

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ANKARA İLİ BAZI İLÇELERİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN
GIDA SATIN ALMA VE TÜKETİMİ KONUSUNDAKİ TUTUM
VE DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK ALGILARI
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ZEYNEP YALÇINKAYA**

ANKARA 2020

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ANKARA İLİ BAZI İLÇELERİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN
GIDA SATIN ALMA VE TÜKETİMİ KONUSUNDAKİ TUTUM
VE DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK ALGILARI
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ZEYNEP YALÇINKAYA

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. F. NUR BARAN AKSAKAL

ANKARA 2020

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Sağlık Kavramı.....	8
2.2. Sağlık Algısı Tanımı ve Önemi.....	10
2.3. Sağlık Algısı Ölçeği	12
2.4. Sağlık Davranışı	14
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algısı İlişkisi	14
2.6. Sağlık Beslenme İlişkisi ve Gıda Kavramı	15
2.7. Gıda Seçimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi	17
2.7.1. Sağlık Okuryazarlığı	17
2.7.2. Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı	17
2.7.3. Kronik Hastalıklar ile Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı İlişkisi	18
2.8. Gıda Satın Alma ve Tüketme Davranışı.....	19
2.8.1. Tüketici Davranışı Tanımı ve Önemi	20
2.8.2. Tüketici Davranışlarını Etkileyen Faktörler	20
2.9. Gıda Güvenliği, Gıda Güvencesi ve Hijyen.....	23
2.9.1. Gıda Güvenliği.....	23
2.9.2. Gıda Güvencesi.....	25
2.9.3. Hijyen ve Sanitasyon	27
2.10. Gıda Kaynaklı Tehlikeler	27
2.10.1. Biyolojik Tehlikeler.....	28
2.10.2. Fiziksel Tehlikeler	34
2.10.3. Kimyasal Tehlikeler.....	34
2.11. Gıda Kaynaklı ve Gıda İlişkili Hastalıklar	43
2.11.1. İnfeksiyöz Hastalıklar.....	43
2.11.2. Kronik Hastalıklar.....	48
2.12. Gıda Ambalajları ve Gıda Etiketleri.....	51
2.12.1. Ambalaj Tanımı.....	51
2.12.2. Gıda Ambalajları ve Sağlık.....	52
2.12.3. Gıda Etiket Tanımı ve Kapsamı.....	53
2.12.4. Gıda Etiketlerinin Önemi.....	55
2.12.5. Gıda Etiket ve Sağlık Algısı İlişkisi.....	58

2.12.6. Gıda Etiketlerinin Taşınması Gereken Özellikler.....	58
2.13. GDO'lu Gıdalar.....	59
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	63
3.1. Araştırmanın Kapsamı.....	63
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	63
3.3. Araştırmanın Tipi.....	65
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı.....	65
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	66
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	66
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	66
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı.....	68
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	69
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	70
3.9. Araştırma Takvimi.....	71
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	71
4. BULGULAR.....	72
5. TARTIŞMA.....	125
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	149
7. KAYNAKLAR.....	153
8. ÖZET.....	166
9. ABSTRACT.....	168
10. EKLER.....	170
10.1. Anket Formu.....	170
10.2. Sağlık Algısı Ölçeği.....	174
10.3. Etik Kurul Onayı.....	175
11. ÖZGEÇMİŞ.....	178

TABLO DİZİNİ

Tablo 1a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.	72
Tablo 1b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.	74
Tablo 2a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünlerinin Sağlıkla İlişkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.	76
Tablo 2b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünlerinin Sağlıkla İlişkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.	78
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünlerini Satın Alma Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	80
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ambalajlı Gıda Ürünleriyle İlgili Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	82
Tablo 5a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ambalajlı Gıda Ürünleri ve Etiket Bilgileri ile İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	84
Tablo 5b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ambalajlı Gıda Ürünleri ve Etiket Bilgileri ile İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	86
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin GDO'lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	87
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	88
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.	89
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Gıda ve Sağlık Üzerine Düşünce ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	91

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Gıda Satın Almaya İlişkin Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **93**

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Ambalajlı Gıda Ürünlerini Satın Alırken Etiket Bilgilerinde Dikkat Ettikleri Unsurların Dağılımı, Ankara, 2019. **95**

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre GDO'lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **97**

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **98**

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **99**

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Gıda ve Sağlık Üzerine Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019. **101**

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Gıda Satın Almaya İlişkin Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **102**

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Ambalajlı Gıda Ürünlerinin Etiket Bilgileri ile İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **104**

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre GDO'lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019. **106**

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	107
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları, Ankara, 2019.	108
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ Sorularına Verdiği Cevapların Dağılımı, Ankara, 2019.	109
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı, Ankara, 2019.	111
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarına Göre Gıda Ürünlerinin Sağlıkla İlişkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.	114
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarına Göre Gıda Ürünlerini Satın Alma Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	116
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımına Göre Ambalajlı Gıda Ürünleriyle İlgili Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	118
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımına Göre Ambalaj Etiket Bilgileriyle İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı , Ankara, 2019.	120
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımına Göre GDO'lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	122
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarına Göre Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.	124

KISALTMALAR

TGK: Türk Gıda Kodeksi

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations (Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

GKM: Gıda Katkı Maddeleri

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

HACCP: Hazard Analysis and Critical Control Point (Tehlike Analizleri ve Kritik Kontrol Noktaları)

GDO: Genetiği Değiştirilmiş Organizma

FDA: Food and Drug Administration (Amerikan İlaç ve Gıda Örgütü)

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün; "Sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" şeklinde tanımladığı sağlık, insan hayatının idame ettirilmesinde, yaşam kalitesinin korunmasında ve artırılmasında çok büyük önem taşımaktadır (1). Sağlığı etkileyen çevresel etmenlerin başında yeterli ve dengeli beslenme yer almaktadır. Yeterli ve dengeli beslenmenin başlıca şartı ise sağlıklı gıda tüketimidir. Gıdalar insanlar tarafından yaşamı sürdürmek, büyümek, sağlığı geliştirmek ve lezzet almak amaçlı olarak tüketilen, işlenen veya formüle edilen; içinde karbonhidrat, yağ, protein, su, vitamin, mineraller gibi yaşam için gerekli olan maddelerden bir kısmını veya tamamını taşıyan, sağlığa yararlı, doyurucu, lezzetli maddelerdir (2). Türk Gıda Kodeksi (TGK) 'ndeki tanımıyla ise gıda; "tütün ve sadece ilaç olarak kullanılanlar hariç olmak üzere; içkiler ve çikletler ile hazırlama ve işleme gereği kullanılan maddeler dahil, insanlar tarafından yenilen ve içilen ham, yarı veya tam işlenmiş her türlü maddedir " (3).

Sağlığın beslenme ile ilişkisi insanlık tarihinin başlangıcından beri bilinmekte ve insanları bu konu üzerinde çabalamaya yöneltmektedir. Doğru beslenme ve sağlıklı gıda tüketimi, hastalıkların yalnızca şiddetinin azaltılması ve/veya tedavi edilmesinde değil, özellikle de önlenmesinde son derece büyük önem taşımaktadır (4,5). Beslenme ve gıda konusuna ilişkin sahip olduğu bilgi, tutum, beceri ve davranışlar bireyin gıda seçimi, tüketimi ve beslenme durumunu etkilemektedir (6). Bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, sürdürmek ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve yaptığı davranışların tümüne sağlık

davranışı denmektedir (2). Sağlık durumu üzerinde etkili olan sağlık davranışlarının gelişmesinde ise bireyin algıları, inançları ve tutumları rol alır (7).

Sağlık algısı ise; "bireyin kendi sağlığı ile ilgili kişisel düşünce, duygu, beklenti ve önyargılarının bütünü" olarak tanımlanabilir (8). Sağlık algısında, genel olarak sağlıktan ziyade zihinsel ve fiziksel bileşenlere odaklanılmaktadır. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması durumu "iyi sağlık algısı"; olumsuz inançlar taşıması durumu ise "kötü sağlık algısı" olarak nitelendirilmektedir (9). Kişinin sağlık algısında, hastalıkla birlikte gelen süreçlerin olumsuz, sağlık durumundaki iyileşmelerin ise olumlu bir değişim oluşturması beklenmektedir (10).

Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumunun algılanması, sağlık sorumluluğunu ve sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bu anlayış, bireylerin öz sorumluluk almalarını ve kendi sağlıkları ile ilgili doğru kararlar almalarını sağlamaktadır (9). Bu bağlamda sağlık algısı, hedefi bireyin sağlığı geliştirici yaşam davranışlarını kazanması ve sürdürmesi olan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (8).

Gıda satın alma beslenme ihtiyacının karşılanmasının ilk basamağıdır (11). Gıdaların bilinçli ve gereksinime uygun olarak tüketilmesinde satın alma davranış biçimleri büyük önem taşır (12). Gıda seçimi ve satın alma süreci karmaşık bir olgudur. Besinin satın alınması, hazırlanması ve tüketimi ile ilgili davranışlar fiziksel (coğrafya, mevsim, ekonomi, gıda teknolojisi), fizyolojik (kalıtım, alerji, sağlık durumu, besin gereksinimi) etmenler yanında sosyal (din, sosyal sınıf, beslenme eğitimi, reklamlar), psikolojik ve kültürel etmenlerden de etkilenir (13).

Özellikle de sağlık davranışlarının belirleyicisi olması sebebiyle sağlık algısının da, bireylerin gıda seçimleri ve tüketimlerini doğrudan etkilemesi beklenmektedir.

Dünyada iki türlü beslenme sorunu yaşanmaktadır. Yeterli gıdaya erişim bunlardan birincisi ve en önemlisidir. Diğeri ise vücudun ihtiyaç duyduğu sağlıklı ve güvenli gıdaların alınmasıdır. Dünyada açlık çeken insanlar ile orta düzeyde gıda güvensizliğinden etkilenen tüm insanlar birlikte düşünüldüğünde, 2 milyarı aşkın insanın yeterli, besleyici ve güvenilir gıdaya düzenli erişiminin olmadığı tahmin edilmektedir. Buna Kuzey Amerika ve Avrupa'daki nüfusun yüzde 8'i de dahildir. Yeterli ve besleyici gıdaya düzenli erişim sağlanamaması bu insanların kötü beslenmeleri ve buna bağlı olarak sağlıklarının bozulması riskini artırmaktadır (14). Günümüzde gıdalarla ilgili bir diğer sorun da gelişen ekonomiye paralel olarak hazır gıda üretimindeki ve buna bağlı olarak da tüketimindeki artıştır. Artan üretime bağlı olarak, gıdalarda kalite unsuru geri planda kalabilmektedir. Yine toplu gıda tüketiminin artması sebebiyle, hijyen koşullarındaki en küçük aksama büyük kitleleri etkileyebilmektedir. Bu sebeplerle gıdalardan kaynaklanan hastalıklar tüm dünyada büyüyen bir halk sağlığı sorunu durumuna gelmiştir (15). Yine sağlıksız ve bilinçsiz gıda tüketiminin başlıca nedenleri arasında olduğu kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, obezite, kanser gibi pekçok kronik, yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan, ölüme neden olabilen hastalık da toplumların ciddi bir sorunu konumundadır. Dünya kronik hastalıklardan kaynaklanan sakatlık ve ölümlerdeki büyük artış ile karşı karşıyadır (16). Kronik hastalıklara bağlı ölümler tüm dünyada enfeksiyonların, açlığın, anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçmiştir (17).

Gıda kaynaklı hastalıklar insanlığın başlangıcından beri tüm toplumlar için önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmuş ve dünyadaki sosyoekonomik kalkınmaya önemli bir engel teşkil etmiştir (18). Gıda kaynaklı hastalık, DSÖ tarafından “gıda veya suyun tüketilmesi ile oluşabilen enfeksiyöz veya toksik karakterli hastalık” olarak tanımlanmaktadır. 250’den fazla bilinen gıda kaynaklı hastalık ve bu hastalıklara neden olan değişik tipte birçok mikroorganizma bulunmaktadır (19, 20).

Gıda kaynaklı hastalıklar ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak hızlı bir şekilde uluslararası sınırları aşabilen küresel bir sorun haline gelmiştir (21). FAO(Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü) ve DSÖ Gıda Güvenliği Uzman Komitesi, kontamine gıda tüketiminin neden olduğu gıda kaynaklı hastalıkların, dünyada en sık görülen sağlık problemi olduğuna dikkat çekmiştir (22). Gelişmiş ülkelerde her yıl nüfusun yaklaşık %30’unun gıda kaynaklı hastalıklara yakalandığı rapor edilmektedir. DSÖ (2007)’nün verilerine göre, 2005 yılında 1,8 milyon insan ishal ile seyreden hastalıklar sonucu hayatını kaybetmiştir. Ölümünün büyük bir bölümünün güvenli olmayan gıda ve içme suyunun tüketilmesi sonucu olduğu belirtilmiştir (23). Dolayısıyla günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu konumunda olan gıda ile bulaşan hastalıkların, toplum sağlığının korunması için kazandığı önem gün geçtikçe artmaktadır (24). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gıda kaynaklı hastalıklar insanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve önemli ekonomik kayıpları beraberinde getiren bir halk sağlığı sorunudur. Bu konuda istatistik tutan çoğunlukla gelişmiş ülkelerde her yıl on binlerce vaka

bildirimi olmakla birlikte ülkemizde henüz yeterli düzeyde bir çalışmanın olmadığı, bu nedenle de ülkemize ait gıda kaynaklı hastalık verilerinin yeterince ortaya konamadığı ve bu alandaki çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (25).

Kronik hastalıkların önüne geçilmesinde de doğru gıda tüketimi ve yaşam boyu sağlıklı beslenme davranışlarının sürdürülmesi çok önemlidir (26). Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabetin bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en başta yer aldıkları, düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunluğunda görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en fazla engelliliğe ve ölüme neden olan hastalıklar oldukları belirtilmektedir. Tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan 30-70 yaş arası erken ölüm hızı % 71 olup bu hastalıklara bağlı olarak erken ölen kişi sayısı 41 milyondur. Her iki saniyede bir kişi bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı ölmekte ve her yıl 15 milyon insanın yaşam süresi, bu hastalıklardan dolayı kısalmaktadır (27). DSÖ'nün verilerine (2012) göre, dünya nüfusunun %13,2'si iskemik kalp hastalıklarından ve %11,9'u inmeden dolayı; bunun yanında gelişmiş ülkelerdeki bireylerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdekilerin ise %40-50'sinin yaşam biçimine bağlı nedenlerden öldüğü belirtilmektedir (28,29). Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması 2017 verilerine göre Türkiye'de de bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Beslenmenin bu hastalıkların altında yatan başlıca risk faktörlerinden biri olduğunun altı çizilmiştir (30).

Günümüzde her gün onlarca yeni endüstriyel gıda marketlerde yerini almakta, sağlıklı gıdaya ulaşmak ve seçmek gittikçe zorlaşmakta ve bu durum

karmaşık bir hal almaktadır. Bireylerin kendileri için sağlıklı olan gıdaları seçme ve tüketme sorumluluğunun artırılması, sağlığı tehdit eden bir gıda ile karşılaştıklarında ne yapmaları gerektiği konusunda bilinçlendirilmeleri ile mümkün olabilecektir (31,32). Yaşam şekline bağlı oluşan hastalıkların ve ölümlerin önüne geçilmesinde, bu amaçla gerçekleştirilecek eğitimler ve bilinçlendirme çalışmaları bireyler üzerinde son derece tesirli olacaktır (33).

Toplumun ve toplumu oluşturan bireylerin beslenmeye ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılarak, sağlıklı beslenme olgusunun yaşam biçimi haline dönüştürülmesi küreselleşmeyle istenen yaşam kalitesi düzeyine ulaşılabilmesi için gereklidir (34). Tüketicilerin gıda satın alırken ve tüketirken sağlık risklerine olan ilgisini, bu konulardaki bilinç düzeyini ve sosyodemografik, ekonomik özelliklerine göre farklılıklarını belirlemek; ayrıca gıda satın alma kararı veren ve satın alan aile bireylerinin güvenilirlik ve kalite algılarını göz önüne sermek ve sağlık üzerine olan etkilerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Tüketicilerin sağlığa uygun gıda seçimi ve güvenli gıdaya ulaşma konusundaki bilgilerinin ölçülmesi ve bu konuda müdahaleler geliştirilmesi toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik önemli bir adım olacaktır (33).

Toplumun sağlık algı düzeyinin belirlenmesi ve gıda seçimleri üzerindeki etkisinin ortaya konması, sağlıklı gıda tüketimi ve dolayısıyla sağlıklı beslenme konusunda toplumu bilinçlendirmeye yönelik yapılabilecek çalışmalar için yol gösterici olması yönüyle önemlidir. Bireylerin daha sağlıklı yaşamayı kendi

abalarıyla daha fazla ilişkilendirmesini sağlayabilmek, pekçok yaşamsal davranış üzerinde olduğu gibi sağlıklı gıda tercih ve tüketimleri üzerinde de etkili olacaktır.

Bu alışmada Ankara ili bazı ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerin gıda satın alma ve tüketimi konusundaki tutum ve davranışları ile sağlık algıları ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, insanların dünyada yaşamın başlangıcından bu yana tanımlamaya çalıştıkları oldukça karmaşık bir kavramdır. Bireyin iyilik halinin en üst düzeyini karşılayacak kişisel ve sosyal kapasiteyi iç ve dış çevresindeki değişime adaptasyon sağlayarak ön plana çıkaran dinamik bir süreçtir (35). Sağlık, soyut bir kavram olmayıp işlevsel terimlerle anlatılabilen ve bir sonuca ulaşma aracı olarak kişilerin bireysel, sosyal ve ekonomik bakımdan kaliteli ve verimli bir yaşam sürmesine yardımcı olan; bireylere, toplumlara, ülkelere, kültürlere, belli disiplinlere ve zamana göre değişiklik gösterebilen, temelinde insanın mutluluğu için çalışıp üretmesini gerekli kılan bir kaynak olarak görülmektedir (36).

Geçmişte ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın yokluğu olarak algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramının ön plana çıkmasına sebep olmuş, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve birtakım semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (37). Geçtiğimiz 150 yıl içinde Amerika Birleşik Devletleri'nde ve pekçok ülkede sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın bireylerin, "yaşamlarını sürdürebilmeleri", "mutluluk duygusuna sahip olmaları", "iyilik halinin sağlanması", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterlilikleri" ve "hasta olmamaları" gibi pekçok farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (38).

Bu tanımın eksik ve yanlış olduğu günümüzde kabul edilmiştir (39). Günümüzde geçerli olan sağlık tanımı ise DSÖ tarafından 1947 yılında yapılmış

olup, “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali” şeklindedir (40). Bu tanımı güçlü kılan, sağlığın bedensel boyutunun yanında ruhsal ve sosyal boyutlarının da üzerinde durması ve sağlık için ilk kez bütüncül bir bakış açısı geliştirmesi olmuştur (41).

DSÖ' nün sağlık tanımı bireylerin sağlık algısının değişimini ve sağlıklı yaşam davranışlarının öneminin katlanarak artışı beraberinde getirmiştir (42). Günümüzde, hastalıkların tedavisinin yanında, özellikle hedefi sağlıklıyken bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi olan koruyucu sağlık uygulamalarının sosyal hayatın bir parçası durumuna getirilmesi planlanmaktadır (43). Bununla beraber DSÖ sağlığın her şeyden önce toplumsal bir olgu olduğu ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle de yakın ilişki içinde olduğunu vurgulamıştır (44).

Sağlık kavramı, daha iyi tanımlanabilmesi için subjektif ve objektif sağlık olarak ikiye ayrılarak incelenmelidir:

1. Subjektif Olarak Sağlık: Bireyin kendi sağlık durumunu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden algılama durumudur. Bu bakış açısıyla birey kendini, hastayken sağlıklı veya sağlıklıyken hasta olarak algılayabilir.

2. Objektif Olarak Sağlık: Doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarıyla belirlenmiş herhangi bir hastalığın yokluğudur (45).

Bu durumda ancak bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılamasının yanında objektif olarak da gerçekten sağlıklı olması durumunda sağlıklı olduğu söylenebilir (46).

2.2. Sağlık Algısı Tanımı ve Önemi

Sağlık algısı tanımı, “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” şeklinde yapılabilir (47). Sağlık inanç modeline göre sağlık algısı; yani sağlığına ilişkin inançları bireyin kendi sağlığı için aldığı sorumluluğu, sağlık davranışlarını, sağlık sorunlarının anlaşılma biçimleri ile sağlık sorunlarına yönelik tutum ve davranışlarını etkilemekte, bireyin sağlığını korumaya yönelik davranışlar göstermeye ne kadar açık olduğunu göstermektedir (48). Dolayısıyla sağlık algısı, sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir çünkü bu süreç bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını, sağlıklı yaşam davranışları kazanmalarını ve sürdürmelerini amaçlamaktadır (49).

DSÖ’nün Avrupa bölgesi üyesi herkes için sağlık stratejisinin ikinci hedefinde, algılanan sağlığın, toplumun sağlığı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik önemli göstergelerden biri olduğu vurgulanmıştır. Toplumun genelinin sağlığa bakış açısı ve sağlığının nasıl olduğu sorusunun cevaplanabilmesi için, toplumu meydana getiren bireylerin sağlıkla ve kişisel sağlık durumlarıyla ilgili düşüncelerinin bilinmesi gerektiği kabul edilmektedir. Dolayısıyla günümüzde toplum sağlığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan çalışmalar, öncelikle bireylerin algıladıkları sağlığın değerlendirilmesi gerektiğini göstermiştir. Sosyokültürel farklılıklar da göz önünde bulundurularak, genel olarak toplumu yansıtan, toplumca kabul edilen duygu ve düşüncelerin ortaya konması gerektiği vurgulanmaktadır (50). Toplumların sağlık düzeyini ise her bir bireyin sağlık düzeyinin toplamı oluşturduğundan; sağlıklı bir toplum için

bireylerin sağlık algılarını yükseltmeleri, beraberinde sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmaları, geliştirmeleri ve sürdürmeleri son derece önemlidir (51).

Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma farklılıklar göstermiştir (52). Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış açısı geliştirmesini sağlar. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada da önemlidir. Eğer birey sağlık problemi olduğunu algılayamıyorsa, sağlığını geliştirmeye yönelik gereken çabayı göstermeyecek, profesyonel kişilerin yardımına başvurmayacaktır. Bu konuda yapılan araştırmalarda sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri düşük bulunmuştur ve bundan dolayı sağlığı algılama şeklinin çok önemli olduğu ifade edilmektedir (53). Bunun yanısıra bireyin kendi sağlığını algılamasına olumlu katkıda bulunacak olan bir başka faktör de sağlığı etkileyebilecek risk faktörlerinin belirlenmesidir (54).

İyilik hali, bireyler tarafından kendi değer ve inanışlarına göre farklı tanımlanır. Aile, toplum ve içinde yaşanan sosyal konum iyilik derecesinin algılanmasını etkiler. Bir toplumun yaşama biçimi olarak tanımlanabilen kültür de, bireyin sağlık algısı üzerinde etkilidir. Sağlık, çevresel ve faktörlerden olduğu kadar sıklıkla kültürel uygulamalardan da etkilenir (46).

Dolayısıyla kişinin bakış açısına, hayat şartlarına ve beklentilerine göre değişen sağlık algısı, bir anlamda her bireyin kendi sağlık tanımını yapması ve kendisine bu tanım içerisinde yer bulması şeklinde tanımlanabilmektedir.

Bireylerin bir kısmı birden fazla hastalığa sahip olmaları durumunda dahi kendilerini sağlıklı olarak değerlendirebilirken, bir kısmı ise hiçbir objektif hastalık hali bulunmamasına rağmen kendilerini hasta olarak tanımlayabilmektedirler. Dolayısıyla söz konusu farklılıkların görülüyor olması, bireylerin psikolojik durumu, sosyoekonomik ve demografik faktörleri, biyolojik durumu, eğitim durumu, kronik hastalıklarının kendilerini tanımlamaları üzerinde etkin olduğunu ve bunların sağlık algılarını olumlu ya da olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (55).

2.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık algısının değerlendirilmesi için kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği'nin aslı İngilizce dilinde hazırlanmış olup, Diamond ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiş, Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından ülkemiz için geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. 15 maddesi ve dört alt boyutu olan beşli likert tipi bir ölçektir. Bunun yanında ölçeğin dört alt boyutu (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) bulunmaktadır.

Ölçekteki 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu; 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Ölçeğin cevaplanma süresi 5-7 dakikadır. Bireyler her bir maddeyi; “Hiç katılmıyorum(1)”, “Katılmıyorum(2)”, “Kararsızım(3)”, “Katılıyorum(4)”, “Tamamen katılıyorum(5)” seçeneklerinden birini seçerek cevaplandırmaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters (Hiç katılmıyorum:5, Katılmıyorum:4, Kararsızım:3, Katılıyorum:2, Tamamen katılıyorum:1) puanlanmaktadır. Kontrol merkezi (KOM) alt boyutu; bireyin

sağlıklı olmayı kendisi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, yani sağlıklı olmada kontrol merkezini kendinde toplayıp toplamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini belirlemeye yöneliktir. Öz farkındalık (ÖZF) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda öz farkındalık algısının, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının seviyesini belirlemeye yöneliktir. Kesinlik (KES) alt boyutu; bireyin sağlıklı kalmaya ve daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye yöneliktir. Sağlığın önemi (SĞÖ) alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini, bu konuda ne derecede maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye yöneliktir.

Ölçek, Kontrol Merkezi, Öz Farkındalık, Kesinlik, Sağlığın Önemi olmak üzere dört alt boyut ve 15 maddeden oluşmakta, alt boyutlardan elde edilen puanların toplamı Sağlık Algısı Puanını oluşturmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Kontrol Merkezi (min=5, maks=25), Öz farkındalık (min=3, maks=15), Kesinlik (min=4, maks=20), Sağlığın Önemi (min=3, maks=15) alt grup puanlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı 0.60 ile 0.76 arasında değişmektedir (56).

2.4. Sağlık Davranışı

Sağlık, dünyada yaşamın başlangıcından bu yana bireylerin hayatları boyunca koruma, sürdürme ve geliştirme çabası içinde oldukları başlıca hak ve hedeflerden biridir (35). Bu hedef bireylerin kendi sorumlulukları altında olup, ancak optimal iyilik halini sürdürmeye ve yaşam kalitelerini üst düzeyde tutmaya yönelik sağlık davranışlarının geliştirilmesi ile ulaşılabilir hale gelebilir (57). Bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, sürdürmek ve hastalıklardan korunmak amacıyla inandığı ve yaptığı davranışların bütününe sağlık davranışı denmektedir (58). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (STGS)'nde ise sağlık davranışı; "asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olsa da olmasa da birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet" olarak tanımlanmaktadır (59).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algısı İlişkisi

Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin sağlıkları üzerinde etkili olan tüm davranışları üzerinde kontrol sahibi olmalarıdır. Bir başka ifadeyle, günlük yaşamlarını sürdürürken sağlıkları için daha iyi olan davranışları seçerek uygulamalarıdır. Bu davranışlar; kişinin sağlık düzeyini yükseltmesi için sorumluluk alması, bilişsel gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktiviteyi kapsar. Yapılan çalışmalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla kanser, kalp hastalıkları, diyabet ve solunum yolu hastalıkları gibi birçok kronik hastalığın önüne geçilebileceğini göstermiştir (60).

Bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsedikleri takdirde sağlıklı olma durumlarını devam ettirebildikleri gibi, daha iyi seviyeye de getirebilirler (61). Sağlık algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde tesirli olup bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için sağlık algılarının yükseltilmesi gerekmektedir (62).

2.6. Sağlık Beslenme İlişkisi ve Gıda Kavramı

Beslenme; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için insan vücudunun ihtiyacı olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda alınması için bilinçli şekilde yapılması gerekli olan bir davranıştır (63). Psikolog A.H. Maslow'un önceliklerine göre sıraladığı insan ihtiyaçlarının başında yeme, içme, uyku gibi fizyolojik ihtiyaçlar gelmektedir. Gıdalar, bu sıralamaya göre , insan ihtiyaçlarının birinci basamağını oluşturan fizyolojik ihtiyaçlar arasındadır (64).

Bireylerin yaşamları boyunca sürdürmeleri gereken temel ihtiyaçlarından bir tanesidir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlık için gerekli olan temel ihtiyaçlardan biri olup sağlığın korunması,geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi üzerinde en önemli etkenlerden biridir (65). Sağlık ve beslenme birbiriyle çok yakın ilişki içerisinde olan kavramlardır (66).

Geçmişten günümüze kadar beslenme konusunda karşılaşılan ana iki sorundan birincisi bireylerin yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlayacak gıdaya erişememesi, ikincisi ise doğru ve dengeli beslenmeyi sağlayacak yeteri kadar güvenli ve kaliteli gıdaya erişememesidir. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri

için çocukluk çağından yaşlılığa kadar yaptıkları beslenmenin doğruluğu çok önemlidir. Beslenme kalitesi büyüme-gelişmenin, fiziksel ve zihinsel olgunluğa erişimin, hastalıklardan korunmanın, hastalıklarla mücadelenin ve vücut bütünlüğünün korunmasının sağlıklı şekilde sağlanmasında etkilidir. Bunun yanı sıra, beslenmede yapılan hataların pek çok hastalığın sebebi olduğu ilk çağlardan beri bilinen bir gerçektir (67).

Gıda maddelerinin çok veya az tüketimi kalp damar hastalıkları, obezite, diyabeti hipertansiyon gibi kronik hastalıklara sebebiyet vermektedir (68). Sağlıksız beslenme ise bireylerin bağışıklık sisteminde zayıflama ve bozulmaya yol açarak hastalıklara elverişli hale gelmeleri ve bireylerin fiziksel ve zihinsel süreçlerinin normal gelişiminin bozulması ile ilişkilidir (65).

Beslenme durumu bireyin yaşı, cinsiyeti, genetik yapısı, fiziksel aktivite yapma durumu ve varsa hastalıklarına göre değişebilmektedir. Bireylerin sağlık ile beslenme alışkanlıkları ilişkisinin farkında olması ve önemini algılaması, beslenme alışkanlıklarının sebep ve sonuçlarını öğrenmesi bakımından yardımcıdır. Bu durum bireylerin sağlıklı beslenme süreçlerindeki verimliliği arttırabilmeleri için gerekli değişiklikleri yapılması ve sürdürmeleri konusunda yol göstericidir (69).

2.7. Gıda Seçimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

2.7.1. Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Sözlüğü"nde; "Sağlığı geliştirmek ve yaşam boyu sağlıklı kalmak için, kişilerin sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yetenekleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığa ilişkin bilgilere ulaşabilirliğini artırdığı gibi, edindikleri bilgileri etkin bir biçimde kullanmalarını da sağlar (59).

Sağlık okuryazarlığı sadece hastalık sahibi bireyler için değil, sağlıklı bireyler için de çok önemlidir (70). Hem bireysel sağlığın hem de toplum sağlığının daha iyi düzeye getirilmesi için bireylerin alışkanlıklarını, sağlık davranışlarını ve yaşam koşullarını değiştirmektedir (59). Araştırmalar göstermiştir ki bireylerin sağlık durumunu belirleme noktasında sağlık okuryazarlığı sosyoekonomik faktörlerden daha etkilidir (71,72).

2.7.2. Gıda ve beslenme okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı bireylerin gıda seçimleri ve beslenme durumları üzerinde etkili olan en önemli faktörlerden biridir. Kişilerin gıda, gıda seçimi, beslenme, sağlıklı beslenme, besin tüketimi ve gıdanın güvenilirliği gibi konularda bilgi, beceri ve tutumlarının doğru olması, bu konuda uygun kararlar alabilmeleri ve doğru davranışlar göstermeleri gıda ve beslenme okuryazarlığının kapsamındadır (73). Gıda ve beslenmeye ilişkin sahip olunan bilgi, tutum, beceri ve davranışlar besin seçimi, tüketimi ve beslenmeyi etkileyebilmektedir (6). Sağlık okuryazarlığının bireylerin gıda tercihlerini ve beslenme durumunu etkilediği bilinmektedir (74). Literatürde sağlık okuryazarlığı düşük olan

bireylerin gıda satın alma sırasında seçimlerini bilinçli olarak yapma konusunda zorluk çekebildikleri ifade edilmiştir (75).

Sağlıklı beslenebilmek için yapılacak gıda seçimlerinin de sağlıklı olması ancak gıda ve beslenme okuryazarlığının beraberinde getireceği beceriler ile mümkün olabilmektedir. Gıda ve beslenme okuryazarı olabilmek için besin öğeleri ve besin gruplarına ilişkin bilgilerin ve aralarındaki farkın algılanabilmesi, besin etiketlerinin okunması için gerekli olan sayı okuryazarlığı becerisine sahip olunması ve porsiyon kontrolünün yeterince önemsenebilmesi için istenilen ölçüm yapma becerilerine sahip olunması gerekmektedir(73).

Sağlık ve beslenme ilişkisi konusundaki bilinçlenme, gıda ürünleri çeşitliliğindeki artış, ev dışında gıda tüketimine yönelik alternatiflerin artması, gıda ve beslenme okuryazarlığının daha önemli bir konu haline gelmesine neden olmuştur. Toplumda, gıda ve beslenme okuryazarlığının öneminin anlaşılması ve yaygınlaşması sağlığın, sağlıklı gıda seçimi ve beslenmenin geliştirilmesi ve sürdürülmesine katkıda bulunacaktır (76).

2.7.3. Kronik hastalıklar ile gıda ve beslenme okuryazarlığı ilişkisi

Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile gıda ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin düşük olmasının, beslenmeyle ilişkili kronik hastalıkların artışında etkili olduğu görülmektedir (76). Bireylerin yapacağı doğru sağlık tercihleri, günümüzde giderek büyüyen bir sorun haline gelen kronik hastalıkların önlenmesinde son derece önemlidir. Bu da ancak önce bireylerin, dolayısıyla da toplumun sağlık algısının ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi

ile sağlanabilir. Çünkü bireylerin kendi sağlıklarını derecelendirmeleri, sağlıklarını koruma davranışlarına olan yatkınlıkları, hastalıklarının kontrolünü sağlamaya yönelik çabaları sağlık algılarının yansımasıdır (77).

2.8. Gıda Satın Alma ve Tüketme Davranışı

2.8.1. Tüketici davranışı tanımı ve önemi

Gıda satın alma beslenme ihtiyacının karşılanmasındaki ilk basamaktır (11). Gıdaların gereksinime uygun ve bilinçli olarak tüketilmesinde satın alma davranış biçimleri çok önemlidir (12). Gıdaların seçimi, satın alımı, hazırlanması ve tüketimi ile ilgili davranışlar fizyolojik (besin gereksinimi, sağlık durumu, alerji, kalıtım), fiziksel (ekonomik durum, gıda teknolojisi, coğrafya, mevsim), sosyal (reklamlar, beslenme eğitimi, din, sosyal sınıf), kültürel ve psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir (78). Bireylerin gıdaları seçme ve satın alma aşamasında etkilendikleri başlıca faktör lezzet olmakla birlikte, bir gıda maddesinin besin değeri, güvenilirlik gibi kalite özelliklerini de taşıması gereklidir (79).

Tüketici, üretilen bir mal ya da hizmeti bir yarar sağlama amacı ile kullanan kişidir. Tüketici davranışı ise bireylerin ihtiyaç duydukları ya da istedikleri ürünleri satın alırken, kullanırken ve bunları ellerinden çıkarırken gösterdikleri duygusal, zihinsel ve fizyolojik aktivitelerin bütünü olarak tanımlanır. Her bireyin sergilediği tüketici davranışları farklıdır. Farklı istekleri için farklı satın alımlar yaparlar. Tüketici davranışı yönlendirilebilir ve pekçok aktiviteyi içeren bir süreçtir, dış etmenlerden etkilenmekte, kişilere göre değişiklik

göstermekte, zamana ve davranışa göre değişmekte, farklı roller içermektedir (80). Bilinçli tüketici ise; alışverişin nesnesi değil öznesi olduğunun bilincinde olan, bir mal veya hizmeti satın alırken ondan azami derecede fayda elde etmeyi amaçlayan, gerçek gereksinimlerini göz önünde tutan, örgütlü olan, planlı ve belgeli alışveriş yapan kişidir. Ayrıca kalitesi, standardı yüksek, sağlıklı, güvenli, çevreci ürünü seçme olgunluğunu taşıyan, tüm bunlarla birlikte bütçesine en uygun ürünü seçip tasarrufa önem veren kişidir. Aynı zamanda kaliteyi denetleyen, dolayısıyla, ekonomiyi verimliliğe yöneltecek olan önemli bir sosyoekonomik unsurdur (81). Bilinçli tüketiciler sadece güvenli gıda değil aynı zamanda sağlık açısından da vücudun besin ihtiyaçlarını karşılamamanın yanı sıra insanın metabolik, fizyolojik faaliyetlerine fayda sağlayacak böylece hastalıklardan korunarak daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşama ulaşmaya yardımcı olacak gıdalar tüketmek istemektedirler. Son yıllarda, tüketicilerin beslenmeye ilişkin ilgileri ve bilinç düzeyleri hızla artış göstermiştir. Ancak konuya ilişkin bilgi düzeyinin artışına rağmen, en bilgili tüketiciler bile beslenme bilgilerini uygun tüketim kalıplarına dönüştürerek kullanmakta zorlanmaktadır. Yanlış beslenme bilgileri, sağlık iddiaları ve gıda reklamları tüketicileri yanlış yönlendirebilmektedir (82).

