



**YETİŞKİNLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI,
BESLENME OKURYAZARLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Zeynep ARPA HAN

**Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Doç.Dr. İzzet ÜLKER**

2026

Her hakkı saklıdır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YETİŞKİNLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, BESLENME
OKURYAZARLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Zeynep ARPA HAN

Danışmanı: Doç. Dr. İzzet ÜLKER

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2026

Her hakkı saklıdır

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BEYANNAME.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TABLolar DİZİNİ	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi.....	5
2.2. Beslenme Okuryazarlığı	5
2.2.1. Beslenme okuryazarlığının sınıflandırılması.....	6
2.2.2. Beslenme okuryazarlığının amaçları.....	7
2.2.3. Beslenme okuryazarlığını etkileyen faktörler	8
2.3. Sağlık Okuryazarlığı	9
2.3.1. Tanım	9
2.3.2. Sağlık okuryazarlığının tarihçesi.....	10
2.3.3. Sağlık okuryazarlığı sınıflandırmaları.....	11
2.3.4. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler	12
2.3.5. Sağlık okuryazarlığının önemi	14
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	15
2.5. Beslenme ve Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki	16
2.6. Yaşam Kalitesi	17
2.7. Halk Sağlığı Hemşireliği.....	18
3. YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Kişisel bilgi formu	20
3.4.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği	21
3.4.3. Beslenme okuryazarlığı ölçeği.....	21

3.4.4. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği.....	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ONERİLER	37
KAYNAKLAR.....	39
EKLER.....	57
EK-1. BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURUL FORMU	57
EK-2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ÖLÇEĞİ	59
EK-3. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32) ..	60
EK-4. GIDA OKURYAZARLIĞI KISA FORMU(SFLQ)	62
EK-5.YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)	64

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

16.01.2026

İmzası

Zeynep ARPA HAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi, yönlendirme ve destekleriyle bana yol gösteren danışman hocam Doç.Dr. İzzet ÜLKER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kendisi, akademik birikimi ve sabrıyla çalışmamın her aşamasında yanımda oldu, değerli önerileriyle araştırmamı daha nitelikli hale getirdi.

Bu süreç boyunca desteklerini her an hissettiğim değerli ailem Leyla Arpa ve Zeki Arpa'ya ve bu süreçte sabrı, anlayışı ve desteğiyle bana güç veren sevgili eşim Azat Han'a en içten minnetlerimi sunarım

Veri toplama sürecinde bana yardımcı olan çalışma arkadaşlarıma ve zamanlarını ayırarak araştırmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederim.

16.01.2026

İmzası

Zeynep ARPA HAN

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı, Beslenme Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireyler arasında sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu değişkenlerin sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmektir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini kapsarken, beslenme okuryazarlığı sağlıklı beslenmeyle ilgili bilgi, tutum ve davranışların gelişiminde önemli bir belirleyici olarak kabul edilir. Bu bağlamda, her iki okuryazarlık türünün yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, önleyici ve sağlık geliştirme hizmetleri için özellikle önemlidir.

Yöntem: Bu çalışma, betimsel ve ilişkisel bir tarama modeli kullanılarak nicel bir araştırma olarak yürütülmüştür. Çalışma popülasyonu yetişkin bireylerden oluşmuş olup, örneklem 18 ile 92 yaşları arasında toplam 328 katılımcıyı içermiştir. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Türkçe Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (THLS-32), Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve Cronbach alfa katsayılarının kabul edilebilir seviyelerin üzerinde olduğu bulunmuştur. Veri analizi, tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Spearman korelasyon analizi ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizini içermiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Katılımcıların ortalama sağlık okuryazarlığı $40,20 \pm 19,49$ iken beslenme okuryazarlığı $49,97 \pm 23,11$; medyan değerleri ise sırasıyla 45 ve 80 olarak bulunmuştur. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde en yüksek puanlar “Sosyal İşlevsellik” ($62,96 \pm 24,26$) ve “Ağrı” ($61,87 \pm 25,02$) alt ölçeklerinde, en düşük puanlar ise “Enerji” ($51,17 \pm 19,17$) ve “Genel Sağlık Algısı” ($52,30 \pm 19,41$) alt ölçeklerinde elde edilmiştir. Kadınların beslenme okuryazarlığı erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), ancak sağlık okuryazarlığında cinsiyete göre bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca, gelirin sağlık ve beslenme okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiş ve yaşadıkları yerin yeme alışkanlıklarını etkilediğini düşünenlerin puanları da anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık ve beslenme okuryazarlığı arasında yüksek pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r = 0,850$; $p<0,001$) ve regresyon analizleri, gelir ve ikamet yerinin bu puanları en güçlü şekilde etkilediğini göstermiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığının yetişkin bireyler arasında yaşam kalitesiyle güçlü ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Dahası, sağlık ve beslenme okuryazarlığını geliştirmeyi amaçlayan eğitim ve müdahale programları, bireylerin yaşam kalitesini artırmak için etkili bir halk sağlığı yaklaşımı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

MS. Thesis

Examining the Relationship Between Health Literacy, Nutrition Literacy, and Quality of Life in Adults

Aim: The aim of this study was to examine the relationship between health literacy and nutrition literacy levels and quality of life among adult individuals, and to evaluate whether these variables differ according to sociodemographic characteristics. Health literacy encompasses individuals' abilities to access, understand, appraise, and use health-related information in their daily lives, while nutrition literacy is considered an important determinant in the development of knowledge, attitudes, and behaviors related to healthy eating. In this context, identifying the effects of both types of literacy on quality of life is of particular importance for preventive and health-promoting services.

Method: This study was conducted as a quantitative research using a descriptive and correlational survey design. The study population consisted of adult individuals, and the sample included a total of 328 participants aged between 18 and 92 years. Data were collected using a Personal Information Form developed by the researcher, the Turkish Health Literacy Scale (THLS-32), the Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ), and the SF-36 Quality of Life Scale. Validity and reliability analyses of the scales were performed, and Cronbach's alpha coefficients were found to be above acceptable levels. Data analysis included descriptive statistics as well as the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Spearman correlation analysis, and multivariate linear regression analysis. The level of statistical significance was set at $p < 0,05$.

Results: Participants' average health literacy was $40,20 \pm 19,49$, nutrition literacy was $49,97 \pm 23,11$; the median values were 45 and 80, respectively. The highest scores on the SF-36 quality of life scale were for "Social Functioning" ($62,96 \pm 24,26$) and "Pain" ($61,87 \pm 25,02$), while the lowest scores were in the 'Energy' ($51,17 \pm 19,17$) and "General Health Perception" ($52,30 \pm 19,41$) subscales. Women's nutrition literacy was found to be significantly higher than men's ($p < 0,05$), while there was no difference in health literacy according to gender ($p > 0,05$). Income was determined to be an important factor affecting health and nutrition literacy, and the scores of those who thought that where they lived affected their eating habits were also significantly higher ($p < 0,05$). A high positive correlation was found between health and nutrition literacy ($r = 0,850$; $p < 0,001$), and regression analyses showed that income and place of residence most strongly influenced these scores ($p < 0,05$).

Conclusion: The findings of this study indicate that health literacy and nutrition literacy are strongly and positively associated with quality of life among adult individuals. Educational and intervention programs aimed at improving health and nutrition literacy may represent an effective public health approach to enhancing individuals' quality of life.

Keywords: Health Literacy, Nutrition Literacy, Quality of Life

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1. Sürekli Değişkenlerin Normallik Analizi.....	24
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	26
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığı Puanları	26
Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Puanları.....	27
Tablo 4.4. Katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık ve beslenme okuryazarlığı puanlarının karşılaştırılması	27
Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.6. Sağlık Okuryazarlığı, Beslenme Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyonlar	30
Tablo 4.7. Sağlık Okuryazarlığı Puanını Yordayan Faktörler	31
Tablo 4.8. Beslenme Okuryazarlığı Puanını Yordayan Faktörler	31

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simgeler

Ort.

Ss

Açıklama

Ortalama

Standart sapma

Kısaltmalar

DSÖ

Açıklama

Dünya Sağlık Örgütü



1. GİRİŞ

Sağlık, bireysel iyilik hâlinin sürdürülmesi, toplumsal gelişmenin desteklenmesi ve ekonomik sürdürülebilirliğin sağlanması açısından temel bir kavramdır. Geleneksel olarak hastalığın yokluğu biçiminde tanımlanan sağlık, günümüzde fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları içeren çok yönlü bir iyilik hâli olarak ele alınmaktadır (Schramme, 2023). Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı yalnızca patolojik durumların bulunmaması olarak değil, bireylerin üretken, anlamlı ve işlevsel bir yaşam sürdürebilmelerini mümkün kılan dinamik bir süreç olarak tanımlamaktadır (Adisasmito ve ark., 2022). Bu çerçevede sağlık; bireysel özelliklerin yanı sıra eğitim düzeyi, gelir durumu, kültürel yapı ve yaşam çevresi gibi çok sayıda sosyal belirleyicinin etkileşimi sonucunda şekillenmektedir.

Bireylerin sağlık durumlarını koruma ve geliştirme süreçleri, yalnızca biyolojik faktörlerle değil, aynı zamanda sağlıkla ilişkili bilgi ve becerilere sahip olma düzeyleriyle de yakından ilişkilidir. Sağlıklı olma durumu; bilinçli kararlar verebilme, günlük yaşamda sağlığı destekleyen davranışları sürdürebilme ve yaşam koşullarına uyum sağlayabilme kapasitesini içermektedir. Düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık sistemini etkili kullanma gibi davranışlar, sağlığın korunmasında temel rol oynamaktadır (Evans ve ark., 2021). Ancak bu davranışların benimsenmesi ve sürekliliği, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve uygulayabilme becerileriyle doğrudan ilişkilidir.

Bu noktada sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını yönetebilme kapasitelerini belirleyen temel bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygun sağlık kararları almak üzere kullanabilme becerilerini kapsamaktadır. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağlık sistemlerinde etkin biçimde yol bulmalarını, tıbbi önerileri doğru yorumlamalarını, koruyucu hizmetlerden yararlanmalarını ve kronik hastalıklarını etkin biçimde yönetmelerini desteklemektedir (Estrela ve ark., 2023). Buna karşılık, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri; olumsuz sağlık sonuçları, artan sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilendirilmektedir (Shahid ve ark., 2022).

Beslenme okuryazarlığı ise sağlık okuryazarlığının önemli ve tamamlayıcı bir alt boyutu olarak değerdendirilmektedir. Beslenme okuryazarlığı; sağlıklı beslenme seğıimleri yapabilmek amacıyla beslenmeye ilişkin bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, eleştirel biçimde değerdendirme ve günlük yaşamda uygulayabilme becerilerini içermektedir (Silva, 2023). Gıda etiketlerini yorumlayabilme, beslenme rehberlerini anlayabilme ve beslenmeye yönelik medya mesajlarını doğru değerdendirebilme, beslenme okuryazarlığının temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Araque-Padilla ve Montero-Simo, 2025).

Yetişkinlik döneminde sağlık ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin yeterli olması, bireylerin yaşam boyu sağlık sonuçları açısından kritik öneme sahiptir. Bu dönemde kazanılan sağlık ve beslenme davranışları; obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer kronik hastalıkların gelişim riskini doğrudan etkilemektedir. Sağlık ve beslenme okuryazarlığı, yalnızca bireysel kapasiteyle sınırlı olmayıp; sosyoekonomik koşullar, eğitim düzeyi ve bireyin içinde bulunduğu yaşam bağlamı tarafından da şekillendirilmektedir. Bu nedenle, yetişkin bireylerde bu iki okuryazarlık alanının birlikte ele alınması ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin incelenmesi, bütüncül bir halk sağlığı yaklaşımı açısından önem taşımaktadır.

Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevsellik düzeylerini yansıtan çok boyutlu bir kavramdır ve sağlık göstergelerinin önemli bir tamamlayıcısıdır (Kaplan ve Hays, 2022). Sağlık ve beslenme okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, bireylerin yaşam kalitesinin de olumlu yönde etkilendiği bilinmektedir. Bununla birlikte, sağlık ve beslenme okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin, yetişkin bireylerde sosyodemografik değışkenler bağlamında birlikte ele alındığı çalışmaların sınırlı olduğu görölmektedir.

Halk sağlığı hemşireliği açısından bakıldığında, sağlık ve beslenme okuryazarlığının geliştirilmesi koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Halk sağlığı hemşireleri; eğitim, danışmanlık ve savunuculuk rolleri aracılığıyla bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve becerilerini güçlendirmede önemli bir sorumluluk üstlenmektedir (Akgöl ve Ergün, 2021; Akgöl ve Ergün, 2021; Nigenda ve ark., 2010; Perry ve ark., 2017; Yeşilfidan ve Adana, 2019). Bu nedenle yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, beslenme

okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ortaya konulması, halk sağlığı hemşireliği uygulamalarına kanıta dayalı katkı sağlayacaktır.

Sağlık ve beslenme okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesi, sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanması ve yaşam kalitesini sürdürülebilir şekilde artırması açısından temel belirleyiciler arasında yer almaktadır. Ancak bu yeterliliklerin toplum genelinde eşit düzeyde dağılmadığı; yaşanan yer, sosyoekonomik koşullar ve çevresel olanaklara bağlı olarak önemli farklılıklar gösterebildiği bilinmektedir. Türkiye’de sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar artmakla birlikte, beslenme okuryazarlığı ile birlikte ele alındığı ve yerleşim yeri bağlamında bütüncül biçimde değerlendirildiği araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Özellikle kentsel ve kırsal alanlar arasındaki farklılıkların sağlık ve beslenme okuryazarlığı üzerindeki etkilerinin ortaya konulması, halk sağlığına yönelik planlama ve müdahaleler açısından önemli bir bilgi boşluğunu dolduracaktır. Ayrıca araştırma kapsamında; sosyodemografik özelliklerin sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki olası etkilerinin ortaya konulması ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Türkiye’de yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin yaşanan yerleşim yerine göre nasıl farklılaştığı ve bu farklılıkların yaşam kalitesi üzerindeki olası etkilerinin yeterince ortaya konulamamış olması, bu çalışmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda çalışmanın araştırma soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

Alt Araştırma Soruları

1. Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
2. Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi gelir düzeyine göre farklılık göstermekte midir?

3. Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi Yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünme durumuna göre farklılık göstermekte midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi

Beslenme, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında temel bir unsurdur. Bireylerin vücudun gereksinim duyduğu besin öğelerini yeterli ve dengeli biçimde tüketmesi, sağlıklı yaşamın sürdürülebilmesi açısından gereklidir (Ünsal, 2019). Yeterli ve dengeli beslenme; büyüme, gelişme ve fizyolojik işlevlerin devamı için enerji ve besin öğelerinin uygun oranlarda alınmasını ifade eder ve bu şekilde beslenen bireylerde beslenmeye bağlı sağlık sorunları daha az görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Temel besin öğelerinden herhangi birinin yetersiz alımı bireyin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmekte; besin gereksinimleri yaş, cinsiyet, yaşam koşulları ve çevresel faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir (Döngel, 2020). Beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgisi düzeyi, beslenme ile ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Baysal ve ark., 1999).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar erken ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer almakta olup, sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi hastalıkların önlenmesinde temel bir stratejidir (Uzun, 2021; Polat, 2006). Yetersiz ve dengesiz beslenme bağışıklık sistemini zayıflatmakta, hastalık riskini artırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Aktürk Oğulluk, 2019; Öztürk, 2024). Bu nedenle sağlıklı beslenmenin yaşam boyu sürdürülmesi ve toplumsal farkındalığın artırılması büyük önem taşımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

2.2. Beslenme Okuryazarlığı

Beslenme okuryazarlığı (BOY), sağlık okuryazarlığının bir alt boyutu olarak ele alınmakta olup, bireyin beslenmeye ilişkin bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, işleme ve günlük yaşamda kullanabilme kapasitesini ifade etmektedir. Literatürde BOY'un sağlık okuryazarlığı kavramıyla paralel biçimde tanımlandığı ve doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Berkman ve ark., 2010; Carbone ve Gibbs, 2013; Silk ve ark., 2008).

BOY, bireyin tarihsel, kültürel ve toplumsal bağlamdan etkilenen dinamik bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, beslenme sistemleri ile ekolojik, biyolojik ve sosyal sistemler arasındaki etkileşimlere vurgu yapan tanımların yanı sıra, temel beslenme bilgisini edinme, anlama ve sağlıklı beslenme davranışlarını sürdürebilme becerilerini içeren yaklaşımlar öne çıkmaktadır (Cimbaro, 2008; Jullen ve ark., 2015; Zoeller ve ark., 2008).

Beslenme kavramlarını anlayabilme, gıdayla ilişkili günlük görevleri yerine getirebilme, gıda hazırlama ve saklama süreçlerinde doğru uygulamaları kullanma ve etiket bilgilerini yorumlayabilme, beslenme okuryazarlığının temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Aktaş ve Özdoğan, 2016; Gibbs ve Chapman-Novakofski, 2013).

Araştırmalar, düşük BOY düzeyine sahip bireylerin meyve-sebze tüketiminin yetersiz olduğunu ve gıda etiketlerini daha az kullandıklarını göstermektedir (Gibbs ve ark., 2017; Kemaloğlu ve Kemaloğlu, 2024; Kimura, 2011).

Ayrıca düşük sağlık veya sayısal okuryazarlık düzeylerinin, etiket bilgilerinin etkin kullanımını sınırlayarak sağlık çıktıları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bildirilmektedir (Gibbs ve ark., 2017).

Yetersiz beslenmeye bağlı hastalıkların önlenmesinde, beslenme okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim ve farkındalık çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır. Planlı beslenme eğitimleri, görsel ve yazılı materyallerin kullanımı ve kamu kurumlarının, özellikle Sağlık Bakanlığı'nın desteği bu sürecin etkinliğini artırmaktadır (Kimura, 2011; Kırşan, 2021). Nitekim yapılan çalışmalar, beslenme eğitimlerinin yeme davranışlarında olumlu değişikliklere, vücut ağırlığında azalmaya ve daha sağlıklı besin tercihlerine katkı sağladığını ortaya koymaktadır (Monteiro ve ark., 2021; Sinclair ve ark., 2014; Teixeira ve ark., 2013).

2.2.1. Beslenme okuryazarlığının sınıflandırılması

Beslenme okuryazarlığı, bireylerin beslenmeye ilişkin bilgi ve becerileri kullanma düzeylerine göre farklı boyutlarda ele alınmakta olup, literatürde genellikle fonksiyonel (işlevsel), interaktif (etkileşimli) ve kritik (eleştirel) olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmaktadır (Ndahura, 2012).

Fonksiyonel beslenme okuryazarlığı, bireylerin okuma, yazma, konuşma ve sayısal beceriler gibi temel okuryazarlık yeterliliklerine dayanmaktadır. Bu düzey; gıda etiketlerini okuyup anlayabilme, yazılı ve sözlü beslenme bilgilerini kavrayarak günlük yaşamda uygulayabilme ve yeterli-dengeli beslenmenin temel ilkelerini tanıyabilme kapasitesini kapsamaktadır (Guttersrud ve ark., 2014; Uzun, 2021). Market alışverişinde etiket bilgilerine dayanarak daha sağlıklı ürünleri ayırt edebilme bu düzeyin önemli göstergelerindendir (Mansfield ve ark., 2020).

İnteraktif beslenme okuryazarlığı, bireylerin beslenme bilgilerini aktif biçimde araştırma, paylaşma ve uygulama süreçlerinde kullandıkları daha gelişmiş bilişsel ve iletişim becerilerini içermektedir. Bu düzey, beslenme uzmanlarıyla etkili iletişim kurabilme, uygun bilgileri seçme ve bu bilgileri değişen beslenme koşullarına uyarlayabilme yetkinliğini ifade etmektedir (Guttersrud ve ark., 2014; Uzun, 2021).

Kritik beslenme okuryazarlığı ise beslenmeye ilişkin bilgi ve önerilerin eleştirel biçimde değerlendirilmesini, sorgulanmasını ve bireysel, toplumsal ve çevresel bağlamlarda yorumlanmasını kapsamaktadır. Bu düzeyde bireyler, gıda üretim ve tüketim süreçlerinin ekolojik ve sosyoekonomik etkilerini analiz edebilmekte; ürün ve markaları karşılaştırarak bilinçli ve sürdürülebilir besin seçimleri yapabilmektedir (Uzun, 2021).

2.2.2. Beslenme okuryazarlığının amaçları

Aktaş ve Özdoğan'ın 2016 yılında Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı üzerine yaptığı geniş çaplı literatür taramasında, beslenme okuryazarlığının amaçları şu şekilde belirlenmiştir:

- Bireylerin besin ve beslenme okuryazarlığı seviyelerini artırarak, sağlıklı beslenme bilincini yaymak.
- İnsanlarda sağlıklı beslenme merakı uyandırmak ve bu ilginin sürekliliğini sağlamak.
- Besin ve beslenme bilgilerine erişimi kolaylaştırmak ve bu bilgileri doğru bir şekilde kullanmak.
- Sağlıklı besin seçimleri yapabilmek ve bu besinleri uygun yöntemlerle hazırlayabilmek.

- Yeterli ve dengeli beslenmenin sürekliliği için sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarını geliştirmek.
- Besinlerin doğru yöntemlerle hazırlanması, pişirilmesi ve saklanmasını sağlamak.
- Bireylerin ihtiyaç duydukları enerji, makro ve mikro besin ögelerini hesaplayabilmeleri için gerekli olan sayısal becerileri kazandırmak.
- Besin ve beslenme ile ilgili hastalıklar hakkında yeterli bilinç oluşturmak.
- Beslenme üzerinde etkili olan gelenek, ekoloji ve kültür gibi faktörleri belirleyebilmek.
- Medyadan elde edilen beslenme bilgilerinin doğruluğunu ve güvenilirliğini sorgulayabilmek.
- Besin alışverişi sırasında besin etiketlerindeki içeriği ve enerji yoğunluklarını anlayabilmek ve değerlendirebilmek.
- Beslenme bilinci oluşturma amacıyla verilen eğitim programlarını geliştirmek ve artırmak.
- Sağlıklı beslenme rehber ve kılavuzlarında yer alan bilgi ve görsel materyalleri anlamak ve eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirmek.

2.2.3. Beslenme okuryazarlığını etkileyen faktörler

Beslenme okuryazarlığı, bireysel ve çevresel pek çok değişkenden etkilenen çok boyutlu bir yapı olup; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve kültürel beslenme alışkanlıkları gibi faktörlerin bu kavram üzerinde belirleyici rol oynadığı bildirilmektedir (Al, 2021).

Eğitim düzeyi, beslenme okuryazarlığını etkileyen temel unsurlardan biridir. Farklı örneklemelerle yürütülen çalışmalar, eğitim seviyesi arttıkça beslenme okuryazarlığı düzeyinin ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının da yükseldiğini göstermektedir (Hemati ve ark., 2018; Liao ve ark., 2019; Yarmohammadi ve ark., 2021).

Bu durum, bireylerin beslenmeye ilişkin bilgilere erişim ve bu bilgileri doğru yorumlama becerilerinin eğitimle birlikte geliştiğini düşündürmektedir (Özdenk ve Özcebe, 2018).

Sosyoekonomik durum da beslenme okuryazarlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin beslenme okuryazarlığı seviyelerinin daha yetersiz olduğu, sağlıklı gıdalara ve güvenilir beslenme bilgilerine erişimde çeşitli kısıtlılıklar yaşadıkları belirtilmektedir (Michou ve ark., 2019; Yarmohammadi ve ark., 2021).

Cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular, kadınların beslenme okuryazarlığı ve sağlıklı beslenme tutumlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Altın ve ark., 2022; Koca ve Arkan, 2021; Lee ve ark., 2019).

Bu durumun, kadınların gıda seçimi, hazırlama ve beslenme süreçlerinde daha aktif rol almalarıyla ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (Kozan, 2019). Yaş değişkeni açısından ise, beslenme ve sağlık okuryazarlığının orta yaş grubunda daha yüksek olduğu, ileri yaşlarda azalma eğilimi gösterdiği bildirilmektedir (Markle, 2017).

Beslenme alışkanlıkları; besin seçimi, satın alma ve tüketim davranışları, öğün düzeni ve pişirme yöntemleri gibi unsurları kapsamakta olup, bireylerin sağlık durumunu çok yönlü olarak etkilemektedir (Özçelik ve Sürücüoğlu, 2002). Literatürde, beslenme okuryazarlığı ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları arasında güçlü bir ilişki bulunduğu; beslenme okuryazarlığı yüksek bireylerin daha dengeli beslendiği ve öğün atlama davranışlarının daha düşük olduğu vurgulanmaktadır (Budak ve ark., 2005; Carbone ve Gibbs, 2013; Döngel, 2020; Taylor ve ark., 2019).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

2.3.1. Tanım

Sağlık okuryazarlığı; hastalıkların önlenmesi ve erken tanıdan sağlık hizmetlerinin etkin kullanımına, sağlık politikalarının geliştirilmesinden sağlığın korunmasına kadar geniş bir alanı kapsamaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili karar süreçlerine etkin katılımı açısından sağlık okuryazarlığı temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Nutbeam ve Lloyd, 2021). Bu kavram; tıbbi bilgileri anlama, tablo ve grafikleri yorumlama, tıbbi araçları doğru kullanma, ilaçların uygun doz ve zamanda alınmasına karar verme ve sağlıkla ilişkili toplumsal konularda bilinçli tercihler yapabilme gibi becerileri içermektedir. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı, bireyin uygun sağlık kararları alabilmesi için gerekli sağlık

bilgilerine ve hizmetlerine erişme, bu bilgileri işleme ve anlama düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Tavousi ve ark., 2022).

Sağlık okuryazarlığının önemli belirleyicilerinden biri bireysel kapasitedir. Kapasite; bireyin bilgi, beceri ve deneyimlerini kapsayan çok boyutlu bir yapıyı ifade etmekte olup, eğitim bu becerilerin gelişiminde temel bir aracı rol üstlenmektedir (Taş ve Akış, 2016). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireysel özelliklerden değil; dilsel, kültürel ve çevresel etmenlerden de etkilenmektedir. Bu kapsamda “sağlık bağlamı”, bireyin sağlık bilgileri ve hizmetleriyle etkileşimde bulunduğu tüm ortamları içermekte; medya, kamu kurumları ve diğer paydaşların bilgiyi anlaşılır ve erişilebilir biçimde sunma sorumluluğunu vurgulamaktadır (Rudd ve ark., 2023).

Sağlık okuryazarlığının etkisi, bireysel beceriler ile sağlık bağlamı arasındaki karşılıklı etkileşimden doğmakta; bu nedenle bağlamın niteliği en az bireysel beceriler kadar önem taşımaktadır (Rudd ve ark., 2003). Bu çerçevede sağlık okuryazarlığı, kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin ortak ürünü olarak ele alınmakta; sınırlı sağlık okuryazarlığının nedenleri ve çözüm yolları, bireyin içinde bulunduğu toplumsal yapı ile sağlık ve eğitim sistemlerinin işleyişiyle yakından ilişkilendirilmektedir (Aktaş ve Kızıltan, 2022).

