gibi) için depolama, tuzlama ve/veya baharatlama dahil olmak üzere çeşitli gıda koruma uygulamaları hakkında pek çok bilgi bulunmaktadır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Akdeniz diyeti, Dünya üzerinde uygarlığın ilk günlerinden bu yana, karakteristik iklim ve karalarla çevrili kapalı bir deniz çevresinde yerleşmiş bir coğrafyada insanlar tarafından geliştirilen ve benimsenen, beslenmeyi de içeren ancak bununla sınırlı olmayan bir yaşam biçimi olarak ele alınmaktadır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Akdeniz diyeti, benzersiz bir yeme ve yemek pişirmeyi de temsil etmektedir. Akdeniz diyeti oldukça sağlıklı bir beslenme şekli olarak önerilmektedir. Bu bağlamda Akdeniz diyeti 2013 yılında İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası Temsili Ülkeler Listesi’ne yazılmıştır: Yunanistan, İtalya, İspanya, Fas, Kıbrıs, Hırvatistan, Portekiz. Akdeniz diyeti; mahsuller, hasat, balıkçılık, hayvancılık, koruma, işleme, pişirme ve özellikle gıdanın paylaşılması ve tüketimi ile ilgili bir dizi beceri, bilgi, ritüel, sembol ve geleneği içermektedir. Örneğin birlikte yemek yemek, Akdeniz havzasındaki toplulukların kültürel kimliğinin ve devamlılığının temeli olmaktadır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Akdeniz bölgesi, antik çağlara kadar uzanan geniş yemek

geleneklerinin zengin bir tarihi ile karakterize edilmektedir. Zeytin ağaçları bölgede yetiştiğinden ve geliştiğinden, yemek geleneğinin merkezinde zeytin ve zeytinyağı yer almaktadır. Bölgedeki diğer ortak unsurlar çoğunlukla tahıllar, kuruyemişler, fasulye ve çok çeşitli meyve ve sebzeler gibi bitki bazlı olmaktadır. Deniz ürünleri ve hayvansal ürünlerin (et, süt ürünleri, yumurta) kullanımı büyük farklılıklar göstermektedir. Bu gıda maddelerinin bir kısmının veya tamamının birlikte tüketilmesi, yaygın olarak başvurulan Akdeniz diyetini oluşturmaktadır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Tarımsal üretim, ekonomi, kültür, etnik köken ve dindeki farklılıklar, ülkeler arasında tüketilen Akdeniz diyetinin çeşitliliğine yol açmaktadır. Örneğin, Yunanistan ve Güney İtalya'da zeytinyağı ana yemeklik yağdır, ancak tereyağı veya domuz yağının yemek pişirmek için kullanıldığı Fransa veya Kuzey İtalya'da bu geçerli değildir; zeytinyağı çoğunlukla salatalarda kullanılmaktadır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021).

Bugün Akdeniz diyeti olarak bildiğimiz kavram modern bir kavramdır. Bu, 1950'li ve 1960'lı yıllarda Girit adasında ve Güney İtalya'da gözlemlenen bir olay insanları Akdeniz diyetini araştırmaya yönlendirmiştir. O dönemde bu bölgelerde olağanüstü bir şeyler oluyordu. Sınırlı tıbbi hizmetlere rağmen, bu popülasyonlar arasındaki kronik hastalık oranları dünyadaki en düşük oranlardaydı ve bu bölgedeki insanlar yetişkin yaşam beklentisi en yüksek olanlar arasındaydı. Amerikalı fizyolog Ancel Keys, Yedi Ülke Araştırması'nda insanların yedikleriyle düşük hastalık ve ölüm oranları arasındaki bağlantıyı tespit ederek Akdeniz diyetinin sağlık açısından faydalarını gün ışığına çıkardı ve modern bilim camiasının dikkatini çekti (Trichopoulos, 2002). Akdeniz diyeti, birkaç yıl sonra, 1993 yılında Cambridge, Massachusetts'te (ABD) yapılan bir konferanstan sonra, diyetin modern tavsiyelerinin 'MedDiet Piramidi'olarak adlandırılan bir piramit grafiğiyle görsel olarak temsil edilmesiyle halk tarafından yaygın olarak tanındı. 1960'ların başındaki Akdeniz diyeti genel özelliklerle tanımlanabilir; bol miktarda bitkisel besin (meyve, sebze, ekmek, diğer tahıl türleri, patates, fasulye, kabuklu yemişler ve tohumlar); minimum düzeyde işlenmiş, mevsimsel olarak taze ve yerel olarak yetiştirilen gıdalar; tipik günlük tatlı olarak taze meyve, haftada birkaç kez tüketilen konsantre şeker veya bal içeren tatlılar; yağın ana kaynağı olarak zeytinyağı; günlük olarak düşük ila orta miktarlarda tüketilen süt ürünleri (çoğunlukla peynir ve yoğurt); düşük ila orta miktarlarda balık ve kümes hayvanları; düşük miktarlarda kırmızı et. Gözlemlenen bu diyet özellikle doymuş yağ açısından düşükken, toplam yağ alımı, değerlendirilen coğrafi bölgeye bağlı olarak toplam kalori alımının %20'sinden azıyla %35'inden fazlasına kadar geniş bir aralıkta

değişiyordu. Bu noktada fiziksel aktivite dikkate alındı ve Akdeniz diyetine ek olarak fiziksel hareketliliğinde üzerinde duruldu (Menotti ve Puddu, 2015).

Modern Akdeniz diyeti piramidi günlük, haftalık ve aylık tüketilmesi gereken gıdaların türlerini ve sıklığını önermektedir. Meyveler, sebzeler, tahıllar, zeytinyağı, fasulye, kuruyemişler, baklagiller, tohumlar, otlar ve baharatlar her öğünün temel alınması gereken besinleridir. Balık ve deniz ürünleri haftada en az iki kez sık sık tüketilmektedir. Kümes hayvanları, yumurta, peynir ve yoğurt günlük veya haftalık olarak orta porsiyonlarda tüketilmektedir. Et ve tatlılar daha az yer almaktadır. Gıdalardan alınan enerji alımı ile günlük fiziksel aktivite yoluyla enerji çıkışı arasında denge kurulmasını vurgulanır. Porsiyon boyutları, her besinden ne kadar tüketilmesi gerektiği bireysel ihtiyaçlara göre ayarlanmalıdır. Tek bir besin ya da besin maddesine vurgu yapılmak yerine bir bütün olarak beslenme düzeni sağlanır. Belirli besin öğelerinin veya gıdaların vurgulandığı veya çıkarıldığı kısıtlayıcı bir diyet değildir. Besinlerin niceliğinden ziyade kalitesi vurgulanmaktadır; doymamış yağlar ile doymuş yağlar, tam yağlar ile rafine edilmiş karbonhidrat veya şeker yer değiştirmektedir. Çeşitlilik, lezzet ve tokluk sunarak takip etmeyi kolaylaştırmaktadır. Sağlığı geliştiren mikro besin ve antioksidan içeriğini en üst düzeye çıkarırken, işlenmiş gıdalara karşı doğal gıdaları da teşvik etmektedir (Simopoulos, 2001). Son olarak, Akdeniz diyeti kavramı, günlük işleri yaparak fiziksel aktiviteyi ve güçlü bir topluluk duygusunu içermektedir. Yaşam tarzının bu yönleri doğrudan diyetle ilişkili değildir ancak sağlığı bütünsel olarak destekleyen bir yaşam tarzı olarak Akdeniz paradigmasını tamamlamaktadır (Şekil 1.).



Şekil 1. Güncel Akdeniz diyet piramidi (Serra-Majem ve diğerleri, 2020).

2.4.1. Akdeniz Diyetinin İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Akdeniz diyeti ile daha düşük kan kolesterolü arasında olumlu ilişkili olduğu ve koroner kalp hastalığı görülme olasılığının daha az olduğu bilinmektedir (Minelli ve Montinari, 2019). Ancak Akdeniz diyeti sadece kolesterol düşürücü bir diyet değildir, aynı zamanda birçok başka faydalı özelliğe de sahiptir. Yapılan gözlemsel çalışmalar aynı zamanda Akdeniz diyetinin hastalıklara karşı koruyucu rolünü de onaylamaktadır (Dinu, Pagliai, Casini ve Sofi, 2018). Trombotik inme sıklığı ve toplam mortalitenin az olduğu da bilinen bir gerçektir. Ayrıca Akdeniz diyetinin diyabet, meme ve kolorektal kanser ile ters ilişkili olduğu da rapor edilmiştir (Sánchez-Sánchez ve diğerleri, 2020). Araştırmada bu durumun nedenleri olarak sızma zeytinyağı ve kuruyemişlerin sağlık açısından faydalarına vurgu yapılmaktadır. Obezite genetik bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkabilen kronik bir hastalıktır. Bunun dışında dengesiz beslenme, hareketsiz yaşam tarzı, psikolojik sorunlar ve daha birçok faktörde etkili olmaktadır. Pek çok ülkede görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Obezite koruyucu sağlıkta büyük önem taşımaktadır. Diyetteki olumlu değişikliklerin obezite oluşumunu önlemede etkili olacağı belirtilmektedir. Ayrıca obezite oluşmuşsa yönetiminde önemli adımlar atılabilmektedir. Uygun beslenme modeline uyum ile obezite engellenebilmektedir (Wiechert ve Holzapfel, 2022).

İspanya’da PREDIMED klinik araştırması kapsamındaki çeşitli alt çalışmalar sonucunda şu bulgulara ulaşılmıştır; Akdeniz diyetine bağlılıkla, daha düşük bir inflamasyon seviyesi elde edilmektedir (Ruiz-Canela, Zazpe ve Shivappa, 2015). Toplam beden kitle indeksi, ağırlık, bel çevresi düşük olmaktadır. Kan basıncına da olumlu etki yaptığı bilinmektedir (Babio, Toledo ve Estruch, 2014). Ayrıca yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL kolesterol) seviyelerinde artış gözlemlenmiştir. Yani Akdeniz diyeti kolesterolle de ters orantılıdır. Akdeniz diyetine uyumun yetersiz olduğu durumlarda, obez nüfusun oranında ve tıbbi harcamalarda artış görülmektedir. Batı kültürüne özgü beslenme günümüzde özellikle genç nesiller arasında oldukça belirgindir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, Akdeniz diyetine uyumu düşük olan çocuklar, diğerlerine göre daha obezdir. Genç yaşlardan itibaren daha fazla balık ve sebze içeren Akdeniz diyetini takip edenler genellikle kendilerini daha çok sağlıklı kılmaktadırlar (Martínez-González ve diğerleri, 2008). Metabolik sendrom bazı hastalıkların kombinasyonu ile ortaya çıkan ciddi bir durumdur. Bel çevresinin ideal aralıktan geniş olması, kolesterol, hipertansiyon ve bozulmuş açlık kan şekeri gibi birtakım sağlık sorunlarını içermektedir. Sağlıklı bir diyet metabolik sendroma neden olan bileşenlerin temelinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda Akdeniz

diyetini takip edenlerin, kontrol diyeti uygulayanlara göre metabolik sendromdan iyileşme olasılığının %49 daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kasttorini ve diğerleri, 2011).

Dünyada diyabet hastası sayısı her geçen gün artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından diyabetin 2045 yılına kadar milyon kişiyi etkileyeceği tahmin edilmektedir. Akdeniz diyetinin diyabet riskini azalttığı da çalışmalarda gözlenmiştir (PREDIMED study investigators, 2015). Daha yüksek zeytinyağı tüketimi, daha az diyabet riski ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmada tereyağı, margarin gibi alternatif yağları kullanan kadınların bu seçimleri zeytinyağı ile değiştirilmiştir. Uzun süreli çalışma sonunda diyabet ile ilgili bileşenlerin, çalışmanın başlangıcına kıyasla düşük bulunmuştur (Martínez-González ve diğerleri, 2008).

Akdeniz diyetine yüksek bağlılık, kardiyovasküler hastalıkların mortalitesinde %34'lük bir azalma göstermektedir (Jannasch, Kröger ve Schulze, 2017). Akdeniz diyetine daha fazla bağlılık nedeniyle, uzun vadeli koruyucu etkiler arasında bireylerde tip 2 diyabet gelişme riskinin %19 daha düşük olabileceği tespit edilmiştir. (Schwingshackl, Missbach, König ve Hoffmann, 2015).

Akdeniz diyetinin obeziteye bağlı kronik hastalık riskini azaltabileceği de bir başka görüştür. Diyabetik bireylerde Akdeniz diyetine uyulmasının daha düşük glikolize hemoglobin seviyelerine ve daha iyi bir kardiyovasküler risk faktörüne ulaşılabilceği de bilinmektedir (Martínez-González ve diğerleri, 2008). Etnik köken, ırk veya cinsiyete bakılmaksızın bütün toplumlarda kardiyovasküler hastalıklar en sık görülen morbidite nedenlerinden birisi olmaktadır. Koroner kalp hastalığı, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, iskemik kalp, felç ve romatizmal kalp hastalığı sık görülen kardiyovasküler hastalıklardır. Bireylerin beslenme tarzı bu durumun ana unsurlarından biridir (Davis, Bryan, Hodgson ve Murphy, 2015). Kardiyovasküler hastalıkların mortalitesi, inme insidansı, inme mortalitesi, kronik kalp hastalıklarının insidansı ve mortalitesi, miyokard enfarktüsü gibi hastalıklar da Akdeniz diyeti ters orantılıdır (Becerra-Tomás, Blanco ve Vigüliouk, 2020). Akdeniz diyeti modelinde bulunan fındık ve zeytinyağı gibi besinler sayesinde kardiyovasküler sağlık desteklenmektedir ve bunun sonucunda kardiyovasküler hastalıklar açısından koruyucu etkiye sahip olmaktadır (Minelli ve Montinari, 2019).

Kanser dünya çapında başlıca ölüm nedenlerinden biridir. Yalnızca 2018 yılında 9,6 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetti. Bu da kanserin toplam ölüm oranı içindeki payının büyük bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir (Morze ve diğerleri, 2021). Toplumda kanser insidansı için risk faktörleri temel olarak şunlardır;

çevresel ve bireysel özelliklerle (kalıtsal özellikler, zararlı maddelere belirli düzeylerde maruz kalma veya hormonal durumlar gibi durumlar), fiziksel aktivite, diyet ve psikolojik faktörler rol oynamaktadır. Bu konuda bir diğer etken olan beslenme faktörü ise bu noktada çok büyük öneme sahip olmaktadır. Kanser oluşumu doğru yönetilmezse kanser görülme sıklığındaki artış kaçınılmazdır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Çok sayıda bilimsel çalışma Akdeniz diyetine daha yüksek düzeyde bağlılık göstermiştir. Genel kanser mortalitesi ve kanser riski ile Akdeniz diyetinin ters ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Bu kanser türleri arasında meme, mide, baş ve boyun, karaciğer, kolorektal, safra kesesi ve safra yolu kanserleri yer almaktadır. Başka bir inceleme, Akdeniz diyeti ile tüm sindirim sisteminin kanseri arasındaki bağlantıya odaklandı (pankreas kanseri hariç). Uyum sayesinde kanser riskinin azaldığı çalışma sonucu rapor edilmiştir (Morze ve diğerleri, 2021).

Ek olarak, Akdeniz diyetine en yüksek bağlılık, kanserden kurtulanlar arasında olmaktadır. Genel kanser ölümleri ve tüm nedenlere bağlı ölümler ile Akdeniz diyeti ters ilişkili olmaktadır. Yakın zamanda özellikle antitümör etkileri araştırılmıştır. Yer fıstığı, üzüm, çilek gibi gıdaların kanserle ilişkili DNA metilasyonu araştırılmıştır. Sonuç olarak bu besinlerin tümörü baskıladığı bulunmuştur (Mentella, Scaldaferrì, Ricci, Gasbarini ve Miggiano, 2019). Taze fasulye gibi birçok sebze antioksidanlar bulunurken meyve, kuruyemiş, balık ve zeytinyağı gibi pek çok gıda da antiinflamatuvar içeriklere sahiptir. Bütün bu gıdalar kansere karşı koruyucu bir etkiye sahiptir. Kanser hücrelerinin dejenerasyonu ve çoğalmasına karşı mücadele ederler (Mg, 2017). Diyet, metabolit üretiminin ve metabolizmanın şekillenmesinin ana düzenleyicilerinden biridir. Akdeniz diyeti, mikrobiyota bileşimini ve mikrobiyal çeşitliliği sağlamaktadır. Akdeniz diyetinin önemli ayırt edici özelliği ise yüksek lif içeriğidir. Yüksek diyet lifi alımının bağırsakta modifikasyonları teşvik ettiği gösterilmiştir (Minelli ve Montinari, 2019).

Akdeniz diyetinin depresyonu ve depresif belirtileri azalttığı çalışmalarda gözlenmiştir (Bayes, Schloss ve Sibbritt, 2020). Depresyon bütün dünyada yaklaşık 350 milyon kişiyi etkileyen bir duygu-durum bozukluğudur. Akdeniz diyetinin depresif semptomları azaltmak için umut verici olduğu çalışmalarda gözlemlenmiştir. Bu durumun nedeni olarak diyetin bünyesinde barındırdığı yüksek orandaki polifenoller gösterilmiştir (Bayes, Schloss ve Sibbritt, 2020). Akdeniz diyetine bağlılık ile Alzheimer hastalığında ters bir orantı bulunmuştur. Uzun süreli yapılan çalışma sonucunda Akdeniz diyetine bağlılık sonucunda Alzheimer hastalığının gerilediği bulunmuştur. Aynı çalışmada Akdeniz diyetinin hastalığa karşı koruyucu etkisi olduğu da belirtilmiştir (Scarmeas, Stern, Tang, Mayeux ve Luchsinger, 2006).

Doğru beslenme modeliyle kronik hastalıklar önlenabilmektedir ve bu durum sonucunda ölüm riski azalmaktadır (Sikalidis, Kelleher ve Kristo, 2021). Yapılan çalışmalara baktığımızda Akdeniz diyeti her alanda karşımıza çıkmaktadır. Ölüm riskinin azaltılmasında seçilecek doğru beslenme modellerinden biridir. PREDIMED çalışmasında yüksek polifenol alanların genel ölüm riskinde daha büyük bir azalma gösterdiği görülmüştür. Çalışmadaki polifenollerin ana kaynağı kahve ve meyvedir (PREDIMED study investigators, 2015). Akdeniz diyeti yaşlanma sürecini yavaşlatır bu sayede ölüm riskini azaltır (Estruch, Ros ve Salas-Salvadó, 2018). Dolaylı olarak etkisi var gibi görünse de yapılan çalışmalarda Akdeniz diyeti ve mortalite arasında yine de anlamlı bir bağlantı bulunamamıştır (Liyanage, Ninomiya ve Wang, 2016).

2.5. KIDMED İndeksi

Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ölçeği, Serra-Majem ve diğerleri tarafından 2-24 yaş arası çocuk ve adölesanların Akdeniz diyetine uyumunu değerlendirmek için kullanılan 16 sorudan oluşan bir skorum sistemi olarak bilinmektedir (Serra-Majem, Ribas, Ngo ve Ortega, 2004). KIDMED indeksinin 12 sorusu olumlu, 4 sorusu olumsuz özelliğe sahiptir. Sorulardan olumlu olanlara “Evet” yanıtı verenler +1, olumsuz sorulara “Evet” yanıtı verenler ise -1 puan almaktadırlar. Toplamda 8 puan ve üstü çıkarsa ‘İyi Uyum’, 4-7 puan ‘Orta-Geliştirilmesi Gerekli’ ve 3’ten küçük puan durumunda ise ‘Kötü Diyet Kalitesi’ olarak değerlendirilmektedir (Tablo 1.). İndekste soruların çoğu, farklı besin gruplarının tüketimini ve bazıları da beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeyi amaç edinmektedir (Serra-Majem, Ribas, Ngo ve Ortega, 2004). Türkçe güvenilirlik testi için Akar Şahingöz ve diğerleri (2019) tarafından çalışma yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular KIDMED ölçeğinin kabul edilebilir düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu ve ölçeğin Türkiye’de uygulanabileceğini göstermektedir (Akar Şahingöz ve Şanlıer, 2011).

Tablo 1. KIDMED indeksinin değerlendirilmesi

KIDMED indeks yorumu	Yorum
≥ 8 Puan	Akdeniz Diyetine İyi Uyum
4-7 Puan	Orta – Geliştirilmesi Gerekli
≤ 3 Puan	Kötü Diyet Kalitesi

Akdeniz Diyeti ile ilgili uyum düzeyini belirlemek adına geliştirilen birtakım ölçekler literatürde yer almaktadır. Bu ölçeklerden biri de KIDMED adlı testtir. KIDMED testi, diyetin kalitesini toplamda değerlendirirken; beslenme ile ilgili

alışkanlıkları birçok farklı çerçeveden değerlendirmektedir. Bu test kişinin günlük diyetinin kalite düzeyini ortaya koymayı amaçlamaktadır (Erol, Ersoy ve Pulur, 2010).

Akdeniz Diyetinin ölçülebilmesi için kullanılan kalite indekslerinde genellikle; 24 saatlik hatırlatma-sorgulama yöntemi ile besin kaydı, üç günlük besin tüketim kaydı veya besin tüketim sıklığı yöntemleri kullanılmaktadır. Söz konusu bu sistemlerde besin, besin grubu ve besin ögesi alımları puanlama yöntemi ile değerlendirilmektedir. Bunun sonucunda ortaya çıkan puanlar “düşük diyet kalitesi,” “geliştirilmesi gereken diyet kalitesi”, “iyi diyet kalitesi”, “en fazla /en az uyum” gibi kavramlar ile eşleştirilmektedir (Serra-Majem, Ribas, Ngo ve Ortega, 2004).

Yüksek diyet kalitesi temel olarak dört ölçüt ile ilişkilendirilmektedir.

- Yüksek miktarda sebze ve meyve tüketimi,
- Düşük miktarda peynir, et ve et ürünleri tüketimi,
- Düşük miktarda şeker, sodyum, total yağ, doymuş yağ ve kolesterol alımı,
- Yüksek miktarda balık ve zeytinyağı tüketimidir (Serra-Majem, Ribas, Ngo ve Ortega, 2004).

Akdeniz diyeti standartlarında uygun bir beslenme şeklinin, birçok hastalık için koruyucu olduğu ve uzun yaşamı desteklediği yapılan çalışmalarda saptanmış olmakta ve toplumların beslenme sağlık ilişkisi konusunda bilinçlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır (PREDIMED study investigators, 2015).

3. METODOLOJİ

Bu bölümde çalışmanın yöntem ve prosedürleri anlatılmaktadır. Öncelikle çalışmanın modeli anlatılmıştır. İkinci açıklama katılımcılara, araçlara ve veri toplama sürecine yer verilmiştir. Son olarak sorunlar, veri analizi, varsayımlar, sınırlamalar, iç ve dış geçerlilik ile ilgili ele alınmaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve Akdeniz diyeti bilgi düzeylerini ölçmektir. Aynı zamanda her iki olgu arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak da araştırmanın bir diğer amacıdır. Bireyler yaşamının her döneminde sağlık ve beslenme alanındaki konularda kararlar vermektedirler. Doğru kararları alamayan kişiler istenmeyen durumlarla karşılaşabilmektedirler. Düşük sağlık okuryazarlığında kişiler kendisinden beklenen uygulamaları yapamadıkları için sık hasta olmaktadır. Bu durum kaliteli bir yaşamı etkileyebilmektedir. Beslenme de kaliteli yaşam için önemli olmaktadır. Literatürde en iyi ve sağlıklı beslenme şekli olarak bilinen Akdeniz diyeti bu özelliği ile önemli olmaktadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Bireylerin demografik özellikleriyle sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

H₁: Bireylerin demografik özellikleriyle sağlık okuryazarlıkları arasında ilişki bulunmaktadır.

H₀: Bireylerin demografik özellikleri ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmamaktadır.

H₁: Bireylerin demografik özellikleri ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmaktadır.

H₀: Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyet arasında ilişki bulunmamaktadır.

H₁: Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınlardan elde edilen anket formlarındaki veriler IBM SPSS 25.0 programına aktararak analizleri yapılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların demografik özellikleri için frekans analizi kullanılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı ölçeği için güvenlik testi ve geçerlilik analizinde de doğrulayıcı faktör analizinde yer alan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri uygulanmıştır. Ölçeklerin tanımlayıcı istatistiklerinde Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinde ortalama ve standart sapma, likert yapıda olmayan Akdeniz Diyeti Bağlılık (KIDMED) ölçeğinde frekans analizleri kullanılmıştır. Her iki ölçeğinde puan hesaplamaları yapılarak, sağlık okuryazarlığı ve KIDMED indeks düzeyleri belirlenmiştir. Bu düzeyler ile demografik faktörler ile arasında ilişki olup olmadığı Ki-kare analizi ile test edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile KIDMED indeksi düzeylerinin karşılaştırılmasında Pearson çift yönlü korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın anket formu üç ayrı kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yönelik beş adet soru sorulmuştur. Anketin ikinci bölümünde 16 sorudan oluşan Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ölçeği yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form kullanılmıştır. Bu bölümde 12 soru yer almaktadır. Her iki ölçeğinde Türkçeye çevrilmiş biçimleri kullanılmıştır. Ankette toplamda 33 soru bulunmaktadır. Demografik verilerin yanı sıra katılımcıların sağlık okuryazarlığı durumu hakkında bilgiler içeren bir anket ve beslenme alışkanlıklarını ölçen ikinci bir anket ile karma bir anket kullanılmıştır. Anketler gönüllü olan katılımcılar ile yüz yüze yapılmıştır.

3.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sağlık okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ölçeği 403 kadına uygulanmıştır. Orijinal ismi “Short-Form Health Literacy Instrument” olan ölçek Tuyen V. Duong ve diğerleri tarafından 2019 senesinde geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 1 ile 4 puan olacak şekilde puanlanılmaktadır. Ters kodlama yapılacak madde bu ölçekte yer almamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde Ortalama-1 x 50/3 formülü kullanılmaktadır. Ortalama ölçek ise toplam puanının, ölçek madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Formülle hesaplanan indeks değeri 0-100 değerleri arasında değişmektedir (Duong, Aringazana, Kayupova, Nurjanah ve Pham, 2019).

- ✓ 0-50 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- ✓ 50-66 puan: Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı
- ✓ 66-84 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı
- ✓ 84-100 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde belirlenmiştir.

Ölçek ;1 (çok zor) ile 4 (çok kolay) arasında değişen 4'lü cevap seçeneklerini içermektedir ve 12 sorudan oluşmaktadır (Duong, Aringazana, Kayupova, Nurjanah ve Pham, 2019). Yılmaz Karahan ve diğerleri tarafından 'Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması' ile ölçek güvenilirlik testinden geçmiştir (Karahan Yılmaz ve Eskici, 2021).

3.3.3. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (KIDMED İNDEKSİ)

KIDMED anketi Bayburt ili içerisindeki 18-65 yaş arası kadınların Akdeniz diyetine uyumu değerlendirmek için kullanıldı. Akdeniz diyeti ile olumsuz çağrışım ifade eden dört soru fast food, unlu mamuller, tatlılar, kahvaltının atlanması ve olumlu çağrışım gösteren on iki soru yağ, balık, meyve, meyve tüketimi, sebzeler, tahıllar, kuruyemişler, baklagiller, makarna veya pirinç, süt ürünleri ve yoğurt olmak üzere toplam on altı maddeden oluşmaktadır. Olumsuz anlam ifade eden sorular -1 ile puanlanırken, olumlu çağrışım içeren sorular +1 ile puanlanmaktadır. KIDMED indeksine göre, 0-3 arası puan Akdeniz diyetine zayıf uyumu, 4-7 arası puan ortalama uyumu ve 8-12 arası puan ise iyi uyumu ifade etmektedir (Serra-Majem, Ribas, Ngo ve Ortega, 2004). Ek değişkenler yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve meslektir.

3.4. Araştırmanın Evren, Örneklem ve Değişkenlerinin Tanıtımı

Bu çalışmanın evreni Bayburt ili içerisinde gerçekleştirilmiştir. Bayburt'un toplam nüfusu TÜİK verilerine göre 86.047'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Çalışmanın ana kütlesi olan kadın nüfusu ise 42.444'tür. 0.05'lik anlamlılık düzeyi için 383 örneklem belirlenmiştir. %5 örnekleme hata referansı baz alınarak 403 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırma kriterlerine uymayan 3 katılımcı elenmiştir.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

Uygunluk kriterleri olarak;

- ✓ Kadın olmak,
- ✓ 18-65 yaş arasında olmak,
- ✓ Bayburt ilinde ikamet etmek,
- ✓ Ankette sorulan soruları kavrayabilmek,

- ✓ Gönüllülük esaslı şartları aranmıştır.

Araştırmaya dahil olmama kriterleri

- ✓ İletişim problemi olması,
- ✓ Gönüllü olunmaması,
- ✓ Okuryazar olunmaması,
- ✓ Bayburt ilinde ikamet edilmemesi
- ✓ Anket sorularını kavramakta güçlük çekilmesi gibi durumlarda katılımcılar

araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, maddi durum, meslek seçiminden oluşmaktadır.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Çalışmanın bağımlı değişkenleri “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form” ve “Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED)” ölçekleridir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Bayburt ilinde yapılması araştırmanın önemli bir sınırlılığıdır. Türkiye’nin diğer bölgelerinde de araştırma yapılması daha genel sonuçlara ulaşma olanağı sağlayacaktır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise kadınlara uygulanmış olmasıdır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce, araştırmanın etik kurul izni Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’nun 29/08/2023 tarihinde ki 2023/4 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, E-95674917-108.99-204621 evrak sayısı ile bildirilen raporda, projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verildiği tebliğ edilmiştir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları Tablo 2’de yer almıştır.

Tablo 2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları

Yaş Aralığı	n(400)	%
18-25	130	32.5
26-33	99	24.8
34-41	93	23.3
42-49	42	10.5
50-57	18	4.5
58-65	16	4.0
65 Yaş üstü	2	.5

Tablo 2’de katılımcıların yaş aralıkları incelendiğinde, kadınların %32.5’inin (130 kişi) 18-26 yaş aralığında, %24.8’inin (99 kişi) 26-33 yaş, %23.3’ünün (93 kişi) 34-41 yaş, %10.5’inin (42 kişi) 42-49 yaş, %4.5’inin (18 kişi) 50-57 yaş, %4’ünün (16 kişi) 58-65 yaş aralığında ve %0.5’inin (2 kişi) 65 yaş üstünde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 3’de yer almıştır.

Tablo 3. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları

Eğitim Durumu	n(400)	%
İlkokul	21	5.3
Ortaokul	16	4.0
Lise	92	23.0
Ön lisans	70	17.5
Lisans	172	43.0
Lisansüstü	29	7.3

Tablo 3’te katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, kadınların %5.3’ünün (21 kişi) ilkokul mezunu olduğu, %4’ünün (16 kişi) ortaokul, %23’ünün (92 kişi) lise, %17.5’inin (70 kişi) ön lisans, %43’ünün (172 kişi) lisans ve %7.3’ünün (29 kişi) lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları Tablo 4’te yer almıştır.

Tablo 4. Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları

Aylık Gelir	n(400)	%
11. 500-20. 000	176	44.0
20. 001-30. 000	109	27.3
30. 001-40. 000	54	13.5
40. 001 ve üstü	61	15.3

Tablo 4’te katılımcıların aylık gelirleri incelendiğinde, kadınların %44’ünün (176 kişi) aylık 11.500-20.000 arası, %27.3’ünün (109 kişi) aylık 20.001-30.000 %13.5’inin (54 kişi) aylık 30.001- 40.000 ve %15.3’ünün (61 kişi) aylık 40.001 ve üstünde gelirleri olduğu görülmüştür.

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları Tablo 5’te yer almıştır.

Tablo 5. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları

Meslek	n(400)	%
Ev Hanımı	99	24.8
Öğrenci	111	27.8
Memur	98	24.5
İşçi	33	8.3
Emekli	13	3.3
Çalışmıyor	36	9.0
Diğer	10	2.5

Tablo 5’te katılımcıların meslekleri incelendiğinde, kadınların %24.8’inin (99 kişi) ev hanımı, %27.8’inin (111 kişi) öğrenci, %24.5’inin (98 kişi) memur, %8.3’ünün (33 kişi) işçi, %3.3’ünün (13 kişi) emekli olduğu, %9’unun (36 kişi) çalışmadığı ve %2.5’inin (10 kişi) diğer mesleklerde çalıştığı görülmüştür.

4.2. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Katılımcıların “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form”’a ilişkin ölçeğine verdikleri cevaplardan elde edilen güvenilirlik analiz sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Güvenilirlik testi sonuçları

	Cronbach Alpha	Madde Sayısı
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.865	12

Tablo 6’da güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Cronbach’s Alpha değerinin 0.87 olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin geçerliliğini belirlemek için yapılan doğrulayıcı faktör analizinin de kullanılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. KMO ve bartlett testi sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçüsü.	.905
Bartlett’in Küresellik Testi	1603.049
	5737.614
	66
	496
	.000
	0

Tablo 7 incelendiğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğindeki KMO değerinin 0.905 ile yeterli olduğu anlaşılmıştır. Kullanılan örneklem ölçütünün yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bu testte KMO değerinin 0 ile 1 arasında olması gerekmektedir. Bartlett testinde sig değerinin 0.000 olması anlamlıdır, yani değişkenler arasında yüksek korelasyon olduğunu göstermektedir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin içsel ve dışsal faktör olarak iki ayrı faktörü olduğu tespit edilmiştir. Buna göre uygulanan anketin içinde yer alan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğindeki 22., 23., 24., 26., 27., 28., 30. ve 32. ifadelerin içsel faktörü, 25., 29., 31. ve 33. ifadelerin dışsal faktörü oluşturduğu görülmüştür.

Akdeniz Diyeti Bağlılık (KIDMED) likert yapıda olmadığından güvenlik ve geçerlilik analizleri yapılamamıştır.

4.3. Ölçeklerin Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form” a ilişkin ölçeğine verdikleri yanıtların yüzdeleri, ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 8’de yer almıştır.

Tablo 8. Sağlık okuryazarlığı ölçeğine yönelik ifadelerin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek İfadeleri	Çok Zor	Oldukça Zor	Oldukça Kolay	Çok Kolay	□	SS
22. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.	9.3	16.5	56.8	17.5	2.83	0.825
23. İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kağıdı) anlayabilmek.	5.8	17.3	53.5	23.5	2.95	0.798
24. Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.	11	32.8	44.5	11.8	2.57	0.838
25. Acil bir durumda ambulans çağırmak.	2.3	6.3	41.3	50.2	3.40	0.707
26. Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.	10	33.8	39.8	16.5	2.63	0.875
27. Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).	3.5	19.5	48.5	28.5	3.02	0.788
28. Hangi aşılarla ihtiyacınız olacağına karar vermek.	22.3	32.8	29.8	15.3	2.38	0.994
29. Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağına karar verebilmek.	7.5	25.3	52.8	14.5	2.74	0.795
30. Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek.	7.2	22	47.8	23	2.87	0.851
31. Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.	5	12.3	50	32.8	3.11	0.800
32. Hangi günlük davranışlarını (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ilişkili olduğuna karar verebilmek.	5.8	17.8	50.2	26.3	2.97	0.819
33. Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.	13.8	22.8	35.3	28.2	2.78	1.007

Tablo 8’de katılımcıların “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form” una ilişkin verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde, en çok katıldıkları ifade □= 3.40 ± 0.707 ile “Acil bir durumda ambulans çağırmak.” ifadesi, en az katıldıkları

ifade ise $\bar{x} = 2.38 \pm 0.994$ ile “Hangi aşılara ihtiyacınız olacağına karar vermek.” ifadesi olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık (KIDMED) ilişkin %ölçeğine verdikleri yanıtların frekansları ve yüzdeleri Tablo 9’de yer almıştır.

Tablo 9. KIDMED indeksine yönelik ifadelerin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek İfadeleri	Evet		Hayır	
	n	%	N	%
6. Her gün bir meyve yer ya da meyve suyu içer misiniz?	223	55.8	177	44.3
7. Her gün ikinci bir meyve yer misiniz?	79	19.8	321	80.3
8. Düzenli olarak günde bir kez taze veya pişmiş sebze tüketir	238	59.5	162	40.5
9. Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketir misiniz?	145	36.3	255	63.8
10. Düzenli olarak haftada en az 2-3 kez balık yer misiniz?	42	10.5	358	89.5
11. Haftada bir kereden fazla fast-food restoranlara gider misiniz?	98	24.5	302	75.5
12. Kuru baklagilleri sever ve haftada bir kereden fazla yer misiniz?	289	72.3	111	27.8
13. Makarna ve pilavı hemen hemen her gün (haftada 5 veya daha fazla) tüketir misiniz?	199	49.8	201	50.3
14. Kahvaltıda kahvaltılık gevrek (corn-fleks vb.) ya da tahıl ürünleri (ekmek) tüketir misiniz?	227	56.8	173	43.3
15. Düzenli olarak (haftada en az 2-3 kez) kuruyemiş tüketir misiniz?	209	52.3	191	47.8
16. Zeytinyağı tüketiyor musunuz?	293	73.3	107	26.8
17. Kahvaltı öğününü atlar mısınız?	125	31.3	275	68.8
18. Kahvaltıda süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt vb) tüketir misiniz?	255	63.8	145	36.3
19. Kahvaltıda hazır fırın ürünleri (poğaç vb) veya pasta yer misiniz?	232	58	168	42
20. Günde 2 kez süt/yoğurt ve/veya peynir (40 g) tüketir misiniz?	253	63.3	147	36.8
21. Her gün birkaç kez tatlı ve şeker/şekerleme yer misiniz?	223	55.8	177	44.3

Tablo 9’da katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık (KIDMED) ölçeğine ilişkin verdikleri yanıtların yüzdeleri incelendiğinde, en çok katıldıkları ifade %73 “Evet” yanıtı ile “Zeytinyağı tüketiyor musunuz?” ifadesi, en az katıldıkları ifade ise %10.5 “Evet” yanıtı ile “Düzenli olarak haftada en az 2-3 kez balık yer misiniz?” ifadesi olduğu anlaşılmıştır.

4.4. Sağlık Okuryazarlığı ve KIDMED Düzeylerin Hesaplamalarına İlişkin

Bulgular

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğine verdikleri yanıtların puanlarının değerlendirilmesine göre, kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri Tablo 10'da yer verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri

		n(400)	%
Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	101	25.3
	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	127	31.8
	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	136	34.0
	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	36	9.0
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörler	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	135	33.8
	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	97	24.3
	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	127	31.8
	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	41	10.3
Sağlık Okuryazarlığı Dışsal Faktörler	Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	49	12.3
	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	101	25.3
	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	195	48.8
	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	55	13.8

Tablo 10'da katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde, kadınların bu düzeylerinin %25.3'ünün (101 kişi) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %31.8'inin (127 kişi) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %34'ünün (136 kişi) yeterli sağlık okuryazarlığı ve %9'unun (36 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı içsel faktöründe kadınların %33.8'inin (135 kişi) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %24.3'ünün (97 kişi) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %31.8'inin (127 kişi) yeterli sağlık okuryazarlığı ve %10.3'ünün (41 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı dışsal faktöründe kadınların %12.3'ünün (49 kişi) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %25.3'ünün (101 kişi) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %48.8'inin (195 kişi) yeterli sağlık okuryazarlığı ve %13.3'ünün (55 kişi) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık ölçeğine verdikleri yanıtların puanlarının değerlendirilmesine göre, kadınların Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri Tablo 11'de yer verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların KIDMED indeksi düzeyleri

	n(400)	%
Fakir Diyet	138	34.5
Orta Diyet	209	52.3
Optimal Diyet	53	13.3

Tablo 11’de katılımcıların Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri incelendiğinde, kadınların bu düzeylerinin %34.5’inin (138 kişi) fakir diyet düzeyinde, %52.3’ünün (209 kişi) orta diyet ve %13.3’ünün (53 kişi) optimal diyet düzeyinde olduğu görülmüştür.

4.5. Araştırmanın Hipotezlerine İlişkin İlişki Analizleri

Bu bölümde araştırmaya katılan Bayburt ilinde yaşayan 18-65 yaş arası kadınların sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyetinin bağlantısını amaçlayan bu çalışmanın hipotezleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.5.1. Demografik Özellikleriyle Sağlık Okuryazarlıkları Arasında İlişki

Katılımcıların yaş aralığı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek yapılan Ki-kare testinin sonucunda beklenen değeri 5’ten küçük gözenek sayısının, toplam gözenek sayısının %20’sini aştığı (%32.1) görülmüştür. Bu durumda analiz sonuçlarının yorumlaması doğru olmayacağı için yaş aralığı “50-57 yaş”, “58-65 yaş” ve “65 yaş ve üstü” grupları “50 yaş ve üstü” olarak birleştirilerek yapılan Ki-kare testinin sonuçlarına Tablo 12’de yer verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Yaş Aralığı		Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	P
Sağlık Okuryazarlığı	18-25 yaş	N 25 % 19.20%	44 33.80%	47 36.20%	14 10.80%	36.711	12	.000
	26-33 yaş	N 19 % 19.20%	29 29.30%	39 39.40%	12 12.10%			
	34-41 yaş	N 20 % 21.50%	34 36.60%	35 37.60%	4 4.30%			
	42-49 yaş	N 18 % 42.90%	15 35.70%	5 11.90%	4 9.50%			
	50 yaş ve üstü	N 19 % 52.80%	5 13.90%	10 27.80%	2 5.60%			
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörü	18-25 yaş	N 37 % 28.50%	35 26.90%	43 33.10%	15 11.50%	28.776	12	.004
	26-33 yaş	N 24 % 24.20%	27 27.30%	36 36.40%	12 12.10%			
	34-41 yaş	N 30 % 32.30%	22 23.70%	34 36.60%	7 7.50%			
	42-49 yaş	N 23 % 54.80%	10 23.80%	5 11.90%	4 9.50%			
	50 yaş ve üstü	N 21 % 58.30%	3 8.30%	9 25.00%	3 8.30%			

Tablo 12. (Devamı)

Sağlık Okuryazarlığı Dışsal Faktörü	Yaş Aralığı		Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	P
	18-25	N	12	26	76	16	21.251	12	.047
	yaş	%	9.20%	20.00%	58.50%	12.30%			
	26-33	N	14	20	45	20			
	yaş	%	14.10%	20.20%	45.50%	20.20%			
	34-41	N	10	31	41	11			
	yaş	%	10.80%	33.30%	44.10%	11.80%			
	42-49	N	4	15	19	4			
	yaş	%	9.50%	35.70%	45.20%	9.50%			
	50 yaş ve üstü	N	9	9	14	4			
		%	25.00%	25.00%	38.90%	11.10%			

Tablo 12’de katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların yaşları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(12)}=36.711$, $p<0.001$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların oranı, 26-33 yaş aralığında %12.10 ile en yüksek iken, 34-41 yaş aralığında ve 50 yaş üstü kadınlarda bu oranın düştüğü görülmüştür. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların en yüksek oranın %39.40 ile 26-33 yaş aralığında iken, sorunlu- sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek oranın %36.6 ile 34-41 yaş aralığında olduğu yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise en yüksek oranın %52.80 ile 50 yaş ve üstündeki kadınlar da olduğu görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığının alt faktörleri incelendiğinde kadınların yaşları ile sağlık okuryazarlık içsel düzeyleri ($X^2_{(12)}= 28.776$, $p<0.05$) ve dışsal düzeyleri ($X^2_{(12)}= 21.251$, $p<0.05$) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının içsel faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranının %12.10 ile 26-33 yaş aralığında, yeterli düzeyinde en yüksek oranının %36.60 ile 34-41 yaş aralığında, sorunlu- sınırlı düzeyinde en yüksek oranının %27.30 ile 26-33 yaş aralığında ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %58.30 ile 50 yaş ve üstündeki kadınlar da olduğu tespit edilmiştir. Dışsal faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranının %20.10 ile 26-33 yaş aralığında, yeterli düzeyinde en yüksek oranının %58.50 ile 18-25 yaş aralığında, sorunlu- sınırlı düzeyinde en yüksek oranının %35.70 ile 42-49 yaş aralığında ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %25 ile 50 yaş ve üstündeki kadınlar da olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Katılımcıların eğitim durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Ki-kare testinin sonuçları Tablo 13’te yer verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Eğitim Durumu		Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	p
Sağlık Okuryazarlığı	İlkokul	n 12	3	5	1	48.538	15	.000
	%	57.10%	14.30%	23.80%	4.80%			
	Ortaokul	n 10	3	3	0			
	%	62.50%	18.80%	18.80%	0.00%			
	Lise	n 24	30	32	6			
	%	26.10%	32.60%	34.80%	6.50%			
	Ön Lisans	n 20	28	15	7			
	%	28.60%	40.00%	21.40%	10.00%			
	Lisans	n 32	51	74	15			
	%	18.60%	29.70%	43.00%	8.70%			
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörü	Lisansüstü	n 3	12	7	7	39.936	15	.000
	%	10.30%	41.40%	24.10%	24.10%			
	İlkokul	n 14	2	3	2			
	%	66.70%	9.50%	14.30%	9.50%			
	Ortaokul	n 10	2	4	0			
	%	62.50%	12.50%	25.00%	0.00%			
	Lise	n 31	23	31	7			
	%	33.70%	25.00%	33.70%	7.60%			
	Ön Lisans	n 32	16	14	8			
	%	45.70%	22.90%	20.00%	11.40%			
Lisansüstü	Lisans	n 41	46	68	17			
	%	23.80%	26.70%	39.50%	9.90%			
Lisansüstü	Lisansüstü	n 7	8	7	7			
	%	24.10%	27.60%	24.10%	24.10%			

Tablo 13. (Devamı)

Eğitim Durumu		Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	p	
Sağlık Okuryazarlığı Dışsal Faktörü	İlkokul	n	8	8	4	1	54.555	15	.000
		%	38.10%	38.10%	19.00%	4.80%			
	Ortaokul	n	2	7	7	0			
		%	12.50%	43.80%	43.80%	0.00%			
	Lise	n	14	13	57	8			
		%	15.20%	14.10%	62.00%	8.70%			
	Ön Lisans	n	7	18	34	11			
		%	10.00%	25.70%	48.60%	15.70%			
	Lisans	n	15	49	85	23			
		%	8.70%	28.50%	49.40%	13.40%			
Lisansüstü	n	3	6	8	12				
	%	10.30%	20.70%	27.60%	41.40%				

Tablo 13'te katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların eğitim durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(15)}=48.538$, $p<0.5$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların oranının, lisansüstü mezunlarında %24.10 ile en yüksek iken, ortaokul ve ilkokul mezunları olan kadınlarda bu oranın düştüğü görülmüştür. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların en yüksek oranın %43 ile lisans mezunlarında iken, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek oranın %41.40 ile lisansüstü mezunlarında olduğu, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise en yüksek oranın %62.50 ile ortaokul mezunu olan kadınlarda olduğu görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığının alt faktörleri incelendiğinde kadınların eğitim durumları ile sağlık okuryazarlık içsel düzeyleri ($X^2_{(15)}=39.936$, $p<0.001$) ve dışsal düzeyleri ($X^2_{(15)}=54.555$, $p<0.001$) arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının içsel faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranın %24.10 ile lisansüstü mezunu, yeterli düzeyinde en yüksek oranın %39.50 ile lisans mezunu, sorunlu- sınırlı düzeyinde en yüksek oranın %43.80 ile ortaokul mezunu ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %66.70 ile ilkokul mezunu kadınlar da olduğu tespit edilmiştir. Dışsal faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranın %41.40 ile 26-33 lisans mezunu, yeterli düzeyinde en yüksek oranın %49.40 ile lisans mezunu, sorunlu-sınırlı düzeyinde en yüksek oranın %43.80 ortaokul mezunu ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %38.10 ile ilkokul mezunu kadınlar da olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

Katılımcıların aylık gelirleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek yapılan Ki-kare testinin sonuçları Tablo 14'te yer verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların aylık gelirlerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Aylık Gelir			Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	p
Sağlık Okuryazarlığı	11. 500-20. 000	n	57	50	56	13	19.084	9	.024
		%	32.40%	28.40%	31.80%	7.40%			
	20. 001-30. 000	n	27	38	32	12			
		%	24.80%	34.90%	29.40%	11.00%			
	30. 001-40. 000	n	12	16	19	7			
		%	22.20%	29.60%	35.20%	13.00%			
	40. 001 ve üstü	n	5	23	29	4			
		%	8.20%	37.70%	47.50%	6.60%			
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörü	11. 500-20. 000	n	67	41	51	17	14.661	9	.101
		%	38.10%	23.30%	29.00%	9.70%			
	20. 001-30. 000	n	41	25	33	10			
		%	37.60%	22.90%	30.30%	9.20%			
	30. 001-40. 000	n	17	15	14	8			
		%	31.50%	27.80%	25.90%	14.80%			
	40. 001 ve üstü	n	10	16	29	6			
		%	16.40%	26.20%	47.50%	9.80%			
Sağlık Okuryazarlığı Dışsal Faktörü	11. 500-20. 000	n	31	46	82	17	17.957	9	.026
		%	17.60%	26.10%	46.60%	9.70%			
	20. 001-30. 000	n	11	26	55	17			
		%	10.10%	23.90%	50.50%	15.60%			
	30. 001-40. 000	n	5	9	32	8			
		%	9.30%	16.70%	59.30%	14.80%			
	40. 001 ve üstü	n	2	20	26	13			
		%	3.30%	32.80%	42.60%	21.30%			

Tablo 14’te katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların aylık gelirleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(9)}=19.084$, $p<0.001$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların oranının, aylık geliri 30.001-40.000 olanlarda %13 ile en yüksek iken, aylık geliri 11.500-20.000 ve 40.001 ve üstü olan kadınlarda bu oranın düştüğü görülmüştür. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların en yüksek oranın %36.20 ile aylık geliri 30.001-40.000 olanlarda iken, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek oranın %37.70 ile aylık geliri 40.001 ve üstünde olanlarda olduğu, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise en yüksek oranın %32.40 ile aylık geliri 11.500-20.000 olan kadınlarda olduğu görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığının alt faktörleri incelendiğinde kadınların aylık gelir durumları ile sağlık okuryazarlık içsel düzeyleri ($p=0.101>0.05$) arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Kadınların gelir grupları ile sağlık okuryazarlığı dışsal düzeyleri arasında ($X^2_{(9)}=17.957$, $p<0.26$) anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Dışsal faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranın %21.30 ile aylık geliri 40.001 ve üzerinde olan, yeterli düzeyinde en yüksek oranın %50.50 ile aylık geliri 20.001-30.000 olan, sorunlu-sınırlı düzeyinde en yüksek oranın %32.80 ile aylık geliri 40.001 ve üzerinde olan ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %17.60 ile aylık geliri 11.500-20.000 olan kadınlar da olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 14).

Katılımcıların meslek dağılımı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek yapılan Ki-kare testinin sonucunda beklenen değerin 5’ten küçük gözenek sayısının, toplam gözenek sayısının %20’sinin aştığı (%35.7) görülmüştür. Bu durumda analiz sonuçlarının yorumlaması doğru olmayacağı için yaş aralığı “Emekli” ve “Diğer” grupları “Emekli-diğer” olarak birleştirilerek yapılan Ki-kare testinin sonuçlarına Tablo 15’te yer verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların mesleklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Meslek Dağılımı		Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	P
Sağlık Okuryazarlığı	Ev Hanımı	n 35	29	31	4	35.511	15	.007
		% 35.40%	29.30%	31.30%	4.00%			
	Öğrenci	n 18	36	43	14			
		% 16.20%	32.40%	38.70%	12.60%			
	Memur	n 18	32	33	15			
		% 18.40%	32.70%	33.70%	15.30%			
	İşçi	n 15	8	10	0			
		% 45.50%	24.20%	30.30%	0.00%			
	Emekli-Diğer	n 7	8	8	0			
		% 30.40%	34.80%	34.80%	0.00%			
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörü	Çalışmıyor	n 8	14	11	3	29.727	15	.012
		% 22.20%	38.90%	30.60%	8.30%			
	Ev Hanımı	n 42	21	31	5			
		% 42.40%	21.20%	31.30%	5.10%			
	Öğrenci	N 31	27	38	15			
		% 27.90%	24.30%	34.20%	13.50%			
	Memur	N 22	28	33	15			
		% 22.40%	28.60%	33.70%	15.30%			
	İşçi	N 17	7	7	2			
		% 51.50%	21.20%	21.20%	6.10%			
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörü	Emekli-Diğer	N 12	1	9	1	29.727	15	.012
		% 52.20%	4.30%	39.10%	4.30%			
	Çalışmıyor	N 11	13	9	3			
Sağlık Okuryazarlığı İçsel Faktörü		% 30.60%	36.10%	25.00%	8.30%			

Tablo 15. (Devamı)

Meslek Dağılımı		Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	χ^2	sd	P	
Sağlık Okuryazarlığı Dışsal Faktörü	Ev Hanımı	N	19	28	46	6	37.249	15	.001
		%	19.20%	28.30%	46.50%	6.10%			
	Öğrenci	N	12	16	67	16			
		%	10.80%	14.40%	60.40%	14.40%			
	Memur	N	11	22	44	21			
		%	11.20%	22.40%	44.90%	21.40%			
	İşçi	N	2	14	16	1			
		%	6.10%	42.40%	48.50%	3.00%			
	Emekli-Diğer	N	2	10	8	3			
		%	8.70%	43.50%	34.80%	13.00%			
	Çalışmıyor	N	3	11	14	8			
		%	8.30%	30.60%	38.90%	22.20%			

Tablo 15’te katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların meslek dağılımları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(15)}=35.511$, $p>0.07$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların oranının, memurlarda %15.30 ile en yüksek iken; işçi, emekli-diğer meslek gruplarında bu düzeyde kimse bulunmadığı görülmüştür. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde kadınların en yüksek oranın %38.70 ile öğrencilerde iken, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde en yüksek oranın %38.90 ile çalışmayanlarda olduğu, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise en yüksek oranın %45.50 ile işçi kadınlarda olduğu görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığının alt faktörleri incelendiğinde kadınların meslek dağılımları ile sağlık okuryazarlığı içsel düzeyleri ($X^2_{(15)}=29.727$, $p<0.05$) ve dışsal düzeyleri ($X^2_{(15)}=37.249$, $p<0.001$) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir Sağlık okuryazarlığının içsel faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranın %15.30 ile memur, yeterli düzeyinde en yüksek oranın %39.10 ile emekli-diğer, sorunlu- sınırlı düzeyinde en yüksek oranın %36.10 ile çalışmayan ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %51.50 ile işçi kadınlar da olduğu tespit edilmiştir Dışsal faktörün mükemmel düzeyinde en yüksek oranın %21.40 ile memur, yeterli düzeyinde en yüksek oranın %60.40 ile öğrenci, sorunlu-sınırlı düzeyinde en yüksek oranın %43.50 ile emekli-diğer ve yetersiz düzeyinde ise en yüksek oranın %19.20 ile ev hanımı kadınlar da olduğu tespit edilmiştir (Tablo 15).

4.5.2. Demografik Özellikleriyle Akdeniz Diyetine Bağlılıkları Arasında İlişki

Katılımcıların yaş aralığı ile Akdeniz diyetine bağlılık (KIDMED) düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek yapılan Ki-kare testinin sonucunda beklenen değerin 5’ten küçük gözenek sayısının, toplam gözenek sayısının %20’sinin aştığı (%23.8) görülmüştür. Bu durumda analiz sonuçlarının yorumlaması doğru olmayacağı için yaş aralığı “58-65 yaş” ve “65 yaş ve üstü” grupları “58 yaş ve üstü” olarak birleştirilerek yapılan Ki-kare testinin sonuçlarına Tablo 16’da yer verilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların yaşlarına göre KIDMED İndeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Yaş Aralığı	KIDMED İndeksi				χ^2	Sd	P
		Fakir Diyet	Orta Diyet	Optimal Diyet			
18-25 yaş	N	77	41	12	63.625	10	.0
	%	59.20%	31.50%	9.20%			
26-33 yaş	N	27	61	11			
	%	27.30%	61.60%	11.10%			
34-41 yaş	N	21	58	14			
	%	22.60%	62.40%	15.10%			
42-49 yaş	N	10	27	5			
	%	23.80%	64.30%	11.90%			
50-57 yaş	N	2	10	6			
	%	11.10%	55.60%	33.30%			
58 yaş ve üstü	N	1	12	5			
	%	5.60%	66.70%	27.80%			

Tablo 16’da katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların yaşları ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(10)} = 63.625$, $p < 0.001$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, optimal diyet düzeyinde kadınların oranı, 50-57 yaş aralığında %33.30 ile en yüksek iken, 18-25 yaş aralığındaki kadınlarda bu oranın düştüğü görülmüştür. Orta diyet düzeyinde kadınların en yüksek oranın %66.70 ile 58 yaş ve üstündeki yaş aralığında iken, fakir-diyet düzeyinde en yüksek oranın %59.20 ile 18-25 yaş aralığında olduğu görülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumları ile Akdeniz diyetine bağlılık (KIDMED İndeksi) düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek yapılan Ki-kare testinin sonuçlarına Tablo 17’de yer verilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların eğitim durumlarına göre KIDMED indeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Eğitim Durumu	KIDMED İNDEKSİ				χ^2	Sd	P
		Fakir Diyet	Orta Diyet	Optimal Diyet			
İlkokul	N	4	10	7	29.582	10	.001
	%	19.00%	47.60%	33.30%			
Ortaokul	N	4	7	5			
	%	25.00%	43.80%	31.30%			
Lise	N	27	50	15			
	%	29.30%	54.30%	16.30%			
Ön lisans	N	37	29	4			
	%	52.90%	41.40%	5.70%			
Lisans	N	60	95	17			
	%	34.90%	55.20%	9.90%			
Lisansüstü	N	6	18	5			
	%	20.70%	62.10%	17.20%			

Tablo 17’de katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların eğitim durumları ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(10)} = 29.582$, $p < 0.001$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, optimal diyet düzeyinde kadınların oranı, ilköğretim mezunlarında %33.30 ile en yüksek iken, 18-25 yaş aralığında lisans mezunu kadınlarda bu oranın düştüğü görülmüştür. Orta diyet düzeyinde kadınların en yüksek oranın %66.10 ile lisansüstü mezunlarında iken, fakir-diyet düzeyinde en yüksek oranın %52.90 ile ön lisans mezunlarında olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aylık gelir durumları ile Akdeniz diyetine bağlılık (KIDMED İndeksi) düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Ki-kare testinin sonuçları Tablo 18’de yer verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların aylık gelir durumlarına göre KIDMED indeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

Aylık Gelir	KIDMED İNDEKSİ				χ^2	sd	P
		Fakir Diyet	Orta Diyet	Optimal Diyet			
11. 500-20. 000	N	73	86	17	13.832	6	.031
	%	41.50%	48.90%	9.70%			
20. 001-30.000	N	35	56	18			
	%	32.10%	51.40%	16.50%			
30. 001-40. 000	N	17	26	11			
	%	31.50%	48.10%	20.40%			
40. 001 ve üstü	N	13	41	7			
	%	21.30%	67.20%	11.50%			

Tablo 18’de katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların aylık gelir durumları ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(6)} = 13.812$, $p < 0.05$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, optimal diyet düzeyinde kadınların oranı, aylık geliri 30. 001-40. 000 olanlarda %20.40 ile en yüksek iken, 11. 500-20. 000 aylık geliri olanlarda bu oranın düştüğü görülmüştür. Orta diyet düzeyinde kadınların en yüksek oranın %67.20 ile aylık gelirleri 40. 001 ve üstünde olanlarda iken, fakir-diyet düzeyinde en yüksek oranın %41.50 ile aylık gelirleri 11. 500-20. 000 olanlarda olduğu görülmüştür.

Katılımcıların meslek dağılımı ile Akdeniz diyetine bağlılık (KIDMED İNDEKSİ) düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Ki-kare testinin sonucunda beklenen değeri 5’ten küçük gözenek sayısının, toplam gözenek sayısının %20’sinin aştığı (%28.6) görülmüştür. Bu durumda analiz sonuçlarının yorumlaması doğru olmayacağı için yaş aralığı “Emekli” ve “Diğer” grupları “Emekli-diğer” olarak birleştirilerek yapılan Ki-kare testinin sonuçlarına Tablo 19’da yer verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların meslek dağılımları göre KIDMED İndeksi düzeylerine ilişkin Ki-kare ilişki testi sonuçları

		KIDMED İndeksi			χ^2	Sd	P
Yaş Aralığı		Fakir Diyet	Orta Diyet	Optimal Diyet			
Ev Hanımı	N	4	10	7	81.383	10	.000
	%	19.00%	47.60%	33.30%			
Öğrenci	N	4	7	5			
	%	25.00%	43.80%	31.30%			
Memur	N	27	50	15			
	%	29.30%	54.30%	16.30%			
İşçi	N	37	29	4			
	%	52.90%	41.40%	5.70%			
Emekli-Diğer	N	60	95	17			
	%	34.90%	55.20%	9.90%			
Çalışmıyor	N	6	18	5			
	%	20.70%	62.10%	17.20%			

Tablo 19’da katılımcıların Ki-kare ilişki testi sonuçları incelendiğinde, kadınların meslek dağılımları ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. ($X^2_{(10)}=81.383$ $p<0.001$). Sıklık ve yüzde dağılımlarına göre, optimal diyet düzeyinde kadınların oranı, ev hanımlarında %33.30 ile en yüksek iken, işçilerde bu oranın düştüğü görülmüştür. Orta diyet düzeyinde kadınların en yüksek oranının %62.10 ile çalışmayan kadınlarda iken, fakir-diyet düzeyinde en yüksek oranın %52.90 ile işçilerde olduğu görülmüştür.

4.5.3. Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile Akdeniz Diyetine Bağlılık (KIDMED İNDEKSİ) Düzeylerine Arasında İlişki

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile Akdeniz diyetine bağlılık (KIDMED İNDEKSİ) düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek yapılan Korelasyon testinin sonuçları Tablo 20’de yer verilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile alt faktörlerine göre KIDMED indeksi düzeylerine ilişkin korelasyon ilişki testi sonuçları

		KIDMED İndeksi	SOY İçsel Faktör	SOY Dışsal Faktör	Sağlık Okuryazarlığı
KIDMED İndeksi	Pearson Korelasyonu	1	0.081	0.011	0.088
	P		0.104	0.834	0.079
	N	400	400	400	400
SOY İçsel Faktör		0.081	1	.459**	.882**
		0.104		0	0
		400	400	400	400

Tablo 20.(Devamı)

		KIDMED İndeksi	SOY İçsel Faktör	SOY Dışsal Faktör	Sağlık Okuryazarlığı
SOY Dışsal Faktör		0.011	.459**	1	.672**
		0.834	0		0
		400	400	400	400
Sağlık Okuryazarlığı	Pearson Korelasyonu	0.088	.882**	.672**	1
	P	0.079	0	0	
	N	400	400	400	400

Tablo 20’de katılımcıların korelasyon testi sonuçları incelendiğinde, kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri, içsel ve dışsal alt faktörleri ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0.079 > .005$).

Araştırma kapsamında, demografik özellikler, sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyeti arasında önerilen araştırma hipotezlerinin testi sonucunda ulaşılan sonuçlar tablo 21’de gösterilmektedir. Tablo 21’de değişkenler arasında önerilen hipotezler, hipotezlerin sonuçları ve anlamlılık düzeyleri detaylı bir şekilde aktarılmıştır.

Tablo 21. Hipotez testi sonuçları

		Önerilen Hipotez	Sonuç
H1a	Bireylerin demografik özellikleriyle sağlık okuryazarlıkları arasında ilişki bulunmaktadır.		
Alt Hipotezler		X ² p	
	Yaş →sağlık okuryazarlığı	36.711	.000
	Meslek →sağlık okuryazarlığı	35.511	.007
	Eğitim durumu →sağlık okuryazarlığı	48.538	.000
	Aylık gelir →sağlık okuryazarlığı	19.084	.02
H1b	Bireylerin demografik özellikleri ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmaktadır.		
Alt Hipotezler		X ² p	
	Yaş → Akdeniz diyeti	63.625	.000
	Meslek → Akdeniz diyeti	81.383	.000
	Eğitim durumu → Akdeniz diyeti	29.582	.001
	Aylık gelir → Akdeniz diyeti	13.832	.03
H1c	Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmaktadır.		
Sağlık okuryazarlığı →Akdeniz diyeti	P > 0.05 (0.74)		RED

Yapılan araştırma sonucu sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen sadece tek bir çalışma bulunmaktadır. Albani ve diğerleri (2022) tarafından Akdeniz diyetine bağlılık ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi

değerlendirmek için Yunanistan'da 203 kişiyle yapılmış çalışmada, katılımcıların %54.2'sinin yeterli, %30'unun sorunlu, %15.8'inin yetersiz sağlık okuryazarlık seviyelerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Akdeniz diyetine uyum ise %74.2 ile orta düzeyde olarak belirtilmiştir. Katılımcıların çoğunun yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve Akdeniz diyetine orta düzeyde uyum gösterdiği görülse de her iki olgu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar aşağıda tartışılmıştır.

Özdemir ve diğerleri (2010) tarafından aile hekimliğine başvuran kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi için 456 hastanın katılımıyla yapılmış çalışmada; eğitim seviyesinin, sağlık okuryazarlığıyla ilişkili bulunan önemli bir demografik veri olduğu belirtilmiştir. Kadınların, ilkokul mezunu kişilerin, ekonomik durumu kötü olan katılımcıların, yaşlıların diğer gruplara göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmada iki farklı test yönetimi (REALM ve NVS) uygulanmış olup sonuçlara göre hastaların tıbbi kelime bilgilerinin, telaffuz kapasitelerinin, sayısal ve muhakeme becerilerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından Türkiye erişkin nüfusunun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 bireyin katılımıyla yapılmış çalışmada; kişilerin %64.6'sının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz ya da sınırlı-sorunlu olduğu belirtilmiştir.

Ölmez ve Barkan (2015) tarafından sağlık hizmeti almış hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespiti, hekim-hasta iletişimi konusundaki düşüncelerinin belirlenmesi için 400 hastaya yapılmış çalışmada; erkeklerin kadınlara göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha iyi olduğu, yaşın artmasıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinde de anlamlı bir düşme yaşandığı tespit edilmiştir.

Akbolat ve diğerleri (2016) tarafından kronik hastalığı olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle hasta-hekim ilişkilerini incelemek için yapılmış çalışmada; kişilerin yaşının arttıkça iletişimsel okuryazarlık düzeyinin arttığı, diğer boyutlarda ve genel olaraksa sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı belirtilmiştir.

Durmaz ve diğerleri (2016) tarafından sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemek için Malatya ve Kütahya illerinde görev alan 514 sağlık personeliyle yapılmış çalışmada; sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı kavramı hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları belirtilmiştir.

Çopurlar ve diğerleri (2017) tarafından tıp ve hemşirelik fakültelerinde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek için 515 öğrencinin katılımıyla

yapılmış 16 çalışmada; öğrencilerin %54.8'inin yeterli, %30.2'nin kısıtlı, %15'ininse yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Çatı ve diğerleri (2018) tarafından sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hasta memnuniyetine etkisini ölçmek için 350 hasta bireye yapılmış çalışmada; düşük sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyetini olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir.

Tüzer ve İnkaya (2018) tarafından sağlık ve sosyal bilimlerde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi için 440 öğrenciyle yapılmış çalışmada; yaş ve ölçek skoru arasında olumlu yönde düşük ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı ölçek skorlarının da arttığı çalışmada tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkek öğrencilere göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerle sosyal bilimlerde okuyan öğrenciler kıyaslandığında, sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir.

Şahinöz ve diğerleri (2018) tarafından sağlık bilimleri fakültesinde son sınıfta okuyan toplam 393 öğrenci ile yapılmış çalışmada; öğrencilerin %28.5'inin yetersiz, %29.3'ün sorunlu-sınırlı, %38.4'ünün yeterli ve %3.8'ininde mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelik, beslenme ve diyetetik bölümlerinin diğer bölümlere göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Berberoğlu ve diğerleri (2018) tarafından 18-65 yaş arasındaki kişilerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için 605 kişinin katılımıyla yapılmış çalışmada; bireylerin %51.7' sinin yetersiz sağlık okuryazarı olduğu, sadece %17.2'sinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu belirtilmiştir.

Özkan ve diğerleri (2018) tarafından Türkiye' de sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi için 6228 hanede yapılmış çalışmada; %30.9 yetersiz, %38 sorunlu-sınırlı, %23.4 yeterli, %7.7 mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma ile birlikte Türkiye'de her on kişinin yedisinin yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durumun ağır bir halk sağlığı sorunu olduğu belirtilmiştir.

Özdenk ve diğerleri (2019) tarafından 283 öğrencinin katılımıyla yapılmış çalışmada; katılımcıların %60.4' ünün sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olduğu belirtilmiştir. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Ertaş ve diğerleri (2019) tarafından sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek için 403 öğrencinin katılımıyla yapılmış

çalışmada; öğrencilerin genel sağlık durumları ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Sağlık yönetimi, beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin, diğer bölümlere oranla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Doğan ve Çetinkaya (2019) tarafından akademisyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için 690 akademisyenin katılımıyla yapılmış çalışmada; akademisyenlerin %28.8'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir.

Sungur ve Gamsızkan (2020) tarafından Düzce Üniversitesi'ndeki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için 686 öğrencinin katılımıyla yapılmış çalışmada; öğrencilerin sağlık okuryazarlıkları düzeylerinin %21.1'inin yetersiz, %41.8'inin sorunlu-sınırlı, %30.9'unun yeterli, %6,1'inin mükemmel olduğu tespit edilmiştir.

Deniz ve diğerleri (2020) tarafından Malatya ilinde görev alan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi için 875 katılımcıyla yapılmış çalışmada; öğretmenlerin %49.60'ının yetersiz ya da sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin olduğu belirtilmiştir.

Karahan Yılmaz ve diğerleri (2021) tarafından "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması"nda her iki ölçeğin Türkçe formunun 18-65 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlığını ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığını değerlendirmek için kullanılabileceği saptanmıştır.

Bakery ve diğerleri (1999) tarafından sağlık okuryazarlığı ve hastaneye yatış arasındaki ilişkiyi belirlemek için 503 hastayla yapılmış çalışmada; hastaların %53'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı, %13'ünün sınırlı-sorunlu, %35'inin yetersiz sağlık okuryazarlığının olduğu tespit edilmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin diğer bireylere göre daha sık hastaneye başvurularının olduğu ve daha yaşlı oldukları belirtilmiştir.

Williams ve diğerleri (2002) tarafından yapılmış çalışmada; yetersiz sağlık okuryazarlığının özellikle yaşlı hastalarda daha yaygın olduğu saptanmıştır. 65 yaş ve üstündeki hastaların %33'ünden fazlasının yetersiz veya sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, bu tür hastaların tıbbi durumları ve tedavileri ile ilgili daha az bilgileri olduğu saptanmıştır.

Bennet ve diğerleri (2009) tarafından yaşlıların sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için 65 yaş üstündeki 2668 bireyin katılımıyla yapılmış çalışmada

yaşlı yetişkinlerin %29' unun sağlık durumunun kötü olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ırka ve eğitim durumuna göre farklılaştığı bu çalışmada belirlenmiştir. Siyah ırkın beyaz ırka göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu ve liseden daha az eğitim görmüş yaşlı yetişkinlerin diğer yetişkinlere oranla daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin olduğu tespit edilmiştir.

Wu ve diğerleri (2013) tarafından ABD'deki dört akademik tıp merkezinde dahiliye ve kardiyoloji kliniklerindeki toplam 595 hastayla yapılmış çalışmada; katılımcıların %37'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki olduğu da belirtilmiştir.

Guo ve diğerleri (2014) tarafından sağlık okuryazarlığı düzeyinin kişilerin ağız sağlığı durumuyla ilişkisini belirlemek için Kuzey Florida'da 36 kırsal bölgede ikamet eden 1799 bireyin katılımıyla yapılmış çalışmada; yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bireylerin daha iyi ağız diş sağlığı olduğu saptanmıştır.

Evans ve diğerleri (2019) tarafından lisans öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için 485 öğrencinin katılımıyla yapılmış çalışmada; öğrencilerin %20.4'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı, %34.2'sinin sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Özdemir, Yüzer, Ertaş, Bennet ve Wu tarafından yapılan çalışmalarda demografik verilerle sağlık okuryazarlık düzeyi arasında ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızda benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Köksal ve diğerleri (2008) tarafından çocuk ve adölesanlarda KIDMED indeksi ve antropometrik ölçümler ile beslenme durumunun değerlendirilmesi için 7-18 yaş grubu arasındaki çocuk katılımcılarla yapılmış bir çalışmada, çocukların %25.6' sının yüksek KIDMED puanına sahip olduğu belirtilmiştir. 12-18 yaş aralığındaki bireylerin %16.9'unun yüksek KIDMED puanına sahip olduğu saptanmıştır.

Erol ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye'de ergenlerde KIDMED indeksinin değerlendirilmesi için 11-14 yaş arası çocuklar ile yapılan bir çalışmada %55.7'sinin normal, %39.9'unun yüksek KIDMED puanına sahip olduğu saptanmıştır.

Baydemir ve diğerleri (2018) tarafından Kocaeli Üniversitesi'ndeki öğrencilerle yapılmış bir çalışmada erkek öğrencilerin %40.9'unun kız öğrencilerin ise %59.1'inin orta diyet kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Aradaki bu fark üniversite dönemindeki genç kızların beden algısının daha yüksek olması ile açıklanarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Kasap (2019) tarafından öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını ölçmek için yapılmış çalışmada sabah kahvaltısı yapan öğrencilerin KIDMED puanının, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %10.9'unun iyi diyet kalitesine sahip olduğu ancak bu durumun Marmara Bölgesi'nde balık tüketimine ulaşılabilmesinin kolaylığı nedeniyle olabileceği belirtilmiştir.

Sağır (2019) tarafından üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile bağlantısını değerlendirmek için Mersin ilindeki üniversite öğrencileri ile yapılmış çalışmada iyi KIDMED puanı alan erkek öğrencilerin %7.3'ünün, kız öğrencilerin ise %2.4'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı tespit edilmiştir.

Gümüş ve Yardımcı (2020) tarafından yapılmış çalışmada, üniversite öğrencilerinin ikamet ettikleri yerle KIDMED puanları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve diyet kalitesi düzeyine etkileyecek kadar anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

Pehlivanoglu ve diğerleri (2020) tarafından 'Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği' adlı çalışmalarında 18-65 yaş grubu katılımcılarda %42.25'inin 7'nin üzerinde puan alarak Akdeniz diyetine kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada %57.75' in 7'nin altında puan alarak Akdeniz diyetine düşük uyum gösterdiği saptanmıştır.

Özcan ve diğerleri (2021) tarafından Türkiye'de Covid-19 salgını sırasında Akdeniz diyetine bağlılığın depresyon, anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkilerini incelemek için yapılmış çalışmada, depresyon ve kaygıyı azaltmada Akdeniz diyetinin etkili olduğu belirtilmiştir, diyetle uyum arttıkça depresyon ve kaygının azaldığı saptanmıştır.

Serra-Majem ve diğerleri (2004) tarafından İspanya'da ikamet eden 2-24 yaş arası toplam 3850 çocuk ve genç ile çocuk ve adölesanların beslenme alışkanlıklarını, geleneksel sağlıklı Akdeniz beslenme düzenlerini ölçmek için yapılan bir çalışmada KIDMED indeksi ilk kez kullanılmıştır. Çalışma sonucunda coğrafi farklılıkların KIDMED indeksinde önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Trichopoulou ve diğerleri (2005) tarafından Akdeniz diyeti ve beden kitle indeksi arasındaki bağlantıyı değerlendirmek için yapılmış çalışmada Akdeniz diyeti ile beden kitle indeksi ve bel-kalça ölçüsü arasında ilişki olmadığı, kadınlarda bel-kalça oranıyla ilgili bir fark görülse de bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Romaguera ve diğerleri (2009) tarafından Akdeniz diyetine bağlılık ve alt karın bölgesindeki yağlanma arasındaki ilişkiyi ölçmek için 10 Avrupa ülkesinde erkek ve

kadın katılımcılarla yapılmış bir çalışmada, Akdeniz diyetine uyum arttıkça bel çevresi ölçümlerinin de o kadar düşük olduğu tespit edilmiştir.

Novarro-Gonzalez ve diğerleri (2014) tarafından İspanya’da hemşirelik okuyan öğrencilerin beden kitle indeksi ve Akdeniz diyeti ile uyumunu araştırmak için yapılmış çalışmada beden kitle indeksi 25’in üstünde olan öğrencilerin Akdeniz diyetine uyumlarının iyi olduğu belirtilmiştir.

Perez-Gallardo ve diğerleri (2015) tarafından okul çocuklarında diyet kalitesi ve akademik performansı değerlendirmek için yapılmış bir çalışmada akademik başarısı yüksek olanların KIDMED puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir.

Hadjimbei ve diğerleri (2017) tarafından üniversite öğrencilerinin KIDMED indeksini ölçmek için yapılmış çalışmada, erkek öğrencilerin 5.95, kız öğrencilerin 5.46 KIDMED puan ortalaması aldıkları tespit edilmiştir. Aradaki bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Stefan ve diğerleri (2017) tarafından Akdeniz diyetine bağlılık ile vücut kompozisyonu arasındaki ilişkiyi ölçmek için Hırvatistan’da 198 üniversite öğrencisi ile yapılmış çalışmada öğrencilerin Akdeniz diyeti uyumunda cinsiyetle aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Novak ve diğerleri (2017) tarafından Avrupa ülkelerindeki Akdeniz diyetine uyumu değerlendirmek için yapılmış çalışmada düşük fiziksel özelliklere sahip erkek ve kadın katılımcıların Akdeniz diyetine uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Maugeri ve diğerleri (2019) tarafından Güney İtalya’da Akdeniz diyetine uyumun belirleyicilerini araştırmak için yapılmış bir çalışmada; kadınların, yüksek eğitim düzeyine sahip olanların ve evlilerin Akdeniz diyetine uyumunun yüksek olduğu belirtilmiştir.

Paans ve diğerleri (2019) tarafından Hollanda’da yetişkinlerin Akdeniz diyeti ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmış bir çalışmada, kısıtlayıcı yeme davranışına sahip olan kişilerin daha yüksek Akdeniz diyeti skoruna da sahip olduğu tespit edilmiştir.

Raperelli ve diğerleri (2020) tarafından cinsiyet ve Akdeniz diyetine uyum arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için 366 kişinin katılımıyla yapılmış çalışmada 81 kişinin Akdeniz diyetine uyumunun düşük olduğu belirtilmiştir. 285 kişininse orta-yüksek düzeyde bağlılık gösterdiği saptanırken, erkeklerin Akdeniz diyetine uyumlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Kuseyri (2020) tarafından öğrencilerin yeme davranışını ölçmek için Ankara’da bir üniversitede okuyan sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada, öğrencilerin %15.4’ünün iyi KIDMED puanına sahip olduğu saptanmıştır.

Quarta ve diğerleri (2021) tarafından Akdeniz bölgelerindeki ülkeler ve Akdeniz dışındaki ülkeler ele alınarak yapılmış bir çalışmada; Akdeniz bölgelerinde Akdeniz diyetine orta düzeyde uyum gösterildiği tespit edilmiştir. Akdeniz dışı bölgelerde, uyumun düşük olduğu belirtilmiştir. Arada anlamlı bir fark bulunsa dahi, Akdeniz diyetine yüksek uyumun her iki bölgede de istenen düzeyde olmadığı saptanmıştır.



5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık okuryazarlığı kişilerin yaşam kalitelerini ve onların günlük yaşamlarında tüketim alışkanlıklarını dolayısıyla beslenme tarzlarını etkileyen önemli bir unsurdur. Kişiler yaşamları boyunca sağlıklarını etkileyen konularla ilgili bilinçli ya da bilinçsiz olarak sürekli kararlar almaktadırlar. Bu yüzden doğru kararlar veremeyen kişiler diğer koşulların da etkisiyle bir takım sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Sağlık okuryazarlığının düşük olması kişinin kendisinden beklenen uygulamaları yapamamasına, daha sık hasta olmasına bu sebeple daha sık sağlık kurumlarına başvurmasına sebebiyet vermektedir.

Bireylerin sağlıklarını etkileyen temel bir bileşen olarak beslenme hem kısa hem de uzun vadede sağlığın korunmasında önemli bir role sahiptir. Bu anlamda, Akdeniz diyeti sağlıklı bir beden için bilinen en iyi diyet yöntemi olarak literatürde geçmektedir. Bu diyet, bitki ve zeytinyağını, meyve, tahıl ve balık gibi çeşitli besin gruplarını da barındırmaktadır. Bu haliyle sağlıklı olmasının yanı sıra her kesim tarafından uygulanabilen, sürdürülebilir bir diyet olarak kabul edilmektedir. Elde edilen araştırma sonuçları Akdeniz diyetinin diyabet, obezite, kalp krizi ve kanser gibi pek çok hastalığı önlediğini göstermektedir.

Bu araştırmada, Bayburt ilinde yaşayan 18-65 yaş arası kadınların KIDMED ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kullanılarak Akdeniz diyeti ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların %32.5'i 18-25 yaş aralığında, %24.8'i 26-33 yaş aralığında, %23.3'ü ise 34-41 yaş aralığındadır. Katılımcıların %43 gibi büyük bir bölümü lisans mezuniyetine sahipken, bunları lise (%23) ve ön lisans (%17.5) mezunu olan katılımcılar takip etmektedir. Gelir durumları incelendiğinde ise katılımcıların %44'ü asgari ücret seviyesinde (11.500-20.000) gelire sahiptir. Ayrıca katılımcıların en çok öğrenci (%27.8), ev hanımı (%24.8) ve memur (%24.5) olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma bulguları, örnekleme oluşturan kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular kadınların %25.3'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %31.8'inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %34'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı ve %9'unun ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermektedir.

Araştırmada ayrıca, sağlık okuryazarlığı içsel faktöründe %31.8'inin yeterli sağlık okuryazarlığı ve %10.3'ünün mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken dışsal

faktöründe kadınların %48'inin yeterli sağlık okuryazarlığı ve %13.3'ünün mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Araştırmanın ölçeklerinden Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi sonuçlarına göre kadınların %34.5'inin fakir diyet düzeyinde, %52.3'ünün orta diyet ve %13.3'ünün optimal diyet düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, katılımcıların yaş, eğitim durumu, aylık gelir ve mesleklerinin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Katılımcıların yaşlarına göre sağlık okuryazarlıkları incelendiğinde ideal sağlık okuryazarlığı seviyesinin 26-33 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Dahası, lisansüstü eğitim almış, aylık gelir düzeyi 30.001-40.000 ve memur olan kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan kadınların ise yine 26-33 yaş aralığında, lisans mezunu veya yükseköğretim düzeyinde eğitim gördükleri tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının içsel faktörü ile kadınların aylık gelir durumları dışında yaşları, eğitim durumları ve meslekleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. İçsel faktöre göre en çok 26-33 yaş aralığındaki, lisansüstü mezunu ve memur olan kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu faktöre göre yeterli düzeyindeki kadınların en çok 34-41 yaş aralığında, lisans mezunu ve emekli-diğer meslek grubunda oldukları tespit edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının dışsal faktörü ile yaşları, eğitim durumları, aylık gelir durumları ve meslekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu açığa çıkmıştır. Dışsal faktöre göre en çok 26-33 yaş aralığındaki, lisans mezunu, aylık geliri 40.001 ve üzerinde olan ve memur olan kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mükemmel olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu faktöre göre yeterli düzeyindeki kadınların en çok 18-25 yaş aralığında, aylık gelirlerinin 20.001-30.000 arasında, lisans mezunu veya yükseköğretim düzeyinde eğitim gördükleri tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu sonuçlara göre; “ H_1 : Bireylerin demografik özellikleriyle sağlık okuryazarlıkları arasında ilişki bulunmaktadır”. Bu doğrultuda, H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaşları, eğitim durumları, aylık gelirleri ve meslek dağılımları ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre, en çok 50-57 yaş aralığındaki, ilkokul mezunu, aylık geliri 30.001-40.000 ve ev hanımı olan kadınların Akdeniz diyetine bağlılık düzeylerinin optimal diyet düzeyinde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu sonuçlara göre “ H_1 : Bireylerin demografik özellikleri ile Akdeniz diyeti arasında ilişki bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri, içsel ve dışsal alt faktörleri ile Akdeniz diyetine bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.001$). Bu sonuçlara göre “ H_0 : Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyet arasında ilişki bulunmamaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyeti arasında ilişki tespit edilememesinin temel sebebinin diyet konusunda katılımcıların bilinçli olarak karar vermedikleri şeklinde yorumlanabilir. Bireyler diyet kararı almış olsa bile doktor önerisinden çok arkadaş tavsiyesi veya kilo fazlalığından dolayı diyet yapmakta diyet çeşitlerini ve içeriklerini ise yeterince analiz etmemektedirler. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe daha bilinçli olacakları ve diyet içeriklerine daha hâkim olarak kararlar verebilecekleri düşünülmektedir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı ve Akdeniz diyeti üzerine yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Ancak her iki kavramın birlikte araştırıldığı çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yapılan literatür incelemesinde yurt dışında sadece bir tane bulunurken, Türkiye’de bulunmamaktadır. Çalışmanın bu yönüyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kadınların sağlık okuryazarlığı ile Akdeniz diyeti arasındaki ilişkinin incelendiğı bu çalışmanın, örneklem kitlesinin artırılarak daha geniş çaplı çalışmalar yapılması önerilmektedir. Bunun yayında çalışma farklı bölgelerde yapılarak bölgeler arası karşılaştırmalar yapılabilir. Çalışmalar arttıkça hem sağlık okuryazarlığı düzeyleri hem de Akdeniz Diyeti Kalite indeksi bireyler arasında farkındalık yaratabilir. Kurumlar tarafından verilecek eğitimler ve destekler sayesinde daha etkin çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Akar Şahingöz, S., ve Şanlıer, N. (2011). Compliance with Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) and nutrition knowledge levels in adolescents. A case study from Turkey. *Appetite*, 57(1), 272-277.
- Akar, Ç., ve Özalp, H. (1998). *Sağlık hizmetlerinde ve işletmelerinde yönetim*. Ankara: Somgür Yayınları.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., ve Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.
- Akbulut, G. (2011). Metabolik sendroma genel bakış ve tıbbi beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiovascular Sciences*, 24(3), 231-238.
- Akça Ay, F. (2013). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.
- Alaşık, O., ve Aycan, S. (2019). Sağlık okuryazarlığını geliştiren sağlık politikaları. *Türkiye Klinikleri*, 6-9.
- Albani, E. N., Togas, C., Kanelli, Z., Fradelos, E. C., Mantzouranis, G., Saridi, M., ve Tzenalis, A. (2022). Is there an association between health literacy and adherence to the mediterranean diet? a cross-sectional study in greece. . *Wiad Lek.*, 75(9), 2181-2188.
- Alphan, M. E. (2013). *Hastalıklarda beslenme tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- Aslantekin, F., ve Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 13(4), 327-334.
- Aydoğan, M. (2015). *Sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimin önemi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Aygün, D. (2017). *Sağlık iletişiminde sosyal medya ve sağlık okuryazarlığına etkisi ; Beyoğlu örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aytaç, Ö., ve Kurttaş, M. (2015). Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(25), 231-250.
- Babio, N., Toledo, E., ve Estruch, R. (2014). Mediterranean diets and metabolic syndrome status in the PREDIMED randomized trial. *CMAJ*, 186(17), 649-657.

- Bakery, W. D., Parker, R. M., Williams, V. M., ve Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*, 13(12), 791-798.
- Baydemir, C., Özgür, E., ve Balcı, S. (2018). Evaluation of adherence to Mediterranean diet in medical students at Kocaeli University,Turkey. *J Int Med Res*, 46(4), 1584-1594.
- Bayes, J., Schloss, J., ve Sibbritt, D. (2020). Effects of polyphenols in a Mediterranean diet on symptoms of depression: a systematic literature review. *Adv Nutr*, 11(3), 602-615.
- Baygut, H. (2022). *Sağlık ve Bilim 2022: Beslenme-2*. İstanbul: Efe Yayınları.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Pekcan, G., ve Yıldız, E. (2016). *Diyet el kitabı*. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık.
- Becerra-Tomás, N., Blanco, M. S., ve Vigüliouk, E. (2020). Mediterranean diet, cardiovascular disease and mortality in diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and randomized clinical trials. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 60(7), 1207-1227.
- Bennet, I., Chen, J., Soroui, J. S., ve White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors n older adults. *Annals of family medicine*, 7(3), 204-211.
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M. B., ve Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health* , 12(1), 61-68.
- Bolsoy, N., ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(9), 78-87.
- Böyter, M. (2022). *Kırıkkale ilinde görevli öğretmenlerin serbest zaman okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.
- Chiarelli, L. (2006). The impact of low health literacy on chronic disease prevention and control. *Canadian Public Health Association Publication*, 1(690), 231-216.
- Cloutier, M., ve Adamson, E. (2009). *The Mediterranean diet*. ABD: HarperCollins.
- Conti, A. A., Lippi, D., ve Gensini, G. F. (2004). Obesity and nutritional behavior within a historical perspective. *minerva gastroenterol. Dietol*, 50, 171-177.

- Coskun, S., ve Gulhan, Y. (2017). TS EN 15224 TS EN 15224 Healthcare service - the comparison of quality management system to other quality systems in healthcare. *Research Journal of Business and Management*, 4(3), 410-416.
- Craig, W. J., ve Mangels, A. R. (2009). Position of the American dietetic association: Vegetarian diets. *Journal of the American dietetic association*, 109(7), 1266-1282.
- Çakır, A. (2007). *Hasta güvenliği kültürü ile yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., ve Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.
- Çınar, S., Ay, A., ve Boztepe, H. (2018). Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite*, 14(2), 25-39.
- Çopurlar, C. K., Akkaya, K., Arslantaş, İ., ve Kartal, M. (2017). Health literacy of students who applied to medical and nursing faculty in Dokuz Eylul University. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(3), 144-151.
- Dalgıç, G. S. (2018). *Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin akdeniz diyetine uyumunun değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J., ve Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean diet; a literature review. *Nutrients*, 7(11), 9139-9151.
- Deniz, S., Bentli, R., Kalkanlı, M., Yalınız, F., Fırıncı, B., Demir, E., ve Akbaba, M. (2020). Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(1), 28-36.
- DeWalt, D., ve Hink, A. (2009). health literacy and child health outcomes: a ystematic review of the literature. *Pediatrics*, 1(124), 265-274.
- Diler, A., ve Aba, Y. A. (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 31-39.
- Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., ve Sofi, F. (2018). Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur J Clin Nutr*, 72(1), 30-43.
- Doğan, M., ve Çetinkaya, F. (2019). Akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3), 135-141.

- Doğru, Ő. (2021). *Sağlık yönetimi ön lisans, lisans ve lisansüstü ğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Duong, T. V., Aringazana, A., Kayupova, G., Nurjanah, P. T., ve Pham, K. M. (2019). Development and validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *HLRP*, 3(2), 90-102.
- Durmaz, Y., Yayan, E. H., Sezgin, D., ve Yakıncı, C. (2016). Sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı kavramı hakkındaki bilgi düzeyi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(2), 114-117.
- Duyar, Ő., ve avdar, E. (2022). Sağlık Hizmetlerinden Beklentiler: Nitel bir araştırma. *Vankulu Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(9), 94-117.
- Erol, E., Ersoy, G., ve Pulur, A. (2010). Evaluation of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in adolescents in Turkey. *Journal of Human Sciences*, 7(1), 647-667.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD lkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya*, 1(2), 95-104.
- Ertaş, H., Kıracı, R., ve Kavuncu, B. (2019). Sağlık bilimleri fakültesi ğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Social Sciences*, 14(4), 1459-1469.
- Estruch, R., Ros, E., ve Salas-Salvad, J. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean Diet supplemented with Extra-Virgin olive oil or n. *N Engl J Med*, 378(25).
- Evans, A. Y., Anthony, E., ve Gabriel, G. (2019). Comprehensive health literacy among undergraduates: A Ghanaian University-based cross-sectional study. *Health Literacy Research and Practice*, 3(4), 227-237.
- Guo, Y., Logan, H., Dodd, V., Muller, K., Marks, J., ve Riley, J. (2014). Health literacy: a path way to better oral health. *American Journal of Public Health*, 104(7), 85-91.
- Gümüş, A. B., ve Yardımcı, H. (2020). Üniversite ğrencilerinin günlük besin ögesi alımlarının Akdeniz diyeti kalite indeksi (KIDMED) ile ilişkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 73-160.
- Güneş, F. (2019). Okuryazarlık yaklaőtımları. *Sınırsız Eğitim ve Araştırmalar Dergisi*, 4(3), 224-246.

- Haber, B. (1997). The Mediterranean Diet: a Glimpse from History. *J. Clin. Nutr*, 66(1), 1053-1957.
- Hadjimbei, E., Botsaris, G., Gekas, V., ve Panayiotou, A. (2016). Adherence to the Mediterranean diet and lifestyle characteristics of university students in cyprus: a crosssectional survey. *J Nutr Metabol*, 2(1), 1-8.
- İnkaya, B., ve Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyanöğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 7(3), 124-129.
- İşler, A. O. (2019). 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Jackson, R. (1999). *Roma İmparatorluğu'nda doktorlar ve hastalıklar*. (Ş. Mumcu, Çev.) İstanbul: Homer Kitabevi. 10 4, 2023 tarihinde alındı
- JAMA. (1999). Health literacy: report of the council on scientific affairs. ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs. *American Medical*, 281(6), 552-557.
- Jannasch, F., Kröger, J., ve Schulze, M. (2017). Dietary patterns and type 2 diabetes: a systematic literature review and meta-analysis of prospective studies. *J Nutr.*, 147(6), 1174-1182.
- Kafeshani, M., Janghorbani, M., ve Salehi, R. (2015). Dietary approaches to stop hypertension influence on insulin receptor substrate-1gene expression: a randomized controlled clinical trial. . *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan*, 20(9), 832-837.
- Kalaycı, İ. (2022, Haziran). *Alanya mutfak kültürünün akdeniz diyeti açısından incelenmesi*.Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Antalya.
- Kanj, M., ve Mitic, W. (2009). *health literacy and health promotion definitions, concepts and examples in the eastern mediterranean region*. Individual Empowerment Conference Working Document.
- Kaplan, M. (2016). Kültürel bir inşa süreci olarak sağlık: kavramsal ve tarihsel bir bakış. *Dört Öge*, 1(10), 11-18.

- Karahan Yılmaz, S., ve Eskici, G. (2021). Sağlık okuryazarlığı ölçeği-kısa form ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ölçeğinin türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 19-25.
- Kasap, E. G. (2019, Ocak). *Marmara Üniversitesi 1.sınıf öğrencilerinin kardiyovasküler risk faktörleri ve bu faktörler hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları*. Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Kasttorini, C., Milionis, H. J., Esposito, K., Guigliano, D., Goudevenos, J. A., ve Panakiotakos, D. B. (2011). The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components. *J. Am. Coll. Cardiol*, 2022, 1299-1313.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Yayın-Dağıtım.
- Koay, K., Schofield, P., ve Jefford, M. (2012). Importance of health literacy in oncology. *Asya Pac J Klinik Oncol*, 8(1), 14-23.
- Köksal, E., Tek, N., ve Pekcan, G. (2008). *12-18 yaş grubu adölesanlarda KIDMED (sağlıklı beslenme) indeksi ve 24 saatlik besin tüketim yöntemi ile beslenme alışkanlıklarının saptanması*. Antalya, Türkiye: I. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Kongre Kitabı.
- Krznarić, Z., Karas, I., Vranešić, B. D., ve Ljubas, K. D. (2021). The mediterranean and nordic diet: a review of differences and similarities of two sustainable, health-promoting dietary patterns. *Front Nutr.*, 25(8).
- Kurudayıoğlu, M., ve Tüzel, M. (2010). 21. yüzyılda okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, 1(28), 284-298.
- Kuseyri, G. (2020). *Üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının beslenme durumu üzerine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Wang, X., Jiang, J., Chen, H., . . . Zhang, Z. (2020). What is the meaning of health literacy? a systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*, 8(2).
- Liyanage, T., Ninomiya, T., ve Wang, A. (2016). Effects of the mediterranean diet on cardiovascular outcomes-a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(8).
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10(3), 248-255.

- Martínez-González, M. a., De La Fuente-Arrillaga, C., Nunez-Cordoba, J. M., Basterra-Gortari, F. J., Beunza, J. j., Vazquez, Z., . . . Bes-Rastrollo, M. (2008). Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. *BMJ*, 336(7657), 1348-1351.
- Maugeri, A., Barchitta, M., ve Fiore, V. (2019). Determinants of adherence to the mediterranean diet: Findings from a cross-sectional study in women from Southern Italy. *Int J Environ Res PubliInt Health*, 16(16), 1-14.
- Menotti, A., ve Puddu, P. (2015). How the seven countries study contributed to the definition and development of the mediterranean diet concept: a 50-year journey. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis*, 25(3), 245-252.
- Mentella, M. C., Scaldaferri, F., Ricci, C., Gasbarini, A., ve Miggiano, G. D. (2019). Cancer and Mediterranean diet: a review. *Nutrient*, 11(9), 2059.
- Merdol, T. K. (2016). Beslenme ve diyetetik biliminin dünü, bugünü ve geleceği. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-5.
- Mg, C. T. (2017). Mediterranean diet and health promotion: evidence and current concerns. *Medical Research Archives*, 5(7), 1-16.
- Minelli, P., ve Montinari, M. R. (2019). The Mediterranean diet and cardioprotection: historical overview and current research. *J. Multidiscip. Health*, 2019(12), 805-815.
- Morze, J., Danielewicz, A., Przybyłowicz, K., Zeng, H., Hoffmann, G., ve Schwingshackl, L. (2021). An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer. *European Journal of Nutrition*, 60(3), 1561-1586.
- Navarro-Gonzalez, I., Lopez-Nicolas, R., Rodriguez-Tadeo, A., Ros-Berruezo, G., Martinez-Marin, M., ve Domenech-Asensi, G. (2014). Adherence to the Mediterranean diet by nursing students of Murcia (Spain). *Nutricion Hospitalaria*, 30(1), 165-172.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., ve Kindig, D. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington: National Academies Press.
- Novak, D., Steefan, L., ve Prosoli, R. (2017). Mediterranean diet and its correlates among adolescents in non-mediterranean European countries: A population-based study. *Nutrients*, 9(2), 1-11.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

- Ölmez, E. H., ve Barkan, O. B. (2015). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127.
- Özcan, B. A., Yeşilkaya, B., Yılmaz, H. Ö., Günal, A., ve Özdemir, A. (2021). Effects of adherence to the Mediterranean diet on depression, anxiety, and sleep quality during the Covid-19 pandemic in Turkey. *International Journal of Innovative Research and Reviews*, 5(2), 39-44.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., ve Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özdenk, S., Özdenk, G. D., Özcebe, L., ve Üner, S. (2019).) Bir üniversitenin 4. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(24), 97-110.
- Özkan, S., Uğraş Dikmen, A., Aksakal Baran, F. N., Çalışkan, D., Tüzün, H., Taşçı, Ö., ve Ceylan Ünal, S. (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Paans, N. P., Gibson-Smith, D., Bot M. Van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., ve Penninx, B. W. (2019). Depression and eating styles are independently associated with dietary intake. *Appetite*, 134(1), 103-110.
- Paasche-Orlow, M., ve Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26. doi:DOI:10.5993/AJHB.31.s1.4
- Paasche-Orlow, M., Parker, R., Gazmararian, J., Nielsen-Bohlman, L., ve Rudd, R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184.
- Pehlivanoglu, E. F., Balcioğlu, H., ve Ünlüoğlu, İ. (2020). Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2), 160-164.
- Perez-Gallardo, L., Gomez, T. M., Marxo, I. B., Pascual, M. F., Calle, E. M., ve Dominguez, R. R. (2015). Diet quality in college students with different academic profile. *Nutricion Hospitalaria*, 31(5), 2230-2239.
- PREDIMED study investigators. (2015). Intake of total polyphenols and some classes of polyphenols is inversely associated with diabetes in elderly people at high cardiovascular disease risk. *J Nutr*, 146(4), 767-777.
- Quarta, S., Massaro, M., Chervenkov, M., Ivanova, T., Dimitrova, D., Jorge, R., . . . MaksimovaV. (2021). Persistent moderate-to-weak mediterranean diet

- adherence and low scoring for plant-based foods across several southern european countries: Are we overlooking the mediterranean diet recommendations? *Nutrients*, 13(5), 1432.
- Raparelli, V., Romiti, G. F., ve Spugnardi, V. (2020). Gender-related determinants of adherence to the mediterranean diet in adults with ischemic heart disease. *Nutrients*, 12(3), 1-12.
- Romaguera, D., Norat, T., Mouw, T., May, A. M., Bamia, C., ve Slimani, N. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *J. Nutr.*, 139(9), 1728-1737.
- Ruiz-Canela, M., Zazpe, I., ve Shivappa, N. (2015). Dietary inflammatory index and anthropometric measures of obesity in a population sample at high cardiovascular risk from the PREDIMED (PREvención con Dieta MEDiterránea) trial. *Br J Nutr.*, 113(6), 984-995.
- Sağır, G. Ş. (2019). *Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Sánchez-Sánchez , M. L., García-Vigara, A., Hidalgo-Mora, J. J., García-Pérez, M. A., Tarín, J., ve Cano, A. (2020). Mediterranean diet and health: a systematic review of epidemiological studies and intervention trials. *Maturitas*, 136, 25-37.
- Scarmeas, N., Stern, Y., Tang, M., Mayeux, R., ve Luchsinger, J. A. (2006). Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann. Neurol*, 59(6), 912-921.
- Schillinger, D. (2020). The intersections between social determinants of health, health literacy, and health disparities. *Stud Health Technol Inform*, 25(269), 22-41.
- Schwingshackl, L., Missbach, B., König, J., ve Hoffmann, G. (2015). Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.*, 18(7), 1292-1299.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., ve Ortega, R. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.*, 7(7), 931-935.
- Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E., Lairon, D., De La Cruz, J. N., . . . Trichopoulou, A. (2020). Updating the Mediterranean diet pyramid towards sustainability: focus on environmental concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 2-20.

- Sezer, A., ve Kadipoğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170.
- Sezgin Büyükalaca, A. A. (2017). Traditional to digital literacy: The case of Turkey. *Media Watch Journal*, 8(3), 89-99.
- Sezgin, D. (2011). *Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*. İstanbul: Ayrıntı.
- Sezgin, D. (2014). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3(Özel Sayı), 73-92.
- Sikalidis, A., Kelleher, A., ve Kristo, S. A. (2021). Mediterranean Diet. *Encyclopedia*, 1(2), 371-381.
- Simonds, S. (1974). Health education as social. *Sage Journals*, 2(1), 1-10. doi:https://doi.org/10.1177/10901981740020S102
- Simopoulos, A. (2001). The Mediterranean diets: what is so special about the diet of greece? the scientific evidence. *J. Nutr*, 131(11), 3065-3073.
- Söğüt, S., ve Cangöl, E. (2020). *Sağlık Üzerine Multidisipliner Çalışmalar*. Rating Academy Ar-Ge Yazılım Yayıncılık Eğitim Danışmanlık ve Organizasyon Ticaret Limited Şirketi.
- Stefan, L., Cule, M., Milinovic, I., Sporis, G., ve Juranko, D. (2017). The relationship between adherence to the Mediterranean diet and body composition in Croatian university students. *European Journal of Integrative Medicine*, 13(1), 6-41.
- Stewart, B., Khanduri, P., McCord, C., Ohene-Yeboah, M., Uranues, S. Vega Rivera, F., ve Mock, C. (2014). Global disease burden of conditions requiring emergency surgery. *Br J Surg*, 101(1), 9-22.
- Sungur, M. A., ve Gamsızkan, Z. (2020). Düzce Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(2), 117-125.
- Svastalog, A. L., Doney, D., Kristoferrersen, J., N., ve Gajovic, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Coratian medical journal*, 58(6), 431-435.
- Şahinöz, T., Şahinöz, S., ve Kıvanç, A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.
- Şen, U., ve V., Y. (2016). Manisa şehzadeler eğitim araştırma toplum sağlığı merkezi bölgesinde erişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi, Yayınlanmamış doktora tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

- T.C Sağlık Bakanlığı. (2023, Ekim 12). *Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında sağlık bakanlığı yönergesi*. Türk Tabipler Birliği: https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5f5d8700-a285-11e7-9205-300896da83fe adresinden alındı
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, N. D., Çakır, B., ve Akalın, E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 25(1), 1-96.
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J. P., ve Paasche-Orlow, M. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Educ Couns*, 75(3), 411-417.
- Trichopoulos, D. (2002). In defense of the Mediterranean diet. *J. Clin. Nutr*, 56(9), 928-929.
- Trichopoulou, A., Naska, A., Orfanos, P., ve Trichopoulos, D. (2005). Mediterranean diet in relation to body mass index and waist-to-hip ratio: The Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study. *Am J. Clin Nutr.*, 82(5), 935-940.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024, Şubat 06). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2023*. Mart 7, 2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/>: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684> adresinden alındı
- Wallendorf, M. (2001). Literally literacy. *Journal of Consumer Research*, 27(4), 505-511.
- Wiechert, M., ve Holzapfel, C. (2022). Nutrition concepts for the treatment of obesity in adults. *Nutrients*, 14(1), 169.
- Willet, C. W., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-luzzi, A., Helsing, E., ve Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: A cultural model for healthy eating. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 119(3), 1402-1406.
- Williams, M., Davis, T., Parker, R., ve Weis, B. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family medicine*, 34(5), 383-389.
- Wu, J., Holmes, G., DeWalt, D., Macabasco-O'Connell, A., Bibbins-Domingo, K., ve Ruo, B. (2013). Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 28(9), 1174-1180.
- Yılmaz, A., Saygılı, M., ve Kaya, M. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31, 148-157.

- Yüksel, A., ve Özkul, E. (2021). Sürdürülebilir diyet modellerinin değerlendirilmesi. *Bursa Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 35(2), 467-481.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., ve Greer, D. (2005). *Understanding health literacy: an expanded model*. U.S: Jossey-Bass Inc.



EKLER

Ek 1. Kadınlarda Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Okur Yazarlığının Akdeniz Diyeti Üzerine Etkisi: Bayburt İli Örneği Ölçeği

31.08.2023 22:20

Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Okuryazarlığının Akdeniz Diyeti Üzerine Etkisi : Bayburt İli ...

Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi ve Sağlık Okuryazarlığının Akdeniz Diyeti Üzerine Etkisi : Bayburt İli Örneği

* Zorunlu soruyu belirtir

1. 1. Cinsiyetiniz nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Kadın

☐ Erkek

2. 2. Eğitim durumunuz nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ İlköğretim

☐ Ortaöğretim

☐ Lise

☐ Lisans

☐ Lisansüstü

3. 3. Aylık geliriniz nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 11.500-20.000

☐ 21.000-30.000

☐ 31.000-40.000

☐ 41.000 ve üstü

4. 4. Mesleğiniz nedir? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Ev hanımı
☐ Öğrenci
☐ Memur
☐ İşçi
☐ Diğer

5. 5. Her gün bir meyve yer ya da meyve suyu içer misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

6. 6. Her gün ikinci bir meyve yer misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

7. 7. Düzenli olarak günde bir kez taze veya pişmiş sebze tüketir misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

8. 8. Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketir misiniz? *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

9. 9. Düzenli olarak haftada en az 2-3 kez balık yer misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

10. 10. Haftada bir kereden fazla fast-food restoranlara gider misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

11. 11. Kuru baklagilleri sever ve haftada bir kereden fazla yer misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

12. 12. Makarna ve pilavı hemen hemen her gün (haftada 5 veya daha fazla) tüketir misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

13. 13. Kahvaltıda kahvaltılık gevrek (corn-fleks vb.) ya da tahıl ürünleri (ekmek) tüketir misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

14. 14. Düzenli olarak (haftada en az 2-3 kez) kuruyemiş tüketir misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

15. 15. Zeytinyağı tüketiyor musunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

16. 16. Kahvaltı öğününü atlar mısınız? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

17. 17. Kahvaltıda süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt vb) tüketir misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

18. 18. Kahvaltıda hazır fırın ürünleri (poğaça vb) veya pasta yer misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evet

☐ Hayır

19. 19. Günde 2 kez süt/yoğurt ve/veya peynir (40 g) tüketir misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evet

☐ Hayır

20. 20. Her gün birkaç kez tatlı ve şeker/şekerleme yer misiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evet

☐ Hayır

21. 21. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Çok zor

☐ Oldukça zor

☐ Oldukça kolay

☐ Çok kolay

22. 22. İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kağıdı) anlayabilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

23. 23. Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını *
değerlendirebilmek.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

24. 24. Acil bir durumda ambulans çağırmak. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

25. 25. Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

26. 26.Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak(meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi). *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

27. 27. Hangi aşılarla ihtiyacınız olacağına karar vermek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

28. 28. Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağına karar verebilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

29. 29. Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağına karar verebilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

30. 30. Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler(meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

31. 31. Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

32. 32. Hangi günlük davranışların(içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ilişkili olduğuna karar verebilmek. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

33. 33. Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çok zor
☐ Oldukça zor
☐ Oldukça kolay
☐ Çok kolay

ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı : E-95674917-108.99-204621

Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Prof. Dr. Alper Veli ÇAM

"KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKDENİZ DİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ: BAYBURT İLİ ÖRNEĞİ " konulu etik kurul başvurunuz; Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **29/08/2023** tarih ve **2023/4** sayılı toplantısında görüşülmüş olup; projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Elif ŞİK, İlk ve orta öğretimini tamamladıktan sonra, 2006 yılında Tokat Sağlık Meslek Lisesini kazanmış ve 2010 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Konya Selçuk Üniversitesi, Anestezi bölümü ön lisans programına kayıt yaptırmıştır. Ön lisans eğitiminden sonra 2016 yılında İstanbul Üniversitesi Uzaktan Eğitim Fakültesinde, Sosyal Hizmetler bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2022 yılında Gümüşhane Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

2014 yılında Tokat Devlet Hastanesi'ne atanarak, anestezi teknikeri olarak görev yapmıştır. Aynı görevi 2016 ve 2017 yılları arasında Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İstanbul/Bahçelievler Devlet Hastanesinde de sürdürmüştür. 2017 yılında ve halen Bayburt Devlet Hastanesinde görevine devam etmektedir.