2.8.2. Tüketici davranışlarını etkileyen faktörler

2.8.1.1. Demografik faktörler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve meslek gibi demografik faktörler kişinin satın alma kararları üzerinde oldukça etkilidir (83).

2.8.2.2. Sosyokültürel faktörler

Eğitim: Bireylerin eğitim düzeyi, gıda satın alma ve tüketim davranışlarında etkili olmakta, eğitim düzeyi arttıkça satın alacakları gıda ürününde daha iyi kalite bekler hale gelmektedirler. Özellikle de gıda ürünlerinin sağlığa olan etkisinin bilincinde olmaları gıda ile ilgili beklentilerini daha önemli hale getirmektedir (84).

Kültür: Kültür; insanların yarattığı değerler sisteminin, tutum, ahlak, inanç, örf, adet, davranış, sanat yaklaşımlarının ve bir toplumda paylaşılan diğer sembollerin karışımıdır. Kültürel faktörler günlük yaşantımızın önemli bir kısmını oluşturduğundan, satın alma kararlarında etkilidir. Ne yenilip, ne giyileceğini büyük ölçüde kültür belirler (83).

Sosyal sınıf: Bir toplumdaki; hayat tarzı ve davranış biçimleri, benimsediği değerler, ilgiler olan, nispeten homojen bir alt bölüm olarak tanımlanabilir. Sosyal sınıf çok sayıda ortak nitelik (değer yargıları, meslek, yaşanılan yer ve tipi, gelir kaynağı vb.) tarafından belirlenir. Ancak sosyal sınıflar arasındaki sınırlar kesin olmayıp satın alma karar süreçleri ve davranış biçimleri farklılık gösterir.

Aile: Toplumdaki kültürel değerlerin iletimini üstlenen bir alt kültür olarak hizmet etmektedir. Çocuklar kültürel ve sosyal değerler ile tüketim alışkanlıklarını aileden kazanır ve yaşamları süresince onların izini taşırlar.

Danışma grubu: Yakın çevre (komşular, arkadaşlar vb.) ve dinsel kuruluşlar, dernekler, ticari örgütler gibi kuruluşlardır. Gruplarının üyeleri, bilgi,

tutum, değerler bakımından olduğu gibi satın alınan ürünün özelliği, markası ve yeri gibi konularda da etkileşimde bulunurlar (85).

2.8.2.3. Psikolojik faktörler

Güdüleme: Güdü, bireyi bir harekette bulunmaya veya bir hareket yolunu diğerine tercih etmeye isteklendirecek şekilde etkileyen kuvvet ve öğelerdir (86).

Algılama: Algılama kişinin çevresindeki çeşitli uyarıcıları duyu organları ile tanınmasıdır. İki yönlü bir süreç olup; tutumlar ve güdüler algılamayı, algılama da güdüler ve tutumları etkiler. (87).

Öğrenme: Geçmişteki tecrübelerden kaynaklanan bir davranış değişikliği olan öğrenme, insanın algılamasını etkileyen bir sebep şeklinde tanımlanabilir (88).

Tutum ve inançlar: Tutum ve inançlar tüketicilerin algılamalarını ve davranışları üzerinde doğrudan etkilidir. Tutumlar duyguları olduğu kadar düşünsel işlemleri de içerir. İnançlar ise, kişisel deneyimler veya dış kaynakların araştırılmasıyla elde edilen bilgiler sonucunda doğruluğu kanıtlanmış bilgi olarak verilebilir. Tutumlar inançları, inançlar da tutumları etkilemektedir (88).

Kişilik: Kişilik, insanın kendisine özgü biyolojik ve psikolojik özelliklerinin bütünü olup kişilik özellikleri satın alma davranışı üzerinde etkilidir (83).

2.9. Gıda Güvenliği, Gıda Güvencesi ve Hijyen

2.9.1. Gıda güvenliği

Gıda güvenliği; gıdanın tüketimiyle birlikte sağlık üzerinde tehlike oluşturmasıyla ilgilidir. Tehlike kavramı, DSÖ tarafından “kabul edilmeyen bir düzeyde bulunduğunda sağlık üzerinde olumsuz etkisi bulunan biyolojik, kimyasal veya fiziksel her türlü ajan” olarak tanımlanmaktadır (89).

Gıda güvenliği; tüketime uygun, güvenilir, sağlıklı, besin değerini kaybetmemiş gıda üretiminin sağlanması ve gıda kaynaklı hastalıkların ortaya çıkmasına yol açan biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenlerin önlenmesi amacıyla gıdaların üretim, işlenme, hazırlanma, depolanma ve tüketiciye ulaşma aşamalarında gerekli kurallara uyulması ve önlemlerin alınmasından oluşan sistem bütünü şeklinde tanımlanmaktadır (90). Ülkemizde ise güvenilir gıda 5179 sayılı kanunda, “raf ömrü süresince biyolojik, fiziksel ve kimyasal riskleri taşımayan gıdalar” şeklinde tanımlanmıştır (91).

Gıda güvenliğini sağlamak için üç temel prensibe bağlı kalınmalıdır. Bunlar; gıdalara sağlığa zararlı etkenlerin bulaşmasının önlenmesi, gıdalarda sağlığa zararlı etkenlerin çoğalması ve gelişmesinin önlenmesi ve bu etkenlerin gıdalardan uygun yöntemlerle uzaklaştırılması veya sağlığa zarar vermeyecek şekilde etkisiz duruma getirilmesidir (92).

Gıda güvenliği; sağlıklı, sağlığa yararlı ve sağlıklı durumu korunmuş gıda kavramlarını içermekte olup gıda güvenliğinin yeterince sağlanamaması gıdalara ilişkin temel sorunlardan biridir. Gıda güvenliği, DSÖ’nün 2008-2013 yılları arasındaki 13 hedefinden biri olan, tüm dünyada önem arz eden bir konudur (93).

Her yıl toplumun %25 ile 30'unun gıda kaynaklı bir hastalığa yakalandığı gelişmekte olan ülkelerde, gıda güvenlik sistemlerinin yetersiz oluşu nedeniyle, gıda kaynaklı hastalıklara ilişkin raporlamalar daha az yapılmaktadır (94).

Hem kalkınmış hem de kalkınmakta olan ülkelerde gıda kaynaklı birçok hastalığın ortaya çıkması dünya gündeminde gıda güvenliğinin önemini arttırmış ve “Gıda Güvenliği Yönetim Sistemleri” adı altında çeşitli uygulamalar gündeme gelmiştir. Bunlar arasında; İyi Tarım Uygulamaları (GAP), İyi Üretim Uygulamaları (GMP), İyi Hijyenik Uygulamalar (GHP), İyi Laboratuvar Uygulamaları (GLP) ile Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları (HACCP) sayılabilir. Günümüzde gıda işletmelerinde gıda güvenliğini sağlamanın en etkili yolu, gıda güvenliği yönetim sistemlerinin kurulması ve uygulanması olmuştur (95). Gıda güvenliğine ilişkin olarak temelde rekabet ve rekabetin devamlılığının sağlanması amacıyla “kalite kontrol ve yönetim sistemleri” oluşturulmuştur. Bu sistemlerin başlıcaları “ISO 9001 Kalite Standartları” ve “TS13001 Standardı”, uluslararası kabul görmüş olan HACCP prensiplerine dayalıdır (96). HACCP, gıda üretiminde “önleyici yaklaşım” prensibine göre geliştirilmiş bir sistemdir. Amaç gıda güvenliğini sağlamaktır (97).

Gıda güvenliği riski gıda üretim zincirinin herhangi bir yerinde meydana gelebilir. Bu nedenle gıda zinciri boyunca etkin bir kontrolün sağlanması gerekmektedir. Dolayısıyla gıda ile temas eden tüm birimler gıda güvenliğine katkı sağlamalıdır. Gıdalar oluşabilecek fiziksel, kimyasal ve biyolojik her türlü zararlı etkiden korunmalıdır. Ayrıca gıda bu korumaya maruz kalırken besin değerinden de kayıp olmamalıdır (97).

Gıda güvenliği; tüketicilerin bilinci, devlet tarafından oluşturulan mevzuat, üretici ve pazarlamacılar tarafından kullanılan yöntemler bütününden oluşmaktadır. Öncelikle bu üç unsur sorumluluklarını yerine getirmelidir (66). Ülkelerin yaşadığı gıda güvenliği sorunu, bu üç unsurdan herhangi birinin bu konuya yeterli önemi vermemesinden kaynaklanmaktadır. Öncelikle, tüketici tükettiği ürünü sağlığı açısından değerlendirip güvenilir olan gıdayı arz etmelidir; sonrasında, üretici ve firmalar bu arza karşılık bu konunun üzerine eğilip sorumluluklarını, devletin koyduğu kanun ve standartlarla öğrenmeli ve uygulamalıdır, son olarak devlet üretici ve firmalara gerekli denetimleri, gerektiğinde cezai yaptırımları uygulamalıdır.

Türkiye’de gıda mevzuatının AB ile uyumunun sağlanması için çeşitli çalışmalar (Türkiye’de Gıda Güvenliği ve Kontrol Sisteminin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi gibi) yapılmaktadır (98). En önemli amacı gıda güvenliğinin sağlanması olan “5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu 2010 yılında yürürlüğe konularak AB mevzuatına uyum sağlanmaya çalışılmış ve gıda güvenliği politikasının modernizasyonu için uğraşmıştır (99).

2.9.2. Gıda güvencesi

Gıda güvencesi, bütün insanların her zaman aktif ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan besin ihtiyaçlarını ve gıda önceliklerini karşılayabilmek amacıyla yeterli, sağlıklı, güvenilir ve besleyici gıdaya fiziksel ve ekonomik bakımdan erişimleri ve sürdürmeleri durumudur. Gıda güvencesi konusu yani insanların

sürdürülebilir, güvenilir, uygun fiyatta, kaliteli, sağlıklı beslenme alışkanlığını geliştirecek besinleri satın alma ve tüketme hakkına sahip olduğu 1992 yılında FAO ve DSÖ tarafından düzenlenen Uluslararası Beslenme Konferansı (International Conference on Nutrition) ve FAO'nun düzenlediği 1996 yılındaki Dünya Gıda Zirvesi'nde (World Food Summit) üzerinde önemle durulmuştur (100). Türkiye bu doğrultuda bir rapor hazırlamış ve mevcut durumu sunmuş, konferans kararlarına katılmayı onaylamıştır (101). 1996 yılında da izleme raporu ile mevcut durumdaki değişiklikleri ortaya koymuştur (102) .

Gerek gıda güvencesinin gerekse gıda güvenliğinin yoksunluğu ülkesel ve küresel sorunlara neden olmaktadır. Uluslararası Gıda Güvenliği Bilgi Ağı (FSIN), tarafından hazırlanan 2018 Küresel Gıda Krizleri Raporu'nda gıda güvencesizliği ve daha kötü koşullardan muzdarip insan sayısının 2016 yılında 48 ülkede 108 milyon olduğu ve bu sayının 2017 yılında 51 ülkede 124 milyona yükseldiği belirtilmektedir (103). Gıda ürünlerinin yaşamdaki vazgeçilmezliği ve ekonomik önemi düşünüldüğünde bir bütün olarak gıda güvencesi ve sağlık güvenliği, kamu otoritesi ve prosedürleri bakımından birinci sırada yer alan bir konudur. Halk sağlığının devamlılığının, güvenilirliğinin ve dengeli beslenmenin sağlanması ve artırılması konunun sosyal boyutunu kapsarken, insanların yüksek fayda sağlayabilecekleri tüketim bileşimlerini uygun fiyatlarda elde etmesi ekonomik boyutunu açıklamaktadır (104) .

2.9.3. Hijyen ve Sanitasyon

Yunanca'da sağlık anlamındaki “hygies” kelimesinden turetilmiştir ve sağlık bilimi ile sağlık hizmetleri gibi konuları içerir. Yani kişilerde sağlık için gerekli koşulların sağlanması ve srdrlmesi için gerekli olan uygulamalardır. Latince'de sağlık anlamına gelen “sanitas” kelimesinden gelen sanitasyon ise, alet-ekipmanda sağlık için uygun koşulların oluşturulması ve srdrlmesi gereken işlemlerdir ve hijyen ile sanitasyon aslında birbirini tamamlayan kavramlar olarak birlikte kullanılmaktadır (105). Gıda sektöründeki uygulamaları itibariyle sanitasyon ve hijyen, sağlık koşullarının oluşturulması ve sağlanması için alınan tüm önlemler olarak ifade edilmektedir. Bir başka ifadeyle, gıda işletmelerinde sanitasyon, güvenilir ve sağlıklı ürün elde edilmesi için hijyenik koşulların sağlanması amacıyla yapılan bilimsel uygulamalar olarak tanımlanabilir (106).

2.10. Gıda Kaynaklı Tehlikeler

Gıda güvenliği üzerinde tehdit oluşturan başlıca tehlikeler biyolojik, fiziksel ve kimyasal tehlikeler olarak sınıflandırılır. Sağlıklı ve güvenli gıdalar bu tehlikeler açısından temiz ve bozulmamış, aynı zamanda besin değerini koruyan gıdalar olarak tanımlanabilir.

Günümüzde gıda güvenliği birçok tehlike ile karşı karşıya olup üretim aşamasından sofralarımıza ulaşana kadar gıdalar pekçok etkenle karşılaşıp sağlığımızı bozma riskini doğurabilmektedir. Dünya nüfusundaki ve evre kirliliğindeki hızlı artış, eğitim yetersizliği, ekonomik güçsüzlük gibi nedenlere

bağlı olarak güvenli gıda temini zorlaşmakta ve beslenme sorunları derinleşmektedir (107).

2.10.1. Biyolojik tehlikeler

Biyolojik tehlikeler üç gruba ayrılabilir: Birincisi gıdanın yapısında doğal olarak bulunan zehirli kimyasal maddelerdir (filizlenmiş ve yeşillenmiş patatesten oluşan solanin, zehirli bal, zehirli mantarlar, bazı bitki meyvelerindeki siyanatlar vb.). İkincisi gıdalara bulaşan ve gıdaların üretim ve saklanması uygun koşullarda yapılmaması nedeniyle hızla üreyen mikroorganizmalar (bakteriler, parazitler, küfler), ve mikrobiyal toksinler ve virüslerdir. Üçüncüsü ise genetiği değiştirilmiş organizmalardır (GDO). Bakteriler bunlar arasında gıda zehirlenmelerine en fazla neden olan ve gıda güvenliğini en çok tehdit eden etkidir. Patojenik *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium botulinum*, *C. perfringens*, *Listeria monocytogenes* gıda zehirlenmelerinde etken olan bakterilerden bazılarıdır (108).

Az gelişmiş ülkelerde gıdaların ve suyun sebep olduğu ishallerle seyreden hastalıklar her sene, çoğunluğu çocuklar olan, yüz binlerce kişinin ölümüne sebep olmaktadır (107). Gıda zehirlenmeleri; güvenilir olmayan alandan gıda temini, gıda üretim ve hazırlığı aşamasında uygulanan işlemlerin yetersizliği, gıda hazırlayan veya sunan insanların kişisel hijyeninin yetersiz olması, kirli araç-gereçler ve su kullanımı, çiğ gıdaların işlenmiş gıdalarla teması, gıdaların uygun olmayan sıcaklıkta (7-60°C arasında) iki saatten uzun süre bekletilmesi, uygunsuz saklama koşulları gibi sebeplerle meydana gelebilmektedir. Gıda zehirlenmelerine

neden olan patojen mikroorganizmalar çoğunlukla gıda üretiminde çalışan insanlardan bulaşmaktadır. İnsanın elleri, burnu, boğazı, derisi, barsakları ve dışkısı bakterilerle yüklüdür. Mikroorganizmalar gıdalara doğrudan insanlardan öksürme ve hapşıрма yoluyla solunum sisteminden, enfekte açık yaralardan, dışkı-el ile ya da dolaylı olarak çiğ gıdalardan, hasta hayvan etleri, kesme tahtası, çöpler, kirli sular, kirli araç-gereçler, haşereleler, kemirgenler, evcil hayvanlar, toprak, hava, toz gibi kaynaklardan da bulaşabilmektedir (108).

Diğer bir biyolojik teklike olan genetiği değiştirilmiş oraganizmalar (GDO) ise biyoteknolojideki gelişmeler, gıdaya olan ihtiyacın artması, daha çok para kazanma ve diğer ülkeleri kontrol etme, teknolojik gelişmeler gibi nedenlerle gıda üretiminde kullanımı gün geçtikçe azımsanmayacak boyutta artan ürünlerdir.

2.10.1.1. Bakteriler

Bakteriler; canlıların yaşam döngüsünün temel elemanları arasında yer almaktadır. Her yerde bulunabilen bakteriler, çürüme olayında aktif rol alarak faydalı etkilerde bulunabildikleri gibi, pekçok bakterinin kendisi veya toksinlerinin besinlerle alınması insanlarda hastalıklara sebebiyet vermektedir. Bakterilerden bazılarının hastalık yapma gücü daha fazla olup ve birkaç tanesi dahi önemli hastalık tablolarına neden olabilmektedir. Gıda kaynaklı bakteriyel hastalıklar enfeksiyonlar ve intoksikasyonlar olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (109). Gıdalardan kaynaklanan Salmonellosis gibi enfeksiyonlar, insanların gıdaları tüketmeleriyle vücutta mikroorganizmaların üremesinden kaynaklanmaktadır. Gıda kaynaklı intoksikasyonlar ise, gıda üzerindeki bakterinin

ürettiği Staphylococcal enteretoksin ve Clostridium botulinum toksini gibi toksinlerin gıdanın tüketimiyle sindirim sistemine alınması sonucu meydana gelmektedir (110).

DSÖ' nün, 1993-1998 yılları arasında gıda zehirlenmelerini kontrol altına almak için 42 ülkede yapmış olduğu araştırma sonucunda, 23.538 besin zehirlenmesi vakası rapor edilmiştir. Raporda, gıda zehirlenmesine en sık neden olan bakterinin %77 gibi bir oranla Salmonella olduğu, Staphylococcus aureus'un ise %4 gibi bir oranla besin zehirlenmelerine en sık neden olan ikinci bakteri olduğu ifade edilmiştir (110).

2.10.1.2. Virüsler

Virüsler sadece canlı hücrelerin içinde çoğalarak gıda kaynaklı hastalıklara yol açabilen mikroorganizmalardır. Dünya üzerinde yaygın olarak görülen gıda zehirlenmelerinden bakteri kaynaklı olmayan birçoğunun virüslerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Virüsler özellikle enfekte kişiler, kirli sular, tarım arazilerinde kullanılan kirli sularla kontamine olmuş sebze ve meyveler ile kirli sulardan elde edilmiş kabuklu deniz ürünleri yoluyla gıda kaynaklı enfeksiyonlara neden olmaktadır. Hepatit A virüsü, Rotavirüs, Norwalk virüsü ve Astrovirüs gıda kaynaklı enfeksiyonlarla ilişkili olan başlıca virüslerdir. Gıda üretim alanlarında kullanılan suyun, kontrollü şebeke suyu olması büyük önem taşımaktadır. Yine gıda üretim alanlarında çalışanların el temizliğine özen göstermeleri virüs kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi ile yakından ilişkilidir. Dışkı ile enfekte

olmuş eller yoluyla besinlere geçen virüsler enfeksiyonların ana kaynaklarından (110).

2.10.1.3. Parazitler

Yaşamak ve beslenmek için hayvan veya insan türünde bir konakçıya ihtiyaç duyan canlılara parazit denir. Gıda kaynaklı hastalıklara neden olan parazitlere örnek olarak kanalizasyon, dışkıyla kirlenmiş yiyecekler ve suyla bulaşan *Entamoeba histolytica*, iyi pişmemiş veya çiğ etlerle bulaşan *Trichinosis*, *Taenia solium*, *Taenia saginata*, *Toxoplasma gondii*, *Giardia lamblia* gibi protozoonlar verilebilir (112).

2.10.1.4. Küfler

HACCP sistemine göre, küflerin kendilerinin değil, meydana getirdikleri mikotoksinlerin “tehlike” olduğu ifade edilmektedir. Mikotoksinler, gıda ve yemlerde doğrudan küf bulaşması ve gelişmesi sonucu oluşabildikleri gibi, dolaylı olarak mikotoksin içeren yemle beslenen hayvanların yumurta, et ve sütlerinde de bulunabilmektedirler. Mikotoksin oluşumu bazen sistemik enfeksiyon şeklinde tüm bitkiyi etkileyebilmekte, bazı tarımsal ürünlerde ise daha tarladayken bitkiye görünür herhangi bir zarar vermeden başlayabilmektedir (111).

Bugün önemi vurgulanan başlıca mikotoksinler; okratoksin A, aflatoksinler, sterigmatosistin, patulin, zearalenon ve trikotesenler olup 300’ün üzerinde tanımlanmış mikotoksin bulunmaktadır (111).

Aflatoksinler hakkında en fazla bilgiye sahip olunan mikotoksindir. Aflatoksinlere bağı olarak meydana gelen zehirlenmeye “aflatoxicosis” ismi verilmektedir. Aflatoksinler, *Aspergillus flavus* ve *Aspergillus parasiticus* küflerinin oluşturduğu toksik bileşiklerdir. Aflatoksinler özellikle depolama sırasında pekçok gıda ürünü ve hayvan yeminin uygun olmayan sıcaklık ve nem ortamında bekletilmesiyle çoğalan küfler sebebiyle oluşur (111). Günümüzde önemli olan 6 aflatoksin türü vardır. Bunlardan, B1, B2, G1, G2, çeşitli besinlerde bulunurken, M1 ve M2 daha çok hayvan yemlerinde bulunan türlerdir . Gıdalarda tespit edilen aflatoksin seviyeleriyle Hepatit B ve karaciğer kanseri görülme sıklığı arasında önemli düzeyde ilişki saptanmıştır. Aflatoksinlerin hedef organı karaciğer olmakla beraber, diğer dokularda da hasar veya tümörlerin oluşumuna yol açabilirler (106).

Okratoksin A da, gıdalarda çok sık saptanmakta ve üzerinde en fazla çalışılan mikotoksinler arasında bulunmaktadır (106). Okratoksin A; yer fıstığı, soya fasulyesi, yulaf, arpa, mısır, kuru fasülye, kahve ve kakao çekirdeği, turunçgiller gibi gıdalarda küflerin çoğalmasıyla meydana gelir. Bu toksinin neden olduğu sağlık sorunları arasında tümörler ve böbreklerde küçülme yer almaktadır (111).

Bir diğer mikotoksin olan patulin; düşük pH değerlerinde ve sıvı ortamlarda yüksek sıcaklıklarda dahi stabilitesini koruyabilen bir toksindir. Patulin en fazla, küflü ekmekler, elma suları ve üzüm, şeftali gibi diğer meyve sularında küflerin çoğalmasıyla meydana gelmektedir. Elmalarda patulin oluşumu, küflenmenin sebep olduğu çürümeyle ilişkilidir. Elmaların çürük

kısımlarının kesilip atılmasıyla, elma sularındaki patulin düzeyi %93 oranında azaltılabilmektedir. Patulinin; bulantı ve kusma, dokularda hemoraji, ödem bulgularına sebep olmasının yanısıra karsinojen etkiye de sahip olduğu ifade edilmektedir (106).

2.10.1.5. Prionlar

Virüs veya hücreyel organizma olmayan prionlar, hayvanlardaki nörolojik dokuların düzenli bileşenlerini oluşturan proteinlerdir (111). Deli dana hastalığı Nakledilebilir Süngerimsi Beyin hastalıkları (TSE) olarak bilinen, insanlarda ve farklı hayvan türlerinde de ortaya çıkan hastalıkların etkeni patojenik prion (PrPsc) olarak bilinen anormal yapıda bir proteindir. İnsanlardaki TSE formlarından en önemlisi "yeni varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığı (nvCJD)" olarak bilinen ölümcül hastalıktır (113). Kesin olarak ispatlanamamakla birlikte, insanlara kontamine sığır etleriyle bulaşabildikleri öne sürülmektedir. Hastalığın hayvanın kas dokuları ile taşınma olasılığının düşük olduğu ancak, sakatat jelatin ve beyinde bulunma olasılıklarının bulunduğu, konserve üretiminde kullanılan ısıtma işlem uygulamalarında dahi yok edilemediği belirtilmektedir. Dolayısıyla, şayet hammaddede bulunmakta iseler, prionları sonrasında ortadan kaldırabilecek teknolojik bir yöntem veya süreç bulunmamaktadır (106). Prionlar nedeniyle meydana gelen hastalığın içyüzünde, santral sinir sistemindeki hasar bulunmakta olup bu hasar beyin dokusunda anormal yapıdaki proteinlerin birikmesi sonucu meydana gelmektedir. Tüketiciler açısından majör risk, mezbahadaki işlemler

süresince et ürünlerinin santral sinir sistemi dokusu tarafından potansiyel kontaminasyonudur (111).

2.10.1.6. Algler

Pyrrophyta (dinoflagellatlar) ve Cyanobacteria (mavi-yeşil alg) cinsi alglerden bazı türler diğer bazı canlılar için toksik olan bileşikler üretmektedirler. Bu toksinler su ürünleri yoluyla insanlara geçerek çeşitli zehirlenme türleri sergilerler. Yüksek sıcaklıklara ve aside dayanıklı olan Ciguatera toksini (Ciguatoxin) isimli alg toksini de birçok balık zehirlenme vakasında etkindir (106).

2.10.2. Fiziksel tehlikeler

Gıdalarda bulunmaması gereken yabancı maddeler (plastik, cam kırıkları, kağıt, kemik, taş, metal parçaları, toprak, tahta, tırnak, saç, sinek, böcek, vb.) fiziksel tehlikelerdir. Bunlar hileyle eklenebilecekleri gibi hammadde elde etme, üretim, saklama, paketleme, taşıma veya tüketim aşamalarında çevreden gıdalara bulaşabilirler. Bunların yanısıra gıdayla ilgisi olmasa da gıdanın uzun süre gürültü, titreşim, yüksek sıcaklık veya soğukla karşılaşması da gıdayı zararlı hale getirebilen diğer fiziksel tehlikelerdir (114).

2.10.3. Kimyasal tehlikeler

Kimyasal tehlikeler içerisinde; gıdanın içinde bekletildiği veya saklandığı kaptan çözünme ile geçen veya çevresel atıklardan bulaşan metaller (kurşun,

kadmiyum, civa vb.), tarım ilaçları, sanayi kimyasalları, dioksinler, pestisitler ve veterinerlik ilaçları kalıntıları, iyi durulanmayan kaplardan geçen deterjan artıkları, gıda ambalajlarından bulaşan kimyasallar ve önerilen miktarlarından fazlası kullanılabilen gıda katkı maddeleri bulunmaktadır. Gıda katkı maddeleri ve gıdalara dışarıdan bulaşan kimyasallar hücreler için yabancı (toksik) olan, insan ve hayvan vücudunda metabolize edilemeyen maddelerdir (108).

Kimyasal tehlikeler arasında ilk sırada tarımsal kimyasallar bulunmaktadır. Bunlar gıda üretiminde kullanılan fungusitler, insektisitler ve fertilisitler ile çiftlik hayvanları üretiminde kullanılan pestisitler, büyüme hormonları, antibiyotikler olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır (114).

Diğer bir kimyasal tehlike olan sanayi kimyasalları; pest kontrolü, besin üretiminde kullanılan aletler, temizlik, sanitize ekipmanları olarak yağlama ekipmanlarında kullanılmaktadır. Besinle temas eden yüzeyler ve besin için kullanılan ekipmanların sanayi kimyasallarının toksik düzeyleriyle teması önlenmelidir. Çevresel kimyasalların içinde ise civa, arsenik, kurşun gibi maddeler bulunmaktadır (114).

Gıda olmadığı halde gıdalara herhangi bir amaçla dışardan eklenen veya çeşitli kaynaklardan karışan kimyasal maddeler insan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Tüketiciler her gün çok sayıda farklı kimyasal madde ve gıda katkı maddesinin (GKM) etkilerine maruz kalmaktadır.

Son 15 yıl içinde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada gıda üretiminde hormonlar, katkı maddeleri ve tarım ilaçlarının kullanımında ciddi artış olduğu bilinmektedir. Örneğin sadece İngiltere’de bir yıl içinde kullanılan

GKM'nin toplam ağırlığının iki yüz bin tondan fazla olduğu sanılmaktadır. Kimyasalların, hormonların ve GKM'nin insan sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilere örnek olarak olarak; kalp hastalıkları, kanserler, cilt hastalıkları, sindirim bozuklukları gibi birçok hastalığın yanı sıra, alerji, kaşıntı, sinirlilik, uykusuzluk gibi rahatsızlıklar verilebilir.

Günümüzde çeşitli amaçlarla 80.000 civarında kimyasal madde kullanılmakta olup bunların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle 1940'lardan sonra artış gösteren kimyasal madde kullanımı; 1950 yılında 7 milyon tona, 1985 yılında 250 milyon ton/yıl'a yükselmiştir. Bugün bu sayı 400 milyon ton/yıl civarına ulaşmıştır. 1960'lı yıllarda kimyasal maddeler için risk yönetimi uygulamalarının geliştirilmesiyle güvenli kimyasal kullanımı olanağı sağlanmıştır. Gıdalarda bulunan kimyasal maddelere bakıldığında gıda katkı maddeleri en fazla denetlenen grubu oluşturmaktadır, çünkü toplumdaki her birey bilerek veya bilmeyerek doğumundan ölümüne kadar tükettiği herhangi bir besinden dolayı gıda katkı maddesine maruz kalmaktadır (115).

2.10.3.1. Gıda katkı maddeleri

GKM, gıdalarda dayanıklılığı artırmak, mikrobiyolojik bozulmaları önlemek, teknolojik işlemlere yardımcı olmak, besleyici değerlerini korumak; renk, görünüş, lezzet, koku gibi duyuşal özelliklerini düzeltmek gibi pekçok amaçla yüzlerce hazır gıdanın üretiminde kullanılmaktadır (108). Bilimsel çalışmalar sonucunda DSÖ ve Amerikan İlaç ve Gıda Örgütü (FDA) tarafından kabul edilen günlük kabul edilebilir gıda katkı maddesi miktarına dayanarak, her

ülkenin gıda otoriteleri katkı maddesinin katılabileceği gıdaları ve katılma miktarını kendi ülkelerinin koşullarına göre belirlemektedir. Gıda üretiminde kullanılmasına izin verilen kimyasal maddelerin mevzuata uygun olarak kullanılmaması, satışa sunulan ürünlerde kalıntı analizlerinin yapılarak risk değerlendirmelerinin yapılmaması, madde kullanımının uygun ve sürekli olarak kontrolünün yapılmaması, üreticilerin bilinçsizliği gibi nedenler GKM'den kaynaklanan olumsuzluklardır (116).

a.Tatlandırıcılar

Pekçok gıdanın üretiminde kullanılan tatlandırıcıların çoğunluğunu sentetik olarak üretilen aspartam, sakarin, sukraloz, maltitol, siklamat, glisirhizin, sulfam, aktilol gibi maddeler oluşturmaktadır. Bunların dışında, yüksek fruktozlu mısır şurupları, hidrolize nişasta şurupları, fruktoz, sukroz, glukoz gibi tarımsal kaynaklı doğal tatlandırıcılar da bulunmaktadır (117). Tatlandırıcılar meşrubatlar, enerji içecekleri, sodalar, şekerlemeler, sakızlar, diyet ürünleri, fırın ve pasta ürünleri gibi pekçok gıdanın üretiminde kullanılabilir. Doğal tatlandırıcılara (pancar şekeri) kıyasla sentetik tatlandırıcıların tatlandırıcı özelliği 30-500 kat daha fazladır. Aynı zamanda daha ucuza imal edilebildikleri için de maliyeti düşürmek amacıyla çoğunlukla sentetik tatlandırıcılar kullanılmaktadır (118). Tatlandırıcıların sebep olabildikleri sağlık sorunlarının kalp, deri, sindirim sistemi rahatsızlıkları, kan ve lenf kanseri, tümör oluşumu, alerjik ve toksik ve reaksiyonlar olduğu; yine özellikle gebeler ve emziren kadınlarda olumsuz etkilerinin olabileceği ifade edilmiştir (117).

b. Renklendiriciler

Gıda üretiminde renklendirici olarak pekçok sentetik boya kullanılmakta olup alkolsüz meşrubatlar, içecekler, konserve, ketçap, hazır çorbalar, yoğurt, sosis, salata sosları, unlu gıdalar, balık, dondurma, şekerlemeler, reçel , bisküvi ve sakızlar kullanıldıkları gıdalar arasındadır. Renklendiricilerin yol açabildiği sağlık sorunlarının deri döküntüleri, astım, aşırı duyarlılık, aspirin duyarlılığı, tiroid tümörü, kanserler, migren, erken doğum, kromozom zedelenmesi olduğu belirtilmiştir (117). Bunun yanında, özellikle 3-9 yaş çocuklarda hiperaktivite gibi davranış bozukluklarına yol açtıkları ifade edilmiştir. İngiltere’de yapılan araştırmalar, renklendiricilerin kullanıldığı şekerlemelere ve meyveli içeceklerle bağlı olarak, çocuklarda gözle görülür davranış değişikliklerinin oluştuğunu göstermiştir. Bu nedenle İngiltere’de çocuklarda görülen hiperaktif davranışlar ile yiyecek ve içeceklerdeki katkı maddeleri arasında bariz bir ilişki olduğu konusunda ailelere uyarı yapılmıştır (119).

c. Benzoik asit ve bileşikleri

Antimikrobiyal özelliklerinden dolayı çikolata, içecekler, sıvı ve katı yağlar, fırın mamulleri, kuru maya, soslar, mayonez, ketçap, süt tozu, çerez, yumuşak şeker, sakız, salata gibi gıdalarda, bunların haricinde diş macunları, ilaçlar, öksürüğe karşı yapılan antiseptik ve merhemlerde ve bazı kozmetik ürünlerde kullanılabilmektedirler (108). Benzoik asit ve bileşiklerinin neden olabilecekleri olumsuzluklar ürtiker, deride kaşıntı, kızarıklık, ağrı ve şişlik, aşırı

duyarlılık, astımda tetiklenme, beyinde zedelenme, sinirsel bozukluklar, kilo kaybı, östrojen hormonlarının artışıyla hormon dengesinde bozulma, çocuklarda hiperaktivite ve tümör oluşumu şeklinde sıralanabilir (120).

d. Melamin

Sentetik ve ölümcül bir kimyasal olup gıdalarda nitrojen (protein) azlığını ortadan kaldırmak amacıyla kullanılan melamin kahve, süt, süt tozu, sütlü mama, sütlü çikolata, dondurma, gibi gıdaların üretiminde kullanılabilmektedir. Özellikle Çin'den ithal edilen bu tür gıdalarda melaminin yüksek oranda tespit edildiği ithalat yapılan ülkeler tarafından ifade edilmiştir. Melaminin bunların dışında yapıştırıcılar, plastik ürünler, beyaz yazı tahtaları, tezgahlar, gibi bazı araç-gereçlerin yapımında da kullanılabilmektedir. Melaminin insanlar üzerinde önemli olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiş olup buna örnek olarak Çin'de melamin içeren mamaları yemeleri sonucunda dört çocuğun ölümü ve on binlerce çocuğun hastalanması verilebilir (117). Hayvanlarda yapılan çalışmalar ise melaminin üremeye olumsuz etkisinin olduğunu, kanser ve böbrek yetmezliğine yol açabildiğini göstermiştir (121).

e. Butillenmiş hidroksianisol (BHA) ve butillenmiş hidroksitoluen (BHT)

BHA ve BHT içecekler, patates cipsi, sakız, katı ve sıvı yağlar, tahıl ve ürünleri gibi gıdaların üretiminde kullanılabilmektedir (117). Yapılan çalışmalarda BHA ve BHT'nin farelerde kanser oluşturması nedeniyle insanlarda

da kanser oluşturabileceği olasılığı olduğu belirtilmiştir. Bu maddelerin hiperaktivite, alerjik reaksiyonlar, östrojenik etkiler, hiperkolesterolemi, böbrek ve karaciğer fonksiyon bozuklukları gibi sağlık sorunlarına yol aabildikleri kaydedilmiştir. Ayrıca bu maddelerin pekçok ülkede bebek mamalarında kullanılmasına izin verilmemektedir (122).

f. Olestra

Olestra yağ asidi bazlı sukroz ekstresinden oluşturulmuş; lezzet, dayanıklılık, görünüm ve ısı açısından normal yağlara benzetilmiş, enerji değeri olmayan, yağsız patates cipsi gibi ürünlerin üretiminde ve özellikle kızartmalarda yağ yerine kullanılan sentetik bir maddedir. Bu maddenin neden olabildiği sağlık sorunları arasında sindirim sistemi rahatsızlıkları, karın ağrıları, ishal, beden gücünde azalma ve ayrıca retina ve görme bozukluğu, prostat ve akciğer kanserleri, yaşlanma gibi sağlık sorunları ve ölümler bulunmaktadır Sentetik katı yağ (olestra yağı) A, D, E ve K vitaminleri (yağda çözünen vitaminler) ve karotenoid gibi besin maddelerini bağlayarak bağırsaklardaki emilimlerini azaltıp bu maddelerin vücut tarafından alınmadan atılmasına yol açar. Suda çözünmeyen, kanserojenik dioksinler ise olestra içerisinde çözünerek insan bağırsaklarından kolay emilirler (123).

g. Kısmen hidrojene nebati yağ (trans yağlar)

Bunlar yüksek basınç ve sıcaklık altında hidrojenle doyurulmuş ayıek, mısırözü ve zeytin yağlarından elde edilen katı yağlardır. Trans yağların

üretiminde kullanıldığı gıdalar arasında ekmek, kızartmalar, aperitif yiyecekler, salata, salata sosu, margarin, kuru pasta, kremalı bisküvi, şekerlemeler, çikolata, krakerler, cipsler, patlamış mısır bulunmaktadır. Trans yağların insan sağlığı için doymuş veya hayvansal yağlardan çok daha tehlikeli olduğu ifade edilmiştir. Bu yağların koroner damar hastalıklarında üç kat risk artışı oluşturduğu, kanser riskini beş katına çıkardığı, toplam ve LDL kolesterol düzeyini yükselttiği, HDL kolesterol düzeyini düşürdüğü, bağışıklık sistemini zayıflattığı, pankreasın insülin tepkisini azalttığı ve aşırı şişmanlığa neden olduğu belirtilmiştir (124).

h. Sodyum nitrit ve nitrat

Nitrat doğal olarak bitkilerde, suda ve toprakta sodyum nitrat(NaNO_3), bazen de potasyum nitrat(KNO_3) halinde bulunur. İnsanlar ilaç, su, yiyecekler vasıtasıyla sürekli olarak nitrat ve nitrit almak durumunda kalırlar. Alınan nitrat, nitrit miktarı genellikle düşüktür ve zararlı sonuçları yoktur. Fakat yüksek konsantrasyonlarda veya özel koşullarda alınmaları önemli hastalıklara veya ölüme neden olabilir (125).