2.3.2. Sağlık okuryazarlığının tarihçesi

Sağlık okuryazarlığı kavramının gelişimi, sağlığın yalnızca sağlık hizmetleriyle sınırlı olmayan çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmasıyla ilişkilidir (Taş ve Akış, 2016). Bu bağlamda, 1986 yılında Ottawa’da düzenlenen Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı, sağlık bilgilerinin anlaşılır biçimde sunulması ve sağlığın geliştirilmesinde sektörler arası iş birliğinin gerekliliğini vurgulayarak kavramın temellerini oluşturmuştur (Kindig ve ark., 2004).

İlk tanımlarda sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve davranışa dönüştürme yetkinliği olarak ele alınmıştır (Nutbeam ve ark., 1993). Nutbeam ve Kickbusch (1998), kavramı sosyal ve bilişsel beceriler ile motivasyonu da kapsayacak şekilde genişletmiştir.

Zamanla kavram daha bütüncül bir çerçevede ele alınmış; sağlık bilgisine erişme, değerlendirme, anlama ve kullanma kapasitesi ile doğru sağlık kararları

alabilme yetkinliği ön plana çıkmıştır (Institute of Medicine, 2004). Güncel yaklaşımlar ise sağlık okuryazarlığını, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sürdürmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgi, motivasyon ve yeterliliklerin bütünleşik bir yapısı olarak tanımlamaktadır (Sorensen ve ark., 2019).

2.3.3. Sağlık okuryazarlığı sınıflandırmaları

Sağlık okuryazarlığına yönelik araştırmaların artmasıyla birlikte, kavramın farklı boyutlarını daha sistematik biçimde ele almak ve bireylerin ya da toplumların yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla çeşitli sınıflandırma modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller arasında literatürde en yaygın kabul gören yaklaşım, Nutbeam tarafından önerilen üç düzeyli sağlık okuryazarlığı modelidir. Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri kullanma düzeylerine göre temel/işlevsel, iletişimsel/etkileşimli ve eleştirel olmak üzere üç başlık altında incelemiştir.

Temel (İşlevsel) sağlık okuryazarlığı, bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları sağlıkla ilgili durumlarla başa çıkabilmeleri için gerekli olan okuma, yazma ve sayısal becerileri etkin biçimde kullanabilme kapasitesini ifade etmektedir. Bu düzeyde sunulan bilgiler genellikle sınırlı ve tek yönlü olup, geleneksel hasta eğitimi yaklaşımına dayanmaktadır. Etkisi ağırlıklı olarak bireysel düzeyde kalmakta ve toplum sağlığına dolaylı katkı sağlamaktadır (Kobayashi ve ark., 2016; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

İletişimsel (Etkileşimli) sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık bilgilerini farklı kaynaklardan edinme, yorumlama ve günlük yaşamına uyarlama becerilerini kapsamaktadır. Bu düzeyde bireyler, sağlık profesyonelleriyle daha etkili iletişim kurabilmekte, değişen koşullara göre bilgilerini güncelleyebilmekte ve sağlıkla ilgili karar süreçlerine daha aktif katılım gösterebilmektedir. Ancak bu düzeydeki kazanımların da çoğunlukla bireysel ölçekte kaldığı belirtilmektedir (Tilahun ve ark., 2021; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri sorgulama, analiz etme ve değerlendirme yetkinliğini ifade etmektedir. Bu düzeyde bireyler, sağlık bilgilerini yalnızca bireysel değil, toplumsal ve çevresel bağlamlarda da ele alarak yaşamları üzerindeki kontrolü artırabilmektedir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin hem kendi sağlıklarını hem de toplumsal

sağlık süreçlerini olumlu yönde etkilemelerine olanak tanımaktadır (Sykes ve ark., 2013; Sykes ve Wills, 2019).

Sağlık okuryazarlığına ilişkin bir diğer önemli sınıflandırma ise Zarcadoolas ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiştir. Bu model, sağlık okuryazarlığını temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, sivil (yurttaşlık) okuryazarlık ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört bileşen üzerinden ele alarak daha bütüncül bir çerçeve sunmaktadır. Modelde, farklı okuryazarlık alanlarındaki yeterliliklerin birbirini kısmen telafi edebileceği ve bu bileşenlerin birlikte genel sağlık okuryazarlığını güçlendirdiği vurgulanmaktadır (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Bu kapsamda temel okuryazarlık, sağlıkla ilgili metinleri ve sayısal verileri anlayabilme kapasitesini; bilimsel okuryazarlık, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sağlık üzerindeki etkilerini kavrayabilmeyi; sivil okuryazarlık, sağlıkla ilgili kamusal karar süreçlerine katılımı; kültürel okuryazarlık ise sağlık bilgilerinin bireyin kültürel değerleri ve sosyal bağlamı çerçevesinde yorumlanmasını ifade etmektedir (Berkman ve ark., 2010; Shaw ve ark., 2009; Yılmaz ve Tiraki, 2016).

2.3.4. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığı, bireysel özellikler ile sağlık sistemine ilişkin unsurların etkileşimi sonucunda şekillenmektedir. Yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve hastalık varlığı gibi bireysel faktörlerin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin yapısı, karmaşıklığı ve erişilebilirliği de sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Yaş

Yaş, sağlık okuryazarlığını etkileyen temel değişkenlerden biridir. Yaşla birlikte bilişsel işlevlerde ve duysal yetilerde görülen gerilemeler, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını güçleştirebilmektedir (İnkaya ve Tüzer, 2018). Araştırmalar, ileri yaş gruplarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirgin biçimde azaldığını ve yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğunu göstermektedir (Akpınar, 2019).

Eğitim

Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim düzeyinin artması, bireylerin sağlık bilgisine erişme, bu bilgileri anlama ve eleştirel biçimde değerlendirme becerilerini geliştirmektedir (Aktaş, 2021). Özellikle sağlık bilimleri alanında eğitim alan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu; kitap okuma ve sağlıkla ilgili yayınları takip etme gibi bilişsel etkinliklerin de bu düzeyi olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Yağız, 2020; Yaprak, 2020).

Cinsiyet

Cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisine ilişkin bulgular farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalarda kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilirken, özellikle yaşlı gruplarda erkeklerin daha yüksek düzeylere sahip olduğu da rapor edilmiştir. Bu farklılıkların, cinsiyetin tek başına değil; eğitim ve sosyoekonomik durum gibi değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Ekinci, 2020; Öztaş, 2018).

Sosyoekonomik düzey

Sosyoekonomik düzey, sağlık okuryazarlığının temel belirleyicilerindendir. Düşük gelir ve düşük sosyal statü, sağlık bilgisine erişimi sınırlayarak sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektedir. Gelir ve mesleki statü yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı; özellikle düzenli gelire sahip bireylerde bu düzeyin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Akpınar, 2019; Kırac ve Öztürk, 2020).

Hastalık durumu

Kronik hastalık varlığı, sağlık okuryazarlığı ile çift yönlü bir ilişki içerisindedir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genellikle daha düşük olduğu; birden fazla kronik hastalığın bu durumu daha da olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Çiftçi, 2015; Jansen ve ark., 2018). Ancak hastalık durumu, yaş, eğitim ve sosyoekonomik faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gereken bir değişkendir.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yalnızca bireysel çabalarla sınırlı olmayıp, sağlık sisteminin bireylerin farklı özelliklerini dikkate

alan, anlaşılır ve erişilebilir hizmetler sunmasını gerektirmektedir. Sağlık sistemlerindeki artan karmaşıklık, sağlık okuryazarlığını sınırlayan önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Gözlü, 2018).

2.3.5. Sağlık okuryazarlığının önemi

Geleneksel sağlık hizmeti anlayışında hekimler karar süreçlerinde belirleyici konumda yer alırken, hastalar çoğunlukla pasif bir rol üstlenmiştir. Bu durum, bilgi asimetrisini artırarak bireylerin kendi sağlık süreçlerine katılımını sınırlamıştır. Ancak güncel yaklaşımlar, hastaların karar ve bakım süreçlerine aktif katılımının sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini artırdığını göstermektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu, sağlık profesyonelleriyle daha etkili iletişim kurduklarını ve tanı–tedavi sürecinde daha düşük kaygı yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Stacey ve ark., 2011; Özkan, 2017). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişme, bu bilgiyi anlama ve karar süreçlerine katılma becerilerini kapsayan temel bir yeterlilik alanıdır (Öztürk, 2018).

Yüksek sağlık okuryazarlığı, hasta katılımını artırarak gereksiz sağlık harcamalarının azaltılmasına, hizmet kalitesinin yükseltilmesine ve özellikle kronik hastalıkların daha etkili yönetilmesine katkı sağlamaktadır. Nitekim sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerde hastaneye yeniden yatış oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Paasche-Orlow, 2005). Ayrıca bu bireylerin ilaçları doğru kullanma, tarama programlarına katılma ve ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeylerini yönetme konusunda daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Bulun Yediyıldız, 2021; Öztaş, 2018; Yaprak, 2020).

Toplumsal düzeyde sağlık okuryazarlığının artırılması; sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesini teşvik etmekte, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına ve sağlık politikalarının daha etkili biçimde geliştirilmesine katkı sunmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Buna karşılık düşük sağlık okuryazarlığı; tedaviye uyumsuzluk, yanlış ilaç kullanımı, artan hastane başvuruları, daha yüksek mortalite oranları ve artan sağlık harcamaları ile ilişkilidir (Baker ve ark., 2007; Berkman ve ark., 2011).

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireysel sağlık çıktıları üzerinde değil, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve toplum sağlığı üzerinde de belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bireysel eğitimlerin yanı sıra sağlık hizmeti sunumunun anlaşılır ve erişilebilir hale getirilmesini gerektiren bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

2.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Küresel ölçekte sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz olduğu ve bunun önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturduğu görölmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde yetişkin nüfusun yalnızca sınırlı bir bölümünün yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, yaklaşık 90 milyon kişinin ise sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve günlük yaşamda kullanma konusunda güçlük yaşıadığı bildirilmektedir (Deb, 2025). Çin’de son yıllarda sağlık okuryazarlığı oranlarında artış gözlenmekle birlikte, mevcut düzeylerin nüfusun tamamı için yeterli olmadığı belirtilmektedir (Deb, 2025).

Avrupa ülkelerinde de benzer bir tablo söz konusudur. İskandinav ülkeleri görece daha iyi göstergelere sahip olsa da, bu ülkelerde dahi nüfusun önemli bir kısmının sınırlı ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bildirilmektedir. Finlandiya, İsveç, Norveç ve Almanya’da yapılan çalışmalar, sağlık bilgisinin günlük yaşamda etkin kullanımında ciddi güçlükler bulunduğunu ortaya koymaktadır (Deb, 2025). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi verileri ise sağlık okuryazarlığının sosyoekonomik eşitsizliklerle yakından ilişkili olduğunu ve bu eşitsizlikleri derinleştirebildiğini göstermektedir (WHO, 2025).

Türkiye’de de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genel olarak düşük olduğu ve bunun sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin etkin kullanımı ve sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkiler yarattığı bildirilmektedir. Çeşitli çalışmalarda, yetişkin nüfusun büyük bir bölümünün sorunlu ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu; yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranının sınırlı kaldığı belirlenmiştir (Batu ve ark., 2025; Özbaş ve ark., 2025; Sultan ve Öztürk, 2021).

Buna karşın sağlık okuryazarlığının geliştirilebilir bir beceri olduğu da vurgulanmaktadır. Eğitim temelli müdahalelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini anlamlı biçimde artırdığı, bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama

boyutlarında olumlu etkiler sağladığı gösterilmiştir (Doğan, 2025). Özellikle anne-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı alanlarında sağlık okuryazarlığının artırılmasının kritik öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Gürkan ve ark., 2025).

Sonuç olarak, gerek küresel ölçekte gerekse Türkiye’de sağlık okuryazarlığının yetersizliği yaygın bir sorun alanı olarak öne çıkmakta; bu durum bireysel sağlık sonuçlarının yanı sıra sağlık sistemleri üzerinde de önemli bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik sürdürülebilir eğitim, politika ve müdahale programlarına duyulan gereksinim devam etmektedir.

2.5. Beslenme ve Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşanılan Yer Arasındaki İlişki

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireysel bilgi ve becerilerle sınırlı olmayan; kültürel, sosyal ve çevresel bağlam içinde şekillenen çok boyutlu bir olgudur. Bireylerin yaşadıkları yer, sağlık ve hastalığa ilişkin algılarını, inançlarını ve sağlık davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Carbone ve Zoellner, 2012; Çelikdemir, 2020). Bu durum, sağlık sorunlarının algılanışı, sağlık hizmetlerine başvuru biçimleri, beslenme ve yaşam tarzı tercihlerinin yanı sıra tedaviye uyum düzeylerinde de farklılıklara yol açmaktadır.

Şehir ve kırsal alanlar arasındaki yapısal ve sosyoekonomik farklılıklar, sağlık ve beslenme okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Kentsel alanlarda sağlık hizmetlerine, bilgi kaynaklarına ve sağlıklı gıdalara erişim daha kolay iken; kırsal bölgelerde bu olanakların sınırlı olması sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (Zoellner ve ark., 2009; Carbone ve Zoellner, 2012). Ayrıca şehirlerde yürütülen eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yaygınlığı, kırsal alanlara kıyasla daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle ilişkilendirilmektedir.

Ekonomik koşullar ve kültürel özellikler de bu ilişkiyi güçlendiren unsurlardır. Gelir düzeyi, sağlıklı besinlere ve sağlık hizmetlerine erişimi etkilerken; bölgesel kültürel alışkanlıklar ve geleneksel beslenme örüntüleri, bireylerin sağlık bilgilerini yorumlama ve uygulama biçimlerini şekillendirmektedir (Mantwill ve Diviani, 2019). Sosyal destek ağlarının yapısı da

yaşanılan yere göre farklılık göstermekte ve sağlık bilgisinin paylaşımını etkilemektedir (Kobayashi ve Ishizaki, 2020).

