T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK VE DİJİTAL SAĞLIKLI DİYET OKURYAZARLIĞI İLE BESLENME OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

ESER ÖZCAN

EDİRNE – 2022

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK VE DİJİTAL SAĞLIKLI DİYET OKURYAZARLIĞI İLE BESLENME OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

ESER ÖZCAN

Tez no:

EDİRNE - 2022

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde bana yol göstererek desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN' a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ 1
GENEL BİLGİLER 3
OKURYAZARLIK KAVRAMI 3
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI 3
BESLENME OKURYAZARLIĞI KAVRAMI 6
DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE SAĞLIK ve BESLENME OKURYAZARLIĞININ DURUMU 8
SAĞLIK ve BESLENME OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNDEKİ DURUMU 9
GEREÇ ve YÖNTEMLER 11
BULGULAR 16
TARTIŞMA 27
SONUÇLAR 38
ÖNERİLER 40
ÖZET 41
SUMMARY 42
KAYNAKLAR 43
ÖZGEÇMİŞ 57
EKLER

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ : Beden Kütle İndeksi

BOY : Beslenme Okuryazarlığı

DSDOY : Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı (Digital Healthy Diet Literacy, DHDL)

DSO : Dijital Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)

FTR : Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

HLS-Asia : Health Literacy in Asia (Asya Sağlık Okuryazarlığı Araştırması)

HLS-EU : Health Literacy in Europe (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması)

SOY : Sağlık Okuryazarlığı (Health Literacy Scale, HLS)

SS : Standart Sapma

TÜTF-GOBAEK : Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

$\bar{X}$: Ortalama

YBOYDA : Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı

GİRİŞ

Sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organization, WHO) tarafından "*Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*" şeklinde ifade edilmektedir (1). Günümüz dünyasında sağlığın ihtiyaçlarını karşılamak için insanların bilgi ve yeterlilik düzeyleri önemsenmektedir (2). Ayrıca bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinin hak ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi ve bilincinde olmaları, kendi sağlığı ile ilgili durumlarda doğru karar verebilmelerini sağlamaktadır (3). Bu durumda "sağlık okuryazarlığı" kavramı öne çıkmaktadır (4). Sağlık okuryazarlığı, DSÖ tarafından "*Sağlığın teşvik edilmesi ve sürdürülmesi için bireylerin bilgiye erişme, anlama ve kullanma motivasyonu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler*" şeklinde tanımlanmakta ve halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde gün geçtikçe daha da önem kazanmaktadır (2,5). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler, farkındalıkları yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin yükseltmek için kamu ve özel alanlardaki faaliyetlere rahatlıkla katılabildiği için sağlık okuryazarlığı yaşamın bütün alanlarını olumlu yönde etkilemektedir (2). Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi algılayabildikleri ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önleyici yöntemleri kabullenmede zorlanmadıkları ifade edilmektedir (6,7). Sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması iletişim sorunları ve düşük yaşam kalitesine neden olabilmektedir. Bireysel olarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bireysel güçlenme, özerklik ve yaşam kalitesinde iyileştirilmeye olanak sağlamaktadır (2). Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisinin elde edildiği ortam ile ilişkili olmaktadır (8). İnternet kullanımının yaygın hale gelmesi ile birlikte dijital ortamlarda sağlıkla ilgili bilgilere erişim de hızlanarak kolaylaştığı gibi sağlık bilgisinin elde edinildiği or-

tamla da ilişkilendirilmektedir (8,9). Dijital ortamlar aracılığıyla özellikle sağlık ile ilgili bilgileri doğru değerlendirebilmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (9).

Vücudun büyüme, gelişme ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin yiyecekler ile vücuda alınıp sindirim, emilim ve metabolize edilme basamaklarını içeren beslenme süreci, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde en önemli faktörlerden biridir (10,11). Bu süreçte yeterli ve dengeli beslenme daha da önem kazanmakta ve bireyin sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla beslenmeyle ilgili temel bilgi ve hizmetleri edinme, algılama, değerlendirme ve uygulama yeteneğine de sahip olması gerekmektedir ki bu durum beslenme okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (12,13). Beslenme okuryazarlığı bilincine sahip bireyler sayesinde toplumların gelecekte sağlıklı nesiller yetiştirebileceği ifade edilmektedir (14).

Sağlık çalışanları, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, hastalık/tedavi sürecinin kolaylaştırılmasında, beslenme ve sağlık ile ilgili yanlış bilgi ve dezenformasyonla mücadelede etkili olabilecek sağlık hizmetleri grubudur (15). Bu nedenle sağlık çalışanlarının sağlık ve beslenme bilgi düzeyi ve eğitimi büyük önem taşımaktadır (16). Sağlık Bilimleri Fakültelerinde eğitim gören ve geleceğin sağlık çalışanları olan öğrencilerin sağlık ve beslenme okuryazarlığı düzeyleri hakkında araştırmaların arttırılması ve bu konuda farkındalığının oluşturulmasının önemli olduğu belirtilmektedir (17). Sağlık çalışanlarının bu alanda teşvik edilmeleri toplumun yeterli ve dengeli beslenmeye ulaşımında halk sağlığı açısından önemli bir strateji olmasına rağmen ülkemizde bu alanda yapılan bilimsel araştırma sayısı sınırlı kalmaktadır (18).

Bu çalışmada, geleceğin sağlık çalışanları olacak olan Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin Sağlık ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı ile Beslenme Okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın bu alanda diğer çalışmalara ışık tutarak zemin hazırlaması hedeflenmiştir.

GENEL BİLGİLER

OKURYAZARLIK KAVRAMI

Problem çözerken yeteri kadar okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi değerlendirme becerisi olarak tanımlanan okuryazarlık, bireyin bilgi düzeyinin gelişmesi, hedeflerine ulaşması, sosyal hayatının devam etmesinde oldukça etkilidir. Hayatın her alanında etkili bir beceri olduğu ifade edilmektedir (19). Okuryazarlık kavramı günümüzde, sağlık ve beslenme okuryazarlığı başta olmak üzere ekoloji, medya ve finans alanlarında sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (19).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

Genel okuryazarlık ile yakından ilişkili olan, ilk kez 1974 yılında kullanılmaya başlanan sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi ve geliştirme programlarının etkinliği ve etkililiğini güçlü bir şekilde değiştirebilen çok önemli bir faktördür. İyi sağlığı teşvik eden ve sürdüren yollarla bireylerin bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak DSÖ tarafından tanımlanmaktadır (5). Nancy ve ark. (4) tarafından ise, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlayıp kullanma ve iletişim kurma yeteneklerine bağlı olarak bilinçli bir şekilde sağlık kararlarını verebilme derecesi olarak ifade edilmektedir. Bireylerin ömür boyu yaşam kalitelerini iyileştirmek ve hastalıkları önlemek/tedavi etmek için elzem olan sağlık bilgilerini değerlendirmeleri açısından bireylerin algı, bilgi ve yetenek dereceleri de önemsenmektedir (6). Sağlık okuryazarlığı sürecinin ayrıca bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik gelişimin bir parçası olduğu (2), sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerinden yararlanım düzeyini değiştirebildiği gibi sağlık çıktıları üzerinde de etkili olabilmektedir (2,19). Bunun yanında kaynakların etkin bir şekilde kullanımı ile sağlık hizmetlerinde kalite şartlarının geliştirilmesi ve hem bireyin hem de toplumun sağlık ile ilgili doğru kararlar verebilmesi sağ-

lanmaktadır (20,21). Ayrıca bu kavramın önemi halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde daha da ön plana çıkmakta (2), insan ve toplumun sağlık hizmetlerine katılımını ve dayanıklılıklarını geliştirerek sağlık ve esenliklerini iyileştirmekte, sağlık eşitsizlikleri gibi durumların ele alınmasında da rol oynayabileceğini düşünülmektedir (22).

Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık bilgilerini ve sağlıkta önleyici tedavileri kavramakta daha iyi oldukları ifade edilmektedir (6,7). Ayrıca ailesinde ve/veya kendisinde herhangi bir hastalığı olan bir bireyin o hastalığa ait sağlık okuryazarlığının daha yüksek düzeyde olması beklenmektedir. Mesela, diyabetik bireylerin, hastalıkla ilgili sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olması beklenmektedir (23). Sağlık okuryazarlığının faydaları yaşam alanlarının tümünü etkilemekte ve özellikle halk sağlığı ile ilgili müdahale ve sürdürülebilirliğe katkıda bulunabilmektedir (2). Bireysel kapsamda, yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle ortaya çıkan etkisiz iletişim, hata ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır (2,6). Toplumdaki düşük sağlık okuryazarlık düzeyi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamama, medikal tedavilerin azalması, sağlık kuruluşlarına geç başvuru, düşük öz bakım kapasitesi, sağlık hizmeti personeli ile iletişim kurmada zorluk çekilmesi, sağlık sisteminin sağlık ihtiyaçlarına cevap verememesi ve sağlık maliyetlerinin artması nedeniyle mortalite ve morbidite artışı ile ilişkilendirilmektedir (6,24–26). Sağlık eşitsizliklerini azaltmak üzere sağlık okuryazarlığını geliştirmenin şart olduğu ifade edilmektedir. Bu amaçla, farklı sosyal grupların ihtiyaçları ve imkanlarına yönelik uygun, güvenilir, erişilebilir bilgi gerekli olmaktadır (27). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile olumsuz sağlık çıktıları arasında doğrudan bir ilişki olduğuna dikkat çekilmektedir (28–31). Bu durumda sağlık okuryazarlığı, sağlık, sosyal bakım ve eğitim alanlarındaki eğitime dahil edilmesi gereken çok önemli bir konu haline gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı konularının örgün eğitime dahil edilmesi, geleceğin sağlık profesyonellerinin hizmet vermeye yeterince hazırlıklı olmalarını sağlayarak insanların sağlık, hastalıkları önleme ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgileri anlamasını kolaylaştırmaktadır (16). Yüksek sağlık okuryazarlık düzeyi genç yetişkinlerin sağlıklı davranışlar edinerek sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarına yardımcı olabileceği bildirilmektedir (32).

Sağlık ile ilgili bilgiye ulaşırken sağlık okuryazarlığı, kullanıldığı alana göre (dijital sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı vb.) isimlendirilebilmektedir (33). Sağlıkla ilgili doğru bilgi kaynaklarına erişme, edindiği bilgileri okuyup anlama ve sağlıklı kararlar vererek yaşam kalitesini artırmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkili olması sağlığın sürdürülebilirliği için önemsenmektedir (34). Bireylerin sağlık konusundaki sorunları için sıklıkla sağlık profesyonellerine başvurduğu belirtilmektedir (35). Öte yandan, internet artık sağ-

lık bilgilerini elde etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (36). Çevrimiçi bilgi yoğunluğunun olmasından dolayı özellikle sağlık ile ilgili bilgileri doğru değerlendirebilmek de önemlidir (9). Bu nedenle, bireylerin çevrimiçi bilgileri etkili ve sağlığı geliştirici bir şekilde anlama ve kullanmalarını sağlamak için çevrimiçi (dijital) sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi de ön plana çıkmaktadır (37). Bu durumda, bireylerin sadece iyi bir sağlık okuryazarı olmasının yeterli olmadığı gibi dijital hizmetleri ve teknolojiyi kullanarak sağlık bilgilerini bulma, anlama ve değerlendirme yetenek, kaynaklarına ve motivasyonuna da sahip olmaları gerekliliği vurgulanmaktadır (36).

Sağlık hizmet ve bilgilerinin, internet ve ilgili teknolojiler vasıtasıyla sunulduğu veya geliştirildiği alan dijital sağlık olarak ifade edilmektedir (38). Dijital sağlık okuryazarlığı (Dijital Healthy Literacy, DHL) ise, dijital platformlardaki bilgileri arama, anlama ve değerlendirme ve bu bilgileri sağlık sorunlarını çözmek için uygulama yeteneği olarak tanımlanmakta ve teknolojiye dayalı sağlık araçlarıyla verimli etkileşim için gerekli olan beceri ve bilgiyi kapsamaktadır (39). Giderek medyanın etkisinde kalan ve dijitalleşen dünyada, dijital bağlamdaki bu özel beceriler "e-sağlık okuryazarlığı" olarak da adlandırılmaktadır (40). Bu beceriler; televizyon, internet ve mobil uygulamalar gibi sağlık bilgi ve araçları kaynaklarına erişmek ve bu kaynaklarda zaman geçirmek için giderek daha gerekli hale gelmektedir (41). Sørensen ve ark. (44) dijital sağlık okuryazarlığının zaman ve maliyetten tasarruf etmek için gerekli olduğunu belirtmektedir. E-sağlık okuryazarlığının sağlık bakımını destekleyebileceği, sağlık güvenliğini artırabileceği ve sağlıkla ilgili karar verme becerilerini geliştirebileceği Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (The US Department of Health and Human Services) tarafından ifade edilmektedir(42).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri, çevrimiçi sağlık bilgileri için değerlendirme becerilerinin eksikliği ile ilişkilendirilmektedir (43). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip yetişkinlerin, sağlık bilgileri için tıbbi web sitelerinden ziyade televizyon, sosyal medya, bloglar veya ünlülerin web sayfaları gibi bilimsel olmayan bilgi kaynaklarını kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (44). Bu tür bilimsel olmayan tıbbi sağlık bilgilerinin hem genç hem de yaşlı yetişkinler arasında yaygın olarak kullanılması halk sağlığını riske atabilmektedir (45). Sınırlı veya yetersiz düzeyde dijital sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler genellikle sağlık bilgilerini daha zor anlamaktadır (46).

Dijital sağlık okuryazarlığı becerilerini güçlendiren ve sağlık sonuçlarını iyileştiren önemli katkılarda bulunabilecek yeni teknolojiler sürekli olarak ortaya çıkmaktadır (47). Günü-

müz gençleri, 2000 yılından sonra doğmuş, yeni teknolojilerle büyüyen ve hayatlarının ayrılmaz bir parçası olan birçok dijital araçla çevrili geçirmiş bir nesli temsil etmektedir (48). Bunun bir sonucu olarak, bugünün öğrencileri bilgiyi önceki nesilden farklı düşünmekte ve işlemektedir (49). Birçok genç yetişkin interneti birincil sağlık bilgisi kaynağı olarak çevrimiçi uzun zaman harcamakta, daha fazla ve farklı sosyal medya ağlarını kullanmakta ve dijital bilgilere güven duymaktadır (50). Doğru ulaşılan çevrimiçi sağlık bilgileri genç yetişkinlerin sağlık bilgi ve davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (51). Yüksek düzeyde dijital sağlık okuryazarlığı; daha iyi sağlık ve sağlık hizmeti kalitesinin yanında kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi ile artan prosedürel sağlık bilgisi dahil olmak üzere daha olumlu sağlık davranışları ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (52).

Dijital sağlık okuryazarlığı, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Dijital sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı beslenme doğrudan ilişkilidir (53). Bireysel faktörlerle beraber e-sağlık okuryazarlığı bireylerin beslenme davranışlarını etkileyebilmektedir (54). Bu kapsamda, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek için elektronik kaynaklardan sağlıklı beslenme bilgilerini arama, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneği olarak ifade edilen "dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı" (Digital Healthy Diet Literacy, DDL, DSDOY) kavramı ortaya çıkmaktadır (55). Besin bağlamında ortaya çıkan ve sağlık okuryazarlığı becerilerine odaklanan 'beslenme okuryazarlığı' ve 'gıda okuryazarlığı' gibi terimler mevcut olması ve bu terimlerin halk sağlığı araştırma, politika ve uygulamalarında sıklıkla birbirinin yerine kullanılmasına rağmen bunların tanımı veya birbirleriyle ilişkileri konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Oluşan bu anlam eksikliği, beslenme araştırmacı ve uygulayıcıları için bu yapıların kavramsal boyutlarının önemli yönlerini belirleme konusunda açık bir boşluk oluşturmaktadır (56).

BESLENME OKURYAZARLIĞI

Diyet ve yaşam tarzı davranışlarını etkileyen birçok faktörün yanında sağlıklı beslenen bireylerin daha yüksek beslenme bilgi ve öz yeterlilik sayesinde daha sağlıklı bir diyet tükettiği vurgulanmaktadır (57). Hem beslenme bilgisi hem de sağlıklı bir diyet tüketme motivasyonunu kapsayan beslenme okuryazarlığının farklı popülasyonlardaki diyet kalitesini artırdığı bildirilmektedir (58). Bireyin sağlığını koruyup sürdürmek için beslenmeyle ilgili temel bilgi ve hizmetleri edinme, anlama, yorumlama ve uygulama yeteneği beslenme okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (12,13,58). Velardo ve ark. (33), beslenme okuryazarlığını çok yönlü bir kavram olarak üç alt başlıkta özetlemektedir: (a) işlevsel; sağlık bilgilerini elde etme, anlama ve kullanma yeteneği; (b) interaktif; sağlığı iyileştirmek için etkili bir harekete geçme ve konuyla ilgili sağlık bil-

gilerini bağdaştırma, sağlama ve uygulama yeteneği; (c) kritik; herkes için daha sağlıklı bir beslenme ortamını savunmakla birlikte sağlık bilgi ve tavsiyelerini eleştirel olarak değerlendirme yeteneğidir.