Bu katkı maddeleri antimikrobiyal özellikleri ve doğal renklerinin korunması amaçlarıyla hazır et yemekleri, sucuk, salam, sosis, tütsülenmiş balık, tuzlanmış biftek gibi et ürünlerinde kullanılabilmektedir (108). Nitrat, tek başına zehirli değildir. Büyük kısmı midede sindirimle değişime uğrar. Bu değişim sonucunda nitrat, nitrite dönüşür. Akabinde aminlerle birlikte nitrozaminlere dönüşür. Birçok nitrozamin kanser yapıcıdır (125). Akciğer, gırtlak, karaciğer, pankreas, mide, böbrek kanserlerinin oluşumunda rol oynadıkları tespit edilmiştir.

Nitrit ve nitratın baş dönmesi ve nefes darlığı gibi rahatsızlıklara, ayrıca venöz kan basıncını düşürmelerine bağlı olarak, hipotansiyona ve dolaşım kollapsına neden olabildikleri belirtilmiştir. Bebek, çocuk ve gebelerin bu tür gıdaları yemesine izin verilmemesi gerektiği belirtilmiştir (108,117). Nitritler kanda hemoglobinle birleşerek methemoglobin oluşturup hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini önler. Bebeklerde, methemoglobine bağlı olumsuzluklar genellikle hazır mama ile bebeğin beslendiği ve mama hazırlanmasında nitrat içeren su kullanıldığı durumlarda görülür (117).

i. Monosodyum glutamat

L-glutamik asitin sodyum tuzu olan monosodyum glutamat (MSG) gıdalara lezzet vermek amacıyla eklenen serbest aminoasitlerdendir. Melas, nişasta, şeker pancarı veya şeker kamışı gibi materyallerden elde edilmektedir. Özellikle et ürünlerinde lezzet açısından yaygın kullanım alanına sahiptir. Fakat sağlık üzerinde bazı olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır. Baş ağrısı, bulantı, taşikardi, göğüs ağrısı, uyuşukluk ve güçsüzlük gibi semptomlar ile alerjik reaksiyonlar, astım, beyin tümörleri, Alzheimer ve Parkinson hastalığı ile bazı miyokardiyal ve hepatik hastalıklarla bağlantılı olabileceği belirtilmektedir. Yenidoğan deney hayvanlarının hipotalamusunda lezyonlar oluşturduğu saptanmış ve bebek mamalarında kullanımı yasaklanmıştır (125).

2.11. Gıda Kaynaklı ve Gıda İlişkili Hastalıklar

2.11.1. *İnfeksiyöz hastalıklar*

DSÖ Gıda kaynaklı hastalıkları “gıda veya suyun tüketilmesiyle meydana gelebilen enfeksiyöz ya da toksik karakterli hastalıklar” olarak tanımlamıştır. Bilinen gıda kaynaklı hastalık sayısının 250’den fazla olduğu ifade edilmekte ve bu hastalıklara neden olan değişik türde birçok mikroorganizma bulunmaktadır. Gıda kaynaklı hastalıklar dendiğinde gıdalarda primer olarak bulunan ya da sekonder olarak bulaşmış olan patojen virus, bakteri, mantar ve parazitlerin kendilerinin ya da oluşturdıkları ekzotoksin ve endotoksinlerin besinler vasıtasıyla alınmasıyla ortaya çıkan hastalıklar anlaşılmaktadır. Ayrıca, toksik etkisi olan bazı maddeleri içeriğinde bulunduran ya da toksik maddelerle kontamine gıdaların tüketilmesi ile de hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (126).

Gıda kaynaklı hastalıklar insanlığın başlangıcından beri tüm toplumlar için önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmuş ve dünyadaki sosyoekonomik kalkınmaya önemli bir engel teşkil etmiştir. Bu hastalıkların türleri, şiddeti ve etkileri çağlar boyunca değişmiştir ve hala bölgeler, ülkeler ve topluluklar arasında çeşitlilik göstermektedir. Gıda kaynaklı hastalıklar dünya çapında sosyoekonomik gelişmeye önemli bir engel teşkil etmektedir. Ancak güvensiz gıdaların, özellikle kimyasal ve paraziter kirleticilerin neden olduğu hastalık yükünün tam kapsamı bilinmemektedir. DSÖ Gıda Kaynaklı Hastalık Yüğü Epidemiyoloji Referans Grubu (FERG) tarafından hazırlanan raporda küresel gıda kaynaklı hastalık insidansı, mortalite ve DALY üzerinden hastalık yükü tahminleri hesaplanmıştır. Raporda 31 gıda kaynaklı tehlike (11’i ishalli hastalık

etkeni, 7'si invaziv enfeksiyon etkeni, 10'u helmint enfeksiyonları ve üçü kimyasal madde) yer almaktadır. Bu 31 gıda kaynaklı tehlike 2010 yılında 600 milyon hastalık ve 420.000 ölüme neden olmuştur. 31 tehlikeye bağlı gıda kaynaklı hastalıkların küresel yükü, 2010 yılında 33 milyon DALY olup; gıda kaynaklı hastalık yükünün % 40'ı beş yaş altı çocuklar arasındadır (18).

Tüm ülkeler için hala ortak olan bazı zorluklar mevcuttur. Yediklerinden dolayı hastalanan insanların sadece küçük bir kısmı tıbbi yardım aramaktadır ve gıdalardaki tehlikelerden dolayı oluşan bu olguların az bir kısmı kayıtlı resmi hastalık istatistikleri ve halk sağlığı otoritelerine bildirilmektedir. Kontamine olmuş gıda alımından çok sonra ortaya çıkan kanser, böbrek veya karaciğer hastalıkları gibi belirli kronik hastalıklarda nedensel bağlantı asla yapılamaz. Bu, gıda kaynaklı hastalıkları ölçmedeki zorluklara ve yaşam ve ekonomilerde aldıkları paya işaret etmektedir (18).

Günümüzde hala gıda ile bulaşan hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu konumundadır ve toplum sağlığının korunması için gün geçtikçe kazandığı önem artmaktadır. Dünya nüfusundaki ve uluslararası gıda ticaretindeki hızlı artış, kırsaldan kente göçün artışı, tarımsal üretim teknikleri ile gıda üretimi ve işleme teknolojilerindeki değişiklikler, iklim değişiklikleri, turizmdeki artış, insanların beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzlarındaki değişiklikler, bağışıklık sistemine ilişkin sorunlara bağlı olarak hastalıklara duyarlı birey sısındaki artış, antimikrobiyal direnç ve mikrobiyal adaptasyon gibi faktörler gıda kaynaklı patojenlerin epidemiyolojisinde de önemli değişikliklerin ortaya çıkışına zemin hazırlamıştır. Bu tablo küresel düzeyde yeni

ortaya çıkan ve yeniden önem kazanan gıda kaynaklı enfeksiyon ve zehirlenmelerin görülme sıklığının ciddi düzeyde artışına yol açmıştır (127). Gıda kaynaklı enfeksiyonlar geniş alanlara yayılmayan, tek bir vaka olarak görülebildiği gibi kontamine gıdadan kaynaklanan, birden fazla kişinin etkilendiği bir salgın şeklinde de ortaya çıkabilir (128).

FAO ve DSÖ Gıda Güvenliği Uzman Komitesi, kontamine gıda tüketiminin neden olduğu gıda kaynaklı hastalıkların, dünyada en sık görülen sağlık problemi olduğuna dikkat çekmiştir (22). Bu hastalıkların global insidansının tahmini oldukça zor olmakla birlikte; DSÖ tarafından 2005 yılında 1.8 milyon kişinin ishale seyreden hastalıklar nedeni ile öldüğü bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde her yıl nüfusun yaklaşık %30'unun gıda kaynaklı hastalıklara yakalandığı rapor edilmektedir. Epidemiyolojik çalışmaların uzun zamandır düzenli olarak yapıldığı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 48 milyon insanın gıda kaynaklı patojenler ile enfekte olduğu belirtilmekte, bu da her yıl 6 kişiden 1'inin gıda kaynaklı hastalık yaşadığını göstermektedir. Bunların 128.000'inin hospitalizasyon, 3.000'inin ölüm ile sonuçlandığı ve tedavi masraflarının yaklaşık 77 milyar doları bulduğu ifade edilmiştir (23). DSÖ son yıllarda birçok ülkede özellikle salmonella, EHEC, cryptosporidium gibi patojenlerin neden olduğu gıda kaynaklı zehirlenmelerde çok ciddi boyutlarda artış olduğunu bildirmektedir (129). DSÖ'nün 2006'da başlattığı Gıda Kaynaklı Hastalıkların Küresel Yüğü Tahmin Etme Girişimi ile gıda kaynaklı hastalıklara bağlı küresel hastalık yükü ve ölümlerin ölçümü hedeflenmiştir. DSÖ bu amaçla 2007'de Gıda Kaynaklı Hastalık Yüğü Epidemiyolojisi Referans Grubu

(Foodborne Disease Burden Epidemiology Reference Group–FERG)’nu kurmuştur (18).

Gıda kaynaklı hastalıkların kontrol altına alınabilmesinde, ulusal ve uluslararası işbirliğini gerektiren multidisipliner; kısa, orta ve uzun vadeli stratejilerle yürütülen epidemiyolojik çalışmalar büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarla bu hastalıklara neden olan etkenlerin tanımlanması, bulaş kaynaklarının tespiti ve önlenmesi amaçlanmaktadır. Bazı gelişmiş ülkelerle birlikte ABD’de gıda kaynaklı hastalıklara yönelik ulusal sürveyans programları geliştirilerek uygulamaya konmuştur. ABD’de 1996’dan itibaren Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC, Centers for Disease Control and Prevention), Yeni Enfeksiyonlar Programı (EIP, Emerging Infections Program), ABD Tarım Bakanlığı (USDA, US Department of Agriculture) ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA, US Food and Drug Administration) ile Gıda Kaynaklı Hastalıklar Sürveyans Ağı adı altında ortaklaşa bir proje yürütülmektedir. FoodNet (Foodborne Diseases Active Surveillance Network) kapsamında Salmonella, Shigella, Yersinia, Listeria, Campylobacter, Cryptosporidium, STEC (shiga toxin-producing Escherichia coli) O157, Cyclospora, STEC (shiga toxin-producing Escherichia coli) non-O157 ve Vibrio üzerinde sürveyans çalışmaları sürdürülmektedir (130,131).

Avrupa’da da gıda kaynaklı patojenlere yönelik olarak geliştirilmiş olan birden çok sürveyans sistemi bulunmaktadır. Örneğin antimikrobiyal direnç profilleri ile birlikte Salmonella, verositotoksijenik E. coli ve L. monocytogenes salgınları PulseNet Europe sürveyans sistemi üzerinden; Salmonella ve E. coli

O157 infeksiyonlarının s rveyansları EnterNet ağı üzerinden saptanmaktadır (132).

Dünya genelinde gıda kaynaklı infeksiyonların sorumlusu olan vakalar, salgınlar ve ölümlerin büyük  o unlu unda kaynak bakteriyel patojenlerdir. Gıda kaynaklı enterohemorajik E. coli, salmonella infeksiyonları ve hepatit A salgınları geli mi  ve gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (133). Hastalıkları  nleme ve Kontrol Merkezi (CDC) verilerine göre; Amerika Birleşik Devletleri'nde 1988-1992 arasında gıda ile bulaşan hastalık salgınları arasında Salmonella spp. birinci sırada yer almakta bunu Shigella spp., Clostridium p e r r i n g e n s ve Hepatit A virusu (HAV) izlemektedir (134). İtalya'da 1996 yılında bildirilen 26.000'in üzerinde gıda kaynaklı hastalık vakasının çoğunluğunun Salmonella spp. ve HAV'dan kaynaklandığı görülmüştür (24).

2000'li yılların ba larına doğru, tüketim alışkanlığı değişiklikleri ve demografik değişiklikler, gıdaların yol açtığı tehlikelere ilişkin bilincin artışı, gıdaların hazırlanma ve işlenme yöntemlerindeki gelişmeler gibi faktörlerle gıda kaynaklı enfeksiyon hastalığı epidemiyolojisinde değişiklikler olduğu görülmüştür. Bu süreçte yeniden ortaya çıkan ve yeni tanımlanan gıda kaynaklı patojenlerin bazıları az, bazıları ise hayatı tehdit edecek kadar ciddi riskler doğurabilir. Gıda  retimi ve işlenmesi sürecinde kaliteli ve güvenli prosedürlerin uygulanmasında artış olsa da birçok gıda kaynaklı salgınlar bildirilmeye devam etmiştir (24). Bu süreçte yeni tanımlanmış olan gıda kaynaklı etkenler; Cyclosporidium, Enterohemorajik E. coli, Campylobacter, Listeria ve Cyclospora'dır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde 21.yüzyılın ba larında; temiz

su kaynaklarının azalması, mikrobiyal ve diğer ekolojik sistem değişiklikleri, iklim değişiklikleri gibi çevresel değişiklikler ve nüfus artışı, kırsal alanlardan kentlere göçler, plansız yerleşme gibi demografik değişikliklere bağlı olarak, gıda kaynaklı hastalıklarda artış olacağı öngörüsü oluşmuştur (133).

Bazı gıda patojenlerinin sıklıkla özgül bazı gıdalarla ilişkili olduğu görülmektedir. Buna örnek olarak tavuk etinden *Salmonella* ve *Campylobacter* türleri, sığır etinden *E. coli* O157:H7, tüketime hazır gıdalardan *L. Monocytogenes*, yumurtadan *S. Enteritidis*, ev yapımı konservelelerden *C. Botulinum*, deniz ürünlerinden *Vibrio* türleri, domuz etinden *Trichinella* türleri , kabuklu deniz ürünlerinden *Norovirus* ve süt ürünlerinden *Brucella* türlerinin sıklıkla izole edilmesi verilebilir (135).

2.11.2. Kronik hastalıklar

2.11.2.1. Kronik hastalıkların önemi

DSÖ; en az 3 ay süren, bulaşıcı hastalıklar gibi aniden ortaya çıkmayıp sinsi ilerleyen, uzun süre fark edilmeyen, geriye dönüşü olmayan bozukluklar ve birikimlere yol açan ve bütüncül olarak tedavisi mümkün olmayan hastalıkları kronik hastalık olarak tanımlamaktadır. Ortaya çıkışı uzun zaman alabilen bu hastalıklarda en az genetik yatkınlık kadar önemli rol oynayan diğer bir faktör yaşam biçimi davranışlarıdır (16). Bu hastalıkların sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği ve alkol kullanımından oluşan yaşam biçimiyle ilişkili önlenabilir ve ortak risk faktörleri ile bağlantılı oldukları kabul edilmektedir (16).

DSÖ'nün verilerine (2012) göre, dünya nüfusunun %13,2'si iskemik kalp hastalıklarından ve %11,9'u inmeden dolayı; bunun yanında gelişmiş ülkelerdeki bireylerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdekilerin ise %40-50'sinin yaşam biçimine bağlı nedenlerden öldüğü belirtilmektedir (28). Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıklarının bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en başta yer aldıkları, düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunluğunda görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en fazla engelliliğe ve ölüme neden olan hastalıklar oldukları belirtilmektedir. Tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan 30-70 yaş arası erken ölüm hızı % 71 olup bu hastalıklara bağlı olarak erken ölen kişi sayısı 41 milyondur. Her iki saniyede bir kişi bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı ölmekte ve her yıl 15 milyon insanın yaşam süresi, bu hastalıklardan dolayı kısalmaktadır (136). DSÖ, kronik hastalıklara neden olan başlıca risk faktörleri ortadan kaldırılabildiğinde; kanser vakalarının %40'ından daha fazlasının önlenebileceğini ifade etmiştir (137).

Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2017 verilerine göre Türkiye'de iskemik kalp hastalıkları, diyabet, ruhsal hastalıklar, bel ve boyun ağrısı gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) görülme sıklığı artmıştır. Bu hastalıkların altında yatan başlıca risk faktörlerinden biri beslenme olup yüksek beden kütle indeksi (BKİ), sedanter yaşam, tütün kullanımı diğer risk faktörleri olarak ifade edilmiştir (30).

Yaşam biçimine bağlı oluşabilen hastalıkların önüne geçebilmek için bireylere sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının kazandırılması

gerekmektedir. Sağlık üzerinde etkili olabilecek risk faktörlerinin saptanması bireylerin kendi sağlığını algılamasına önemli katkılarda bulunacaktır (138).

2.11.2.2. Kronik hastalık ve beslenme arasındaki ilişki

Gıdalar büyüme, gelişme, yaşam kalitesinin artışı ve kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli role sahiptir. Yetersiz ve kötü beslenme geçmişten bugüne her dönemde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğundan, kronik hastalıkların önüne geçilmesinde de doğru gıda tüketimi ve yaşam boyu sağlıklı beslenme davranışlarının sürdürülmesi çok önemlidir (26). Nüfusun yaşlanması, sağlık bakımında öngörülen maliyetlerde artışlar ve kronik hastalıklardaki artış sonucunda hastalıkların önlenmesinde gıdalar ve beslenmenin oynadığı rol farkedilir hale gelmiştir. Örneğin 1970 ve 1980'lerde doymuş yağ ve fazla yağ alımı ile kalp hastalıklarının gelişmesinin ilişkili olabileceği, trans yağ asitlerinin miyokard infarktüsü riskini artırdığı, Omega 3'ün miyokard infarktüsünü önleyebileceği ve Omega 6'nın LDL kolesterolü düşürebileceği tespit edilmiştir (139). Kronik hastalıklar sebebiyle yaşanan engellilik durumları ve zamansız ölümler göz önüne alındığında kişilerin, beslenmeye dair yanlışlarının düzeltilmesi gerekmektedir (140).

2.12. Gıda Ambalajları ve Gıda Etiketleri

2.12.1. Ambalaj tanımı

Ambalaj, içindeki gıda ürününün dış etkilere korunmasını, raf ömrünün uzatılmasını, uygun koşullarda depolanmasını sağlamak, içine konulanların bir arada kalması sayesinde dağıtım ve pazarlama işlemlerinin kolaylaşmasını, tüketicinin içindeki mal hakkında bilgilenmesini sağlayan plastik, cam, metal, karton, kağıt, tahta ve tenekeden yapılan kaplama ve sargılardır. Dolayısıyla ambalajlama, gıdaları dış etkilere korumak amacıyla üretim aşamasından tüketime kadar geçen süreçte gıdaların niteliklerinin değişmesini kısmen veya tamamen önleyen, şekil ve renk bakımından alıcının ilgisini çekme niteliği taşıyan maddelerin kullanımıyla kaplama ve sargı işlemi olarak tanımlanmaktadır (141).

Ambalaj kullanımı, sektörler bazında incelendiğinde gıda sektörünün ağırlıklı bir yere sahip olduğu görülmektedir. Gıda sektörü tüketicinin birinci derecede ihtiyaçlarını karşılayan bir sektör olması ve gelişen dünya pazarında büyük rekabetlerin doğmuş olması dolayısıyla ambalajlamada çok çeşitli malzeme ve biçim kullanılan bir alandır. İletişim sürecinde reklamın büyük anlam arz etmesi de gıda sektöründe ambalaj tasarımını zorunlu hale getirmiştir. Market rafında gıda ürünlerinin kendi reklamını yapan bir iletişim aracı görevini üstlenmiştir. Ambalaj; ürünü koruma, saklama ve sarma fonksiyonlarının dışında tüketici ile ürün arasındaki iletişimi de sağlamaktadır (142).

Ülkemizde, gıda ile temas eden madde ve malzemelerin mevzuatları T.C. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı sorumluluğunda olan Türk Gıda Kodeksi'nde yer almaktadır (154).

2.12.2. Gıda ambalajları ve sağlık

Gıda ambalajının sağlık açısından olarak taşınması gereken ilk özellik, gıdayı korurken ve saklarken insanda toksik etki yapabilecek istenmeyen herhangi bir bileşeni ambalaj materyalinden gıdaya vermemesidir (125). Gıda ambalajı ayrıca gıdanın besin değerinden kayba yol açmamalı, olası kontaminasyonları engellemeli, gıdanın güvenliğini sağlamalı, uygun bir şekilde etiketlenmiş olmalı, ürünü dış etkenlerden korumalıdır.

Gıda ile temas eden ambalajların biyolojik kaynaklı olanlarının yanında gıdanın raf ömrünü uzatan aktif ambalajlar, gıdanın kalitesini takip edip bildirebilen akıllı ambalajlar ve nanoteknoloji kullanımıyla elde edilen nano ambalajlar da gıda ambalajları olarak bilinmektedir (125).

TGK Gıda İle Temas Eden Madde ve Malzemeler Yönetmeliğinde (GTEM) ‘Bu malzemelerden insan sağlığını tehlikeye sokacak, gıdanın bileşiminde istenmeyen değişimlere veya duyuşal özelliklerinde değışikliğe neden olacak miktarda geçiş olamaz’ cümlesi kullanılmıştır (144). Fakat çeşitli maddelerin kullanılan ambalaj malzemelerinden gıdalara geçtiğı ve bunlardan bazılarının insan sağlığı için tehdit oluşturduğu bilinmektedir. Gıda ile temas eden yüzeylerin mikrobiyolojik kalitesi, içerisine konan gıdanın da kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle gıda ambalajı üretiminde de gıda üretimindeki kuralların benzerlerinin uygulanması; ambalajın temas edeceği gıda ürünlerine mikrobiyolojik, fiziksel ve kimyasal kontaminasyonlara sebebiyet vermemesi açısından önem taşımaktadır (125).

2.12.3. Gıda etiketi tanımı ve kapsamı

Etiketleme tanımı Türk Gıda Kodeksi'nde, "fiyat indirimi ve promosyon amaçlı bilgiler hariç olmak üzere, gıda maddesini tanıtıcı her türlü yazı, özel bilgi, ticari marka, marka adı, gıda maddesi ile ilgili kullanılan özel isimlendirme, resimsel öğeler veya işaretleri içeren ve gıdanın ambalajında bulunan veya döküman, bildirim, etiket gibi gıda ile birlikte sunulan, gıdayı tanıtan veya ifade eden tanıtım bilgileri" olarak yer almaktadır (145). Gıda maddelerinin etiketleri üzerinde bulundurulması gerekli olan bilgiler ise "gıda maddesinin adı, içindekiler, net miktarı, üretici ve paketleyici firmanın adı, tescilli markası, adresi ve üretildiği yer, son tüketim tarihi, parti numarası ve/veya seri numarası, üretim izin tarihi ve sayısı, sicil numarası veya ithalat kontrol belgesi tarihi ve sayısı, orijin ülke, gerektiğinde kullanım bilgisi ve/veya muhafaza şartları, hacmen %1.2'den fazla alkol içeren içeceklerde alkol miktarı" olarak sıralanmaktadır (146).

Gıda etiketlerine ilişkin ilk kapsamlı yasa Amerika'da FDA tarafından oluşturulmuştur (1990) ve gıda etiketlerinde kalori, karbonhidrat, protein, yağ, doymuş yağ, kolesterol, vitamin ve ürünün porsiyon bilgilerini kapsamaktadır (147). Türkiye'de ise öncelikle 2011 yılında düzenlenen Türk Gıda Kodeksi Etiketleme Yönetmeliği, son olarak 2015'de resmi gazetede yayınlanan değişiklikle son halini almıştır (148,149). Bunun yanı sıra, 2017 yılında Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği yayınlanmıştır (150).

Bazı ülkelerde besin etiketi, besin değeri paneli olarak geçmekte, gıda etiketlerinin bir parçası olup, tüketicilerin sağlıklı seçimler yapmasına elveriş sağlayan temel beslenme ilkelerinden oluşan bir unsur olarak tanımlanmaktadır (151).

Besin etiketleme; tüketiciye sunulan ambalajlı bir gıdanın laboratuvar analizi yapılarak tespit edilmiş besin öğelerinin (yağ, protein, karbonhidrat, mineral, vitamin, vb.) miktar ve/veya günlük alınması gereken miktarının karşılama yüzdesi şeklinde, ambalaj üzerinde belirli formatlara uygun yazılması işlemidir (152).

Etiket üzerindeki besin değeri bilgileri düzenlenirken genel olarak o ürünün, önce toplam ve bir porsiyonluk miktarları, daha sonra ayrıntılı besin ögesi bilgileri verilmektedir (12). Besin etiketlemesinde standart iki tip format geliştirilmiştir. Basit tip formatta bir porsiyonun miktarı ve paketteki porsiyon sayısı; içerdiği enerji (kkal); protein (g); karbonhidrat (g); yağ (g); sodyum (mg) miktarı ve/veya bu miktarların, günlük gereksinimi karşılama yüzdesi verilir. Tam formatta, bunlara ek olarak, bir porsiyonun günlük önerilen miktarların yüzdesi olarak sağladığı toplam yağ içeriğindeki doymamış yağ asitleri ve kolesterol, toplam karbonhidrat içeriğindeki diyet lifi ve şeker, A vitamini, C vitamini, kalsiyum ve demir minerali verilir (153). Besin etiketindeki besin öğelerinin günlük gereksinimi karşılama oranları değişik şekillerde sunulmaktadır. Bunlar sıfatsal (düşük, orta ve yüksek olarak) ifade edilir ya da günlük gereksinimi karşılama oranları (yüzde) olarak verilir. Bazen bu oranları grafiklerle belirten türleri de bulunmaktadır (12).

2.12.4. Gıda etiketlerinin önemi

Son yıllarda, beslenme etiketleri tüketicilerin daha sağlıklı gıda seçimlerini teşvik etmek ve paketlenmiş ürünlerin sağlamlılığını güçlendirmek için bir araç olarak oldukça dikkat çeker hale gelmiştir (151). Gıda etiketi, içerdiği bilgilerin doğru olması ve tüketiciler tarafından bilinçli şekilde okunması durumunda, gıda ürünü ile tüketicinin arasındaki en temel ve sağlıklı iletişim aracı olması ve tüketicilerin gıdanın taşıdığı özelliklerle ilgili bilgi boşluğunu doldurması yönüyle çok önemlidir (154). Aynı zamanda, tüketicileri satın alma noktasında sağlıklı tercihlerde bulunabilmeleri için bilgilendiren nüfus tabanlı beslenme eğitimi yaklaşımıdır (151). Bu yönden etiketleme, tüketicilerin kendileri için sağlıklı ve uygun besin tercihleri yapabilmesi bakımından büyük değere sahiptir (155). Gıda etiketi okuma alışkanlığının sağlıklı beslenme, kilo kontrolü ve kronik hastalık prevalansının azaltılması üzerindeki etkinliği çeşitli çalışmalarda kanıtlanmıştır (156,157,158).

Gıda etiketleri, tüketicileri ürünlere ilişkin olarak bilgilendirdikleri, seçimlerini bilinçli şekilde yapabilmelerine imkan tanıdıkları, yanlış bilgilerden korunmalarını sağladıkları için gıda güvenliğinin de önemli bileşenlerinden biridir (159). Tüketicilere güvenilirlik ve sağlık noktasında yeterli ve doğru bilginin sağlanması da etiketlemenin amaçlarından (160). Sertifikasyon, marka gibi kalite göstergeleri arasında yer alan etiketleme, özellikle tüketicinin anlamakta zorlanacağı kalite niteliklerini (ürünün ilaç kalıntıları içermesi gibi) ifade ettiği için ayrıca önemlidir (161).

Tüketicilerin gıda etiketlerini okumaları durumunda ürünler arasında sağlıklı ve sağlıksız olarak ayırım yapmaları kolaylaşmaktadır. Bu durum bireylerin kendi kendilerini denetlemelerini sağlayarak, beslenme alışkanlıklarındaki değişimi beraberinde getirmekte, sağlıklı beslenmeye yönelik tutumlar geliştirmelerine imkan sağlamaktadır. Bu değişimdeki aşamaların diyet değişiklikleri ile tutarlılık gösterdiği gözlenmektedir (162).

Etiketlerin pekçok açıdan önemi olsa da bunlardan en önemli olanı şüphesiz tüketici sağlığının korunmasıdır. Beslenme ve kronik hastalıklar arasında sıkı bir ilişki olup, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve ilerlememesi için posalı, az yağ içeren yiyeceklerin tüketimi önerilmektedir (163). Örneğin FDA, tüketicilerin gıda tercih ve tüketimlerini etikette yer alan doymuş yağ miktarlarını göz önünde bulundurarak yapmalarıyla yılda 600 ila 1200 kişinin kalp damar hastalıklarına yakalanmasının önüne geçilebileceğine dikkat çekmektedir (164). Yine az yağlı besinlerin tercih edilmesinin kanseri de önlediği literatürde ifade edilmektedir (162).

Gıda etiketlerindeki tuz ve sodyum içeriklerine bakılarak az tuzlu veya tuzsuz olanların tercih edilmesi hipertansiyon gibi kronik hastalıkların ortaya çıkması veya ilerlemesinin önüne geçilmesi açısından önemlidir. Yine diyabet gibi özel diyet uygulamaları gerektiren kronik hastalıklar açısından da yeterli ve dengeli bir diyetin oluşturulmasında etiket bilgileri fayda sağlamaktadır. Diyabet ve insülin direncine karşı koruyucu önlem olarak besinlerin şekersiz ya da şeker oranı azaltılmış olanlarının tüketilmesi gerekmektedir. Besinlerin içeriklerine bakıldığında şeker ve türevleri, laktoz, pekmez, bal, glukoz şurubu, yüksek

fruktozlu mısır şurubu gibi maddelerin bulunması besinlerin şeker oranlarının yüksek olduğunu belirtmekte ve kişileri uyarıcı nitelikte olmaktadır.

Tüketicilerin besinlerin enerji ve yağ içeriklerine bakmaları, ayrıca vitamin, mineral ve lif (posa) içeriği yüksek olan gıdaları tercih etmeleri önerilmektedir. Böylelikle belirli bir gıdanın tüketimiyle ilgili sağlık faydalarının elde edilmesi hedeflenmiştir. Literatürde; besin etiketi okunarak tercih edilen lif bakımından zengin besinlerin kalp sağlığını koruduğundan bahsedilmektedir (163,165).

Yüksek enerji, yağ, sodyum ve şeker içeriğine sahip ultra işlenmiş ürünlerin tüketimini artırmak obezite ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artan prevalansın nedenlerinden biri olarak tanımlanmıştır (166).

Gıda etiketlerinin beslenme üzerinde etkili bir araç görevi üstlenebilmesi için, tüketicilerin bilgi kullanımı açısından bilinç düzeyinin artırılması ve etiketlerin daha iyi anlaşılır hale getirilmesi gereklidir (167). Etiketlerin daha iyi anlaşılabilmesi ile sağlık profesyonelleri etiketleri bir beslenme eğitim aracı olarak kullanabilecek ve böylece etiket kullanımında verimliliğin artması sağlanabilecektir (168).

Tüketicilerin günümüzde genel olarak temel gıdaların besleyici özelliklerine ilişkin kabaca bilgilerinin bulunduğu; fakat işlenmiş, paketlenmiş, kompleks ve yeni gıdaların besin değerleri hakkında tam anlamıyla bilgilerinin olmadığı görülmektedir. Bu nedenle işlem görmüş veya formüle edilmiş gıda maddelerinin sayısındaki artışla birlikte tüketicilerin satın aldıkları ürünlerin besinsel kalitesini algılamalarının zorlaştığı ifade edilmektedir. Bu sebeplerle,

gıda satın alma sırasında söz konusu bilgilerin etiket üzerinde tüketiciye pratik ve anlaşılır bir şekilde verilmesi gereklidir (169).

2.12.5. Gıda etiketi ve sağlık algısı ilişkisi

Bireylerin sağlık algıları çerçevesinde kendileri için gerekli olan bilgileri edinebilmelerinin, sağlıklarını koruyucu davranışlar geliştirebilmelerinin ve bu amaçla doğru gıdaları tercih etmelerinin sağlanabilmesi için geliştirilen yöntemlerden biri besin etiketi bilgilerinin etkin şekilde kullanımının artırılmasına yönelik yapılan çalışmalardır (140).

Gıda etiketleri tüketicilerin beslenme konusundaki eğitimlerine katkıda bulunarak doğru olanı bilmelerini sağlamak ve kişilerin tercihleri üzerinde etkili olarak satın alma davranışlarında ve bilgi düzeylerinde olumlu yönde değişiklik yapmaktadır (163).

2.12.6. Gıda etiketlerinin taşınması gereken özellikler

Gıda etiketlerinde tüketicileri hangi bilginin ilgilendirebileceği öncelikli değerlerine ve her birinin önemseydiği noktalara göre değişiklik gösterecektir, bu nedenle etiket bilgilerinin tüketiciler tarafından doğru anlaşılması çok önemlidir. Bu amaçla etiket hazırlığında dikkat edilmesi gereken birçok husus bulunmaktadır (170). Etiket üzerinde ürün ile ilgili bilgilerin, marka ve ismin konulacağı yer ile kullanılacak renkler iyi seçilmeli; gıdanın kullanımına dair bilgiler, sembol ve şekiller, varsa tehlike uyarıları, tüketiciler tarafından doğru ve hızlı şekilde anlaşılabilir olmalıdır. Dolayısıyla bireylerin etiketten en iyi şekilde

faydalanabilmeleri açısından etiketın tasarımı çok önemli olup etiket üzerinde yer alan her türlü bilginin her kesimdeki tüketiciye hitap etmesi için mümkün olduğunca basit, açık ve kolay anlaşılır şekilde verilmesi gerekmektedir (12).

Etiketler üzerinde özellikle belirli tüketici gruplarına (gıda alerjisi olanlar, diyabet hastaları, hipertansiyon hastaları, kardiyovasküler hastalıklara sahip kişiler, yaşlılar, gebeler, vb.) dair bilgiler, bu gruplarda yer alan bireylerin rahatlıkla faydalanabileceği ve zorlanmadan anlayabileceği şekilde ifade edilmelidir (171).

Türkiye’de 2017 yılında düzenlenen ve Resmi Gazetede yayınlanan Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği, algı farklılıkları ve bilgi gereksinimleri dahil gıda hakkında bilgilendirme açısından tüketicilerin üst düzeyde korunmasına ilişkin kuralları belirlemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca yönetmelik hükümlerince enerji, yağ, karbonhidrat, protein, lif, tuz/sodyum ve tebliğde geçen vitamin ve mineral bilgilerine ve referans alım (RA) oranlarına etiket üzerinde isteğe bağlı olarak yer verilebilmektedir (150).