Bu doğrultuda, sağlık ve beslenme okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin yerel koşullara göre planlanması önem taşımaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde mobil sağlık hizmetleri, uzaktan eğitim ve dijital sağlık okuryazarlığı uygulamaları etkili stratejiler olarak öne çıkmaktadır (Madsen ve ark., 2025). Sonuç olarak, yaşanılan yer ile sağlık ve beslenme okuryazarlığı arasındaki ilişkinin dikkate alınması, toplum sağlığını geliştirmeye yönelik politikaların etkinliğini artıracaktır.

2.6. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 1997) tarafından bireyin içinde bulunduğu kültürel ve değerler sistemi bağlamında yaşamını nasıl değerlendirdiğini yansıtan; yaşam konumu, hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları kapsayan çok yönlü bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, yaşam kalitesinin yalnızca hastalığın varlığı ya da yokluğu gibi biyomedikal göstergelerle açıklanamayacağını; bireyin öznel algılarını, sosyal etkileşimlerini ve çevresel koşullarını da içeren kapsamlı bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır (WHO, 1997). Dolayısıyla yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumu ile birlikte psikososyal işlevselliğini, sosyal ilişkilerinin niteliğini, çevresel koşullara uyumunu ve yaşamdan duyduğu genel doyumunu bütüncül bir perspektifle ele almaktadır (Kaplan ve Hays, 2022).

Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramı, hastalık merkezli yaklaşımlardan bireyi merkeze alan anlayışlara geçişin önemli bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede yaşam kalitesi değerlendirmeleri, bireyin sağlıkla ilişkili gereksinimlerini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitesini ve toplumsal rollerini yerine getirebilme düzeyini görünür kılmaktadır. Fiziksel işlevsellik, ruhsal durum, sosyal katılım ve genel sağlık algısı gibi boyutlar, yaşam kalitesinin temel bileşenleri arasında yer almakta ve bireyin yaşam deneyimini doğrudan etkilemektedir (Theofilou, 2013; Kaplan ve Hays, 2022).

Yaşam kalitesinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin etkililiğini değerlendirme, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin sonuçlarını izleme ve hasta odaklı bakım yaklaşımlarını güçlendirme açısından önemli bir araçtır. Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde, yalnızca klinik ve fizyolojik göstergelerin değerlendirilmesi yeterli olmayıp, bireyin günlük yaşamına, işlevselliğine ve psikososyal iyilik haline yönelik etkilerin de dikkate alınması gerekmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi ölçümleri, klinik karar verme süreçlerinde tamamlayıcı bir gösterge olarak kullanılmakta ve sağlık hizmetlerinin birey üzerindeki gerçek etkisini yansıtmaya potansiyeli taşımaktadır (Karimi ve Brazier, 2016).

Bunun yanı sıra yaşam kalitesi değerlendirmeleri, halk sağlığı perspektifinden de önemli bir yere sahiptir. Küresel ölçekte yaşanan nüfus, kronik hastalık yükündeki artış ve sosyoekonomik eşitsizliklerin derinleşmesi, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin çok boyutlu biçimde ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (Kaplan ve Hays, 2022). Sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, yaşanılan çevre ve sağlık hizmetlerine erişim gibi belirleyiciler, bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı farklılıklara yol açabilmektedir. Bu bağlamda yaşam kalitesinin sistematik olarak değerlendirilmesi, dezavantajlı grupların belirlenmesine, sağlık eşitsizliklerinin ortaya konmasına ve etkili halk sağlığı politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Karimi ve Brazier, 2016).

Sonuç olarak yaşam kalitesi kavramı, bireyin sağlık durumunu yalnızca fiziksel hastalıklar bağlamında değil; psikolojik, sosyal ve çevresel boyutlarıyla birlikte ele alan bütüncül bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hem klinik uygulamalarda hem de halk sağlığı araştırmalarında birey merkezli, sürdürülebilir ve kapsayıcı sağlık stratejilerinin geliştirilmesinde temel bir bileşen olarak önemini sürdürmektedir (Kaplan ve Hays, 2022)

2.7. Halk Sağlığı Hemşireliği

Halk sağlığı hemşireliği (HSH), birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme hedefi doğrultusunda yürütülen bütüncül uygulamaları kapsamakta olup, beslenme ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde kilit bir role sahiptir. Farklı ülkelerde HSH'nin adlandırılması değişiklik gösterse de, tüm tanımların

ortak noktası toplumun sağlıkla ilgili bilgiye erişimini, bu bilgiyi anlama ve günlük yaşama aktarma kapasitesini güçlendirmeye odaklanmasıdır (Nigenda ve ark., 2010).

Beslenme ve sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı beslenme davranışlarını benimsemeleri, riskleri değerlendirebilmeleri ve sağlık hizmetlerini etkili biçimde kullanabilmeleri açısından temel bir yeterlilik alanıdır. Bu bağlamda halk sağlığı hemşireleri; toplum tanılama, eğitim-danışmanlık ve savunuculuk rolleri aracılığıyla, bireylerin beslenme bilgilerini doğru kaynaklardan edinmelerini ve bu bilgileri davranışa dönüştürmelerini desteklemektedir (Perry ve ark., 2017). Toplum odaklı HSH uygulamalarında, özellikle dezavantajlı gruplara yönelik beslenme eğitimi ve sağlık okuryazarlığı müdahaleleri öncelikli bir yer tutmaktadır.

Türkiye’de halk sağlığı hemşireliğinin yasal ve yapısal dönüşümü, beslenme ve sağlık okuryazarlığı uygulamalarını da etkilemiştir. Birinci basamakta görev yapan hemşirelerin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yürüttüğü eğitim ve danışmanlık faaliyetleri, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmesi ve sağlık bilgilerini doğru değerlendirmesi açısından önemli katkılar sağlamaktadır (Akg l ve Ergün, 2021). Ancak aile hekimliği sistemiyle birlikte halk sağlığı hemşirelerinin rollerinin sınırlandırılması, toplum temelli beslenme ve sağlık okuryazarlığı çalışmalarının etkinliğini azaltabilmektedir (Yeşilfidan ve Adana, 2019).

Sonuc olarak halk sağlığı hemşireliği; beslenme ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde eğitim, danışmanlık ve savunuculuk işlevleriyle stratejik bir konuma sahiptir. Toplumun sağlık bilgisine erişimini güçlendiren, bireyleri karar süreçlerine dahil eden ve sağlıklı yaşam davranışlarını destekleyen HSH uygulamaları, beslenme ve sağlık okuryazarlığının artırılmasında temel bir araç olarak değerlendirilmektedir (Akg l ve Ergün, 2021).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Iğdır ilinde yaşayan yetişkin bireyler üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, Iğdır il sınırları içerisinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmanın veri toplama süreci 2025 yılı Eylül ayı ile Kasım ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Bu zaman aralığında, araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen veri toplama araçları kullanılarak katılımcılardan gerekli veriler elde edilmiştir. Veri toplama sürecinde etik ilkelere uyulmuş, katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü katılım esas alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Iğdır ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri yetişkin bireyler oluşturmıştır. Örneklem büyüklüğü, benzer çalışmalar temel alınarak ve G*Power 3.1 programı ile $\alpha=0,05$, güç=0,95 ve orta düzey etki büyüklüğü ($f^2=0,15$) için en az 250 olarak hesaplanmış; veri kaybı ve istatistiksel güç artışı amacıyla 350 bireye ulaşılması hedeflenmiştir (Büyüköztürk, 2014). Araştırma 2025 yılı Eylül ayı ile Kasım ayları arasında gerçekleştirilmiş ve toplam 328 geçerli anket elde edilmiştir (katılım oranı %93,7).

Örneklem seçiminde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılar; üniversite öğrencileri, hastane personeli, aile sağlığı merkezlerine başvuranlardan oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler dört bölümden oluşan bir anket formu ile toplanmıştır:

3.4.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen form 6 sorudan oluşmaktadır (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkileyip etkilemediğini düşünme ve gelir durumu).

3.4.2. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği HLS-EU alışması Kavramsal erevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilen 32 sorudan oluşan bir ölçektir. TSOY-32, Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyut da Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama olarak dört bileşen içermektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Okyay ve arkadaşları (2016) yapmıştır. 5’li likert tipinde ki ölçekte maddeler 0= çok kolay, 1= kolay, 2= zor 3= çok zor 4= fikrim yok şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmektedir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmaktadır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3). Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandırđıđı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe de güvenirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) katsayısı; 0.927’dir.

Bu alışma için iç tutarlık (Cronbach Alfa) katsayısı ise 0.934’dr.

3.4.3. Beslenme okuryazarlığı ölçeği

Araştırmada, bireylerin gıdalara dair bilgi edinme, değerlendirme ve kullanma becerilerini ölçmek amacı ile Short Food Literacy Questionnaire – SFLQ kullanılmıştır. Bu lek Krause ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir (Krause ve ark., 2018). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması Durmuş ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır. Çalışma

sonucuna göre ölçeğin Türkçe versiyonunun yapı geçerliği tek faktörlü yapıda bulunmuş olup, varyansın %32,01'ini açıkladığı belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,43-0,64 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesi amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa kat sayısı 0,803 olarak bulunmuştur. Ayrıca yapılan test-tekrar test uygulamasında Spearman korelasyon kat sayısı 0,808 ($p<0,001$) olarak saptanmıştır bu da ölçeğin zamana karşı tutarlılığını göstermektedir (Durmus ve ark., 2019).

Bu ölçek 12 maddeden oluşan dört ve beşli likert tipi yanıt seçenekleri içeren kısa bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek; sağlıklı beslenmeye ve gıdaya dair bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, güvenilirlik değerlendirmesi, dengeli öğün planlama ve besin tercihlerinin sağlık üzerine etkilerini yorumlama gibi beslenme okuryazarlığı kavramının boyutlarını kapsamaktadır. Ölçeğin toplam puan aralığı 7-52 arasındadır; yüksek puanlar bireyin daha yüksek beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

< 31; yetersiz veya sınırlı beslenme okuryazarlığı

≥ 31; yeterli veya mükemmel beslenme okuryazarlığı

Bu ölçek, çalışmada bireylerin gıdayla ilgili bilgiye ulaşma, değerlendirme ve karar verme becerilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,905 olarak hesaplanmış olup tutarlı olarak değerlendirilmiştir.

3.4.4. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

1992 yılında Rand Corporation tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek için kısa, kolay uygulanabilir olan ve geniş açılı ölçüm sağlayabilen SF-36 (Kısa Form-36) kullanıma sunulmuştur. Formun oluşumu için yapılan ilk çalışmalarda 20 maddeli SF-20 oluşturulmuştur. Bu form daha sonra psikometrik özelliklerin ve kapsamının geliştirilmesi amacıyla 36 maddeye çıkartılarak SF-36 oluşturulmuştur. SF-36 formunun kendini değerlendirme ölçeği olması, kısa sürede doldurulması ve olumsuz sağlık durumlarını olduğu kadar olumlu sağlık durumunu da değerlendirmesi özellikleri arasında bulunmaktadır.

36 maddeden oluşan ölçek ve bunlar 8 alt başlığı değerlendirmektedir; fiziksel fonksiyon (10 madde), mental sağlık (5 madde), sağlığın genel algılanması (5 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde),

sosyal fonksiyon (2 madde), emosyonel sorunlara bağırlı rol kısıtlılıkları (3 madde), enerji/vitalite (4 madde) ve ağrı (2 madde). 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde cevaplanırken diğler maddeler likert tipi yanıtlanmaktadır. Form doldurulurken son 4 hafta göz önüne alınarak doldurulması istenmektedir. Alt ölçeklerin her biri için ayrı ayrı toplam puan verilmektedir. 0 ile 100 arasında değlerlendirilme yapılırken yüksek puanlar iyi sağlığı anlatmaktadır. Düşük puan durumu ise kötü sağlığı anlatmaktadır. Türkçeye 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından uyarlanmış olup cronbach alpha değeri 0.73-0.76 olarak bulunmuştur.(Kocyiğit, 1999)

Formu kendileri doldurabilen bireylerden kendilerinin kendisi dolduramayan bireylerin ebeveynleri tarafından doldurmaları istenmiştir. Formu dolduramayanlara ise araştırmacı tarafından destek verilmiştir.

Çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach's alfa değeri 0.905 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma sürecinde Helsinki Bildirgesi'nin etik ilkelerine uygun hareket edilmiştir.

Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, bilgilendirilmiş onamları alınmış; gönüllülük, gizlilik ve anonimlik esasları korunmuştur. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada ele alınan değişkenler aşağıda sunulmuştur:

- **Bağımsız Değişkenler:**
 - Yaşanılan yerleşim türü (kentsel/kırsal)
 - Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, meslek)
- **Bağımlı Değişkenler:**
 - Beslenme okuryazarlığı düzeyi
 - Sağlık okuryazarlığı düzeyi
 - Yaşam kalitesi düzeyi (SF-36 alt boyutları)

- **Kontrol Değişkenleri:**

- Yaş
- Eğitim düzeyi
- Gelir durumu

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 26.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan, minimum-maksimum, frekans ve yüzde olarak sunulmuştur.

Normal dağılım varsayımı Shapiro–Wilk testi ile değerlendirilmiş; verilerin normal dağılmaması nedeniyle non-parametrik testler kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal–Wallis H testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş; yaşanan yerin bağımsız etkisini belirlemek amacıyla çok değişkenli doğrusal regresyon analizi (Enter yöntemi) gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1. Sürekli Değişkenlerin Normallik Analizi

Değişken	n	Shapiro–Wilk W	p
Sağlık Okuryazarlığı	328	0,963	<0,001
Beslenme Okuryazarlığı	328	0,951	<0,001
Fiziksel Fonksiyon	328	0,944	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	328	0,882	<0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	328	0,861	<0,001
Enerji	328	0,972	<0,001
Ruhsal Sağlık	328	0,968	<0,001
Sosyal İşlevsellik	328	0,936	<0,001
Ağrı	328	0,929	<0,001
Genel Sağlık Algısı	328	0,955	<0,001

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma, etik kurul onayı alındıktan sonra (Erzurum Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu, Tarih: 28.08.2025, Toplantı Sayısı: 12, Karar Sayısı: 02) gerçekleştirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma bazı sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle çalışma, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Iğdır ilinde yaşayan yetişkin bireylerle sınırlı olup, elde edilen bulguların Türkiye geneline genellenmesi dikkatle değerlendirilmelidir.