Beslenme okuryazarlığı, beslenme ve besin ilkeleri ile ilgili beceriler gerektirdiğinden yüksek düzeyde karmaşık bilişsel yetenekleri de gerektirmektedir (12,59). Beslenme okuryazarlığı; porsiyon büyüklüğü, besin etiketlerini okuma/anlama/yorumlama, porsiyon kontrolü yapabilecek yeterli ölçüm bilgisine sahip olma, besin öge ve besin grupları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma, beslenme konusunda güvenilir bilgi kaynaklarına erişim gibi beslenme becerileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (12,60,61). Ayrıca sağlıklı besin seçimi, hazırlama ve tüketiminde beslenme okuryazarlığının önemine de vurgu yapılmaktadır (14). Beslenme konusunda bilimsel uzmanlığa sahip olmayan bireylerin sağlıkla ilgili hedeflerden ziyade ticari bir bakış açısına sahip kaynaklardan elde edilen sınırlı veya hatalı beslenme bilgileri nedeniyle çoğu durumda uygun ve sağlıklı besin seçimlerini yapma konusunda kafalarının karıştığı bildirilmektedir (62). Öte yandan, çok sayıda beslenme bilgisinin belirsiz olması da beslenme okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerde beslenme karmaşasına yol açabilmektedir (63). Beslenme okuryazarlığı düzeylerini arttırmak amacıyla uygulanan girişimlerden biri beslenme okuryazarlığı programlarıdır. Bu programlar sayesinde toplumun beslenme okuryazarlık düzeyi ve yaşam kalitesinin arttırılabileceği, daha sağlıklı olmasının sağlanabileceği belirtilmektedir (64).

Beslenme okuryazarlığı düzeyi, beslenme alışkanlıklarına ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklere göre değişmektedir (65). Beslenme okuryazarlığının yeme davranışı üzerindeki etkisini anlamak üniversite öğrencilerinde özellikle önemli hale gelmektedir. Üniversite öğrencilerinin diyet davranışları kendi akranlarından etkilendiği ve besine erişim ile ilgili sık yaşanan engeller nedeniyle besin seçimlerinin sınırlı olduğu hayatlarının benzersiz bir zaman noktasındadırlar (66). Üniversite yılları, kişisel özgürlük ve yiyecek seçimlerinin özerkliği gibi yeni deneyimler için bir fırsat sunmasının yanı sıra bu dönem üniversite öğrencilerini sağlık sorunları açısından risk altına sokan sağlıksız davranışların ortaya çıkmasıyla da dikkat çekmektedir (67). Genç yetişkinlerin beslenme açısından risk gruplarından biri kabul edilmesinin başlıca nedenleri sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz makro ve/veya mikro besin ögesi alımı, akran etkisi olarak belirtilmektedir (68,69). Bu nedenle üniversite öğrencilerinin beslenme davranışlarını daha iyi anlamak da gerekmektedir (54).

Ayrıca, genç yetişkinlerde sağlıklı besin seçimleri konusundaki bilgi eksikliği, sağlık ve beslenme durumlarını olumsuz yönde etkileyerek sağlıksız beslenme alışkanlıklarının benimsenmesine de yol açmaktadır (14,70).

Beslenme okuryazarlığı, genç yetişkinlerin besin seçimleri ile ilgili bilgileri değerlendirme, besin etiketlerini algılama, besin güvenliği önlemlerini uygulama, sağlıklı pişirme yöntemlerini uygulama ve diyet önerilerini uygulama becerisini etkilediği bildirilmektedir. Bu nedenle, eğitimciler için gençlerin beslenme okuryazarlığı becerilerini değerlendirme ve geliştirmenin büyük önem arz edeceği öne sürülmektedir (71).

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK VE BESLENME OKURYAZARLIĞININ DURUMU

Sağlık okuryazarlığı sürekli geliştirilen bir kavramdır (72). Son yıllarda hükümet, sağlık çalışanları ve araştırmacıların buna artan bir ilgisi olduğu ve 2005'teki 9. Küresel Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesi Konferansı'nda ana konu olarak yer almasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (22). Birçok ülke, bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirerek nüfusun genel sağlığını iyileştirmeyi amaçlayarak sağlık okuryazarlığı izleme ve değerlendirme sistemlerini hazırlamaktadır. Hatta Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Birleşik Krallık, Avustralya ve Çin gibi ülkelerin ulusal bir sağlık okuryazarlığı stratejisi bulunmaktadır (73).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığının hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde genellikle düşük düzeyde olduğuna dikkat çekmektedir (22). Sağlık okuryazarlığının uygun düzeyde olmasını engelleyen yaş artması, düşük eğitim düzeyi, dezavantajlı sosyoekonomik durum ve zayıf okuma durumu olduğu ifade edilmektedir (74). Düşük gelirli nüfusların temelde düşük okuma becerilerine sahip olduğu, bunun da özellikle yoğun nüfuslu ve kültürel olarak çeşitlilik gösteren ancak ekonomik istikrar ve temel sağlık hizmetleriyle yoğun olarak ilgilenen ülkelerde düşük sağlık okuryazarlığına yol açtığı belirtilmektedir. Aynı zamanda, bu ülkelerin düşük okuryazarlık oran ve düşük sosyoekonomik statüye sahip dezavantajlı gruplara sağlık hizmeti sunma konusunda büyük zorluklarla karşı karşıya olduğu da belirtilmektedir (74,75).

Morbidite ve mortalitenin artması ile sonuçlanan daha fazla hastane yatışı, acil servisin daha fazla kullanımı, düşük oranlı koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıksız bir yaşam gibi olumsuz sağlık çıktılarını sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması etkilemektedir (76,77). Bu kapsamda, ülkelerin birey sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı'nın yürüttüğü "Health People 2030" projesi ile sağlık okurya-

zarlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir (78). Sekiz ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda, bireylerin neredeyse yarısının sınırlı (yetersiz veya sorunlu) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (16). İspanya'da birçok bireyin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmediği ve bu durumun yalnızca kendi sağlıklarının yönetimini değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sosyal olarak sürdürülebilir olma olasılığını da tehlikeye attığı tespit edilmiştir (37).

Almanya ve Portekiz'de yapılan son araştırmalarda, yeterli düzeyde sağlık ve dijital sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin bile çevrimiçi ortam ve sosyal medyada bulunan sağlık bilgilerinin güvenirliği konusunu dahi değerlendirmekte zorlandıkları belirtilmektedir (79,80). Japonya'da yetişkin bireylerin %59,90'ının yüksek düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (81). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda (2014) ise genel yetişkin nüfusun yarısından fazlasının (%64,60) sınırlı (yetersiz veya sorunlu) düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu; Türkiye'de yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranının (%35,60) Avrupa'ya (%52,50) göre daha düşük düzeyde olduğu ifade edilmektedir (77).

Ülkemizde yetişkinlerde beslenme okuryazarlığını araştıran farklı araştırmalarda beslenme okuryazarlığı düzeyinin yeterli olduğu; daha yüksek beslenme okuryazarlığı düzeyi ile sağlıklı beslenme tutumlarının da arttığı beyan edilmektedir (82,83).

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ İLE SAĞLIK VE BESLENME OKURYAZARLIĞI

Gençlik; fiziksel büyüme, psikososyal gelişim ve davranışsal değişikliklerde hızlı değişiklikler gösteren çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir (84,85). Bu geçiş dönemi, yaşam boyu devam edebilecek beslenme alışkanlıklarının edinilmesinde önemli bir aşama olması; genç yetişkinlerin sağlıklı beslenme ve diyet kalitesi konusundaki farkındalıklarının artması, sağlık ve obeziteye bağlı kronik hastalıkların önlenmesi açısından özel bir önem taşımaktadır (86). Bu dönem, ergenlikten genç yetişkinliğe geçiş yapan üniversite öğrencilerinin uzun vadeli sağlık davranışı kalıpları oluşturmaları için önemli olduğu kadar gözden kaçan bir dönem de olabilmektedir (87).

Nepal'de Sağlık Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerinin sağlıklarını yönetmek için orta düzeyde beceriler ile sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemiyle ilişki kurma konusunda da orta düzeyde bir kapasiteye sahip oldukları ifade edilmektedir. Budhathokia ve ark. (88), üniversite-

lerde eğitim süreci boyunca öğrencilerin sağlık bilgilerine erişimi ve sağlık hizmeti sunucularına aktif olarak dahil olma kapasitelerini geliştirmeyi amaçlayan eylemlerde bulunma ihtiyacının altını çizmektedirler. İspanya'da bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin ortalama sağlık okuryazarlıklarının yeterli düzeyde olduğu belirtilmektedir (89). Ülkemizde Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini yeterli (90) veya sınırlı olduğunu (91) saptayan çalışmalar olduğu bilinmektedir.

Üniversite öğrencilerinin dijital sağlık okuryazarlığının iyi gelişmiş düzeyde olduğu ancak yine de öğrencilerin önemli bir kısmının sağlık okuryazarlığının bazı boyutlarıyla ilgili zorluklarla karşılaştığı vurgulanmaktadır (79,92,93). İran (94), Çin (95), Ürdün (96), Japonya (97) ve Yunanistan'da (98) yapılan çalışmalarda Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin dijital sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma sonucunda bireylerin beslenme okuryazarlığı düzeyinin yeterli olduğu bildirilmiştir (99).

Profesyonel kariyerlerine başladıklarında sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelişmiş, ilgilenmek zorunda kalacakları farklı nüfus gruplarının sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarına duyarlı sağlık profesyonellerine ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (88). Geleceğin sağlık profesyonelleri, toplumun sağlık bilgilerine ulaşım, anlama ve uygulamasına rehberlik etmede öncü olmaları nedeniyle bu grubun okuryazarlıklarının araştırılması önemsenmektedir (98). Üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmalarda sadece okuryazarlık düzeylerini belirlemenin yeterli olmadığı; aynı zamanda uygun müdahaleler oluşturabilmek için de ele alınması gereken önemli bir konu olduğu vurgulanmaktadır (50).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ, ZAMANI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma Mayıs 2022-Eylül 2022 tarihleri arasında kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yürütüldü. İki değişken arasında %30'luk bir korelasyonu %90 güç ve %5 hata ile belirlemek için gereken örneklem sayısı en az 88 birey olarak bulundu. Çalışmaya Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesinde bulunan tüm Bölümlerden (Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Odyoloji, Sağlık Yönetimi) katılım sağlandı. Toplamda 338 öğrenci katıldı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi ve gönüllü olma olarak belirlendi ve ankette onam formu uygulandı.

ARAŞTIRMANIN GENEL PLANI

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (TÜTF-GOBAEK) 09.05.2022 tarihinde TÜTF-GOBAEK 2022/209 protokol no'lu 21 no'lu karar ile çalışmanın etik kurul onayı (EK1) alındı. Araştırma kapsamına dahil edilen Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (TÜTF-GOBAEK)'nun uygun gördüğü Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK2) ile onay ve imzaları alındı.

Katılımcılara uygulanan anket formu (EK5); sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), bazı antropometrik ölçümleri (boy uzunluğu ve vücut ağırlığı), sağlık durumu ve yaşam biçimine ilişkin bilgiler (beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler, hastalık durumu, ilaç ve besin desteği kullanımı, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullanılan kaynak ve başvurduğu

sağlık profesyoneli tercihi), Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği, Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'ndan oluşturuldu.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Anket formu, araştırmacı tarafından Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde yüz yüze uygulandı.

Sosyodemografik Bilgiler

Anket formunda bulunan sosyodemografik özelliklere dair bilgiler; cinsiyet, yaş, medeni durum, fakülte bölümü, yaşadığı yer ve beraber yaşadığı bireyler olarak kayıt altına alındı.

Yaşam Biçimi ve Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler

Ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumu, öğün atlama nedeni, yemeklerini tüketme şekli, günlük su ve kahve tüketimi durumları, hastalık durumu, ilaç ve takviye edici besin alma, sigara ve alkol kullanım durumları, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullanılan kaynak ve başvurduğu sağlık profesyoneli tercihini belirten sorular yer almaktadır.

Antropometrik Bilgiler

Katılımcıların boy uzunluk ve vücut ağırlıkları Covid-19 Pandemisi sürecinin devam etmesi nedeniyle bireylerin beyanına göre alındı. Beden Kütle İndeksleri (BKİ) araştırmacı tarafından BKİ= [Vücut Ağırlığı (kg)/Boy*Boy (m)²] formülüyle hesaplandı (11). Beden Kütle İndeksi düzeyleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün kriterlerine göre BKİ (kg/m^2) değeri <18,50 ise zayıf, 18,50-24,99 ise normal, 25,00-29,99 ise kilolu/hafif şişman, ≥30,00 ise şişman olarak değerlendirildi (100).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form (New Short Form Health Literacy Instrument-HLS-SF12) Türkçe Uyarlaması

Orijinal adı "Short-Form Health Literacy Instrument" olan ölçek, 2019 yılında Duong ve ark. (101) tarafından dörtlü likert tipi ölçeklenerek 12 maddelik olarak geliştirildiği ifade edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde formül (İndeks = (Ortalama-1) x 50/3) kullanılmaktadır. Ortalama; ölçek toplam puanının, ölçek madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Formülle hesaplanan indeks değeri 0-50 arasında değişmekte, yüksek puan daha iyi sağlık okuryazarlığını temsil etmektedir.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2021 yılında Karahan ve ark. (9) tarafından yapıldığı bilinmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda 12 maddelik ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,856 olarak bulunduğu ve ölçeğin Türkçe formunun, ülkemizde 18-65 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla kullanılabileceği belirtilmektedir.

Araştırmada kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamalarının izni (EK3) için Sevil Karahan Yılmaz ile e-posta yolu ile iletişim kurularak gerekli izin ve değerlendirme şekilleri hakkında bilgiler alındı.

Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği (Digital Healthy Diet Literacy) Türkçe Uyarlaması

Bireylerin sağlıklı beslenme davranışları kazanabilmelerinde doğru bilgiye ulaşabilme becerileri önemli olması doğrultusunda sağlık okuryazarlığı ölçeği genişletilerek orijinal adı "Digital Healthy Diet Literacy" olan beslenmeye yönelik dört soruluk ölçek Duong ve ark. (55) tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde formül (İndeks = (Ortalama-1) x 50/3) kullanılmaktadır. Formülle hesaplanan indeks değeri 0-50 arasında değişmekte, yüksek puan daha iyi sağlıklı diyet okuryazarlığını temsil etmektedir. Ölçek, 1 (çok zor) ile 4 (çok kolay) arasında değişen 4'lü Likert tipi cevap seçeneklerini içermekte ve 4 maddeden oluşmaktadır. Ters kodlama yapılacak madde bulunmamaktadır.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2021 yılında Karahan ve ark. (9) tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda 4 maddelik ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,785 olarak bulunduğu ve ölçeğin Türkçe formunun, ülkemizde 18-65 yaş arası bireylerin sağlıklı diyet okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla kullanılabileceği belirtilmektedir. Araştırmada kullanılan Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamalarının izni (EK3) için Sevil Karahan Yılmaz ile e-posta yolu ile iletişim kurularak gerekli izin ve değerlendirme şekilleri hakkında bilgiler alındı.

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (YBOYDA)

Beslenme okuryazarlığı durumunu tespit etmek üzere Cesur (83) tarafından literatür bilgisi doğrultusunda 2014 yılında geliştirilen değerlendirme aracı toplam 35 soru ve 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel beslenme bilgisi (10 soru), ikinci bölümde okuduğunu anlama ve yorumlama (6 soru), üçüncü bölümde besin grupları (10 soru), dördüncü bölümde porsiyon miktarları (3 soru), beşinci bölümde besin etiketi okuma ve basit hesap yapma kabiliyeti (6

soru) ile ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru yanıtlanan her soru bir puan, yanlış cevaplanan ve boş bırakılan sorular ise 0 puandır. Değerlendirme aracından alınabilecek toplam puan 35 olarak belirlenmiştir. Toplam puan üzerinden 0-11 puan arası yetersiz, 12-23 puan arası sınırda, 24-35 puan arası yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi olarak puanlandırılmıştır. Alt bölümlerin puanlandırılması:

1.bölüm: 0-3 puan: yetersiz, 4-7 puan: sınırda, 8-10 puan: yeterli

2.bölüm: 0-2 puan: yetersiz, 3-4 puan: sınırda, 5-6 puan: yeterli

3.bölüm: 0-3 puan: yetersiz, 4-7 puan: sınırda, 8-10 puan: yeterli

4.bölüm: 0-1 puan: yetersiz, 2 puan: sınırda, 3 puan: yeterli

5.bölüm: 0-2 puan: yetersiz, 3-4 puan: sınırda, 5-6 puan: yeterli şeklinde değerlendirilmektedir.

Geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda 35 maddelik ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0,75 olarak bulunduğu, Türkiye'de geliştirilen aracın ülkemizdeki beslenme okuryazarlığını değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (83). Araştırmada kullanılan Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği'nin izni (EK4) için Büşra Cesur ile e-posta yolu ile iletişim kurularak gerekli izin ve değerlendirme şekilleri hakkında bilgiler alındı.

İSTATİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp. programı ile yapıldı. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ile analiz edildikten sonra normal dağılım gösterenler için gruplar arası kıyaslamalarda Student t testi, Tek yönlü varyans analizi, normal dağılıma uymayan verilerin değerlendirilmesinde ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Niteliksel verilerde uygun olan Pearson $\chi 2$ testi uygulandı. Tanımlayıcı istatistikler olarak frekans ve yüzdeler ile Median (Minimum-Maksimum) değerleri ve aritmetik ortalama, standart sapma değerleri kullanıldı. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak seçildi.