2.13. GDO’lu Gıdalar

Genetik mühendisliği teknolojisi kullanımı ile üretilen organizmalara literatürde genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO), genetik olarak modifiye edilmiş organizmalar (GMO), genetiği değiştirilmiş ürünler (GD), genetik olarak modifiye edilmiş ürünler (GM), biyomühendislik organizmaları, transgenik

organizmalar, gen aktarımlı organizmalar gibi farklı tanımlamalar yapılmaktadır (172).

GDO'lu ürünlerin üretimine ilk olarak 1996'da başlanmıştır. Tarımsal ürün ihtiyacının artışı nedeniyle, ekonomik olarak önemi büyük olan bitkilerin genomlarına yabancı genlerin aktarımı ile elde edilen ürünlerin bolluğu ve çeşitliliğinin artırılması hedeflenmiştir (66). GDO ile ilgili hakim olan iki görüş bulunmaktadır; ilki bol gıda üretimiyle fakir ülkelerdeki açlığın önlenmesi için faydalı olduğu; ikincisi ise insan sağlığı, ekoloji ve tarım açısından zararlı olduğu yönündedir. Faydalı olduğu düşüncesinde olanlar (gıda teknolojisi uzmanları, bazı bilim insanları, gıda üreticileri, perakendeciler, dağıtıcılar, Amerikalı çiftçiler, bazı tüketiciler, GDO'yu destekleyen özel endüstri üyeleri) dünyadaki artan insan nüfusunun ihtiyacını karşılayabilecek kadar ürün yetiştiremeyeceği yönündeki endişeleri öne sürmektedirler. GDO'nun sınırsız gıda ve ilaç üretimini sağlamada faydalı olacağını öne sürmektedirler (173). GDO ile ilgili olumsuz düşünenler ise bu şekilde üretilen besinlerin başta kanser olmak üzere kısırlık, sakat doğum gibi riskleri arttırdığını, ekolojik dengeye zarar verdiğini çeşitli gözlem ve deneylerle ortaya koyan bilim adamlarıdır.

AB'de GDO'lu ürün üretimi tüketici tarafından tepki aldığından dolayı 2004 yılına kadar yasaklanmış, fakat 19 Mayıs 2004' te yapılan oylama sonucu bazı mısır çeşitlerinin üretim, işleme ve muhafazasında kullanılmaya başlanmıştır. Bazı büyük firmalar tüketicisini, GDO içeren ürünleri konusunda mutlaka etiketlerinde bildireceğine söz vermiştir (66). Ülkemizde ise GDO yasak olmasına rağmen 1998'de alan denemeleri yapılmaya başlanmıştır. İthal edilen birçok

üründe rastlanmış (mısır, soya, patates, domates) olup birçok ilde kaçak tohumlarla GDO'lu ürün yetiştirildiği saptanmıştır. Bu türlü kontrolsüz üretimin önüne geçmek üzere 18.03.2010 tarihli 27533 Sayılı Resmi Gazete'de Biyogüvenlik Kanunu yayınlanmıştır. Bu kanun “bilimsel ve teknolojik gelişmeler çerçevesinde modern biyoteknoloji kullanılarak elde edilen GDO'lar ve ürünlerinden kaynaklanacak riskleri engellemek; insan, hayvan ve bitki sağlığı, biyolojik çeşitliliğin korunması, sürdürülebilirliğin sağlanması amacıyla biyogüvenlik sisteminin kurulması, uygulanması, denetlenmesi, düzenlenmesi ve izlenmesi” ile ilgili usul ve esasları içermektedir (66).

Bitkilerde genetik mühendisliği teknolojisi uygulamaları ürün kalitesini, zararlı organizmalara direnç gelişimini ve agronomik özellikleri geliştirmek amacıyla yapılmaktadır (174). Genetik değiştirme çalışmaları mısır, pamuk, patates vb. bitkisel ürünlerde zararlılara dayanıklılık; soya, pamuk, mısır, kolza, çeltik vb. bitkisel ürünlerde yabancı ot ilaçlarına dayanıklılık; patates, çeltik, mısır vb. bitkisel ürünlerde viral bitki hastalıklarına dayanıklılık; ayçiçeği, soya, yerfıstığı vb. bitkisel ürünlerde bitkisel yağ kalitesinin artırılması; domates, çilek vb. bitkisel ürünlerde olgunlaşmanın geciktirilmesi ve dolayısıyla raf ömrünün uzatılması; domateste aromanın artırılmasına yönelik olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bitkilere gen aktarımının diğer hedefleri arasında insan ve hayvana yönelik ilaç, hormon ve aşı (örneğin; kolera aşılarında patatesin kullanımı) gibi maddeleri bol miktarda üretmeleri sayılabilir (175).

Ürünlerin besin kalitesi dışında sağlığa yönelik faydalarını artırmak için de GDO üretimi yapılmaktadır. Gen aktarım teknolojisi ile bazı kanserler, kalp

hastalığı ve körlük (vitamin A eksikliği durumunda) gelişiminin sebebi ve zararlı bir kimyasal reaksiyon olan biyolojik oksidasyonu yavaşlatan veya engelleyen bileşikler olarak doğal olarak bulunan antioksidan vitaminlerin (karotenoidler, flavonoidler, vitamin A, C ve E) ve minerallerin ürünlerdeki düzeyi artırılmaktadır. Gıda ürünlerindeki antioksidan düzeyinin artırılması toplumda var olan belirli kanser ve diğer kronik hastalıkların oranının azalmasını sağlayabilir. Önemli bir antioksidan olan likopen genetiği değiştirilmiş domates, domates ürünleri ve biberde bol miktarda bulunmaktadır (172).

Doymuş yağ oranı yüksek olan yağlar, vücutta kolesterol üretiminden sorumludur. Doymuş yağ oranı düşük ve doymamış yağ oranı daha yüksek olan yağlar, sağlık açısından önemli olup kızartma ve diğer işlemlerde kullanılan yüksek sıcaklığa dayanıklıdır. Bu amaçla yaygın olarak kullanılan kanola, soya, ayçiçeği ve yer fıstığı gibi bitkisel sıvı yağlardaki doymamış yağ asidi düzeyini daha da artırmak için bu bitkilerin genetiği değiştirilebilmektedir (172).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim araştırma bölgesi protokolünde dahil olan Gölbaşı, Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerinde üçer adet aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gölbaşı, Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerinde gerçekleştirilmiştir.

Etimesgut ilçesi, Ankara'nın batısında Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. İlçenin 2018 yılı yıl ortası nüfusu 570.727 olarak belirlenmiştir. Nüfusun %50,1'i erkek, %49,9'u kadındır. Bu nüfusun %23,0'ı 15 yaş altı, %71,8'i 15-64 yaş arası, %5,1'i 65 yaş ve üzeridir. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu ev hanımı ve çalışanlardır. Daha az sıklıkta emekli, öğrenci ve işsizler de başvurmaktadır. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %1,85, lise altı bir okulda eğitim görmüş %38,56, lise mezunu %30,63, yükseköğrenim mezunu %23,87 şeklindedir. İlçede bulunan aile sağlığı merkezlerinde toplam 179 hekim hizmet vermektedir ve aile hekimi başına düşen kişi sayısı yaklaşık 3500'dür.

Gölbaşı ilçesi, Ankara'nın güneyinde Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. İlçenin 2018 yılı yıl ortası nüfusu 131.378'dir. Nüfusun %50,4'ü erkek, %49,6'sı kadındır. Nüfusun %22,3'ü 15 yaş altı, %71,3'ü 15-64

yaş arası ve %6,3'ü 65 yaş ve üzeridir. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu ev hanımı ve çalışanlardır. Daha az sıklıkta emekli, öğrenci ve işsizler de başvurmaktadır. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okuryazar olmayan %2, lise altı bir okulda eğitim görmüş %53, lise mezunu %22, yükseköğrenim mezunu %21 ve bilinmeyen %2'dir. İlçede bulunan aile sağlığı merkezlerinde toplam 39 hekim hizmet vermektedir ve aile hekimi başına düşen kişi sayısı 3143'tür.

Sincan ilçesi, Ankara'nın batısında Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. İlçenin 2018 yılı yıl ortası nüfusu 518.893'dür. Nüfusun %50,9'u erkek, 49,1'i kadındır. Nüfusun %24,8'i 15 yaş altı, %69,8'i 15-64 yaş arası ve %5,2'si de 65 yaş ve üzeridir. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu ev hanımı ve çalışanlardır. Daha az sıklıkta emekli, öğrenci ve işsizler de başvurmaktadır. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %5, lise altı bir okulda eğitim görmüş %64, lise mezunu %19, yükseköğrenim mezunu %8, bilinmeyen %4'tür. İlçede bulunan aile sağlığı merkezlerinde toplam 156 hekim hizmet vermektedir ve aile hekimi başına düşen kişi sayısı yaklaşık 3500'dür.

Yenimahalle ilçesi, Ankara'nın kuzeyinde Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. İlçenin 2018 yılı yıl ortası nüfusu 663.580'dir. Nüfusun %48,8'i erkek, %51,2'si kadındır. Nüfusun %20,2'si 15 yaş altı, %71,4'ü 15-64 yaş arası, %8,2'si 65 yaş ve üzeridir. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu ev hanımı ve çalışanlardır. Daha az sıklıkta emekli, öğrenci ve işsizler de başvurmaktadır. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan

%2,25, %38,93'ü lise altı bir okulda eğitim görmüş, %29,36'sı lise mezunu, %26,17'si yükseköğrenim mezunu, %2,76'sı bilinmemektedir. İlçede bulunan aile sağlığı merkezlerinde toplam 184 hekim hizmet vermektedir ve aile hekimi başına düşen kişi sayısı yaklaşık 3600'dür.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel-tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Ankara ili Sincan İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 1 Nolu, 9 Nolu ve Mehmet Nurhan Kaynak ASM'leri; Etimesgut İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Eryaman 1,2 ve 4 Nolu ASM'leri; Gölbaşı İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 1 Nolu, Seğmenler ve Ertuğrul Gazi ASM'leri; Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Atatürk, Ertuğrul Şimşek ve Yenimahalle 1 No'lu ASM'lerine 1 Nisan -15 Mayıs 2019 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnek büyüklüğü OpenEpi programı ile hesaplanmıştır (176). Araştırmanın yapılacağı tarihten 1 hafta önce araştırma yapılacak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş üstü kişi sayısı öğrenilmiştir. Toplam 3248 kişinin başvurduğu belirlenmiş, %50 bilinmeyen sıklık alınarak %2 sapma ve %95 güven aralığında 1381 kişiye ulaşılması hedeflenmiş ve 1385 kişiye ulaşılmıştır. Örneklem yöntemi olarak sistematik örneklem kullanılmıştır. Evren büyüklüğü örneklem büyüklüğüne bölünerek ($3248/1381=2,35$) sağlık kurumuna başvuran

her ikinci kişinin araştırmaya alınması hedeflenmiştir. Bu kişilerden araştırmaya katılmak istemeyen olursa, sonraki ikinci kişi alınmış ve sonraki ikinci kişi şeklinde devam edilmiştir. Araştırma sırasında muayene bekleyen ya da muayeneleri tamamlanmış kişilerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerle görüşülmüştür.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni Durum
- Öğrenim Durumu
- Çalışma Durumu
- Ekonomik Durum
- Kronik Hastalığı Olma Durumu
- Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı
- Genel Sağlık Durumu
- Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkili Olduğunu Düşünme Durumu
- Bilinçli ve Sağlıklı Gıda Tüketimine İlişkin Bilgili Olduğunu Düşünme Durumu
- Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

3.5.2 Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Gıda Ürünleri Tecihlerinin Sağlığa Uygun Olduğunu Düşünme Durumu
- Gıda Ürünlerine Bağlı Oluşabilen Hastalıkların Var Olduğunu Düşünme Durumu
- Gıda Satın Alınan Yerin Hijyen Koşullarına Dikkat Etme Durumu
- Gıda Ürünlerinin Fiyatı İle Besin Değerinin İlişkili Olduğunu Düşünme Durumu
- Satın Alınan Ürünün Doğal/Hormonsuz Olmasını Önemseme Durumu
- Doğal/Hormonsuz Ürünlere Daha Fazla Ödeme Yapma Durumu
- Satın Alınan Ürünün Ambalajlı Olmasını Tercih Etme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Ambalajın Zararsız Olmasına Dikkat Etme Durumu
- Ambalajlı Gıda Ürünlerini Satın Alırken Etiket Bilgilerini Okuma Durumu
- Ambalajlı Gıda Ürünlerini Satın Alırken Etiket Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Enerji ve Besin Öğelerine Dikkat Etme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Lif İçeriğine Dikkat Etme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Tuz /Şeker /Yağ İçeriğine Dikkat Etme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Katkı Maddelerine Dikkat Etme Durumu

- Ambalajlı Ürün Satın Alırken İçerdiği Katkı Maddelerinden Dolayı Gıdayı Satın Almaktan Vazgeçme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Glukoz/ Fruktoz Şurubu İçerip İçermediğine Dikkat Etme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Gıda Kalite Standart Belgesine Dikkat Etme Durumu
- Ambalajlı Ürün Satın Alırken Üretim ve Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu
- GDO’nun Ne Anlama Geldiğini Bilme Durumu
- Satın Alınan Gıdaların Üzerinde GDO’lu Olup Olmadığının Belirtilmesini İsteme Durumu
- GDO’lu Olduğu Belirtilen Gıda Ürünlerini Satın Alma Durumu
- Bozuk ve Hatalı Gıda Ürünü ile Karşılaşıldığında Şikayet Bildirme Durumu
- Alo 174 Gıda Hattından Haberdar Olma Durumu

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak “Ankara İli Bazı İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Gıda Satın Alma ve Tüketimi Konusundaki Tutum ve Davranışları ile Sağlık Algıları İlişkisinin İncelenmesi ” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

Araştırmada bireylerin gıda seçimine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik 45 sorudan oluşan anket formu ile, 15 maddeden oluşan

‘Sağlık Algısı Ölçeği’ kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu ve SAÖ ekte dir (Ek-1, Ek-2).

Araştırmada kullanılan ‘Sağlık Algısı Ölçeği’ Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. 2009 yılında Kadioğlu ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında madde toplam puan analizi sonucunda ölçek maddelerinin korelasyon değerleri tüm maddelerde 0,25’in üzerinde, Cronbach Alpha katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 bulunmuş olup her iki grupta da iyi düzeyde güvenirlik derecesine sahip olduğu bulunmuştur. Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Yanıtlar 5’li likert tipindedir. 1. , 5. , 9. , 10. , 11. ve 14. sorular olumlu ve 2. , 3. , 4. , 6. , 7. , 8. , 12. , 13. ve 15.sorular olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “tamamen katılıyorum=5”, “katılıyorum=4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan ise 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82’dir .

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrenim gören, 15-30 Nisan 2019 tarihleri arasında Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda staj yapan toplam 51 intörn doktor ve araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bir anketin uygulama

süresi ortalama 9-10 dakikadır. Araştırmanın Ankara İli Gölbaşı, Sincan, Etimesgut, Yenimahalle ilçelerine bağlı ASM'lerde yapılabilmesi için, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve T.C. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan izin belgeleri alınmış olup izin belgeleri ekte sunulmuştur (Ek-3 ve Ek-4).

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 23,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama($\pm$)standart sapma, ortanca (minimum; maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-kare, Yate's Düzeltmeli Ki Kare, Eğitimde Ki-Kare; ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması için Student t, One Way ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Tüm istatistiksel yöntemler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Yaş değişkeni '18-29 yaş', '30-39 yaş', '40-49 yaş', '50-59 yaş', '60 yaş ve üstü' şeklinde kategorize edilmiştir.

Çalışma durumu değişkeni analize alınırken 'memur', 'işçi', 'özel sektör çalışanı' ve 'diğer' grupları birleştirilerek 'çalışan'; 'ev hanımı', 'emekli', 'işsiz' ve 'öğrenci' seçenekleri birleştirilerek 'çalışmayan' şeklinde iki grup olarak kategorize edilmiştir.

Genel sağlık değerlendirmesi değişkeni analize alınırken 'çok kötü' ve 'kötü' grupları ile 'iyi' ve 'çok iyi' grupları birleştirilmiş; 'kötü', 'orta/ne iyi ne kötü' ve 'iyi' şeklinde üç grup olarak kategorize edilmiştir.

Öğrenim durumu değişkeni analize alınırken’ okuryazar değil’, ‘sadece okuryazar’ ve ‘ilkokul mezunu’ seçenekleri birleştirilerek ‘ilkokul mezunu ve altı’ şeklinde kategorize edilmiştir.

3.9. Araştırma Takvimi

Araştırma 2019 Ocak ayında literatür taramasıyla başlamıştır. 2019 Ocak-Şubat aylarında literatür taraması yapılmış ve 2019 Şubat ayında araştırma formu oluşturulmuştur. 2019 Nisan ayında araştırma verilerinin toplanması, 2019 Mayıs ayında veri girişi işlemi gerçekleştirilmiştir. 2019 Mayıs-Haziran döneminde veri analizi, 2019 Haziran-Temmuz döneminde ise raporlama süreci tamamlanmıştır.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulamasının mesai saatleri içinde yapılmış olması çalışan nüfusa ulaşma konusunda yetersizliğe neden olmuş olabilir.
- ASM’ lerde anket tanıtılmadan katılmayı reddedip çevresindekilerin de ankete katılımını olumsuz yönde etkileyenler olmuştur.
- Anket uygulaması sırasında kısa işlemler yaptırmak için başvuruda bulunan kişilerden ankete katılmak istemeyen ya da anketi yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya 1385 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $40,8 \pm 14,6$, ortancası 40 (min:18- mak:89)'tır.

Tablo 1a'da araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 1a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=1369)		
18-29 yaş	394	28,8
30-39 yaş	288	21,0
40-49 yaş	271	19,8
50-59 yaş	257	18,8
60 yaş ve üstü	159	11,5
Cinsiyet (n=1385)		
Erkek	620	44,8
Kadın	765	55,2
Medeni Durum (n=1373)		
Evli	865	63,0
Bekar	508	37,0
Öğrenim Durumu (n=1378)		
Okuryazar değil	17	1,2
Sadece okuryazar	28	2,0
İlkokul mezunu	160	11,6
Ortaokul mezunu	128	9,3
Lise mezunu	447	32,4
Yüksekokul-üniversite mezunu	598	43,4
Çalışma Durumu (n=1369)		
Çalışan(memur, işçi, özel sektör çalışanı, serbest çalışan)	626	45,7
Ev hanımı	294	21,5
Emekli	187	13,7
İşsiz	35	2,5
Öğrenci	227	16,6
Ekonomik Durum (n=1374)		
Çok kötü	52	3,8
Kötü	145	10,6
Orta/ne iyi ne kötü	804	58,5
İyi	328	23,9
Çok iyi	45	3,3

*Sütun Yüzdesi

Katılımcıların %28,8'i 18-29 yaş aralığında, %21,0'ı 30-39 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $40,8 \pm 14,6$, ortancası 40 (min:18- mak:89)'tır. Katılımcıların %55,2'si kadın, %63,0'ı evli, %43,4'ü

yüksekokul-üniversite mezunu, %32,4'ü lise mezunudur. Katılımcıların %42,5'i çalışan (memur, işçi, özel sektör çalışanı), %21,5'i ev hanımıdır. Katılımcıların %58,5'i ekonomik durumunu orta, %23,9'u iyi olarak ifade etmiştir.



Tablo 1b’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 1b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Kronik Hastalık Varlığı (n=1379)		
Kronik hastalığı var	482	34,8
Kronik hastalığı yok	897	64,8
Kronik Hastalıklarının Dağılımı #		
Kalp damar hastalıkları	274	52,2
Hipertansiyon	199	37,9
Diyabet	109	29,4
Solunum sistemi hastalıkları	56	15,4
Diğer**	95	19,9
Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı (n=1379)		
Sürekli kullandığı ilaç var	481	34,9
Sürekli kullandığı ilaç yok	898	65,1
Sürekli Kullanılan İlaçların Dağılımı #		
Kalp damar hastalıkları/hipertansiyon ilacı	262	47,8
Diyabet ilacı	178	33,7
Diğer***	177	35,4
Algılanan Sağlık Durumu (n=1382)		
Çok kötü	4	0,3
Kötü	117	8,5
Orta/ne iyi ne kötü	426	30,8
İyi	689	49,9
Çok iyi	146	10,6

*Sütun Yüzdesi

#Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

**Diğer içerisinde en sık ‘Kas iskelet sistemi hastalıkları’, ‘Tiroid hastalıkları’ ve ‘Gastrointestinal sistem hastalıkları’ cevapları verilmiştir.

***Diğer içerisinde en sık ‘Ağrı kesici’, ‘ Mide ilacı’ ve ‘Vitamin’ cevapları verilmiştir.

Katılımcıların % 34,8'i kronik hastalığının var olduğunu; bunların da %52,2'si kalp damar hastalığı, %37,9'u hipertansiyonunun olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %34,9'u sürekli ilaç kullanmaktadır. Sürekli ilaç kullananların %47,8'i kalp damar hastalıkları/hipertansiyon ilacı, %33,7'si diyabet ilacı kullanmaktadır. Katılımcıların %49,9'u sağlık durumunu iyi, %30,8'i ise orta olarak ifade etmiştir.



Tablo 2a’da araştırmaya katılan bireylerin gıda ürünlerinin sağlıkla ilişkisi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 2a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünlerinin Sağlıkla İlişkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Tüketilen Gıda Ürünlerinin Sağlığa Olan Etkisine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n=1377)		
Etkisiz	14	1,0
Az etkili	56	4,1
Orta	238	17,3
Etkili	599	43,5
Çok etkili	470	34,1
Gıda Ürünlerinin Sağlığa Uygunluğunu Belirleyen Başlıca Unsurlara İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı #		
Doğal/hormonsuz/katkısız olması	516	42,9
Tazeliliği	158	13,2
İçeriği	123	10,2
Temizliği	106	8,8
Son kullanma tarihi	101	8,4
Yağ/şeker/tuz oranı	69	5,8
Kalitesi	55	4,6
Besin değeri	45	3,8
Üretim yeri/üretim ve saklama koşulları	30	2,2
GDO’lu olması	31	2,2
Markası	28	2,0
Ambalajlı olması	27	1,9
Tadı/kokusu/rengi	27	1,9
Fiyatı	26	1,8
Üretim tarihi	7	0,6
Az tarım ilacı kullanılmış olması	5	0,5
Bilmiyor	9	0,7
Gıda Ürünleri Tercihlerinin Sağlığa Uygun Olduğunu Düşünme Durumu (n=1376)		
Hayır	239	17,4
Evet	631	45,9
Kararsız	506	36,8

*Sütun Yüzdesi

#Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %43,5’i tükettiklerin gıdaların sağlıkları üzerinde etkili, %34,1’i ise çok etkili olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Gıda

ürünlerinin sağlığına uygunluğunu belirleyen başlıca unsurlara ilişkin düşünceleri arasında ilk sırada %42,9 ile gıdanın doğal/hormonsuz/katkısız olması yer almakta, katılımcıların %13,2'si gıdanın sağlığına uygunluğunu belirleyen başlıca unsurun tazeliği, %10,2'si ise içeriği olduğunu düşünmektedir. Gıda ürünleri tercihlerinin sağlığına uygun olduğunu düşünenler katılımcıların %45,9'unu, bu konuda kararsız olanlar ise %36,8'ini oluşturmaktadır.



Tablo 2b’de araştırmaya katılan bireylerin gıda ürünlerinin sağlıkla ilişkisi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 2b.Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünlerinin Sağlıkla İlişkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Gıda Ürünlerine Bağlı Oluşabilecek Sağlık Sorunlarına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı #		
Kanser	296	30,3
Diyabet	238	24,4
Hipertansiyon	156	15,9
Obezite	151	15,4
Zehirlenme/enfeksiyon	116	11,8
Kalp damar hastalıkları	85	8,7
Hiperlipidemi	69	7,0
Mide/barsak hastalıkları	59	6,0
Alerjik reaksiyonlar	31	3,1
Her türlü hastalık	25	2,5
Diğer**	53	5,4
Gıda Ürünlerinin Sağlığa Etkisi İle İlgili Endişelerinin Dağılımı #		
Erken yaşlanma/ölüm	189	17,6
Katkı maddeleri/koruyucular	164	15,4
Hastalıklara neden olması	150	14,1
Kilo artışı/obezite	109	10,2
Zehirlenme/enfeksiyon	80	7,5
Diyabet	52	4,8
Hipertansiyon	37	3,5
Son kullanma tarihinin geçmiş olması	47	4,6
Kanser	49	4,5
Kalp damar hastalıkları	41	3,8
Gdo’lu ürünler	34	3,2
Temizlik	27	2,6
Yağ/şeker/tuz oranı	25	2,4
Endişelenmiyor	22	2,1
Fikri yok	19	1,8
Diğer ***	94	8,8

*Sütun Yüzdesi

#Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

****Diğer içerisinde en sık ‘karaciğer hastalıkları’ ,‘bağımsıklık sistemi sorunları’ ve ‘hormonal bozukluklar’ belirtilmiştir.**

*****Diğer içerisinde en sık ‘yeterli denetim olmaması’ ve ‘bilinçsiz/fazla tüketim’ belirtilmiştir.**

Katılımcıların %30,3’ü gıda ürünlerine bağı oluşabilecek sağık sorunlarına kanser, %24,4’ü diyabet, %15,9’u hipertansiyon, %15,4’ü ise obezite yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılan bireylerin gıda ürünlerinin sağığa etkisine ilişkin endişeleri arasında ilk sırada %17,6 ile erken yaşlanma/ölüm, ikinci sırada %15,4 ile katkı maddeleri/koruyucular, üçüncü sırada ise %14,1 ile hastalıklar gelmektedir.

Tablo 3’de araştırmaya katılan bireylerin gıda ürünlerini satın alma konusundaki bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünlerini Satın Alma Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Bilinçli ve Sağlıklı Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n=1376)		
Çok kötü	8	0,6
Kötü	103	7,5
Orta	707	51,4
İyi	481	35,0
Çok iyi	77	5,6
Evdeki Gıda Alışverişini Yapan Bireylerin Cinsiyetlerinin Dağılımı (n=1374)		
Erkek	277	20,2
Kadın	475	34,6
Birlikte	622	45,3
Gıda Ürünlerini Satın Alırken Etkilendikleri Kaynakların Dağılımı (n=1380) #		
Akraba/arkadaş/komşu	777	56,3
Reklamlar	544	39,4
Televizyon	437	31,6
İnternet/sosyal medya	423	30,6
Bilimsel yayınlar	181	13,1
Gazete/dergiler	169	12,2
Kitaplar	83	6,0
Etkilenmiyor	44	3,1
Gıda Ürünleri Tercihlerinde Reklamların Etkili Olma Durumu (n=1379)		
Etkisiz	208	15,1
Az etkili	516	37,4
Etkili	546	39,6
Çok etkili	109	7,9
Gıda Ürünlerinin Satın Alındığı Yerin Hijyen Koşullarına Dikkat Etme Durumu (n=1373)		
Hiçbir zaman	28	2,0
Bazen	227	16,5
Çoğu zaman	644	46,9
Her zaman	474	34,5
Gıda Ürünlerinin Fiyatı ile Besin Değeri İlişkisi Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (n=1373)		
Besin değeri yüksek gıdalar daha pahalıdır	531	38,7
Fiyatın besin değeriyle ilişkisi yoktur	479	34,9
Fikri yok	363	26,4
Satın Alınan Ürünün Doğal/Hormonsuz Olmasını Önemseme Durumu (n=1375)		
Hiçbir zaman	48	3,5
Bazen	374	27,2
Çoğu zaman	641	46,6
Her zaman	312	22,7
Doğal/Hormonsuz Ürünlere Daha Fazla Ödeme Yapma Durumu (n=1381)		
Hiçbir zaman	88	6,4
Bazen	626	45,3
Çoğu zaman	466	33,7
Her zaman	201	14,6

*Sütun Yüzdesi

#Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdelere cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

Katılımcıların %51,4'ü bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyini orta, %35,0'ı ise iyi düzeyde olarak nitelendirmiştir. Katılımcıların %45,3'ü evlerinde gıda alışverişini kadın ve erkeğin birlikte, %34,6'sı ise sadece kadının yaptığını ifade etmiştir. Gıda ürünlerini satın alma konusunda akraba/arkadaş/komşularından etkilendiğini belirtenler katılımcıların % 56,3'ünü, reklamlardan etkilendiğini belirtenler %39,4'ünü, televizyondan etkilendiğini belirtenler %31,6'sını ve internet/sosyal medyadan etkilendiğini belirtenler %30,6'sını oluşturmaktadır. Katılımcıların %39,6'sı gıda ürünleri tercihlerinde reklamların etkili olduğunu düşünmektedir. Gıda ürünlerini satın aldığı yerin hijyen koşullarına dikkat edenler katılımcıların %81,4'ünü oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %38,7'si besin değeri yüksek gıdaların daha pahalı olduğunu, %34,9'u ise fiyatın besin değeri ile ilişkili olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %69,3'ü satın aldıkları gıdanın doğal/hormonsuz olmasını çoğu zaman/her zaman önemseydiğini belirtmiştir. Doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yapma sıklığını çoğu zaman/her zaman olarak ifade edenler katılımcıların %48,3'ünü, bazen olarak ifade edenler ise %45,3'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 4’de araştırmaya katılan bireylerin ambalajlı gıda ürünleriyle ilgili tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ambalajlı Gıda Ürünleriyle İlgili Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Satın Alınan Gıda Ürünlerinin Ambalajlı Olmasını Tercih Etme Durumu (n=1382)		
Hiçbir zaman	48	3,5
Bazen	450	32,6
Çoğu zaman	622	45,0
Her zaman	262	19,0
Ambalajsız/Açıkta Satılan Gıda Ürünlerini Satın Alma Durumu (n=1369)		
Almıyor	521	38,1
Alıyor	848	61,9
Ambalajsız/ Açıkta Satılan Gıda Ürünlerini Satın Alanların Tercih Ettikleri Ürülerin Dağılımı #		
Sebze/ meyve	377	49,0
Süt ürünleri	159	20,7
Süt	110	14,3
Unlu mamuller	107	13,9
Bakliyat	73	9,5
Zeytin	71	9,2
Kırmızı et/tavuk/balık	62	8,1
Kuruyemiş	62	8,1
Yumurta	36	4,7
Yağ	6	0,8
Diğer**	49	6,4
Gıdaların Sağlığa Uygunluğu ile Ambalaj İlişkisine Dair Düşüncelerinin Dağılımı(n=1373)		
Ambalajlı gıdalar daha sağlıklıdır	396	28,8
Ambalajsız gıdalar daha sağlıklıdır	98	7,1
Her ikisi de sağlıklı olabilir	714	52,0
Kararsız	165	12,0
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Etiket Bilgilerini Okuma Durumu(n=1377)		
Hiçbir zaman	135	9,8
Bazen	488	35,4
Çoğu zaman	493	35,8
Her zaman	261	19,0
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Etiket Bilgilerinin Okunmama Nedenlerinin Dağılımı #		
Okunaklı bulmama	308	30,8
Yeterince anlaşılır bulmama	279	27,9
İhtiyaç duymama	277	27,7
Bilgilerin doğruluğundan şüphe duyma	189	18,9
Bilgilerin eksik olabileceğini düşünme	138	13,8
Diğer***	83	8,3
Ambalajlı Gıda Ürünlerindeki Etiket Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu (n=1352)		
Hiçbir zaman	195	14,4
Bazen	706	52,2
Çoğu zaman	409	30,3
Her zaman	42	3,1

*Sütun Yüzdesi

#Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdelere cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

**Diğer içerisinde en sık ‘turşu’, ‘salça’ ve ‘bal’ belirtilmiştir.

***Diğer içerisinde en sık ‘zaman kısıtlılığı’ ve ‘ihmal’ belirtilmiştir.

Katılımcıların %45,0’ı satın aldıkları gıda ürününün ambalajlı olmasını çoğu zaman, %32,6’sı ise bazen tercih ettiğini belirtmiştir. Ambalajsız/açıkta satılan gıda ürünlerini satın aldıklarını belirtenler katılımcıların %61,9’unu oluşturmaktadır. Ambalajsız/açıkta satılan gıda ürünlerini satın aldıklarını belirtenlerin ise %49,0’ı meyve/sebze, %35,0’ı süt ve süt ürünleri, %13,9’u ise unlu mamülleri ambaljasız olarak satın aldıklarını belirtmiştir. Ambalajlı ya da ambalajsız gıdaların her ikisinin de sağlıklı olabileceğini düşünenler katılımcıların %52,0’ını, ambalajlı gıdaların daha sağlıklı olduğunu düşünenler ise %28,8’ini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %35,8’i ambalajlı gıda satın alırken etiket bilgilerini çoğu zaman, %35,4’ü ise bazen okuduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların etiket bilgilerini okumama nedenlerinin dağılımına bakıldığında ise %30,8’inin etiket bilgilerini okunaklı bulmadığı, %27,9’unun yeterince anlaşılır bulmadığı, %27,7’sinin ise etiket bilgilerini okumaya ihtiyaç duymadığı görülmüştür. Katılımcıların %52,2’si bazen, %30,3’ü ise çoğu zaman etiket bilgilerini yeterli bulduğunu belirtmiştir.

Tablo 5a’da araştırmaya katılan bireylerin ambalajlı gıda ürünleri ve etiket bilgileri ile ilgili bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 5a. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ambalajlı Gıda Ürünleri ve Etiket Bilgileri ile İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Enerji ve Besin Öğelerine Dikkat Etme Durumu (n=1377)		
Hiçbir zaman	347	25,2
Bazen	573	41,6
Çoğu zaman	353	25,6
Her zaman	104	7,6
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Lif İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1380)		
Hiçbir zaman	541	39,2
Bazen	540	39,1
Çoğu zaman	237	17,2
Her zaman	62	4,5
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Tuz/Şeker/Yağ İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1383)		
Hiçbir zaman	352	25,5
Bazen	550	39,8
Çoğu zaman	353	25,5
Her zaman	128	9,3
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken İçerdiği Katkı Maddelerine Dikkat Etme Durumu (n=1381)		
Hiçbir zaman	249	18,0
Bazen	537	38,9
Çoğu zaman	416	30,1
Her zaman	179	13,0
Ambalajlı Gıda Ürünlerini İçerdiği Katkı Maddelerinden Dolayı Satın Almaktan Vazgeçme Durumu (n=1380)		
Hiçbir zaman	309	22,4
Bazen	659	47,8
Çoğu zaman	322	23,3
Her zaman	90	6,5
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Glukoz/Fruktoz Şurubu İçerip İçermediğine Bakma Durumu (n=1368)		
Hiçbir zaman	534	39,0
Bazen	441	32,2
Çoğu zaman	267	19,5
Her zaman	126	9,2

*Sütun Yüzdesi

Araştırmaya katılanların %41,62'si etiket bilgilerinde yer alan gıdanın enerji ve besin öğelerine bazen, %25,6'sı ise çoğu zaman dikkat ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %39,2'si gıdanın lif içeriğine hiçbir zaman dikkat etmemekte, %39,1'i ise bazen dikkat etmektedir. Katılımcıların %39,8'i gıdaların tuz/şeker/yağ içeriğine bazen, %34,8'i ise çoğu zaman/her zaman dikkat etmektedir. Gıdanın içerdiği katkı maddelerine dikkat edenler katılımcıların %43,1'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların %29,8'i içerdiği katkı maddelerinden dolayı gıdaları satın almaktan çoğu zaman/her zaman vazgeçebildiğini, %22,4'ü ise hiçbir zaman vazgeçemediğini belirtmiştir. Gıdanın glukoz/fruktoz şurubu içerip içermediğine hiçbir zaman dikkat etmeyenler katılımcıların %39,0'ını, bazen dikkat edenler ise %32,2'sini oluşturmaktadır.

Tablo 5b’de araştırmaya katılan bireylerin ambalajlı gıda ürünleri ve etiket bilgileri ile ilgili bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 5b. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ambalajlı Gıda Ürünleri ve Etiket Bilgileri ile İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Kalite Standart Belgesine Dikkat Etme Durumu (n=1378)		
Hiçbir zaman	486	35,3
Bazen	470	34,1
Çoğu zaman	301	21,8
Her zaman	121	8,8
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Ambalajın Zararsız Olmasını Önemseme Durumu (n=1381)		
Hiçbir zaman	237	17,2
Bazen	525	38,0
Çoğu zaman	436	31,6
Her zaman	183	13,3
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Üretim ve Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu (n=1375)		
Hiçbir zaman	46	3,3
Bazen	213	15,5
Çoğu zaman	486	35,3
Her zaman	630	45,8
Son Kullanma Tarihi Geçen Gıda Maddeleri İlgili Tutumlarının Dağılımı (n=1375)		
Hemen atıyor	893	64,9
Bozulduğunu düşünene kadar tüketmeye devam ediyor	179	13,0
Önemsemiyor, tamamını tüketiyor	42	3,1
Bazılarını hemen atıp, bazılarını son kullanma tarihi geçse de tüketiyor	261	19,0

*Sütun Yüzdesi

Katılımcıların %35,3’ü gıdanın kalite standart belgesine hiçbir zaman dikkat etmemekte, %34,1’i ise bazen dikkat etmektedir. Gıda ambalajının zararsız olmasını çoğu zaman/her zaman önemseyenler katılımcıların %44,9’unu oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %81,1’i gıda ürünlerini satın alırken üretim ve son kullanma tarihine çoğu zaman/her zaman dikkat ettiğini belirtmiştir.

Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin GDO’lu gıda ürünlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Bireylerin GDO’lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
GDO’nun Ne Anlama Geldiğini Bilme Durumu (n=1379)		
Bilmiyor	440	31,9
Biliyor	939	68,1
GDO’nun Anlamına İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n=886)		
Genetiği değiştirilmiş organizma	489	55,2
Genetiği değiştirilmiş gıda	302	34,1
Hormonlu gıda	45	5,1
Katkı maddeli gıda	14	1,6
Sağlığa zararlı yapay gıda	14	1,6
Doğal olmayan gıda	8	0,9
Kanserojen madde	4	0,5
Diğer**	10	1,1
Satın Alınan Gıdaların Üzerinde GDO’lu Olup Olmadığının Belirtilmesini İsteme Durumu (n=1365)		
İstemiyor	59	4,3
İstiyor	1111	81,4
Kararsız	195	14,3
GDO’lu Olduğu Bilinen Gıdaları Satın Alma Durumu (n=1354)		
Almıyor	1136	83,9
Alıyor	218	16,1

*Sütun Yüzdesi

**Diğer içerisinde en sık ‘bozulmuş gıda’ belirtilmiştir.

GDO’nun ne anlama geldiğini bildiğini düşünenler katılımcıların %68,1’ini oluşturmaktadır. Katılımcıların %55,2’si GDO’nun anlamının ‘Genetiği değiştirilmiş organizma’, %34,1’i ise ‘Genetiği değiştirilmiş gıda’ olduğunu düşünmektedir. Satın aldığı gıdaların üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini isteyenler katılımcıların %81,4’ünü, GDO’lu olduğu bilinen gıdaları satın almadığını belirtenler ise %83,9’unu oluşturmaktadır.

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin gıda ürünleri ile ilgili haklarına ilişkin bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

	Sayı	(%)*
Bozuk ve Hatalı Gıda Ürünü ile Karşılaşıldığında Şikayet Bildirme Durumu(n=1376)		
Hiçbir zaman	191	13,9
Bazen	460	33,4
Çoğu zaman	364	26,5
Her zaman	361	26,2
Alo 174 Gıda Hattından Haberdar Olma Durumu (n=1375)		
Haberdar değil	989	71,9
Haberdar	386	21,8

*Sütun Yüzdesi

Katılımcıların %52,7’si bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaştığında çoğu zaman/her zaman, %33,4’ü ise bazen şikayette bulunduğunu belirtmiştir. Alo 174 gıda hattından haberdar olmayanlar katılımcıların %71,9’unu oluşturmaktadır.

Tablo 8’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre tüketilen gıdaların sağlık üzerine etkisi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

		Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi			
		Etkisiz-Az etkili		Etkili	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=1361)					
	18-29 yaş	18	4,6	374	95,4
	30-39 yaş	19	6,6	269	93,4
	40-49 yaş	11	4,1	257	95,9
	50-59 yaş	9	3,5	246	96,5
	60 yaş ve üstü	10	6,3	148	93,7
$\chi^2=3,926$ p=0,416**					
Cinsiyet (n=1377)					
	Erkek	42	6,8	574	93,2
	Kadın	28	3,7	733	96,3
$\chi^2=6,951$ p=0,008					
Medeni Durum (n=1365)					
	Evli	41	4,7	830	95,3
	Bekar	31	6,1	475	94,2
$\chi^2=0,643$ p=0,423					
Öğrenim Durumu (n=1371)					
	İlkokul mezunu ve altı	29	4,7	592	95,3
	Ortaokul mezunu	13	5,2	236	94,8
	Lise mezunu	9	4,8	177	95,2
	Yüksekokul-üniversite mezunu	4	11,4	31	88,6
$\chi^2=3,194$ p=0,363**					
Çalışma Durumu (n=1361)					
	Çalışan	32	5,2	589	94,8
	Çalışmayan	36	4,9	704	95,1
$\chi^2=0,059$ p=0,808					
Ekonomik Durum (n=1367)					
	Çok kötü-kötü	24	12,2	172	87,8
	Orta/ne iyi ne kötü	30	3,7	771	96,3
	İyi-çok iyi	16	4,3	354	95,7
$\chi^2=24,077$ p=0,001**					
Kronik Hastalık Varlığı (n=1371)					
	Kronik hastalığı var	20	4,2	459	95,8
	Kronik hastalığı yok	49	5,5	843	94,5
$\chi^2=0,874$ p=0,350***					
Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı (n=1371)					
	Sürekli kullandığı ilaç var	24	5,0	454	95,0
	Sürekli kullandığı ilaç yok	44	4,9	849	95,1
$\chi^2=0,006$ p=1,000***					
Algılanan Sağlık Durumu (n=1376)					
	Çok kötü-kötü	16	13,2	105	86,8
	Orta/ne iyi ne kötü	21	5,0	401	95,0
	İyi-çok iyi	33	4,0	800	96,0
$\chi^2=18,875$ p<0,001**					

*Satır Yüzdesi

** Eğitimde Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

*** Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Cinsiyet, ekonomik durum ve genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınlar, ekonomik durumu orta düzeyde olanlar ve genel olarak kendi sağlık durumunu iyi olarak nitelendirenler tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu daha fazla düşünmektedir. Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve sürekli kullanılan ilaç varlığına göre tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9’da araştırmaya katılan bireylerin tüketilen gıdaların sağlık üzerine etkisine ilişkin düşüncelerine göre gıda ve sağlık üzerine düşünce ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Gıda ve Sağlık Üzerine Düşünce ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi			
		Etkisiz- Az etkili		Etkili	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Gıda Ürünleri Tercihlerinin Sağlığa Uygun Olduğunu Düşünme Durumu (n=1368)					
	Düşünmüyor	18	7,6	218	92,4
	Düşünüyor	22	3,5	607	96,5
	Kararsız	30	6,0	473	94,0
$\chi^2=7,204$ p=0,027***					
Gıda Ürünlerine Bağlı Oluşabilen Hastalıkların Var Olduğunu Düşünme Durumu (n=1368)					
	Düşünmüyor	16	19,8	65	80,2
	Düşünüyor	34	3,1	1052	96,9
	Fikri yok	19	9,5	182	90,5
$\chi^2=53,048$ p< 0,001***					
Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendirme Durumu (n=1368)					
	Çok kötü-kötü	17	15,3	94	84,7
	Orta/ne iyi ne kötü	38	5,4	664	94,6
	İyi-çok iyi	14	2,5	541	97,5
$\chi^2=32,018$ p< 0,001**					

*SütunYüzdesi

** Eğimde Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

***Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu düşünme durumu, gıda ürünlerine bağlı oluşabilen hastalıkların var olduğunu düşünme durumu ve bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyini değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu belirtenler gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu düşündüklerini, gıda ürünlerine bağlı oluşabilen hastalıkların var

olduğunu düşündüklerini ve bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerinin iyi-çok iyi düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir.



Tablo 10’da araştırmaya katılan bireylerin tüketilen gıdaların sağlık üzerine etkisine ilişkin düşüncelerine göre gıda satın almaya ilişkin bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Gıda Satın Almaya İlişkin Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi			
		Etkisiz-Az etkili		Etkili	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Gıda Ürünlerini Satın Aldığı Yerin Hijyen Koşullarına Dikkat Etme Durumu (n=1366)					
	Hiçbir zaman-bazen	26	10,2	229	89,8
	Çoğu zaman-her zaman	43	3,9	1068	96,1
$\chi^2=17,303$ $p<0,001$					
Gıda Ürünlerinin Fiyatı İle Besin Değerinin İlişkili Olduğunu Düşünme Durumu(n=1366)					
	Besin değeri yüksek gıdalar daha pahalıdır	29	5,5	499	94,5
	Fiyatın besin değeri ile ilişkisi yoktur	16	3,4	460	96,6
	Fikri yok	24	6,6	338	93,4
$\chi^2=4,929$ $p=0,085^{**}$					
Satın Alınan Gıda Ürününün Doğal/Hormonsuz Olmasına Dikkat Etme Durumu (n=1390)					
	Hiçbir zaman-bazen	33	7,9	386	92,1
	Çoğu zaman-her zaman	36	3,8	913	96,2
$\chi^2=10,115$ $p=0,001$					
Doğal/Hormonsuz Ürünlere Daha Fazla Ödeme Yapma Durumu(n=1381)					
	Hiçbir zaman-bazen	58	8,2	652	91,8
	Çoğu zaman-her zaman	12	1,8	652	98,2
$\chi^2=27,420$ $p=0,001^{**}$					
Satın Alınan Gıda Ürününün Ambalajlı Olmasını Tercih Etme Durumu (n=1375)					
	Hiçbir zaman-bazen	40	8,1	456	91,9
	Çoğu zaman-her zaman	29	3,3	850	96,7
$\chi^2=15,106$ $p<0,001$					
Gıda Ürünü Ambalajının Zararsız Olmasına Dikkat Etme Durumu (n=1374)					
	Hiçbir zaman-bazen	50	6,6	707	93,4
	Çoğu zaman-her zaman	20	3,2	597	96,8
$\chi^2=7,273$ $p=0,007^{**}$					
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Etiket Bilgilerini Okuma Durumu(n=1370)					
	Hiçbir zaman-bazen	44	7,1	576	92,9
	Çoğu zaman-her zaman	25	3,3	725	96,7
$\chi^2=10,051$ $p=0,002$					
Ambalajlı Gıda Ürünlerindeki Etiket Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu (n=1345)					
	Hiçbir zaman-bazen	46	5,1	853	94,9
	Çoğu zaman-her zaman	21	4,7	425	95,3
$\chi^2=0,036$ $p=0,849^{**}$					

*Sütun Yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile gıda ürünlerini satın aldığı yerin hijyen koşullarına dikkat etme durumu, satın alınan gıda ürününün doğal/hormonsuz olmasına dikkat etme durumu, doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yapma durumu, satın alınan gıda ürününün ambalajlı olmasını tercih etme durumu, gıda ürünü ambalajının zararsız olmasına dikkat etme durumu ve ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünenler gıda ürünlerini satın aldıkları yerin hijyen koşullarına ve satın aldıkları gıda ürününün doğal/hormonsuz olmasına daha fazla dikkat ettiklerini, doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yaptıklarını, satın aldıkları gıda ürününün ambalajlı olmasını tercih ettiklerini, gıda ürünü ambalajının zararsız olmasına dikkat ettiklerini ve ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini okuduklarını belirtmişlerdir. Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile gıda ürünlerinin fiyatı ile besin değerinin ilişkili olduğunu düşünme durumu ve ambalajlı gıda ürünlerindeki etiket bilgilerini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin tüketilen gıdaların sağlık üzerine etkisine ilişkin düşüncelerine göre ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken etiket bilgilerinde dikkat ettikleri unsurların dağılımı sunulmuştur.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Ambalajlı Gıda Ürünlerini Satın Alırken Etiket Bilgilerinde Dikkat Ettikleri Unsurların Dağılımı, Ankara, 2019.

		Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi			
		Etkisiz-Az etkili		Etkili	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Enerji(Kalori) ve Besin Öğelerine Dikkat Etme Durumu(n=1370)					
	Hiçbir zaman-bazen	51	5,6	866	94,4
	Çoğu zaman-her zaman	18	4,0	435	96,0
$\chi^2=1,284$ p=0,257**					
Lif İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1373)					
	Hiçbir zaman-bazen	60	5,6	1015	94,4
	Çoğu zaman-her zaman	10	3,4	288	96,6
$\chi^2=1,951$ p=0,162**					
Tuz/Şeker/Yağ İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1376)					
	Hiçbir zaman-bazen	52	5,8	846	94,2
	Çoğu zaman-her zaman	18	3,8	460	96,2
$\chi^2=2,246$ p=0,134**					
Katkı Maddelerine Dikkat Etme Durumu (n=1374)					
	Hiçbir zaman-bazen	48	6,1	734	93,9
	Çoğu zaman-her zaman	22	3,7	570	96,3
$\chi^2=3,602$ p=0,058**					
İçerdiği Katkı Maddelerinden Dolayı Gıdayı Satın Almaktan Vazgeçme Durumu (n=1373)					
	Hiçbir zaman-bazen	51	5,3	913	94,7
	Çoğu zaman-her zaman	19	4,6	390	95,4
$\chi^2=0,132$ p=0,717**					
Glukoz/Fruktoz Şurubu İçerip İçermediğine Dikkat Etme Durumu (n=1361)					
	Hiçbir zaman-bazen	49	5,0	923	95,0
	Çoğu zaman-her zaman	19	4,9	370	95,1
$\chi^2=0,000$ p=1,000**					
Gıda Kalite Standart Belgesine Dikkat Etme Durumu (n=1372)					
	Hiçbir zaman-bazen	55	5,8	995	94,2
	Çoğu zaman-her zaman	14	3,3	408	96,7
$\chi^2=3,239$ p=0,072**					
Üretim ve Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu (n=1368)					
	Hiçbir zaman-bazen	21	8,1	238	91,9
	Çoğu zaman-her zaman	49	4,4	1060	95,6
$\chi^2=5,152$ p=0,023**					

*Sütun Yüzdesi

** Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile etiket bilgilerinden üretim ve son kullanma tarihine dikkat etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünenler üretim ve son kullanma tarihine daha fazla dikkat etmektedir. Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile etiket bilgilerinden enerji(kalori) ve besin öğelerine dikkat etme durumu, lif içeriğine dikkat etme durumu, tuz/şeker/yağ içeriğine dikkat etme durumu, katkı maddelerine dikkat etme durumu, içerdiği katkı maddelerinden dolayı gıdayı satın almaktan vazgeçme durumu, glukoz/fruktoz şurubu içerip içermediğine dikkat etme durumu ve gıda kalite standart belgesine dikkat etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12’de araştırmaya katılan bireylerin tüketilen gıdaların sağlık üzerine etkisine ilişkin düşüncelerine göre GDO’lu gıda ürünlerine ilişkin bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre GDO’lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi			
		Etkisiz-Az etkili		Etkili	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
GDO’nun Ne Anlama Geldiğini Bilme Durumu (n=1372)					
	Bilmiyor	42	9,6	396	90,4
	Biliyor	28	3,0	906	97,0
$\chi^2=26,754$ $p<0,001$					
Satın Alınan Gıdaların Üzerinde GDO’lu Olup Olmadığının Belirtilmesini İsteme Durumu (n=1358)					
	İstemiyor	8	13,6	51	86,4
	İstiyor	44	4,0	1060	96,0
	Kararsız	16	8,2	179	91,8
$\chi^2=15,687$ $p<0,001^{**}$					
GDO’lu Olduğu Bilinen Gıdaları Satın Alma Durumu (n=1347)					
	Almıyor	45	4,0	1085	96,0
	Alıyor	24	11,1	193	88,9
$\chi^2=17,335$ $p<0,001^{**}$					

*Sütun Yüzdesi

** Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile GDO’nun ne anlama geldiğini bilme durumu, satın alınan gıdaların üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini isteme durumu ve GDO’lu olduğu bilinen gıdaları satın alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünenler GDO’nun ne anlama geldiğini bildiklerini, satın alınan gıdaların üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini istediklerini ve GDO’lu olduğu bilinen gıdaları satın almadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 13’de araştırmaya katılan bireylerin tüketilen gıdaların sağlık üzerine etkisine ilişkin düşüncelerine göre gıda ürünleri ile ilgili haklarına dair bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Gıda Ürünleri İle İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Tüketilen Gıdaların Sağlık Üzerine Etkisi			
		Etkisiz/Az etkili		Etkili	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Bozuk ve Hatalı Gıda Ürünü İle Karşılaşıldığında					
Şikayet Bildirme Durumu(n=1369)					
	Hiçbir zaman-bazen	32	4,9	617	95,1
	Çoğu zaman-her zaman	38	5,3	682	94,7
$\chi^2=0,085$ p=0,771					
Alo 174 Gıda Hattından Haberdar Olma					
Durumu (n=1368)					
	Haberdar değil	56	5,7	930	94,3
	Haberdar	14	3,7	368	96,3
$\chi^2=1,905$ p=0,167**					

*Sütun Yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu ile bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaşıldığında şikayet bildirme durumu ve Alo 174 Gıda Hattından haberdar olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi			
		Kötü		İyi	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=1360)					
	18-29 yaş	30	7,7	362	92,3
	30-39 yaş	18	6,3	266	93,7
	40-49 yaş	17	6,3	253	93,7
	50-59 yaş	26	10,2	229	89,8
	60 yaş ve üstü	20	12,6	139	87,4
$\chi^2=4,196$ p=0,041**					
Cinsiyet (n=1376)					
	Erkek	61	9,9	554	90,1
	Kadın	50	6,6	711	93,4
$\chi^2=5,142$ p=0,023					
Medeni Durum (n=1364)					
	Evli	76	8,9	781	91,1
	Bekar	35	6,9	472	93,1
$\chi^2=1,645$ p=0,200					
Öğrenim Durumu (n=1090)					
	İlkokul mezunu ve altı	68	10,9	556	89,1
	Ortaokul mezunu	14	5,7	230	94,3
	Lise mezunu	9	4,8	178	95,2
	Yüksekokul- üniversite mezunu	1	2,9	34	97,1
$\chi^2=10,581$ p=0,001**					
Çalışma Durumu (n=1360)					
	Çalışan	52	8,4	568	91,6
	Çalışmayan	58	7,8	682	92,2
$\chi^2=0,137$ p=0,711					
Ekonomik Durum (n=1367)					
	Çok kötü-kötü	39	19,9	157	80,1
	Orta/ne iyi ne kötü	55	6,9	743	93,1
	İyi-çok iyi	17	4,6	354	95,4
$\chi^2=32,243$ p<0,001**					
Kronik Hastalık Varlığı (n=1370)					
	Kronik hastalığı var	41	8,5	439	91,5
	Kronik hastalığı yok	70	7,9	820	92,1
$\chi^2=0,192$ p=0,662					
Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı (n=1371)					
	Sürekli kullandığı ilaç var	24	5,0	454	95,0
	Sürekli kullandığı ilaç yok	44	4,9	849	95,1
$\chi^2=4,402$ p=0,036***					
Algılanan Sağlık Durumu(n=1373)					
	Çok kötü-kötü	29	24,2	91	75,8
	Orta/ne iyi ne kötü	43	10,2	380	89,8
	İyi-çok iyi	39	4,7	791	95,3
$\chi^2=51,837$ p<0,001**					

*Satır Yüzdesi

** Eğitimde Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

***Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Cinsiyet, öğrenim durumu, ekonomik durum ve sürekli kullanılan ilaç varlığı ile bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınlar, öğrenim durumu lise ve üzerinde olanlar, ekonomik durumu iyi olanlar ve sürekli kullandığı ilaç bulunanlar bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda daha bilgili olduklarını düşünmektedirler. Yaş, medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalığı olma durumu ile bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15’de araştırmaya katılan bireylerin bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarına göre gıda ve sağlık üzerine düşüncelerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Gıda ve Sağlık Üzerine Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

		Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi			
		Kötü		İyi	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Gıda Ürünleri Tercihlerinin Sağlığa Uygun Olduğunu Düşünme Durumu (n=1368)					
	Düşünmüyor	33	13,8	206	86,2
	Düşünüyor	24	3,8	603	96,2
	Kararsız	53	10,6	449	89,4
$\chi^2=30,100$ p< 0,001**					
Gıda Ürünlerine Bağlı Oluşabilen Hastalıkların Var Olduğunu Düşünme Durumu (n=1368)					
	Düşünmüyor	6	7,5	74	92,5
	Düşünüyor	68	6,3	1019	93,7
	Fikri yok	35	17,4	166	82,6
$\chi^2=28,822$ p< 0,001**					

*Sütun Yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu düşünme durumu ve gıda ürünlerine bağlı oluşabilen hastalıkların var olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda daha bilgili olduğunu düşünenler, gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu ve gıda ürünlerine bağlı oluşabilen hastalıkların var olduğunu düşünmektedir.

Tablo 16’da araştırmaya katılan bireylerin bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarına göre gıda satın almaya ilişkin bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Gıda Satın Almaya İlişkin Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi			
		Kötü		İyi	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Gıda Ürünlerini Satın Aldığı Yerin Hijyen Koşullarına Dikkat Etme Durumu (N=1365)					
	Hiçbir zaman-bazen	54	21,4	198	78,6
	Çoğu zaman-her zaman	56	5,0	1057	95,0
$\chi^2=74,564$ p< 0,001					
Gıda Ürünlerinin Fiyatı İle Besin Değerinin İlişkili Olduğunu Düşünme Durumu(n=1366)					
	Besin değeri yüksek gıdalar daha pahalıdır	34	6,4	495	93,6
	Fiyatın besin değeri ile ilişkisi yoktur	20	4,2	459	95,8
	Fikri yok	57	15,9	301	84,1
$\chi^2=41,201$ p=0,001 **					
Satın Alınan Gıda Ürününün Doğal/Hormonsuz Olmasına Dikkat Etme Durumu (n=1368)					
	Hiçbir zaman-bazen	70	16,7	350	83,3
	Çoğu zaman-her zaman	41	4,3	907	95,7
$\chi^2=59,462$ p=0,001					
Doğal/Hormonsuz Ürünlere Daha Fazla Ödeme Yapma Durumu(n=1372)					
	Hiçbir zaman-bazen	85	12,0	625	88,0
	Çoğu zaman-her zaman	24	3,6	638	96,4
$\chi^2=32,632$ p< 0,001**					
Satın Alınan Gıda Ürününün Ambalajlı Olmasını Tercih Etme Durumu (n=1373)					
	Hiçbir zaman-bazen	69	14,0	423	86,0
	Çoğu zaman-her zaman	42	4,8	839	95,2
$\chi^2=36,406$ p< 0,001					
Gıda Ürünü Ambalajının Zararsız Olmasına Dikkat Etme Durumu (n=1372)					
	Hiçbir zaman-bazen	88	11,6	669	88,4
	Çoğu zaman-her zaman	23	3,7	592	96,2
$\chi^2=27,322$ p< 0,001**					
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Etiket Bilgilerini Okuma Durumu(n=1368)					
	Hiçbir zaman-bazen	82	13,2	537	86,8
	Çoğu zaman-her zaman	28	3,7	721	96,3
$\chi^2=41,442$ p< 0,001					
Ambalajlı Gıda Ürünlerindeki Etiket Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu (n=1343)					
	Hiçbir zaman-bazen	73	8,2	820	91,8
	Çoğu zaman-her zaman	35	7,8	415	92,2
$\chi^2=0,064$ p=0,801					

*Sütun Yüzdesi

****Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.**

Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile gıda ürünlerini satın aldığı yerin hijyen koşullarına dikkat etme durumu, gıda ürünlerinin fiyatı ile besin değerinin ilişkili olduğunu düşünme durumu, satın alınan gıda ürününün doğal/hormonsuz olmasına dikkat etme durumu, doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yapma durumu, satın alınan gıda ürününün ambalajlı olmasını tercih etme durumu, gıda ürünü ambalajının zararsız olmasına dikkat etme durumu ve ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda daha bilgili olduğunu düşünenler gıda ürünlerini satın aldığı yerin hijyen koşullarına dikkat ettiklerini, gıda ürünlerinin fiyatı ile besin değerinin ilişkili olduğunu düşündüklerini, satın alınan gıda ürününün doğal/hormonsuz olmasına dikkat ettiklerini, doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yaptıklarını, satın alınan gıda ürününün ambalajlı olmasını tercih ettiklerini, gıda ürünü ambalajının zararsız olmasına dikkat ettiklerini ve ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini okuduklarını ifade etmişlerdir. Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile ambalajlı gıda ürünlerindeki etiket bilgilerini yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17’de araştırmaya katılan bireylerin bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarına göre ambalajlı gıda ürünlerinin etiket bilgileri ile ilgili bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Ambalajlı Gıda Ürünlerinin Etiket Bilgileri ile İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi			
		Kötü		İyi	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Enerji(Kalori) ve Besin Öğelerine Dikkat Etme Durumu (n=1368)					
	Hiçbir zaman-bazen	98	10,7	817	89,3
	Çoğu zaman-her zaman	13	2,9	440	97,1
$\chi^2=23,943$ p< 0,001**					
Lif İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1371)					
	Hiçbir zaman-bazen	101	9,4	973	90,6
	Çoğu zaman-her zaman	10	3,4	287	96,6
$\chi^2=10,599$ p=0,001**					
Tuz/Şeker/Yağ İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1374)					
	Hiçbir zaman-bazen	93	10,4	802	89,6
	Çoğu zaman-her zaman	18	3,8	461	96,2
$\chi^2=17,605$ p<0,001 **					
Katkı Maddelerine Dikkat Etme Durumu (n=1372)					
	Hiçbir zaman-bazen	95	12,2	684	87,8
	Çoğu zaman-her zaman	16	2,7	577	97,3
$\chi^2=39,572$ p<0,001 **					
İçerdiği Katkı Maddelerinden Dolayı Gıdayı Satın Almaktan Vazgeçme Durumu (n=1371)					
	Hiçbir zaman-bazen	60	19,6	246	80,4
	Çoğu zaman-her zaman	37	5,6	618	94,4
$\chi^2=72,055$ p<0,001 **					
Glukoz/Fruktoz Şurubu İçerip İçermediğine Dikkat Etme Durumu (n=1360)					
	Hiçbir zaman-bazen	101	10,4	867	89,6
	Çoğu zaman-her zaman	9	2,3	383	97,7
$\chi^2=23,773$ p<0,001 **					
Gıda Kalite Standart Belgesine Dikkat Etme Durumu (n=1369)					
	Hiçbir zaman-bazen	99	10,4	850	89,6
	Çoğu zaman-her zaman	12	2,9	408	97,1
$\chi^2=21,417$ p<0,001 **					
Üretim ve Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu (n=1366)					
	Hiçbir zaman-bazen	48	18,5	211	81,5
	Çoğu zaman-her zaman	63	5,7	1044	94,3
$\chi^2=46,364$ p<0,001					

*Sütun Yüzdesi

****Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.**

Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile gıda etiket bilgilerinden enerji(kalori) ve besin öğelerine, lif içeriğine, tuz /şeker/yağ içeriğine, katkı maddelerine, glukoz/fruktoz şurubu içerip içermediğine, gıda kalite standart belgesine, üretim ve son kullanma tarihine dikkat etme ve içerdiği katkı maddelerinden dolayı gıdayı satın almaktan vazgeçme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda daha bilgili olduğunu düşünenler, gıda etiket bilgilerine daha çok dikkat etmekte ve içerdiği katkı maddelerinden dolayı gıdaları satın almaktan daha sık vazgeçmektedir.

Tablo 18’de araştırmaya katılan bireylerin bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarına göre GDO’lu gıda ürünlerine ilişkin bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre GDO’lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi			
		Kötü		İyi	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
GDO’nun Ne Anlama Geldiğini Bilme Durumu (n=1370)					
	Bilmiyor	70	16,1	395	83,9
	Biliyor	40	4,3	895	95,7
$\chi^2=56,110$ $p<0,001$					
Satın Alınan Gıdaların Üzerinde GDO’lu Olup Olmadığının Belirtilmesini İsteme Durumu (n=1356)					
	İstemiyor	9	15,3	50	84,7
	İstiyor	66	6,0	1038	94,0
	Kararsız	33	17,1	160	82,9
$\chi^2=32,185$ $p<0,001^{**}$					
GDO’lu Olduğu Bilinen Gıdaları Satın Alma Durumu (n=1345)					
	Almıyor	78	6,9	1052	93,1
	Alıyor	31	14,4	184	85,6
$\chi^2=13,701$ $p<0,001$					

*Sütun Yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile GDO’nun ne anlama geldiğini bilme durumu, satın alınan gıdaların üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini isteme durumu ve GDO’lu olduğu bilinen gıdaları satın alma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 19’da araştırmaya katılan bireylerin bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarına göre gıda ürünleri ile ilgili haklarına dair bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarına Göre Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

		Bilinçli ve Sağlığa Uygun Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi			
		Kötü		İyi	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Bozuk ve Hatalı Gıda Ürünü İle Karşılaşıldığında Şikayet Bildirme Durumu(n=1367)					
	Hiçbir zaman-bazen	79	12,2	569	87,8
	Çoğu zaman-her zaman	31	4,3	688	95,7
$\chi^2=38,601$ p< 0,001					
Alo 174 Gıda Hattından Haberdar Olma Durumu (n=1366)					
	Haberdar değil	96	3,8	887	90,2
	Haberdar	13	3,4	370	96,6
$\chi^2=14,384$ p< 0,001**					

*Sütun Yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaşıldığında şikayet bildirme durumu ve Alo 174 gıda hattından haberdar olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusunda daha bilgili olduğunu düşünenler, bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaştığında daha sık şikayet bildirdiklerini ve Alo 174 gıda hattından haberdar olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 20’de araştırmaya katılan bireylerin Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları sunulmuştur.

Tablo 20 . Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları, Ankara, 2019.

Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	Sayı	Ort.± SS	Min- Max
Kontrol Merkezi	1385	16,0±3,9	5-25
Özfarkındalık	1385	10,5±2,0	3-15
Kesinlik	1385	11,3±3,0	4-20
Sağlığın Önemi	1385	10,9±2,2	3-15
Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puanı	1385	48,9±7,3	20-74

Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 48,9±7,3(min:20-max:74), Kontrol Merkezi alt boyutu puan ortalaması 16,0±3,9(min:5-max:25), Özfarkındalık alt boyutu puan ortalaması 10,5±2,0(min:3-max:15), Kesinlik alt boyutu puan ortalaması 11,3±3,0(min:4-max:20) ve Sağlığın Önemi alt boyutu puan ortalaması 10,9±2,2(min:3-max:15) olarak bulunmuştur.

Tablo 21’de araştırmaya katılan bireylerin SAÖ sorularına verdiği cevapların dağılımı sunulmuştur.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ Sorularına Verdiği Cevapların Dağılımı, Ankara, 2019.

SORULAR		Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Hiç katılmıyorum	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
1	Sağlığımı çok düşünürüm.	359	25,9	671	48,4	243	17,5	93	6,7	19	1,4
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.#	76	5,5	302	21,8	371	26,8	466	33,6	170	12,3
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.#	83	6,0	298	21,5	316	22,8	491	35,5	197	14,2
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.#	386	27,9	480	34,7	245	17,7	169	12,2	105	7,6
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	339	24,5	722	52,1	218	15,7	85	6,1	21	1,5
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.#	112	8,1	347	25,1	395	28,5	421	30,4	110	7,9
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.#	244	17,6	612	44,2	272	19,6	202	14,6	55	4,0
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.#	169	12,2	436	31,7	379	27,4	316	22,8	82	5,9
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	216	15,6	533	38,5	269	26,6	213	15,4	54	3,9
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	223	16,1	634	45,8	350	25,3	153	11,0	25	1,8
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	298	21,5	522	37,7	328	23,7	191	13,8	46	3,3
12	Sağlıklı olmak şans işidir.#	64	4,6	250	18,1	381	27,1	481	34,7	209	15,1
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.#	41	3,0	129	9,3	276	19,9	643	46,4	296	21,4
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	85	6,1	379	27,4	498	36,0	350	25,3	73	5,3
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.#	97	7,0	374	27,0	359	25,9	389	28,1	166	12,0

*Sütun Yüzdesi

#Ters puanlanan ifadelerdir.

Katılımcıların %74,3'ü 'Sağlığımı çok düşünürüm.' ifadesine katıldığını, %45,9'u 'Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.' ifadesine katılmadığını, %49,7'si 'Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.' ifadesine katılmadığını, %62,6'sı 'Sağlıklı olmak Allah'ın bir lütfudur.' ifadesine katıldığını, %76,6'sı 'Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.' ifadesine katıldığını, %38,3'ü 'Sağlıklı olmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.' İfadesine katılmadığını, %61,8'i 'Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.' ifadesine katıldığını, %43,9'u 'Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.' ifadesine katıldığını, %54,1'i 'Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.' İfadesine katıldığını, %61,9'u 'Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.' İfadesine katıldığını, %59,2'si 'Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.' ifadesine katıldığını, %49,8'i 'Sağlıklı olmak şans işidir.' ifadesine katılmadığını, %67,8'i 'Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.' ifadesine katılmadığını, %36,0'ı 'İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.' ifadesi konusunda kararsız olduğunu, %40,1'i 'Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.' ifadesine katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 22'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı, Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort ±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)
Yaş Grupları (n=1369)#						
18-29 yaş	394	17(5-25)	11(4-15)	12(4-20)	11(3-15)	50(20-74)
30-39 yaş	288	16(5-25)	11(4-15)	11(4-20)	11(4-15)	49(29-74)
40-49 yaş	271	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	49(23-68)
50-59 yaş	257	16(6-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	48(28-72)
60 yaş ve üstü	159	15(5-25)	10(5-15)	11(4-19)	11(5-15)	47(31-63)
χ^2		31,391	34,031	12,960	3,416	33,478
p*		p<0,001	p<0,001	p=0,011	p=0,491	p<0,001
Cinsiyet (n=1385)						
Erkek	620	16,0±4,1	10,5±2,0	11,5±3,1	10,9±2,3	49,0±2,0
Kadın	765	16,0±3,7	10,6±2,1	11,2±3,0	11,0±2,2	48,9±2,0
t		-0,286	0,361	0,295	0,209	0,261
p**		p=0,777	p=0,732	p=0,049	p=0,317	p=0,765
Medeni Durum (n=1373)						
Evli	865	16(5-15)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(20-74)
Bekar	508	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(3-15)	50(28-74)
Z		-0,274	-0,473	-1,623	-0,770	-0,185
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,900	p<0,001
Öğrenim Durumu (n=1378) #						
Okuryazar değil-okuryazar	45	14(5-25)	10(3-14)	10(5-20)	10(3-15)	45(32-60)
İlkokul-ortaokul mezunu	288	15(5-25)	10(3-15)	10(4-20)	11(4-15)	46(23-74)
Lise-yüksekokul-üniversite mezunu	1045	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(3-15)	50(20-74)
χ^2		45,763	28,979	29,025	9,678	66,797
p*		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,008	p<0,001
Çalışma Durumu (n=1369)						
Çalışan	626	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	49(28-74)
Çalışmayan	743	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	48(20-74)
Z		-2,200	-0,426	-1,485	-2,788	-2,928
p**		p=0,028	p=0,670	p=0,138	p=0,005	p=0,003
Ekonomik Durum (n=1374)[§]						
Çok kötü-kötü	197	15,3±4,3	10,2±2,3	10,6±3,3	9,7±2,7	45,9±8,1
Orta	804	15,9±3,8	10,5±2,0	11,2±2,9	11,0±2,1	48,7±6,9
İyi-çok iyi	373	16,6±3,7	10,8±1,9	12,1±3,1	11,4±2,1	51,0±7,1
F		8,774	5,725	19,634	34,843	33,470
p****		p<0,001	p=0,003	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Kronik Hastalık Varlığı (n=1379)						
Kronik hastalığı yok	897	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	49(20-74)
Kronik hastalığı var	482	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	49(23-72)
Z		-2,362	-0,547	-0,939	-1,666	-0,991
p***		p=0,018	p=0,584	p=0,348	p=0,096	p=0,322
Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı (n=1379)						
Sürekli kullandığı ilaç yok	898	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	49(20-74)
Sürekli kullandığı ilaç var	481	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(28-72)
Z		-2,819	-3,057	-1,686	-1,577	-3,689
p***		p=0,005	p<0,001	p=0,092	p=0,115	p<0,001
Algılanan Sağlık Durumu (n=1382) #						
Çok kötü-kötü	121	15(5-25)	9(5-15)	10(4-17)	10(4-15)	44(30-68)
Orta/ne iyi ne kötü	426	15(5-25)	10(3-15)	10(4-20)	11(4-15)	47(20-73)
İyi-çok iyi	835	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(3-15)	51(29-74)
χ^2		61,281	60,666	67,874	59,753	130,983
p*		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

*Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

** Student t Testi uygulanmıştır.

*** Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

**** One Way ANOVA Testi uygulanmıştır.

Post Hoc Testlerinden Tamhane's T2 Testi uygulanmıştır.

β Post Hoc Testlerinden Tukey Testi uygulanmıştır.

Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, sürekli kullanılan ilaç varlığı ve algılanan sağlık durumu ile SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların yaşına göre SAÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçlarına bakıldığında 60 yaş ve üstü kişilerin genel olarak SAÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarınınkinden düşük olması nedeniyle farklılığa neden olan grubun 60 yaş ve üstü kişiler olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların öğrenim durumuna göre SAÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçlarına bakıldığında lise-üniversite mezunu kişilerin genel olarak SAÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarınınkinden yüksek olması nedeniyle farklılığa neden olan grubun lise-üniversite mezunu kişiler olduğu ifade edilebilir. Katılımcıların ekonomik durumuna göre SAÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırma (PostHoc) analizi sonuçlarına bakıldığında ekonomik durumu iyi-çok iyi olan kişilerin genel olarak SAÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarınınkinden yüksek olması nedeniyle farklılığa neden olan grubun ekonomik durumu iyi-çok iyi olan kişiler olduğu ifade edilebilir.

Cinsiyet ve kronik hastalık varlığı ile SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 23’de araştırmaya katılan bireylerin SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına göre gıda ürünlerinin sağlıkla ilişkisi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarına Göre Gıda Ürünlerinin Sağlıkla İlişkisi ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort ±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)
Gıda Ürünlerinin Sağlığa Etkisine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n=1377) #						
Etkisiz-az etkili	70	13(5-25)	11(4-15)	12(5-20)	9(3-15)	44(20-70)
Orta	238	15(5-25)	10(6-15)	11(4-19)	11(4-15)	46(28-63)
Etkili-çok etkili	1069	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	50(23-74)
χ^2		45,697	46,945	3,984	51,372	66,891
p*		p<0,001	p<0,001	p=0,136	p<0,001	p<0,001
Gıda Ürünleri Tercihlerinin Sağlığa Uygun Olduğunu Düşünme Durumu (n=1376) #						
Düşünmüyor	239	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(28-72)
Düşünüyor	631	16(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	12(3-15)	50(20-74)
Kararsız	506	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	47(28-68)
χ^2		5,783	16,704	31,372	36,651	38,105
p*		p=0,055	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Bilinçli ve Sağlıklı Gıda Tüketimi Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendirme Durumu (n=1376) #						
Çok kötü-kötü	111	14(5-25)	9(3-15)	9(4-20)	9(3-15)	42(28-63)
Orta/ne iyi ne kötü	707	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	47(20-68)
İyi-çok iyi	558	17(5-25)	11(4-15)	12(4-20)	12(3-15)	52(31-74)
χ^2		71,904	106,089	74,873	131,003	211,846
p*		p=0,055	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

*Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Post Hoc Testlerinden Tamhane’s T2 Testi uygulanmıştır.

SAÖ puan ortalamaları ile gıda ürünlerinin sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünme durumu, gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu düşünme durumu ve bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusunda bilgili olduğunu düşünme durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Bu değişkenlere göre SAÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçlarına bakıldığında genel olarak SAÖ puan ortalamalarının gıda ürünlerinin sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünenler, gıda ürünleri tercihlerinin

sağlığa uygun olduğunu düşünenler ve bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyini iyi-çok iyi olarak nitelendirenlerin SAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olması nedeniyle farklılığa neden olan grupların bu bireylerin yer aldığı gruplar olduğu ifade edilebilir.



Tablo 24’te araştırmaya katılan bireylerin SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımına göre gıda ürünlerini satın alma konusundaki bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarına Göre Gıda Ürünlerini Satın Alma Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort ±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)
Gıda Ürünlerinin Satın Alındığı Yerin Hijyen Koşullarına Dikkat Etme Durumu (n=1373)						
Hiçbir zaman-bazen	255	15(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	45(20-67)
Çoğu zaman-her zaman	1118	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	50(23-74)
Z		-5,908	-6,943	-1,902	-9,908	-8,797
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,053	p<0,001	p<0,001
Satın Alınan Ürünün Doğal/Hormonsuz Olmasını Önemseme Durumu (n=1375)						
Hiçbir zaman-bazen	422	15(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	47(20-71)
Çoğu zaman-her zaman	953	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	12(3-15)	50(23-74)
Z		-4,913	-5,467	-1,323	-11,371	-8,081
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,186	p<0,001	p<0,001
Doğal/Hormonsuz Ürünlere Daha Fazla Ödeme Yapma Durumu(n=1381)						
Hiçbir zaman-bazen	714	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	47(20-74)
Çoğu zaman-her zaman	667	17(5-25)	11(4-15)	11(4-20)	12(6-15)	51(28-74)
Z		-5,555	-6,937	-2,589	-13,255	-10,466
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,010	p<0,001	p<0,001
Gıda Ürünlerini Satın Alırken Etkilendikleri Kaynakların Dağılımı #						
Akraba-arkadaş-komşu	247	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(23-70)
Televizyon-internet-sosyal medya	225	16(5-25)	11(4-15)	11(4-19)	11(4-15)	48(29-68)
Kitap-bilimsel yayın	70	16(7-25)	11(4-15)	12(4-20)	12(6-15)	52(31-72)
χ^2		2,728	3,396	4,466	21,560	12,446
p*		p=0,256	p=0,183	p=0,107	p<0,001	p=0,002
Reklamların Gıda Ürünleri Tercihlerindeki Etki Durumu (n=1379)						
Etkisiz-az etkili	724	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(4-15)	50(23-74)
Etkili-çok etkili	655	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(20-68)
Z		-2,622	-1,178	-4,588	-1,596	-3,080
p***		p=0,009	p=0,239	p<0,001	p=0,110	p=0,002
Gıda Ürünlerinin Fiyatı ile Besin Değerinin İlişkili Olduğunu Düşünme Durumu(n=1373)						
İlişkilidir	531	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	12(4-15)	49(20-73)
İlişkili değildir	479	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(4-15)	50(28-74)
Fikri yok	363	15(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	46(23-74)
χ^2		59,427	31,322	17,796	50,389	71,169
p*		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

*Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

*** Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

[#]Post Hoc Testlerinden Tamhane's T2 Testi uygulanmıştır.

SAÖ puan ortalamaları ile gıda ürünlerinin satın alındığı yerin hijyen koşullarına dikkat etme durumu, satın alınan ürünün doğal/hormonsuz olmasını önemseme durumu, doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yapma durumu, gıda ürünlerini satın alırken çeşitli kaynaklardan etkilenme durumu, gıda ürünlerini satın alırken reklamlardan etkilenme durumu, gıda ürünlerinin fiyatı ile besin değerinin ilişkili olduğunu düşünme durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların gıda satın alırken etkilendikleri kaynaklar ile SAÖ puan ortalamalarının çoklu karşılaştırma (Post Hoc) analizi sonuçlarına bakıldığında kitap-bilimsel yayınlardan yararlandığını söyleyen kişilerin genel olarak SAÖ puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olması nedeniyle farklılığa neden olan grubun kitap-bilimsel yayınlardan faydalandığını belirten kişiler olduğu ifade edilebilir.

Tablo 25’de Araştırmaya katılan bireylerin SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımına göre ambalajlı gıda ürünleriyle ilgili tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımına Göre Ambalajlı Gıda Ürünleriyle İlgili Tutum ve Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort ±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)
Ambalajlı Gıda Ürünlerinin Daha Sağlıklı Olduğunu Düşünme Durumu (n=1373)						
Hiçbir zaman-bazen	255	15(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	45(20-67)
Çoğu zaman-her zaman	1118	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	50(23-74)
Z		-4,020	-3,140	-0,924	-3,464	-4,100
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,053	p<0,001	p<0,001
Satın Alınan Gıda Ürünlerinin Ambalajlı Olmasını Tercih Etme Durumu (n=1382)						
Hiçbir zaman-bazen	422	15(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	47(20-71)
Çoğu zaman-her zaman	953	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	12(3-15)	50(23-74)
Z		-6,965	-5,648	-0,329	-8,645	-7,779
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,186	p<0,001	p<0,001
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Ambalajının Zararsız Olmasını Önemseme Durumu (n=1381)						
Hiçbir zaman-bazen	714	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	47(20-74)
Çoğu zaman-her zaman	667	17(5-25)	11(4-15)	11(4-20)	12(6-15)	51(28-74)
Z		-6,766	-5,561	-3,958	-8,376	-9,144
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,010	p<0,001	p<0,001
Ambalajlı Gıda Ürünleri Satın Alırken Etiket Bilgilerini Okuma Durumu(n=1377)						
Hiçbir zaman-bazen	247	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(23-70)
Çoğu zaman-her zaman	225	16(5-25)	11(4-15)	11(4-19)	11(4-15)	48(29-68)
Z		-9,189	-8,725	-5,324	-8,725	-12,143
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Ambalajlı Gıda Ürünlerindeki Etiket Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu (n=1352)						
Hiçbir zaman-bazen	901	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	12(4-15)	49(20-73)
Çoğu zaman-her zaman	451	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(4-15)	50(28-74)
Z		-0,468	-3,430	-3,250	-1,345	-3,085
p***		p=0,640	p=0,001	p=0,001	p=0,179	p=0,002

*** Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

SAÖ puan ortalamaları ile ambalajlı gıda ürünlerinin daha sağlıklı olduğunu düşünme, satın alınan gıda ürünlerinin ambalajlı olmasını tercih etme, ambalajlı gıda ürünleri satın alırken ambalajın zararsız olmasını önemseme, ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini okuma ve ambalajlı gıda

ürünlerindeki etiket bilgilerini yeterli bulma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).



Tablo 26’da araştırmaya katılan bireylerin SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımına göre ambalaj etiket bilgileriyle ilgili bazı tutum ve davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımına Göre Ambalaj Etiket Bilgileriyle İlgili Bazı Tutum ve Davranışlarının Dağılımı , Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort ±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)
Enerji ve Besin Öğelerine Dikkat Etme Durumu (n=1377)						
Hiçbir zaman-bazen	920	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	47(28-74)
Çoğu zaman-her zaman	457	17(5-25)	11(4-15)	12(4-20)	12(4-15)	52(20-74)
Z		-7,399	-8,722	-5,850	-7,056	-11,044
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Lif İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1380)						
Hiçbir zaman-bazen	1081	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(20-74)
Çoğu zaman-her zaman	299	17(5-25)	12(4-15)	12(4-20)	12(5-15)	53(23-74)
Z		-6,012	-4,400	-1,721	-5,450	-7,342
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Tuz/Şeker/Yağ İçeriğine Dikkat Etme Durumu (n=1383)						
Hiçbir zaman-bazen	902	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	47(28-74)
Çoğu zaman-her zaman	481	17(5-25)	11(5-15)	12(4-20)	12(3-15)	52(20-74)
Z		-7,128	-8,538	-6,126	-7,601	-10,906
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Katkı Maddelerine Dikkat Etme Durumu (n=1381)						
Hiçbir zaman-bazen	786	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	47(20-74)
Çoğu zaman-her zaman	585	17(5-25)	11(4-15)	12(4-20)	12(5-15)	51(23-74)
Z		-6,739	-8,166	-5,387	-10,909	-11,354
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Glukoz/Fruktoz Şurubu İçerip İçermediğine Bakma Durumu (n=1368)						
Hiçbir zaman-bazen	975	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(20-74)
Çoğu zaman-her zaman	393	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	12(4-15)	52(35-74)
Z		-6,398	-6,802	-4,222	-8,305	-9,298
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Kalite Standart Belgesine Dikkat Etme Durumu (n=1378)						
Hiçbir zaman-bazen	956	16(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(20-68)
Çoğu zaman-her zaman	422	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	12(3-15)	51(23-74)
Z		-4,772	-6,185	-3,912	-6,782	-7,847
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Üretim ve Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Durumu (n=1375)						
Hiçbir zaman-bazen	259	14(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	46(20-66)
Çoğu zaman-her zaman	1116	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(4-15)	50(23-74)
Z		-7,801	-5,083	-2,293	-8,077	-8,964
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,022	p<0,001	p<0,001

*** Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

SAÖ puan ortalamaları ile gıda etiket bilgilerinden enerji ve besin öğelerine, lif içeriğine, tuz/şeker/yağ içeriğine, katkı maddelerine, glukoz/fruktoz şurubu içerip içermediğine, kalite standart belgesine ve üretim ve son kullanma tarihine dikkat etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).



Tablo 27’de araştırmaya katılan bireylerin SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımına göre GDO’lu gıda ürünlerine ilişkin bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımına Göre GDO’lu Gıda Ürünlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)	Ort ±SS/ ortanca (min- max)	Ort±SS/ ortanca (min- max)
GDO’nun Ne Anlama Geldiğini Bilme Durumu (n=1379)						
Bilmiyor	440	15(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	46(23-64)
Biliyor	939	17(5-25)	11(3-15)	12(4-20)	11(4-15)	50(20-74)
Z		-9,783	-6,156	-5,856	-6,736	-11,741
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Satın Alınan Gıdaların Üzerinde GDO’lu Olup Olmadığının Belirtilmesini İsteme Durumu (n=1365) #						
İstemiyor	59	13(5-25)	10(3-15)	10(5-19)	10(4-15)	44(29-67)
İstiyor	1111	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	50(20-74)
Kararsız	195	14(5-25)	10(3-15)	11(4-20)	10(3-15)	44(30-64)
χ^2		54,20	57,31	14,51	71,69	113,23
p*		p<0,001	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001
GDO’lu Olduğu Bilinen Gıdaları Satın Alma Durumu (n=1354)						
Almıyor	1136	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	50(20-74)
Alıyor	218	15(5-25)	10(3-15)	11(4-19)	10(4-15)	46(29-67)
Z		-5,367	-5,282	-0,984	-7,657	-7,339
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,325	p<0,001	p<0,001

*Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

*** Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

#Post Hoc Testlerinden Tamhane’s T2 Testi uygulanmıştır.

SAÖ puan ortalamaları ile GDO’nun ne anlama geldiğini bildiğini düşünme durumu, satın alınan gıdaların üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini isteme durumu ve GDO’lu olduğu bilinen gıdaları satın alma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların SAÖ puan ortalamaları ile satın aldıkları gıda ürünlerinin üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini isteme durumlarının çoklu karşılaştırma

(Post Hoc) analizi sonuçlarına bakıldığında satın aldıkları gıda ürünlerinin üzerinde GDO'lu olup olmadığının belirtilmesini istediğini söyleyen kişilerin genel olarak SAÖ puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olması nedeniyle farklılığa neden olan grubun satın aldıkları gıda ürünlerinin üzerinde GDO'lu olup olmadığının belirtilmesini istediğini belirten kişiler olduğu ifade edilebilir.



Tablo 28’da araştırmaya katılan bireylerin SAÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına göre gıda ürünleri ile ilgili haklarına dair bilgi ve tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Bireylerin SAÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarına Göre Gıda Ürünleri ile İlgili Haklarına Dair Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2019.

SAÖ	n	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	SAÖ Puanı
		Ort±SS/ ortanca (min-max)	Ort±SS/ ortanca (min-max)	Ort±SS/ ortanca (min-max)	Ort ±SS/ ortanca (min-max)	Ort±SS/ ortanca (min-max)
Bozuk ve Hatalı Gıda Ürünü İle Karşılaşıldığında Şikayet Bildirme Durumu(n=1376)						
Hiçbir zaman-bazen	651	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	47(20-74)
Çoğu zaman-her zaman	725	17(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	12(3-15)	50(23-74)
Z		-5,712	-3,625	-3,493	-8,310	-8,001
p***		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Alo 174 Gıda Hattından Haberdar Olma Durumu (n=1375)						
Haberdar değil	989	16(5-25)	11(3-15)	11(4-20)	11(3-15)	48(20-74)
Haberdar	386	17(5-25)	11(5-15)	12(4-20)	12(4-15)	51(28-74)
Z		-5,359	-4,625	-4,117	-7,607	-8,094
p***		p<0,001	p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001

*** Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

SAÖ puan ortalamaları ile bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaşıldığında şikayet bildirme durumu ve Alo 174 gıda hattından haberdar olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

5. TARTIŞMA

Ankara ili bazı ilçelerindeki aile sağığı merkezlerine başvuran 18 yaşı üstü bireylerin gıda satın alma ve tüketimi konusundaki tutum ve davranışları ile sağıık algıları ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağıığı Anabilim Dalı'nın sağıık eğitim araştırma bölgeleri olan Gölbaşı, Sincan, Yenimahalle ve Etimesgut ilçelerinde bazı aile sağıığı merkezlerine başvuran 18 yaşı üstü 1385 birey katılmıştır.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $40,8 \pm 14,6$ 'dır. Katılımcıların %69,6'sı 18-49 yaş aralığında olup, %11,5'unu 60 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %55,2'si kadındır; kadın katılımcıların daha fazla olmasının nedeni, ev hanımı olan kadınların aile sağıığı merkezlerine başvuranların çoğunluğunu oluşturuyor olması olabilir. Katılımcıların %63,0'ı evli, %75,8'i lise ve üzerinde bir okul mezunudur. Türkiye'de 2018 yılında 15 yaş üstü nüfusta lise ve üzeri okul bitirenlerin kadınların %26'sını, erkeklerin ise %33'ünü oluşturduğu görülmektedir (177). Bu çalışmada bulunan %75,8 sıklığın nedeninin yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin çalışmaya katılmayı daha çok kabul etmesi olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların %45,7'si çalışan, %21,5'i ev hanımı ve %13,2'si emeklilerden oluşmaktadır. Ekonomik durumunu orta düzeyde olarak değerlendirenler katılımcıların %58,5'ini, kötü olarak değerlendirenler ise %14,4'ünü oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %34,8'i kronik bir hastalığının, %34,9'u ise sürekli kullandığı bir ilacın var olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %49,9'unun sağlık durumunu iyi, %30,8'inin ise orta düzeyde olarak değerlendirdiği görülmüştür. 2007'de Ankara'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %74,2'sinin ve 2004 yılında Sivas'ta yapılan başka bir çalışmada da %77,6'sının sağlık durumunu iyi olarak nitelendirdikleri görülmüştür. Bu iki çalışmanın üniversite öğrencileriyle yapılmış olması ve öğrencilerin yaş ortalamasının toplumdan düşük olması dolayısıyla genel sağlık durumu düzeylerinin daha iyi olması, sıklığın bizim çalışmamızdan daha yüksek saptanmasının nedeni olabilir (54,178).

Çalışmaya katılan bireylerin tamamına yakınının gıda ürünlerinin sağlık üzerinde etkili olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Tokat'ta 2006 yılında yapılan çalışmada da katılımcıların yarısından fazlası gıdaların kendi sağlıkları açısından risk taşıyabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Her iki çalışma da göstermektedir ki toplumdaki çoğu birey gıda tercihleri ve tüketimlerinin sağlık durumları üzerinde belirleyici etmenlerden biri olduğunu düşünmektedir (179).

Gıda ürünlerinin sağlığa uygunluğunu belirleyen başlıca unsurlara ilişkin düşüncelerinin dağılımına bakıldığında katılımcıların bu konuda en belirleyici gördükleri unsurun %42,9 sıklıkla gıdaların doğal/hormonsuz/katkısız olması olduğu görülmüştür. Son yıllarda doğal/hormonsuz/katkısız ürünlere ulaşmanın oldukça zorlaşmış olması ve bu konunun sıkça gündeme geliyor olmasına bağlı olarak bireylerin bu konuda duydukları endişe bu sonucu doğurmuş olabilir.

Ayrıca bu çalışmada bireylerin %45,9'u gıda tercihlerini sağlığa uygun bulduklarını, %36,8'i ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Bireylerin gıdaların sağlığa uygunluğuna ilişkin bilgi düzeyi bilinmediğinden, ne derece

sağlıklı tercihlerde bulunduklarını anlamak güç olmakla birlikte, üçte birinin bu konuda hiç fikrinin olmadığı yorumu yapılabilir.

Katılımcıların %30,3'ü gıda ürünlerine bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarının başında kanserin geldiğini ifade etmiştir. 2008'de yapılan Türkiye Tüketici Risk Algılama Araştırması sonucunda bu çalışmaya benzer bir şekilde Batı Anadolu'da ilk akla gelen sağlık sorunu kanser olarak bulunmuştur. Batı Anadolu dışındaki tüm bölgelerde ise akla gelen ilk sağlık sorunu, bizim çalışmamızda katılımcıların %11,8'inin ifade etmiş olduğu gıda zehirlenmeleridir. Bu farkın nedeni; çevresel etkenlerin, görülen gıda zehirlenme sıklığının, tüketici davranışı ve tercihlerinin, gıda bilincinin, eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin farklılığı olabilir (180).

Bunun yanında katılımcıların %24,4'ü gıda ürünlerine bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarının başında diyabetin, %15,9'u hipertansiyonun, %15,4'ü obezitenin ve %8,7'si kalp damar hastalıklarının geldiğini düşünmektedir. Dolayısıyla katılımcıların yarıdan fazlasının gıda ile ilişkili gördüğü sağlık sorunları arasında kronik hastalıkların başı çektiği söylenebilir. Gıda ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye dair farkındalığa sahip olsalar da, bu farkındalığın yeterli düzeyde olmadığı yorumu yapılabilir.

Gıda ürünlerinin sağlığa etkisi ile ilgili endişelerinin dağılımına bakıldığında katılımcıların %17,6'sı başlıca endişe unsurunu erken yaşlanma ve ölüme neden olması, %15,4'ü katkı maddeleri ve koruyucular, %14,1'i ise hastalıklara neden olması olarak ifade etmişlerdir. Gıdaların hastalık, erken yaşlanma ve ölüme yol açabilmesi endişesinin yanısıra gıdalara ilişkin en çok

endişe duydukları unsurun yine katkı maddeleri ve koruyucular olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, son yıllarda gıda ürünlerinde katkı maddesi ve koruyucu kullanımındaki artış ile birlikte bireylerin bu konuya olan ilgisinin artışıyla açıklanabilir. Katılımcıları endişelendiren başlıca hastalıkların ise %10,2'lik sıklıkla kilo artışı/obezite, %7,5'luk sıklıkla zehirlenme/enfeksiyon, %4,8'lik sıklıkla diyabet ve %3,5'lik sıklıkla hipertansiyon olduğu görülmüştür. Bu verilere dayanılarak, yetersiz düzede olsa da yine kronik hastalıkların bireyler tarafından gıdalara bağlı oluşabilecek hastalıklar arasında başı çektiği yorumu yapılabilir.

Bu çalışmada katılımcıların bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin düşünceleri sorgulandığında, %51,4'ü bilgi düzeyini orta, %40,6'sı ise iyi olarak nitelendirmiştir. Bu veriler, katılımcıların tamamına yakınının bu konuda bilgili olduğu düşüncesine sahip olduğunu göstermektedir. 2002 yılında Adana ilinde yapılan tüketicilerin sağlık risklerine karşı gıda tercihleri konusundaki tutumlarının incelendiği çalışmada ise katılımcıların %30'u sağlıklı gıda konusundaki bilgi düzeyini yetersiz bulduğunu ifade etmiştir (104). Bizim çalışmamızda katılımcıların sağlıklı gıda seçimi konusundaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu düşünmelerinin sebebi çalışmadaki kişilerin eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %45,3'ü evde gıda alışverişini kadın ve erkeğin birlikte, %34,6'sı kadının, %20,2'si ise erkeğin yaptığını belirtmiştir. Onurlubaş'ın çalışmasında da %64,6 ile katılımcıların büyük çoğunluğu evde gıda alışverişini kadın ve erkeğin birlikte yaptıklarını ifade etmişlerdir (66). Bu

sonuçlar, kadının da erkeğın de evdeki gıda tercihleri üzerinde etkin rol aldığını ortaya koymakta ve her iki cinsiyetin de hem sağlık algısının hem de gıda sağlık ilişkisi üzerine olan düşüncelerinin tüm aile bireyleri üzerinde etkili olacağını düşündürmektedir. Ceylan'ın Van'da yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların sadece %7,8'i evde gıda alışverişini erkek ve kadının birlikte yaptığını , %70,6'sı ise erkeğın yaptığını belirtmiştir. Çalışmalardaki bu bulgular arasındaki fark, evdeki gıda tercihleri ve gıda satın alma davranışının yaşanılan bölgeler ve kültürlerden etkilenebildiğini göstermektedir.

Demirel'in 2005 yılında yaptığı çalışmada akraba, arkadaş, komşulardan etkilenme %75 olarak belirlenmiş ve televizyon, sosyal medya, internet gibi medya organlarından etkilenme %40 olarak bulunmuştur.Bu çalışmada ise katılımcıların %74,4'ü gıda satın alırken televizyon, internet, sosyal medya, gazete ve dergiler gibi medya organlarından; %56,3'ü ise akraba, arkadaş, komşu gibi yakınlarından etkilendiklerini ifade etmişlerdir (181). Bu fark, geçen zaman içinde internet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte, bireylerin geçen zaman içinde gıda konusunda doğru bilgiye ulaşma çabalarında bir değişiklik olmadığı; üzerinde çok düşünmeden, kolayca ulaşabildikleri, kaynağı belli olmayan hazır bilgileri kullanmayı sürdürdükleri anlaşılmaktadır. Bilimsel yayınlar ve kitaplardan faydalandığını söyleyenlerin sıklığının sadece %19,1 olması da, bireylerin sağlıklı gıda tercihlerinde bulunma konusundaki çabalarının son derece düşük olduğu yorumunu desteklemektedir.

Gıda tercihi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, reklamların toplumdaki etkisinin ciddi düzeyde olduğu görülmektedir. Şentürk ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların dörtte biri gıda tercihinde reklamların etkili olduğunu ifade etmiştir (182). Bu çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yarısı tercihlerinde reklamların etkili olduğunu belirtmiştir. Reklamların gıda tercihi üzerindeki etkisinin giderek artış gösterdiği söylenebilir. Bunun nedeninin bireylerin reklamlarla karşılaşmalarını sağlayan ortam ve faktörlerin çeşitliliğindeki artış olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %46,9'u gıdaları satın aldığı yerin hijyen koşullarına çoğu zaman, %34,5'i her zaman dikkat ettiğini, yalnızca %2'si bu konuyu hiçbir zaman göz önünde bulundurmadığını belirtmiştir. Bu bulgulara dayanarak hijyen unsurunun katılımcılar tarafından oldukça önemli bulunduğu sonucuna ulaşılabilir. Teke'nin çalışmasında ise katılımcıların yarısının bu konuyu dikkate aldıkları görülmüş olup bu araştırmada katılımcıların daha çok erkek olması, bizim çalışmamızda ise kadın katılımcıların çoğunluğu oluşturması, evde gıda alışverişine kadınların daha fazla dahil olması ve hijyen konusunun kadınlar tarafından daha fazla önemsenmesi bu farkı doğurmuş olabilir (142).

Kıymaz'ın Dünya ve Türkiye'de Gıda Güvencesi konusundaki çalışmasında (2010) besin değeri yüksek gıdaların daha pahalı olduğunu düşünenler katılımcıların %45'ini oluşturmaktadır (183). Bu çalışmada ise katılımcıların %38,7'si bu görüşte olup, her iki çalışmada elde edilen bulguların benzer olması, toplumda besin değerinin fiyatla ilişkilendirildiğine işaret etmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların %69,3'ü satın aldıkları ürünün doğal/hormonsuz olmasını önemsediklerini ifade etmiştir. Bunun yanında, katılımcıların yarısı doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yaptığını belirtmiştir. Koç ve arkadaşlarının 2008' de yaptığı çalışmada ise benzer şekilde katılımcıların %80'i doğal ve hormonsuz ürün almayı önemsediklerini belirtmiştir (184). Gelişen tarım teknolojisinin ve sanayileşmenin bir sonucu olarak artan tüketim toplumunun da etkisiyle günümüzde doğal ve hormonsuz gıdaya ulaşmanın zorlaşması ve bunun sıkça dile getiriliyor olması nedeniyle toplumun bu konudaki algısı ve bilinç düzeyi artmıştır denilebilir.

2007'de Gökarp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ambalajlı gıda ürünü tercih eden bireylerin katılımcıların üçte ikisini oluşturduğu görülmüştür (141). Bu çalışmada da katılımcıların %64,0'ının gıda ürünlerinin ambalajlı olmasını tercih ettikleri görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğunun ambalajlı ürün tercihinde bulunması, çeşitli nedenlerle toplumun ambalajlı ürünlere daha çok güvenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %38,1'i, ambalajsız/ açıkta satılan ürünleri satın almadıklarını belirtmişlerdir. Uzunöz'ün araştırmasında da katılımcıların %35,9'u ambalajsız/ açıkta satılan gıda ürünü satın almadıklarını ifade etmişlerdir (185). Bizim araştırmamızda da benzer sonucun elde edilmiş olması, toplumun ortalama üçte birlik kesiminin açıkta satılan gıda ürünlerini satın almayı tercih etmediklerini göstermekte olup, bunun nedenini de ambalajsız/açıkta satılan ürünlere güven duymamaları ve sağlık açısından riskler taşıyabileceklerini düşünmeleri olabilir.

Katılımcılara ambalajsız satın aldıkları gıda ürünleri sorulduğunda yarısının sebze/meyve, üçte birinin süt ve süt ürünlerini satın aldıkları cevabı alınmıştır. 2018 yılında Amasya’da üniversite öğrencilerinin gıda okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmada ise ambalajsız satın alınan ürünlerden üçte birini kırmızı et ve ürünlerinin, beşte birini süt ve süt ürünlerinin, beşte birini de beyaz etin oluşturduğu görülmektedir (33). Sebze ve meyvelerin ambalajsız tercih edilme oranının yüksek olması ülkemizde var olan pazar kültürüyle ve çoğunlukla ambalajsız satılmasıyla alakalı olabilir. Yine et ve et ürünlerinin ambalajsız tercih edilmesi de çoğunlukla kasaplardan alışveriş yapılmasıyla açıklanabilir.

Katılımcılara gıdaların sağlığa uygunluğu ile ambalaj ilişkisine dair düşünceleri sorulduğunda %52,0’ı ambalajlı ve ambalajsız satılan ürünlerin her ikisinin de sağlıklı olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların %28,8’i ise ambalajlı gıdaların daha sağlıklı olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. 2008 yılında Tokat’ta yapılan bir çalışmada da katılımcıların %37,78’i ambalajlı ürünleri daha sağlıklı bulduklarını ifade etmişlerdir (185). Elde edilen benzer bulgular ışığında, toplumun yaklaşık üçte birlik kesiminin ambalajlı ürünlerin daha sağlıklı olduğu inancında olduğu yorumu yapılabilir. Bunun nedeninin, ambalajlı ürünlerin daha iyi denetleniyor olduğu düşüncesi ve buna bağlı güven olduğu düşünülebilir. Ambalajsız gıdaların daha sağlıklı olduğunu düşünen %7,1’lik kesimde ise ambalajsız olarak satılan gıdaların daha doğal olduğu ve bunlara katkı maddesi katılmadığı düşüncesi hakim olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %54,8’i genellikle ambalaj etiketlerini okuduklarını ifade etmişlerdir. Blitstein ve arkadaşlarının çalışmasında,

katılımcıların %53'ünün, Topuzoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında %52'sinin, Güneş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada %56'sının, Sezek ve arkadaşlarının çalışmasında %46,3'ünün etiket üzerindeki bilgileri okuduğu saptanmış olup, bu çalışmalarda da bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (81,186,187, 188). 6 Avrupa ülkesinde yapılan bir başka çalışmada ise 6 ülkenin genelinde, tüketicilerin %16,8'inin besin etiketlerini okuduğu saptanmıştır (246). Bu sonuçlar ışığında, ülkemizde besin etiketi okuma durumunun kötü olmadığı ancak yetersiz olduğu söylenebilir.

Ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini hiçbir zaman okumayanlar katılımcıların %9,8'ini, bazen okuyanlar ise %35,4'ünü oluşturmaktadır. Bu katılımcılara etiket bilgilerini okumama nedenleri sorulduğunda ise %30,8'i okunaklı bulmadığı için, %27,9'u yeterince anlaşılır bulmadığı için, %27,7'si ise ihtiyaç duymadığı için okumadığını belirtmiştir. 2018'de Tekirdağ'da yapılan besin etiketiyle ilgili çalışmada ise katılımcıların yarısı etiket üzerindeki beslenme bilgilerini yorumlamanın zor olduğunu, yarısı ise besin etiketlerini okumak için çok fazla zaman harcamak gerektiğini belirtmişlerdir (189). Bu durum gıda etiketlerinin toplumun çoğunluğunun anlayıp yorumlayabileceği açıklık ve anlaşılabilirlikte, kolay ve kısa sürede okunabilir olmadığının göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Bunun yanında, çalışmamızda katılımcıların sadece üçte biri etiket bilgilerini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Onurlubaş'ın çalışmasında katılımcıların %56,6'sını etiket bilgilerini bazen ya da nadiren yeterli bulanlar, Mutlu'nun çalışmasında ise %65'ini bazen yeterli bulanlar oluşturmaktadır

(190,191). Bu çalışmalarda elde edilen benzer bulgular, toplumdaki çoğu bireyde etiketler üzerinde aradıkları bilgilere ulaşamadıkları düşüncesinin hakim olduğunun göstergesi olabilir. Bu, bireylerin etiketler üzerinde yer alan bilgileri anlamaması ve bunlara dair bilgi eksikliklerinden kaynaklanabileceği gibi, bireysel beklentilerinden de ileri geliyor olabilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların ambalajlı gıdaların etiket bilgileri arasında en çok önemsedikleri unsurun %81,1 sıklıkla ürünün üretim ve son kullanma tarihi olduğu görülmüş; Albayrak ,Yılmaz ve ark, Özgül ve Aksul ve Onurlubaş'ın yapmış olduğu çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi katılımcıların etiket bilgileri arasında en çok dikkat ettikleri unsurun üretim ve son kullanma tarihi olduğu belirtilmiştir (190, 192,193,194). Bireylerin en çok önemsedikleri unsurun üretim ve son kullanma tarihi olması, ürünün sağlıklı oluşunu tazeliği ile ilişkilendirdiklerini ve bozulmuş ürün satın almak ve ona bağlı sağlık sorunları yaşamaktan çekindiklerini düşündürmektedir.

Tekirdağ'da 2007 yılında yapılan çalışmada kişilerin yarısı son kullanma tarihine genellikle dikkat ettiklerini ifade etmiş olup, yine katılımcılar tarafından en çok önemsenen faktörlerden biri olmakla birlikte bu çalışmaya göre sıklığın düşük olduğu görülmüştür (195). İki çalışma arasındaki farkın çalışma bölgeleri arasındaki sosyokültürel değişikliklerden ve çalışmalar arasındaki zaman farkından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada lif içeriğinin %21,7 sıklıkla en az dikkat edilen unsur olduğu görülmüştür. İstanbul'da 2018 yılında yapılan bir çalışmada ise yedi kişiden birinin lif içeriğine dikkat ettiği görülmüş olup lif içeriğine dikkat eden katılımcı

sayısının bizim çalışmamızdakinden de düşük olduğu görülmüştür (196). Her iki çalışma da lif içeriğinin bireyler tarafından genel olarak önemsenmeyen bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların %39,2'si gıdanın lif içeriğine, %39,0'ı glukoz/fruktoz şurubu içerip içermediğine, %35,3'ü kalite standart belgesine, %25,5'i tuz/şeker/yağ içeriğine, %25,2'si enerji ve besin öğelerine, %18,0'ı içerdiği katkı maddelerine hiçbir zaman dikkat etmediklerini belirtmiş olup, bu etiket bilgilerini hiç önemsemeyen katılımcı sayısının oldukça fazla olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra, katılımcıların %44,9'u gıda ürünü ambalajının zararsız olmasını önemsediklerini ancak %17,2'si de buna hiçbir zaman dikkat etmediklerini belirtmişler, önemli sayıda kişinin bu konuya dikkat etmediği görülmüştür.

Bu çalışmada tüketicilerin %47,8'inün etiketteki katkı maddelerini okuduktan sonra satın almaktan bazen vazgeçtiği, % 22,4'ünün ise hiçbir zaman vazgeçmediği görülmüştür. Onurlubaş'ın çalışmasında da benzer şekilde bireylerin %42,4'ünün etiketteki katkı maddelerini okuduktan sonra satın almaktan bazen vazgeçtiği, %15,7'sinin ise hiçbir zaman vazgeçmedikleri bulunmuştur. Her ne kadar doğal/hormonsuz/katkısız ürünlerin daha sağlıklı olduğunu düşündüklerini ifade etseler ve katkı maddeleri ile ilgili endişelerini dile getirseler de, toplumu oluşturan bireylerin büyük çoğunluğunun katkı maddelerine ilişkin duyarlılığının düşük olduğu, sağlıklı gıda seçimi yaparken katkı maddelerini yeterince göz önünde bulundurmadıkları yorumu yapılabilir (190).