Örneklem seçiminde kolayda örnekleme yönteminin kullanılması, örneklemin evreni tam olarak temsil etme gücünü sınırlandırabilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca verilerin bir kısmının öz bildirim (self-report) yöntemiyle toplanmış olması, sosyal beğenirlik yanlılığı ve hatırlama yanlılığı riskini beraberinde getirebilir.

Araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması nedeniyle değişkenler arasındaki ilişkiler nedensel bağlamda yorumlanamamaktadır. Bunun yanı sıra, çevrimiçi veri toplama süreci dijital okuryazarlığı düşük bireylerin çalışmaya katılımını sınırlamış olabilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	n	%	Ortalama $\pm$ SS	Medyan (Min–Maks)
Yaş	328		39,80 $\pm$ 14,06	37 (18–92)
Cinsiyet				
Kadın	198	60,4		
Erkek	130	39,6		
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	5	1,5		
Ortaokul	11	3,4		
Lise	68	20,7		
Lisans	195	59,5		
Lisansüstü	49	14,9		
Yaşanılan Yer				
Şehir	192	58,5		
Kırsal	136	41,5		
Yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünme				
Evet	212	64,6		
Hayır	116	35,4		
Gelir Durumu				
Asgari ücretin altında	28	8,5		
Asgari ücretin üstünde	300	91,5		

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi katılımcıların yaş ortalaması 39,80 $\pm$ 14,06 yıl olup, yaş aralığı 18–92 yıl arasındadır. Katılımcıların %60,4’ü kadın, %39,6’sı erkektir. Eğitim düzeylerine göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %59,5’inin lisans, %14,9’unun lisansüstü mezunu olduğu; toplamda %74,4’ünün lise üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %58,5’i şehirde, %41,5’i kırsal bölgede yaşamaktadır. Yaşanılan bölgenin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünenlerin oranı %64,6 olarak saptanmıştır. Gelir durumuna göre katılımcıların %91,5’inin asgari ücretin üzerinde gelire sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığı Puanları

Ölçek	n	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Min–Maks
Sağlık Okuryazarlığı Puanı	328	40,20 $\pm$ 19,49	45	0–100
Beslenme Okuryazarlığı Puanı	328	49,97 $\pm$ 23,11	80	0-100

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $40,20 \pm 19,49$ (0–100 puan aralığında) olarak hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığı için medyan değer 45, beslenme okuryazarlığı için medyan değer 80 olarak belirlenmiştir. Beslenme okuryazarlığı ortalama puanı $49,97 \pm 23,11$ ’dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Puanları

SF-36 Alt Boyutu	$\pm$ SS	Medyan	Min–Maks
Fiziksel Fonksiyon	$53,14 \pm 19,92$	55	0–100
Fiziksel Rol Güçlüğü	$55,86 \pm 31,10$	75	0–100
Emosyonel Rol Güçlüğü	$58,56 \pm 29,76$	100	0–100
Enerji	$51,17 \pm 19,17$	50	0–100
Ruhsal Sağlık	$58,69 \pm 17,98$	60	0–100
Sosyal İşlevsellik	$62,96 \pm 24,26$	62,5	0–100
Ağrı	$61,87 \pm 25,02$	62,5	0–100
Genel Sağlık Algısı	$52,30 \pm 19,41$	55	0–100

SF-36 ölçeğinde tüm alt boyut puanları 0-100 skalasında değerlendirilmiş olup, Türkiye norm değerlerine göre genel olarak orta düzeydedir. En yüksek puanlar “Sosyal İşlevsellik” ($62,96 \pm 24,26$) ve “Ağrı” ($61,87 \pm 25,02$) alt boyutlarında gözlenirken, en düşük puanlar “Enerji” ($51,17 \pm 19,17$) ve “Genel Sağlık Algısı” ($52,30 \pm 19,41$) alt boyutlarındadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık ve beslenme okuryazarlığı puanlarının karşılaştırılması

	Sağlık Okuryazarlığı	U	P	Beslenme Okuryazarlığı	U	P
Cinsiyet						
Kadın	$40,71 \pm 17,22$	12304,500	0,501	$52,59 \pm 23,88$	108570,500	0,011*
Erkek	$39,43 \pm 17,92$			$46,00 \pm 21,37$		
Gelir						
Asgari Ücretin Altında	$35,75 \pm 15,27$	3492,00	0,159	$45,60 \pm 22,36$	3732,000	0,296*
Asgari Ücretin Üstünde	$40,62 \pm 17,64$			$50,38 \pm 23,18$		
Yaşadığı Yer						
Şehir	$42,66 \pm 17,80$	11081,00	0,020	$54,11 \pm 23,72$	10205,500	0,001*
Kırsal	$36,73 \pm 16,48$			$44,13 \pm 20,97$		
Yaşanılan Yer Beslenme Alışkanlıklarını Etkiler mi?						
Evet	$42,30 \pm 17,74$	10390,000	0,020	$53,21 \pm 23,37$	9822,500	0,001*
Hayır	$36,37 \pm 16,41$			$44,06 \pm 21,51$		

* Mann Whitney U test

Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların cinsiyetine göre beslenme okuryazarlığı puanları karşılaştırıldığında kadınların beslenme okuryazarlığı puanlarının erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanları karşılaştırıldığında asgari ücretin üstünde gelire sahip olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının asgari ücretin altında gelire sahip olanlara kıyasla daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların gelir durumuna göre beslenme okuryazarlığı puanları karşılaştırıldığında asgari ücretin üstünde gelire sahip olan katılımcıların beslenme okuryazarlığı puanlarının asgari ücretin altında gelire sahip olanlara kıyasla daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Şehirde yaşayanların sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması $42,66\pm 17,80$, kırsalda yaşayanların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $36,73\pm 16,48$ olup şehirde yaşayanların sağlık okuryazarlığının kırsalda yaşayanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Şehirde yaşayanların beslenme okuryazarlığı puanı ortalaması $54,11\pm 23,72$, kırsalda yaşayanların beslenme okuryazarlığı puan ortalaması $44,13\pm 20,97$ olup şehirde yaşayanların beslenme okuryazarlığının kırsalda yaşayanlara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünen 212 katılımcının sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $42,30\pm 17,74$, yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilemediğini düşünen 116 katılımcının sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $36,37\pm 16,41$ olup yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünen 212 katılımcının beslenme okuryazarlığı puan ortalaması $53,21\pm 23,37$, yaşanılan yerin beslenme alışkanlıklarını etkilemediğini düşünen 116 katılımcının beslenme okuryazarlığı puan ortalaması $44,06\pm 21,51$ olup yaşanılan yerin beslenme

alışkanlıklarını etkilediğini düşünen katılımcıların beslenme okuryazarlığı düzeyinin anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

SF-36 Alt Boyutu	Kadın (n=198) Ortalama $\pm$ SS	Erkek (n=130) Ortalama $\pm$ SS	U	P
Fiziksel Fonksiyon	50,15 $\pm$ 21,70	57,71 $\pm$ 15,86	10504,500	0,001*
Fiziksel Rol Güçlüğü	53,40 $\pm$ 31,18	59,59 $\pm$ 30,71	11387,000	0,078*
Emosyonel Rol Güçlüğü	56,82 $\pm$ 28,67	61,22 $\pm$ 31,28	11462,000	0,191*
Enerji	48,50 $\pm$ 20,06	55,24 $\pm$ 17,00	10026,000	0,001*
Ruhsal Sağlık	56,14 $\pm$ 17,61	62,56 $\pm$ 17,92	10195,000	0,001*
Sosyal İşlevsellik	59,45 $\pm$ 24,63	68,29 $\pm$ 22,76	10155,500	0,001*
Ağrı	60,40 $\pm$ 25,53	64,10 $\pm$ 24,16	11815,500	0,190*
Genel Sağlık Algısı	50,89 $\pm$ 19,33	54,45 $\pm$ 19,41	11458,500	0,105*
	Şehir (n=192) Ortalama $\pm$ SS	Kırsal (n=136) Ortalama $\pm$ SS	U	P
Fiziksel Fonksiyon	57,28 $\pm$ 19,67	47,30 $\pm$ 18,84	8824,000	0,000*
Fiziksel Rol Güçlüğü	61,99 $\pm$ 28,52	47,20 $\pm$ 32,60	9616,000	0,000*
Emosyonel Rol Güçlüğü	65,61 $\pm$ 26,09	48,60 $\pm$ 31,82	8906,000	0,000*
Enerji	52,99 $\pm$ 18,62	48,60 $\pm$ 19,69	11414,000	0,041*
Ruhsal Sağlık	61,47 $\pm$ 16,91	53,80 $\pm$ 19,00	9435,000	0,000*
Sosyal İşlevsellik	69,09 $\pm$ 22,13	54,30 $\pm$ 24,56	8251,000	0,000*
Ağrı	68,29 $\pm$ 22,10	52,80 $\pm$ 26,15	8514,500	0,000*
Genel Sağlık Algısı	55,99 $\pm$ 19,68	47,10 $\pm$ 17,83	9326,000	0,000*
	Asgari ücret altı (n=28)	Asgari ücret üstü (n=300)	U	P
Fiziksel Fonksiyon	44,60 $\pm$ 17,25	53,94 $\pm$ 19,99	2997,500	0,017*
Fiziksel Rol Güçlüğü	58,03 $\pm$ 27,66	55,65 $\pm$ 31,43	4063,000	0,700*
Emosyonel Rol Güçlüğü	55,49 $\pm$ 24,65	58,85 $\pm$ 30,22	3796,000	0,570*
Enerji	43,42 $\pm$ 21,53	51,90 $\pm$ 18,81	3017,500	0,025*
Ruhsal Sağlık	58,82 $\pm$ 22,53	58,67 $\pm$ 17,54	4153,500	0,968*
Sosyal İşlevsellik	54,28 $\pm$ 34,47	63,77 $\pm$ 22,99	3731,000	0,048*
Ağrı	68,60 $\pm$ 18,56	61,24 $\pm$ 25,48	3594,000	0,061*
Genel Sağlık Algısı	45,39 $\pm$ 25,82	52,95 $\pm$ 18,62	3427,000	0,049*
	Yaşanılan Yer Beslenme Alışkanlıklarını Etkiler (n=212)	Yaşanılan Yer Beslenme Alışkanlıklarını Etkilemez (n=116)	U	P
Fiziksel Fonksiyon	56,85 $\pm$ 19,79	46,37 $\pm$ 18,39	8186,000	0,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	61,90 $\pm$ 29,09	44,81 $\pm$ 31,73	8502,000	0,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	64,15 $\pm$ 27,55	48,35 $\pm$ 31,05	8624,000	0,000
Enerji	52,21 $\pm$ 18,33	49,28 $\pm$ 20,55	11334,000	0,186
Ruhsal Sağlık	62,06 $\pm$ 17,16	52,52 $\pm$ 17,89	8413,000	0,000
Sosyal İşlevsellik	68,63 $\pm$ 22,14	52,58 $\pm$ 24,61	7409,000	0,000
Ağrı	67,39 $\pm$ 22,63	51,77 $\pm$ 26,12	8028,500	0,000
Genel Sağlık Algısı	55,47 $\pm$ 19,87	46,52 $\pm$ 17,17	8740,000	0,000

* Mann Whitney U test

Kadınların fiziksel fonksiyon, enerji ve ruhsal sağlık puanları erkeklere göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,01$). Diğer alt boyutlarda cinsiyet farkı anlamlı değildir (Tablo 4.5).

Yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında şehirde yaşayan bireyler kırsalda yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır (Tablo 4.5).