ARAŞTIRMA SINIRLILIKLARI

Çalışmanın sınırlılıkları aşağıda belirtilmiştir;

- Anket formunun uygulandığı tarihler öğrencilerin dönem sonu sınav tarihlerine yakın olması ve katılımın gönüllülük esasına dayanması nedeniyle fakülte bölümleri arasında ve cinsiyetler arasında eşit sayıda katılım sağlanamadı.

- Anket formunun uygulandığı tarihlerde Covid-19 Pandemi sürecinin devam etmesi nedeniyle anket formunda vücut ağırlığı ve boy uzunluğu beyana göre alındı.

BULGULAR

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde %16,90'ı erkek (s=57), %83,10'u kadın (s=281) olmak üzere toplam 338 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 21,00±2,00 yıl olduğu saptanmıştır.

Bireylere İlişkin Genel Özellikler

Bireylerin bazı demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin cinsiyete göre bazı demografik özelliklerinin dağılımı

	Erkek (s=57)		**Kadın (s=281)**		**Toplam (s=338)**	
	s	%	s	%	s	%
Fakülte bölümü						
Beslenme ve Diyetetik	11	19,30	133	47,30	144	42,60
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	15	26,30	26	9,30	41	12,10
Hemşirelik	16	28,10	80	28,50	96	28,40
Sağlık Yönetimi	14	24,60	34	12,10	48	14,20
Odyoloji	1	1,80	8	2,80	9	2,70
Toplam	57	16,90	281	83,10	338	100,00

Ki-kare testi, $p<0,05$.

Sağlık Durumu ve Yaşam Biçimi Bilgileri

Öğrencilerin bazı beslenme alışkanlıkları Tablo 2'de verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlere göre ana ve ara öğün sayısı, öğün tüketme düzeni, ana öğün atlama durumu, yemeklerini tüketme şeklinin benzer olduğu saptanmıştır (p>0,05). Öğrencilerin %59,80'inin iki ana öğün tükettiği tespit edilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyete göre bazı beslenme alışkanlıklarının dağılımı

	Erkek (s=57)		**Kadın (s=281)**		**Toplam (s=338)**		**p**
	s	%	s	%	s	%	
Ana öğün sayısı							
1	1	1,80	7	2,50	8	2,40	0,881
2	32	56,10	170	60,50	202	59,80	
3	22	38,60	97	34,50	119	35,20	
4	2	3,50	7	2,50	9	2,70	
Ara öğün sayısı							
1	31	54,40	106	37,70	137	40,5	0,054
2	17	29,80	122	43,40	139	41,10	
3	9	15,80	42	14,90	51	15,10	
4	-	-	11	3,90	11	3,30	
Öğün saatlerinin düzenlilik durumu							
Var	24	42,10	111	39,50	135	39,90	0,714
Yok	33	57,90	170	60,50	203	60,10	
Ana öğün atlama durumu							
Var	23	40,40	141	50,20	164	48,50	0,176
Yok	34	59,60	140	49,80	174	51,50	
Atlanan öğün							
Kahvaltı	16	28,10	77	27,40	93	27,50	0,426
Öğle	7	12,30	61	21,70	68	20,10	
Akşam	-	-	1	0,40	1	0,30	
Yemeklerini tüketme şekli							
Yalnız başına	14	24,60	75	26,70	89	26,30	0,917
Arkadaşlarıyla	37	64,90	171	60,90	208	61,50	
Aile ile	6	10,50	34	12,10	40	11,80	
Diğer	-	-	1	0,40	1	0,30	

Ki-kare testi, p<0,05.

Öğrencilerin sigara kullanımı oranının %20,40 ve alkol tüketimi oranının %23,40 olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ilaç kullanımı oranı %15,10, besin desteği kullanımı oranı %19,50 ve hekim tanısı almış hastalığa sahip olma oranı %16,00 olarak saptanmıştır. Bireylerin cinsiyete göre sigara, alkol, ilaç ve besin desteği kullanımı ve hastalık durumları arasında farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Ayrıca sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada en sık başvurulan kaynağın %82,80 ile internet bilgileri olduğu, en sık başvurulan sağlık profesyonelinin %68,30 ile hekim ve %21,60 ile diyetisyen olduğu saptanmıştır.

Antropometrik Ölçümler

Öğrencilerin antropometrik ölçümlere ilişkin bazı bilgileri Tablo 3'te verilmiştir.

Tüm bireylerin ortalama BKİ'i 21,96±3,46 kg/m^2 olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin cinsiyete göre bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

	Erkek (s=57)	**Kadın (s=281)**
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Vücut ağırlığı (kg)	75,45±12,14	58,88±10,14
Boy uzunluğu (cm)	177,47±8,15	165,15±6,15
Beden Kütle İndeksi (kg/m^2)	23,89±2,94	21,57±3,43

Mann-Whitney U test, (Gruplar arası analiz), p <0,05.

Öğrencilerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre BKİ sınıflarının oranı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). Zayıf BKİ sınıfına ait bireyler arasında erkek öğrencilerin oranının kız öğrencilere göre düşük, hafif şişman BKİ sınıfına ait bireyler arasında erkek öğrencilerin oranının kız öğrencilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,001).

Tablo 4. Öğrencilerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasının dağılımı

	Erkek (s=57)		**Kadın (s=281)**		**Toplam (s=338)**		**p**
	s	%	s	%	s	%	
Zayıf	1	1,80	44	15,70	45	13,30	**0,001**
Normal	40	70,20	202	71,90	242	71,60	
Hafif Şişman	14	24,60	26	9,30	40	11,80	
Şişman	2	3,50	9	3,20	11	3,30	

Ki-kare testi, p<0,05.

Sağlık, Dijital Sağlıklı Diyet ve Beslenme Okuryazarlığı Durumları

Öğrencilerin cinsiyete göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı Tablo 5'te verilmiştir.

Kız öğrencilerin ortalama YBOYDA puanının erkek öğrencilere göre daha yüksek, erkek öğrencilerin ortalama DSDOY indeksinin kız öğrencilere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 5. Öğrencilerin cinsiyete göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması

Puan	Erkek (s=57)	Kadın (s=281)	Toplam (s=338)	p
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
SOY	32,01±6,33	30,58±7,68	30,82±7,48	0,235
DSDOY	27,48±10,26	21,78±10,04	22,74±10,28	**<0,001**
YBOYDA	27,02±5,65	30,48±2,94	29,90±3,77	**<0,001**

Mann-Whitney U testi, (Gruplar arası analiz), p<0,05.

Katılımcıların cinsiyete göre YBOYDA sınıflaması Tablo 6'da verilmiştir.

Sınırda YBOYDA sınıfına ait bireylerin ortalama YBOYDA puanı 18,87±3,32 ve minimum-maksimum puanları 12-23; Yeterli YBOYDA sınıfına ait bireylerin ortalama YBOYDA puanı 30,50±2,61 ve minimum-maksimum puanları 24-35 olarak tespit edilmiştir. Sınırda YBOYDA sınıfına ait olan erkek öğrencilerin oranının ve yeterli YBOYDA sınıfına ait olan kız öğrencilerin oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Tablo 6. Öğrencilerin cinsiyete göre YBOYDA sınıflamasının dağılımı

	Erkek (s=57)		Kadın (s=281)		Toplam (s=338)		p
	s	%	s	%	s	%	
YBOYDA Sınıflaması							
Yetersiz	1	1,80	0	0,00	1	0,30	
Sınırda	9	15,80	7	2,50	16	4,70	**<0,001**
Yeterli	47	82,50	274	97,50	321	95,00	
$\bar{x} \pm ss$	27,01±5,64		30,48±2,94		29,90±3,77		
Min-Max	11-35		19-35		11-35		

Ki-kare testi, p<0,05.

Bireylerin YBOYDA ve YBOYDA alt bölümlerinin sınıflamasının dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Besin grupları bölümünde bireylerin %99,70'inin ve Porsiyon Miktarları alt bölümünde %22,80'inin yeterli olduğu bulunmuştur. Besin Grupları alt bölümünde yetersiz sınıfına ait birey saptanmamıştır.

Tablo 7. Öğrencilerin YBOYDA ve YBOYDA alt bölümlerinin sınıflamasının dağılımı

		Genel Beslenme Bilgisi	Okuduğunu Anlama ve Yorumlama	Besin Grupları	Porsiyon Miktarı	Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik	YBOYDA Puanı
YBOYDA Sınıflaması							
Yetersiz	s	6	9	0	124	42	1
	%	1,80	2,70	0,00	36,70	12,40	0,30
Sınırda	s	47	44	1	137	95	16
	%	13,90	13,00	0,30	40,50	28,10	4,70
Yeterli	s	285	285	337	77	201	321
	%	84,30	84,30	99,70	22,80	59,50	95,00
x̄ ± ss		8,72±1,66	5,20±1,00	9,67±0,56	1,84±0,80	4,48±1,50	29,90±3,77
Min-Max		0-10	0-6	7-10	0-3	0-6	11-35

Öğrencilerin okudukları fakülte bölümlerine göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı Tablo 8'de verilmiştir.

Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Odyoloji Bölümü öğrencilerinin ortalama SOY indeksinin Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p<0,001). Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin ortalama SOY indeksinin Hemşirelik ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerine göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). Fakülte Bölümlerine göre ortalama DSDOY indeksi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,083). Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ve Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin ortalama YBOYDA puanlarının Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p<0,001). Odyoloji Bölümü öğrencilerinin ortalama YBOYDA puanının Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p=0,005).

Tablo 8. Öğrencilerin fakülte bölümlerine göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması

	SOY indeks	**DSDOY indeks**	**YBOYDA puan**
	x̄ ± ss	x̄ ± ss	x̄ ± ss
Beslenme ve Diyetetik[a] (s=144)	29,91±6,93	21,01±10,36	31,83±2,99
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon[b] (s=41)	30,38±6,24	24,29±8,73	29,54±3,13
Hemşirelik[c] (s=96)	33,07±8,12	23,96±10,13	29,13±2,96
Sağlık Yönetimi[d] (s=48)	30,41±7,82	25,08±10,85	25,85±4,12
Odyoloji[e] (s=9)	25,78±7,53	18,06±10,20	30,44±3,21
Toplam (s=338)	30,82±7,48	22,74±10,28	29,90±3,77
p*	**<0,001**	0,083	**<0,001**
p**	**<0,001**[d-a,b,c,e] **<0,001**[a-b,c]	-	**0,005**[d-e] **<0,001**[d-a,b,c]

a-Beslenme ve Diyetetik, b-Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, c-Hemşirelik, d-Sağlık Yönetimi, e-Odyoloji
*Kruskal Wallis testi (Gruplar arası analiz), p<0,05; **Dunn Z (Çoklu karşılaştırma), p<0,05.

Bireylerin ana ve ara öğün sayısına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanının değerlendirmesi Tablo 9'da verilmiştir.

Günde 1 ana öğün (p=0,021) ve 2 ana öğün (p=0,012) tüketen bireylerin ortalama DSDOY indeksi 3 ana öğün tüketenlere göre daha yüksek; günde 1 ara öğün (p=0,032) ve 2 ara öğün (p=0,015) tüketen öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi dört ara öğün tüketenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Günde 1 ara öğün tüketen bireylerin ortalama SOY indeksinin 4 ara öğün tüketenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p=0,016).

Tablo 9. Öğrencilerin ana ve ara öğün sayısına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması

	SOY indeks		**DSDOY indeks**		**YBOYDA puan**	
	$\bar{x} \pm ss$	p	$\bar{x} \pm ss$	p	$\bar{x} \pm ss$	p
Ana öğün sayısı						
1	32,10±5,38	0,691	28,11±12,75	**0,018**	26,88±8,10	0,346
2	30,91±7,95		23,76±9,94		29,78±3,55	
3	30,65±6,37		20,80±10,38		30,30±3,72	
4	29,93±11,85		20,82±11,22		29,88±2,62	
Ara öğün sayısı						
1	31,66±7,56	**0,037**	23,02±10,74	**0,018**	29,51±3,79	0,101
2	30,58±7,37		23,41±10,46		30,14±3,65	
3	30,28±7,07		21,73±8,78		30,33±4,09	
4	25,88±8,45		15,53±5,62		29,64±3,26	

Kruskal Wallis testi (Gruplar arası analiz), p<0,05

Bireylerin öğün atlama nedenlerinin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile karşılaştırması Tablo 10'da verilmiştir.

Katılımcılar arasında öğün atlama nedenini "zaman yetersizliği" olarak belirten öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi bu nedeni belirtmeyen öğrencilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05). Bireyler arasında öğün atlama nedenini "öğün alışkanlığı olmadığı için" olarak belirten öğrencilerin ortalama SOY indeksi bu nedeni belirtmeyen öğrencilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 10. Öğrencilerin öğün atlama nedenlerinin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile karşılaştırması

	SOY indeks		DSDOY indeks		YBOYDA puan	
	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p
Zaman yetersizliği						
Evet (s=88)	31,23±7,91		20,69±10,53		30,44±3,43	
Hayır (s=250)	30,67±7,33	0,664	23,46±10,11	**0,036**	29,70±3,87	0,073
Toplam (s=338)	30,82±7,48		22,74±10,28		29,90±3,77	
İştahsızlık durumu						
Evet (s=42)	30,41±8,37		24,11±9,62		30,38±4,20	
Hayır (s=296)	30,88±7,36	0,583	22,55±10,37	0,353	29,83±3,70	0,143
Toplam (s=338)	30,82±7,48		22,74±10,28		29,90±3,77	
Vücut ağırlığı kontrolü						
Evet (s=8)	27,60±7,01		21,86±9,38		31,13±2,47	
Hayır (s=330)	30,90±7,48	0,242	22,76±10,31	0,814	29,86±3,79	0,345
Toplam (s=338)	30,82±7,48		22,74±10,28		29,90±3,77	
Öğün tüketme alışkanlığı durumu						
Evet (s=43)	29,20±6,42		21,90±8,86		29,97±3,96	
Hayır (s=295)	31,05±7,60	**0,033**	22,86±10,48	0,511	29,88±3,75	0,606
Toplam (s=338)	30,82±7,48		22,74±10,28		29,90±3,77	
Öğün hazırlığının olmama durumu						
Evet (s=32)	31,29±6,86		23,04±11,72		30,88±2,66	
Hayır (s=306)	30,77±7,55	0,741	22,71±10,14	0,827	29,80±3,85	0,156
Toplam (s=338)	30,82±7,48		22,74±10,28		29,90±3,77	

Kruskal Wallis testi (Gruplar arası analiz), p<0,05

Bireylerin hastalık, ilaç ve besin desteği kullanımı durumlarına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ilişkisi Tablo 11'de verilmiştir.

Hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olan bireylerin ortalama YBOYDA puanı hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (p=0,005). Ortalama DSDOY indeksi ilaç kullanmayan ve besin desteği kullanan bireylerde daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 11. Bireylerin hastalık, ilaç ve besin desteği kullanımı durumuna göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması

	SOY indeks		DSDOY indeks		YBOYDA puan	
	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p
Hastalık durumu						
Var	30,08±7,86	0,676	20,06±10,82	0,052	31,18±2,66	**0,005**
Yok	30,96±7,41		23,25±10,11		29,65±3,90	
İlaç kullanımı						
Var	30,55±7,45	0,953	19,36±10,39	**0,010**	30,92±2,81	0,055
Yok	30,87±7,50		23,34±10,16		29,72±3,89	
Besin desteği kullanımı						
Var	31,56±7,03	0,391	25,44±10,55	**0,023**	29,91±4,46	0,311
Yok	30,64±7,58		22,09±10,12		29,90±3,59	

Mann-Whitney U testi, (Gruplar arası analiz), p<0,05.

Bireylerin sigara ve alkol kullanımına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması Tablo 12'de verilmiştir.

Öğrencilerin sigara ve alkol kullanım durumuna göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 12. Öğrencilerin sigara ve alkol kullanımına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması

	SOY indeks		DSDOY indeks		YBOYDA puan	
	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p
Sigara kullanımı						
Var	29,85±8,49		21,07±9,33		29,50±4,07	
Yok	31,09±7,06	0,418*	23,32±10,49	0,152*	30,03±3,70	0,275*
Artık kullanmıyor	30,54±10,54		19,17±10,04		29,10±3,81	
Alkol tüketimi						
Var	30,59±8,04	0,838**	21,15±10,21	0,102**	29,62±3,06	0,062**
Yok	30,89±7,31		23,23±10,27		29,98±3,96	

*Kruskal Wallis testi (Gruplar arası analiz), p<0,05; **Mann-Whitney U testi, (Gruplar arası analiz), p<0,05.

Bireylerin sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma durumlarına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ilişkisi Tablo 13'te verilmiştir.

Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için kaynak olarak en sık gazete/dergi kullanan bireylerin ortalama YBOYDA puanı internet, aile üyeleri/arkadaşları ve televizyon/radyo kullanan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için en sık diyetisyene başvuran katılımcıların ortalama YBOYDA puanı hekim ve hemşireye başvuran katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 13. Öğrencilerin bilgiye ulaşma durumlarına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanları karşılaştırması

	SOY indeks		DSDOY indeks		YBOYDA puan	
	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p	x̄ ± ss	p
Kullanılan kaynak						
Gazete/dergi	29,01±6,56		19,43±13,32		30,44±7,51	
İnternet	31,07±7,10		23,12±10,03		29,93±3,44	
Televizyon/radyo	25,54±15,79	0,688	20,00±12,62	0,779	25,00±8,03	**0,036**
Kitap/broşür	30,51±8,96		20,93±11,33		30,70±2,50	
Aile üyeleri/arkadaşlar	27,07±4,60		25,00±7,59		24,25±8,80	
Başvurulan sağlık profesyoneli						
Hekim	31,02±6,93		22,56±9,72		29,84±3,37	
Diyetisyen	30,41±7,33	0,795	21,46±11,00	0,081	31,02±3,76	**<0,001**
Hemşire	30,22±11,38		25,79±11,66		28,57±4,13	
Diğer	30,72±9,79		29,68±12,06		25,37±7,67	

Kruskal Wallis testi (Gruplar arası analiz), p<0,05.

Öğrencilerin BKİ sınıflamasının ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile karşılaştırması Tablo 14'te verilmiştir.

Zayıf BKİ sınıfına ait bireylerin ortalama SOY indeksi hafif şişman sınıfına ait olan bireylere göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (p=0,035). Diğer BKİ sınıflarına göre ortalama DSDOY indeksi ve YBOYDA puanları arasında fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 14. Öğrencilerin BKİ sınıflamasının ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile karşılaştırması

Puan	Zayıf [a] (s=45)	Normal [b] (s=242)	Hafif şişman [c] (s=40)	Şişman [d] (s=11)	Toplam (s=338)	p*	p**
	x̄ ± ss	x̄ ± ss	x̄ ± ss	x̄ ± ss	x̄ ± ss		
SOY	28,27±8,06	31,15±7,42	32,91±5,95	26,38±7,94	30,82±7,48	**0,014**	**0,035** [a-c]
DSDOY	19,35±10,00	23,15±10,40	24,16±10,16	22,35±7,03	22,74±10,28	0,085	-
YBOYDA	30,62±2,66	29,48±4,30	29,98±3,00	29,27±5,48	29,90±3,77	0,366	-

a-zayıf, b-normal, c-hafif şişman, d-şişman grubu,
* Kruskal Wallis testi (Gruplar arası analiz), p<0,05; ** Dunn Z (Çoklu karşılaştırma), p<0,05.

Bireylerin bazı antropometrik bilgilerinin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile ilişkisi Tablo 15'te verilmiştir.

Öğrencilerin vücut ağırlığı ile ortalama YBOYDA puanı arasında doğrusal, negatif ve çok zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (p=0,002; r=-0,166). Öğrencilerin vücut ağırlığı ile ortalama DSDOY indeksi arasında doğrusal, pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,001; r=0,205). Katılımcıların ortalama YBOYDA puanı ile BKİ arasında doğrusal, negatif ve çok zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p=0,014; r=-0,133). Öğrencilerin ortalama DSDOY

indeksi ile BKİ arasında doğrusal, pozitif ve çok zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (p=0,001; r=0,173).

Tablo 15. Öğrencilerin bazı antropometrik ölçümlerinin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile ilişkisi

	SOY indeks	**DSDOY indeks**	**YBOYDA puan**
Vücut ağırlığı	r:0,050 p:0,360	r:0,205 **p:<0,001**	r:-0,166 **p:0,002**
Beden Kütle İndeksi	r:0,066 p:0,228	r:0,173 **p:0,001**	r:-0,133 **p:0,014**

r: Spearman korelasyon katsayısı, p<0,05.

Öğrencilerin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi, YBOYDA puanı ve YBOYDA alt bölümlerinin puanı arasındaki ilişki Tablo 16'da verilmiştir.

Bireylerin ortalama DSDOY indeksi ile ortalama SOY indeksi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,292). Öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi ile Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, negatif ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (p=0,021; r=-0,125).

Öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı ile Genel Beslenme Bilgisi bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,707). Öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı ile Okuduğunu Anlama ve Yorumlama bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,514). Öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı ile Besin Grupları bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,245). Öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı ile Porsiyon Miktarı bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,484). Öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı ile Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,777).

Öğrencilerin Genel Beslenme Bilgisi bölümü puanı ile Okuduğunu Anlama ve Yorumlama bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,270). Öğrencilerin Genel Beslenme Bilgisi bölümü puanı ile Porsiyon Miktarı bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,207). Öğrencilerin Genel Beslenme Bilgisi bölümü puanı ile

Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,385). Öğrencilerin Okuduğunu Anlama ve Yorumlama bölümü puanı ile Besin Grupları bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p=0,024; r=0,122). Öğrencilerin Okuduğunu Anlama ve Yorumlama bölümü puanı ile Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,272). Öğrencilerin Porsiyon Miktarı bölümü puanı ile Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik bölümü puanı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (p<0,001; r=0,220).

Tablo 16. Öğrencilerin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi, YBOYDA puanı ve YBOYDA alt bölümlerinin puanı arasındaki ilişki

		SOY indeks	DSDOY indeks	YBOYDA puan	Genel Beslenme Bilgisi	Okuduğunu Anlama ve Yorumlama	Besin Grupları	Porsiyon Miktarı	Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik
SOY indeks	r	1,000	**0,292****	-0,053	0,030	0,058	0,038	-0,087	-0,077
	p	-	**0,000**	0,333	0,578	0,290	0,489	0,112	0,159
DSDOY indeks	r	0,292**	1,000	-0,070	-0,094	0,053	0,038	-0,049	**-0,125***
	p	0,000	-	0,196	0,085	0,336	0,490	0,367	**0,021**
YBOYDA puan	r	-0,053	-0,070	1,000	**0,707****	**0,514****	**0,245****	**0,484****	**0,777****
	p	0,333	0,196	-	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Genel Beslenme Bilgisi	r	0,030	-0,094	0,707**	1,000	**0,270****	0,035	**0,207****	**0,385****
	p	0,578	0,085	0,000	-	**0,000**	0,517	**0,000**	**0,000**
Okuduğunu Anlama ve Yorumlama	r	0,058	0,053	0,514**	0,270**	1,000	**0,122***	0,054	**0,272****
	p	0,290	0,336	0,000	0,000	-	**0,024**	0,322	**0,000**
Besin Grupları	r	0,038	0,038	0,245**	0,035	0,122*	1,000	0,027	0,069
	p	0,489	0,490	0,000	0,517	0,024	-	0,624	0,205
Porsiyon Miktarı	r	-0,087	-0,049	0,484**	0,207**	0,054	0,027	1,000	**0,220****
	p	0,112	0,367	0,000	0,000	0,322	0,624	-	**0,000**
Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik	r	-0,077	-0,125*	0,777**	0,385**	0,272**	0,069	0,220**	1,000
	p	0,159	0,021	0,000	0,000	0,000	0,205	0,000	-

r: Spearman korelasyon katsayısı, p<0,05.

TARTIŞMA

Bu çalışma, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ile beslenme okuryazarlığı durumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerinin kullanımını olumlu yönde etkileyerek sağlık çıktıları üzerinde etkili olmaktadır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Health Literacy in Europe, HLS-EU) kapsamında Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'da yapılan çalışmasında ortalama sağlık okuryazarlığı indeksinin 50 puan üzerinden 33,78 olduğu; bireylerin %47,60'ının sınırlı düzeyde (yetersiz veya sorunlu) olduğu; en yüksek sağlık okuryazarlığı indeksinin Hollanda'da olduğu belirtilmiştir (102). Ülkelere göre sınırlı düzeyde (yetersiz veya sorunlu) sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların oranlarının Hollanda'da %28,70, İrlanda'da %40,00, Polonya'da %44,60, Almanya'da %46,30, Avusturya'da %56,40, İspanya'da %58,30 ve Bulgaristan'da %62,20 olduğu saptanmıştır (103,104). Tavousi ve ark. (105) tarafından 2016 yılında İran'da 20571 yetişkin ile yürütülen çalışmada, sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeyde olan katılımcıların oranının %44,00 olduğu saptanmıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na (2014) göre Türkiye'nin ortalama sağlık okuryazarlık indeksinin 30,40 olduğu; sınırlı (yetersiz veya sorunlu) düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin toplumun %64,60'ını oluşturduğu; Türkiye'de yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranının (%35,60) Avrupa'ya (%52,50) göre daha düşük düzeyde olduğu ifade edilmiştir (77). İran'da üniversite öğrencilerinde Ahmadi ve ark.(106)'nın yaptığı araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanının 100 üzerinden 67,28; öğrencilerin

%55,00’inin yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Güneydoğu Asya'da düşük-orta gelirli bir ülke olan Laos’ta bir üniversitede Asya Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Health Literacy in Asia, HLS-Asia) anketi kullanılarak Fen ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde okuyan 224 öğrencide yürütülen araştırmada bireylerin %93,00'ünün yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (103). İspanya’da bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin ortalama sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olduğu; katılımcıların %30,20'sinin sınırlı düzeyde (yetersiz veya sorunlu) olduğu bulunmuştur (89). Ülkemizde bir üniversitenin farklı bölümlerinden (Hemşirelik, Hukuk, İslami İlimler) katılan 905 öğrenci ile yapılan bir araştırmada öğrencilerin %41,00'inin yeterli veya mükemmel düzeyde ve %59,00'unun sınırlı (yetersiz veya sorunlu) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (107). Öğrenciler üzerinde yapılan Bartın Üniversitesi örneğinde ortalama sağlık okuryazarlığı puanı 50 puan üzerinden 37,80 olarak (108)Balıkesir Sağlık Yüksekokulu örneğinde 26,48 olarak saptanmıştır (91). Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde yapılan araştırmada öğrencilerin %55,70’inin yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (90). Özen ve ark. (109) tarafından Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapılan çalışmada bireylerin %29,30’unun yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ortalama Sağlık Okuryazarlığı (SOY) indeksi 50 puan üzerinden 30,82±7,48 bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin geçerlilik güvenirlilik çalışmasında düzey açısından puan sınırları belirtilmemişken birçok çalışmada (77,89–91,102,103,107,109) okuryazarlık indeksi sınıflaması 0-25 puan yetersiz, 25-33 puan sorunlu, 33-42 puan yeterli, 42-50 puan mükemmel düzey olarak kabul edilmiştir. Bu durumda çalışmaya katılan bireylerin ortalama Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği indekslerinin sorunlu düzeyde olduğu; Özen ve ark. (109), Ergün (91), Yılmaz (90) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (77) sonuçları ile benzerlik gösterdiği; Avrupa’ya göre daha düşük olduğu sonucuna varılmaktadır. Bu durum öğrencilerin sosyoekonomik durumuna, araştırmanın yapıldığı coğrafi bölgeye göre farklılık gösterebilir; öğrencilerin içinde yer aldığı toplumdan etkilenmesi, sağlıkla ilgili kapsamlı eğitim almalarına rağmen bu bilgileri etkin kullanamamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, beslenme alışkanlıklarından ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklerden etkilenmektedir (65,104,107,110–112). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığı değerlendirirken bireysel bağlam ve sosyal faktör, sağlık inançları, karar verme, sağlık hizmetleri ve bilgiye erişilebilirliği kapsayan toplumsal bağlamların önemli olduğunu vurgulamaktadır (113). Kadınlar ve erkeklerin sağlık okuryazarlı-

ğına olan ilgileri yaş, sosyoekonomik durum, ikamet şekli, eğitim düzeyi ve fiziksel aktivite durumu gibi birçok etkene göre farklılık göstermektedir (89,102,106,114–118). Sağlık okuryazarlığının kadınlarda daha yüksek olduğunu (8,91,102) veya cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığını (16,115) belirten çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada erkeklerin ortalama SOY indeksi kadınlara göre biraz daha yüksek saptanmış olsa da cinsiyete göre ortalama sağlık okuryazarlığı indeksi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç bazı çalışmalar (16,115) ile paralellik gösterirken bazı çalışmalarla (8,91,106,112,116,117) farklılık göstermiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyi, beslenme eğitimi, doğduğu şehir, gönüllülük esası gibi faktörlerin bu çalışmanın sonucunu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip öğrencilerin sosyal medyayı daha sık kullandığı ve bu nedenle yanlış ve yanıltıcı bilgilere maruz kalma, yanlış bilgilerin yayılmasında etkin hale gelme, zararlı sağlık uygulamalarına teşvik edilme veya halk sağlığı rehberliğine direnç gösterme risklerinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (119). Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmeti kalitesini artırmak için gerekli olduğu belirtilmektedir (120). Geleceğin sağlık profesyonellerinin de e-sağlık bilgilerini aramak ve sağlıkla ilgili kararlarını değerlendirmek ve kullanmak için bir dizi beceriye sahip olmasının önemi vurgulanmaktadır (121,122). Mitsutake ve ark. (123) tarafından Japonya'da yetişkin internet kullanıcıları üzerinde yapılan çalışmada ortalama e-sağlık okuryazarlığı 40 puan üzerinden 23,40 olarak saptanmıştır. Japonya'da yapılan diğer bir araştırmada yetişkin bireylerin %59,90'ının yüksek düzeyde e-sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir (81). Öğrencilerde yapılan farklı araştırmalarda ortalama e-sağlık okuryazarlığı 40 puan üzerinden; İran'da 28,21 (94); Çin'de 28,40 (95); Ürdün'de 28,96 (96); Japonya'da 24,52 (97); Yunanistan'da ise 31,90 olarak tespit edilmiştir (98). Bu çalışmada, öğrencilerin ortalama Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı (DSDOY) indeksi 50 puan üzerinden 22,74±10,28 olduğu bulunmuştur. Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği'nin geçerlilik güvenirlilik çalışmasında düzey açısından puan sınırları belirtilmemişken birçok çalışmada (94,95,97) olduğu gibi en yüksek puana olan yakınlığına göre değerlendirme yapılırsa bu çalışmadaki bireylerin dijital sağlık okuryazarlığı orta düzeyin altında olmakla birlikte İran (94), Çin (95), Ürdün (96) ve Japonya (97)'da yapılan çalışmalara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, doğduğu şehir gibi faktörlerin yanında bilgiye ulaşmada çevrimiçi kaynakların sık kullanılmasına rağmen sağlık ve beslenme ile ilgili doğru bilgileri ayırt etmekte zorlanılması olarak düşünülmektedir.

Cinsiyete göre dijital sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını (96); erkeklerin daha yüksek dijital sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu (124) ya da kadınların daha yüksek dijital sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu (81,94,125) belirten çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada erkek öğrencilerin ortalama DSDOY indeksinin kız öğrencilere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları Norman ve ark. (124) ile paralellik gösterirken bazı çalışmalar (81,94,125) ile farklı olduğu bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre daha küçük yaştan itibaren iletişim teknolojisine sınırsız erişimine izin veren kültürel farklılıklar (94), çalışmanın örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyi, doğduğu yer, gönüllülük esası, bireylerin ilgi alanlarındaki farklılıkların bu çalışmanın sonucunu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sağlıklı beslenme, fiziksel aktif yaşam, sigara kullanmamak, alkollü içecek tüketimin azaltılması vb. olarak örneklendirilebilecek sağlık davranışlarının göz ardı edilmesi kronik ve dejeneratif hastalıkların gelişmesi açısından risk oluşturmaktadır (126). Bireyin yaşam tarzı seçimleri ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (127–129). Düşük sağlık okuryazarlığının fiziksel hastalıklar, sağlık eğitimini anlamada zorluk ve etkili kronik hastalık yönetiminin yetersizliğine yol açtığı bilinmektedir (130). Gibbs ve ark. (61) yaptıkları çalışmada kronik hastalıkların önlenmesinde sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı rolünün artırılmasının gerektiği sonucuna varmışlardır. Kronik hastalığı olmayan bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu (94); kronik hastalık durumuna göre ortalama sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir fark olmadığını saptayan (108) araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmada ise kronik hastalık durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı düzeyleri benzer bulunmuştur. Bu bulgu ile bazı çalışmalar (108,131–134) benzerlik gösterirken, bazı çalışmalar (91,94,125) ile farklılık göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı düzeyi, ilaç kullanmayan ve besin desteği kullanan bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçları, örneklem büyüklüğü, sosyoekonomik durum, ailesinin eğitim ve sağlık durumu, coğrafi bölge ve bireylerin sağlıkla ilgili gelişmelerin takibi, bilinçli besin desteği kullanımı ve sağlık hizmeti almadan önce sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada dijital platformlardan olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Özdemir ve ark. (135) tarafından Aksaray'da diyet polikliniğine başvuran bireylerde yapılan araştırmada kronik hastalık durumu ile ortalama YBOYDA puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamışken; YBOYDA düzeyi yeterli olanların oranı kronik hastalığı olanlarda hastalığı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yozgat'ta 2019 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada bireylerin ortalama YBOYDA puanı ile kronik hastalık durumu arasında

anlamlı bir fark olmadığı beyan edilmiştir (99). Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olan bireylerin beslenme okuryazarlığı puanının hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bu bulgusu bazı çalışmalarla Uzun (99) farklılık göstermiştir. Bu sonuçlar, örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, doğduğu şehir, ailesinin eğitim ve sağlık durumu, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyi, gönüllülük esası ve bireylerin genellikle beslenme ilişkili hastalıklara (demir eksikliği anemisi, gastrit, diyabet, Polikistik over sendromu vb.) sahip olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Sigara ve alkol kullanımı ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin birbiriyle ilişkili risk faktörleri olduğu Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında tespit edilmiştir (102). Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumunun sağlık okuryazarlık düzeylerinin önemli bir belirleyicisi olduğu belirtilmektedir (112). Amerikan Kolej Sağlık Derneği (American College Health Association, ACHA) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada e-sağlık okuryazarlığının bireyin genel sağlığının iyi ve zararlı maddelerden arınmış bir yaşam tarzı benimsemesi faktörleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (50). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin sigara kullanma ve alkol tüketim oranlarının daha yüksek olduğunu (28,136–139); sigara ve alkol kullanımı durumu ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit eden (123) çalışmalar mevcuttur. Uysal ve ark., ülkemizde öğrenciler üzerinde yapılan araştırmalarda sigara içmeyen öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puanlarının sigara içen öğrencilere göre daha yüksek olduğunu (107) ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sigara kullanımı arasında anlamlı fark olmadığını (128) beyan eden çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada cinsiyete göre sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlığı, dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışma bulguları sağlık okuryazarlığı ile sigara ve alkol kullanımı ilişkisi açısından bazı çalışmalar (131) ile benzer olduğu saptanmıştır. Bu bulguyu gönüllülük esası, araştırmanın yapıldığı coğrafi bölge, örneklem büyüklüğü, sosyoekonomik durum, bireylerin doğduğu şehir ve kültürel farklılıkları, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyinin etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bireylerin sağlık konusundaki sorunları için sıklıkla hekimlere başvurduğu bilinse de (35), sağlık bilgilerini elde etmek için artık internet yaygın olarak kullanılmaktadır (36). Bu nedenle sadece sağlık okuryazarı olmanın yeterli olmadığı, aynı zamanda dijital hizmetleri ve teknolojiyi kullanarak sağlık bilgilerini bulma, anlama ve değerlendirme yeteneklerine de sahip olunması gerektiği vurgulanmaktadır (36). Zoellner ve ark. (13) tarafından Mississippi'de yetişkinlerde yapılan araştırmada katılımcılardan beslenme veya diyet bilgilerini almak için en sık

kullandıkları medya kaynağının sırasıyla televizyon (%57,00), gazete/dergi (%50,00), internet (%20,00) olduğu; beslenme bilgisi almak için basılı olmayan kaynak olarak en çok doktor/sağlık profesyoneli ve televizyona güvenildiği; beslenme okuryazarlığı düşük düzeyde olanların yeterli düzeyde olanlara göre daha az televizyon ve gazete/dergi kullandığı saptanmıştır. İstanbul'da Baban (140) tarafından yapılan araştırmada bireylerin hastalıkları ile ilgili bir durumu daha çok sağlık personeline danıştığı ve en güvendikleri bilgi kaynağı olarak 'doktorları seçtikleri tespit edilmiştir. Beslenme bilgisinin en çok sağlık personelinden (83) veya internet bilgisinden (90) veya televizyon (141) aracılığıyla alındığını belirten çalışmalar mevcuttur. Üniversite öğrencilerinin beslenme eğitimi/bilgisine ulaşma kaynağını %37,60 ile ve %34,90 ile internet ve televizyon gibi iletişim kaynakları olarak tespit eden Uzun (99), aynı çalışmada öğrencilerin beslenme veya diyet veya besin ile ilgili bilgiye ulaşmada en çok güvendiği sağlık profesyonelinin sırasıyla beslenme uzmanı/diyetisyen, doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli olduğunu beyan etmiştir. Bu çalışmada sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için öğrencilerin %82,80'inin kaynak olarak interneti kullandığı, %68,30'unun sağlık profesyoneli olarak doktora başvurduğu saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu, bazı çalışma (83) ile benzerlik gösterirken bazı çalışmalarla (90) ile farklılık göstermektedir. Bu çalışmada bireylerin beslenme okuryazarlığı puanı ile sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullandıkları kaynak ve başvurdukları sağlık profesyoneli arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kaynak olarak en sık gazete/dergi tercih eden öğrencilerin beslenme okuryazarlığı puanının internet, aile üyeleri/arkadaşları ve televizyon/radyo tercih edenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi, yazılı olan kaynakların daha güvenilir bilgi içermesi, öğrencilerin internet ve televizyondaki bilgi kirliliğinden etkilenmesi olabilir. Bu araştırmada sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada en sık diyetisyene başvuran öğrencilerin beslenme okuryazarlığı puanının hekime ve hemşireye başvuranlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguyu örneklemde Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin çoğunlukta olması, örneklem büyüklüğü, gönüllülük esası etkilemiş olabilir.

Genel olarak kadınların bilişsel, duygusal ve sosyal özelliklerinden dolayı çevrimiçi sağlık bilgisi arama sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (142–144). Kadınlar sağlık sorunları ve duygusal destekle daha fazla ilgilenirken, erkeklerin teknolojiye daha fazla ilgi duyması sebebiyle erkeklerin sağlık konularıyla ilgilenmek için kadınlara göre daha az istekli olabilecekleri ve çevrimiçi sağlık bilgilerini kadınlara göre daha az arayabilecekleri belirtilmektedir (144). Bu çalışmada bilgiye ulaşma açısından cinsiyete göre farklılık olmadığı saptanmıştır. Bunun sebebi, örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, sağ-

lık ve beslenme bilgi düzeyi ve bireylerin aldığı eğitimden yararlanma düzeylerinden kaynaklanabilmektedir.

Kronik hastalık varlığı, genetik faktörler, cinsiyet, ırk, yaş, büyüme ve gelişme durumu, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumu vücut kompozisyonu üzerinde etkili olmaktadır (142). Ülkemizde 19-64 yaş aralığındaki bireylerde ≥25 kg/m^2 BKİ'ne sahip olma oranı TBSA 2010 sonuçlarına göre %63,30 iken, TBSA 2019 raporuna göre %69,10 olduğu saptanmıştır (145,146). Bu çalışmadaki bireylerin DSÖ BKİ sınıfına göre %71,60'ının sağlıklı BKİ sınıfına ait; tüm katılımcıların ortalama BKİ değerinin 21,96±3,46 kg/m^2 olduğu saptanmıştır. Bu bulgu bazı çalışmalar (99) ile benzerlik göstermektedir. Çalışmanın bu bulgusunu örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, doğduğu şehir, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin aldıkları eğitimler sebebiyle vücut ağırlığı farkındalıklarının yüksek olmasının ve beden imajını önemsemelerinin etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Genç yaşlarda sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artış ile sağlıklı besin seçiminin olumlu yönde etkilenerek yetişkinlik döneminde de obezite riskinde azalma sağlayacağı vurgulanmaktadır (147). Öğrencilerde sağlık okuryazarlığı puanları ile BKİ arasında ters ilişki olduğunu (148) veya BKİ ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında fark olmadığını (147) saptayan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında bir ilişki olmadığı; BKİ sınıfına göre zayıf olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin hafif şişman olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgusunu Yılmaz ve ark. (147) desteklemektedir. Bunun sebebinin coğrafi bölge, gönüllülük esası, öğrencilerin aldıkları eğitim, beslenme bilgi düzeyinin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında doğrusal ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bunun sebepleri olarak örneklem büyüklüğü, bireylerin fiziksel aktivite düzeyi, sağlık ve beslenme bilgi düzeyi düşünülmektedir.

Sağlıksız beslenme davranışları ve yetersiz besin ögesi alımının üniversite çağındaki gençlerde sık rastlanıldığı ve bu yüzden vücut ağırlığı ve BKİ artışı gözlenebileceği bildirilmektedir (149). Diamond (150) tarafından yetişkinlerde yapılan çalışmada fazla vücut ağırlığına sahip bireylerde beslenme okuryazarlığının daha düşük olduğu bulunmuştur. Batmaz ve ark. (151) yetişkinlerde yaptığı araştırmada BKİ sınıfına göre hafif şişman ve obez bireylerin beslenme bilgi skorlarının zayıf ve sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Beslenme okuryazarlığı puanları ile BKİ arasında bir ilişki olmadığını ifade eden çalışmalar mevcut-

tur (13). Ünal ve ark. (152) yetişkinlerde yürüttüğü araştırmada bireylerin BKİ ile ortalama YBOYDA puanı arasında anlamlı negatif bir ilişki bulmuştur. Uzun (99) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada beslenme okuryazarlığı yetersiz düzeyde olan bireyler arasında şişman ve hafif şişman olanların oranlarının daha yüksek olduğunu beyan edilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin beslenme okuryazarlığı ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, negatif ve çok zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda beslenme okuryazarlığı arttıkça vücut ağırlığı ve BKİ'nin azalması beklenmektedir. Çalışmanın bu sonucu bazı çalışmalar (99) ile paralellik göstermektedir. Bunun sebepleri çalışmanın yapıldığı örneklem büyüklüğü ve coğrafi bölgenin, bireylerin sağlık ve beslenme alanında almış oldukları eğitimler sonucunda sağlıklı beslenme ve vücut ağırlığı kontrolüne önem vermeleri olabileceği düşünülmektedir.

Üniversite döneminde gençlerin beslenme ile ilgili olumsuz sağlık davranışları edinebileceği belirtilmektedir ki gençlerin genellikle öğün düzenleri konusunda dikkatsiz oldukları, öğün atlayıp tek öğün yemek yeme alışkanlığı edindikleri ve öğün sayısının beklenilenden daha az olduğu ifade edilmektedir (153). Üniversite öğrencilerinin özellikle kahvaltı öğününü atlamalarının göz ardı edilemeyecek bir sorun olduğu ifade edilmektedir (154). Günde üç öğün tüketenlerin oranının daha yüksek olduğunu (155); öğünler arasında en çok kahvaltının atlandığını (155) veya en çok öğle öğününün atlandığını (156) saptayan çalışmalar mevcuttur. Yılmaz ve ark. (157) çalışmasında, iştahsızlık ve vakit bulamama durumlarının üniversite öğrencilerinin en çok beyan ettiği öğün atlama nedenleri olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin %59,80'inin günde iki ana öğün tükettiği; %60,10'unun öğün saatlerinin düzensiz ve en çok atlanan öğünün kahvaltı olduğu; öğün atlama nedeninin en çok zaman yetersizliğinden kaynaklandığı; ana ve ara öğün sayılarının cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Kahvaltının en çok atlanan öğün olması bazı çalışmalar (149) ile paralellik göstermekte iken; bazı çalışmalarla (156,158) farklılık göstermektedir. Bu sonuçlar, örneklem büyüklüğü, sosyoekonomik durum, coğrafi yer, kültürel farklılıkların yanı sıra beslenme tercihleri başta olmak üzere kendi sağlık kararlarında özgür olmaları ve akran etkisi ile ilişkilendirilebilir.

Bireylerin beslenmeyle ilgili bilgilere ulaşabilmesi, algılayabilmesi, değerlendirebilmesi ve bu bilgileri hayatında kullanarak sağlıklı besin seçimine yönelik doğru kararlar verebilmesi açısından sağlık okuryazarlığı önemsenmektedir (147). Bireylerin sağlıklı diyet davranışları ile elektronik sağlık okuryazarlığı ile arasında ilişki olabileceği belirtilmektedir (54). Mitsutake ve ark. (123) yetişkinlerde yaptığı çalışmada kahvaltı ve ara öğün tüketimi durumuna göre dijital sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Vietnam'da Hemşirelik ve

Tıp Fakültesi öğrencilerini kapsayan çalışmada sağlık okuryazarlığı ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı düzeylerinin öğrencilerin daha sağlıklı yeme davranışı ile pozitif ilişkili olduğu ifade edilmiştir (55). Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir araştırmada artan sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanımının ve diyet kalitesinin olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir (147). Duman ve ark. (158) tarafından yapılan araştırmada ana öğün sayısı ile beslenme okuryazarlığı puanı arasında pozitif yönde anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir. Yozgat'ta üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada kahvaltı öğününü düzenli tüketen bireylerin ortalama YBOYDA puanı öğünleri düzensiz tüketenlere göre daha yüksek bulunmuştur (99). Bu çalışmada bireylerin dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı puanının, günde bir ve iki ana öğün tüketenlerde üç ana öğün tüketenlere göre; günde bir ve iki ara öğün tüketenlerde dört ara öğün tüketenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Günde bir ara öğün tüketen katılımcıların sağlık okuryazarlığının dört ara öğün tüketenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin ana ve ara öğün sayıları ile beslenme okuryazarlığı arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu beslenme okuryazarlığı puanı açısından Duman ve ark. (158) ile zıtlık göstermektedir. Bu sonuç, örneklem büyüklüğü, coğrafi bölge, sosyoekonomik düzey, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgi düzeyi ile ilişkilendirilebilir.

Günümüzde küreselleşme, hastalıkların yayılma hızı, kronik hastalıklı birey sayısı artmaktayken yaşam kalitesini hedeflenen düzeye getirmek ve sağlığı korumak için bireylerin ve toplumun beslenme bilincinin artırılması gerekmektedir ki yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, beslenme okuryazarlığı düzeyinin artırılması ile doğrudan ilişkilidir (158). Beslenme okuryazarlığı ise cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklerden ve beslenme alışkanlıklarından etkilenmektedir (65,104,107,110–112). Duman ve ark. (158) tarafından yetişkinlerde yapılan araştırmada katılımcıların ortalama beslenme okuryazarlığı puanı 145 üzerinden 88,20 olduğu tespit edilmiştir. Özenoğlu ve ark. (82) yetişkinlerde yaptığı araştırmada beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık beslenmeye ilişkin olumlu tutumların da arttığını beyan etmiştir. Yetişkinlerde yapılan araştırmalarda YBOYDA düzeyinin yeterli olduğu bulunmuştur (159). Uzun (99) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada bireylerin ortalama YBOYDA puanı 25,06±5,62 olup, %73,50'sinin beslenme okuryazarlığı düzeyinin yeterli olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan bireylerin ortalama YBOYDA puanı 29,90±3,77 bulunmuş ve %95,00'inin yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır ve bu sonuçlar umut vericidir. Çalışmada yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı Ünal ve ark. (152) ile benzerlik gösterirken bazı çalışmalara (82,83,99,135) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları, örneklem

büyüklüğü, sosyoekonomik düzey, coğrafi bölge, ailenin eğitim ve sağlık durumu, bireylerin sağlık yaşam, sağlıklı beslenme konularıyla yakından ilgili olması ile ilişkilendirilebilir.

Beslenme okuryazarlığı ise cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklerden ve beslenme alışkanlıklarından etkilenmektedir (65,104,107,110–112). Duman ve ark. (158) tarafından yetişkinlerde yapılan araştırmada beslenme okuryazarlığı düzeyinin medeni durum, eğitim durumu, yaş gibi faktörlerden etkilenmediği tespit edilmiştir. Aktaş (159) tarafından sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kadınların beslenme okuryazarlığı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (86). Yapılan başka çalışmalarda da kız öğrencilerin beslenme bilgi puanının erkek öğrencilere göre daha yüksek düzeyde olduğu ifade edilmiştir (160–162). Bu çalışmada kız öğrencilerin beslenme okuryazarlığı puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu; beslenme okuryazarlığı düzeyi sınırda olan bireyler arasında erkeklerin oranının kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu; beslenme okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireyler arasında kız öğrencilerin oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların beslenme okuryazarlığı puanlarının yüksek olması ile paralellik gösteren çalışmalar mevcuttur (83,86,99,158,163,164). Kadınların mutfak işlerinde daha çok sorumluluk ve daha aktif rol alması; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada erkeklere göre daha yetkin olmaları; erkeklerin ise beslenmeye daha az ilgili olmaları; kadınların beden algısının daha yüksek olması sebepleri çalışma sonuçlarında etkili olmuş olabileceği ortaya çıkmaktadır (158,165). Ayrıca örneklemde kız öğrencilerin çoğunlukta olması, bireylerin gelir düzeyi, ikamet şeklinin de etkileyebileceği düşünülmektedir.

Tuyen ve ark. (125) tarafından 2021 yılında Tayvan'da yetişkinlerde yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığı ve e-sağlıklı diyet okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki bulunmasına rağmen; ABD'de kolej öğrencileri arasında 2020 yılında yapılan çalışmada dijital sağlık okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (119). Kaya ve ark. (166) tarafından yapılan araştırmada yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve medya okuryazarlık düzeyi arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgu Tuyen ve ark. (125) ve Kaya ve ark. (166) ile benzerlik göstermiştir. Öğrencilerin beslenme okuryazarlığı puanlarına göre sağlık okuryazarlığı ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi, örneklem büyüklüğü, sosyoekonomik ve sosyokültürel durum, hastalık durumu, beslenme ve sağlık bilgi düzeyi ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma, geleceğin sağlık çalışanı olan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık, dijital sağlıklı diyet ve beslenme okuryazarlığı durumlarını değerlendirerek ortaya koymaktadır. Bu üç okuryazarlık türü birbirini etkileyebileceği düşünülse de bu konuda literatürde yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin yüksek düzeyde sağlık ve beslenme okuryazarlığına sahip olması ileride sağlık hizmetlerine yön verebilmeleri ve hem kendi hem de toplum sağlığına faydalı olabilmeleri için önemsenmelidir.

SONUÇLAR

Bu araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan %16,90'ı erkek (s=57), %83,10'u kadın (s=281) olmak üzere toplam 338 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Erkek öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi ve kız öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı daha yüksektir.

2. Sınırda YBOYDA sınıfına ait olan erkek öğrencilerin oranı ve yeterli YBOYDA sınıfına ait olan kız öğrencilerin oranı daha yüksektir.

3. Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Odyoloji Bölümü öğrencilerinin ortalama SOY indeksinin Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine göre daha yüksektir. Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin ortalama SOY indeksi Hemşirelik ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerine göre daha düşüktür. Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ve Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin ortalama YBOYDA puanları Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine göre daha yüksektir. Odyoloji Bölümü öğrencilerinin ortalama YBOYDA puanı Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine göre daha yüksektir.

4. Günde bir ara öğün tüketen öğrencilerin ortalama SOY indeksi dört ara öğün tüketenlere göre daha yüksektir. Günde bir ve iki ana öğün tüketen bireylerin ortalama DSDOY indeksi üç ana öğün tüketenlere göre daha yüksektir. Günde bir ve iki ara öğün tüketen öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi dört ara öğün tüketenlere göre daha yüksektir.

5. Hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olan bireylerin ortalama YBOYDA puanı hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksektir.

6. Ortalama DSDOY indeksi ilaç kullanmayan ve besin desteği kullanan bireylerde daha yüksektir.

7. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için kaynak olarak en sık gazete/dergi kullanan bireylerin ortalama YBOYDA puanı internet, aile üyeleri/arkadaşları ve televizyon/radyo kullanan bireylere göre daha yüksektir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için en sık diyetisyene başvuran katılımcıların ortalama YBOYDA puanı hekim ve hemşireye başvuran katılımcılara göre daha yüksektir.

8. Öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi ile vücut ağırlığı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki; BKİ ile arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve çok zayıf düzeyde bir ilişki mevcuttur. Öğrencilerin ortalama YBOYDA puanı ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, negatif ve çok zayıf düzeyde bir ilişki mevcuttur.

9. Zayıf BKİ sınıfına ait bireylerin ortalama SOY indeksi hafif şişman sınıfına ait olan bireylere göre daha düşüktür.

10. Öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi ile Gıda Etiketi Okuma ve Temel Matematik bölümü puanları arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, negatif ve zayıf düzeyde bir ilişki vardır.

11. Öğrencilerin ortalama DSDOY indeksi ile ortalama SOY indeksi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki vardır.

ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı, bireyin fiziksel aktivite, ölüm oranı, öz bakım davranışları ve sağlık çıktılarını etkileyebilecek çok önemli bir konudur (167). Özellikle sağlık çalışanlarının yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir (168). Sağlık, Eğitim ve Sosyal Hizmet uzmanları, toplum içinde sağlık okuryazarlığının teşvik edilmesinde öncü bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla bu alanda iyi bir hazırlık almaları önemlidir (16). Üniversitelerde eğitim süreci boyunca öğrencilerin sağlık bilgilerine erişimini ve kullanımını artırmayı amaçlayan eylemlerde bulunma ihtiyacının önemi ön plana geçmektedir ki sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelişmiş ve profesyonel kariyerlerine başladıklarında ilgilenmek zorunda kalacakları farklı nüfus gruplarının sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarına duyarlı sağlık profesyonellerine ihtiyaç olacağı belirtilmektedir (88,109). Sağlık bilimleri öğrencilerini açık ve yalın bir dil düzenlemesi olacak şekilde eğitmek ile hastaların okuryazarlık taleplerinin azaltılabileceği ve bu becerilere sahip profesyonellere olan ihtiyacın karşılanabileceği vurgulanmaktadır (91,169–171). Benzer şekilde dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin de yüksek olması için meslek içi eğitimlerin düzenlenmesi, bu konuların müfredata eklenmesi, beslenme eğitimlerini konu alan seminer ve konferans gibi bilimsel aktivitelerin düzenlenmesi ve bu aktivitelere katılımın sağlanması önemlidir.

Bu kapsamda geleceğin sağlık çalışanları olan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık, dijital sağlıklı diyet ve beslenme okuryazarlığı durumları önemsenmelidir ve bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ÖZET

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı ile Beslenme Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma, geleceğin sağlık çalışanı adaylarında sağlık okuryazarlığı, dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı durumlarını değerlendirmek amacıyla Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören gönüllü 338 öğrenci (%83,10'u kadın, %16,90'ı erkek) ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere yüz yüze uygulanan anket ile sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, sağlık okuryazarlığı düzeyi (Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form), dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı düzeyi (Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği) ve beslenme okuryazarlığı düzeyi (Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı) ile ilgili veriler toplanmıştır. Öğrencilerin ortalama Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği indeksi 30,82±7,48, ortalama Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği indeksi 22,74±10,28 olduğu ve %95,00'inin yeterli düzeyde beslenme okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Kız öğrencilerin ortalama Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı puanı ve erkek öğrencilerin ortalama Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği indeksinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Öğrencilerin ortalama Beden Kütle İndeksi ile ortalama Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı puanı arasında negatif ilişki; ortalama Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği indeksi arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin ortalama Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği indeksi ile ortalama Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği indeksi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal, pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuç olarak Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin beslenme okuryazarlığı düzeylerinin yeterli olduğu ancak sağlık okuryazarlığı ve dijital platformlardaki sağlıklı beslenme okuryazarlığının artırılmasına yönelik çalışmaların planlanması önerilmektedir. Bu konulara yönelik eğitimlerin planlanması ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, beslenme okuryazarlığı, üniversite öğrencileri

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND DIGITAL HEALTHY DIET LITERACY AND NUTRITION LITERACY İN TRAKYA UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS

SUMMARY

This study was carried out with 338 volunteer students (83,10% female, 16,90% male) studying at the Faculty of Health Sciences of Trakya University in order to evaluate the health literacy, digital healthy diet literacy and nutritional literacy status of future health worker candidates. Data on sociodemographic characteristics, nutritional habits, anthropometric measurements, health literacy level (Health Literacy Scale-Short Form), digital healthy diet literacy level (Digital Healthy Diet Literacy Scale) and nutritional literacy (Adult Nutritional Literacy Assessment Tool) level were collected through a face-to-face questionnaire applied to the students. It was found that the mean Health Literacy index of the students was 30.82±7.48, the mean Digital Healthy Diet Literacy index was 22.74±10.28, and 95.00% of them had sufficient nutritional literacy. It was determined that the mean Adult Nutritional Literacy Assessment Tool score of female students and the mean Digital Healthy Diet Literacy index of male students were higher ($p<0.05$). Negative correlation between students' mean Body Mass Index and mean Adult Nutritional Literacy Assessment Tool score; A positive correlation was found between the mean Digital Healthy Diet Literacy index. A linear, positive and weak correlation was found between the students' mean Digital Healthy Diet Literacy index and their mean Health Literacy index ($p<0,05$). As a result, it is suggested that the nutritional literacy levels of the students of the Faculty of Health Sciences are sufficient, but studies should be planned to increase health literacy and healthy nutrition literacy on digital platforms. More comprehensive studies are needed by suggesting the planning of trainings on these subjects.

Keywords: Health literacy, nutrition literacy, university students

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. 2022.

2. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(1):80.

3. İnkaya B, Tüzer H. Bir üniversitenin sosyal ve sağlik bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. Kocaeli Med J 2018;7(3):124-9.

4. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What ıs ıt?. J Health Commun 2010;15(2):9-19.

5. Ebrahimpour F, Azimian J, Hasandoost F, Rafiei H, Pelarak F. Effect of an educational program on level of health literacy among health care workers. IJNRHN 2016;3(2):220-4.

6. Nguyen TT, Le NT, Nguyen MH, Pham L, Do BN, Nguyen HC. Health literacy and preventive behaviors modify the association between pre-existing health conditions and suspected Covıd-19 symptoms: a multi-ınstitutional survey. Int J Environ Res Public Health 2020;17(22):8598.

7. Hahn EA, Burns JL, Jacobs EA, Ganschow PS, Garcia SF, Rutsohn JP. Health literacy and patient-reported outcomes: a cross-sectional study of underserved english- and spanish-speaking patients with Type 2 Diabetes. J Health Commun 2015;20(2):4-15.

8. Sukys S, Cesnaitiene VJ, Ossowsky ZM. Is health education at university associated with students' health literacy? Evidence from cross-sectional study applying HLS-EU-Q. Biomed Res Int 2017;1-9.

9. Karahan Yılmaz S, Eskici G. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. İK-ÇÜSBFD 2021;6(3):19-25.

10. Alphan Tüfekçi E. Hastalıklarda beslenme tedavisi.Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2013.

11. Baysal A. Beslenme. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2011.

12. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: a systematic review to inform nutrition research and practice. J Acad Nutr Diet 2012;112(2):254-65.

13. Zoellner J, Connell C, Bounds W, Crook L, Yadrick K. Nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the Lower Mississippi Delta. Prev Chronic Dis 2009;6(4):128.

14. Aktaş N, Özdoğan Y. Gıda ve beslenme okuryazarlığı. Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi 2016;20(2):146-53.

15. Borges do Nascimento IJ, Pizarro AB, Almeida JM, Azzopardi-Muscat N, Gonçalves MA, Björklund M. Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. Bull World Health Organ 2022;100(9):544-61.

16. Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Boixadós Porquet A, Vernay M, Blanchard H, Bertran-Noguer C. Health Literacy among Health and Social Care University Students. Int J Environ Res Public Health 2020;17(7):2273.

17. Gün M, Aslantekin F, Karadağ N. Evaluating the health literacy of Medical and Vocational School of Health Services students and affecting factors. TJOB 2021;8(1):34-43.

18. Şantaş G. Türkiye'de Sağlık okuryazarlığı araştırmaları: lisansüstü tezlere yönelik bir içerik analizi. TJHSL 2021;2(2):54-60.

19. Sørensen K. Health literacy. In: Wright J (Ed). International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2th ed. Elsevier; 2015. P.653-6.

20. Biçer EB, Malatyalı İ. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. ASHD 2018;17(2):1-15.

21. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. Annu Rev Public Health. 2021;42(1):159-73.

22. WHO. The 9th global conference on health promotion. In: Policy brief 4: Health literacy. Shanghai; 2017.

23. Madalı B, Dikmen D, Piyal B. Beslenme bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde sağlık okuryazarlığı yeterli mi? Beslenme ve Diyet Dergisi [Internet]. 2017;45(2):153-60. https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/28

24. Rowsell A, Muller I, Murray E, Little P, Byrne CD, Ganahl K. Views of people with high and low levels of health literacy about a digital ıntervention to promote physical activity for Diabetes: A qualitative study in five countries. J Med Internet Res 2015;17(10):230.

25. Hedelund Lausen L, Smith SK, Cai A, Meiser B, Yanes T, Ahmad R, vd. How is health literacy addressed in primary care? Strategies that general practitioners use to support patients. J Commun Healthc 2018;11(4):278-87.

26. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2013;13(1):658.

27. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: WHO Regional Office for Europe; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/128703

28. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. J Gen Intern Med 2008;23(6):723-6.

29. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ 2012;344:1602.

30. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. J Gen Intern Med 2004;19(12):1228-39.

31. Laramee AS, Morris N, Littenberg B. Relationship of literacy and heart failure in adults with diabetes. BMC Health Serv Res 2007;7(1):98.

32. WHO. Track 2: Health literacy and health behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes. WHO; 2009. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy

33. Velardo S. The nuances of health literacy, nutrition literacy, and food literacy. J Nutr Educ Behav 2015;47(4):385-389.

34. Özdenk S, Demir Özdenk G, Özcebe LH, Üner S. Bir üniversitenin 4. sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2019;48-59.

35. Kutluay Merdol T. Beslenme ve diyet planları ve sanat. J Nutr Diet 2022;50(2):1-9.

36. Karnoe A, Kayser L. How is e-health literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. KM&EL 2015;7(4):576-600.

37. Perestelo-Perez L, Torres-Castaño A, González-González C, Alvarez-Perez Y, Toledo-Chavarri A, Wagner A. Ic-health project: development of moocs to promote digital health literacy: first results and future challenges. Sustainability 2020;12(16):6642.

38. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res 2001;3(2):20.

39. Chan C, Kaufman DR. A framework for characterizing ehealth literacy demands and barriers. J Med Internet Res 2011;13(4):94.

40. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media health literacy, ehealth literacy, and the role of the social environment in context. Int J Environ Res Public Health 2018;15(8):1643.

41. Kim H, Xie B. Health literacy in the e-health era: A systematic review of the literature. Patient Educ Couns 2017;100(6):1073-82.

42. Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy. Health Literacy, e-health, and communication; Washington. National Academies Press, 2009.

43. Diviani N, van den Putte B, Giani S, van Weert JC. Low health literacy and evaluation of online health ınformation: a systematic review of the literature. J Med Internet Res 2015;17(5):112.

44. Chen X, Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, vd. Health literacy and use and trust in health ınformation. J Health Commun 2018;23(8):724-34.

45. Naeem S bin, Bhatti R, Khan A. An exploration of how fake news is taking over social media and putting public health at risk. Health Info Libr J 2021;38(2):143-9.

46. Meppelink CS. Designing digital health information in a health literacy context. ASCoR; 2016.

47. Dunn P, Hazzard E. Technology approaches to digital health literacy. Int J Cardiol 2019;293:294-6.

48. Szymkowiak A, Melović B, Dabić M, Jeganathan K, Kundi GS. Information technology and Gen Z: The role of teachers, the internet, and technology in the education of young people. Technol Soc 2021;65:101565.

49. Poláková, Klímová. Mobile technology and generation z in the english language classroom – a preliminary study. Educ Sci (Basel) 2019;9(3):203.

50. Britt RK, Collins WB, Wilson K, Linnemeier G, Englebert AM. E-health literacy and health behaviors affecting modern college students: a pilot study of ıssues ıdentified by the American College Health Association. J Med Internet Res 2017;19(12):392.

51. Abdrbo AA, Hassanein S. Effect of internet use for health information and internet addiction on adolescents female high school' health lifestyle. J Nurs Educ Pract 2017;7(12):10.

52. Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: measuring a broad spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 skills. J Med Internet Res 2017;19(1):27.

53. Neter E, Brainin E. Association between health literacy, ehealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions. Eur Psychol 2019;24(1):68-81.

54. Yang SC, Luo YF, Chiang CH. Electronic health literacy and dietary behaviors in taiwanese college students: cross-sectional study. J Med Internet Res 2019;21(11):13140.

55. Duong T van, Pham KM, Do BN, Kim GB, Dam HTB, Le VTT. Digital healthy diet literacy and self-perceived eating behavior change during COVID-19 Pandemic among undergraduate nursing and medical students: A rapid online survey. Int J Environ Res Public Health 2020;17(19):7185.

56. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.

57. Horn L van, Beto J. In Behavior Change Theory–Based Dietary Research. In: Greene GW, Redding CA, Yusufov M, McNamara J(Eds). Successful Approaches in Nutrition and Dietetics. 4th ed. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; 2019. p.405-21.

58. Gibbs HD, Kennett AR, Kerling EH, Yu Q, Gajewski B, Ptomey LT. Assessing the nutrition literacy of parents and ıts relationship with child diet quality. J Nutr Educ Behav 2016;48(7):505-509.

59. Carbone ET. Measuring nutrition literacy: problems and potential solutions. J Nutr Disord Ther 2012;3(1):1-2.

60. Keser A, Çıracıoğlu ED. Sağlık ve beslenme okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A, (Editörler). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2015 .s.39-59.

61. Gibbs H, Chapman-Novakofski K. Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need. Health N Hav 2012;4(3):120-4.

62. Spiteri Cornish L, Moraes C. the ımpact of consumer confusion on nutrition literacy and subsequent dietary behavior. Psychol Mark 2015;32(5):558-74.

63. Block LG, Grier SA, Childers TL, Davis B, Ebert JEJ, Kumanyika S. From nutrients to nurturance: a conceptual ıntroduction to food well-being. J Mark Access Health Policy 2011;30(1):5-13.

64. Rochman C, Nasrudin D, Helsy I, Hermita N, Darmalaksana W, Nasrullah. Nutrition literacy program for ımproving public wellness. J Phys Conf Ser 2018;1028:012031.

65. Spronk I, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. Br J Nutr 2014;111(10):1713-26.

66. Nix E, Wengreen HJ. Social approval bias in self-reported fruit and vegetable intake after presentation of a normative message in college students. Appetite 2017;116:552-8.

67. Scott-Sheldon LAJ, Carey KB, Carey MP. Health behavior and college students: Does Greek affiliation matter? J Behav Med 2008;31(1):61-70.

68. Dapi LN, Hörnell A, Janlert U, Stenlund H, Larsson C. Energy and nutrient intakes in relation to sex and socio-economic status among school adolescents in urban Cameroon, Africa. Public Health Nutr 2011;14(5):904-13.

69. Braun M, Brown B. Nutrition in adolescence. Içinde: Brown B, Prinstein J (Eds.). Encyclopedia of Adolescence. Boston: Elsevier; 2011. p.251-9.

70. Aksoydan E, Çakır N. Evaluation of nutritional behavior, physical activity level and body mass index of young adults. Gulhane Med J 2011;53(4):264-70.

71. Yan Chung LM. Food Literacy of adolescents as a predictor of their healthy eating and dietary quality. J Child Adolesc Behav 2017;05(03):117.

72. Qi S, Hua F, Xu S, Zhou Z, Liu F. Trends of global health literacy research (1995–2020): Analysis of mapping knowledge domains based on citation data mining. PLoS One 2021;16(8):0254988.

73. Appendix a, health literacy around the world: Part 1 health literacy efforts outside of the United States. health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. In: Roundtable on Health Literacy, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine. Washington: National Academies Press; 2013. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202445/

74. Haun J, Luther S, Dodd V, Donaldson P. Measurement variation across health literacy assessments: ımplications for assessment selection in research and practice. J Health Commun 2012;17(3):141-59.

75. Gazmararian J. Reading skills and family planning knowledge and practices in a low-income managed-care population. Obstetrics & Gynecology 1999;93(2):239-44.

76. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav 2007;31(1):19-26.

77. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara; 2014.

78. Health Literacy in Healthy People 2030. U.S. Department of Health and Human Services. 2020. https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030

79. Rosário R, Martins MRO, Augusto C, Silva MJ, Martins S, Duarte A. Associations between COVID-19-related digital health literacy and online ınformation-seeking behavior among Portuguese University students. Int J Environ Res Public Health 2020;17(23):8987.

80. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: a cross-sectional study in adults during the COVID-19 ınfodemic in Germany. Int J Environ Res Public Health 2020;17(15):5503.

81. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Association of e-health literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among ınternet users in Japan. J Med Internet Res 2012;14(6):153.

82. Özenoğlu A, Gün B, Karadeniz B, Koç F, Bilgin V, Bembeyaz Z. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığın sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. NWSA Academic Journals;16(1):1-18.

83. Cesur B, Koçoğlu G, Sümer H. Evaluation instrument of nutrition literacy on adults (EINLA) A validity and reliability study. Integr Food Nutr Metab 2015;2(1):174-7.

84. Türkmen AS, Kalkan İ, Filiz E. Adaptatıon of adolescent nutrıtıon lıteracy scale ınto Turkısh: A valıdıty and relıabılıty study. DBHAD 2017;10:1-16.

85. Nelson MC, Story M, Larson NI, Neumark-Sztainer D, Lytle LA. Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. Obesity 2008;16(10):2205-11.

86. Kalkan I. The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. Nutr Res Pract 2019;13(4):352.

87. Nelson MC, Story M, Larson NI, Neumark-Sztainer D, Lytle LA. Emerging Adulthood and College-aged Youth: An Overlooked Age for Weight-related Behavior Change. Obesity 2008;16(10):2205-11.

88. Budhathoki SS, Pokharel PK, Jha N, Moselen E, Dixon R, Bhattachan M, vd. Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal. Int Health 2019;11(1):15-23.

89. Rueda-Medina B, Gómez-Urquiza JL, Tapia-Haro R, Casas-Barragán A, Aguilar-Ferrándiz ME, Correa-Rodríguez M. Assessing health science students' health literacy and its association with health behaviours. Health Soc Care Community 2020;28(6):2134-9.

90. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Examining the health literacy levels of Health Sciences Faculty students. JHCAR 2018;7(2):400.

91. Ergün S. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. Kocaeli Med J 2017;6(3):1-6.

92. Zakar R, Iqbal S, Zakar MZ, Fischer F. COVID-19 and health ınformation seeking behavior: digital health literacy survey amongst university students in Pakistan. Int J Environ Res Public Health 2021;18(8):4009.

93. Dadaczynski K, Okan O, Messer M, Leung AYM, Rosário R, Darlington E. Digital health literacy and web-based ınformation-seeking behaviors of university students in Germany during the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional survey study. J Med Internet Res 2021;23(1):24097.

94. Dashti S, Peyman N, Tajfard M, Esmaeeli H. E-health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: a pilot study. Electron Physician 2017;9(3):3966-73.

95. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, vd. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health 2015;15(1):505.

96. Tubaishat A, Habiballah L. E-health literacy among undergraduate nursing students. Nurse Educ Today 2016;42:47-52.

97. Tanaka J, Kuroda H, Igawa N, Sakurai T, Ohnishi M. Perceived eHealth literacy and learning experiences among Japanese undergraduate nursing students. CIN 2020;38(4):198-203.

98. Trantali T, Athanasopoulou C, Lagiou A, Sakellari E. eHealth literacy among health sciences students in Greece. 2022;289:252-255.

99. Uzun R. Üniversite öğrencilerinde beslenme okuryazarlığı durumu ve obezite ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

100. What is the WHO definition of health? Geneva; 2020.

101. Duong T v., Aringazina A, Kayupova G, Nurjanah, Pham T v., Pham KM. Development and validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the general public in six asian countries. HLRP 2019;3(2):91-102.

102. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015;25(6):1053-8.

103. Runk L, Durham J, Vongxay V, Sychareun V. Measuring health literacy in university students in Vientiane, Lao PDR. Health Promot Int 2017;32(2):360-8.

104. Pakseresht S, Rezaei K, Pasha A, KazemNejad Leili E, Hasandoost F. Health promoting lifestyle among students at Guilan University of Medical Sciences. J Holist Nurs 2017;27(1):19-26.

105. Tavousi M, Mehrizi A, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M. Health literacy in Iran: findings from a national study. Payesh (Health Monitor). 2016;15(1):95-102. http://payeshjournal.ir/article-1-199-en.html

106. Ahmadi FZ, Mohammadi MM, Talaee E, Fardanesh H, Paknahad M, Taghizadeh S. Health Literacy among students of Farhangian University. Payesh (Health Monitor). 2018;17(3):257-66.

107. Uysal N, Ceylan E, Koç A. Health literacy level and influencing factors in university students. Health Soc Care Community 2020;28(2):505-11.

108. Çelik S, İstek Z, Kızkın A, Yiğit Mc, Kaçan H. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi: Bartın Üniversitesi örneği. IGUSABDER 2021;(15):593-605.

109. Ozen N, Bal Ozkaptan B, Coskun S, Terzioglu F. Health literacy of nursing students and its effective factors. Nurs Forum 2019;54(3):396-402.

110. Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's Health Care Use. Med Care. 2001;39(9):990-1001.

111. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. Arch Public Health 2014;72(1):15.

112. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, Aldalaykeh M. Health literacy: exploring disparities among college students. BMC Public Health 2019;19(1):1401.

113. Dodson S, Good S, Osborne RH. Health literacy toolkit for lowand middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi; 2015.

114. Dehghankar L, Panahi R, Kekefallah L, Hosseini N, Hasannia E. The study of health literacy and its related factors among female students at high schools in Qazvin. J Health Lit 2019;4(2):18-26. https://literacy.mums.ac.ir/article_13869.html

115. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health 2019;19(1):1122.

116. Rudd RE. Health literacy skills of U.S. adults. Am J Health Behav 2007;31(1):8-18.

117. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, van den Broucke S, Lin YC, vd. Health Literacy in Taiwan. APJPH 2015;27(8):871-80.

118. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health 2010;10(1):614.

119. Patil U, Kostareva U, Hadley M, Manganello JA, Okan O, Dadaczynski K. Health literacy, digital health literacy, and COVID-19 pandemic attitudes and behaviors in U.S. College students: Implications for ınterventions. Int J Environ Res Public Health 2021;18(6):3301.

120. Robb M, Shellenbarger T. Influential factors and perceptions of e-Health literacy among undergraduate college students. Online J Nurs Inform 2014;18(3).

121. Brown CA, Dickson R. Healthcare students' e-literacy skills. J Allied Health 2010;39(3):179-84.

122. Stellefson M, Hanik B, Chaney B, Chaney D, Tennant B, Chavarria EA. E-health literacy among college students: A systematic review with ımplications for ehealth education. J Med Internet Res 2011;13(4):102.

123. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Associations of e-health literacy with health behavior among adult ınternet users. J Med Internet Res 2016;18(7):192.

124. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res 2006;8(2):9.

125. Duong T, Chiu CH, Lin CY, Chen YC, Wong TC, Chang PWS, vd. E-healthy diet literacy scale and its relationship with behaviors and health outcomes in Taiwan. Health Promot Int 2021;36(1):20-33.

126. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı/Health literacy. Turk J Public Health 2014;12(1):61.

127. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: A Danish population-based study. J Health Commun 2016;21(2):54-60.

128. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol 2017;24(17):1880-8.

129. Park A, Eckert TL, Zaso MJ, Scott-Sheldon LAJ, Vanable PA, Carey KB. Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. J Sch Health 2017;87(12):885-93.

130. Yılmaz M, Tiryaki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? DEUHEFED 2016;9(4):142-7.

131. Tatar M. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.

132. Kendir Çopurlar C, Akkaya K, Arslantaş İ, Kartal M. Health literacy of students who applied to medical and nursing faculty in Dokuz Eylul University. TJFMPC 2017;11(3):144-51.

133. Atay E, Göktaş S, Öztürk Emiral G, Dağtekin G, Akbulut Zencirci S, Aygar H. The health literacy level and eating behaviours of the teachers working at the city center of Eskisehir Turkey. Int J Res Med Sci 2017;6(1):27.

134. Caylan A, Yayla K, Öztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. Biomed Res (Tokyo, Jpn) 2017;28:6803-7.

135. Özdemir M. Aksaray Ortaköy Toplum Sağlığı Merkezi Diyet Polikliniğine Başvuranların Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

136. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and health risk behaviors among older adults. Am J Prev Med 2007;32(1):19-24.

137. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient Educ Couns 2009;75(3):411-7.

138. Yilmazel G, Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Corum. EMHJ 2015;21(8):598-605.

139. İkinci S, Eser S, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME, Akdur R. Sağlık ön lisans programı öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumu (Ankara Üniversitesi Örneği). 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. s. 674-6, Bursa.

140. Baban M. Obez ve diyabetik yetişkinlerin beslenme bilgi düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, diyet ve diyabetik ürünleri algılama düzeylerinin karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

141. Onurlubaş E. Üniversite öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. JAFAG 2015;32(3):61.

142. Hassan S, Masoud O. Online health information seeking and health literacy among non-medical college students: gender differences. J Public Health (Bangkok) 2021;29(6):1267-73.

143. Bidmon S, Terlutter R. Gender Differences in searching for health ınformation on the ınternet and the virtual patient-physician relationship in Germany: Exploratory results on how men and women differ and why. J Med Internet Res 2015;17(6):156.

144. Baumann E, Czerwinski F, Reifegerste D. Gender-specific determinants and patterns of online health ınformation seeking: results from a representative German Health Survey. J Med Internet Res 2017;19(4):92.

145. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırması. Ankara; 2019.

146. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. Ankara; 2010.

147. Yılmaz M, Yaşar Fırat Y, Gül FH, Atuk Kahraman T. Sağlık okuryazarlığının diyet kalitesine etkisi. J Nutr Diet 2021;49(2):28-37.

148. Mearns GJ, Chepulis L, Britnell S, Skinner K. Health and nutritional literacy of new zealand nursing students. J Nurs Educ 2017;56(1):43-8.

149. Sarıbaş S. Üniversite öğrencilerinde öğün sıklığı, öğün örüntüsü ve beslenme durumunun belirlenmesi ve fiziksel aktivite düzeyi ile karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

150. Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. Nutr J 2007;6(1):5.

151. Batmaz H, Güneş FE. Yetişkinler için beslenme bilgi düzeyi ölçeği geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlik çalışması. 1.Uluslararası Aktif Yaşlanma ve Kuşaklar Arası Dayanışma Kongresi. s. 122. İstanbul: İstanbul Bilim ve Akademisyenler Derneği; 2019.

152. Ünal E, Özdemir A. The relationship between nutrition and physical activity levels and body mass ındex of ındividuals who prefer healthy living centers in central districts of Bursa province. JAREN 2020;6(1):53-60.

153. Eğri M, Karaoğlu L, Genç MF, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi II. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve fizik aktivite düzeyleri. Sağlık ve Toplum. 2005;15(3).

154. Yıldırım İ, Yıldırım Y, Tortop Y. Nutrition habits of Physical Education and Sport High School students of Afyon Kocatepe University and factors affected the the nutrition habits. International JHS 2011;8(1).

155. Sözen S, Bilir N, Yıldız AN, Yıldız E, Sözen T. Metal sektöründe bir işyerinde çalışanların beslenme alışkanlıkları ve ilişkili antropometrik ölçümleri. TOPLUM HB 2009;28(3):7-14.

156. Yurtseven E, Eren F, Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Erdoğan M. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Kocatepe Med J 2014;15(1):20-6.

157. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi/Investigation of nutritional habits in university students. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):87-104.

158. Duman E, Altuntaş Yıldız T, Keser A, Akçil Ok M. 19-64 Yaş Arası Bireylerde beslenme okuryazarlığının ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Uluslararası Gazi Sağlık Bilimleri Kongresi. s. 36-42. Ankara; 2021.

159. Aktaş C. Sağlık çalışanlarında beslenme ve sağlık okuryazarlık düzeyi ile diyet kalite indeksi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022.

160. Astarlı Ö. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 5. sınıf öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

161. Şanlıer N, Adanur Uzunlar E, Özata Uyar G, Elibol E, Beyaz Coşkun A, Erdoğan R, vd. Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle endeksleri arasındaki ilişki. KEJ 2017;25(3):941-56.

162. Önal SG, Vançelik S, Beyhun E, Güraksın A. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(4).

163. Alabaşoğlu T. Öğretmenlerde beslenme okuryazarlığı durumu ve sağlıklı yeme indekslerinin değerlendirilmesi: Kırklareli örneği. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.

164. Ercim R, Pekcan G. Genç yetişkinlerin beslenme durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi-2005 ile değerlendirilmesi. Bes Diy Der 2014;42:91-8.

165. Kozan EH. Fazla kilolu ve obez olan ve olmayan erişkin kadınların beslenme okuryazarlığı ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.

166. Kaya ŞD, Uludağ A. Relatıonshıp between the health and medıa lıteracy- Sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki. MAKU SOBED 2017;9(22):194-204.

167. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, vd. Health literacy in older adults and ıts related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. Health Scope 2016;5(4).

168. Malekzadeh S, Azami M, Mirzaei M, Motamedi F. Comparative ınvestigation of health literacy level of cardiovascular patients hospitalized in private and educational hospitals of Kerman City, Iran. Acta Informatica Medica 2016;24(1):56.

169. Mullan J, Burns P, Weston K, McLennan P, Rich W, Crowther S, vd. Health literacy amongst health professional university students: A study using the Health Literacy Questionnaire. Educ Sci (Basel) 2017;7(2):54.

170. Bröder J, Chang P, Kickbusch I, Levin-Zamir D, McElhinney E, Nutbeam D, vd. IUHPE position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. Glob Health Promot 2018;25(4):79-88.

171. Hadden KB. Health literacy training for health professions students. Patient Educ Couns 2015;98(7):918-20.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Öğrencilerin cinsiyete göre bazı demografik özelliklerinin dağılımı…….	16
Tablo 2.	Öğrencilerin cinsiyete göre bazı beslenme alışkanlıklarının dağılımı…….....	17
Tablo 3.	Öğrencilerin cinsiyete göre bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi……...	18
Tablo 4.	Öğrencilerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasının dağılımı ……..	18
Tablo 5.	Öğrencilerin cinsiyete göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması ……..	19
Tablo 6.	Öğrencilerin cinsiyete göre YBOYDA sınıflamasının dağılımı ……	19
Tablo 7.	Öğrencilerin YBOYDA ve YBOYDA alt bölümlerinin sınıflamasının dağılımı …….	20
Tablo 8.	Öğrencilerin fakülte bölümlerine göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması ……...	20
Tablo 9.	Öğrencilerin ana ve ara öğün sayısına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması ……...	21
Tablo 10.	Öğrencilerin öğün atlama nedenlerinin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile karşılaştırması ……...	22
Tablo 11.	Bireylerin hastalık, ilaç ve besin desteği kullanımı durumuna göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması ……..	23
Tablo 12.	Öğrencilerin sigara ve alkol kullanımına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı karşılaştırması ……	23
Tablo 13.	Öğrencilerin bilgiye ulaşma durumlarına göre ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanları karşılaştırması …….	24
Tablo 14.	Öğrencilerin BKİ sınıflamasının ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile karşılaştırması ……..	24
Tablo 15.	Öğrencilerin bazı antropometrik ölçümlerinin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi ve YBOYDA puanı ile ilişkisi ……..	25
Tablo 16.	Öğrencilerin ortalama SOY indeksi, DSDOY indeksi, YBOYDA puanı ve YBOYDA alt bölümlerinin puanı arasındaki ilişki ……...	26

ÖZGEÇMİŞ

Giresun'da 1995 yılında doğdum. İlköğretim ve ortaöğretimi Piraziz Ömer Hekim İlköğretim Okulu'nda ve lise eğitimimi Giresun Fen Lisesi'nde tamamladım. Lisans eğitimimi 2014-2018 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümünde şeref öğrencisi olarak tamamladım. Eğitim hayatıma ara vermemek amacıyla 2018 yılında yüksek lisans eğitimime Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda başladım. 2019-2022 yılları arasında özel bir tıp merkezinde diyetisyen olarak çalıştım. Hem eğitim hem de iş hayatım süresince mesleğim ile ilgili güncel literatürü ve gelişmeleri takip etmek amacıyla çeşitli konferans ve eğitimlere katıldım.

EKLER

EK1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI/BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/209	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı ile Beslenme Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:11/21**	**Tarih:09.05.2022**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Eser ÖZCAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	Mazeret
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	Mazeret
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekanik	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	Mazeret
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeret

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK2-Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Veri Paylaşımı İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Sizin kişisel verileriniz, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nda ifade edilen araştırmanın yapılabilmesi için kaydedilmekte ve işlenmektedir.

Kişisel verilerin hangi yöntemler ile toplanabileceği;

Size ait kişisel veriler, açık rızanız ile onay verilmesi durumunda sizin tarafınızdan verilen veriler dâhil olmak ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere otomatik ya da otomatik olmayan yollarla sözlü, yazılı olarak veya elektronik ortamda toplanabilir.

Kişisel verilerin aktarılabileceği kişi, şirket ve kurum/kuruluşlar;

Trakya Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, geleceğin sağlık çalışanı olan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık ve dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ile beslenme okuryazarlığının değerlendirilmesi amacı ile "Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı İle Beslenme Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli bir araştırma yapmaktadır. Bu kapsamda sizin ile ilgili bilgiler bir veri tabanına yüklenerek başka araştırıcıların kullanımına açılacaktır.

Veri tabanı Trakya Üniversitesi bünyesinde oluşturulacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Veriler kodlanarak bilgisayara girilecek kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır. Ancak ilgili veriler çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Verilerinizin veri tabanına eklenmesi için sizden herhangi bir ödeme talep edilmeyecek size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmayı reddettiğiniz takdirde size herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Kayıt sisteminden herhangi bir aşamada yazılı bildirim yaparak onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanun'unun 11inci maddesi çerçevesinde aşağıda yer alan haklara sahipsiniz. Bu yöndeki taleplerinizi (Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 EDİRNE) yazılı olarak bildirebilirsiniz.

Kişisel verilerinizin;

a) İşlenip işlenmediğini öğrenme,

b) İşlenmişse bilgi talep etme,

c) İşlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,

d) Eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme,

e) Kanun'un 7inci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini, yok edilmesini isteme,

f) Kişisel verilerin (d) bendi uyarınca düzeltildiği veya (e) bendi uyarınca silindiği/yok edildiği durumlarda, kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere de söz konusu durumun bildirilmesini isteme,

g) Münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,

ğ) Kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme,

h) Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nun 13'üncü maddesi kapsamında başvurunuzun reddedilmesi, verilen cevabın yetersiz bulunması veya süresinde başvuruya cevap verilmemesi durumunda Kurula şikayet, hakkına sahipsiniz.

MUVAFAKATNAME:

Kanun uyarınca tarafıma yapılan araştırma ile ilgili olarak araştırmacı veri sorumlusunun ve bulunduğu durumda temsilcisinin kimliğine, benim kişisel verilerimin hangi amaçla işleneceğine, işlenen kişisel verilerin kimlere ve hangi amaçla aktarılabileceğine, kişisel veri toplamanın yöntemine ve hukuki sebebine ilişkin bilgilendirme yapıldığını beyan ve kabul ederim. Bu çerçevede, kişisel verilerimin toplanmasına, kaydedilmesine, depolanmasına, işlenmesine, veri tabanında tutularak periyodik olarak güncellenmesine ve yeniden düzenlenmesine, sınıflandırılmasına, anonim hale getirilmesine, Kanun'da sayılan diğer şekillerde işlenebilmesine ve mevzuatın izin verdiği durumlarda ve ölçüde üçüncü kişilere açıklanmasına, devredilmesine, aktarılmasına ve/veya paylaşılmasına muvafakat ediyorum.

EK3-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni



Gmail ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com>

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

2 ileti

ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com> 15 Nisan 2022 16:19
Alıcı: "karahany.sevil12@gmail.com" <karahany.sevil12@gmail.com>
Cc: leylatevfik@gmail.com

Merhaba,
Ben Diyetisyen Eser ÖZCAN. Trakya Üniversitesi Ssğlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN danışmanlığında 2021-2022 eğitim yılı bahar yarıyılında Trakya Üniversitesi öğrencileri üzerinde sağlık okuryazarlığı konusunda tez çalışması planlıyoruz. Çalışmamızda Sağlık okuryazarlığı ve Dijital sağlık okuryazarlığı ölçeklerini kullanmamıza izin verilmesi ve ölçeklerin nasıl değerlendirileceğinin paylaşılması çalışmamıza yenilik ve güç katacaktır. Teşekkür ederiz.

İyi günler,

Dyt Eser ÖZCAN

sevil karahan yılmaz <karahany.sevil12@gmail.com> 15 Nisan 2022 23:31
Alıcı: ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com>

Merhaba Eser, araştırmanızda ölçeklerimizi kullanmanız bizi mutlu eder. Ekte ölçekleri ve değerlendirmesini gönderiyorum. Yardımcı olabileceğim birşey olursa arayabilirsiniz (0530 363 4182). Leyla Hoca'ma selamlar. Sevgilerimle, İyi çalışmalar...

ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com>, 15 Nis 2022 Cum, 16:19 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği (2).docx
28K

EK4-Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı Kullanım İzni

Gmail

ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com>

Beslenme Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

2 ileti

ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com> 15 Nisan 2022 16:27
Alıcı: bbusracak@gmail.com
Cc: leylatevfik@gmail.com

Merhaba,
Ben Diyetisyen Eser ÖZCAN. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN danışmanlığında 2021-2022 eğitim yılı bahar yarıyılında Trakya Üniversitesi öğrencileri üzerinde beslenme sağlık okuryazarlığı konusunda tez çalışması planlıyoruz. Beslenme Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni kullanmamıza izin verilmesi ve ölçeğin nasıl değerlendirileceğinin paylaşılması çalışmamıza yenilik ve güç katacaktır.Teşekkür ederiz.

--
İyi günler,

Dyt Eser ÖZCAN

Büşra Cesur <bbusracak@gmail.com> 24 Nisan 2022 00:41
Alıcı: ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com>

Mehaba,
Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracını çalışmanızda kullanabilirsiniz. Gerekli bilgileri gönderiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Doç.Dr. Büşra CESUR
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
03462191010/3149

ESER ÖZCAN <diyetisyen.eserozcan@gmail.com>, 15 Nis 2022 Cum, 16:27 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (Cevaplı) değ..docx
204K

EK5-Anket Formu

"Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı İle Beslenme Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" Anket Formu

Anket no:

A. GENEL BİLGİLER

1) Doğum tarihi:...../...../.....
2) Cinsiyet : 1)Erkek 2)Kadın
3) Medeni durumunuz nedir: 1)Bekar 2)Evli
4) Hangi bölümde okuyorsunuz?:
   1)Beslenme ve Diyetetik 2)Fizyoterapi ve Rehabilitasyon 3)Hemşirelik 4)Sağlık Yönetimi 5)Odyoloji
5) Eğitim döneminde nerde ve kiminle yaşıyorsunuz ?:
   1)Ailemle, evde 2)Tek başıma, yurtta 3)Tek başıma, evde 4)Arkadaşlarımla, evde 5)Diğer(.....)
6) Günde tükettiğiniz ana öğün sayısı?: 1)1 2)2 3)3 4) ≥4
7) Günde tükettiğiniz ara öğün sayısı?: 1)1 2)2 3)3 4) ≥4
8) Öğün saatleriniz düzenli midir?: 1)Evet 2)Hayır
9) Ana öğünleri atlar mısınız?: 1)Evet (En çok hangi öğünü atlarsınız: .....) 2)Hayır
10) Öğün atlama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
    1)Zaman yetersizliği 2)İştahsızlık 3) Kilo kontrolü için 4) Öğün alışkanlığım yok 5) Hazırlanmadığı için 6)Diğer(....)
11) Yemeklerinizi nasıl yersiniz? : 1)Yalnız başıma 2)Arkadaşlarımla 3)Ailemle birlikte 4) Diğer(.....)
12) Günde kaç litre su içersiniz?
    1)1 litre altı 2)1-2 litre 3)2-3 litre 4)>3 litre
13) Günlük çay tüketim miktarınız nedir?
    1)1-2 çay bardağı 2)3-4 çay bardağı 3)≥ 4 çay bardağı 4)Hiç
14) Günlük kahve tüketim miktarınız nedir?
    1)1 kupa 2)2 kupa 3)3 kupa 4) ≥4 kupa 5)Hiç
15) Hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalığınız var mı? 1)Evet (.....) 2)Hayır
16) Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?: 1)Evet (.....) 2)Hayır
17) Besin desteği (vitamin,mineral, omega3, bitkisel destek vb) kullanıyor musunuz?: 1) Evet (.....) 2)Hayır
18) Sigara kullanıyor musunuz?: 1) Evet (..... Adet/gün) 2) Hayır 3)Kullanıyordum, bıraktım
19) Alkol tüketiyor musunuz?: 1) Evet (Türü:..... Miktar:..... ml/hafta) 2) Hayır
20) Şuanki vücut ağırlığınız nedir?: .....
21) Şuanki boy uzunluğunuz nedir?: .....
22) Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için en sık kullandığınız kaynak nedir?
    1)Gazete/dergi 2)İnternet 3)Televizyon/radyo 4)Kitap/broşür 5)Aile üyeleri/arkadaşlar
23) Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için en sık başvurduğunuz sağlık profesyonellerini seçiniz?
    1)Doktor 2)Diyetisyen 3)Hemşire 4)Diğer (.....)

B. DİJİTAL SAĞLIKLI DİYET OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği					
	Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.	Çok zor	Oldukça zor	Oldukça kolay	Çok kolay
1.	İnternette güvenilir ve doğru sağlıklı diyet bilgileri bulmak.				
2.	İnternette yer alan sağlıklı diyet bilgilerini ve diyet önerilerini anlamak.				
3.	İnternette yer alan sağlıklı beslenme bilgilerinin sizin için uygun olup olmadığına karar vermek.				
4.	Günlük yaşantınızda daha sağlıklı beslenebilmek için internet üzerinden sağlıklı diyet bilgilerine başvurmak.				

C. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form					
	Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.	Çok zor	Oldukça zor	Oldukça kolay	Çok kolay
1.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.				
2.	İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.				
3.	Hastalıklarınızda ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.				
4.	Acil bir durumda ambulans çağırmak.				
5.	Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.				
6.	Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi. kan şekeri testi. tansiyon gibi).				
7.	Hangi aşılara ihtiyacınız olabileceğine karar vermek.				
8.	Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek.				
9.	Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon. egzersiz. yürüyüş. pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek.				
10.	Medyada yer alan (internet. gazete. dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.				
11.	Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları. egzersiz vb.) sağlığınızla ilişkili olduğuna karar verebilmek.				
12.	Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.				

D. YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRME ARACI

1. Bölüm Genel Beslenme Bilgisi

1. Sağlık açısından en yararlı tahıl ürünü aşağıdakilerden hangisidir?
a.Makarna b.Pirinç pilavı c. Mısır unu d.Tam buğday ekmeği

2. Hangisi en sağlıklı yağ kaynağıdır?
a.Margarin b.Kuyrukyağı c.Mısır özü yağı d.Zeytinyağı

3. Diş sağlığı için hangisi gereklidir?
a.Demir b. İyot c. Sodyum d. Flor

4. Hangisi yüksek oranda tuz içeren bir besin değildir?
a.Sucuk b. Turşu c. Zeytin d. Taze bezelye

5. Kemik sağlığı için ..... gereklidir.
a.Kalsiyum b.Magnezyum c.Potasyum d.İyot

6. Yetişkinler her gün ..... su içmelidir.
a.Bir – iki bardak
b. Üç- dört bardak
c. Sekiz –on bardak
d.Susadıkça

7 . Yemekle birlikte ..... gibi içeceklerin tüketilmesi, vücudunuzun demirden yararlanmasını azaltır.
a.Portakal suyu b. Limonata c. Ihlamur d. Çay

8. ..... grip, nezle gibi hastalıklara karşı korur, diş etlerimizin daha sağlıklı olmasını sağlar.
a.C vitamini b. B vitamini c. A vitamini d. D vitamini

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

9. Ayşe Hanım'ın aldığı yiyeceklerden en erken bozulabilecek olanı hangisidir?
a. Balık
b. Süt
c. Domates
d. Yumurta

10 . Balığın en geç kaç saat içinde buzdolabına konması gerekir?
a. 2 saat
b. 3 saat
c. 4 saat
d. 5 saat

2. Bölüm (Okuduğunu Anlama)

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

1. Sağlıklı beslenmek için et, süt gibi besinler ……tüketilmelidir.
a. Fazla
b. Yeterince
c. Az
d. Nadir

2. Olumsuz beslenme alışkanlıkları olan insanlarda …… gibi hastalıklar gelişebilir.
a. AİDS
b. Hepatit B
c. Yüksek tansiyon
d. Kızamık

3……gibi bazı besinler sağlıklı beslenme için sınırlı alınmalıdır.
a. Sebze
b. Tuz
c. Süt
d. Tahıl ürünleri

4. Her öğünde …… içeriğe sahip besinlerle beslenirsek sağlıklı beslenmiş oluruz.
a. Aynı
b. Çeşitli
c. Benzer
d. Az

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

a.Hamburger menü



b. Salata ve balık



c. Kızarmış patates

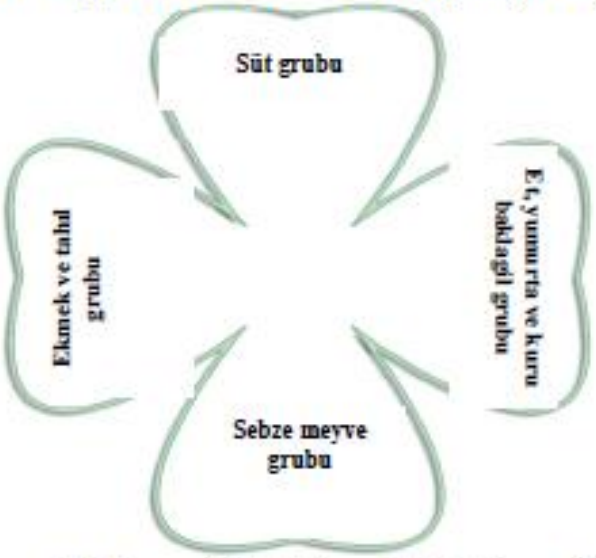


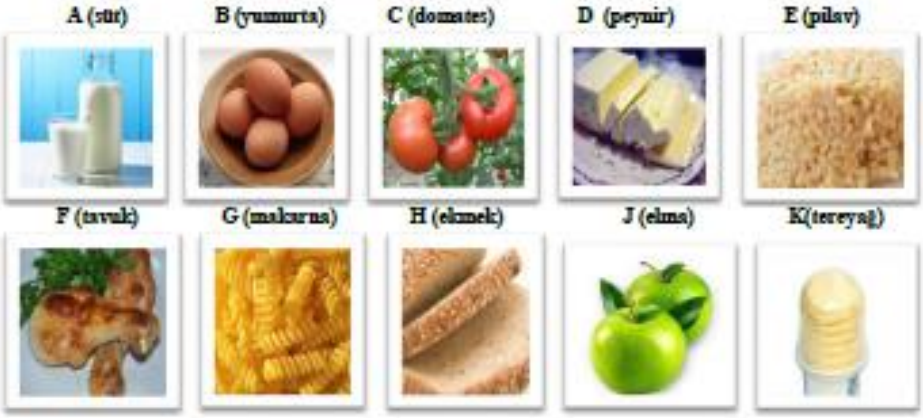
d.Domates soslu makarna



6. Aldığınız ürünün son kullanma tarihinin geçmiş olduğunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?
a. Tarihi çok geçmemişse kullanırım
b. Üründe renk değişimi, kötü koku vb. yoksa kullanırım
c. İade ederim ve satıcıyı uyarırım
d. Kullanmam, çöpe atarım

3. Bölüm (Besin Grupları)
Resimlerle gösterilen besinlerin üzerindeki harfleri şekilde yer alan uygun besin grupları bölümüne yazınız.





4. Bölüm (Porsiyon Miktarları)
Not: Besinlerin bir porsiyon miktarları soruların yanındaki kutucuklarda belirtilmiştir.

1. Süt grubu besinler günde …… tüketilmelidir.
a.Bir porsiyon
b.İki porsiyon
c.Dört porsiyon
d.Beş porsiyon

-Bir su bardağı süt (200g)
-2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir (60 g)

2. Et, yumurta, kurubaklagil grubundan günde …… tüketilmelidir.
a.Bir porsiyon
b.İki porsiyon
c.Dört porsiyon
d.Beş porsiyon

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

3. Sağlıklı yaşam için hergün …… kuruyemiş yenmelidir.
a. Sıfır
b. Bir avuç
c. İki avuç
d. Üç avuç

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

5.Bölüm (Sayısal Okuryazarlık ve Gıda Etiketi Okuma)

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

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

1.BKİ *(kendiniz için hesaplayıp yazınız)* : **2. Değerlendirme***(kendi BKİ'nizi değerlendiriniz)*:

İçindekiler: Buğday unu, bitkisel yağ, glikoz şurubu, aroma verici, tuz, şeker, peynir altı suyu tozu,domates salçası, patates unu,kabartıcılar(sodyum ve hidrojen amonyum karbonat)
Parti-Seri no: 100003335-5444 Üretim Yeri: Sivas Türk Malı Net: 90 g

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

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

3.Bu yiyecekten üç paket yediğinizde kaç kalorilik enerji almış olursunuz?
a. 1230
b. 1368
c. 410
d. 820

4. Ürünün 100 gramındaki yağ miktarının enerji değeri kaç kaloridir? (1g yağ 9 kcal)
a. 36.6 kcal
b. 155.7 kcal
c. 456 kcal
d. 173.7 kcal

5. Hangi hastalığı olanlar bu yiyeceği dikkatli tüketmelidir/fazla tüketmemelidir?
a. Kansızlık
b. Yüksek tansiyon
c. Kanser
d. Kemik erimesi

6. Gıda etiketi üzerinde zorunlu olarak bulunması gereken bilgilerden hangisi yukarıdaki gıda etiketinde bulunmamaktadır?
a. Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının izni
b. Türk Standartları Enstitüsü'nün logosu
c. Son kullanma tarihi
d. Gıdanın üretildiği ülke

EK6- Orijinallik Ekran Çıktısı