Son kullanma tarihi geçen gıda ürünlerini hemen attığını belirtenler katılımcıların %64,9'ünü oluşturmakta, %19,0'u ise bazı ürünleri hemen atsalar

da bazılarını son kullanma tarihi geçse dahi tüketmeye devam ettiklerini belirtmişlerdir. Bu durum, bireylerin ürünleri satın alırken son kullanma tarihini göz önünde bulundursalar da tüketim sırasında aynı derecede önemsemediklerini göstermektedir.

Katılımcıların %68,1'i GDO'nun ne anlama geldiğini bildiklerini belirtmişlerdir. Bunların da %55,2'si GDO'yu 'genetiği değiştirilmiş organizma' şeklinde, %34,1'i ise 'genetiği değiştirilmiş gıda' şeklinde tanımlamıştır. 2017'de Bitlis'te üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada öğrencilerin çok büyük bir çoğunluğunun GDO'nun ne anlama geldiğini bildiği, 2010 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi öğrencilerine yönelik yapılan başka bir çalışmada ise tamamına yakınının GDO'nun ne anlama geldiğini bildiği görülmüştür (197,198). Bu bulgular doğrultusunda, toplumun çoğunluğunun GDO'nun anlamını bildiği ancak bu bilginin eğitim seviyesi ile paralel olduğu söylenebilir. Ayrıca, katılımcıların %81,4'ü satın aldıkları ürünlerin üzerinde ürünün GDO' lu olup olmadığının belirtilmesini istediklerini, %14,3'ü ise bu konuda kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. GDO'lu olduğunu bildiği gıda ürünlerini satın almadığını belirtenler ise katılımcıların %83,9'unu oluşturmaktadır. 2017 yılında Bitlis'te yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu durumun nedeninin GDO'lu gıdalara karşı son yıllarda medyanın da etkisiyle bireylerin daha temkinli yaklaşması olduğu düşünülebilir (197).

Bu çalışmada bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaşıldığında şikayet bildirme sıklığı sorulduğunda genellikle şikayette bulunanlar katılımcıların %52,7'sini, hiçbir zaman bulunmayanlar ise %13,9'unu oluşturmaktadır.

Onurlubaş'ın çalışmasında da bizim çalışmamızdakine benzer şekilde katılımcıların %11,7'si hiçbir zaman şikayette bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Ortaya çıkan benzer sonuçlar, tüketicilerin önemli bir kısmının bu konuda duyarlı olmadığını, sorunlu gıda ürünlerinin satışının başka bireylerde de sağlık sorunlarına yol açabilme riskini önemsemediklerini göstermektedir (190).

Alo 174 gıda hattından haberdar olanların sıklığı ise sadece %21,8 olarak bulunmuştur. 2018 yılında Amasya'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (33). Bizim çalışmamızda orta yaş grubu hakim olmasına rağmen benzer sonuçların elde edilmiş olması, gençlerde ya da eğitim seviyesi daha yüksek kişilerde de bu konunun yeterince bilinmediğini göstermektedir. Bu konuda farkındalık için etkinlikler ve reklamların yeterince yapılmadığı kanısına varılabilir.

Katılımcıların demografik verilerine göre tükettikleri gıdaların sağlık üzerine etkisine ilişkin düşüncelerinin dağılımına bakıldığında cinsiyet, ekonomik durum ve genel olarak kendi sağlığını değerlendirme durumu ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kadınlar ve ekonomik durumunu orta ve iyi düzeyde olarak nitelendiren katılımcılarda gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğu düşüncesi daha fazla hakimdir. Kadınların kendilerinin olduğu gibi başta çocukları olmak üzere aile bireylerinin de sağlığı konusunda daha hassas olması, evdeki gıda seçimi ve tüketiminde kadınların daha aktif rol alması gıdaları sağlıkla daha fazla ilişkilendirmelerine neden oluyor olabilir. Ekonomik durumu daha iyi olanlar ise, daha sağlıklı yaşamaya elverişli koşulları yaratma ve

sağlıklarını önemseme imkanını daha fazla bulabildikleri için gıdaları sağlıklı daha çok ilişkilendiriyor olabilirler.

Araştırmaya katılanların demografik verilerine göre bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarına bakıldığında ise cinsiyet ve ekonomik duruma ek olarak, öğrenim durumu ve sürekli kullanılan ilaç varlığı ile de anlamlı fark bulunmuştur. Yine kadınlar, ekonomik durumu ve öğrenim durumu daha iyi olanlar ve sürekli ilaç kullananlar bu konuda daha bilgili olduklarını düşünmektedir.

Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenler, gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu düşünenler, gıda ürünlerine bağlı oluşabilen hastalıkların var olduğunu düşünenlerde tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğu ve bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu düşüncesi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. Bunun yanı sıra, bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu düşünenler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde tükettikleri gıdaların sağlıkları üzerinde etkili olduğunu düşünmektedir. Gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu ve hastalıklara neden olabileceğini düşünen bireylerin, gıda sağlık ilişkisini daha fazla önemsedikleri ve bu konuda daha çok bilgi sahibi olmaya çalıştıkları yorumu yapılabilir.

Tükettikleri gıdaların sağlık durumları üzerinde etkili olduğunu düşünenler ve bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimine ilişkin bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu düşünenler; gıda ürünlerini satın aldıkları yerin hijyen koşullarına ve satın aldıkları gıda ürününün doğal/hormonsuz olmasına dikkat ettiklerini, satın

aldıkları gıda ürününün ambalajlı olmasını tercih ettiklerini, gıda ürünü ambalajının zararsız olmasına dikkat ettiklerini ve ambalajlı gıda ürünleri satın alırken etiket bilgilerini okuduklarını ifade etmişlerdir. Bunlara ek olarak, bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimine ilişkin bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu düşünenler fiyatın besin değeri ile ilişkisi olmadığını düşünmekte, doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yapabildiklerini söylemektedirler. Gıdaların sağlık üzerindeki etkisini önemsemenin, katılımcıları daha bilgili olma konusunda çabalamaya ittiği gibi, sağlıklı gıda tercihi yapmalarını sağlayabilecek pekçok faktörü de daha fazla göz önünde bulundurmaya yönlendirdiği görülmektedir.

Tükettikleri gıdaların sağlıkları üzerine etkili olduğunu düşünenler gıda etiket bilgilerinden sadece üretim ve son kullanma tarihine dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusunda iyi düzeyde bilgili olanlar ise çalışmamızda sorulan tüm etiket bilgilerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Etiket bilgileri ile ilgili toplumda sahip olunan bilginin çok yetersiz olduğu söylenebilir. Çoğu bireyin üretim ve son kullanma tarihi dışındaki etiket bilgileri ile ilgilenmemesi, sağlık açısından önemsedikleri tek unsurun gıdanın tazeliğini kaybetmemiş ve bozulmamış olması olduğunu düşündürmektedir.

Tükettikleri gıdaların sağlıkları üzerinde etkili olduğunu düşünenler ve bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusunda iyi düzeyde bilgili olduklarını düşünenler GDO'nun ne anlama geldiğini bildiklerini, satın alınan gıdaların üzerinde GDO'lu olup olmadıklarının belirtilmesini istediklerini ve GDO'lu

olduğu bilinen gıdaları satın almadıklarını ifade etmişlerdir. Toplumda GDO'ya ilişkin ilgi, merak ve farkındalığın etiket bilgilerinden daha fazla olduğu görülmektedir.

Tüketilen gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğu düşüncesi ile bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaştığında şikayet bildirme durumu ile Alo 174 gıda hattından haberdar olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusunda daha bilgili olduklarını düşünenlerin gıda ürünlerine ilişkin haklarına dair farkındalıklarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Gıdaları sağlıkla daha fazla ilişkilendirenlerin bile sağlıksız gıdaların bildirimini yapma konusunun farkında olmadıkları görülmekte, bu konuda bireylerin ancak bilgi sahibi olduklarında girişimde bulunabilecekleri anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması $48,9 \pm 7,3$ olarak bulunmuştur. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasının $16,0 \pm 3,9$ ile kontrol merkezi alt boyutuna ait olduğu, bunu sırasıyla $11,3 \pm 3,0$ ile kesinlik, $10,9 \pm 2,2$ ile sağlığın önemi ve $10,5 \pm 2,0$ ile özfarkındalık alt boyutları puan ortalamalarının takip ettiği görülmüştür. 2015 yılında Samsun'da yapılan bir çalışmada da hemşirelik öğrencilerinde Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması $50,57 \pm 4,60$; alt boyut puan ortalamaları da sırasıyla $17,37 \pm 2,87$ ile kontrol merkezi, $11,75 \pm 2,24$ ile kesinlik, $10,73 \pm 1,95$ ile sağlığın önemi ve $10,48 \pm 1,89$ ile özfarkındalık şeklinde bulunmuş olup bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (199). Ölçekten en yüksek 75, en düşük 15 puan alınabileceği göz önünde

bulundurulduğunda katılımcıların sağlık algısı puan ortalamalarının orta derecede olduğu söylenebilir.

Kontrol merkezi alt boyutu kişinin sağlığını kontrol konusunda kendisini merkezde görüp görmediğini değerlendirir. Çalışmamızda ‘kontrol merkezi’ alt boyutu 25 puan üzerinden 17.37 ± 2.87 olarak bulunmuştur. Efteli’nin ve Alkan’ın çalışmalarında da bizim çalışmamıza benzer şekilde kontrol alt boyutu puan ortalamaları $16,1 \pm 3,4$ ve $17,2 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Kontrol merkezi alt boyutu bireyin sağlıklı olmayı kendisinden bağımsız faktörlerle (kader, şans, dini inanç vb.) ilişkilendirip ilişkilendirmediğini ve sağlığını değiştirmeye yönelik kendine olan güvenini göstermektedir. Bu benzer sonuçlar, toplumda sağlığını kontrolü kendi merkezinde toplama durumunun orta düzeyde olduğunu düşündürmektedir (200,201).

Çalışmamızda kesinlik alt boyut puan ortalaması 20 puan üzerinden 11.75 ± 2.24 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, bireylerin sağlıklı olmak için yapması gerekenlere ilişkin kesin bir fikre sahip olup olmadığını değerlendiren kesinlik alt boyutu için toplumda düşük bir düzey olarak değerlendirilebilir. Öz farkındalık boyutu sağlıklı olmanın bireylerin kendi elinde olup olmadığı konusunda bireysel farkındalığını ölçmekte olup çalışmamızda 15 puan üzerinden $10,5 \pm 2,0$ olarak bulunmuştur. Oral, Efteli ve Alkan’ın yapmış olduğu çalışmalarda ise sırasıyla 6,8, $7,5 \pm 1,8$ ve $7,0 \pm 2,0$ olarak saptanmış olup bizim çalışmamıza göre düşük puanlar elde edilmiştir. Topluma göre eğitim seviyesi daha iyi olan öğrencilerde yapılan tüm bu çalışmalara göre daha iyi bir öz farkındalık düzeyinin saptanmış olması, çalışmamızda elde edilenin iyi bir düzey olduğunu göstermekte,

özfarkındalığın eğitim seviyesi ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir (200,201,202). Sağlığın önemi alt boyutunda ise bireyin sağlığını ne kadar önemsendiği ölçülmektedir. Çalışmamızda bu boyut puanı 15 üzerinden $10,9 \pm 2,2$ olarak bulunmuştur.

Ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara bakıldığında katılımcıların %62,6'sı 'Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur' ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Buna karşın 'Sağlıklı olmak şans işidir' ifadesine katıldığını belirtenler katılımcıların sadece %22,7'sini oluşturmaktadır. Bunun yanında katılımcıların %61,9'u 'Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır' ifadesine katıldığını, %67,8'i ise 'Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem' ifadesine katılmadığını belirtmiştir. Bu bulgular ışığında katılımcıların büyük ölçüde sağlıklı olmanın kendilerine bağlı olduğunun bilincinde olduğu, 'Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur' ifadesine katılan çoğunluğun ise hastalıklara genetik ve çevresel yönleriyle yaklaşarak bu cevabı vermiş oldukları düşünülebilir.

Katılımcıların SAÖ ve alt boyutları puanları ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Vergi'nin çalışmasında da cinsiyet değişkeni açısından aynı bulgular elde edilmiş olup, toplumu oluşturan bireylerin sağlık algılarının cinsiyetlerinden etkilenmediği yorumu yapılabilir (196). Katılımcıların SAÖ ve alt boyutları puanları ortalamalarının yaş, medeni durum ve çalışma değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında; 'sağlığın önemi' alt boyutu dışındaki ölçek boyutlarının puan ortalamaları ve SAÖ toplam puan ortalaması ile grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$)

SAÖ toplam puanlarının yaş arttıkça düştüğü, dolayısıyla gençlerde sağlık algısı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Efteli'nin çalışmasında evli bireylerin sağlık algısı ölçeği toplam puanlarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise bekarlarda daha yüksek puan ortalamaları saptanmıştır. Bu farkın nedeni, çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek birey sayısının fazlalığı ve bunların da çoğunluğunu genç ve bekar bireylerin oluşturuyor olması olabilir (200).

Katılımcıların SAÖ ve alt boyutları puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı fark olmasa da kadınların SAÖ puan ortalaması erkeklere göre biraz daha düşük bulunmuştur. Al-Windi ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi kadınların SAÖ puan ortalamaları erkeklere göre düşük bulunmuştur (203). 2017 yılında İstanbul'da yapılan çalışmada da cinsiyet değişkeni ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir. Bu sonuç, toplumdaki bireylerde sağlığı algılamanın cinsiyetten etkilenmediğini ortaya koymaktadır (204).

Katılımcıların SAÖ ve alt boyutları puanları ortalamalarının öğrenim durumu ve çalışma durum değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında grup ortalamaları arasında SAÖ toplam puanı ve ölçek alt boyutlarının tamamı ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Öğrenim durumu düzeyi ve ekonomik seviye yükseldikçe SAÖ puanları da

bunlara paralel olarak yükselmektedir. 2005'te 10 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada Hollanda dışındaki ülkelerde gelir seviyesinin azalmasıyla sağlık durumunun kötü olarak nitelendirilmesinde artış olmaktadır (205). Al-Windi ve arkadaşlarının çalışması da çalışmamızda olduğu gibi düşük sosyoekonomik statünün ve okuryazarlık durumunun sağlık algısını etkilediğini göstermiştir (203). Ekonomik durum kötüleştikçe bireyler üzerinde oluşan stres, bireylerin kendilerini algılama ve dinleme noktasında daha uyanık tutmasına ve bireylerin sağlıklarını daha çok önemsemesine ve sağlıkları için daha çok sorumluluk almasına neden oluyor olabilir.

Öğrenim durumu ne kadar iyi olursa, bireylerin sağlığa dair bilgilerinin, ilgilerinin, daha fazla bilgi sahibi olma isteklerinin ve kendi sağlık durumlarına ilişkin doğru değerlendirmelerinin o kadar arttığı söylenebilir. Bu araştırmada SAÖ puan ortalamasının ve kontrol alt boyutu dışında alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüş olup, bu sonuç 2016 yılında Samsun'da yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir (206).

Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin düşüncelerinin dağılımına ilişkin grup ortalamaları arasında SAÖ toplam puanı ve ölçek alt boyutlarının tamamı ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş, bireylerin ölçümle elde edilen sağlık algılamalarının kendi ifadelerine göre sağlık durumlarını tanımlamaları ile paralel olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin gıda ürünlerinin sağlığa etkisine ilişkin düşüncelerinin dağılımı grup ortalamaları arasında SAÖ toplam puanı ve

‘kesinlik’ alt boyutu hariç ölçek alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Gıda ürünlerinin sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünenlerin sağlık algılarının yüksek olduğu sonucuna bakılarak, sağlık algısı ne kadar yükselirse bireylerin gıdalar ve sağlık arasında o kadar güçlü bir ilişki kuracakları ve gıda tercihlerinin sağlığa uygunluğunu o kadar önemseyecekleri yorumu yapılabilir.

Katılımcıların gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygunluğuna ilişkin düşüncelerinin dağılımının grup ortalamaları arasında SAÖ toplam puanı ve ‘kontrol’ alt boyutu hariç ölçek alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Gıda tercihlerinin sağlığa uygunluğunu değerlendirmek güç olsa da, sağlığa uygun tercihlerde bulunduğunu düşünenlerin sağlık algılarının daha iyi düzeyde olduğu görülmekte; bu da sağlık algısı ne kadar iyi olursa sağlıklı gıda seçimine o kadar önem verileceğine işaret etmektedir.

Katılımcıların bilinçli ve sağlıklı gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin düşüncelerinin dağılımının grup ortalamaları arasında yine SAÖ toplam puanı ve ‘kontrol’ alt boyutu hariç ölçek alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Sağlık algısı yüksek olanlar daha bilgili olduklarını düşünmekte olup, sağlık algısı yükseldikçe bireyleri sağlıklı gıda seçimine dair daha çok bilgi edinmeye sevk ediyor olabilir.

Araştırmaya katılanların gıda ürünlerinin satın alındığı yerin hijyen koşullarına dikkat etme durumlarının dağılımının grup ortalamaları arasında yine SAÖ toplam puanı ve ‘kesinlik’ alt boyutu hariç ölçek alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Katılımcıların sağlık algısı

yükseldikçe, gıdalarla ilgili faktörleri olduğu gibi gıdaları etkileyebilecek ortam faktörlerini de daha fazla önemsedikleri görülmektedir.

Katılımcıların satın alınan ürünün doğal/hormonsuz olmasını önemseme durumlarının dağılımının grup ortalamaları arasında yine SAÖ toplam puanı ve ‘kesinlik’ alt boyutu hariç ölçek alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Doğal/hormonsuz ürünlere daha fazla ödeme yapma durumlarının dağılımının grup ortalamaları arasında ise SAÖ toplam puanı ve tüm ölçek alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Sağlık algısı yüksek bireylerin sağlıklı gıdaya erişebilmek için daha fazla fedakarlık yapmayı göze alabileceklerini düşündükleri yorumu yapılabilir.

Gıda ürünlerine ilişkin bilgi almak üzere kitaplar ve bilimsel yayınlardan faydalandığını belirten ve reklamların gıda tercihlerinde etkili olmadığı ya da çok az etkili olduğunu düşünen katılımcıların SAÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, sağlık algıları ne kadar iyi olursa, bireylerin daha doğru bilgiye ulaşma konusunda o kadar doğru adımlar atacağını göstergesi olabilir. Kitap ve bilimsel yayınlardan faydalandığını söyleyen katılımcıların ölçek alt boyutlarından sadece ‘sağlığın önemi’ alt boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması, bireylerin doğru bilgiye ulaşma çabasında en önemli faktörün sağlığa verdikleri önem olduğunu düşündürmektedir.

Gıda ürünlerinin fiyatı ile besin değerinin ilişkili olmadığını düşünenlerin SAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Sağlık

algıları arttıkça bireylerin bu konuda daha doğru yorum yapabildikleri görülmektedir.

Ambalajlı gıdaların daha sağlıklı olduğunu düşünenler ve çoğunlukla ambalajlı ürün satın almayı tercih eden katılımcıların SAÖ toplam ve ‘kesinlik’ alt boyutu dışında tüm alt boyut puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ambalajlı gıda ürünleri satın alırken ambalajının zararsız olmasını önemseyenlerin de toplam ve tüm boyut puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlık algısı yüksek bireylerin ambalajlı gıda ürünlerini daha sağlıklı buldukları ve bu nedenle de daha çok tercih ettikleri, bunun yanı sıra ambalajın zararsız olmasını daha fazla önemsedikleri görülmektedir.

Sağlık algısı yüksek olan bireylerin ambalaj etiket bilgilerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla okudukları saptanmıştır. Bireylerin sağlık algısı yükseldikçe etiket bilgilerinin sağlıklı gıda seçimi için yol gösterici olduğunu daha fazla düşündükleri, etiketten gıdanın sağlığa uygunluğuna dair daha fazla faydalanmaya çalıştıkları görülmektedir. Etiket bilgilerini yeterli bulduğunu söyleyen katılımcıların da SAÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, sağlık algıları yüksek bireylerin etiket bilgilerine ilişkin daha bilgili olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Aynı şekilde sağlık algısı düşük bireyler de, yeterince bilgili olmadıklarından dolayı etiket bilgilerinin yeterliliği konusunda doğru yorum yapamıyor olabilirler.

GDO’nun anlamını bildiğini söyleyenlerin, satın alınan gıdaların üzerinde GDO’lu olup olmadığının belirtilmesini isteyenlerin ve GDO’lu olduğu bilinen gıdaları satın almadığını belirtenlerin sağlık algılarının daha iyi olduğu

görülmektedir. Sağlık algısı daha iyi duruma geldikçe, bireylerin GDO'lu gıdaların sağlık üzerine etkilerine ilişkin daha fazla bilgi sahibi olmaya çalıştıkları ve GDO'nun zararlarından daha fazla çekindikleri yorumu yapılabilir.

Bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaşıldığında şikayet bildirenlerin ve Alo 174 gıda hattından haberdar olanların sağlık algıları istatistiksel olarak anlamlı şekilde iyi bulunmuştur. Bu bulgular sağlık algısı yüksek olan bireylerin gıda ürünlerine ilişkin hakları konusunda daha bilinçli olduklarını, sağlık için zararlı olabilecek gıda sorunlarının çözülebilmesi için hem kendileri hem de toplum adına daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada Ankara ili bazı ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerin gıda satın alma ve tüketimi konusundaki tutum ve davranışları ile sağlık algıları ilişkisi incelenmiştir. Katılımcıların %28,8'i 18-29 yaş grubunda, %55,2'si kadın, %63,0'ı evli, %32,4'ü lise mezunu, %43,4'ü yüksekokul-üniversite mezunudur.

Araştırmanın bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

- ✓ Araştırmaya katılan bireylerin %77,6'sı tükettikleri gıdaların sağlık durumları üzerinde etkili olduğunu düşünmektedir; ancak gıdaların sağlık üzerine etkisinin orta düzeyde ya da daha az olduğunu düşünenlerin, katılımcıların %22,4'ünü oluşturduğu ve azımsanamayacak sayıda oldukları görülmektedir. Gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygun olduğunu düşünenler ise katılımcıların %45,9'unu oluşturmaktadır.

- ✓ Katılımcıların gıdalarla ilişkili olarak ortaya çıkabileceğini düşündükleri hastalıkların başında % 30,3 ile kanser, %24,4 ile diyabet, %15,9 ile hipertansiyon ve %15,4 ile obezite gelmektedir.

Katılımcıların %17,6'sı gıda ürünleri ile ilgili başlıca endişelerinin erken yaşlanma/ölüm, %15,4'ü ise katkı maddeleri/koruyucular olduğunu belirtmiştir.

- ✓ Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyini iyi olarak değerlendirenler katılımcıların %40,6'sını oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %56,3'ü gıda ürünü satın alırken akraba/arkadaş/komşularından, %39,4'ü reklamlardan, %31,6'sı televizyondan ve %30,6'sı internet ve sosyal medyadan etkilendiklerini ifade etmişlerdir.
- ✓ Katılımcıların %34,9'u gıda ürününün fiyatının besin değeriyle ilişkisi olmadığını düşünmekte, %64,0'ı genellikle gıdanın ambalajlı olmasını tercih etmekte, %54,8'i ambalajlı ürünlerin etiket bilgilerini çoğunlukla okuduklarını belirtmekte, etiket bilgilerini okumayanlar ise başlıca nedenin bilgileri okunaklı bulmamaları olduğunu söylemektedir.
- ✓ Kadınlar, ekonomik durumu daha iyi olanlar ve bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyini iyi olarak nitelendiren katılımcıların tükettikleri gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu daha fazla düşündükleri görülmüştür. Gıdaların sağlık üzerinde etkili olduğunu düşünenlerin, ambalajlı gıdaların etiket bilgilerinden sadece üretim ve son kullanma tarihini önemseydiği, GDO'lu ürünlere ilişkin daha ilgili ve bilgili oldukları görülmüştür.
- ✓ Sağlık algısının, cinsiyet ve kronik hastalık dışında tüm değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüş, sağlık algısı ne kadar iyi olursa gıda ve sağlık ilişkisine dair farkındalığın o kadar artacağı,

daha sağlıklı gıda seçme ve tüketme konusunda bireylerin o kadar doğru tutumlar içinde olacağı görülmüştür.

Araştırmanın bulguları ve literatürdeki bulguların incelenmesi sonucunda öneriler:

- Toplumı oluşturan bireylerin kendi sağlık durumlarını daha doğru değerlendirebilmeleri, aynı zamanda da sağlıkla ilişkili doğru davranışlarda bulunmaya yönlendirilebilmeleri için sağlık algılarının yükseltilmesi gerekmektedir. Bu amaçla sağlık ve sağlıkla ilişkili doğru tutum ve davranışlar konusunda eğitimler ve müdahale çalışmaları düzenlenmelidir.
- Bireylerin sağlık algısı yükseldikçe özsorumlulukları etkilenecek; bu da gıda tercihleri üzerinde belirleyici rol oynayacaktır.
- Bireyler sağlıklı gıdanın taşınması gereken özellikler, gıda seçiminde dikkat edilmesi gerekenler konusunda detaylı bilgilendirilmelidir. Ambalajlı ve ambalajsız gıdalar, etiket bilgilerinin içeriği ve önemi ve gıda ürünlerine ilişkin şikayet hakları konusunda tüm ayrıntılarıyla aydınlatılmalıdır.
- Kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi almaya çalışan bireylerin çok az olduğu düşünüldüğünde, topluma ulaşılması kolay olan iletişim araçlarının doğru bilgiyi aktarma amaçlı kullanılması

gerektiği anlaşılmaktadır. Yakın çevresinden bilgi alan çoğunluğun da bu yolla eritilmeye çalışılması gerekmektedir.

- Dünyada ciddi bir mortalite ve morbidite sebebi olan gıda kaynaklı enfeksiyonların, toplumun gıda ile ilişkili gördüğü başlıca hastalıklar arasında geri planda kaldığı görülmekte olup, toplumda çok sık görülen bu hastalıklarla ilgili bilgilendirme çalışmalarına ihtiyaç vardır.
- Bireylerin gıda seçerken ve satın alırken dikkat ettikleri unsurları saptamaya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu gibi, gıdaları tüketme konusunda tutum ve davranışlarını değerlendiren çalışmalara da ihtiyaç vardır.
- Sağlıklı gıda tüketimi konusunda bireylerin olduğu kadar devletlerin de üzerine önemli sorumluluk düşmekte, sağlıklı ve güvenilir gıda temininin sağlanması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Constitution of the world health organization. Available from: URL: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Son Erişim Tarihi: 03.01.2019.
2. Esin, M. N., & Aktaş, E. (2012). Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 166-176.
3. Yönetmeliği, T. G. K. (2002). TC Resmi Gazete. Sayı, 23172, 16. Son Erişim Tarihi: 05.01.2019.
4. Rahman, M. S. (Ed.). (2007). *Handbook of food preservation*. CRC press. Son Erişim Tarihi: 07.01.2019.
5. Clark, D., Pavlovich, K., & Simpson, B. (2001). The Horticulture and Food Research Institute of New Zealand Ltd.
6. AKTAŞ, N., & ÖZDOĞAN, Y. (2016). Gıda ve beslenme okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, 20(2), 146-153.
7. Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., & Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561.
8. Klein Velderman, M., Crone, M. R., Wiefferink, C. H., & Reijneveld, S. A. (2009). Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health*, 20(3), 332-338.
9. Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., Cevizci, S., & Güngör, G. İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. *Risk*, 45, 49.
10. Şenol, V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 5-27.
11. Şanlıer, N., & Şeren, S. (2004). Süpermarketlerden Besin Satın Alırken Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar. *Standard*, 43(515), 38-40.
12. Özgen, L. (2004). Tüketicilerin besin etiketi okuma alışkanlıkları, beslenme etiketi ve ambalaj tercihleri ile ilişkili faktörler. *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü (Doktora Tezi), Ankara*.
13. Conner, M. T. (1993). Understanding determinants of food choice: contributions from attitude research. *British food journal*, 95(9), 27-31.
14. Dünyada Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu 2019 (The State of Food Security and Nutrition in the World 2019). Available from: URL: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>. Son Erişim Tarihi: 03.01.2019.
15. Etiler, N. (2001). Gıda Hijyeni. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 3, 6-12.
16. Quality, D. (2010). Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. *International Council of Nurses, Geneva*.
17. Akalın, E., Tanrıöver, M. D., & Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü. *Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti*, 25-73.

18. World Health Organization. (2015). *WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015* (No. 9789241565165). World Health Organization. Available from: URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199350/9789241565165_eng.pdf. Son Erişim Tarihi: 15.01.2019.
19. Erol, I. (2007). Gıda Hijyeni ve Mikrobiyolojisi. Pozitif matbaacılık. Ankara. Türkiye.
20. Güner, A., Atasever, M., & Atasever, M. A. (2012). Yeni ortaya çıkan ve tekrar önem kazanan gıda kaynaklı bakteriyel patojenler. *Kafkas Univ Vet Fak Derg*, 18(5), 889-898.
21. Özay İ. Sağlık çalışanlarının gıda güvenliğine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
22. FAO/WHO. (2002). Pan European Conference on Food Safety and Quality, February. Available from: URL: <http://www.fao.org/3/a-y3696e.pdf>. Son Erişim Tarihi: 10.01.2019.
23. World Health Organization (WHO). (2007). Food safety and foodborne illness. Fact sheet NO. 237 Reviewed March 2007. Geneva: WHO. Available from: URL: https://foodhygiene2010.files.wordpress.com/2010/06/who-food_safety_fact-sheet.pdf. Son Erişim Tarihi: 15.01.2019.
24. Angelillo, I. F., Viggiani, N. M., Rizzo, L., & Bianco, A. (2000). Food handlers and foodborne diseases: knowledge, attitudes, and reported behavior in Italy. *Journal of food protection*, 63(3), 381-385.
25. MURATOĞLU, K., Çetin, Ö., & Çolak, H. (2015). Besin kaynaklı hastalıkların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Food Hyg Technol-Special Topics*, 1(3), 1-8.
26. Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50-59.
27. WHO, Noncommunicable Diseases (NCDs) And Mental Health: Challenges And Solutions. Available from: URL: <https://www.who.int/about/structure/organigram/nmh/en/>. Son Erişim Tarihi: 23.01.2019.
28. World Health Organization (WHO) (2014). *Who we are, what we do*. Available from: URL: <https://www.who.int/about/role/en/>. Son Erişim Tarihi: 24.01.2019.
29. Dickey, R. A., & Janick, J. J. (2001). Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocrine practice*, 7(5), 392-399.
30. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması, 2017. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 18 Nisan 2017, Syf: 1-20. Available from: URL: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf. Son Erişim Tarihi: 01.02.2019.
31. Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E., Kumanyika, S., ... & Pettigrew, S. (2011). From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food well-being. *Journal of Public Policy & Marketing*, 30(1), 5-13.

32. Sumner, J. (2013). Food literacy and adult education: learning to read the world by eating. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*, 25(2), 79-92.
33. İncedal Sonkaya, Z., Balcı, E., & Ayar, A. (2018). Üniversite öğrencilerinin gıda okuryazarlığı ve gıda güvenliği konusunda bilgi, tutum ve davranışları “Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu örneği”. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 75(1), 53-64.
34. Kahraman, Ç. (2018). *Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve obezite riski: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi örneği* (Master's thesis, Namık Kemal Üniversitesi).
35. Aksoy, T., & Uçar, H. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.
36. Ozkan, I. S. I. K., GUMUS, H., OKUDAN, B., & YILMAZ, M. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞAM KALİTE DÜZEYLERİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ. *International Journal of Sport Culture and Science*, 2(Special Issue 1), 836-843.).
37. Hayran, O., & Sur, H. (1997). Sağlık ve Hastalık Kavramları. *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayın, ss, 1-32.
38. Larson, J. S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators* (Vol. 31). Greenwood Publishing Group.
39. Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. *AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara*.
40. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata,USSR,6-12,September1978).Availablefrom:URL: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
Son Erişim Tarihi: 17.02.2019.
41. Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1).
42. İlhan, N., Bahadırlı, S., & Toptaner, N. E. (2014). Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(4), 207-215.
43. Alpar, Ş. E., Şenturan, L., Karabacak, Ü., & Sabuncu, N. (2008). Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 382-388.
44. Bostan, N. (2013). *Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
45. Birol L (1997). Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir).
46. Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). SAĞLIK-HASTALIK VE KÜLTÜR ETKİLEŞİMİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.).
47. Çapık, C. (2006). *Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

48. ARSLAN, Ş. F., & COŞKUNOL, H. Sağlık Profesyonelinin Eğitim Rolü: Alkol ve Madde Bağımlılarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirme Eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 15(47).
49. Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Ratner, P. A., & Hayduk, L. A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing research*, 45(1), 30-36.
50. Ertaş H., & Kırac F. Ç. Hastaların sağlık algı düzeylerinin incelenmesi.
51. Günsoy, G. (2012). İnsani gelişme kavramı ve sağlıklı yaşam hakkı. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 1(2), 35-52.
52. Perk M, Şanlı T, Tuncel N (1992). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:568, Etem A.Ş. Web-Ofset Eskişehir .
53. Akça, Ş. (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlık geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, İzmir.
54. Açıksoz, S., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlık geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3), e181-e187.
55. Bobak, M., Pikhart, H., Rose, R., Hertzman, C., & Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social science & medicine*, 51(9), 1343-1350.
56. KADIOĞLU, H., & YILDIZ, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47-53.
57. Karaca, T., & Özkan Aydın, S. (2016). Örneklemi hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin oluşturduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak yapılan çalışmaların incelenmesi: Bir literatür çalışması. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3588.
58. Esin, M. N., & Aktaş, E. (2012). Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 166-176.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara.
60. Owen, F. K., & Çelik, N. D. (2018). Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 440-453.
61. Güngör İ, Hotun Şahin N. Sağlık geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2006;6-13.
62. Çilingir D, Aydın A, Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(3):167-176.
63. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Available from: URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html>. Son Erişim Tarihi: 05.01.2019.
64. Dölekoğlu C. Ö., Yurdakul O. (2004). Adana ilinde hanehalkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. *Akdeniz University Faculty of Economics & Administrative Sciences Faculty Journal/Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(8).

65. Mann, J., & Truswell, A. S. (Eds.). (2017). *Essentials of human nutrition*. Oxford University Press.
66. Onurlubaş E (2011). Tüketicilerin Gıda Güvenliği Konusunda Bilinç Düzeyinin Ölçülmesi: Tokat İli Örneği, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Tokat.
67. Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Mercanlıgil, S. M., Merdol, T. K., Pekcan, G., Yıldız, E. (2011). Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı (6. Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 67-141.
68. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6): 87-104.
69. Önder, F. O., Kurdoğlu, M., Oğuz, G., Özben, B., Atilla, S., & Oral, S. N. (2000). Gülveren lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnütrisyon prevalansı ile olan ilişkisi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 21(1), 12-8.
70. Madalı, B., Dikmen, D., & Piyal, B. (2017). Beslenme Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesinde Sağlık Okuryazarlığı Yeterli mi?. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(2), 153-160.
71. Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*, 158(2), 166-172.
72. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
73. Parker, R. M., Ratnan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health affairs*, 22(4), 147-153.
74. Gibbs H. Nutrition literacy: Foundations and development of an instrument for assessment. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois at Urbana, Illinois, USA, 2012.
75. Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith-Ray, R. L., Allen, K., Tucker, K. L., ... & Estabrooks, P. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1012-1020.
76. Speirs, K. E., Messina, L. A., Munger, A. L., & Grutzmacher, S. K. (2012). Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(3), 1082-1091.
77. Gibbs, H., & Chapman-Novakofski, K. (2012). Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need. *Health*, 4(03), 120.
78. Silk, K. J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodyski, M. A., & Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of nutrition education and behavior*, 40(1), 3-10.
79. Temel AB, & Çimen Z. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017, 33(3), 105-125.