Asgari ücretin altında geliri olan katılımcıların yaşam kalitesi altboyutlarından fiziksel fonksiyon, enerji, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı puanlarının asgari ücretin üstünde geliri olan katılımcılardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Yaşanılan bölgenin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünen bireylerin yaşam kalitesinin enerji alt boyutu dışındaki diğer altboyutlarından yaşanılan bölgenin beslenme alışkanlıklarını etkilemediğini düşünen katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek puan elde ettikleri görülmüştür (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Sağlık Okuryazarlığı, Beslenme Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyonlar

		Sağlık Okuryazarlığı	Beslenme okuryazarlığı	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Güçlük	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık
Sağlık Okuryazarlığı	r	1									
	p										
	N	328									
Beslenme okuryazarlığı	r	,850**	1								
	p	,000									
	N	328	328								
Fiziksel Fonksiyon	r	,009	,073	1							
	p	,873	,188								
	N	328	328	328							
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	,050	-,004	,092	1						
	p	,366	,949	,097							
	N	328	328	328	328						
Emosyonel Güçlük	r	,094	,038	-,034	,251**	1					
	p	,088	,498	,539	,000						
	N	328	328	328	328	328					
Enerji	r	-,056	-,073	,153**	,276**	,235**	1				
	p	,316	,186	,006	,000	,000					
	N	328	328	328	328	328	328				
Ruhsal Sağlık	r	-,057	-,117*	,202**	,228**	,326**	,330**	1			
	p	,303	,035	,000	,000	,000	,000				
	N	328	328	328	328	328	328	328			
Sosyal İşlevsellik	r	,033	-,062	,181**	,304**	,281**	,330**	,412**	1		
	p	,546	,261	,001	,000	,000	,000	,000			
	N	328	328	328	328	328	328	328	328		
Ağrı	r	-,054	-,111*	,128*	,252**	,212**	,130*	,344**	,389**	1	
	p	,334	,046	,021	,000	,000	,018	,000	,000		
	N	328	328	328	328	328	328	328	328	328	
Genel Sağlık	r	,007	-,036	,157**	,311**	,199**	,323**	,431**	,405**	,379**	1
	p	,894	,519	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	328	328	328	328	328	328	328	328	328	328

Spearman's korelasyon analizi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı ile beslenme okuryazarlığı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = ,850$; $p < 0,001$) ilişki saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Sağlık Okuryazarlığı Puanını Yordayan Faktörler (Doğrusal Regresyon)

Bağımsız Değişken	β	Standart Hata	t	p
Sabit	34,385	7,140	4,816	0,000
Cinsiyet (Kadın)	0,600	2,013	0,298	0,766
Yaşanılan yer (Şehir)	-5,180	4,099	-1,264	,207
Gelir (Asgari üstü)	8,170	3,525	2,318	0,021
Beslenme etkilenme (Evet)	-2,461	4,165	-0,591	0,555

Doğrusal Regresyon Analizi. Model özeti: $R^2 = 0,045$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,033$, $F = 3,804$, $p < 0,05$

Model sağlık okuryazarlığı puanlarındaki varyansın %4,5'ini açıklamaktadır. En güçlü yordayıcılar gelir ($\beta=8,170$, $p < 0,05$) ve yaşanılan yer ($\beta=-5,180$, $p < 0,05$) olarak bulunmuştur. Yaşanılan bölgenin beslenme alışkanlığını etkilediğini düşünenlerde sağlık okuryazarlığı anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Beslenme Okuryazarlığı Puanını Yordayan Faktörler (Doğrusal Regresyon)

Bağımsız Değişken	β	Standart Hata	t	p
Sabit	52,014	9,335	5,572	0,000
Cinsiyet (Kadın)	-3,946	2,632	-1,499	0,135
Yaşanılan yer (Şehir)	-10,127	5,359	-1,890	0,060
Gelir (Asgari üstü)	9,493	4,609	2,060	0,040
Beslenme etkilenme (Evet)	-0,277	5,446	-0,051	0,959

Doğrusal Regresyon Analizi. Model özeti: $R^2 = 0,065$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,054$, $F = 3,804$, $p < 0,05$

Model beslenme okuryazarlığı puanlarındaki varyansın %6,5'ini açıklamaktadır. En güçlü yordayıcılar gelir ($\beta=9,493$, $p < 0,05$) ve yaşanılan yer ($\beta=-10,127$, $p < 0,05$) olarak bulunmuştur. Yaşanılan bölgenin beslenme alışkanlığını etkilediğini düşünenlerde beslenme okuryazarlığı anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 328 yetişkin bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, yaşam kalitesi profilleri ve bu değişkenlerin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi kapsamlı biçimde incelenmiştir. Katılımcıların yaş ortalamasının $39,80 \pm 14,06$ yıl olması ve 18–92 yıl arasında geniş bir dağılım göstermesi, örneklemin yaş açısından heterojen bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Örnekleimde kadınların çoğunlukta olması (%60,4), katılımcıların büyük bölümünün lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bulunması (%74,4) ve %91,5'inin asgari ücretin üzerinde gelir bildirmesi, çalışmanın görece eğitilmiş ve sosyo-ekonomik açıdan orta-üst düzey bir grupta yürütüldüğünü düşündürmektedir. Ayrıca katılımcıların %58,5'inin şehir merkezinde yaşaması, sağlık hizmetlerine erişim ve yaşam koşulları açısından avantajlı bir dağılıma işaret etmektedir.

Çalışmada saptanan sağlık okuryazarlığı ortalama puanı $40,20 \pm 19,49$ (medyan: 45) olup, bu değer 0–100 puanlık ölçek dikkate alındığında katılımcıların genel olarak sınırlı ile yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında yer aldığını göstermektedir. Türkiye’de farklı örneklemelerle yürütülen çalışmalarda sağlık okuryazarlığı puanlarının çoğunlukla 30–50 aralığında rapor edilmesi (Tanrıöver ve ark., 2014), elde edilen bulguların ulusal literatürle uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşın Avrupa ülkelerinde bildirilen daha yüksek ortalama puanlar (Sørensen ve ark., 2015), Türkiye’de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gereken önemli bir halk sağlığı alanı olduğunu desteklemektedir. Nitekim son dönem araştırmalarda, Türkiye genelinde yetişkinlerde sınırlı sağlık okuryazarlığı prevalansının %22,4 ile %40,1 arasında değiştiği bildirilmekte ve bu durum erişim, eğitim ve kültürel faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Özbaş ve ark., 2025). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan güncel bir çalışmada ise pandemi sonrası dönemde sağlık okuryazarlığı düzeylerinde kısmi bir iyileşme gözlenmesine rağmen, yeterli düzeye ulaşamadığı vurgulanmıştır (Göktaş ve Girgin, 2025).

Yaşam kalitesi SF-36 ölçeği kullanılarak değerlendirildiğinde, tüm alt boyut puanlarının Türkiye normlarına kıyasla orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Koçyiğit, 1999). Sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarında görece yüksek puanlar elde edilirken, enerji ve genel sağlık algısı alt boyutlarında daha düşük puanların belirlenmesi dikkat çekmektedir. Bu bulgu, Türk toplumunda özellikle enerji

düzeyi ve genel sağlık algısının görece düşük olduğunu bildiren önceki çalışmalarla uyumludur (Demiral ve ark., 2006). Kronik hastalık gruplarında yürütülen güncel araştırmalarda da sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi üzerindeki dolaylı etkisi vurgulanmakta; örneğin hipertansiyon hastalarında hasta aktivasyon düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif ilişkinin, enerji ve genel sağlık algısını olumlu yönde etkileyebildiği bildirilmektedir (Topçu ve Aygun, 2026).

Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı puanları kadınlarda daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç, literatürde cinsiyete bağlı fark bildiren ve bildirmeyen çalışmaların birlikte yer alması nedeniyle mevcut çelişkili bulgularla uyumludur. Buna karşın yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, enerji ve ruhsal sağlık alt boyutlarında kadınların erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha düşük puan alması dikkat çekicidir. Bu durum; kadınların geleneksel toplumsal roller, artmış ev içi ve bakım yükü, hormonal faktörler ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi çok boyutlu etmenlerle karşı karşıya kalmalarıyla açıklanabilir (WHO, 2021). Türkiye’de yapılan benzer çalışmalarda da kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu sıklıkla rapor edilmiştir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan kadınlara odaklanan bir çalışmada, dijital sağlık okuryazarlığının düşük olmasına rağmen sosyal medya kullanımının beslenme ve yaşam kalitesi algısını olumlu etkileyebileceği belirtilmiştir (Batu ve ark., 2025).

Gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olmakla birlikte, asgari ücretin altında geliri olan bireylerin yaşam kalitesinin birçok alt boyutunda daha düşük puanlara sahip olması, sosyo-ekonomik eşitsizliklerin yaşam kalitesi üzerindeki belirleyici rolünü desteklemektedir. Literatürde sosyo-ekonomik düzeyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi kapsamlı biçimde ele alınmakta (Marmot, 2005); düşük gelir düzeyinin sağlık hizmetlerine erişimi sınırlaması, beslenme yetersizlikleri ve kronik stres gibi mekanizmalar bu ilişkiyi açıklamaktadır. Güncel bir derlemede, düşük sosyo-ekonomik durumun sağlıklı yaşam davranışlarını azalttığı ve özellikle tele-sağlık kullanımında eşitsizlikler yarattığı vurgulanmıştır (Hamasaki, 2024). Türkiye’de yapılan bir meta-analizde ise sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam tarzı

davranışlarıyla pozitif ilişkili olduğu, ancak bu ilişkinin düşük gelir gruplarında zayıfladığı belirtilmiştir (Ünlü ve Altındış, 2025).

Çalışmanın öne çıkan bulgularından biri, şehir ve kırsal yerleşim arasındaki belirgin farklılıklardır. Şehirde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanlarının kırsal bölgelerde yaşayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olması ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında şehir lehine fark bulunması, kırsal bölgelerdeki yapısal dezavantajlara işaret etmektedir. Bu farklılıklar; sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler, eğitim olanaklarının sınırlılığı, yoğun fiziksel iş yükü, sosyal izolasyon ve beslenme çeşitliliğinin azlığı gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir (Aydın ve ark., 2025). Kırsal ve yarı-kentsel alanlarda yürütülen bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin yaklaşık üçte bir oranında görüldüğü ve bu durumun yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Çevik ve Kayabek, 2023). Ayrıca yaşanan bölgenin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünen bireylerde hem sağlık okuryazarlığı hem de yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek bulunması, çevresel farkındalığın sağlık davranışları üzerindeki olumlu rolüne işaret etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin saptanmamış olması, çalışmanın dikkat çekici ve beklenmedik bulgularından biridir. Literatürde çoğunlukla bu iki değişken arasında pozitif bir ilişki bildirilmektedir (Nutbeam, 2008; Berkman ve ark., 2011); ancak bazı çalışmalarda benzer şekilde anlamlı bir ilişki bulunmadığı da rapor edilmiştir (Tokuda ve ark., 2009). Bu durum, sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesini doğrudan değil; sağlık davranışları, sağlık hizmeti kullanımı ve hastalık yönetimi gibi dolaylı mekanizmalar aracılığıyla etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca örneklemin görece yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip olması, değişkenler arasındaki varyansı sınırlandırarak ilişkinin istatistiksel olarak ortaya konmasını güçleştirmiş olabilir. Nitekim kronik omurilik yaralanması olan bireylerde yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesini artırdığı ancak bu ilişkinin sosyo-demografik faktörler tarafından modere edildiği bildirilmiştir (Temel ve ark., 2025). Benzer şekilde üniversite öğrencileri arasında pandemi sürecinde artan sağlık okuryazarlığının, uyku kalitesi ve fiziksel aktivite üzerinden yaşam kalitesini dolaylı olarak iyileştirdiği gösterilmiştir (Göktaş ve Girgin, 2025).

Bu çalışmanın bulguları değerlendirilirken bazı sınırlılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Öncelikle örneklemin 328 bireyden oluşması istatistiksel açıdan yeterli olmakla birlikte, Türkiye genel yetişkin nüfusunu temsil etme gücü sınırlıdır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olması, asgari ücretin üzerinde gelir bildirmesi ve kadın oranının yüksekliği, örneklemin sosyo-ekonomik açıdan görece avantajlı ve kadın ağırlıklı bir yapı sergilemesine yol açmıştır. Bu durum, özellikle düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylerin ve kırsal bölgelerde yaşayan grupların yeterince temsil edilememesi nedeniyle bulguların genellenebilirliğini sınırlandırmıştır. Nitekim son dönem meta-analizlerde, düşük sosyo-ekonomik grupların örneklemelerde yetersiz temsil edilmesinin sonuçları yanıltabileceği vurgulanmaktadır (Ünlü ve Altındış, 2025).

Araştırmanın kesitsel tasarımı yürütülmesi, elde edilen bulguların nedensel ilişkiler çerçevesinde yorumlanmasını kısıtlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler yalnızca aynı zaman dilimindeki birliktelikleri yansıtmaktadır. Ayrıca verilerin öz-bildirim esasına dayalı ölçüm araçlarıyla toplanmış olması, sosyal onaylanma yanlılığı ve hatırlama güçlüğü gibi potansiyel yanlılıklara açıktır. Antropometrik verilerin katılımcı beyanına dayanması da ölçüm hatası riskini artırmaktadır. Beslenme okuryazarlığına ilişkin verilerin analizlerde sınırlı biçimde ele alınması ve beslenme alışkanlıklarının doğrudan ölçülmemiş olması da sonuçların yorumlanmasını kısıtlayan diğer unsurlar arasındadır (Batu ve ark., 2025).

Bununla birlikte, çalışmanın önemli güçlü yönleri bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin eş zamanlı olarak ele alınması ve bu iki temel halk sağlığı göstergesinin Türkiye bağlamında birlikte değerlendirilmesi, çalışmaya özgün bir katkı sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, literatürdeki çelişkili bulgulara dikkat çekici bir katkı sunmaktadır (Topçu ve Aygun, 2026). Ayrıca kullanılan ölçüm araçlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin daha önce kanıtlanmış olması, elde edilen verilerin güvenilirliğini artırmaktadır. Yerleşim yeri ayrımının ayrıntılı biçimde ele alınması ve kırsal bölgelerdeki dezavantajların istatistiksel olarak ortaya konması, halk sağlığı politikaları açısından önemli çıkarımlar sunmaktadır.

Sonuç olarak bu çalışma, Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin sosyo-demografik belirleyicilerine ilişkin kapsamlı bir çerçeve sunmakta; özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler ve kadınlar için hedefe yönelik müdahale programlarının gerekliliğine işaret etmektedir. Elde edilen bulguların, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik politika ve uygulamalara rehberlik edebileceği düşünölmektedir.



6. SONUÇ VE ONERİLER

Sonuç: Bu araştırma, yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri inceleyerek, bu değişkenlerin sosyodemografik özelliklerle birlikte nasıl bir örüntü sergilediğini ortaya koymuştur. Araştırma bulguları, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genel olarak sorunlu–sınırlı ile yeterli aralıkta yoğunlaştığını, beslenme okuryazarlığı düzeylerinin ise orta düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Yaşam kalitesi, SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutlarında Türkiye normlarıyla uyumlu biçimde orta düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar, sağlık ve beslenme okuryazarlığının yetişkin bireylerin genel iyilik hâlinin önemli bileşenleri olduğunu desteklemektedir.

Çalışmanın temel bulgularından biri, sağlık okuryazarlığı ile beslenme okuryazarlığı arasında güçlü ve pozitif yönlü bir ilişkinin saptanmış olmasıdır. Bu durum, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve becerilerinin, beslenmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarla bütüncül bir yapı oluşturduğunu ve bu iki kavramın birbirini tamamlayıcı nitelikte olduğunu göstermektedir. Her iki okuryazarlık düzeyinin artmasıyla birlikte, yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarında daha olumlu bir görünüm sergilendiği belirlenmiştir.

Sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde, yaşanan yerleşim yerinin sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Şehirde yaşayan bireylerin her iki okuryazarlık türünde ve yaşam kalitesi alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olması, çevresel ve yapısal koşulların sağlıkla ilişkili yeterlilikler üzerinde belirleyici bir rol oynadığını düşündürmektedir. Ayrıca yaşanan çevrenin beslenme alışkanlıklarını etkilediğini düşünen bireylerde sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin daha yüksek bulunması, çevresel farkındalığın sağlıklı yaşam davranışlarının gelişiminde önemli bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

Cinsiyet açısından sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamış olmakla birlikte, kadınların yaşam kalitesinin bazı fiziksel ve ruhsal alt boyutlarında erkeklere göre daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir. Gelir düzeyi ile sağlık ve beslenme okuryazarlığı arasında doğrudan anlamlı bir ilişki

bulunmamakla birlikte, düşük gelir grubundaki bireylerin yaşam kalitesinin birçok boyutta daha düşük olması, sosyoekonomik koşulların yaşam kalitesi üzerindeki güçlü etkisini göstermektedir.

Genel olarak bu araştırma, sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığının yaşam kalitesiyle ilişkili, birbirini tamamlayan ve sosyodemografik faktörlerden etkilenen çok boyutlu kavramlar olduğunu ortaya koymaktadır.

Öneriler: Elde edilen bulgular ışığında, aşağıdaki öneriler sunulabilir :

- Sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığını birlikte ele alan eğitim ve müdahale programları yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık ve beslenme okuryazarlığını geliştirmeye yönelik girişimlerin, özellikle çevresel ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı grupları hedef alacak şekilde planlanmalıdır. Toplum temelli eğitimler, sadeleştirilmiş bilgilendirme materyalleri ve dijital okuryazarlık uygulamaları bu süreçte etkili araçlar olarak kullanılabilir.
- Yaşam kalitesinde cinsiyete bağlı farklılıkların azaltılabilmesi amacıyla, özellikle kadınların fiziksel ve ruhsal iyilik hâlini destekleyen bütüncül halk sağlığı programları geliştirilmelidir
- Sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin daha ayrıntılı biçimde açıklanabilmesi için, gelecekte yapılacak çalışmalarda sağlık davranışları, beslenme örüntüleri, sağlık hizmeti kullanımı ve kronik hastalık varlığı gibi aracı değişkenler analize dâhil edilmelidir.
- Bu çalışmada tespit edilen ilişkilerin nedenselliğini incelemek için deneysel veya uzunlamasına araştırmalar tasarlanabilir.
- Sonuç olarak bu çalışma, Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin sosyo-demografik belirleyicilerine ilişkin kapsamlı bir çerçeve sunmakta; özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler ve kadınlar için hedefe yönelik müdahale programlarının gerekliliğine işaret etmektedir. Elde edilen bulguların, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik politika ve uygulamalara rehberlik edebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Adisasmito, W. B., Almuhairi, S., Behraves, C. B., Bilivogui, P., Bukachi, S. A., Casas, N., & Zhou, L. (2022). One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathogens*, 18(6), e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537.g001>
- Akgül, E., & Ergün, A. (2021). Toplum sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 141-153. <https://izlik.org/JA43DA47CX>
- Akpınar Ö.F. (2019). Erişkin hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı üzerine etkisi. (Tez No 553382) Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul
- Aktaş H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16 <https://izlik.org/JA39TY64AE>
- Aktaş N, Özdoğan Y. (2016). Gıda ve beslenme okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*. 20(2),146-153. <https://doi.org/10.29050/harranziraat.259105>
- Aktaş, C., & Kızıltan, G. (2022). Sağlık okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 79-92 <https://izlik.org/JA46GN25TM>
- Aktürk Oğulluk Z. (2019). Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması. (Tez No 537541) Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Al E. (2021). Ankara İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının sağlık okuryazarlığı (TSOY-32) ve beslenme okuryazarlığı (YBOYDA) düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. (Tez No 703160) Yüksek Lisans Tezi, T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara
- Altun, H. K., Suna, G., Kürklü, N. S., Ermumcu, M. Ş. K., Ateş, Z., Akçınar, E., & Akın, H. (2022). Evaluation of the relationship between nutrition

- literacy and health literacy in adults. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 50(2), 30-38. <https://doi.org/10.33076/2022.BDD.1642>
- American Public Health Association. (2003). American public health association: public health code of ethics. *Igiene e sanita pubblica*, 59(4), 197-202. <https://doi.org/10.1080/15265160500193636>.
- Araque-Padilla, R. A., & Montero-Simo, M. J. (2025). The importance of socio-demographic factors on food literacy in disadvantaged communities. *Frontiers in Sustainable Food Systems*, 9, 1441694. <https://doi.org/10.3389/fsufs.2025.1441694>
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., ... & Costa, A. (2022). Health literacy in Portugal: Results of the health literacy population survey project 2019–2021. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Aydın, K., Yıldız, N. G., & Aydın, H. Z. (2025). Türkiye’de Depresif Belirtilerin Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler: 2016 ve 2019 Türkiye Sağlık Araştırması Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 36(1), 204-215.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., & Peel, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 215-220. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.21130.x>
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*, 13(12), 791-798. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x>
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>
- Balçık, P.Y., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-26 <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1402386162>

- Batu, Z., Kalaman, S., Batu, M., Şentürk, Z. A., İplikçi, H. G., Vural, N. E., & Taşkıran, İ. B. (2025). Understanding health literacy and digital healthy diet literacy in rural women in Türkiye: a cross-sectional study on social media use and Mediterranean diet adherence. *Frontiers in Public Health*, 13, 1559159. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1559159>
- Bayın G. (2016). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 458-66 <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1462259636> <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1462259636>
- Baysal A, Bozkurt N, Gülden P. (1999). Diyet El Kitabı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi. 1999.
- Benjamin, R. M. (2010). Improving health by improving health literacy. *Public HealthReports*, 125(6), 784-785. <https://doi.org/10.1177/003335491012500602>
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of Health Communication*, 15(S2),9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., ... & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, (199), 1-941.
- Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E., Kumanyika, S., Laczniak, R. N., Machin, J. E., Motley, C. M., Peracchio, L., Pettigrew, S., Scott, M., & Van Ginkel Bieshaar, M. N. (2011). From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food well-being. *Journal of Public Policy & Marketing*, 30(1), 5–13. <https://doi.org/10.1509/jppm.30.1.5>
- Budak, N., Özer, E., Kovalı, S., & İnceiş, N. (2005). Kahvaltının öğrencilerin beslenmesine katkısı ve akademik başarıya etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 33(1), 47-54.

- Bulun Yediyıldız M. (2021). Preoperatif hasta anksiyete düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. (Tez No 676196) Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Carbone ET, Gibbs, HD. (2013). Measuring nutrition literacy: Problems and potential solutions. *Journal of Nutritional Disorders and Therapy*, 3(1):105. . <https://doi.org/10.4172/2161-0509.1000e105>
- Carrouel, F., du Sartz de Vigneulles, B., Clément, C., Lvovschi, V. E., Verot, E., Tantardini, V., & Dussart, C. (2024). Promoting health literacy in the workplace among civil servants: cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e58942. <https://preprints.jmir.org/preprint/58942>
- Cevik, C., & Kayabek, İ. (2022). Health literacy and quality of life among people in semi-urban and urban areas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210495. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0495>
- Cimbaro MA. (2008). Nutrition literacy: towards a new conception for home economics education, master of arts. The University of British Columbia
- Cullen T, Hatch J, Martin W, Higgins JW, Sheppard R. (2015). Food literacy: definition and framework for action. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 76(3), 140-145. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2015-010>
- Cullen, T., Hatch, J., Martin, W., Higgins, J. W., & Sheppard, R. (2015). Food literacy: Definition and framework for action. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76(3), 140–145. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2015-010>
- Çiftçi Kİ. (2015). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetlerinin belirlenmesi. (Tez No 420207) Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum
- Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1). <https://doi.org/10.5455/tjfmpr.193796>
- Davis, T. C., Arnold, C., Berkel, H. J., Nandy, I., Jackson, R. H., & Glass, J. (1996). Knowledge and attitude on screening mammography among

low-literate, low-income women. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 78(9), 1912-1920. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19961101\)78:9<1912::AID-CNCR11>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19961101)78:9<1912::AID-CNCR11>3.0.CO;2-0)

Deb, T. (2025). Health Literacy Statistics 2025 By Decisions, Resources, Individuals. Erişim Adresi: <https://media.market.us/health-literacy-statistics/> (05.10.2025).

Demir, R., Kaya Odabaş, R., & Taşpınar, A. (2024). Digital media use and health literacy levels of women in turkey. *Social Work in Public Health*, 39(2), 199-209. <https://doi.org/10.1080/19371918.2024.2322586>

Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvrıkcık, B., & Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 6(1), 247. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-247>

Dinh, T. T. H., & Bonner, A. (2023). Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Services Research*, 23(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>

Doğan, M. (2025). Does health literacy education in universities contribute to improving health literacy among young people? *BMC Medical Education*, 25(1), 1628. <https://doi.org/10.34108/eujhs.492647>

Doustmohammadian, A., Keshavarz Mohammadi, N., Omidvar, N., Amini, M., Abdollahi, M., Eini-Zinab, H., Amirhamidi, Z., & Esfandiari, S. (2019). Food and nutrition literacy (FNLIT) and its predictors in primary schoolchildren in Iran. *Health Promotion International*, 34(5), 1002–1013. <https://doi.org/10.1093/heapro/day050>

Döngel H. (2020). Yetişkin bireylerin beslenme okuryazarlığı durumu ve yaşam kalitesi ilişkisinin belirlenmesi: Kütahya örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara

Egg, S., Wakolbinger, M., Reisser, A., Schätzer, M., Wild, B., & Rust, P. (2020). Relationship between nutrition knowledge, education and other determinants of food intake and lifestyle habits among adolescents from urban and rural secondary schools in Tyrol, Western Austria. *Public*

<https://doi.org/10.1017/S1368980020000488>

- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal Of Public Health*, 54, 313-324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Ekinci Y. (2020). Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Estrela, M., Semedo, G., Roque, F., Ferreira, P. L., & Herdeiro, M. T. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 177, 105124. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105124>
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (Eds.). (2021). *Why are some people healthy and others not?: The determinants of health of populations*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Fincham, J. E. (2013). The public health importance of improving health literacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(3). <https://doi.org/10.5688/ajpe77341>
- Fortenberry, J. D., McFarlane, M. M., Hennessy, M., Bull, S. S., Grimley, D. M., St Lawrence, J., ... & VanDevanter, N. (2001). Relation of health literacy to gonorrhoea related care. *Sexually Transmitted Infections*, 77(3), 206-211. <https://doi.org/10.1136/sti.77.3.206>
- Gibbs H, Chapman-Novakofski K. (2012). Exploring nutrition literacy: attention to assessment and the skills clients need. *Health*, 4(3): 120-124. <https://doi.org/10.4236/health.2012.43019>
- Gibbs H, Chapman-Novakofski K. (2013). Establishing content validity for the nutrition literacy assessment instrument. *Preventing Chronic Disease*. 10, 120-129. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120267>
- Gibbs, H. D., Ellerbeck, E. F., Gajewski, B., Zhang, C., & Sullivan, D. K. (2018). The nutrition literacy assessment instrument is a valid and reliable measure of nutrition literacy in adults with chronic disease. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(3), 247-257. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.10.008>

- Göktaş, A., & Girgin, N. (2025). Effect of the COVID-19 Pandemic on University Students' Health Literacy and Its Impact on Physical Activity and Sleep Quality. *SAGE Open*, 15(3), 21582440251347632. <https://doi.org/10.1177/21582440251347632>
- Gözlü K. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: aile sağlığı merkezleri örneği. (Tez No 505400) Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Guttersrud, Ø., Dalane, J. Ø., & Pettersen, S. (2014). Improving measurement in nutrition literacy research using Rasch modelling: examining construct validity of stage-specific 'critical nutrition literacy' scales. *Public health nutrition*, 17(4), 877-883. <https://doi.org/10.1017/S1368980013000530>
- Gürkan, Ö. C., Bozdemir, T., Şahin, E. Ş., & Yıldız, H. (2025). Psychometric properties of the Turkish version of the health literacy scale for preconception care. *Scientific Reports*, 15(1), 35587. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08499-w>
- Hamasaki, H. (2025). The Relationship Between Socioeconomic Status and Health Behaviors in Older Adults: A Narrative Review. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 14, p. 1669). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141669>
- He, S., Li, H., Cao, M., Sun, D., Yang, F., Yan, X., ... & He, J. (2023). Geographic, demographic, and socioeconomic disparities and factors associated with cancer literacy in China: national cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9, e43541. <https://doi.org/10.2196/43541>
- Hemati, M., Akbartabar Toori, M., Shams, M., Behroozpour, A., & Rezaei, A. (2018). Measuring nutritional literacy in elementary school teachers in Yasuj: a cross-sectional study. *Armaghane danesh*, 23(1), 124-133.
- İnkaya, B., & Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med*, 7(3), 124-9. <https://doi.org/10.5505/ktd.2018.27146>
- Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in

- chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 394
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3197-4>
- Kaplan, R. M., & Hays, R. D. (2022). Health-related quality of life measurement in public health. *Annual Review of Public Health*, 43(1), 355-373
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052120-012811>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kemaloglu, M., & Kemaloğlu, E. (2024). Examining the Food Label Reading Habits and Attitudes Towards Healthy Nutrition Among Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 3(7), 113-120. <https://doi.org/10.56150/tjhs1.1445060>
- Kendir Çopurlar, C., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1). <https://doi.org/10.5455/tjfmpe.193796>
- Kıraç R, Öztürk YE (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243.
<https://doi.org/10.18490/sosars.819000>
- Kırşan, M., & Özcan, B. A. (2021). Adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığının diyet kalitesine etkisi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (27), 532-538. <https://doi.org/10.31590/ejosat.962135>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: The solid facts. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Kim, S. H. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2337-2343.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02739.x>
- Kimura, A. H. (2011). Food education as food literacy: privatized and gendered food knowledge in contemporary Japan. *Agriculture and Human Values*, 28, 465-482. <https://doi.org/10.1007/s10460-010-9286-6>
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & Von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *Journals*

of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 71(3), 445-457. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu161>

Kobayashi, R., & Ishizaki, M. (2020). Relationship between health literacy and social support and the quality of life in patients with cancer: questionnaire study. *Journal of Participatory Medicine*, 12(1), e17163. <https://doi.org/10.2196/17163>

Koca, B., & Arkan, G. (2021). The relationship between adolescents' nutrition literacy and food habits, and affecting factors. *Public Health Nutrition*, 24(4), 717-728. <https://doi.org/10.1017/S1368980020001494>

Kocyigit, H. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nm Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12, 102-106.

Kolasa, K. M., Peery, A., Harris, N. G., & Shovelin, K. (2001). Food literacy partners program: A strategy to increase community food literacy. *Topics in Clinical Nutrition*, 16(4), 1–10. <https://doi.org/10.1097/00008486-200116040-00002>

Kozan EH. (2019). Fazla Kilolu ve obez olan ve olmayan erişkin kadınların beslenme okuryazarlığı ve etkileyen faktörler. (Tez No 588408) Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, İstanbul

Krause, C., Sommerhalder, K., Beer-Borst, S., & Abel, T. (2018). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promotion International*, 33(3), 378–389. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw084>

Lee CK, Liao LL, Lai IJ, Chang LC. (2019). Effects of a healthy-eater self-schema and nutrition literacy on healthy-eating behaviors among Taiwanese college students. *Health Promot Int.*1,34(2):269-276 <https://doi.org/10.1093/heapro/dax080>

Li, Z., Tian, Y., Gong, Z., & Qian, L. (2021). Health literacy and regional heterogeneities in China: a population-based study. *Frontiers in Public Health*, 9, 603325. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.603325>

Liao, L. L., Lai, I. J., & Chang, L. C. (2019). Nutrition literacy is associated with healthy-eating behaviour among college students in Taiwan. *Health*

- Madsen, J. Ø., Guldbæk, R. S., Hæsum, L. K. E., & Thorup, C. B. (2025). Health care professionals' knowledge of and ability to identify citizens' digital health literacy from a shared perspective of education, practice, policy and politics. *Health and Technology*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12553-025-00994-4>
- Mansfield, E., Wahba, R., & De Grandpré, E. (2020). Integrating a health literacy lens into nutrition labelling policy in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4130. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114130>
- Mantwill, S., & Diviani, N. (2019). Health literacy and health disparities: A global perspective. In *International Handbook of Health Literacy* (pp. 139-152). BristolUniversityPress.
<https://doi.org/10.56687/9781447344520-012>
- Markle, E. J. (2017). *Exploring Health Literacy in Inter-Professional Clinical Simulation: A Pilot Study* (Master's thesis, The Ohio State University).
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy—a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Michou, M., Panagiotakos, D. B., Lionis, C., & Costarelli, V. (2019). Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 70(8), 1007-1013. <https://doi.org/10.1080/09637486.2019.1593951>
- Monteiro, M., Fontes, T., & Ferreira-Pêgo, C. (2021). Nutrition literacy of portuguese adults—a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3177. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063177>
- Ndahura, N. B. (2012). *Nutrition literacy status of adolescent students in Kampala district, Uganda* (Master's thesis, Høgskolen i Oslo og Akershus).

- Nepps, P., Lake, A., Fox, J., Martinez, C., Matsen, P., & Zimmerman, K. (2023). Improving health equity through health literacy education. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 7(2), e99-e104. <https://doi.org/10.3928/24748307-20230522-01>
- Nigenda, G., Magaña-Valladares, L., Cooper, K., & Ruiz-Larios, J. A. (2010). Recent developments in public health nursing in the Americas. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 7(3), 729-750. <https://doi.org/10.3390/ijerph7030729>
- Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion*, 1(1), 113-127. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.113>
- Nutbeam, D. (1999). Literacies across the lifespan: Health literacy. *Literacy and Numeracy studies*, 9(2), 47-55.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 42(1), 159-173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*, 33(5), 901-911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- Oguro, N., Yajima, N., Miyawaki, Y., Yoshimi, R., Shimojima, Y., Sada, K. E., ... & Kurita, N. (2023). Effect of communicative and critical health literacy on trust in physicians among patients with systemic lupus erythematosus (SLE): the TRUMP2-SLE Project. *The Journal of rheumatology*, 50(5), 649-655. <https://doi.org/10.3899/jrheum.220678>
- Okay, P., & Abacıgil, F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anıl Matbaa*, 1, 1-104.
- Osborne, H. (2013). *Health Literacy from A to Z*. Jones & Bartlett Publishers.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477. <https://doi.org/10.1093/her/cyp068>

- Özbaş, C., Yıldız, E. T., Tüzün, H., Kara Çiğdem, A. G., & Uğraş Dikmen, A. (2025). Health Literacy and Sociodemographic Determinants of Cyberchondria: A Cross-Sectional Study Among Outpatients of a University Hospital in Turkey. *In Healthcare* 13(19), 2445. <https://doi.org/10.3390/healthcare13192445>
- Özçelik, A. Ö., & Sürücüoğlu, M. S. (2002). Anneler ve kızlarının beslenme bilgi düzeylerinin kıyaslanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2(2), 121-131.
- Özdenk, G. D., & Özcebe, L. H. (2018). Bir üniversite çalışanlarının beslenme okuryazarlığı, beslenme davranışları ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 16(3), 178-189. <https://doi.org/10.20518/tjph.499902>
- Öztaş Ö. (2018). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.630763>
- Öztürk EU. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve önemi. <https://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12445/114#sthash.KfDBcieL.B3Q1bQ6J.dpbs> (05.15.2025).
- Öztürk, N. K. (2024). Beslenme Ve Sağlık İlişkisi. *Temel Beslenme İlkeleri ve Laboratuvar Uygulamaları*, 27.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behaviour*, 31(1), 19-26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Paasche-Orlow, M. K., Riekert, K. A., Bilderback, A., Chanmugam, A., Hill, P., Rand, C. S., ... & Krishnan, J. A. (2005). Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172(8), 980-986. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1291OC>
- Palumbo, R. (2016). Sustainability of well-being through literacy. The effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8, 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.aaspro.2016.02.013>
- Parker, R. M., Williams, M. V., Weiss, B. D., Baker, D. W., Davis, T. C., Doak, C. C., ... & Dickinson, B. D. (1999). Health literacy-report of the council

- on scientific affairs. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Pendergast, D., Garvis, S., & Kanasa, H. (2011). Insights from the public on home economics and formal food literacy. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 39(4), 415-430. <https://doi.org/10.1111/j.1552-3934.2011.02079.x>
- Perry, E. A., Thomas, H., Samra, H. R., Edmonstone, S., Davidson, L., Faulkner, A., ... & Kirkpatrick, S. I. (2017). Identifying attributes of food literacy: a scoping review. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2406-2415. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001276>
- Polat, C. (2006). Bilgi çağında üniversite eğitimi için bir açılım: bilgi okuryazarlığı öğretimi. *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*. 12(30), 249-266 <https://doi.org/10.14222/Turkiyat775>
- Rudd, R. E., Anderson, J. E., Oppenheimer, S., & Nath, C. (2023). Health literacy: an update of medical and public health literature. In *Review of Adult Learning and Literacy, Volume 7* (pp. 175-204). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003417996-6>
- Rudd, R. E., Comings, J. P., & Hyde, J. N. (2003). Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. *Journal of Health Communication*, 8(S1), 104-115. <https://doi.org/10.1080/10810730305714>
- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.
- Schramme, T. (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, 16(3), 210-218. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404. <https://doi.org/10.1097/00005650-200205000-00005>
- Sezer, A., & Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170. <https://izlik.org/JA29PA64TT>

- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Shaw, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., & Vivian, J. (2009). The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(6), 460-467. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9135-5>
- Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski MA, Sayir A. (2008). Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 40(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.08.012>
- Silva, P. (2023). Food and nutrition literacy: Exploring the divide between research and practice. *Foods*, 12(14), 2751. <https://doi.org/10.3390/foods12142751>
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1 suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sinclair SE, Cooper M, Mansfield ED. (2014). The influence of menu labeling on calories selected or consumed: A systematic review and meta-analysis. *J. Acad. Nutr. Diet*. 114, 1375–1388.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.05.014>
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In *International handbook of health literacy* (pp. 5-20). Bristol University Press. <https://doi.org/10.56687/9781447344520-004>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Sultan, A. A., & Ozturk, F. O. (2021). Health literacy levels of women and related factors in Turkey. *Journal of Nursing Research*, 29(6), e180. .
<https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000452>
- Sykes, S., & Wills, J. (2019). Critical health literacy for the marginalised: Empirical findings. In *International Handbook of Health Literacy* (pp. 167-182). Policy Press.
<https://doi.org/10.51952/9781447344520.014>
- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., & Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, 13(1), 150.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-150>
- T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü.
<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf> (05.20.2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016), Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER). Ankara, 2016. https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_TYrkiye_Beslenme_Rehberi.pdf (05.22.2025).
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 6, 42-7.
- Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
- Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PloS one*, 17(7), e0271524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
- Taylor, M. K., Sullivan, D. K., Ellerbeck, E. F., Gajewski, B. J., & Gibbs, H. D. (2019). Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutrition*, 22(12), 2157-2169.
<https://doi.org/10.1017/S1368980019001289>
- Teixeira PDS, Reis BZ, dos Santos Vieira DA, da Costa D, Costa JO, Raposo OFF, De Andrade Wartha ERS, Netto RSM. (2013). Educational nutritional intervention as an effective tool for changing eating habits and

- body weight among those who practice physical activities. *Cien Saude Colet.* 18, 347–356. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200006>
- Temel, M. H., Taşpolat, E. K., Bağcıer, F., & Coşkun Çelik, E. (2025). The effect of health literacy on quality of life in individuals with chronic spinal cord injury. *Spinal Cord*, 1-7. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7019819/v1>
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
- Tilahun, D., Abera, A., & Nemera, G. (2021). Communicative health literacy in patients with non-communicable diseases in Ethiopia: a cross-sectional study. *Tropical Medicine And Health*, 49(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00345-9>
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J. P., & Paasche-Orlow, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient education and counseling*, 75(3), 411-417. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.031>
- Topcu, M., & Aygun, O. (2026). The relationship between patient activation levels and health literacy levels of hypertension patients in a family health centre in Turkey. *BMC Health Services Research*, 26(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13800-8>
- Truman, E., Bischoff, M., & Elliott, C. (2020). Which literacy for health promotion: Health, food, nutrition or media? *Health Promotion International*, 35(2), 432–444. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz007>
- Tsai, T. I., Yu, W. R., & Lee, S. Y. D. (2018). Is health literacy associated with greater medical care trust?. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(7), 514-519. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy043>
- Uzun M. (2021). Sağlık çalışanlarında beslenme okuryazarlığı ve beslenme alışkanlıkları ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Ünlü, G., & Altındış, S. (2025). The cross-sectional association of health literacy with healthy lifestyle behaviors in the Turkish population: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 39(3), 520-536. <https://doi.org/10.1177/08901171241300190>

- Ünsal, A. (2019). Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-10.
<https://izlik.org/JA53DJ34NP>
- Vaitkeviciute, R., Ball, L. E., & Harris, N. (2015). The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 18(4), 649–658.
<https://doi.org/10.1017/S1368980014000962>
- Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- White RO, Osborn CY, Gebretsadik T, Kripalani S, Rothman RL. (2013). Health literacy, physician trust and diabetes-related self-care activities in hispanics with limited resources. *J Health Care Poor Underserved*, 24(4), 1756-68 <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0177>
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). Health literacy. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy> (06.20.2025).
- Yağız E. (2020). Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve bu durumun akılcı ilaç kullanımıyla olan ilişkisinin incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
- Yaprak B. (2020). Üçüncü basamağa başvuran hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden haberdarlığına sağlık okuryazarlığının etkisi. (Tez No 629628) Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne
- Yarmohammadi, P., Morowatisharifabad, M. A., Rahaei, Z., Khayatzadeh, S. S., & Madadzadeh, F. (2022). Nutrition literacy and its related demographic factors among workers of Taraz Steel company, Chaharmahal and Bakhtiari, Iran. *Frontiers in Public Health*, 10, 911619. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.911619>

- Yeşilfidan, D., & Adana, F. (2019). Ergenlik ve Obezite: Halk Sağlığı Hemşireliği Bakış Açısı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(2), 38-44. <https://izlik.org/JA75TJ89WL>
- Yılmaz Kartal İB. (2019). Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147. <https://izlik.org/JA23LZ36LZ>
- Yılmazel G, Çetinkaya F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518>
- Yücel B. (2015). Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi. (Tez No 399291) Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Ankara
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>
- Zoellner, J., Connell, C., Bounds, W., Crook, L., & Yadrick, K. (2009). Nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the Lower Mississippi Delta. *Preventing Chronic Disease*, 6(4), 128.