78. Köksal, E., Bilgili, N. ve Topçu, A.A. 2003. Ankara ili Gülveren bölgesinde yaşayan ev hanımlarının besin satın alma ve etiket okuma konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık ve Toplum, 13 (2), 77-83.
79. El, S.N. ve Kavas, A. 1994. Besin etiketlemesi konusunda son yasal gelişmeler. II. Gıda Mühendisliği Kongresi. Gaziantep Üniversitesi Matbaası, s.296-301. Gaziantep.
80. Sağlam, F., Gümüş, A. ve Dokcan, B. 1999. Tüketicilerin besin satın alımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi, 28 (1), 39-46.
81. Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Ay, P., Önsüz, F., & İkişik, H. (2007). Tüketicilerin Gıda Ürünleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Sağlık Risklerine Karşı Tutumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4), Ss. 253-258.
82. Earl, R. and Wellman, N.S. 1990. Position of the American Dietetic Association: Nutrition and health information on food labels. ADA Reports. Journal of The American Dietetic Association, 90 (4), 583-585.
83. MUCUK, İsmet., (2009). Pazarlama İlkeleri, Der Yayınları, 17. Baskı, İstanbul
84. Demirağ, K., Ova, G., Gölge, E., Düşel, D. ve Akın, V. 2003. Gıda reklamlarının tüketici üzerine etkileriyle ilgili bir araştırma. Dünya Gıda, 9 (12), 71-75.
85. KARDEŞ, Semra., (1991). Gençliğin Spor Ayakkabı Satın Almasında Tercihlerinin Belirlenmesi, Pazarlama Dünyası Dergisi, Cem Ofset Matbaacılık San., A.Ş., Yıl 5, Sayı 26, Mart/Nisan, s.21
86. AKAT, İlter- Gönül Budak, Gülay Budak., (1994). İşletme Yönetimi, Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.209
87. YÜKSELEN, Cemal., (1994). Temel Pazarlama Bilgileri, Adım Yayıncılık, Ankara.
88. STANTON, William J., (1975) Fundamentals of Marketing. Mcgraw-Hill Book Company, Fourth Edition ,U.S.A., s.84.
89. Tayyar, M., 2010. Gıda Güvenliği Ders Kitabı, 22-36, İstanbul: TC. Marmara Belediyeler Birliği Yayını.
90. DPT, 2001. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. DPT Müs. İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ankara.
91. T.C. Resmi Gazete. (2004). Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun. Sayı: 25483 Kanun No. 5179. Kabul Tarihi: 27.5.2004. Başbakanlık Basımevi Döner Sermaye İşletmesi Müdürlüğü. Ankara.
92. Erol İ. ve ark. (2013). Gıda Güvenliğinin Temel Prensipleri. 2. Baskı. Eskişehir
93. Çakıcı, N., Demirel-Zorba, N.N., Akçalı, A. Gıda Endüstrisi Çalışanları ve Stafilokokal Gıda Zehirlenmeleri. Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 2015; 72(4): 81 – 94.
94. Venter TVD: Emerging Food-Borne Diseases: A Global Responsibility. Available from: URL: <http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/003/X7133m/x7133m01.pdf>. Son Erişim Tarihi: 20/02/2019.
95. Koçak N. (2015). Yiyecek İçecek İşletmelerinde Gıda ve Personel hijyeni. Detay yayıncılık. 3. Baskı. Ankara.
96. Tanır F. (2015). Çukurova Üniversitesi Gıda Çalışanları Hijyen Eğitimi Rehberi. Çisam Yayıncılık.

97. Mahmutoğlu T. (2010).Gıda Endüstrisinde “Güvenli Gıda” Üretmek. Odtü Yayıncılık.2. Baskı. Ankara. Şubat
98. Buzbaş, N., 2010. Türkiye ve AB’de Gıda Güvenliği: Ortaklığın Sinerjisi. Türkiye-AB Karma İstişare Komitesi Toplantısı 13-14 Eylül 2010 Edinburg. İskoçya.
99. Kilit, G., 2013. Avrupa Birliği ve Türkiye’de Gıda Güvenliği ve Son Gelişmeler. İkv Değerlendirme Notu, 1-7.
100. WHO. "The Impact of Food and Nutrition on Public Health". The Case for Food & Nutrition policy and Action Plan for the European Region of WHO 2000-2005, 2000
101. Yücecan S, Pekcan G, Canyürekli G, Kılıçbay S, Çilingiroğlu N. "A Report on Nutritional Status and Its Health Impacts". Country Report. Turkey, 1991.
102. Pekcan G, Budak N, Yüksel B, Toçoğlu N. "Country Follow-up Report". Consultation on International Conference on Nutrition Follow-up in the European Region and Organization for Economic Cooperation and Development Countries.Turkey, 1996.
103. Food Security Information Network. The Global Report On Food Crises 2018. FSIN,2018. Available from: URL: www.wfp.org/publications/global-report-food-crises-2018. Son Erişim Tarihi: 29.01.2019).
104. Dölekoğlu, C.Ö., 2002. Tüketicilerin İşlenmiş Gıda Ürünlerinde Kalite Tercihleri, Sağlık Riskine Karşı Tutumları ve Besin Bileşimi Konusunda Bilgi Düzeyleri (Adana Örneği).
105. Kayaardı S. (2012).Gıda Hijyeni ve Sanitasyon. 5. Baskı. Manisa.
106. Karaali A. (2003). Gıda İşletmelerinde HACCP Uygulamaları ve Denetimi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, RSHS Merkezi Başkanlığı. Ankara.
107. Giray H, Soysal A. Türkiye’de gıda güvenliği ve mevzuatı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 485-490.
108. Erkmen O, Bozoglu TF. Food Safety. Ankara: İlke Publishing Company, 2008.
109. Pichhardt K. Gıda Mikrobiyolojisi (çeviri: Y.Sekin, N.Karagözlü). Literatür Yayıncılık;2004. s.160-4.
110. FAO/WHO.(2002). Pan European Conference on Food Safety and Quality, February.Availablefrom:URL:<http://www.fao.org/3/y3696e/y3696e01.htm>.Son Erişim Tarihi:15.02.2019
111. BAŞ M. Besin Hijyeni Güvenliği ve HACCP. Sim Matbaacılık, Ankara 2004
112. Ciğerim N, Beyhan Y. Toplu Beslenme Sistemlerinde Hijyen. Kök Yayıncılık, Aydoğdu Matbaası, Ankara 1994.
113. İncili G.K., Çalicioğlu M. Deli Dana Hastalığı ve Gıda Güvenliği Türkiye Klinikleri J Food Hyg Technol-Special Topics. 2016;2(3):45-8.
114. Donald AC. Haccp User’s Manual, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland 1998.
- 115.Türk Toksikoloji Derneği Toksikoloji Bülteni, 2011:33.
Availablefrom:URL:http://turktox.org.tr/public/upload/bulten/TTD_bulten_33_2011.pdf. Son Erişim Tarihi:15.02. 2019.

116. Durmaz, E., & Özmert, E. N. (2010). Fitalatlar ve çocuk sağlığı. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 53(4).
117. Omaye ST. Food and nutritional toxicology. New York: CRC Press, 2004.
118. Takayama S, Renwick AG, Johansson SL, et al. Longterm toxicity and carcinogenicity study of cyclamate in nonhuman primates. *Toxicol Sci* 2000; 53: 33-39.
119. McCann D, Barrett A, Cooper A, et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-yearold children in the community: a randomised, doubleblinded, placebo-controlled trial. www.thelancet.com. September 6, 2007.
120. Wibbertmann A, Kielhorn J, Koennecker G, Mangelsdorf I, Melber C. Concise International Chemical Assessment.
121. WHO. Some Chemicals That Cause Tumours of the Kidney or Urinary Bladder in Rodents and Some Other Substances. 1999; 73: 329-338.
122. Pascal G. Safety assessment of food additives and flavoring substance. In: van der Heijden K, Younes M, Fishbein L, Miller S (eds). *International Food Safety Handbook*. New York: Marcel Dekker, 1999: 239-256.
123. Oztop HN, Tuken F. Sindirilemeyen, kalorisiz bir yağ: olestra. *Biyokimya Dergisi* 1998; 23: 35-42.
124. IFST. Trans Fatty Acids. London: Institute of Food Science and Technology, 2007: 1-14.
125. Demirtaş E. Gıdalarda kullanılan nitrat ve nitritler. Türkiye 11. Gıda Kongresi Kitabı. 10-12 Ekim 2012. Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.
126. Güner A, Atasever M, Aydemir Atasever M. Yeni ortaya çıkan ve tekrar önem kazanan gıda kaynaklı bakteriyel patojenler. *Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi* 2012; 18(5):883-92.
127. Bliven, K. A., & Maurelli, A. T. (2016). Evolution of bacterial pathogens within the human host. *Microbiology spectrum*, 4(1).
128. Durak, Y., Aladağ, M.O., Uysal, A., Akın, D. Konya ve Civarı Gıda Sektöründe Çalışan İşçilerin Boğaz ve Burun Kültürlerindeki *Staphylococcus aureus* Dağılımı. *Selçuk Üniversitesi Selçuk Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, 2010; 24 (4): 30 – 32.
129. Assessing microbiological risks in food. WHO. Available from: URL: <https://www.who.int/activities/assessing-microbial-risks-in-food>.
Son Erişim Tarihi: 05.01.2019.
130. Swaminathan, B, Barrett, TJ, Hunter, SB, Tauxe, RV (2001): PulseNet: The molecular subtyping network for foodborne bacterial disease surveillance, United States. *Emerging Infect Dis*, 7(3): 382-389.
131. Vugia, D, Cronquist, A, Cartter, M, Tobin-D'Angelo, M, Blythe, D, Smith, K, Lathrop, S, Morse, D, Cieslak, P, Dunn, J, Holt, KG, Henao, OL, Hoekstra, R. M, Angulo, FJ, Griffin, PM, Tauxe, RV, Trivedi, KK (2009): Preliminary FoodNet data on the incidence of infection with pathogens transmitted commonly through food-10 States, 2008. *CDC. Morbid & Mortal Weekly Rep*, 2009; 58(13): 333-337.
132. Fisher, I. ST, Threlfall, EJ (2005): The Enter-net and Salm-gene databases of foodborne bacterial pathogens that cause human infections in Europe and beyond:

an international collaboration in surveillance and the development of intervention strategies. *Epidemiol Infect*, 133, 1-7.

133. Kaferstein F, Abdussalam M. Food safety in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77(4): 347-351.

134. Cliver DO. Virus transmission via food. *World Health Stat Q* 1997; 50 (1-2): 90-101.

135. Gerner-Smidt, P, Whichard JM (2009): Foodborne disease trends and reports. *Foodborne Pathog Dis*, 6(5): 523-524.

136. Who, Noncommunicable Diseases (Ncds) And Mental Health: Challenges And Solutions. Available from: URL:

<https://www.who.int/about/structure/organigram/nmh/en/>

(Erişim Tarihi: 11.01.2019).

137. O'Donnell MP, Health Promotion in the Workplace. Columbia : Delmar Thomson learning fifth edition. 2017; s:1-33 .

138. Çelik, G. O., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Yümer, A. S., Öztürk, Z., & Demir, E. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(3).

139. Schlenker ED. The evolution of research in family and consumer sciences: food, nutrition, and health. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 2001, 30.2:140-196.

140. Lewis JE, et al. Food label use and awareness of nutritional information and recommendations among persons with chronic disease. *The American journal of clinical nutrition*, 2009, 90.5: 1351-1357.

141. Gökalp F. Gıda ürünleri Satın Alma Davranışında Ambalajın Rolü, *Ege Akademik Bakış*, 7(1) 2007: 79–97).

142. Teke, B., 2014, Gıda ürünleri ambalajının tüketicilerin satın alma davranışları üzerine etkisi (Ankara ili Mamak ilçesi örneği), *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü*.

144. Biricik N., Dağdelen A., Çöplü N., “The quantity of aluminum migration into foods from food contact materials and possible risks,” *J. Food and Feed Sci. - Techn.*, 15, 1–8, 2015.

145. 07.07.2006 tarihli ve 26221 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Türk Gıda Kodeksi Gıda Maddelerinin Genel Etiketleme ve Beslenme Yönünden Etiketleme Kuralları Tebliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Tebliğ No:2006/34.

146. 25.08.2002 tarihli ve 24857 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Gıda Maddelerinin Genel Etiketleme ve Beslenme Yönünden Etiketleme Kuralları Tebliği Madde 6.

147. Solomon, M.R., Marshall, G.W., Stuart, E.W., 2012. *Marketing: Real People, Real Choices*. Pearson Education Limited.

148. T.G.K., 2011. Türk gıda kodeksi etiketleme yönetmeliği. *Resmi Gazete*, 28157, 29 Aralık 2011 – 28157.

149. T.G.K., 2015. Türk Gıda Kodeksi Etiketleme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik , *Resmi Gazete*, 29385, 13 Haziran 2015 – 29385.

150. T.G.K., 2017, Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği, Resmi Gazete, 29960, 26 Ocak 2017.)
151. Cowburn G, Stockley L. Consumer understanding and use of the nutrition labelling:a systematic review. *Public Health Nutr.* 2005;81:21-28.
152. El, S.N. ve Kavas, A. 1994. Besin etiketlemesi konusunda son yasal gelişmeler. II. Gıda Mühendisliği Kongresi. Gaziantep Üniversitesi Matbaası, s.296-301. Gaziantep.
153. Guidance on how to understand and use the nutrition facts panel on food labels, FDA. Availablefrom:URL: <https://www.fda.gov/food/nutrition-education-resources-materials/how-understand-and-use-nutrition-facts-label>.
Son Erişim Tarihi: 10.02.2019.
154. Vijaykumar S, Lwin MO, Chao J, & Au C. Determinants of food label use among supermarket shoppers: a Singaporean perspective. *Journal of nutrition education and behavior*, 2013,45(3), 204-212.
155. Çelik M. Tokat ilinde gıda alışverişi esnasında halkın etiket okuma alışkanlığının saptanması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, 2010.
156. Kang, H.T., 2013. Reading nutrition labels is associated with a lower risk of metabolic syndrome in Korean adults: The 2007–2008 Korean NHANES. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 23: 876-882.
157. Graham, D.J., Laska, M.N., 2012. Nutrition label use partially mediates the relationship between attitude toward healthy eating and overall dietary quality among college students. *J. Acad. Nutr. And Diet.* 112: 414-418.
158. . Satia, J.A., Galanko, J.A., Neuhouser, M.L., 2005. Food nutrition label use is associated with demographic, behavioral, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina. *J. Am. Diet. Assoc.*105: 392-402.
159. Cheftel, J. C., (2005). “Food and nutrition labeling in the European Union”, *Food Chemistry*, Vol. 93, 531-550.
160. Einsiedel E. Consumers and GM food labels: providing information or sowing Confusion. *The Journal of Agrobiotechnology Management and Economics*, 2001, 3(4): 231-235.
161. Caswell, J.A., Noelke, C.M., Mojduszka, E.M. (2002). Unifying Two Frameworks for Analyzing Quality and Quality Assurance for Food Products (B. Krissoff, M. Bohman ve J.A. Caswell Editör). *Global Food Trade and Consumer Demand for Quality*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, s.43-61.
162. Di Noia J, Prochaska JO. Dietary stages of change and decisional balance: A metaanalytic review. *Am. J. Health Behav.* 2010, 34, 618–632.
163. Whitney EN, Hamilton EMN, Rolfes SR. Understanding nutrition. New York: West Publishing Company, 2002, 35- 36.
164. Consumer Report on Health (2003) New Food Labels Help Consumers Avoid The Worst Fats December, p:3.
165. Williams P. Consumer understanding and use of health claims for foods. *Nutrition Reviews*, 2005, 63(7), 256–264.

166. Popkin BM, Adair LS & Ng SW (2012) Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 70, 3–21.
167. Demirci, A., Demirci, A., 2013. Kozmetik ürün etiketlerindeki sembollerin bilinirliği. *E-Journal of New World Sciences Academy* 136-45.
168. Besler, H.T., Buyuktuncer, Z., Uyar, M.F., 2012. Consumer understanding and use of food and nutrition labeling in Turkey. *J. Nutr. Edu. And Behav.* 44: 584-91.
169. Kavas, G. ve Kınık, Ö. 2000. Gıdaların etiketlenmesi ve etiket standartlarına uygunluğunun incelenmesi. *Gıda*, 10, 77-85.
170. Food Standards Agency (2010). Public attitudes towards, and use of, general food labeling. Social Science Research Unit Oxford Evidentia, UnitReport 4.).
171. Karabiber C., Hazer O., (2010). “Tüketicilerin bilgi kaynağı olarak gıda ürünlerindeki etiketi okuma ve anlamada karşılaştıkları sorunların incelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Tüketici-Pazar-Araştırma-Danışma Test ve Eğitim Merkezi Tüketici Yazıları II, 253-270.
172. Uzogara S.G. The Impact of Genetic Modification of Human Foods in The 21st Century, *Biotechnology Advances*, 18, 179-206, 2000.
173. Haspolat, I., 2012. Genetiği değiştirilmiş organizmalar ve biyogüvenlik. *Ankara Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 59, 75-80, Ankara.
174. Topal, Ş. (2009). Genetik değiştirme işlemleri ve biyogüvenlik.
175. Hemmer, W. (1997). *Foods derived from genetically modified organisms and detection methods* (pp. 1-3). Basel: Agency BATS.
176. Open Epi Programı. Available from: URL: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm. Son Erişim Tarihi: 05.02.2019.
177. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
178. Tuğut N., Bekar M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 17-26.
179. Bal H. , Göktolga Z. , Karkacier O. , Gıda Güvenliği Konusunda Tüketici Bilincinin İncelenmesi, Tokat İli Örneği, *Tarım Ekonomi Dergisi*, 2006.
180. Gıda Güvenliği Derneği. Tüketici Risk Algılama Araştırması Gfk Türkiye. Haziran 2008.
181. Demirel, Y. ve M.A. Yoldaş, 2005. Yeni Ekonomide Tüketici Satın Alma Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Pazarlama Dünyası Dergisi*. 3:60-64.
182. Şentürk Ş. eds. Satın Almada Dikkat Edilecek Hususlar. Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi. Saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Bölümü Ankara; 2002.
183. Kıymaz T, Şahinöz A, 2010. Dünya Ve Türkiye–Gıda Güvencesi Durumu. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, 21, 76, 1-30.
184. Koç B, Ceylan M, 2008. Tüketicilerin Gıdaların Üretimi, Dağıtımı ve Satış Sürecini Gıda Güvenliği Açısından Değerlendirme Tutum Ve Davranışları, Bahçe Ürünlerinde IV. Muhafaza ve Pazarlama Sempozyumu, 08-11 Ekim, Antalya.
185. Uzunoğlu M. Tüketicilerin Gıda Ürünleri Satın Alma Davranışlarında Ambalajın Rolu (Tokat İli Örneği) 2008.

186. Blitstein JL ve Evans D. Use of nutrition facts panels among adults who make household food purchasing decisions. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2006, 38(6):360-364.
187. Güneş FE, Aktaş Ş ve Korkmaz BİÖ. Tüketicilerin gıda etiketlerine yönelik tutum ve davranışları. *Akademik Gıda*, 2014, 12(3):30-37.
188. Sezek F, Kaya E ve Doğan S. Üniversite öğrencilerinin genel beslenme alışkanlıkları, katkılı besinler hakkındaki bilgi, görüş ve tutumları. *Çankaya Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Journal of Arts and Sciences*, 2008, 10:117-134.
189. Coşkun F, Kayışoğlu S. 2018 Besin Etiket Okuma Alışkanlıklarına ve Etiket Okumanın Satın Alma Tercihlerine Cinsiyetin Etkisi: Tekirdağ İli Örneği. *Akademik Gıda* 16(4) 422-430.
190. Onurlubaş, E., 2015. ‘Tüketicilerin Gıda Güvenliği Konusunda Bilinç Düzeylerinin Ölçülmesi Tokat İli Örneği’, (doktora tezi), Ankara.
191. Mutlu, S., 2007. Gıda Güvenirliği Açısından Tüketici Davranışları (Adana Kentsel Kesimde Kırmızı Et Tüketimi Örneği), (Doktora Tezi), Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Adana.
192. Albayrak, M. (2000). *Ankara ilinde gıda maddeleri paketleme ve etiketleme bilgileri hakkında tüketicilerin bilinç düzeyinin ölçülmesi, gıda maddeleri alım yerleri ve ambalaj tercihleri üzerine bir çalışma*. Türkiye Ziraat Odaları Birliği.
193. Yılmaz, E., Oraman, Y., İnan, İ.H., 2009. Gıda ürünlerine ilişkin tüketici davranışı dinamiklerinin belirlenmesi: “Trakya Örneği” Tekirdağ ziraat fakültesi dergisi yılmaz ve ark., 6(1) *Journal of Tekirdağ Agricultural Faculty*.
- 194.Özgül, E. ve İ. Aksulu, 2006. Ambalajlı gıda ürünlerinde tüketicilerin etiket duyarlılığındaki değişimler. *Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi*, (6)1.
195. Yılmaz E., Yılmaz İ., Uran H.Gıda Maddeleri Tüketiminde Medyanın Rolü: Tekirdağ İli Örneği, Tekirdağ, 2007.
196. Vergi Y. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Etiketlerinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisi, İstanbul 2018.
197. Oğur S. , Aksoy A. , Yılmaz Z. , Üniversite öğrencilerinin genetiği değiştirilmiş organizmalar ve gıdalar hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları Bitlis : Eren üniversitesi örneği, 2017 *Journal of Food and Health Science*.
198. Koçak, N., Türker, T., Kılıç, S. & Hasde, M. (2010). Tıp fakültesi öğrencilerinin genetiği değiştirilmiş organizmalar hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 198-204.
199. Özdelikara A. , Ağaçdiken Alkan S. , Mumcu N., Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018;14:275-82.
200. Khorshid, L., & Efteli, E. İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 1-10.
201. Alkan S. A, Özdelikara A, Boğa N. M. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*

2017;6(2):11–21.

202. Oral, B. (2018). Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Tıpta Uzmanlık Tezi. *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri*.

203. Al-Windi A, Dag E, Kurt S. The Influence of Perceived Well-Being And Reported Symptoms On Health Care Utilization: A Population-Based Study. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55(1): 60-6.

204. Koraltan A. Eve bağımlı hastalara bakım verenlerin genel sağlık algısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması. Yükek Lisans Tezi, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2017.

205. Kunst AE, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2005;34(2):295–305.

206. Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.

8.ÖZET

Bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinde yani ‘sağlıklı’ olabilmenin başlıca gereklerinden biri yeterli ve dengeli beslenmedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin başlıca şartı ise sağlıklı gıda tüketimidir. Beslenme ve gıda konusuna ilişkin sahip olduğu bilgi, tutum, beceri ve davranışlar bireyin gıda seçimi, tüketimi ve beslenme durumunu etkilemekte; sağlık durumu üzerinde etkili olan sağlık davranışlarının gelişmesinde ise bireyin algıları, inançları ve tutumları rol oynamaktadır. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kişisel düşünce, duygu, beklenti ve önyargılarının bütünü olan sağlık algısının, her türlü sağlık davranışı üzerinde olduğu gibi bireylerin gıda tercihleri ve tüketimleri üzerinde de etkili olması beklenmektedir. Toplumun sağlık algı düzeyini belirlemek, bunun gıda seçimleri üzerindeki etkisini ortaya koymak, sağlıklı gıda tüketimi ve dolayısıyla sağlıklı beslenme konusunda toplumu bilinçlendirmeye yönelik yapılabilecek çalışmalar için yol gösterici olması yönüyle önemlidir. Bu çalışmada Ankara ili bazı ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü bireylerin gıda satın alma ve tüketimi konusundaki tutum ve davranışları ile sağlık algıları ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gölbaşı, Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerinde üçer adet aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür. Araştırma kesitsel-tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın yapılacağı tarihten 1 hafta önce araştırma yapılacak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş üstü kişi sayısı öğrenilmiştir. Toplam 3248 kişinin başvurduğu belirlenmiş, %50 bilinmeyen sıklık alınarak %2

sapma ve %95 güven aralığında 1381 kişiye ulaşılması hedeflenmiş ve 1385 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma sırasında muayene bekleyen ya da muayeneleri tamamlanmış kişilerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerle görüşülmüştür.

Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması $48,9 \pm 7,3$ olarak saptanmış olup orta düzeyde olduğu söylenebilir. Cinsiyet ve kronik hastalık dışında tüm değişkenlerle SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup, sağlık algısının bireylerin gıda sağlık ilişkisini önemsemeleri ve gıda tercihlerinde bunu göz önünde bulundurmaları konusunda son derece etkili olduğu aşıkardır. Ancak araştırmaya katılanların %22'sinin gıdaların sağlık üzerine etkisinin orta düzeyde ya da daha az olduğunu düşündükleri, %36,8'sinin gıda ürünleri tercihlerinin sağlığa uygunluğu konusunda kararsız, %17,4'sinin ise gıda tüketiminin sağlığa uygun olmadığını belirttikleri, bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyinin iyi olduğunu düşünenlerin katılımcıların sadece %40,6'sını oluşturduğu ve bireylerin %56,3'lük kısmının gıdalarla ilgili bilgileri akraba/arkadaş/komşularından aldıkları görülmektedir.

Sonuç olarak, bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda bireylerin sağlık algılarının artırılması gerektiği gibi, gıdaları sağlıkla ilişkilendirmelerine yönelik eğitim faaliyetlerinin gerekliliği üzerinde de durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sağlık algısı, gıda satın alma, gıda seçimi ve tüketimi

9. ABSTRACT

One of the main necessities of being ‘healthy’ in terms of physical, mental and social well-being is adequate and balanced nutrition. The main requirement of adequate and balanced nutrition is healthy food consumption. Knowledge, attitude, skills and behaviors related to nutrition and food affects individual's food selection, consumption and nutritional status; the perceptions, beliefs and attitudes of the individual play a role in the development of health behaviors that affect the health status. The perception of health, which is the totality of personal thoughts, feelings, expectations and prejudices about an individual's own health is expected to have an impact on all kinds of health behaviors as well as on food preferences and consumption of individuals. To determine the health perception level of the society and to reveal its effect on food choices is important in terms of being a guide for the studies that can be done to raise public awareness about healthy food consumption and therefore healthy nutrition. The aim of this study was to investigate the relationship between health perceptions and attitudes and behaviors of individuals over 18 years old who applied to family health centers in some districts of Ankara.

The study was conducted with the participation of individuals over the age of 18 who applied to three family health centers in Gölbaşı, Sincan, Etimesgut and Yenimahalle districts in Ankara. This is a cross-descriptive study. The number of people over the age of 18 who applied to the health institutions to be researched 1 week before the date of the study was learned.

A total of 3248 applicants were identified, taking 50% unknown frequency to reach 1381 people within 2% deviation and 95% confidence interval and 1385 people were reached. During the research, interviews were made with people who were waiting for an examination or who had completed their examinations and agreed to participate in the study.

The total score average of the participants' Health Perception Scale was found to be 48.9 ± 7.3 . A statistically significant relationship was found between all variables except gender and chronic disease and mean HPS score and it is clear that health perception is highly effective in respecting the food-health relationship of individuals and taking this into consideration in their food preferences. However, it is seen that 22.0% of the respondents thought that the impact of food on health was moderate or less, 36.8% of them are uncertain about their health preferences, 17.4% stated that food consumption is not suitable for health, only 40.6% of the participants who think that they have a good level of knowledge about conscious and healthy food consumption and 56.3% of the individuals get information about food from relatives / friends / neighbors.

As a result, when these findings are taken into consideration, it should be emphasized that individuals' perception of health should be increased as well as the necessity of educational activities to associate foods with health.

Key Words: Health perception, food purchase, food selection and consumption.

10. EKLER

EK-1



ANKARA İLİ BAZI İLÇELERİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN GIDA SATIN ALMA VE TÜKETİMİ KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE SAĞLIK ALGILARI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

İNTÖRN NO/ANKET NO:

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anket sırasında sizden istediğimiz tüm kişisel bilgileriniz ve cevaplarınız tamamen gizli kalacaktır.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz ?

1.Erkek 2.Kadın

3. Medeni durumunuz ?

1.Evli 2.Bekar

4. Öğrenim durumunuz ?

1.Okuryazar değil 3.İlkokul Mezun 5.Lise Mezun
2.Okuryazar 4.Ortaokul Mezun 6.Yüksekokul-Üniversite Mezun

5. Çalışma durumunuz ?

1.Ev hanımı 3.İşçi 5.Emekli 7.Öğrenci
2.Memur 4.Özel sektör çalışanı 6.İşsiz 8.Diğer(Lütfen

yazınız.....)

6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok kötü,gelirim giderimin çok altında 3.Orta,gelirim giderimi karşılıyor
2.Kötü,gelirim giderimi karşılamıyor 4.İyi,gelirim giderimin üstünde
5.Çok iyi,gelirim giderimin çok üstünde

7. Hekim tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?

1.Hayır 2.Evet(Lütfen yazınız.....)

8. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1.Hayır 2.Evet(Lütfen yazınız.....)

9. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok kötü 2. Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

10. Sizce tükettiğiniz gıda ürünleri sağlığınız üzerinde ne kadar etkilidir?

1.Etkisiz 2. Az etkili 3.Orta 4.Etkili 5.Çok etkili

11.Sizce bir gıda ürününün sağlığa uygun olup olmadığını belirleyen başlıca unsur/unsurlar nelerdir?

.....
....

12. Gıda ürünleri tercihlerinizin sağlığa uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

1.Hayır 2.Evet 3.Kararsızım

13.Sizce gıda ürünlerine bağlı oluşabilecek sağlık sorunları/hastalıklar var mıdır?Yanıtınız EVET ise neler olduğunu belirtiniz.

1.Hayır 2.Evet(Lütfen yazınız.....) 3.Fikrim yok
14.Gıda ürünlerinin sağlığınıza olan etkisi ile ilgili sizi en çok endişelendiren unsur/unsurlar nelerdir?

15. Bilinçli ve sağlığa uygun gıda tüketimi konusundaki bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

16. Evinizde gıda alışverişini çoğunlukla kim yapar?

1.Erkek 2. Kadın 3.Birlikte

17. Gıda ürünleri satın alırken en çok önemsedığınız/dikkat ettiğiniz unsur/unsurlar nelerdir?(Şıklar okunmayacak,birden fazla şık işaretlenebilir)

- | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1.Sağlığa uygunluğu | 7.Kalitesi | 13.Üretim ve satış yeri hijyeni |
| 2.Besin değeri | 8.Katkısız olması | 14.Markası |
| 3.Enerji değeri | 9.Dayanıklılığı | 15.Fiyatı |
| 4.Tazeliği | 10.Üretim tarihi | 16.Zararsız Ambalaj Kullanımı |
| 5.Lezzeti | 11.Son kullanma tarihi | 17.Ambalajının sağlamlığı |
| 6.Doyuruculuğu | 12.Üretim ve satış yeri | 18.Dikkat etmem |
| | güvenilirliği | 19.Diğer(Lütfen yazınız.....) |

18.Gıda ürünlerini satın alırken etkilendiğiniz başlıca kaynak kimdir/nedir?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|
| 1. Akraba/arkadaş/komşu | 3.İnternet/sosyal medya | 5.Gazeteler/dergiler | 7. Bilimsel yayınlar |
| 2. Televizyon | 4.Reklamlar | 6. Kitaplar | 8.Diğer(Lütfen yazınız.....) |

19. Gıda ürünlerini satın alırken satın aldığınız yerin hijyen koşullarına dikkat eder misiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

20. Sizce gıda ürünlerinin fiyatı ile besin değeri ilişkisi nasıldır?

1. Besin değeri yüksek gıdalar daha pahalıdır
2. Fiyatın besin değeri ile ilişkisi yoktur
3. Fikrim yok

21. Satın alacağınız ürünün doğal/hormonsuz olmasını ne derece önemsersiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4. Her zaman

22.Doğal/hormonsuz olduğu söylenen ürünlere gerekirse daha fazla ödeme yapar mısınız?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4. Her zaman

23.Satın aldığınız gıda ürünlerinin ambalajlı olmasını tercih eder misiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

24.Ambalajsız/açıkta satılan gıda ürünlerini satın alır mısınız?Yanıtınız EVET ise hangi ürünler olduğunu belirtiniz.

1.Hayır 2.Evet (Lütfen yazınız.....)

25. Sizce hangi gıda ürünleri daha sağlıklıdır?

1.Ambalajlı gıdalar 2.Ambalajsız gıdalar 3.Her ikisi de sağlıklı olabilir
4.Kararsızım

26. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken etiket bilgilerini ne sıklıkta okursunuz ?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

27. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken etiket bilgilerini okumuyorsanız nedeni nedir(Birden fazla şık işaretlenebilir)

1. İhtiyaç duymuyorum 4. Bilgiler doğru olmayabilir
2. Okunaklı değil 5. Bilgiler eksik olabilir
3. Yeterince anlaşılır değil 6. Diğer (Lütfen yazınız.....)

28. Ambalajlı gıda ürünlerindeki etiket bilgilerini yeterli buluyor musunuz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

29. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken enerji (kalori) ve besin öğelerine(protein,karbonhidrat,yağ,vitamin,mineral vb) dikkat eder misiniz ?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

30. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken lif içeriğine dikkat eder misiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

31. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken tuz/şeker/yağ içeriğine dikkat eder misiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

32. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken içerdiği katkı maddelerine dikkat eder misiniz ?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

33. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken içerdiği katkı maddelerinden dolayı almaktan vazgeçtiğiniz olur mu?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

34.Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken glukoz/fruktoz surubu içerip içermediğine bakar mısınız?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

35. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken gıda kalite satandart belgesine dikkat eder misiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

36. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken ambalajının zararsız(cam vb.) olmasını önemser misiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

37. Ambalajlı gıda ürünlerini satın alırken üretim ve son kullanma tarihine ne sıklıkta bakarsınız ?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4.Her zaman

38. Son kullanma tarihi geçen gıda maddeleri ile ilgili tutumunuz ne olur?

1. Hemen atarım
2. Bozulduğunu düşünene kadar tüketmeye devam ederim
3. Önemsemem,tamamını tüketirim
4. Hangi ürün olduğu önemlidir.Bazılarını hemen atar,bazılarını son kullanma tarihi geçse de tüketirim

39. Reklamlar gıda ürünleri tercihlerinizi belirlemenizde ne kadar etkilidir ?

1.Etkisiz 2.Az etkili 3.Etkili 4.Çok etkili

40. Satın alırken reklamlardan etkilendiğiniz ürün/ürünler hangileridir?(Birden fazla şık işaretlenebilir)

1. Süt ve süt ürünleri 5.Taze sebze ve meyveler 9.İçecekler
2.Kırmızı et ve ürünleri 6.Balık ve ürünleri 10.Dondurulmuş gıdalar

3.Tavuk ve ürünleri

7.Baklagiller

11.Konserve ürünleri

4.Yumurta

8.Yağlar

12. Diğer(Lütfen yazınız.....)

41. GDO'nun ne anlama geldiğini biliyor musunuz ?Yanıtınız EVET ise ne anlama geldiğini belirtiniz.

1.Hayır 2.Evet (Lütfen yazınız.....)

42. Satın aldığınız gıda ürünlerinin üzerinde GDO'lu olup olmadıklarının belirtilmesini ister misiniz ?

1.Hayır 2.Evet 3. Kararsızım

43. GDO'lu olduğu belirtilen gıda ürünlerini satın alır mısınız ?

1.Hayır 2.Evet

44. Bozuk ve hatalı gıda ürünü ile karşılaştığınızda aldığınız yere ne sıklıkta şikayet bildirirsiniz?

1.Hiçbir zaman 2.Bazen 3.Çoğu zaman 4. Her zaman

45. Alo 174 Gıda Hattından haberdar mısınız ?

1.Hayır 2.Evet

EK-2

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

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

EK-3

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.04.2019-E.44654



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Fatma Nur BARAN AKSAKAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araş.Gör.Dr.Zeynep YALÇINKAYA'nın uzmanlık tez çalışması olan "*Ankara İli Bazı İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Gıda Satın Alma ve Tüketimi Konusundaki Tutum ve Davranışları ile Sağlık Algıları İlişkisinin İncelenmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 12.03.2019 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla, yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-057

Ek: 1 Liste



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

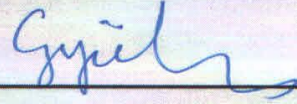
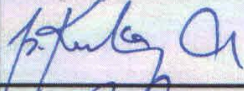
Bilgi için :Nursel Güner
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 12/03/2019

TOPLANTI SAYISI : 02

ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Cengiz Haluk BODUR	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Cevriye Temel GENCER	KATILAMADI
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	

EK-4


T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

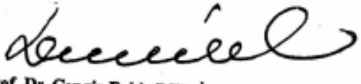
Sayı : 82642947-030.03-
Konu : Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi
Oluşturulmasına Dair İşbirliği
Protokolü

ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE
(Rüzgarlı Cad. İbrahim Müteferrika Sok. No:9 Ulus/ANKARA)

İlgi : Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 25/06/2014 tarih ve 57285 sayılı yazısı.

"Ankara Valiliği ile Gazi Üniversitesi Arasında Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İşbirliği Protokolü" tarafımızca imzalanarak iki nüsha halinde ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve söz konusu protokolün imzalanarak bir nüshasının Üniversitemize gönderilmesi hususunda gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Cengiz Bekir DEMİREL
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
2 Takım Protokol

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - ANKARA HALK
SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA HALK SAĞLIĞI
MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BİRİMİ
10.10.2014 10:06 - 2014.1714630.2.1394

00003582402 00003582402

Evrakı Doğrulamak İçin: <http://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Rektörlüğü 06500 Teknokentler, ANKARA
Tel: 0 312 202 20 73-77 Faks: 0 312 202 26 48
E-Posta: gensek@gazi.edu.tr Web Adresi: www.gazi.edu.tr Pin : 36861

3237
13/10/2014
17

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:36861)

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Zeynep

Soyadı: Yalçınkaya

Doğum Yeri ve Tarihi: İzmir-13.08.1986

Eğitimi:

2015-2020: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2004-2013: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce