

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKLI GIDA TÜKETİMİNDE SAĞLIK BİLİNCİ
VE TUTUMUN ARACI ROLÜNÜN HAYES'İN
PROCESS MAKROSU İLE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Simge ÖZDEN

Enstitü Anabilim Dalı : İşletme

Enstitü Bilim Dalı : Üretim Yönetimi ve Pazarlama

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nihal SÜTÜTEMİZ

MAYIS – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKLI GIDA TÜKETİMİNDE SAĞLIK BİLİNCİ
VE TUTUMUN ARACI ROLÜNÜN HAYES'İN
PROCESS MAKROSU İLE İNCELENMESİ


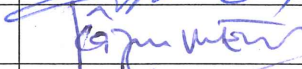

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Simge ÖZDEN

Enstitü Anabilim Dalı : İşletme

Enstitü Bilim Dalı : Üretim Yönetimi ve Pazarlama

“Bu tez 29/05/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Nihal SÜTÜTEMİZ	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Kazım MERT	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILMAZ	Başarılı	



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Simge ÖZDEN
Öğrenci Numarası	:	Y156004110
Enstitü Anabilim Dalı	:	İşletme
Enstitü Bilim Dalı	:	Üretim Yönetimi ve Pazarlama
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlıklı Gıda Tüketiminde Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Rolünün Hayes'in Process Makrosu ile İncelenmesi
Benzerlik Oranı	:	%6

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

29/05/2019

İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbsite@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....

İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Nihal SÜTÜTEMİZ

Tarih: 29.05.2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Sağlıklı ve refah toplumlar ancak bireylerin sağlık bilincinin gelişmesi ile mümkündür. Sağlık bilinci, sağlıkla ilgili birçok tutum ve davranışı öngörebilen bir kavramdır. Bu çalışmada sağlıkla olan yakın ilgisinden dolayı sağlıklı beslenme davranışı üzerinde durulmuştur. Sağlıklı beslenme, hayatın sürekliliği ve sağlığın geliştirilmesi için büyük önem arz etmektedir. Günümüzde gıdaların sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların artması ve insanların bilgiye erişimlerinin kolaylaşması, beslenme ve gıda satın alma davranışlarında farklılıklara neden olmuştur. Bu bağlamda, bu çalışmada tüketicilerin sağlıklı gıda algıları belirlenmiş, bunun yanı sıra deneyim ve bilgi ile ilişkili bazı faktörlerin sağlıklı gıda satın alma niyetleri üzerindeki etkisi ile bu etki üzerinde sağlık bilinci ve tutumun aracı rolleri incelenmiştir.

Yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu çalışmada ve bugüne kadarki tüm eğitim sürecimde birçok insanın emeği söz konusudur. Bu vesile ile öncelikle tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, kendisinden çok şey öğrendiğim değerli danışman hocam Doç. Dr. Nihal SÜTÜTEMİZ'e,

Yüksek lisans eğitim sürecinde öğrencisi olma şansına sahip olmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Erman COŞKUN'a,

Bu süreçteki desteği ve tavsiyeleri ile çalışmama önemli katkılar sağlayan değerli arkadaşım Metin SAYGILI'ya,

Daha önce yaptıkları çalışmalarla bana yol gösteren bilim insanlarına ve bütün eğitim hayatım boyunca üzerimde emekleri olan tüm hocalarıma,

Hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen sevgili kuzenlerime ve arkadaşlarıma,

Başta sevgili annem ve babam olmak üzere tüm yaşamım boyunca olduğu gibi bu zorlu süreçte de her zaman yanımda olup, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ve bana sabır gösteren aileme ve varlıklarıyla bana güç katan canım yeğenlerim Ege ve Elif'e tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Simge ÖZDEN

29.05.2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK VE SAĞLIK BİLİNCİ	4
1.1. Sağlık Kavramı	4
1.1.1. Sağlıklı Beslenme.....	5
1.1.2.1. Besin Öğeleri ve Besin Grupları	5
1.1.2.2. Tüketiminin Azaltılması Önerilen Besinler ve Besin Öğeleri	9
1.1.2.3. Sağlıklı Gıdalar	11
1.2. Sağlık Bilinci ve Önemi	17
1.2.1. Sağlık Bilinci Kavramı	17
1.2.2. Sağlık Bilinci Boyutları	18
1.2.2.1. Sağlık Davranışlarına Katılım (Davranışsal Boyut).....	18
1.2.2.2. Sağlığın Dikkat Etme (Psikolojik Boyut)	19
1.2.2.3. Sağlık Bilgisi Arama ve Kullanma.....	20
1.2.2.4. Kişisel Sağlık Sorumluluğu	20
1.2.2.5. Sağlık Motivasyonu.....	21
1.2.3. Sağlık Bilincinin Önemi	22
1.2.3.1. Halk Sağlığı Açısından Önemi	22
1.2.3.2. Ülke Ekonomisi Açısından Önemi.....	26
1.2.3.3. Sağlıklı Gıda Pazarı Açısından Önemi.....	28
BÖLÜM 2: SAĞLIK DAVRANIŞ MODELLERİ	30
2.1. Sağlık İnanç Modeli	32
2.2. Yeniliklerin Yayılması Teorisi	34
2.3. Korunma Motivasyonu Teorisi.....	36
2.4. Transteoretik Model	37
2.5. Sosyal Biliş Teorisi	39
2.6. Gerekçeli Eylem Teorisi.....	41

2.7. Planlı Davranış Teorisi.....	42
2.7.1. Planlı Davranış Teorisi Arka Plan Faktörleri.....	44
2.7.1.1. Enformasyonla İlişkili Faktörler	46
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	50
3.1. Araştırmada Yaklaşım ve Amaç	50
3.2. Araştırmanın Önemi.....	51
3.3. Araştırma Modeli ve Hipotezler	52
3.4. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi.....	55
3.5. Araştırmanın Ölçüm Aracı ve Verilerin Toplanması.....	55
3.6. Veri Analizi ve Araştırma Bulguları	58
3.6.1. Tanımlayıcı İstatistikler	59
3.6.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	59
3.6.1.2. Katılımcıların Sağlıklı Gıda Algıları	60
3.6.1.3. Katılımcıların Sağlıklı Gıda Örnekleri ve Satın Alma Yerleri	64
3.6.1.4. Sağlıklı Gıda Tanımında Olması Gereken Özellikler.....	66
3.6.1.5. Ambalajlı Gıdada Dikkat Edilen Ambalaj Bilgileri	67
3.6.1.6. Hastalık Deneyimlerine Yönelik Betimleyici Bulgular.....	68
3.6.1.7. Katılımcıların Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynakları	69
3.6.1.8. Katılımcıların Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutumları	70
3.6.1.9. Katılımcıların Sağlıklı Gıdaları Satın Alma Niyetleri.....	71
3.6.1.10. Katılımcıların Sağlık Bilinç Düzeyleri.....	72
3.6.3. Regresyon Analizi Ön Koşullarına Ait Bulgular	73
3.6.3.1. PROCESS ile Aracı Değişken Analizi	75
SONUÇ.....	82
KAYNAKÇA.....	88
EKLER.....	103
ÖZGEÇMİŞ	122

KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ADI** : Acceptable Daily Intake (Günlük Kabul Edilebilir Alım Miktarı)
- BOH** : Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
- FAO** : Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
- GET** : Gerekçeli Eylem Teorisi
- GDO** : Genetiği Değiştirilmiş Organizma
- FiBL** : Forschungsinstitut für Biologischen Landbau (Organik Tarım Araştırma Ens.)
- FOSHU**: Foods For Specific Health Use (Özel Sağlık Kullanımına Yönelik Gıdalar)
- HSGM** : Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- IFOAM**: International Federation of Organic Agriculture Movements (Uluslararası Organik Tarım Hareketleri Federasyonu)
- JECFA** : Joint Expert Committee on Food Additives (Gıda Katkı Maddeleri Ortak Uzman Komitesi)
- KMT** : Korunma Motivasyonu Teorisi
- LLCI** : Lower Levels Confidence Interval (Güven Aralığı Alt Seviyesi)
- OLS** : Ordinary Least Squares (Olağan En Küçük Kareler)
- PDT** : Planlı Davranış Teorisi
- SEM** : Structural Equation Modeling (Yapısal Eşitlik Modellemesi)
- SİM** : Sağlık İnanç Modeli
- SBT** : Sosyal Biliş Teorisi
- TM** : Transteoretik Model
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- VIF** : Variance Inflation Factor (Varyans Büyütme Faktörü)
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- YFMSŞ** : Yüksek Fruktozlu Mısır Şurubu
- YYT** : Yeniliklerin Yayılması Teorisi
- TÜSEB** : Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
- ULCI** : Upper Levels Confidence Interval (Güven Aralığı Üst Seviyesi)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Yararlanılan Kaynaklar	57
Tablo 2	: Ölçeklerin İç Tutarlılık Analiz Sonuçları	58
Tablo 3	: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	59
Tablo 4	: Katılımcıların Sağlıklı Gıda Algıları	60
Tablo 5	: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlıklı Gıda Algıları	61
Tablo 6	: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Gıda Algıları	62
Tablo 7	: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sağlıklı Gıda Algıları	63
Tablo 8	: Katılımcıların Sağlıklı Gıda Örnekleri	64
Tablo 9	: Katılımcıların Sağlıklı Gıda Satın Alma Yerleri.....	65
Tablo 10	: Katılımcılara Göre Sağlıklı Gıda Özellikleri	66
Tablo 11	: Katılımcıların Ambalajlı Gıdada Dikkat Ettikleri Ambalaj Bilgileri	67
Tablo 12	: Katılımcıların Kronik Bir Hastalığa Sahip Olma Durumları	68
Tablo 13	: Katılımcıların Hastalık Deneyimleri.....	68
Tablo 14	: Katılımcıların Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynakları.....	69
Tablo 15	: Katılımcıların Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutumları.....	70
Tablo 16	: Katılımcıların Sağlıklı Gıdaları Satın Alma Niyetleri	71
Tablo 17	: Katılımcıların Sağlık Bilinç Düzeyleri	72
Tablo 18	: Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	73
Tablo 19	: Model Değişkenlerinin VIF ve Durbin Watson Değerleri.....	74
Tablo 20	: PROCESS Regresyon Analizi Sonuçları	77
Tablo 21	: Model 3'teki Yollara Ait Toplam Dolaylı Etki.....	79
Tablo 22	: Model 4'teki Yollara Ait Toplam Dolaylı Etki.....	80
Tablo 23	: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları.....	81

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1	: Planlı Davranış Teorisi Yapıları.....	45
Şekil 2	: Araştırma Modeli.....	53
Şekil 3	: Model 5'e Ait Normal P-P Plot.....	75
Şekil 4	: Araştırma Modelindeki Yollar	76
Şekil 5	: SPSS'te Bir Syntax Dosyasının Açılması	107
Şekil 6	: SPSS'te Process.sps Dosyasının Açılması	108
Şekil 7	: PROCESS'in SPSS'e Tanıtılması	108
Şekil 8	: PROCESS Özel İletişim Kutusu	109
Şekil 9	: PROCESS Model 64 Gösterimi	111
Şekil 10	: PROCESS Model 64'e Ait B Matrisinin Gösterimi.....	112
Şekil 11	: PROCESS Model 64'e Ait W Matris Gösterimi	113
Şekil 12	: PROCESS Model 64'e Ait Z Matris Gösterimi.....	113
Şekil 13	: Araştırmada Kullanılan İki Seri Aracılı Model.....	116
Şekil 14	: Araştırma Modeli Matris Gösterimi	116

Tezin Başlığı: Sağlıklı Gıda Tüketiminde Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Rolünün Hayes'in Process Makrosu ile İncelenmesi	
Tezin Yazarı: Simge ÖZDEN	Danışman: Doç. Dr. Nihal SÜTÜTEMİZ
Kabul Tarihi: 29.05.2019	Sayfa Sayısı: viii(ön kısım)+102(tez)+19(ek)
Anabilim Dalı: İşletme	Bilim Dalı: Üretim Yönetimi ve Pazarlama
<p>Günümüzde yaşam şartlarındaki değişiklikler ve teknolojik gelişmeler nedeniyle bulaşıcı hastalıklara ve beslenme yetersizliklerine bağlı ölüm oranları azalmış, ortalama yaşam süresi artmıştır. Buna karşın dünya üzerinde her yıl milyonlarca insan kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabete bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Yaşam kalitesini ve iş gücünü azaltan bu hastalıklara bağlı olarak ülkelerin ekonomileri de büyük zarar görmektedir. Sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve fiziksel aktivite eksikliği gibi sağlıksız davranışlar ile ilişkilendirilen bu hastalıkların önlenmesi için toplumun sağlık bilincinin artırılması büyük önem arz etmektedir.</p> <p>Bu çalışmanın kavramsal çerçevesini içeren ilk iki bölümde sağlık bilinci ve sağlık davranış modelleri incelenmiştir. Sağlık davranışlarından sağlıklı beslenme üzerinde durulan bu çalışmada teorik alt yapı olarak Planlı Davranış Teorisi kullanılmıştır. Bu çalışmanın temel amacı hastalık deneyimi ve kullanılan sağlık bilgi kaynakları ile tüketicilerin sağlıklı gıdaları satın alma niyetleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu ilişki üzerindeki sağlık bilinci ve tutumun aracılık etkilerinin belirlenmesidir.</p> <p>Araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulan hipotezler, Türkiye'de yaşayan 18 yaş üzerindeki 450 tüketiciden elde edilen online anket verileri kullanılarak test edilmiştir. Verilerin frekans analizleri için SPSS programı, aracı değişkenli regresyon analizleri için ise Hayes'in PROCESS isimli makrosu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda tüketicilerin özellikle katkı maddesi içeriği düşük ve doğal gıdaları sağlıklı olarak algıladıkları belirlenmiştir. Bunun dışında sağlık bilgi kaynağı olarak kullanılan sağlık çalışanları ve geleneksel medya ile tüketicilerin sağlıklı gıda satın alma niyetleri arasında ilişki olduğu ve sağlık bilinci ile tutumun bu ilişkide aracı etki gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan, hastalık deneyimi ile sağlık bilgi kaynağı olarak kullanılan yakın çevre ve yeni medya kanallarının sağlık bilinci ve sağlıklı gıda satın alma niyeti üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Sağlık Bilinci, Sağlıklı Gıdalar, Sağlık Davranış Modelleri, Aracı Etki Analizi, Process Makrosu.	

Title of Thesis: Examining the Mediator Role of Health Consciousness and Attitude in Consuming Healthy Food by Hayes' Process Macro

Author: Simge ÖZDEN **Supervisor:** Assoc. Prof. Nihal SÜTÜTEMİZ

Accepted Date: 29.05.2019 **Number of Pages:** viii(PreText)+102(MainBody)+19(App.)

Department: Business Adm. **Subfield:** Production Management and Marketing

Today, due to changes in living conditions and technological developments, infectious diseases and nutritional deficiency related mortality rates have decreased and life expectancy has increased. However, millions of people worldwide die every year due to cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases, and diabetes. The economies of countries also suffer greatly from these diseases which reduce the quality of life and labor force. Increasing public health consciousness is of great importance to prevent these diseases, which are associated with unhealthy behaviors such as unhealthy nutrition, tobacco use, excessive alcohol consumption and lack of physical activity.

Health consciousness and health behavior models were examined in the first two chapters including the conceptual framework of this study. It is focused on healthy eating, which is one of the health behaviors in this study and the Theory of Planned Behavior is used as the theoretical framework. The main objective of this study is to determine the relationship between disease experience and the health information sources used with the intentions of consumers to purchase healthy food and to state the mediating effects of health awareness and attitude on this relationship.

The hypotheses, formed in accordance with the purposes of the research have been tested with the online survey data made from 450 consumers over the age of 18 in Turkey. SPSS program has been for frequency analysis of the data and Hayes' PROCESS has been used for the regression analysis. As a result of the research, it has been determined that consumers perceive especially low additive content and natural foods as healthy. In addition, it was concluded that there was a relationship between using of the health care workers and traditional media as sources of health information and consumers' health food purchase intentions, and health consciousness with attitude has been a mediating effect on this relationship. On the other hand, it has been determined that the experience of the disease and the using of the inner circle and new media channels as a source of health information do not have a significant effect on health consciousness and healthy food purchasing intentions.

Keywords: Health Consciousness, Healthy Foods, Health Behavior Models, Mediator Effect Analysis, Process Macro.

GİRİŞ

“Sağlıklı olma” kavramı insanların yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmelerinin yanında mutlu olmak için de insanların en temel ihtiyaçlarının başında gelmektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin artması sonucu bulaşıcı hastalıklara, beslenme eksikliğine, gebeliğe ve doğumsal koşullara bağlı ölümlerin azaldığı, buna bağlı olarak da beklenen yaşam süresinin arttığı görülmektedir. Buna karşın, kalp-damar sistemi ve akciğer hastalıkları, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) görülme sıklığı her geçen yıl artmaktadır (WHO, 2005: 57). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2018c)’nün açıkladığı son verilere göre dünya genelinde her yıl ortalama 41 milyon insan BOH’lar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite eksikliği sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi BOH’ların temel risk faktörleri olarak belirtilmektedir.

Sağlıklı beslenme, insan yaşamının sürdürebilmesi için birincil faktördür. Yapılan birçok çalışmada beslenme ile hastalık ilişkisinin gösterilmiş olması “sağlıklı beslenme” kavramını, sağlıkla ilgili konuların odak noktası haline getirmiştir. Her dönem önemli konuların başında gelen sağlıklı beslenme kavramı, zaman içerisinde insanların mevcut yaşam koşulları ve yapılan çalışmalar paralelinde değişim göstermektedir. Günümüzde dünyada, açlık ve yetersiz beslenmeye bağlı ölüm ve hastalıkların dışında, aşırı ve hatalı beslenmeden kaynaklanan hastalıklar yüzünden çalışamaz hale gelen ya da yaşamlarını yitiren çok sayıda insan mevcuttur. Bu risk faktörlerinin azaltılması ancak sağlık bilinci yüksek bir toplumun oluşturulması ile mümkündür.

Toplum sağlığı, ülke ekonomisi ve sağlıklı gıda pazarı açısından önemli bir kavram olan sağlık bilinci, “bireylerin çeşitli sağlık tutum ve davranışlarını öngören psikografik bir değişkendir” (Hong, 2009: 3). Sağlık bilincine sahip bireyler, sağlıkları için endişe duymakta ve sağlıklarını sürdürmek için sağlık davranışlarında bulunmaya daha fazla ilgi göstermektedirler (Lee vd., 2014: 31).

“Hastalıkların önlenmesi amacıyla kişinin sağlıklı olduğuna inandığı ve gerçekleştirdiği herhangi bir aktivite” olarak tanımlanan sağlık davranışları (Kasl ve Cobb, 1966), koruyucu ve zararlı ürünlerin varlığı, medya mesajları, kültürel unsurlar, fiziksel ve toplumsal yapılar gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Cohen, 2000: 148). Toplum içindeki bireyler, bu faktörler doğrultusunda birbirinden farklı tutum ve davranış sergileme eğilimindedirler. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, sigara vb. zararlı

alışkanlıklardan uzak durma ve stres yönetimi gibi birçok farklı sağlık davranışı olmakla birlikte bu çalışmada sağlık davranışlarından sağlıklı beslenme kavramı üzerine odaklanılacaktır.

Günümüzde insanların eğitim düzeylerindeki ilerlemeler ve özellikle bilişim teknolojilerindeki gelişmeler ile birlikte bilgiye ulaşımının kolaylaşması, birçok konuda olduğu gibi sağlık konusunda da toplumun bilgi düzeyinde artış sağlamıştır. Buna bağlı olarak artan sağlık bilinci ise tüketicilerin daha sağlıklı gıdalar satın alma eğilimi göstermelerine neden olmuştur (Tai ve Tam; 1997: 302). Tüketiciler artık daha fazla “doğal içeriğe sahip, yapay renk ve aroma maddesi içermeyen, şeker ve yağı azaltılmış” gıda ürünü talep etmektedirler (The Nielsen Company, 2016: 17). Tüketicilerin bu doğrultudaki taleplerini göz önünde bulunduran gıda üreticilerinin de buna uygun olarak üretim yaptıkları ve pazarlama çalışmalarında “doğal”, “katkısız”, “sağlıklı”, kavramlarını ön plana çıkarttıkları görülmektedir.

Çalışmanın Amacı

İnsanlar sağlığı ilgilendiren konularda birçok faktörden etkilenme eğilimindedirler. Bu çalışmada Planlı Davranış Teorisi arka plan faktörlerinden olan enformasyonla ilişkili faktörler üzerinde durulacaktır. Bu faktörler deneyim, bilgi ve medya etkisi gibi farklı alt bileşenlere sahiptir. Bu bağlamda bu çalışmanın temel amacı, tüketicilerin hastalık deneyimi ve sağlık bilgi kaynaklarının kullanımının sağlıklı gıda satın alma niyeti ile ilişkisinde, sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun aracılık etkilerinin ortaya konulmasıdır. Bunun yanı sıra bu çalışma ile tüketicilerin sağlıklı gıda algıları ve ambalajlı gıda satın alırken dikkat ettikleri ambalaj bilgilerinin de belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın Önemi

Bu çalışma özellikle sosyal bilimler alanında Türkiye’de sağlık bilincine odaklanan az sayıdaki çalışmadan biridir. Bu nedenle ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bu çalışma ile sağlık bilincini ve sağlık davranışlarını etkileyen enformasyona dayalı faktörlerin belirlenmesinin toplum sağlığını artırıcı sosyal pazarlama çalışmalarına ve sağlıklı gıda sektörü çalışanlarına yol gösterici olması beklenmektedir.

Bu çalışmadaki aracı etkilere ait analizler Andrew F. Hayes'in PROCESS isimli makrosu kullanılarak yapılmış ve PROCESS kullanım aşamaları adım adım anlatılmıştır. PROCESS ile yapılan Türkçe çalışmalar ve kaynaklar sınırlıdır. Bu nedenle bu çalışmanın, PROCESS makrosunu kullanmak isteyen uygulayıcılara yol gösterici olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışmanın evrenini Türkiye'deki 18 yaş üzeri tüketiciler oluşturmaktadır. Teorik olarak sınırları belli olmayan bir ana kütle olmasının yanı sıra maliyet ve zaman kısıtları nedeniyle araştırmanın örnekleme, ankete gönüllü olarak katılmak isteyen 18 yaş üstü tüketicilerden oluşmaktadır. Buna dayanarak çalışmanın örnekleme yöntemi "kolayda örnekleme" olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden yararlanılmış ve veri toplama aracı olarak "anket yöntemi" kullanılmıştır. İnternet ortamında online (çevrimiçi) olarak hazırlanan anketin uygulanması için, çalışma anketine ait link 30 Mart-23 Nisan 2019 tarihleri arasında farklı sosyal medya kanallarından paylaşarak tüketicilere sunulmuş ve cevaplanan 468 anketin 450'si değerlendirmeye alınmıştır. Elde edilen veriler, SPSS.22 paket programı ve PROCESS v3.3 makrosu kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışmanın Kapsamı

Bu tez çalışması üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk iki bölümde çalışmanın teorik alt yapısı, üçüncü bölümde ise araştırma yöntemi ve analiz bulguları aktarılmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık ve sağlık bilinci kavramları incelenmiş olup, bu ana başlık altında sağlıklı beslenme ve sağlıklı gıdalara yönelik bilgiler verilmiş, sonrasında sağlık bilinci kavramı ve önemi ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan model ve teoriler, alt boyutları ve kullanım alanları ile birlikte aktarılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise, öncelikle araştırmanın amacı ve önemi belirtilmiş, daha sonra araştırmanın dayandırıldığı model ve hipotezler gerekçeleri ile ortaya konulmuş, son olarak da araştırmaya ilişkin yöntem, analiz ve bulgulara yer verilmiştir.

Sonuç bölümünde ise, çalışmada elde edilen sonuçlar ve bu sonuçların tezin amaçları bağlamında tartışılması yer almaktadır. Tez, diğer araştırmacılar, toplum sağlığı ve gıda sektörü çalışanları için geliştirilen öneriler ile son bulmaktadır.

BÖLÜM 1: SAĞLIK VE SAĞLIK BİLİNCİ

1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığın, “yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olduğunu belirterek kapsamlı bir tanımını ortaya koymuştur (WHO, 1948). Wexler (2007), bu tam iyilik halinin insan yaşamının farklı boyutlarıyla da ilişkili olduğunu belirtmiş ve bunun sağlanması için “duygusal, zihinsel, mesleki, bedensel, sosyal ve manevi yönlerden” iyi bir durumda olunmasının gerekliliğine dikkat çekmiştir (Aktaran Bulduklu, 2010: 58).

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesi ve kalitesinin artırılmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlıklı ve ekonomik anlamda refah toplumlar o toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olması ile mümkündür. Bunun için öncelikle bireyler kendi sağlıklarını koruyucu ve iyileştirici doğrultuda bir bilinç geliştirmeli ve bunu günlük yaşamlarındaki davranışlarına yansıtmalıdırlar.

Günümüzde yaşam şartlarındaki değişiklikler ve teknolojik yenilikler beraberinde toplumların sağlıkla ilgili sorunlarında da değişikliklere yol açmıştır. Özellikle son yıllarda bulaşıcı hastalıklara, beslenme eksikliğine, gebelik ve doğumsal koşullara bağlı ölüm oranlarındaki azalmaya karşın kalp-damar sistemi ve akciğerle ilişkili hastalıklar, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığında artış gözlenmeye başlamıştır (WHO, 2005: 57).

WHO, küresel çapta, bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH) bağlı ölümlerin 2010 yılına göre %15 artış göstererek 2020 yılına kadar 44 milyona ulaşacağını öngörmektedir. WHO, BOH için temel risk faktörlerini, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün ve alkol kullanımını olarak açıklamıştır (WHO, 2015: 1). Bu sağlıksız risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve toplum sağlığının sağlanması, sağlığı koruyucu ve geliştirici özellikteki sağlık davranışlarının alışkanlık haline getirilmesi ile mümkündür. (Ulupınar Alıcı ve Sarıkaya, 2009: 96).

Bulaşıcı olmayan hastalık riskinin azaltılması için sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, tütün vb. ürünlerden uzak durma ve stres yönetimi gibi çok sayıda sağlık davranışı söz konudur. Bu kısımda çalışmanın konusu ile olan ilgisi nedeniyle bu sağlık davranışlarından sadece “sağlıklı beslenme” üzerinde durulacaktır.

1.1.1. Sağlıklı Beslenme

Sağlıklı beslenme, diğer bir deyişle yeterli ve dengeli beslenme, “vücudun çalışması, büyümesi ve yenilenmesi için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır” (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 11). Büyüme ve gelişmenin yanı sıra birçok hastalığın önlenmesi için temel gerekliliklerden olan sağlıklı beslenme, her yaş grubundan insanı ilgilendirmektedir. Bedensel iyilik hali dışında ruhsal ve sosyal iyilik hali üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle de toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için önemli kavramların başında gelmektedir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme; kişiyi hastalıklara daha açık bir hale getirmekte, hastalıklar da o kişinin çalışma, planlama ve yaratma yeteneğini düşürmektedir. Ekonomik bakımdan gelişim, insan gücü ve yeteneğinin üretimi arttırmak için kullanılmasıyla mümkündür (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 13).

Sağlıksız beslenmenin sosyal, çevresel ya da ekonomik birçok farklı sebebi olabilir. Ancak uzmanlar tarafından özellikle beslenme ile ilgili bilgi eksikliği, sağlıksız beslenmenin en önemli sebeplerinden biri olarak gösterilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 14). Buna karşın özellikle son yıllarda insanların bilgiye ulaşmasındaki kolaylıklar ve buna bağlı olarak sosyal medyada sağlıklı beslenme platformlarının artması, sağlıklı beslenmenin aynı zamanda popüler bir kavram olmasına da yol açmıştır. Aşağıda sağlıklı beslenme kavramı ile ilişkili olarak sırasıyla (1) temel besin grupları, (2) tüketiminin azaltılması önerilen besinler ve besin öğeleri ve (3) sağlıklı gıdalar hakkında genel bilgilere yer verilmiştir.

1.1.2.1. Besin Öğeleri ve Besin Grupları

Yapılan bilimsel araştırmalara göre bir insanın büyüme ve gelişmesi, yaşamını sağlıklı ve uzun bir şekilde sürdürebilmesi için 70'e yakın besin öğesine gereksinim duymaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 11). Bu besin öğeleri gıdaların yapısında bulunan ve günlük beslenmeyle yüksek miktarda alınması gereken “makro besin öğeleri” (proteinler, yağlar ve karbonhidratlar) ve vücuttaki önemli görevlerine karşın düşük miktarda ihtiyaç duyulan “mikro besin öğeleri” (vitamin ve mineraller) olmak üzere iki sınıf altında toplanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 31). Her yaş grubuna ve yapılan fiziksel aktiviteye göre değişmekle birlikte genel olarak, sağlıklı yetişkin bir

bireyin aldığı enerjinin %10-15'inin proteinlerden, %55-60'ının karbonhidratlardan ve en fazla %30'unun ise yağlardan sağlanması tavsiye edilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 16).

Vücudun ihtiyaç duyduğu enerji ve bu besin öğelerinin sağlanması için bireylerin farklı besin gruplarından, önerilen miktarlarda tüketilmesi çok önemlidir. Bu da besin çeşitliliği ile sağlanabilmektedir. Yediğimiz gıdalar içerdikleri bu besin öğelerine göre genel olarak dört grup altında toplanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 35).

- **Süt ve Süt Ürünleri:** Bu grupta çeşitli memeli hayvanlardan elde edilen süt ile süttten yapılan yoğurt, peynir, kefir, dondurma, süttozu gıdalar bulunmaktadır. Süt ve süt ürünleri, başta protein, kalsiyum, fosfor ve çinko mineralleri, B₁, B₂, B₃, B₆ ve B₁₂ vitaminleri olmak üzere birçok besin öğesini içeren gıdalardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 38). Süt ve süt ürünleri içerdikleri kaliteli protein ile çocuklarda büyüme, yetişkinlerde ise doku onarımının sağlanması için, kalsiyum nedeniyle kemik ve diş sağlığı için, B vitaminleri nedeniyle vücutta alyuvar üretiminde ve sinir sistemi üzerinde önemli işlevlere sahiptir (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 20).

Tüm bu yararlarına ve çoğu uzman tarafından her gün belirli miktarlarda tüketimi önerilmesine karşın son yıllarda süt ile ilgili yapılan araştırmalarda sütün kemikleri güçlendirmesinin aksine kemik kırıklarını arttırdığı, bazı alerjik reaksiyonlara sebep olduğu, hormonal fonksiyonları etkileyerek prostat, yumurtalık ve göğüs kanseri riskini arttırabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle bazı uzmanlar tarafından süt ve süt ürünü tercihlerinin keçi, koyun ve manda sütünden yana yapılması ya da süt yerine probiyotik bakteriler içeren yoğurt, kefir, ayran ve peynir gibi süt ürünlerinin tüketilmesi tavsiye edilmektedir (Aydın, 2012; Çoruhlu, 2014: 121; Çeliktaban, 2015; Çitçi, 2016).

Yapılan bu araştırmalara ait sonuçların uzmanlar tarafından farklı yorumlanması özellikle bu haberleri takip eden tüketiciler üzerinde süt ile ilgili kafa karışıklığına yol açmıştır. Bu da tüketicileri alternatif ürün arayışına yönlendirmiştir. Buna bağlı olarak günümüzde sütün içerdiği laktoza karşı intoleransı olan kişiler özellikle laktoz içeriği azaltılmış sütleri tercih etmektedirler. Süte alerjisi olanlar, veganlar ve çeşitli nedenlerden dolayı hayvansal süt içmek istemeyenler ise, badem, soya, fındık, hindistan cevizi, pirinç, yulaf gibi gıdalardan elde edilen ve “bitkisel süt” olarak pazarlanan gıdaları satın almakta ya da kendileri yapmayı tercih etmektedirler.

• **Et, Yumurta, Kuru Baklagil ve Yağlı Tohumlar:** Bu grupta, et, balık, tavuk, yumurta, mercimek, nohut, kuru fasulye gibi gıdalar ile ceviz, badem, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar yer almaktadır. Bu gruptaki besinler başta protein olmak üzere, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller, A, B₁, B₆ ve B₁₂ vitaminleri ve posa gibi vücut için gerekli besin öğeleri açısından zengindir. Bu nedenle uzmanlar tarafından özellikle sağlıklı bir büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi ve doku onarımı, göz, cilt ve sindirim sistemi sağlığı için önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 39).

Etlere, besin içeriği ile beslenmemizde önemli bir yer tutmasına karşın yağ içeriği yüksek olan kırmızı etlerin doymuş yağ ve kolesterol içerikleri yüksektir. (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 23). Kırmızı etteki doymuş yağ miktarı beyaz ete göre, yaklaşık olarak 2,5 kat daha fazladır (Çoruhlu, 2014: 127). Bu nedenle uzmanlar tarafından sağlıklı bir beslenme için yağlı kırmızı et yerine yağsız kırmızı et veya tavuk, hindi, balık etlerinin tercih edilmesi, salam, sosis, sucuk, gibi işlem görmüş ve koruyucu kimyasallar eklenmiş et ürünleri tüketiminin kısıtlanması gerektiği belirtilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 24).

Kaliteli bir protein kaynağı olan yumurta, doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksek bir gıdadır. Buna karşın içerdiği lesitin nedeniyle et ve süt ürünleri kadar kolesterol seviyesini yükseltici etki göstermemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 40). Yumurta tüketiminde, doğal yemlerle beslenen tavuk yumurtalarının tercih edilmesi, yumurta ile alınan omega 3 miktarını da arttırmaktadır (Çoruhlu, 2014: 128)

Fasulye, nohut, mercimek, bezelye, börülce ve soya fasulyesi gibi gıdaları kapsayan baklagillerin temel olarak karbonhidrat ve proteinlerden oluşmaktadır. Yağ içerikleri düşük olan kurubaklagiller lif bakımından zengin olmaları nedeniyle kan şekerini düzenleyici etki gösterirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 41).

Fındık, ceviz, badem, susam gibi yiyecekleri içeren yağlı tohumların protein ve yağ içerikleri yüksektir. Buna karşın bitkisel kaynaklı olmaları nedeniyle kolesterol içermezler. Özellikle fındık tekli doymamış yağ asidi bakımından, ceviz ise omega 3 yağ asitlerinden bakımından zengindir. Yağlı tohumlar genel olarak doymamış yağ asitleri, E vitamini ve flavonoid içerikleri nedeniyle kalp-damar hastalığı ve kanser riskini azaltıcı yönde etki gösterebilmektedirler. (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 27).

- **Sebze ve Meyveler:** Bitkilerin çiçek, yaprak, gövde, kök ve tohum gibi yenilebilen bölümlerinin oluşturduğu bir gruptur. Bileşimlerinin önemli kısmı su olduğu için içerdiği kalori miktarı düşüktür folik asit, beta karoten, B₂, C, E, vitaminleri ve kalsiyum, magnezyum, potasyum gibi mineraller, likopen ve lutein gibi antioksidan özellik gösteren fitokimyasallar ve lif açısından zengin bir içeriğe sahip olması sağlıklı beslenme içindeki önemini arttırmaktadır. Bu besin grubundaki gıdalar; içerdikleri besin öğeleri ile büyüme ve gelişmede, hücre yenilenmesinde, doku onarımında, göz, deri, bağırsak, diş ve diş eti sağlığında etkin rol almakta, sağlıksız beslenmeye bağlı kronik hastalıkların oluşma riskini de azaltmaktadırlar (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 29-30; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 42).

- **Ekmek ve Tahıllar:** Bu grup; ekmek, makarna, pirinç, arpa, bulgur, çavdar ve yulaf gibi tahılları içermektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 43). Karbonhidrat içeriğinin yüksek olması ve tüketiminin çok olması nedeniyle vücut için temel enerji kaynağıdır. Sinir ve sindirim sistemi ile deri sağlığında önemli görevleri vardır. İşlem görmemiş halleriyle yüksek lif içeriğine sahip tahıllar özellikle B₁₂ dışındaki B vitaminleri ve E vitamini, demir, magnezyum ve selenyum mineralleri için iyi bir kaynaktır. Tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunan bu vitaminler kabuk ve özünün ayrılması esnasında bazı kayıplara uğramaktadırlar. B₁ vitamini başta olmak üzere özellikle B grubu vitaminlerde ve lif içeriğinde yaşanan bu kayıplardan dolayı uzmanlar tarafından tam tahıllı besinlerin tercih edilmesi önerilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Son yıllarda tıp çevresinde tartışılan bir diğer konu da ekmek ve tahıl ürünlerinin çoğunda bulunan bir protein olan glutenden dolayı bu gıdaların kısıtlanmasının gerekli olup olmadığıdır. Ürün verimliliğini arttırmak ve insanların damak tadına hitap etmek amacıyla yapılan çalışmalar gıdaların içindeki gluten oranının artmasına neden olmuştur. Bazı uzmanlar tarafından glutenin beynin haz ve bağımlılık merkezine etki ettiği belirtilmekte ve migren, diyabet, osteoporoz, otizm gibi birçok hastalık glutenle ilişkilendirilmektedir (Aktaş, 2015; Perlmutter ve Loberg, 2016: 72-73). Bu doğrultuda günümüzde tüketicilerin de glutenle ilgili endişelerinin arttığı ve gluten kullanımına bağlı özel bir sağlık sorunu (çölyak ve gluten hassasiyeti vb.) yaşamamalarına karşın glutenli gıda tüketimine dikkat ettikleri, glutensiz unlardan (mısır, kestane, nohut, pirinç, soya unu vb.) yapılmış alternatif gıdalara yöneldikleri görülmektedir.

1.1.2.2. Tüketiminin Azaltılması Önerilen Besinler ve Besin Öğeleri

Yukarıda da belirtildiği üzere özellikle süt ve tahıl gibi bazı besin gruplarının tüketimi ile ilgili görüş ayrılıkları mevcuttur. Buna karşın genel olarak tıp doktorları, beslenme uzmanları ve konuyla ilgili çalışanlar, sağlıklı bir yaşam için kişilerin beslenme düzenlerinde şeker, tuz, doymuş yağ, trans yağ ve alkol içerikli gıdaları sınırlandırması yönünde ortak görüş bildirmektedirler.

- **Şeker:** Şeker, “fruktoz (meyve şekeri), glikoz, sükroz (çay şekeri) ve laktoz (süt şekeri) gibi basit yapıdaki karbonhidratlar için kullanılan genel bir isimdir.” Nişasta ve posa gibi kompleks karbonhidratlara göre daha küçük yapıda olan bu bileşikler, vücut tarafından kolayca emilerek kan şekerini hızlı bir şekilde yükseltmektedirler. Meyve ve sebzelerin, süt ve süt ürünlerinin, tahıl ve kuru baklagillerin yapısında doğal olarak bulunurlar. Ancak, beslenmeyle vücuda alınan şekerin büyük bir kısmı, bu besinlerin yapısında bulunan şekerlerden değil, sonradan ilave edilen şekerlerden alınmaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 52-53).

Son yıllarda özellikle gıda sektöründe şeker kamışı, şeker pancarı gibi kaynaklardan elde edilen şekere alternatif olarak üretilen yüksek fruktozlu mısır şurubunun (YFMS) kullanıldığı görülmektedir. YFMS, ilk olarak 1970’lerde içecek endüstrisi tarafından üretilmiş olup 1980’li yıllardan itibaren özellikle bazı kolalı içecek firmalarının yeni formülasyonlarında şeker (sükroz) yerine YFMS kullanmayı tercih etmesi ile kullanımında büyük bir artış olmuştur (Kaya Cebioğlu ve Önal, 2018: 23).

İlave şeker ve YFMS içeren besinlerin aşırı tüketimi vücutta fazla enerji alınmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak özellikle yağ dokusunda olmak üzere toplam vücut ağırlığında görülen artış (şişmanlık ve obezite), birçok kronik hastalığın gelişme riskini de arttırmaktadır. Bu nedenle uzmanlar, hastalıklardan uzak sağlıklı bir yaşam için şeker ve fruktoz içeriği yüksek olan işlenmiş gıdaların tüketiminin azaltılmasını önermektedirler (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 52-53).

- **Tuz:** Besinlerin birçoğunun içinde bulunan sodyum, doğal yiyecek tuzu olarak adlandırılır. Hem lezzet verici hem de sodyum ve klor ihtiyacının karşılanması için gerekli olan tuz (sofra tuzu) ise sodyum klorürdür. Sodyum vücutta sıvı ve elektrolit dengesi ile kan basıncının düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Ancak aşırı sodyum tüketimi sağlık için sorun oluşturmaktadır. Günlük tüketilen sodyumun yaklaşık %75’i

işlenmiş besinlerden (peynir, salça, turşu, zeytin vb.) alınır. Fazla tuz tüketimi yüksek kan basıncına (hipertansiyon) neden olabilmektedir. Bunun dışında fazla tuz tüketimi, vücuttan kalsiyum atılımını arttırarak kemiklerdeki mineral yoğunluğunu azaltmakta, buna bağlı olarak da osteoporoz (kemik erimesi) ve kırık riskinde artışa sebep olmaktadır. Ayrıca fazla tuz tüketimi böbrek ve kalp-damar hastalıkları ile de yakından ilişkilidir. Sağlıklı bir yetişkinin ihtiyacı olan günlük sodyum ihtiyacı 1500 mg'dır ve bu değer günlük 5-6 gram tuz ile karşılanabilmektedir. Buna karşın günümüzde pek çok ülkede tuz tüketiminin günde 9-12 gram olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle besinlerin bileşimindeki ve hazır besinlere eklenen tuz da düşünülerek sofraya tuzunun kullanımı sınırlandırılmalıdır (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 55-57; Şahin, 2016: 22-23).

• **Doymuş Yağ ve Trans Yağ:** Yağlar, vücudun enerji ihtiyacını karşılamasının dışında yağda eriyen A, D, E ve K vitaminlerinin vücutta emilimini, vücutta üretilmeyen yağ asitlerinin alınmasını ve sindirim sisteminin doğru çalışmasını sağlamaktadırlar. Sağlık açısından, tüketilen yağın miktarı kadar tüketilen yağın cinsi de önemlidir. Yağlar genel olarak doymuş (hindistan cevizi yağı, palm çekirdeği yağı, tereyağı vb.) ve doymamış yağ asitleri (zeytinyağı, ayçiçeği, mısır yağları vb.) olarak sınıflandırılmaktadır (Çakmakçı ve Tahmas Kahyaoğlu, 2012: 104).

Trans yağlar ise inek ve koyun gibi hayvanların sütlerinde ve yağlarında az miktarlarda bulunan yağlardır. Bunun dışında gıda sanayisinde bitkisel yağların oda sıcaklığında katı hale getirilerek kullanımını kolaylaştırmak ve raf ömrünü uzatmak için yapılan bazı işlemler (kısmi hidrojenasyon vb.) sonucu da meydana gelmektedir. Büyük çaplı üretimleri margarin endüstrisi ile başlayan ve günümüzde tükettiğimiz birçok gıdada (bisküvi, cips, çikolata, gofret, kek, krema, mayonez, süt tozu vb.) kullanımı yaygınlaşan trans yağlar, doymuş yağlar gibi kalp-damar hastalıkları riskini arttırıcı etki gösteren yağlardır. Trans yağların gerek bu olumsuz etkileri gerekse yağların işlevselliğini ve dayanıklılığını arttırma ihtiyacı yağ endüstrisini, hidrojenasyon dışındaki alternatif üretim tekniklerine (interesterifikasyon, fraksiyonizasyon vb.) yönlendirmiş ve gıdalardaki trans yağ oranları düşürülmüştür (Taşan ve Dağlıoğlu, 2005: 79-80). Ancak kullanılan bazı üretim tekniklerinde özellikle doymuş yağ oranı yüksek olan palm yağının tercih edilmesi nedeniyle, margarinlerle ilgili sağlık endişeleri halen tam olarak giderilememiştir (Macit ve Şanlıer, 2014: 13-14).

Yapılan araştırmalar sonucunda özellikle beslenmede doymuş yağ asitleri bakımından zengin yağların tüketilmesinin kan kolesterolünü ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıklarına bağlı ölüm oranlarını arttırdığı belirtilmektedir. Bunun dışında özellikle bu tip yağların aşırı tüketimi; şişmanlık, koroner kalp hastalıkları ve bazı kanser türlerinin oluşumu ile ilişkilendirilmektedir. (Yücesan, 2008: 20). Bu nedenle uzmanların çoğu bu hastalıklardan korunmak için yağ olarak özellikle tekli doymamış yağ açısından zengin zeytinyağının tercih edilmesini, doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksek gıdaların tüketiminin azaltılmasını ve tam yağlı süt ürünleri yerine yağı azaltılmış süt ve süt ürünlerinin, kırmızı et yerine beyaz etin (balık, tavuk, hindi eti vb.) tüketilmesini önermektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 69; Yücesan, 2008: 20-21).

Genel olarak uzmanların trans yağlarla ilgili görüş birliğine karşın doymuş yağlarla ilgili farklı uzman görüşleri de mevcuttur. Bu uzmanlar, serbest gezen hayvanlardan elde edilen katı yağların ve tereyağının sağlıklı yağlar olduğunu belirtmektedirler (Aktaş, 2017; Efendigil Karatay, 2013).

- **Alkol:** Enerji içeriği yüksek olan alkollü içeceklerin aşırı tüketimi, gıdalarla alına günlük enerji miktarını arttırmakta, buna bağlı olarak da vücut ağırlığında artışa neden olmaktadır. Bunun yanı sıra aşırı alkol tüketimi, özellikle vitaminler olmak üzere dolaylı besin öğesi yetersizliklerine ve vücutta sıvı ve elektrolit dengesinin bozulmasına da yol açabilmektedir. Bunların dışında aşırı alkol tüketimi uzun dönemde karaciğer ve kalp-damar hastalıkları, obezite, hipertansiyon, sindirim sistemi sorunları, pankreas hastalıkları ve bazı kanser türlerinin oluşmasına neden olabilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2015: 65; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016: 72).

1.1.2.3. Sağlıklı Gıdalar

Sağlıklı Gıda (Healthy Food), terimi çok uzun yıllardır kullanılan bir terim olmasına karşın pek çok ölkede resmi olarak tanımlanmamıştır. Bununla birlikte Hue ve Kim (1997) sağlıklı gıdaları, aşağıda verilen dört alt gruba ayırmıştır (Hue ve Kim'den aktaran Özçelik, 2007: 14):

1. **Doğal gıdalar:** En az düzeyde işlenmiş ve yapay katkı maddeleri içermeyen gıdalar
2. **Organik gıdalar:** Organik tarım üretim koşullarıyla yetiştirilen gıdalar
3. **Diyet gıdalar:** Besinsel özellikleri zenginleştirilmış gıdalar
4. **Besin desteği sağlayan gıdalar:** Vitamin, mineral ve bitkisel gıda takviyeleri

Sağlık bilinci yüksek olan tüketiciler tuz, yağ ve şeker içeriği daha düşük olduğu için daha sağlıklı olarak düşündükleri gıdaları tercih etme eğilimindedirler (Hochradel, 2007: 117). Gıda tüketim alışkanlıklarındaki değişim üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %43'ünün işlenmiş gıdaların sağlıklı olmadığını düşündükleri gösterilmiştir (Özmetin, 2006: 106).

Tüketicilerin gıda içerikleri ile ilgili eğilimleri söz konusu olduğunda, basit içeriklere ve daha az yapay veya işlenmiş gıdalara odaklandıkları görülmektedir. Dünya çapında yapılan bir çalışmada tüketicilerin %62'sinin yapay aroma ve koruyucularından, %61'inin yapay renk maddelerinden ve %59'unun hayvansal ürünlerde kullanılan antibiyotik ve hormonlardan kaçındıkları belirtilmiştir. Bu çalışmaya katılan tüketicilerin yaklaşık %80'i gerçek bir tıbbi durum nedeniyle değil, kendilerine ve ailelerinin sağlığına zarara vereceğine inandıkları için bu bileşenlerden kaçındıklarını belirtmişlerdir (The Nielsen Company, 2016: 10-12).

Gıdalarda kullanımına izin verilen katkı maddeleri ve günlük kabul edilen kullanım değerleri (ADI), Birleşmiş Milletler'e bağlı Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün, birlikte kurdukları Gıda Katkı Maddeleri Ortak Uzman Komitesi (JECFA)'nin çalışmaları sonucunda belirlenmektedir (Çakmakçı ve Çelik, 1998). Belirlenen bu değerlere göre yapılan uluslararası düzenlemeleri ve yapılan araştırmaları göz önünde bulunduran diğer ülkeler de yetkili kamu kuruluşları ile kendi üretim standartlarını belirlemektedir (Ekşi, 2014: 5).

Gıda endüstrisinde yasal standartlara uygun olmak şartıyla kullanımına izin verilen katkı maddeleri, üretim aşamasında belli gereklilikler nedeniyle kullanılmaktadır. Örneğin özellikle işlenmiş etlerde kullanılan nitrit ve nitratın üretim aşamasında kullanılmaması durumunda gıdalarda görülebilecek bozulmalar ölüme kadar gidebilecek çok ciddi hastalıklara (botulizm) neden olabilmektedir. Ancak katkı maddelerinin belirlenen dozların üzerinde tüketilmesi bazı alerjik durumlara ya da ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Günümüzde ambalajlı gıda ürün çeşitliliği her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle tüketicilerin gıdalardaki katkı maddelerinin yanı sıra bu gıdaları tüketim sıklıklarına da dikkat etmeleri önemlidir. Özellikle ambalajlı gıdalarda sıklıkla kullanılan bazı katkı maddeleri, fonksiyonları, kullanıldığı gıdalar ve muhtemel yan etkileri Ek 1'de verilmiştir.

Gerek uzmanların gerekse tüketicilerin “sağlıklı gıda” olarak belirttikleri gıdalar benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada sağlıklı gıdalar, yukarıda belirtilen gıdaları kapsayıcı olması bakımından “fonksiyonel ve organik gıdalar” olmak üzere iki grup altında incelenecektir.

- **Fonksiyonel Gıdalar:** Fonksiyonel gıda terimi ilk olarak 1980’li yılların başında Japonya’da kullanılmaya başlanmış ve Japon hükümetinin, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak için sağlık üzerinde potansiyel faydaları olan bir gıda kategorisi oluşturma kararının bir sonucu olarak, 1991 yılında “Özel Sağlık Kullanımına Yönelik Gıdalar (FOSHU)” tanımlanmıştır (Roberfroid, 2000: 12).

Fonksiyonel gıdaların Japonya’ya özgü bir isimlendirmesi olan FOSHU, “besleyici özelliğinin yanı sıra bireyin sağlığı, fiziksel performansı ve zihinsel durumu üzerinde de olumlu etkileri olan herhangi bir gıda veya bileşen” olarak tanımlanmaktadır (Aksulu, 2009: 5). Türk Gıda Kanunu ise fonksiyonel gıdaları “besleyici etkilerinin yanı sıra bir ya da daha fazla etkili bileşene bağlı olarak sağlığı koruyucu, düzeltici ve/veya hastalık riskini azaltıcı etkiye sahip olup, bu etkileri bilimsel ve klinik olarak ispatlanmış gıdalar” olarak tanımlamaktadır (Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesi, 2004).

Son yıllarda ölüme neden olan birçok kronik hastalığın sağlıksız beslenme ile ilişkilendirilmesi, tüketicilerin gıda tercihlerinde sağlığı da göz önünde bulundurmasına neden olmuş, fonksiyonel gıda üretim ve tüketiminde artışa neden olmuştur. Buna karşın fonksiyonel gıdaların sınıflandırılması çok net değildir. Bir gıdanın “fonksiyonel” olarak kabul edilmesi için bazı değişiklikler ya da ilavelere yapılmış olması gerektiği fikri daha çok benimsenmiştir. Bununla birlikte, bilimsel ve mantıksal bir bakış açısına göre, meyve, sebze, bakliyat, süt, tahıl gibi birçok gıda antioksidan ve/veya fitokimyasallar bakımından zengin içerikleri nedeniyle “fonksiyonel” olarak kabul edilebilmektedir (Berner ve O’Donnell, 1998: 355).

Fonksiyonel gıdalar farklı süreçler sonucunda pazara sunulabilirler. Bu süreçlere göre genel olarak fonksiyonel gıdalar şu şekildedir (Spence, 2006: 6; Aksulu, 2009: 12):

- **Takviye edilmiş gıdalar (Fortified foods):** Sağlığı iyileştirmek için, içeriğindeki bir veya daha fazla bileşen oranının arttırıldığı gıdalardır (örneğin, folik asit eklenmiş tahıl ürünleri ve C vitamini içeriği arttırılmış meyve suları).

- **Zenginleştirilmiş gıdalar (Enriched foods):** Normalde o gıda içeriğinde çok miktarda -ya da hiç- bulunmayan besin maddelerinin veya bileşenlerin eklendiği gıdalardır (örneğin, kalsiyum eklenmiş portakal suyu ya da bağırsak sağlığına fayda sağlaması için probiyotik bakteriler eklenmiş gıdalar).

- **Değiştirilmiş gıdalar (Altered foods):** Sağlıkla ilgili olumsuz etkilerinin azaltılması için bir bileşenin -ya da bileşenlerin- çıkarıldığı veya faydalı olanlarla değiştirildiği gıdalardır (örneğin; doymuş ve trans yağ içeriği azaltılmış, lif oranı artırılmış gıdalar).

- **Geliştirilmiş gıdalar (Enhanced foods):** Özel yetiştirme koşulları ile gıda bileşenlerinde sağlık için faydalı değişikliklerin yapıldığı gıdalardır (örneğin, aminoasit ve vitamin içeriği artırılmış meyve ve sebzeler).

Yukarıdaki farklı süreçler sonucunda birbirinden farklı içeriklerle hazırlanmış olan fonksiyonel gıdalar farklı hedef kitleleri için pazara sunulmaktadır. İçeriklerine ve hedef kitlesine göre bazı fonksiyonel gıdalar da şu şekildedir (Boyacıoğlu, 2017: 2-3).

1. Düşük kalorili/enerjili gıdalar (Light Gıdalar): Kilo kontrolü sağlamak ya da zayıflamak isteyen tüketiciler için üretilen gıdalardır.

2. Düşük sodyumlu veya sodyum içermeyen gıdalar: Özellikle beslenme planlarında tuzu kısıtlaması gereken yüksek tansiyon hastaları ve kalp-damar ile ilgili sağlık sorunu yaşayan kişiler için üretilen gıdalardır.

3. Diyet lifi içeriği artırılmış gıdalar: Bağırsak fonksiyonlarını ve kan şekerini düzenleyici özelliklerinin yanı sıra tok tutucu olmaları nedeniyle de tercih edilen gıdalardır.

4. Diyabetik gıdalar: Şeker içermeyen ve/veya şeker yerine tatlandırıcıların kullanıldığı ve özellikle şeker tüketimlerine dikkat etmesi gereken diyabet hastaları için hazırlanmış gıdalardır.

5. Glutensiz gıdalar: Glutene karşı kronik alerjisi olan çölyak hastaları ve beslenmesinde gluten tüketmek istemeyenler kişiler için üretilen gıdalardır.

6. Probiyotik ve prebiyotik gıdalar: Bağırsak sağlığına ve bağışıklık sistemine olan olumlu etkilerinden dolayı farklı tüketici grupları tarafından tercih edilen gıdalardır.

7. Sporcu gıdaları: Spor yapan kişilerin ihtiyaç duydukları besinleri ve besin öğelerini karşılamalarına veya performanslarını arttırmalarına yardımcı olmak için karbonhidrat, protein ve/veya mineraller bakımından zenginleştirerek üretilmiş gıdalardır.

8. Esansiyel besin öğeleri ile zenginleştirilmiş gıdalar: Çeşitli vitamin, mineraller ve/veya omega 3 gibi yağ asitleri ile besin değeri arttırılmış olan bu gıdalar özellikle vitamin, mineral ihtiyaçlarını karşılamak isteyen ya da kalp-damar, göz ve sinir sistemi sağlıklarını korumak isteyen tüketiciler tarafından tercih edilmektedirler.

9. Fiziksel ve mental performansı arttıran gıdalar: Özel gıda bileşenleri ile (kafein, ginseng, taurin vb.) içeriği güçlendirilmiş olan bu gıdalar daha çok fiziksel ve mental performansı arttırmayı hedefleyen tüketici grupları tarafından tercih edilmektedirler.

10. Yaşlanmayı geciktirici gıdalar: Yaşlanmayı geciktirici özellikteki bileşenleriyle özellikle orta yaş grubunun üstündeki tüketiciler hedeflenilerek üretilen gıdalardır.

Türk Gıda Kodeksi'nde belirtilen şartları taşıması koşuluyla bu gıdaların etiketlerinde belirlenmiş bazı ifadeler (“düşük kalorili”, “doymuş yağ içermez”, “şekersiz” gibi) kullanılabilir (Türk Gıda Kodeksi Beslenme ve Sağlık Beyanları Yönetmeliği, 2017) İstenen bu şartlar ve kullanımına izin verilen ifadeler, Ek 2’de “Beslenme Beyanları ve Beyan Koşulları” başlığı altında verilmiştir.

- **Organik Gıdalar:** Sağlıklı gıdalar içinde incelenecek bir diğer gıda grubu is organik gıdalardır. Organik gıda, Türk Gıda Mevzuatı’nda “organik üretim ve yetiştirme tekniği ile kontrol ve/veya sertifikasyon kuruluşu kontrolünde üretilmiş, yetiştirilmiş, doğadan toplanmış, avlanmış, ambalajlanmış ve etiketlenmiş, ham, yarı mamul veya mamul haldeki sertifikalı gıda” olarak tanımlanmaktadır (Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesi, 2004).

Özellikle son yıllarda sağlık ve çevre ile ilgili endişelerinin artması ve konvansiyonel tarıma duyulan güvenin azalması sonucu özellikle sağlık duyarlılığı yüksek tüketiciler tarafından talep edilen ve tüketilen organik gıda miktarı artış göstermiştir.

Organik gıda üretim sürecindeki ilk basamak, üretim sürecinin organik tarım ile yapılmasıdır. Organik tarım, “toprak, ekosistem ve insan sağlığının sürekliliğini sağlayan bir üretim sistemidir”. Olumsuz etki gösterebilecek girdilerin kullanılmadığı bu üretim sistemde, bulunulan çevre ve ilgili tüm taraflar için fayda sağlanması amaçlanmaktadır (IFOAM, 2008).

İlk olarak Avrupa ve ABD’deki çiftçilerin öncülüğünde gelişen organik üretim süreci, daha sonra diğer ülkelere de yayılmıştır. Zaman içinde organik gıda ürünlerinin dünya ticaretinde önemi artmış, buna bağlı olarak da Avrupalı firmalar Türkiye’den de organik

tarım ve gıda ürünleri talebinde bulunmaya başlamıştır. Bu durum 1980'lerin ortalarından itibaren üreticilerin organik üretimi tanıyıp benimsemelerini sağlamış ve ilk olarak Ege bölgesinde çekirdeksiz kuru üzüm ve kuru incir organik olarak üretilmeye başlanmıştır (Demiryürek, 2004: 66).

Organik gıdalar, çevreye zarar veren kimyasal gübre ve böcek ilacı, antibiyotik, büyüme hormonu ve genetik olarak değiştirilmiş organizmalar gibi yapay kimyasalları içermeyen doğal gıda maddeleri ile üretilip, ışınlama, endüstriyel çözücü ve kimyasal gıda katkı maddeleri içermeyecek şekilde işlenmektedirler. Bu nedenle daha sağlıklı ve güvenli, aynı zamanda çevre dostu olarak algılanmaktadırlar (Paul ve Rana, 2012: 413). Literatürdeki organik ürünlerle ilgili yapılan çalışmaların çoğunda tüketicilerin organik gıdaları tercih etmelerindeki ilk neden "sağlık" olarak belirlenmiştir (Çelik, 2013: 93). Organik gıdalar, organik gıda tüketicilerinin büyük çoğunluğu tarafından geleneksel olarak üretilen gıdalardan daha sağlıklı olarak görülmektedir. Bunun dışında organik üretimin sosyal yönleriyle ilgilenen, temiz bir çevrenin yanı sıra, yerel üretimi ve küçük ölçekli tarımı desteklemek için organik gıdaları tercih eden kişiler de bir diğer organik gıda tüketici grubunu oluşturmaktadırlar (Knudson, 2007: 2).

Türkiye'de 1990'lı yıllardan beri daha çok büyük şehirlerdeki bazı süpermarketlerdeki özel bölümlerde, organik gıda dükkânlarında ya da aktarlarda, "doğal ürünler" olarak satılmakta olan organik gıdalar son yıllarda bazı sivil toplum kuruluşlarının ve belediyelerin girişimleri ile kurulan Ekolojik Halk Pazarları'nda da satılmaya başlamıştır (Demiryürek, 2011:31). Bunun yanı sıra her geçen gün daha fazla sayıda yerli organik gıda üreticisi, internet ve sosyal medya kanallarını kullanarak kendi ürünlerinin tanıtımını ve satışını yapmaktadır.

Türkiye'de, organik tarım ve gıda pazarları özellikle eğitim ve gelir seviyesinin yüksek olduğu İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde yoğunlaşmaktadır. Buna karşın Türkiye geneline bakıldığında tüketicilerin organik gıda satın alma alışkanlıklarının çok yaygın olmadığı görülmekte, bu durum tüketicilerin organik tarım ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması ve organik gıda fiyatlarının yüksek bulunması ile ilişkilendirilmektedir (Aydın Eryılmaz, Demiryürek ve Emir, 2015: 202).

Sağlık bilincinin artması ile birlikte tüketicilerin satın aldıkları gıdaların besleyiciliğini ve güvenliğini daha çok sorgulamaya başlayacaklardır. Bu durum tüketici taleplerinin

de bu doğrultuda değişmesini sağlayarak fonksiyonel ve organik gıda pazarının büyümesine yol açacaktır. Bu da beraberinde bu ürünlerin üretiminde artışı ve fiyatlarda düşüşü getirecek, tüketicilerin sağlıklı gıdalara ulaşımının kolaylaşmasını sağlayacaktır.

1.2. Sağlık Bilinci ve Önemi

Bu kısımda sağlık bilinci kavramı öncelikle literatürdeki alt boyutlarıyla ele alınmakta, sonrasında ise halk sağlığı, ülke ekonomisi ve sağlıklı gıda pazarı açısından önemi açıklanmaktadır.

1.2.1. Sağlık Bilinci Kavramı

“Bilinç, genel olarak, “insanda farkındalığın, duygunun, algının ve bilginin merkezi olarak kabul edilen yetidir” (Cevizci, 2000: 50). Türk Dil Kurumu (2019) ise bilinci, "insanın, kendisini ve çevresini tanıma yeteneği" olarak tanımlanmaktadır. Bir şey üzerindeki bilinç, düşünme, algılama, duyma, isteme, bekleme gibi bir amacı olan ve bir şeye yönelen eylemleri olanaklı kılar (Akarsu, 1998: 37).

Sağlık bilinci ise bireylerin çeşitli sağlık tutum ve davranışlarını öngören psikografik bir değişkendir ve bireylerin sağlık bilgisine ve sağlık bilgi kaynaklarına verdikleri cevabı belirler. Sağlık bilinci, belirli bir sağlık konusuna değil, kişinin kendi sağlığı ile ilgili genel zihinsel yönelimidir (Hong, 2009: 3) ve o kişinin sağlık durumundaki değişiklikleri anlama ve sağlık gereksinimlerine gösterdiği önem düzeyini göstermektedir (Hsu, Chang ve Lin, 2016: 202).

Sağlık bilincinin tüm uzmanlar tarafından kabul edilmiş ortak bir tanımı olmamasına karşın, sağlık bilincine sahip bireylerin sağlıkları için endişe duydukları ve dolayısıyla sağlıklarını iyileştirme ve/veya sürdürmek için sağlık davranışlarında bulunmaya daha fazla ilgi gösterdikleri kanaati yaygındır (Lee vd., 2014: 31).

Literatürde sağlık bilinci kavramına karşı farklı yaklaşımlar, kavramın farklı tanımlarını ortaya koymuştur (Hong, 2009:3). Schifferstein ve Oude Ophuist (1998: 122) sağlık bilincini kişinin sağlıkla ilgili davranışları gerçekleştirmeye hazır olma derecesi olarak tanımlarken, Iversen ve Kraft, (2006: 603) sağlık bilincini, “kişinin sağlığına odaklanma eğilimi” olarak tanımlamışlar ve sağlık bilinci yüksek olan kişilerin daha sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Hu (2013:3-4) ise çalışmasında sağlık bilincini, bireylerin olası hastalıkları önleme ve sağlığı iyileştirmeye

yönelimi olarak tanımlamış, kişinin sağlık bilgisini, sağlık bilgisini arama eğilimini ve sağlığı teşvik edici davranışlarda bulunma eğilimini öngören temel bir yapı olduğunu belirtmiştir.

Jayanti ve Burns (1998: 10)'a göre sağlık bilinci, "sağlıkla ilgili endişelerin, bir kişinin günlük aktivitelerine ne derece dahil edildiğini" ifade etmektedir. Lee vd. (2014: 31) ise sağlık bilincini, "bireyin sağlık eylemlerini gerçekleştirmeye hazır olmasının bir ölçütü" olarak tanımlamışlardır. Benzer şekilde Kraft ve Goodell (1993: 18) da bireylerin sağlık bilincinin onların sağlıklı bir yaşam tarzına yönelmeleriyle ilişkili olduğunu savunmakta, sağlıklı yaşam tarzını takip eden bireylerin, beslenme ve fiziksel zindelik ile ilgilendiklerini, yaşamlarındaki stresi yönetmeye çalıştıklarını ve çevrelerindeki sağlık tehlikelerine karşı duyarlı olduğunu belirtmektedirler.

Günümüzde bilgiye ulaşımın kolaylaşması bireylerin sağlıkla ilgili bilgi düzeylerinde ve buna bağlı olarak bilinç düzeylerinde artış sağlamıştır. Özellikle sağlık bilinci yüksek bireylerin belirlenmesini sağlayacak bir kitle segmentasyonu, mevcut kaynaklarla ulaşabilecek alt grupların ve bu alt gruplara uygulanacak farklı yaklaşımların belirlenmesi, sağlık müdahalelerinin etkinliğini arttırılabilmek adına önemlidir (Forthofer ve Bryant, 2000: 36-37).

1.2.2. Sağlık Bilinci Boyutları

Sağlık bilinci kavramı, sağlık bilincine odaklanan daha önceki araştırmalarda farklı alt boyutları ile ele alınmıştır (Dutta-Bergman, 2004; Furnham ve Forey, 1994; Gould, 1988; Jayanti ve Burns, 1998). Hong (2009), çalışmasında ilgili literatüre dayanarak bu alt boyutları (1) sağlık davranışlarına katılım, (2) sağlığına dikkat etme (3) sağlık bilgisi arama ve kullanma, (4) kişisel sağlık sorumluluğu ve (5) sağlık motivasyonu olmak üzere başlıca beş boyut altında toplamıştır (Hong, 2009:3). Bu kısımda bu boyutlar, sağlık bilincini kullanan çalışmalar ile ilişkilendirilerek açıklanmaktadır.

1.2.2.1. Sağlık Davranışlarına Katılım (Davranışsal Boyut)

Yukarıda da belirtildiği üzere sağlık bilinci, Jayanti ve Burns (1998: 10)'e göre sağlıkla ilgili sorunların bir kişinin günlük hayatına entegre edilme düzeyidir. Tabacchi (1987), yaptığı çalışmada sağlık bilinci yüksek kişilerin, düzenli egzersiz yaptıklarını beslenmelerinde margarin, tereyağı, asitli içecek ve kızarmış gıdalardan, yapay tatlandırıcı gibi kimyasal katkı maddelerinden kaçındıklarını, sebze ve meyveleri, tam

tahıl ürünlerini, ızgara veya fırında pişmiş balığı ve yağsız sütü daha çok tercih ettiklerini belirtmiştir (Aktaran Hong, 2009: 4). Tai ve Tam (1997: 302) da yaptıkları çalışmada sağlık bilincinin gıda tüketim alışkanlıklarını etkilediğini belirtmişler ve Çinli kadınların Hong Kong ve Tayvan'daki kadınlardan daha fazla sağlık bilincine sahip oldukları ve daha sık olarak sağlıklı gıda satın alma eğilimi gösterdikleri sonucuna ulaşmışlardır. Dutta-Bergman (2004: 400) da benzer şekilde, sağlık bilincini sağlıkla ilgili faaliyetlerle tanımlamış ve bir kişinin sağlık bilincinin sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma gibi davranışlarıyla pozitif ilişkili, alkol tüketimi ve kumar oynama gibi davranışlarıyla negatif ilişkili olduğunu öne sürmüştür.

Jayanti ve Burns'e (1998: 10-14) göre de sağlık bilinci yüksek olan sahip bireyler, koruyucu sağlık davranışlarının etkinliğine inanmakta ve sağlıkla ilgili endişelerini günlük yaşamlarına bazı davranışlarla (gıda etiketlerini okuma, sağlıkla ilgili bilgi edinme vb.) dahil etmeye çalışmaktadırlar. Sağlık bilinci, gıda dışı ürün tercihlerinde de farklılıklar yaratabilmekte, örneğin kişisel bakım ürünlerinde bitkisel, doğal ve kimyasal madde içermeyen kişisel bakım ürünlerini tercih etmelerine neden olabilmektedir (Özden, Saygılı ve Sütütemiz, 2019).

1.2.2.2. Sağlığına Dikkat Etme (Psikolojik Boyut)

Gould'a (1988: 101) göre sağlık bilinci, sağlık öz bilinci, sağlık ilgilenimi, sağlık uyanıklığı ve öz denetim gibi psikolojik kavramlarla açıklanması gereken içsel bir durumdur. Sağlık bilincinin bütün görünür sağlık davranışları ile açıklanamayacağını savunan Gould (1990) çalışmasında, sağlık bilincinin, vitamin alımı ve kalori azaltılması gibi kişinin beslenme davranışlarıyla ve sağlıkla ilgili dergiler okuma sıklığı ile pozitif yönde ilişkili olduğunu, buna karşın, fiziksel aktivite miktarı ile ilişkili olmadığını belirtmiştir (Aktaran Hong, 2009: 4). Başka bir çalışmada da benzer şekilde sağlık bilinci yüksek olan kişilerin sağlıklı ve doğal olarak niteledikleri organik gıdaları tercih ettiklerini ancak sporla ilgilenmedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Schifferstein ve Oude Ophuist, 1998: 128).

Dutta-Bergman (2004, 2006), Dutta (2007a) ve Hong (2009)'un çalışmalarında, sağlık bilincinin davranışsal yönüyle birlikte psikolojik yönü de vurgulanmıştır. Gould (1988) benzer bir yaklaşımı savunan Hong (2009: 7)'a göre sağlık bilinci, kişinin kendi sağlığına yönelik zihinsel yönelimine işaret eden ve sigara kulanma, beslenme ve

egzersiz alışkanlıkları gibi sağlıkla ilgili belirli davranışlarla ölçülemeyecek psikolojik bir özelliktir. Çünkü bu davranışlar sağlık bilinci dışındaki kişisel, sosyal ve çevresel bazı faktörlerden de etkilenebilmektedir (Hong, 2011: 345). Örneğin, bir kişi sağlıklı beslenmesine ve düzenli egzersiz yapmak istemesine karşın maddi ve sosyal kaynaklarının yetersizliği nedeniyle düzenli egzersiz yapamayabilmekte (Veuphuteh, 2018: 26) ya da sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olmasına karşın sadece fiziksel görünümü için düzenli spor yapabilmektedir.

1.2.2.3. Sağlık Bilgisi Arama ve Kullanma

Sağlık bilgisi, tüketicilerin sağlıkla ilgili bilişsel yapılara ne ölçüde sahip olduklarını ifade eder ve sağlık davranışları üzerinde temel bir etkiye sahiptir. Sağlık bilgisi ve eğitim düzeyleri, sağlık bilgisinin işlenmesine ve sağlıklı davranışların seçimine yardım eder (Moormanve Matulich, 1993: 217). Sağlık bilincine sahip bireyler, daha iyi bir sağlık düzeyine sahip olabilmek için sağlık konularıyla aktif olarak ilgilenecek bilgi sahibi olmaya çalışan bireylerdir (Dutta-Bergman, 2005: 13).

Sağlığa verilen değer, sağlık bilgisi edinme davranışlarına da etki etmektedir. Sağlığa yüksek değer verenler, sağlık bilgisi edinmek için daha fazla harcama yapmaya isteklidirler (Ippolito ve Mathios, 1990: 474). Dutta (2007) da çalışmasında sağlık bilinci yüksek bireylerin, televizyondan sağlık bilgisi edinme eğiliminin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Furnham ve Forey (1994: 465) ise yaptıkları çalışmada sağlık bilincini ölçerken kişilerin medya kaynaklarından sağlık bilgisi arama davranışlarını da diğer ölçek ifadelerine dahil etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise kişilerin sağlık bilgisi arama amaçlı medya (yazılı ve görsel medya, sosyal ağlar ve internet) kullanımlarının aspirin ve vitamin alımı, diyet ve egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarını öngörmeye yardımcı olduğunu bulunmuş ve pazar bölümlene çalışmalarına medya kullanım değişkenlerinin de dahil edilmesi önerilmiştir (Rodgers vd., 2007).

1.2.2.4. Kişisel Sağlık Sorumluluğu

Walker vd. (1988) sağlık sorumluluğunu “kişinin kendi sağlığı için sorumluluk alması, kendini sağlık konusunda eğitmesi ve gerektiğinde profesyonel yardım alması” olarak tanımlamışlardır (Aktaran Hu, 2013: 6). Sağlık bilincine sahip kişiler kendi sağlıklarını yönetme konusunda sorumluluk alabilmektedirler (Hong, 2009: 6). Sağlık sorumluluk

duygusu yüksek olan bireyler de kendi sağlıklarını korumak için çaba göstermelerinin dışında sağlıkla ilgili topluluklara katılarak toplum sağlığı sonuçlarına katkıda bulunmaya çalışabilmektedirler (Basu ve Dutta, 2008: 73). Kişisel sağlık sorumluluğunu sağlık bilincini oluşturan dört boyuttan biri olarak belirten Kraft ve Goodell (1993: 18)'e göre ‐Sağlıklı yaşam odaklı‐ bir yaşam tarzıyla ilgilenen bireyler, beslenme, zindelik, stres ve çevre ile ilgilidir ve sağlıklarının sorumluluğunu kabul ederler.

1.2.2.5. Sağlık Motivasyonu

Sağlığa yönelik genel yönelimi ifade eden sağlık motivasyonu, kişinin sağlıkla ilgili konulara ilgi göstermesini ve sağlıkla ilgili bilgi edinmek için çaba göstermesini sağlamaktadır (Dutta-Bergman, 2006: 12; Dutta ve Feng, 2007: 184).

Moorman ve Matulich, (1993: 210), sağlık motivasyonunu, ‐kişinin koruyucu sağlık davranışlarına girmesi için hedefe yönelik uyarılması‐ olarak tanımlamakta ve bu motivasyonun kişiyi sağlık davranışında bulunmak için harekete geçici yönde etki ettiğini belirtmektedir. Becker vd. (1977:349) de çalışmalarında sağlık motivasyonunun önemine dikkat çekmiş ve sağlık davranışında bulunmak için kişinin, (1) hastalıkları önlemek veya iyi olmak için motivasyona, (2) belirli bir sağlık düzeyine ulaşmak için yoğun bir isteğe ve (3) belirli bir sağlık davranışının hastalığı önleyeceği veya iyileştireceği inancına sahip olması gerektiğini belirtmiştir.

Jayanti ve Burns (1998: 5-10), sağlık motivasyonunu, bir bireyin koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirme becerisine olan inancı ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme isteğini arttıran bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedir. Buna karşın, sağlık motivasyonu ve sağlık bilinci kavramlarının bireyin sağlık davranışının farklı yönlerini açıkladığını ve sağlık motivasyonunun, bir kişinin içsel özelliğini ifade ederken, sağlık bilincinin bir kişinin sağlığını ele alış biçimini içeren dışsal özellikleri ifade ettiğini savunmaktadır.

Sağlık bilinci yüksek olan tüketiciler, iyi olma hali hakkında endişe duymakta ve sağlığını korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için yüksek motivasyona sahip olmaktadır. Bununla birlikte bu motivasyonlarını çeşitli sağlık davranışları göstererek ortaya koymakta ve muhtemel hastalıkların önlenmesi anlamında çaba sarf etmektedirler (Hwang, 2011: 22).

Yukarıda belirtilen sağlık bilinci boyutlarına karşın Hong (2009) çalışmasında, bir kişinin sağlık bilinci düzeyinin (1) sağlık farkındalığı (self-health awareness), (2) kişisel sağlık sorumluluğu (personal responsibility) ve (3) sağlık motivasyonu (health motivation) olmak üzere üç unsurdan oluştuğunu belirtmiştir. Hong'a göre sağlık bilinci belirli bir sağlık sorununa değil "genel sağlığa yönelim"dir. Bu çalışma sağlık bilinci kavramı açısından Hong (2009)'un yaklaşımını temel almaktadır.

1.2.3. Sağlık Bilincinin Önemi

Toplum sağlık bilincinin yüksek olması bir ülkenin farklı yapılarına farklı faydalar sağlamaktadır. Bu nedenle tüm bu faydalar çok yönlü olarak ele alınmalı ve yapılacak toplum sağlığını artırıcı çalışmalarda göz önünde bulundurulmalıdır. Buna dayanarak bu kısımda sağlık bilincinin, halk sağlığı, ülke ekonomisi ve sağlıklı gıda pazarı açısından önemi ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

1.2.3.1. Halk Sağlığı Açısından Önemi

Dünya üzerinde her yıl ortalama 41 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2018c: 2). Bulaşıcı olmayan hastalıklar (Noncommunicable diseases), "herhangi bir enfeksiyona bağlı olmayan, genellikle uzun süreli olan (kimi zaman yaşam boyu sürebilen) ve yavaş ilerleyen hastalıklardır." Kalp-damar ve kronik solunum yolu hastalıkları, kanser, diyabet ve obezite, kronik böbrek hastalıkları BOH kapsamında değerlendirilen hastalıklardır" (TÜSEB, 2018a).

WHO (2017: 31), 2015 yılında dünyada gerçekleşen 56 milyon ölümün %70'inin (40 milyon) BOH nedeniyle gerçekleştiğini belirtmiş ve bu ölümlerin %45'inin (17,7 milyon) kalp-damar hastalıklarıyla, %22'sinin (8,8 milyon), kanserle, %10'unun (3,9 milyon) kronik solunum yolu hastalıklarıyla ve % 4'ünün (1,6 milyon) diyabetle ilişkili olduğunu rapor etmiştir. BOH'a bağlı ölüm oranlarının 2030 yılında 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2014: 9).

TÜİK (2018)'in açıkladığı verilere göre Türkiye'de 2018 yılında gerçekleşen 421164 ölümün %38,4'ü, kalp-damar ve dolaşım sistemi hastalıkları, %19,7'ü iyi ve kötü huylu tümörler, %12,4'i ise solunum sistemi hastalıkları ve %4,7'si endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir. Bu değerler WHO'nun açıkladığı küresel değerlerle paralellik göstermektedir.

Sağlıksız beslenme, sigara vb. tütün ürünü kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve fiziksel aktivite eksikliği BOH'dan ölümlerin yaklaşık % 80'ini oluşturan dört hastalık (kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) ile ilişkilendirilmiş yaygın davranışsal risk faktörleridir (Hunter, Reddy ve Nations, 2013: 1336). Özellikle insanların beslenme ve yaşam tarzlarındaki değişiklikler, diyabet, obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon ve bazı kanser türlerinin görülme sıklığını arttırmıştır. Yapılan birçok çalışmada bu hastalıklar ile beslenme ilişkisi gösterilmiş ve sağlıklı bir yaşam için doğru beslenmenin önemi vurgulanmıştır (Abdel-Megeid vd., 2011: 626; Astrup vd., 2008:48; Doak, 2002: 275). Son 50 yılda yapılan birçok epidemiyolojik çalışma, meyve ve sebzelerin, lif içeriğinden zengin bir beslenme düzeninin, kalp-damar hastalıkları, obezite, diyabet gibi birçok kronik hastalık riskini önlediğini ve azalttığını ve insan sağlığını geliştirdiğini göstermiştir (Cencic ve Chingwaru, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı, ABD'deki son yıllardaki on ölüm nedeninden dördünün toplam kalori, yağ, doymuş yağ ya da kolesterol bakımından yüksek ve/veya diyet lifi açısından düşük beslenmeyle ilişkili olduğunu belirtmektedir (Disla, 2005: 27). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), BOH'un risk faktörlerinden sağlıksız beslenme ile ilgili olanlarının azaltılması için yüksek tuz, şeker ve sağlıksız yağ içeriğine sahip yiyecek ve içeceklerin tüketiminden uzak durulması gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2018c: 11).

Aşırı miktarda tuz tüketimi hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, osteoporoz (kemik erimesi) ve mide kanseri gibi hastalıkların oluşum riskini, kalp yetersizliğine bağlı hastalık (morbidite) ve ölüm (mortalite) oranlarını arttırmakta, kronik böbrek hastalığının seyrinde ilerlemeye neden olabilmektedir (Yücesan, 2008: 22, Şahin, 2016:23). 2008 yılında yapılan SALTürk isimli bir saha çalışmasına göre Türk toplumunun ortalama günlük tuz tüketimi 18 gram olarak belirlenmiş ve tuz tüketimiyle kan basıncı arasında ilişki gösterilmiştir (Şahin, 2016: 23).

Türkiye'deki 15 yaş üzeri 6053 kişi ile yapılan başka bir araştırmada ise katılımcıların ortalama günlük tuz tüketiminin 9,9 gram olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması, 2018: 87-94). Her iki araştırma sonucunda elde edilen bu değerler, genel olarak tüketimi tavsiye edilen günlük değerlerin (5-6 g/gün) çok üzerindedir (Şahin, 2016: 23).

Beslenmeyle ilişkilendirilmiş bir diğer hastalık diyabettir. Diyabet görülme sıklığı küresel bazda artış göstermektedir. Dünya çapında tüm yaş grupları için diyabet görülme sıklığı 2000 yılında % 2,8 iken, 2030 yılı için % 4,4 olacağı öngörülmüştür. 2000 yılında 171 milyon olan toplam diyabetli kişi sayısının, 2030'da 366 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (Wild vd., 2004: 1047).

Obezite de BOH yükünü belirleyen temel risk faktörleri içindedir (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması, 2018: 8) Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alan obezite, “bedenin toplam yağ kütesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu vücut ağırlığının boy uzunluğuna göre belirlenen seviyenin üstüne çıkması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır” (T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, 2017a).

Obezite, birçok hastalıkla, daha spesifik olarak da kalp rahatsızlıkları, tip 2 diyabet, bazı kanserler, kas-iskelet sistemi bozuklukları, hipertansiyon ve solunum güçlüğü gibi yaşam kalitesini düşüren birçok hastalıkla ilişkilendirilmiştir (WHO, 2018a).

Obezitenin dünya çapında görülme sıklığı 1975-2016 yılları arasında yaklaşık olarak üç kat artış göstermiştir. WHO'nun açıkladığı 2016 yılı araştırma sonuçlarına göre, dünyadaki 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'u (1,9 milyar kişi) aşırı kilolu veya obez, bu kişilerin 650 milyondan fazlası obezdir. Yine aynı yıl sonuçlarında 5-19 yaş arası çocuk ve gençlerde 340 milyon ve 5 yaşın altındaki çocuklarda ise 41 milyon aşırı kilolu veya obez olduğu belirtilmektedir (WHO, 2018b).

Obezite, sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ile ölümcül ya da hayatı kısıtlayıcı olabilecek sağlık sorunlarına yol açabilmekte ve yaşam süresini kısaltabilmektedir. Yapılan çalışmalar obezitenin engellilikle yaşanan yılların sayısını önemli ölçüde arttırdığını göstermiştir (Olshansky, 2005:88).

Her yıl en az 2,8 milyon kişi aşırı kilolu veya obez olmanın sonucu olarak hayatlarını kaybetmektedir. Özellikle yüksek gelirli ülkelerle ilişkilendirilen obezite son yıllarda düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygınlaşmaktadır (WHO, 2017a).

2017 yılında yapılan “Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması” sonuçlarına göre Türkiye'deki 15 yaş ve üzeri bireylerin %36'sı aşırı kilolu (obez öncesi), %29'u ise obez olarak belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 62)

Çocuklardaki obezite sıklığı oranı ise 2010 yılında yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması ön çalışma raporuna göre 0-5 yaş aralığında % 8,5, 6-18 yaşta % 8,2 olarak belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, 2017a). Çocukluk çağı obezitesinin artışı ve yetişkinlikte de devam etme oranının yüksek olması obezitenin neden olduğu hastalıkların görülme sıklığını da arttırmaktadır (Sahoo vd., 2015: 187).

Aşırı kilolu ya da obez olmak, kişinin mevcut hastalığına ek yan etkilerin gelişmesi riskini artırmasının dışında, kendine güven bozukluğu, yeme bozukluğu gelişimi ve istihdam ayrımcılığı da dâhil olmak üzere bazı psikolojik ve psikososyal sorunların da artmasına yol açmaktadır (Velinova, 2011: 11). Obezitenin önlenmesi, obeziteyle ilişkili hastalıkların önlenmesi için öncelikli bir durumdur (Hunter vd., 2013).

Obeziteye neden olabilen birçok etmen tanımlanmış olmakla birlikte beslenme düzeninde yapılan hatalar ve yetersiz fiziksel aktivite obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, 2017b). Doymuş yağ ve rafine edilmiş karbonhidrat açısından zengin, lif içeriği düşük, yüksek enerji içeriğine sahip gıdalarla beslenme, obeziteyle birlikte kalp ve damar hastalıkları riskini de arttırmaktadır. Bu nedenle meyve, sebze ve rafine edilmemiş karbonhidrat açısından zengin olan 'Akdeniz' diyetleri gibi geleneksel diyet kalıplarının bu bakımdan obezite riskini düşürücü etki gösterebileceği belirtilmektedir (Jebb, 2007: 95).

Obezite ve diğer BOH'ların önlenmesine yönelik uygulanacak sağlık politikaları tüketicilerin sağlık bilinci düzeyini arttırarak sağlıklı gıda seçimleri yapmasına katkı sağlayacaktır. Bu konuda uzmanlar genel olarak tüketicilerin beslenme ve sağlık ilişkine dair eğitilmesini, gıda ürünlerindeki içerik bilgisinin doğru ve anlaşılır olmasını, sağlıklı ürünlere finansal teşvik sağlanmasını, yüksek yağ ve kalori içerikli gıda ürünlerine özel vergilerin getirilmesini ve çocuklara yönelik satış promosyonlarının kısıtlanmasını öneri olarak sunmaktadırlar (Seiders ve Petty, 2004: 157).

Uzmanların bu tavsiyeleriyle paralel olarak T.C. Sağlık Bakanlığı, 30.10.2018 tarihinde Türkiye Gıda ve İçecek Dernekleri Federasyonu ile bir protokol imzalamış ve tuz içeriği yüksek bazı gıdaların (ekmek, peynir, zeytin, hazır çorba, işlenmiş et, turşu, cips vb.) tuz içeriklerinin 2023 yılına kadar kademeli olarak azaltılması kararlaştırılmıştır (Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması, 2018). Bu protokolün dışında, yine 2018 yılında Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik'te yapılan düzenlemelerle çocuklara

yönelik radyo ve televizyon programlarında şeker, bisküvi, çikolata, cips ve gazlı içecekler gibi aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve içeceklerin reklamının yapılması yasaklanmış, yetişkinlere yönelik programlarda ise bu ürünlerin reklamının yapılması durumunda yazılı veya sözlü uyarı yapılması yönünde bazı zorunluluklar konulmuştur (Yayın Hizmeti Usul ve Esasları, 2018).

1.2.3.2. Ülke Ekonomisi Açısından Önemi

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda belirtildiği üzere “her birey ırk, din, politik inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkına sahiptir ve hükümetler, halklarının sağlığı için yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin alınmasıyla yerine getirilmesinden sorumludur” (WHO, 1948: 100). “Sağlık hakkı” olarak bilinen bu kavram Türkiye Cumhuriyeti anayasasının 56. Maddesinde “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” şeklinde belirtilmiş ve devletin bireylerin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmesini sağlamak için sağlık kuruluşlarının verdiği hizmeti düzenleyici gücünden bahsedilmiştir (TBMM, 1982: 11).

Dünya çapında görülen kronik hastalıklar, halk sağlığının yanı sıra ülke ekonomileri için de giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı artan sağlık bakım maliyetleri, uzun süreli sağlık koşullarıyla ilgili tedaviler nedeniyle devletler büyük bir ekonomik yükü karşı karşıya kalmaktadırlar (Velinova, 2011: 14). Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı (% 60-80) bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır (Akalm, 2014). Ayrıca, işgücü açısından dolaylı ekonomik maliyetler, hastalıklara bağlı olarak devamsızlıkların artması ve üretkenliğin azalması, yaşanan ekonomik sorunları daha da karmaşık hale getirmekte ve acil devlet müdahalelerini gerektirmektedir (Velinova, 2011: 14).

Bütün dünya ülkeleri için ciddi ekonomik zorluklara yol açan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH), diğer herhangi bir hastalık grubundan çok daha fazla ölüm ve sakatlığa neden olur. BOH nedeniyle hayatını kaybeden 41 milyon insanın yaklaşık 15 milyonu 30 ile 69 yaşları arasındadır. Bu ölümlerin % 85'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (WHO, 2018c: 2). İnsanların en üretken olduğu yaşlarda karşılaşılan bu durum makroekonomik üretkenliği, ulusal büyümeyi, sağlık harcamalarını ve hane halkı gelirlerini olumsuz yönde etkilemektedir (WHO, 2018a: 1).

Türkiye'deki ölümlerin % 90'nın nedenini oluşturan BOH'lar nedeniyle yapılan sağlık harcamaları, engellilik ödemeleriyle 24,6 milyar TL'dir. Hastalıkların neden olduğu erken ölüm ve iş gücü kayıplarıyla toplamda 45,1 milyar TL'lik bir ekonomik kayıp yaşanmaktadır (TÜSEB, 2018b).

2005 yılında Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada, hastalık ve ölüm oranlarının yaklaşık % 10'unun sağlıksız beslenmeden kaynaklandığı ve Ulusal Sağlık Sistemi'ne yılda yaklaşık 6 milyar sterline mal olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışma sonucuna göre, hastalık ve ölüm oranları açısından sağlıksız beslenme ve sigara ile ilişkili hastalıkların oranı benzerlik göstermektedir ve sağlıksız beslenmeye bağlı kronik hastalıkların, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi'ne olan ekonomik olarak maliyeti araba, tren ve diğer kazalara bağlı olan maliyetlerin iki katı ve sigaranın neden olduğu maliyetlerin ise iki katından daha fazladır (Rayner ve Scarborough, 2005: 1054).

2011-2025 yılları arasında düşük ve orta gelirli ülkelerde iş dünyasındaki BOH'a bağlı ekonomik kayıpları 7 trilyon dolar olarak tahmin edilmektedir. Bu değer, BOH yükünü azaltmak için yapılacak bir dizi yüksek etkili müdahalenin uygulanması ile yıllık 11,4 milyar dolara düşürülebileceği belirtilmektedir (World Economic Forum ve WHO, 2011: 5-8).

Yapılan araştırma sonuçları, düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde uygulanacak etkin müdahale planları doğrultusunda yapılacak yılda kişi başına 1,27 dolarlık harcamanın 8,2 milyon insanı kurtaracağını, BOH'lardan kaynaklanan erken ölümlerde ise % 15'lik bir azalma sağlayacağını ve 2030 yılına kadar ekonomik büyümede 350 milyar dolarlık artış yaratacağını öngörmektedir (WHO, 2018a: 2). Bu müdahalelerde beslenme ile ilgili olarak gıdalardaki tuz ve trans yağın azaltılması, toplumun kitle iletişim kanalları aracılığıyla sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi amaçlanmaktadır (World Economic Forum ve WHO, 2011: 7). Dolayısıyla bireylerin sağlık bilincinin arttırılarak sağlığa faydalı bir davranış değişikliği sağlanmasının, sağlıksız yeme davranışlarının uzun vadeli etkilerini tedavi etmekten çok daha düşük maliyetli olması beklenmektedir.

Ülkelerin kalkınması sadece ekonomik olarak ilerleme ve sanayileşme ile değil, toplumu ilgilendiren faktörlerin tamamının eş zamanlı olarak gelişmesiyle mümkündür. Bir toplumun sağlıklı olması bireylerin uzun yıllar çalışıp üretebilmesini ve iş kayıplarının azalmasını sağlamakta, bu da beraberinde milli gelir düzeyinde artışa yol

açmaktadır. Sağlıklı toplumlarda doktor, ilaç, hastane gibi giderler de azalmakta ve bu masraflar için ayrılan bütçe başka ihtiyaçların karşılanması için kullanılarak toplumdaki bireylerin yaşam standartları yükseltilebilmektedir (Koç ve Sanioğlu'ndan aktaran Köycü Öpözlü, 2006: 8-9).

1.2.3.3. Sağlıklı Gıda Pazarı Açısından Önemi

Sağlıklı bir beslenme düzeni oluşturulması için sağlıklı beslenme ilkelerine uygun davranılmasında öncelikle gıdaların satın alınması sırasında doğru seçimi çok önemlidir. Bu doğrultuda bir anlayışa sahip olan bazı tüketiciler her geçen gün sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yeni ürünler talep etmekte, gıda endüstrisi de farklı ürünlerle bu ihtiyaca cevap vermeye çalışmaktadır. Arz ve talepteki bu etkileşim gıda piyasasında “Sağlıklı Gıda” olarak bilinen bir ürün segmentinin doğmasına yol açmıştır.

Dünya genelinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre tüketicilerin %58'i doğal içerikli, %45'i yapay renk içermeyen, %43'ü yapay aroma içermeyen, %42'si şeker içeriği azaltılmış ve %42'si yağ içeriği azaltılmış ve %38'i GDO'suz (genetiği değiştirilmiş organizma içermeyen) gıda ürünü, %44'ü de organik ürünlerde daha fazla çeşitlilik talep etmektedir (The Nielsen Company, 2016).

Günümüzde tüketicilerin sağlık bilincinin ve yaşam beklentilerinin artması, beslenme-sağlık ilişkisinin net bir şekilde ortaya konması gıdalardan beslenmenin ötesinde bir takım faydaların beklenmesine neden olmuştur. Bu nedenle sağlık için fayda iddiasında olan ve “fonksiyonel gıdalar” olarak belirtilen gıdalar, gıda sanayinin en hızlı gelişen ürün gruplarından biri olmuştur. Fonksiyonel gıdaların gelecekte de gıda piyasasına yön vereceği tahmin edilmektedir (Özçelik, 2007: 2).

Fonksiyonel gıdalar, özellikle sağlıkları üzerinde fayda sağlayacağına ve/veya sağlık risklerini önleyeceğine dair inançları nedeniyle tüketiciler tarafından tercih edilmekte ve gıda pazarında kabul görmektedirler (Krystallis, Maglaras ve Mamalis, 2008; Dölekoğlu, Şahin ve Giray, 2015: 581). Sağlık bilinçli tüketimin giderek yaygınlık kazanmaya başlaması ile doğal ürünlerle birlikte fonksiyonel gıda ürünlerine olan talebin de artması beklenmektedir (Özmetin, 2006).

Fonksiyonel gıda talebindeki artış ve buna bağlı olarak yeni ürün çeşitlerinin arzı pazarın büyümesini hızlandırmıştır. 2017 yılında 299,32 milyar dolara ulaşan

fonksiyonel gıda satış hacminin daha da büyüyerek 2022 yılında 440 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (The Statistics Portal, 2018b). Amerika, 2017 rakamlarına göre % 38'e yakın payla dünya fonksiyonel gıda pazarında en büyük paya sahiptir. 2011-2015 yılları arasında sağlıklı gıda pazarı segmentlerinde öngörülen yıllık büyüme oranlarına bakıldığında ise gıda intoleransı ile ilgili gıdaların (%10) ve organik içeceklerin (%7) ilk iki sırada oldukları görülmektedir (The Statistics Portal, 2018a). Technavio analistleri, en son pazar araştırma raporlarına göre, sağlıklı gıda (wellness) pazarında dünya çapında yaklaşık % 6 civarında bir yıllık büyüme öngörmektedirler (Business Wire, 2018).

Sağlık bilinci yüksek tüketicilerin tercih ettiği bir diğer gıda grubu ise organik gıdalardır. Tüketicilerin organik ürünleri tercih nedenleri arasında “sağlık” ilk sıradadır (Çelik, 2013: 93).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada sağlık bilincinin organik ürün satın alma niyeti üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (Çakıcı, 2009). Litvanya’da yapılan başka bir çalışmada da tüketicilerin sağlıkla ilgili kaygılarının organik gıda satın alma niyeti üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (Kavaliauske ve Ubartaite, 2014).

2017 yılında 97 milyar dolarlık büyüklüğe ulaşan organik gıda pazarında satış hacmi bakımından ABD (45,2 milyar dolar) ilk sırada yer alırken, ikinci sırada ise Avrupa ülkeleri (39,6 milyar dolar) yer almaktadır (Sahota, 2019: 146-147) Avrupa ülkelerinde ise Almanya (11,3 milyar dolar), Fransa (8,9 milyar dolar) ve İtalya (3,5 milyar dolar) satış hacmi en yüksek ilk üç ülkedir. Kişi başına düşen organik gıda tüketimi olarak bakıldığında ise 2017 yılı rakamlarına göre dünya ortalaması 10,8 dolardır. İsviçre (325 dolar), Danimarka (315 dolar) ve İsveç (268 dolar) dünya ortalamasının çok üstündeki kişi başı tüketim değerleri ile ilk üç sıradadır. Kişi başına düşen organik gıda tüketimi, Avrupa Birliği genelinde yaklaşık olarak 76 dolar olarak belirlenmiştir. Türkiye, organik üretici sayısı bakımından Avrupa’da lider durumda olmasına karşın 1 doların altındaki kişi başı organik gıda harcaması ile diğer ülkelerin çok gerisinde kalmıştır (FiBL ve IFOAM, 2019: 146-147-254). Ülke olarak sağlık bilinç düzeyinin artması fonksiyonel gıda ürünlerinin yanı sıra organik gıda ürünlerine olan ilgiyi ve bu pazardaki çeşitliliği de arttıracaktır. Bu çeşitlilik, toplum sağlığına sağlayacağı faydalar dışında çevreye dost bir üretimin benimsenmesi gibi başka faydaları da beraberinde getirecektir.

BÖLÜM 2: SAĞLIK DAVRANIŞ MODELLERİ

Önceki kısımda da ifade edildiği gibi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1948), sağlığı, “yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır.

Sağlık davranışı ise bireyin, yaşam kalitesini sürdürebilmek ve sağlıklı bir yaşama sahip olabilmek için gerçekleştirdiği davranışları ifade etmektedir (M. B. Yılmaz, 2013: 86).

Kasl ve Cobb (1966), ise sağlık davranışını, hastalığın önlenmesi amacıyla kişinin sağlıklı olduğuna inandığı ve gerçekleştirdiği herhangi bir aktivite olarak tanımlamışlardır.

Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz alışkanlığı, sigara vb. zararlı alışkanlıklardan uzak durma, rutin sağlık kontrolleri, hijyenik önlemler ve stres yönetimi gibi sağlıklı bir yaşamın sağlanmasına yardım eden çok sayıda sağlık davranışı mevcuttur. Her birinin sağlığa sağlayacağı faydalar yadsınamaz. Buna karşın bu çalışma bu sağlık davranışlarından, yalnız sağlıklı beslenme üzerine odaklanmaktadır.

Biyolojik ve tıbbi nedenlerin yanı sıra bireylerin kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisiyle sağlıksız davranışlarda bulunması da hastalıkların meydana gelmesine neden olabilmektedir.

Cohen, Scribner ve Farley (2000: 148-149) çalışmalarında sağlık davranışlarındaki değişimi toplum düzeyinde etkileyen faktörleri aşağıdaki belirtilen dört başlık altında toplamışlardır:

1. Koruyucu veya zararlı ürünlerin varlığı ve erişilebilirliği: Sağlığı koruyucu (meyve-sebzeler, vitamin, mineral içeriği yüksek gıdalar vb.) ya da sağlığa zarar veren (sigara, alkol, şeker ve doymuş yağ oranı yüksek gıdalar vb.) ürünlerin pazarda mevcut olması durumunu ve tüketicilerin bunlara ulaşımını ifade eder. Sağlığa zararlı ürünlerin erişiminin kolay olması tüketicilerde bu ürünlerin güvenilir olduğu algısı yaratarak onların tutum ve inançlarını da etkileyebilmektedir. Tüketicilerin, sağlığı koruyucu ya da sağlığa zararlı ürünlere ulaşabilir olması o ürünleri tüketim ya da kullanım miktarını da etkilemektedir. Son yıllarda gıda çeşitliliğinin artması ve bu gıdalara erişimin kolaylaşması insanların gıda tüketimini arttırmış, bilinçsizce yapılan seçimler de diyabet, obezite ve kalp-damar hastalıkları gibi kronik hastalıklara zemin hazırlamıştır.

2. Fiziksel yapılar veya ürünlerin fiziksel özellikleri: Fiziksel yapı ya da ürünlerin, sağlık davranışlarını doğal olarak azaltan ya da arttıran özelliklerini ifade eder. Fiziksel yapılar, tüketici ürünleri, binalar ve mahallelerin fiziksel düzeni gibi gerçek nesnelere. Örneğin insanların güvenliğini sağlayan emniyet kemeri ve hava yastıkları, kişinin güvenliğini sağlayan fiziksel bir unsurdur.

3. Toplumsal yapı ve politikalar: Sağlık için yüksek risk içeren davranışların politikalarla yasaklanması ya da sınırlandırılması durumunu ifade eder. Resmi olarak devlet tarafından uygulanırken (örn.; sigara ve alkol satışında yaş sınırı), gayri resmi olarak kişinin aile, arkadaş ve komşuları gibi yakın çevresi tarafından uygulanabilmektedir (örn., bir ailenin çocuklarının sigara ve alkol kullanımını yasaklaması).

4. Medya mesajları ve kültürel unsurlar: İnsanların her türlü kitle iletişim araçları ve kültürel pratikler yoluyla karşılaştığı iletileri ifade eder. Bu iletiler davranışlar üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir ve özellikle reklamlarda insanların tüketim davranışlarını etkilemek amacıyla kullanılırlar.

Son yıllarda tüketiciler, sağlıklarını etkileyen faktörlere karşı giderek daha yüksek hassasiyet göstermekte ve sağlıklarını korumak için daha fazla harcama yapmaktadırlar. Sağlık davranışlarının önemine ve yapılan harcamaların büyüklüğüne karşın, sağlıkla ilgili tüketici araştırmaları sınırlıdır. Bireylerin sağlık davranışlarının belirlenmesi ve nedenlerinin bilinmesi gerek toplum sağlığı gerekse pazarlamacılar açısından büyük önem taşımaktadır. Buna karşın sağlık davranışlarının psikoloji, sağlık eğitimi, koruyucu hekimlik, epidemiyoloji, sosyoloji, beslenme, halk sağlığı, sosyal pazarlama ve tüketici araştırması gibi alanlarla ilişkili disiplinler arası bir mesele olması bu doğrultuda araştırma yapılmasını zorlaştırmaktadır (Moorman ve Matulich, 1993: 208).

Sağlık davranışlarını açıklamak için teorisyenler tarafından farklı model ve teoriler geliştirilmiştir. Bu model ve teorilerin neler olduğunun bilinmesi, insanların sağlık davranışı yönelimlerini anlamlandırmak ve bu davranışlar üzerinde nasıl bir etki oluşturulabileceğinin belirlenebilmesi açısından önemlidir.

Bu nedenle bu kısımda, literatürde kullanılan ve tüketicilerin sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilebilecek olan “Sağlık Davranış Modelleri” ile bu çalışmanın temelini oluşturan “Planlı Davranış Teorisi” incelenecektir.

2.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranışına ilişkin değişim sürecini açıklamak için geliştirilen ilk teorilerden biridir (Schiavo, 2007: 37). İlk olarak 1950'lerin başında, ABD Halk Sağlığı Hizmetleri'nde çalışan Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock ve diğer araştırma psikologları tarafından, bilişsel ve öğrenme kuramını sağlık davranışlarını (tüberküloz tarama testi) anlamak ve öngörmek için uygularken geliştirilmiştir. (Clemow, 2008: 463)

SİM, bir kişinin bir hastalık tehdidine ve önerilen sağlık davranışının faydasına olan inancının o sağlık davranışını benimseme olasılığını öngöreceğini ileri sürmektedir (LaMorte, 2018). Bu alandaki ilk çalışma, hastalıktan koruma ve tarama gibi halk sağlığı programlarının neden sınırlı bir şekilde kullanıldığını anlamayı amaçlar (Clemow, 2008: 463). Daha sonra, model, bireylerin hastalık belirtilerine ve teşhis edilen hastalığa yanıt olarak verdikleri davranışlarını ve özellikle tıbbi rejimlere bağlılıklarını incelemek için genişletilmiştir (Champion ve Skinner, 2008: 46).

Hedef kitlelerin sağlıklı davranışlarda bulunmaları için SİM'in en önemli varsayımları; (1) ciddi ya da yaşamı tehdit eden hastalıklar için olabilecek risklerin farkında olunması ve (2) davranış değişikliklerinin faydalarının, potansiyel engellerin ya da önerilen eylemlerin olumsuz yönlerinden fazla olduğunun düşünülmesidir (Schiavo, 2007: 37).

Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan faydalar ve algılanan engeller, modelin ana yapıları olmakla birlikte bu yapıların her biri ayrı ayrı ya da birlikte sağlık davranışında kullanılabilir. SİM, daha yakın zamanlarda eylem ipuçlarını, öz-yeterliliği ve motive edici faktörleri de içerecek şekilde genişletilmiştir (Hayden, 2009: 31).

Algılanan Duyarlılık: Algılanan duyarlılık, bir hastalık veya durumun ortaya çıkma olasılığı hakkındaki inançları ifade eder. Örneğin, bir kadının, mamogram çekirme ile ilgilenmesi için meme kanserine yakalanma olasılığının olduğuna inanması gerekmektedir (Champion ve Skinner, 2008:47).

Algılanan Ciddiyet: Bir hastalığa yakalanma veya tedavi edilmeden bırakma ciddiyetiyle ilgili duygular kişiden kişiye değişir. Bu boyut tıbbi sonuçların (ölüm, sakatlık ve ağrı vb.) ve olası sosyal sonuçların (koşulların iş, aile yaşamı ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkileri gibi) değerlendirilmesini içerir. (Janz ve Becker, 1984: 2) Bir birey bir hastalığın ölüme ya da fiziksel ve zihinsel bir soruna yol açıp açmayacağını

yanı sıra, bu sorunun ailesi ve yakın çevresindeki psikolojik ve ekonomik etkilerini de sorgulamaktadır (Rosenstock, 1974: 330-331).

Kısmen bilgiye bağlı güçlü bir bilişsel bileşenle ilişkili olan algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birlikte “algılanan tehdidi” oluştururlar. Tehdit algısı, gerçek bir risk taşıyan ciddi bir hastalık için ise, davranış genellikle değişir (Hayden, 2009: 32; Rosenstock, 1974: 330-331).

Algılanan Faydalar: Bir birey, maruz kaldığı hastalık tehdidinin azaltılması için bildiği mevcut alternatiflerin içinde daha fazla fayda sağlayacağına inandığı davranışı seçme eğilimi göstermektedir (Rosenstock, 1966: 7). Sağlıkla doğrudan ilgili olmayan diğer potansiyel faydaların etkinliği de bu kapsamda değerlendirilebilir. Örneğin, sigarayı bırakmak, para biriktirebilmek için bir yol olarak görülebilir ya da çocuklara iyi bir örnek olabilir (Clemow, 2008: 463).

Algılanan Engeller: Belli bir sağlık eyleminin potansiyel olumsuz yönleri, önerilen davranışları üstlenmenin önünde engel teşkil eder (Champion ve Skinner, 2008: 47). Bir kişi belirli bir eylemin hastalık tehdidini azaltmada fayda sağlayacağına inanabilir ancak aynı zamanda bu eylemin uygunsuz, pahalı, tatsız, acı verici veya üzücü olduğunu düşünebilir (Rosenstock, 1974: 331).

Kişiler çok farklı sebeplere bağlı olarak, koruyucu sağlık davranışlarında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılayabilmektedirler. Örneğin, kişinin sağlığını tehdit eden bir davranış konusunda kendisinin değişmeyeceğine olan inancı ya da yaş, cinsiyet ve ırk gibi bazı faktörlerin hastalığa yatkınlığını olumsuz etkilediğini düşünmesi, engel algısının artmasında rol oynayabilmektedir. Algılanan engeller, algılanan faydadan düşük olduğu zaman koruyucu sağlık davranışı oluşturma olasılığı artmaktadır (Baltaş, 2000: 39).

Eylem İpuçları: SİM’e göre davranışların eylem ipuçlarından da etkilendiğini öne sürmektedir. Eylem ipuçları, kişileri davranışlarını değiştirmek için harekete geçiren olaylar, insanlar ve durumlardır (Hayden, 2009: 33). Örneğin, ailedeki ya da yakın çevredeki bir bireyin hastalığı, sağlıkla ilgili bilgilendirici kampanyalar, yazılı ve görsel basındaki haberler, ürün etiketlerindeki sağlık uyarıları eyleme geçirici etki gösterebilmekte ve kişinin sağlığını koruyucu yönde davranmasına yardımcı olabilmektedir.

Öz-Yeterlilik: Albert Bandura (1997)'nin Sosyal Biliş Teorisi'nin bileşenlerinden biri olan öz-yeterlilik, "hedeflenen sonuçların üretilmesi için kişinin gerekli olan davranışı başarıyla uygulayabileceğine dair kendisine olan inancı"dır (Bandura'dan aktaran Champion ve Skinner, 2008: 49). Öz-yeterlilik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından SİM'e eklenmiştir (Champion ve Skinner, 2008: 49).

Diğer değişkenler: Farklı demografik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenler algıları etkileyebilir ve dolaylı olarak sağlıkla ilgili davranışları etkileyebilmektedir. Örneğin, sosyo-demografik faktörlerin, özellikle eğitsel kazanımın, duyarlılık, şiddet, yarar ve engel algısını etkileyerek davranış üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır (Champion ve Skinner, 2008:50).

Özetle, Sağlık İnanç Modeli'ne göre davranış değişikliğinin başarılı olması için, bir birey mevcut davranışsal kalıpları tarafından tehdit edilmiş olmalı (algılanan duyarlılık ve şiddet) ve belirli bir yöndeki değişimin kabul edilebilir bir maliyetle (algılanan engeller), değerli bir sonuca (algılanan fayda) yol açacağına inanmalıdır. Ayrıca, harekete geçmek ve algılanan engellerin üstesinden gelebilmek için kendisini yetkin (öz-yeterli) hissetmelidirler.

2.2. Yeniliklerin Yayılması Teorisi

Yeniliklerin Yayılması Teorisi (YYT), yeni fikir, ürün ve sosyal pratiklerin bir toplum içinde veya bir toplumdaki diğerine nasıl yayıldığını ele almaktadır. İlk olarak karma mısır yetiştirilmesi üzerinde çalışan Ryan ve Gross (1943) tarafından ortaya atılmış, daha sonra aynı zamanda bu teorinin en tanınmış kuramcısı olan E.M. Rogers (1962) tarafından geliştirilmiştir (Tabak, 1999:81; Thomas, 2006:70, Çınarlı, 2008:136-137).

Rogers, Yeniliklerin Yayılması (Diffusion of Innovations) isimli kitabında yeniliği, "bir birey veya başka bir kabullenme birimi tarafından yeni olarak algılanan bir fikir, uygulama ya da nesne" olarak tanımlamaktadır. Bu teorideki dört ana unsur yenilik (innovation), iletişim kanalları (communication channels), zaman (time) ve sosyal sistem (social system) dir (E. M. Rogers, 1995: 10).

Yeniliklerin özelliklerine odaklanması, o yeniliğin benimsenme ve yayılma şansını arttırabilmektedir. Bunun için aşağıdaki bazı özelliklerinin üzerinde durulması gerekmektedir (Thomas, 2006: 70):

Göreceli avantaj: Bir yenilik ancak, onun yerini aldığı fikir, ürün veya programdan daha iyi olarak algılanırsa kabul edilecektir.

Uyumluluk: Hedef kullanıcıların değerleri, normları, inançları ve algılanan ihtiyaçları ile uyumlu olan yenilikler daha kolay benimsenir.

Karmaşıklık: Kullanımı kolay algılanan yeniliklerin benimsenmesi daha olası olmasına karşın daha karmaşık yenilikler daha az başarılı bir şekilde benimsenir.

Denenebilirlik: Kullanıcıların sınırlı bir şekilde deneyimleyebildikleri şekilde tasarlanmış yenilikler daha kolay benimsenir ve özümser.

Gözlenebilirlik: Bir yeniliğin faydaları kolayca tanımlanabiliyor ve gözlemlenebiliyorsa, diğer yeniliklere göre daha kolay kabul edilir (Oldenburg ve Glanz, 2008: 319-320).

Özellikle üçüncü dünya ülkelerinde sağlık, tarım, sosyal ve politik alanlarda uygulama alanı bulan bu teoriye göre yeniliğin yayılması sosyal bir değişim sürecidir. Yeniliklerin yayılması ancak belirli bir sosyal sistem ya da topluluklar arasındaki iletişimle mümkündür (Çınarlı, 2008: 137).

İletişim kanalları, yeniliklerin yayılması teorisinin önemli bir başka bileşenidir. Bu teoriye göre iletişim, hedef kitlenin harekete geçmesi için ikna edilmesinin dışında kanaat önderleri ve sosyal ağların da iletişim kanallarını etkileyebildiği iki yönlü bir süreçtir. “Yeniliğin benimsemesi” kararında bu süreç içindeki tüm yapılar söz sahibidirler (Thomas, 2006: 70).

Yeniliğin yayılması sürecinde sosyal sistemin her bir üyesi aşağıdaki beş aşamalı bir süreci izleyen kendi yenilik kararıyla karşı karşıyadır (Orr, 2003). Bunlar:

Bilgi: Kişi bir yenilikten haberdar olur ve nasıl çalıştığına dair bir fikre sahiptir.

İkna: Kişi, yeniliğe karşı olumlu ya da olumsuz bir tutum oluşturur.

Karar: Kişi, yeniliği benimsemeye ya da reddetmeye yol açan faaliyetlerde bulunur.

Uygulama: Kişi bir yeniliği uygulamaya başlar.

Doğrulama: Kişi uygulanmış olan bir yenilik kararının sonuçlarını değerlendirir.

YYT'ye göre, bazı yenilikler hızlı ve yaygın bir şekilde yayılırken (internet vb.), bazıları ise daha az benimsenmekte ya da hiç benimsenmemekte, bazı yenilikler de benimsendikten sonra terk edilebilmektedir. Ayrıca, yenilikler farklı bireyler tarafından benimsenmekte ve bireylerin alt gruplarında farklı oranlarda yayılabilmektedir

(Oldenburg ve Glanz, 2008: 319). Bu teoride bireyler, yenilikleri benimseme süreçlerindeki farklılıklar nedeniyle yenilikçiler, erken benimseyenler, erken çoğunluk, geç çoğunluk ve gecikenler olmak üzere beş ayrı kategoride değerlendirilmektedir (Bayraktar, 2014: 97).

Yeniliklerin başarılı olmasında buldukları ekolojik ve kültürel çevreyle olan uyumları da çok önemlidir. Çevresel faktörler genel olarak coğrafi yapı, sosyokültürel ortam, politik şartlar ve global uyum olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır. Yeniliği benimseyen kişinin istekliliğini ve yapabilirliğini etkileyen bu faktörlerin varlığı ya da eksikliği, yeniliğe adapte olma sürecini de doğrudan etkilemektedir (Wejnert'ten aktaran Bayraktar, 2014:101).

Akademik literatürde tarım odaklı yayınlarda kullanımı yaygın olan YYT, sağlık alanında özellikle bireylere belirli bir sağlık uygulamasının (örn.; grip aşısı) benimsetilmesi amacı ile kullanılmaktadır (Bayraktar, 2014:103; LaMorte, 2018).

2.3. Korunma Motivasyonu Teorisi

R.W. Rogers (1975) tarafından Sağlık İnanç Modeli'ne bazı ek faktörler eklenerek geliştirilen Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT), sağlık açısından zararlı davranışların olası zararlı sonuçlarının vurgulanarak kişinin bu davranışlarının etkilenebileceğini savunmaktadır (Gorin, 2006: 41; Ogden, 2007: 26).

Sağlıkla ilgili davranışların nedenlerini anlamaya çalışan KMT, diyet ve egzersiz gibi sağlığı koruyucu davranışların ve sigara, alkol tüketimi gibi sağlığa zararlı davranışların tahmini gibi birçok farklı alanda kullanılmaktadır (Norman, Boer ve Seydel, 2005).

Bu teoriye göre, kişinin mevcut kötü bir sağlık davranışının sağlık riskleri hakkında abartılı bilgiler ileri sürülerek kişide korku yaratılabilir ve bunun sonucunda bu kötü sağlık davranışı iyi sağlık davranışına dönüştürebilir (Bulduklu, 2010:83).

Korunma Motivasyonu Teorisi'ne göre, sağlıkla ilgili davranışlar aşağıdaki beş bileşenin bir ürünüdür (Ogden, 2007: 26):

Algılanan ciddiyet: Tehdidin sağlık için ne kadar ciddi olup olmadığını ifade eder (örneğin; 'Akciğer kanseri riski çok ciddi bir tehdittir'.)

Algılanan duyarlılık: Bireyin ilgili tehlide yakalanma ihtimalini nasıl algıladığını ifade eder (örn., 'Akciğer kanseri olma ihtimalim yüksektir').

Yanıtın etkinliği: Kişinin davranışında yapacağı değişiklik sonrasında mevcut sağlık durumunda iyileşme olacağına dair inancı ifade eder (örneğin; ‘Sigarayı bırakmak sağlığımı iyileştirir’).

Öz-yeterlilik: Kişinin kendi sağlık davranışını değiştirebileceğine olan inancıdır (örneğin; ‘Sigarayı bırakabileceğime inanıyorum’).

Korku: Bireyin algıları aracılığıyla değerlendirdiği durum karşısındaki korku düzeyidir (örneğin; ‘Akciğer kanseri olmaktan ve sağlığımı yitirmekten korkuyorum’).

Bir olayın gerçekleşmesi ihtimaline karşın bu olay ciddi olarak değerlendirilmezse ya da olay hakkında hiçbir şey yapılamıyorsa, o zaman korunma motivasyonu oluşmayacak ve bu nedenle de davranışsal niyetlerde herhangi bir değişiklik olması mümkün olmayacaktır (E. M. Rogers, 1975: 99).

KMT’ye göre çevresel (örn; sözel ikna, gözlemsel öğrenme) ve içsel (ör; önceki deneyimler) olmak üzere iki farklı bilgi kaynağı vardır. Bu bilgi kaynakları KMT’nin beş bileşenini etkilemektedir. Bu durum daha sonra uyumlu (davranışsal niyet) ya da uyumsuz (inkar, kaçınma) başa çıkma tepkisine yol açmaktadır. KMT’de sağlığa yararlı olan davranışlar uyumlu, sağlığa zararlı davranışlar ise uyumsuz başa çıkma davranışı olarak ifade edilmektedir (Armitage ve Conner, 2000: 175; Ogden, 2007:26).

KMT’de, tehdit değerlendirme süreci Sağlık İnanç Modeli’ndekine benzer şekilde algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet ile belirlenir. Bu değerlendirme sonucu, uyumsuz davranışın gerçekleştirilmesinde herhangi bir avantaj mevcut değilse, korunma motivasyonu artmaktadır. Bir diğer değerlendirme süreci olan başa çıkma değerlendirmesi ise verilecek tepkinin yararlılığı (yanıtın etkinliği) ve kişinin davranışlarını gerçekleştirme kabiliyetine (öz-yeterlilik) göre belirlenir. Buna göre bir bireyin yanıtın etkinliğini ve öz-yeterliliği algılaması durumunda korunma motivasyonu ve buna bağlı olarak ilgili sağlık davranışını gerçekleştirme olasılığı artış gösterir (Armitage ve Conner, 2000:175-176).

2.4. Transteoretik Model

Transteoretik Model (TM), bireyin karar verme sürecine odaklanan ve ilk olarak bağımlılık davranışlarındaki değişiklikleri tanımlamak için tasarlanmış bilinçli bir davranış değişikliği modelidir (Burbank vd., 2002: 53).

1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından geliştirilen bu model diğer davranış modellerinden farklı olarak davranış değişiminin bir “süreç” olduğunu savunur. İlk çalışmaları 1970’li yıllara dayanan TM, ilk olarak sigara bağımlılarının sigarayı bırakma sürecini incelemiştir. Daha sonra beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, kilo kontrolü ve stres yönetimi gibi farklı sağlık davranışlarına yönelik kullanılmıştır (Prochaska, Redding ve Evers, 2008: 106; Taş, Seviğ ve Güngörmüş, 2016: 381).

Psikoterapinin ve davranış değişikliğinin önde gelen teorilerinin bir sentezi olarak geliştirildiği için Transteoretik Model (Teoriler Arası Model) olarak anılır (Ogden, 2007:21; Prochaska vd., 2008: 97).

Değişimin evreleri modeli olarak da bilinen bu modelde davranış değişimi, belirli aşamaları olan, süreklilik arz eden dinamik bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda değişimin bir sonuç olarak değerlendirilmesine karşın TM, bireylerin kendi istekleri doğrultusunda davranış değişikliğinde bulunmasına sürecine odaklanır ve bu değişim sürecini anlamaya çalışır (Taş vd., 2016:381).

TM’ye göre, bireyler zaman içinde değişimin altı aşamasından geçmektedirler (Prochaska vd., 2008: 100-101):

Düşünce öncesi: Bireylerin kısa sürede harekete geçme niyetinde olmadığı, genellikle “gelecek altı ay” olarak ölçülen aşamadır. Bireyler davranışlarının sonuçları hakkında bilgilendirilmemiş veya yetersiz bilgilendirilmiş oldukları zaman ya da davranışlarını birkaç kez değiştirmeye çalışmalarına rağmen başarısız olduklarında bu aşamada olabilirler (Prochaska vd., 2008: 100)

Düşünme: Bu aşamada bireyler, ilgili sağlıklı davranışını öngörülebilir gelecekte başlatmayı düşünmektedir (“önümüzdeki 6 ay içinde” olarak tanımlanmıştır). Bireyler davranışlarını değiştirmenin avantaj ve dezavantajları hakkında bilgi sahibidirler. Bu nedenle davranışlarını değiştirmek konusunda bazen kararsızlık yaşayabilirler (LaMorte, 2018).

Hazırlık: Hazırlık aşamasında bireyler yakın bir zamanda harekete geçmeyi hazırdırlar (“gelecek 30 gün” olarak tanımlanmıştır). Bireyler davranışlarını değiştirmenin daha sağlıklı bir yaşam sağlayacağına inanırlar ve davranış değişikliği yapmak için küçük adımlar atmaya başlarlar (LaMorte, 2018). Örneğin, bir sağlık eğitimi dersine katılabilirler, bir doktora danışabilirler ya da sağlıkla ilgili kitaplar okuyarak kendilerini geliştirmek için çaba gösterebilirler (Prochaska vd., 2008:100).

Eylem: Bu aşamadaki bireyler, son zamanlarda davranışlarını değiştirmişlerdir (“son 6 ay” olarak tanımlanmıştır) ve bu davranış değişikliği ile yaşamlarını sürdürmeye devam etmeyi planlamaktadırlar (LaMorte, 2016).

Devam ettirme: Davranış değişikliklerini bir süredir sürdüren bireylerin buldukları aşamadır (“6 ay ile 5 yıl arası” bir süre olarak tanımlanmıştır). Bu kişiler ileriye dönük davranış değişikliğini sürdürmeyi planlamakla birlikte zararlı davranışı tekrarlamaya daha az yatkındırlar ve değişimlerine devam edebileceklerine gittikçe daha fazla güvenmektedirler. Bu aşamada kişiler yaşam tarzlarında değişiklik yaparak, kötü sağlık davranışını önlemeye çalışırlar (LaMorte, 2018; Prochaska vd., 2008:100).

Sonlandırma: Bu aşamada en yüksek öz-yeterliliğe sahip olan bireylerin, sağlıksız davranışlarına dönme arzusu yoktur. Bireyler, eski sağlıksız davranışlarını tekrarlamayacaklarından emindirler ve bu sağlıksız davranışları ilk başta hiç edinmemiş gibi davranırlar. Bu aşamada sağlıklı davranışlar otomatik hale gelmiştir (emniyet kemerinin araca biner binmez bağlanması ya da tansiyon ilaçlarının her gün aynı saatte düzenli olarak alınması gibi). Bu aşamaya nadiren ulaşıldığı ve insanlar devam ettirme aşamasında kalmaya eğilimli olduğundan, bu aşama genellikle sağlığı geliştirme programlarında dikkate alınmamaktadır (LaMorte, 2018; Prochaska vd., 2008: 101).

Özellikle bağımlılık sorunu olan bireyler için uygulanan bu model, davranışı bütünsel bir süreç olarak değerlendirmektedir. Bu modele göre davranış değişikliğinde gösterilen istikrar, davranış değişikliğinden daha önemlidir (M. B. Yılmaz, 2013: 89).

TM, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olarak planlanacak müdahalelerin, değişimi kolaylaştırdığını belirtmektedir. Bu nedenle bireyin davranış değişimine ne kadar hazır olup olmadığı dikkate alınarak yapılacak uygulamalar sonucu değişimin daha kolay olması beklenmektedir (Erol ve Erdoğan, 2007: 87).

2.5. Sosyal Biliş Teorisi

Albert Bandura tarafından 1986 yılında ortaya atılan Sosyal Biliş Teorisi (SBT), Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi'nin (1977) geliştirilmesiyle oluşturulmuştur. SBT, insan ve çevrenin birbirini etkilediğini ve bu etkilenmenin bireysel ve toplumsal değişime yol açtığını öne sürer. Bu teoriye göre, bireyler çevreyi değiştirme ve geliştirme kapasitesine sahiptirler (Viswanath, 2008: 273) ve sadece kendi deneyimlerinden değil, başkalarının davranışlarından ve bu davranışların sonuçlarını

gözlemleyerek de öğrenebilmektedirler (Glanz ve Bishop, 2010: 403). Sağlık teşvik edilmesi ve geliştirilmesinde daha çok davranışı başlatmaya odaklanan birçok teoriye karşın SBT, davranışların sürdürülmesinin de önemine vurgu yapar (LaMorte, 2018).

SBT'nin ilk beş yapısı Sosyal Öğrenme Teorisi'nin bir parçası olarak geliştirilmiş olup son olarak öz-yeterlik yapısının eklenmesiyle SBT'ye dönüştürülmüştür (LaMorte, 2016). SBT'nin temel yapıları şu şekildedir:

Karşılıklı Determinizm: Çevresel faktörler, bireyleri ve grupları etkilemekte, ancak bireyler ve gruplar da kendi ortamlarını etkileyebilmektedir. Sağlık ve davranışları etkileyen çevresel faktörlerin değiştirilmesi ile halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlanabilir (McAlister, Perry ve Parcel, 2008:171).

Davranışsal Yetenek: Bu, bir kişinin temel bilgi ve beceriler aracılığıyla bir davranışı gerçekleştirme yeteneğini ifade eder. Bir davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirmek için, bir kişi ne yapacağını ve nasıl yapılacağını bilmelidir (LaMorte, 2016).

Gözlemsel/Deneyimsel öğrenme: Bir davranışın gözlem ve deneyim yoluyla edinilmesini ifade eder. Öğrenme, bir başkasının davranışını gözlemleyerek (modelleme) ya da kişisel deneyimlerle yani deneme yanılma yoluyla gerçekleşebilmektedir (Redding vd.; 2000:185).

Güçlendirmeler: Kişinin davranışına devam edip etmeme olasılığını etkileyen iç veya dış etkilenmeleri ifade eder. Kişi tarafından kendi kendine başlatılabileceği gibi çevresel kaynaklı da olabilir. Olumlu (ödül ve teşvik) veya olumsuz (ceza) güçlendirmelerin etkisi ile birey davranışı tekrar deneyip denemeyeceğine karar verir (LaMorte, 2018; Redding vd., 2000: 185).

Sonuç Beklentileri: Bir kişinin davranışının beklenen sonuçlarıdır. Beklentiler büyük ölçüde önceki deneyimlerden kaynaklanmaktadır. (LaMorte, 2018) Bireyler, önceki deneyimlerine ve mevcut eylemlerine dayanarak sonuçları öngörme yeteneğine sahiptirler. İleriye yönelik davranışlarını teşvik eden bu yetkinlik, mevcut davranışlarını şekillendirmelerini ve düzenlemelerini sağlar. Bu aşamada bireyler genellikle olumlu sonuçlara yol açabilen, yararsız veya cezalandırıcı sonuçlara neden olmayan eylemleri seçme davranışı sergilerler (Bandura, 2001: 7).

Öz-Yeterlilik: Öz-yeterlilik bir kişinin belirli bir davranışı başarılı bir şekilde yerine getirebilme yeteneğine olan inancını ifade etmekte ve bireyin kendine özgü yetenekleri

ve diğler bireysel faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerden de etkilenebilmektedir. SBT'ye özgü olan bu yapı daha sonra Sağlık İnanç Modeli ve Planlı Davranış Teorisi gibi bazı model ve teorilerde de kullanılmıştır (LaMorte, 2018).

2.6. Gerekçeli Eylem Teorisi

Tutumlar, niyetler ve davranışlar arasındaki ilişkileri daha iyi anlamak için geliştirilen Gerekçeli Eylem Teorisi (GET)'nin temelleri sosyal psikoloji alanına dayanmaktadır. İlk olarak 1975 yılında Icek Ajzen ve Martin Fishbein tarafından ortaya atılan bu teorinin temel amacı kasıtlı gerçekleşen sosyal davranışları açıklamaktır (Atılgan, 2014:297-298).

Davranışı etkileyen sayısız etken söz konusudur. Bu etkenlerin en önemlilerinden biri de insanların nesnelere yönelik tutumlarıdır. Tutumlar, psikoloji disiplini kapsamında son yüzyıl içindeki temel kavramlar arasında yer almaktadır (Fishbein ve Ajzen'den aktaran Akıncı ve Kıymalıoğlu, 2014: 385). Tutumlar ve davranış arasındaki bağlantıları açıklığa kavuşturmaya çalışan GET, davranışın iki ana etki tarafından yönetildiğini iddia eder.

Bireysel Etki: Bireyin belirli bir davranışa yönelik tutumlarını içerir. Bireylerin belirli bir davranışa karşı bir takım çelişkili tutumları olabilir. Bu tutumların toplamı davranış üzerinde tek bir etki kaynağı oluşturmaktadır (Bennett ve Hodgson, 1992: 23).

Sosyal Etki: Bireyin sosyal çevresini oluşturan kişilerin veya grupların beklentilerini içerir. Bireyler, buldukları sosyal çevredeki diğler bireylerin ya da grupların bir davranış hakkındaki görüşlerinden etkilenme eğilimindedirler. Kişide sosyal baskı yaratan bu süreç "subjektif norm"ların oluşmasına ve davranışın bu doğrultuda yönlendirilmesine neden olur (Baltaş, 2000:40).

Davranışın genellikle niyeti takip ettiğini ve niyet olmadan davranışın gerçekleşmeyeceğini savunan bu teoriye göre, kişilerin niyetleri davranışla ilgili tutumlardan etkilenmektedir. Kişinin davranışının belirli sonuçlar doğuracağına olan inancı, önem verdiği referans gruplarının normatif (örnek oluşturan) etkisi kişiye ait bir davranışsal niyet oluşturmakta, daha sonra bu niyetler de davranışa dönüşmektedir (Çınarlı, 2008: 128).

Bu teoriye göre örneğin, sağlıksız beslenen ve aşırı kilolu olan bir bireyin davranış değişikliği göstermesi için öncelikle beslenme şeklinde yaptığı hataların ve kilosunun

sağlığını olumsuz etkileyeceğine inanmalı ve sağlıklı beslenme doğrultusunda bir tutum geliştirmelidir. Bu noktada bir aile üyesinin ya da arkadaşın da kişiye sağlıklı beslenmesi, zayıflaması yönünde baskıları söz konusudur. Bunların sonucunda birey, mevcut sağlık sorununu düzeltmek için doktor ve/veya diyetisyenden yardım alma niyetindedir. Son olarak ilgili uzman ya da uzmanlara başvurulması ile bu niyeti davranışa dönüştürülmüş olur.

Özellikle tüketici satın alma davranışlarını açıklamada kullanılan GET, alkol tüketimi, güneşten korunma ve mamografi taraması gibi sağlıkla ilgili davranış ve niyetleri tahmin etmek için de kullanılmaktadır (Montaño ve Kasprzyk, 2008: 68).

2.7. Planlı Davranış Teorisi

Ajzen ve meslektaşları tarafından geliştirilen Planlı Davranış Teorisi (PDT)'nin temeli Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından geliştirilen Gerekçeli Eylem Teorisi'ne dayanır (Akıncı ve Kıymalıoğlu, 2014: 387; Ogden, 2007: 30).

PDT, bireylerin sağlık davranışı eğilimlerinin belirlenmesinin yanı sıra sağlık davranışlarını açıklamak için de uygulanabilir bir modeldir. Bireyler sağlık davranışlarında bulunmadan önce deneyimleri doğrultusunda benimsedikleri tutumları, toplumun bu davranışlarına yönelik yaklaşımları ve davranışın uygulamasında karşılaşılabilecekleri güçlükleri değerlendirerek davranışta bulunma ya da bulunmama doğrultusunda bir karar verirler. PDT'yi temel alarak daha önce yapılan çalışmalar da bu yaklaşımı desteklemektedir (M. B. Yılmaz, 2013: 94).

Pazarlama disiplini kapsamında pek çok çalışmada kullanılan PDT, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, sigara içme, aşırı alkol tüketimi ve mamogram taramasını kapsayan sağlıkla ilgili birçok davranışın da tahmin edilmesi için kullanılmıştır. (Bulduk vd., 2015: 30).

Gerekçeli Eylem Teorisi'nin devamı niteliğinde olan PDT, Gerekçeli Eylem Teorisi'nin bütün yapılarını içermektedir. Bu yapıların yanı sıra davranışları açıklamak için modele "algılanan davranışsal kontrol" yapısının eklenmesi ile model bireyin iradesi dışındaki durumları da kapsayacak şekilde geliştirilmiştir. PDT'ye göre, kişinin davranışları sadece kendi iradesiyle gerçekleşmemektedir. Tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol de davranışları gerçekleştirme niyetlerini belirlemekte ve buna bağlı olarak davranışı oluşturmaktadır (Akıncı ve Kıymalıoğlu, 2014: 387-390).

Davranışsal Niyet: Gerekçeli Eylem Teorisi'nde olduğu gibi, Planlı Davranış Teorisi'nde de merkezi faktör, bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme niyetidir. Niyetler; davranışları gerçekleştirmek için insanların ne kadar çaba sarf etmeyi planladıklarını, ne kadar çaba göstermeye istekli olduklarına dair göstergelerdir. Genel bir kural olarak, bir davranışa girme niyeti ne kadar güçlü olursa, o davranışın gerçekleşme olasılığı o kadar büyüktür. Bununla birlikte, davranışsal bir niyet, yalnızca söz konusu davranışın iradi kontrol altında olması durumunda anlam kazanır. Zaman, para, beceriler, başkalarının işbirliği gibi motivasyonel olmayan fırsat ve kaynakların mevcut olması niyetin davranışa dönüşme ihtimalini artırır (Ajzen, 1991: 181-182).

Çeşitli inançların birleşiminin davranışsal niyeti etkilediğini belirten PDT'nin diğer temel bileşenleri şu şekildedir:

Davranışa yönelik tutum: Kişinin belirli bir davranışın gerçekleştirilmesine yönelik olumlu ya da olumsuz bir değerlendirmesinden ve davranışın sonucuyla ilgili inançlarından oluşur (Ogden, 2007:30). Örneğin, bir kişi sağlıklı beslenmesinin sağlık sorunu yaşamamasını engelleyeceğini düşünebilir ve bu doğrultuda "sağlıklı beslenmeye karşı olumlu bir tutum geliştirebilir.

Subjektif norm: Kişinin belli bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirmemesi yönünde algıladığı sosyal baskıdır. Kişi, kendisi için önemli olan kişi ya da kurumların isteklerine yönelik bir algı geliştirir (Akıncı ve Kıymalıoğlu, 2014: 397). Örneğin, bir kişi doktorunun görüşlerine önem veriyorsa, o görüşlere uygun davranışta bulunmak için çaba gösterebilir.

Algılanan davranışsal kontrol: Bireyin geçmiş davranışlarıyla ilişkili olan iç (beceri, yetenekler, bilgi vb.) ve dış (engeller, fırsatlar vb.) kontrol faktörlerini dikkate alarak belirli bir davranışı yürütebileceği inancıdır (Ogden, 2007:31). Örneğin, bir kişi sağlıklı beslenme davranışının sağlık durumunu arttıracığına inanıyor olsa bile bu konuda yeterli bilgiye ve iradeye sahip olmadığını düşünüyorsa sağlıklı beslenme davranışında bulunmak için bir çaba göstermeyecektir.

Planlı Davranış Teorisi ayrıca, algılanan davranışsal kontrolün, davranışsal niyetlerin aracı etkisi olmadan da davranış üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabileceğini belirtmektedir (Ogden, 2007:31). Teoriye göre, önceki yaşantıları olumlu olan ve engellerle karşılaşmayacağına inanan bireyin arzu edilen davranışı yerine getirme niyeti daha fazladır (Baltaş, 2000:41).

Gerçek Davranışsal Kontrol: Bazı davranışların gerçekleştirilebilmesi bazı fırsatların ya da kaynakların (zaman, para, yetenek vb.) mevcudiyetini gerektirir. Bu kaynaklar insan davranışları üzerindeki gerçek kontrollerdir. Bir kişi gerekli fırsatlara ve kaynaklara sahip olduğu ve davranışı gerçekleştirmeyi amaçladığı ölçüde, o davranışı gerçekleştirebilmektedir. Davranışın gerçekleşmesi için, gerçek davranışsal kontrol önemli olmasına karşın, bir kişi için mevcut olan kaynaklar ve fırsatlar bir dereceye kadar etkilidir. Kişinin algıladığı davranışsal kontrol, niyet ve eylemler üzerinde daha fazla etki göstermektedir (Ajzen, 1991: 182-183).

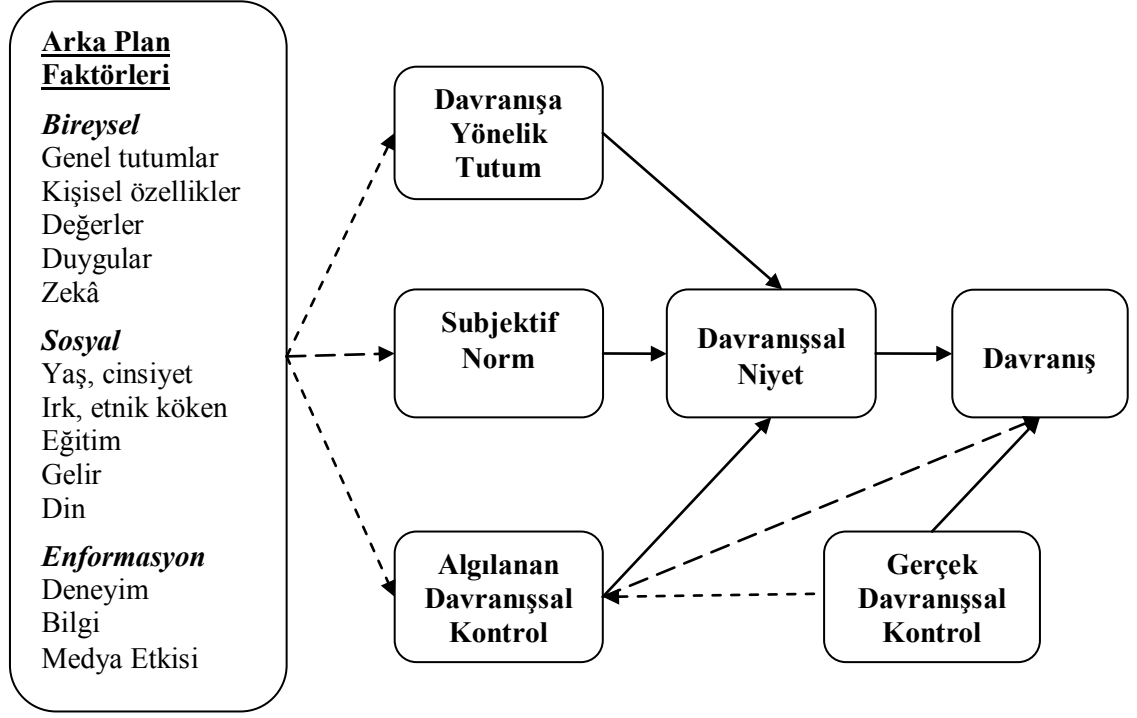
Algılanan davranış kontrolü ile gerçek davranış kontrolü arasındaki farkın az olması, davranış niyetinden bağımsız olarak doğrudan ilgili davranışın tahmin edilmesine yardımcı olabilmektedir (Bilim, 2015:183). Örneğin bir kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirebileceğine olan inancının yüksek olması dışında kişinin gerçekten o davranışı gerçekleştirmek için gerekli yetkinliğe ve kaynaklara sahip olması o davranışın gösterilebilmesini mümkün kılar.

2.7.1. Planlı Davranış Teorisi Arka Plan Faktörleri

Planlı Davranış Teorisi'ne göre davranışı gerçekleştirme niyetini etkileyen üç ana faktörü (davranışa yönelik tutum, subjektif norm, algılanan davranışsal kontrol) etkileme olasılığı olan bazı faktörler vardır. “Arka plan faktörleri” olarak belirtilen bu faktörler, bireysel, sosyal ve enformasyon faktörleri olmak üzere üç grup altında toplanmıştır. Bu faktörler, bireylerin çeşitli konular hakkında sahip oldukları inanç yapılarını etkileyerek davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrollerinde farklılıklara sebep olabilmektedirler (Akıncı ve Kıymalıoğlu, 2014: 400).

Bireylerin sahip olduğu bu inançlar, “genel tutumlar, kişisel özellikler, değerler, duygu, ruh hali, zekâ, yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim, gelir, din, geçmiş deneyimler, bilgi ve medya” gibi çok sayıda değişken tarafından etkilenebilmektedirler. İnsanların farklı sosyal ortamlarda yetişmesi ya da farklı cinsiyet, yaş, eğitim ve gelire sahip olması çeşitli konular hakkındaki bilgi düzeylerinde ve deneyimlerinde farklılıklara yol açmaktadır. Edinilen bilgiler ve kazanılan deneyimler o kişilerin tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrollerini etkileyen inançlarına temel oluşturmaktadır (Ajzen, 2005: 134).

Planlı Davranış Teorisi'nin ana yapılarını ve arka plan faktörlerini gösteren model aşağıdaki Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1: Planlı Davranış Teorisi Yapıları

Kaynak: Ajzen, I. (2005: 135). *Attitudes, Personality and Behaviour* (2. Baskı). England: McGraw Hill Educ.; Ajzen, I. (2019). *Theory of Planned Behavior with Background Factors*.

PDT, arka plan faktörlerinin potansiyel önemini kabul etmesine karşın, bu faktörlerin davranışa yönelik tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrole neden olan inançları (davranışsal inançlar, normatif inançlar ve kontrol inançları) etkileyip etkilemediğinin deneysel bir soru olduğunu belirtmektedir. Şekil 1'de gösterilen bu arka plan faktörlerinin ilgilenilen davranışa yönelik seçimi etkileyebilmesi için bir teoriye dayandırılması gerekmektedir. Bu tür teoriler planlı davranış modelinin bir parçası olmamakla birlikte arka plan faktörlerini tanımlayarak davranışın belirleyicileri hakkındaki anlayışın güçlenmesini sağladıkları için önemlidir (Ajzen, 2005: 134).

Bu arka plan faktörleri içindeki enformasyon (deneyim, bilgi, medya etkisi), daha önce anlatılan sağlık davranış modelleri ile de yakından ilişkilidir. Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda aşağıda Planlı Davranış Teorisi arka plan faktörlerinden sadece “enformasyonla ilişkili faktörler ele alınmakta ve sağlık davranış modellerinde kullanılan bazı yapılar ile açıklanmaktadır.

2.7.1.1. Enformasyonla İlişkili Faktörler

Planlı Davranış Teorisi'nde enformasyonla ilişkili faktörler, deneyim, bilgi ve medya etkisi olmak üzere üç ana başlık altında toplanmıştır.

Deneyim (Experience): “Deneyim”, kişinin yaşantısında karşılaştığı durumlardan yaptığı çıkarımlardır. Planlı Davranış Modeli arka plan faktörlerinden “Bireysel Faktörler” içinde yer alan deneyim bireylerin yaşadığı ya da etkilendiği her türlü deneyimi kapsamaktadır. Kişinin kendisinin ya da yakın çevresinde gözlemlediği hastalıklar, o kişinin sağlıkla ilgili farkındalığını etkileyebilen deneyimsel bir süreçtir.

Bu deneyimsel sürece bağlı olarak koruyucu bir sağlık davranışın gözlemlenebilmesi için bireyin öncelikle bu sağlık davranışıyla ilgili algı ve tutuma sahip olması gerekmektedir. Birey, çevresinden gelen uyarınları duyu organlarını kullanarak algılamakta, daha sonra da bu uyarana yönelik olumlu ya da olumsuz bir tepki oluşturmaktadır (M. B. Yılmaz, 2013: 83). Bireyde bir tutumun oluşması için, o tutumun bireyin hayatını kolaylaştırıcı bir etki yapması ve bireye fayda sağlaması gerekmektedir (tutumun fayda fonksiyonu).

Tüketici bağlamında değerlendirildiğinde ise sağlık bilinci artan tüketiciler, sağlıklarına zarar verme ihtimali olan gıdalara karşı negatif bir tutum oluştururken, sağlıklarına faydalı olduğunu düşündükleri gıdalara karşı pozitif bir tutum oluşturabilmektedirler (E. Koç, 2015: 274-275).

Daha önce de bahsedildiği üzere Sağlık İnanç Modeli ve Korunma Motivasyon Teorisi'ne göre, bir kişinin sağlık davranışında bulunması için öncelikle bir hastalık veya sağlık sorununu kendisi için tehdit olarak algılamalı, daha sonra algıladığı bu tehdite karşı göstereceği sağlık davranışının faydasına inanmalı ve harekete geçmek için muhtemel engellerin üstesinden gelebilecek öz-yeterliliğe sahip olmalıdır (Armitage ve Conner, 2000; Redding vd., 2000; Schiavo, 2007; Champion ve Skinner, 2008; Hayden, 2009). Korunma Motivasyon Teorisi'nde ise davranış değişikliği yaratması beklenen motivasyon, sağlıksız davranışların yaratacağı sonuçlarla ilgili kişide korku yaratılması ile oluşturulmaktadır (Bulduklu, 201: 83). Yani bir kişinin kendisi ya da yakın çevresi nedeniyle deneyimlediği hastalığı bir tehdit olarak algılaması ve bu hastalığa yakalanmaktan korkması o kişinin bu hastalığı önleyecek doğrultuda bir sağlık bilinci ve sağlık davranışı geliştirmesini sağlayabilmektedir.

Yapılan araştırmalarda da bu durum gösterilmiş ve hastalığın, doktorların isteklerinin ve kilo sorunlarının insanları daha sağlıklı beslenme için motive ettiği bulunmuştur (Eriksson-Backa, 2003: 83). Cotugna vd. (1992)'nin yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %35'i son 1 ila 5 yıl içerisinde sağlık nedenleriyle beslenme değişikliği yaptıklarını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da kanseri ve diğer ciddi hastalıkları ya da mevcut bir sağlık sorununu kontrol etme isteğinin kişiyi beslenme değişikliği yapmak için motive ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Satia vd., 2001).

Farklı bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış, beslenme ve kanser ilişkisine olan inancın beslenme ile ilgili değişiklikleri öngörebildiği sonucuna ulaşılmış, beslenme ve kanser arasındaki ilişkiye inancı yüksek olan bireylerin daha düşük yağ oranına ve daha yüksek lif oranına sahip gıdaları tercih ettikleri belirtilmiştir (Patterson, Kristal ve White, 1996: 1397). Sun (2008: 47-48) ise sağlıklı beslenme tutumları ile ilgili yaptığı çalışmasında, sağlık sorunu endişesi taşıyan kişiler ile gıdalardan fazla kalori alma endişesi taşıyan kişilerin gıda seçimlerinde farklı motivasyonlara sahip olduğu sonucuna ulaşmış ve hastalık ve sağlık sorunlarından duyulan endişenin sağlıklı beslenmeye yönelik tutumları öngörebileceğini belirtmiştir.

Hastalık deneyimi bireyde sadece korku yaratarak değil bilişsel sürece de etki ederek davranış değişikliği yaratabilmektedir. Sosyal Biliş Teorisi'ne göre bireyler hem kendi deneyimlerinin sonuçlarını değerlendirerek hem de. buldukları ortamdaki diğer bireylerin davranışlarını gözlemleyerek öğrenebilmekte ve bu doğrultuda davranış gösterebilmektedirler (Reding vd., 2000: 185; Glanz ve Bishop, 2010: 403).

Bilgi (Knowledge): Bireyler içinde buldukları karmaşık dünyayı anlayabilmek ve ona ayak uydurabilmek için bilişsel bir yapıya ihtiyaç duymakta ve bu ihtiyaçları doğrultusunda elde ettikleri bilgiler sonucu yeni tutumlar geliştirmektedirler (E. Koç, 2015: 276-277). Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde elde ettiği bilgilerin çoğu, aile ve arkadaşlar gibi gayri resmi kaynakları aracılığıyladır. Bununla birlikte, sağlık alanında teknik bilgileri nedeniyle doktorlar ve diğer sağlık çalışanları resmi anlamdaki sağlık bilgisi kaynaklarıdır (Thomas, 2006: 86).

Günümüzde insanlar, bilgiye erişimin de kolaylaşmasıyla birlikte birçok konuda olduğu gibi sağlıkla ilgili konularda da daha fazla bilgi sahibi olmakta ve elde ettikleri bu bilgilere ve geçmiş deneyimlerine dayanarak sağlık davranışlarını bu doğrultuda sürdürmeye çalışmaktadırlar. Birçok alışma, kişinin sahip olduğu bilginin sağlık

davranışlarıyla olan ilişkisini incelemiştir. Yapılan bir çalışmada beklenilenin aksine, sağlıklı bir şekilde nasıl yaşayacağına dair bilgi düzeyi yüksek olan kişilerin sağlıksız davranışlar gösterdiği, yeterince bilgi sahibi olmayan kişilerin ise sağlıkla ilgili tavsiyelere uyarak sağlıklı bir şekilde yaşama eğilimi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Eriksson-Backa, 2003: 83).

Transteoretik Model'e göre davranış değişikliğinin sağlıklı bir yaşam sağlayacağına inanan bireyler belli süreçlerden geçmektedir. Bu teoriye göre davranış değişikliği için hazırlık aşamasında olan birey, sağlık uzmanları ve sağlık kitapları gibi bilgi kaynaklardan bilgi alarak davranış değişikliği için bir adım atmaktadır (Prochaska vd.,2008: 100). Bu aşama sonrasında ise birey, sağlık davranışında bulunmakta ya da sağlıksız davranışlarını değiştirmektedir (LaMorte, 2016).

Medya Etkisi (Media Exposure): Kitle iletişim araçları, bireylerde iknâ oluşturarak onları davranışa yönlendirebilecek bir güce sahiptir (M. B. Yılmaz, 2013: 99). Teknolojideki yenilikler sonucu insanların kullandığı kişisel iletişim araçlarındaki çeşitlilik de artmıştır. Kitle iletişim araçları bireyler gibi toplumsal yapı içerisinde var olan varlıklardır ve bu yapı içerisinde karşılıklı olarak birbirlerini etkileyebilmektedirler. Medya toplumun istekleri doğrultusunda içerik üretip sunma eğilimi gösterirken, bu içerikler de zaman içinde bireylerin algı ve tutumları üzerine etki etmektedir. Toplum yapısı ve hedef kitleyi oluşturan bireylerin nitelikleri bu etkideki farklılıkları belirleyen faktörlerdir (M. B. Yılmaz, 2013: 13).

Radyo, televizyon, gazete, dergi ve kitap gibi yazılı ve görsel iletişim kanallarına ulaşımın kolaylaşması sonucu insanların sağlık konularında da bu iletişim kanallarını bilgi kaynağı olarak kullandıkları görülmektedir. Ancak günümüzde iletişim teknolojilerindeki gelişmeler sonucu ortaya çıkan ve “yeni medya” olarak adlandırılan, yeni kitle iletişim araçları da bilgi kaynağı olarak kullanmaya başlamıştır. Yeni medya, internet ve dijital platformlar üzerindeki web sitelerini, sosyal ağları ve mobil uygulamaları içine alan ve özellikle gençler tarafından sıklıkla kullanılmakta olan bir iletişim kanalıdır. Bhaskaran ve Hardley (2002: 599), odak gruplarla yaptıkları çalışmada özellikle gazete ve televizyonun sağlık hakkında temel bilgi kaynakları olmakla birlikte, beslenme ile bilgilerin edinilmesi için internetin de tüketicilerin büyük çoğunluğu tarafından iyi bir bilgi kaynağı olarak görüldüğünü belirtmişlerdir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada da internet, doktorların ardından en çok tercih edilen ikinci, televizyon ise üçüncü sağlık bilgi kaynağı olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışma sonuçlarına göre internet en sık olarak 21-30 yaş arası bireylerde (%50,5), televizyon ise 41-50 yaş grubu bireylerde (%43,2) sağlık bilgi kaynağı olarak tercih edilmiştir (Bulduklu, 2010: 209-210).

Özellikle son yıllarda sağlık konusunda bilgi arayışında olan kişilerin sosyal medyayı da aktif olarak kullandıkları ve sağlıkla ilgili kişi ve/veya grupları takip ettikleri, ihtiyaç durumunda soru sorarak uzman gördüğü kişilerle etkileşime girdiği gözlenmektedir. Bu anlamda sosyal medyanın interaktif kullanımı kişilerin sağladığı faydayı da arttırmaktadır.

Yeniliklerin Yayılması Teorisi, yeni bir davranış yaratılması için kitle iletişim kanallarının ikna edici gücünü ve önemini vurgulamaktadır (Thomas, 2006: 70). Kitle iletişim kanallarındaki sağlık programları, kişilerin sağlıkla ilgili gelişmeleri öğrenmesi, tıptaki son yenilikler ve potansiyel sağlık riskleri hakkında bilgi sahibi olması bakımından önemli bilgi kaynaklarıdır (Bulduklu, 2010: 247). Ülkemizde televizyonda özellikle sabah programlarında beslenme ve sağlıkla ilgili konulara ve konusunda uzman olan sağlık çalışanlarına yer verilmekte, toplum sağlık farkındalığı ve bilinç düzeyi arttırılmaya çalışılmaktadır.

M. B. Yılmaz (2013: 147), çalışmasında sağlık amaçlı bitkisel ürün kullanımına yönelik olarak medyada yer alan programları daha sık izleyen bireylerin, davranışsal niyet geliştirme düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Medyada endüstriyel gıda maddelerinin reklamları önemli bir yer tutmaktadır. Reklamların tüketicilerin gıda tercihleri üzerindeki etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada, tüketici grubunun büyük çoğunluğu (%57), reklamdan etkilenerek gıda maddeleri aldıklarını belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada en çok etkilenilen reklamların çikolata, şeker ve çips reklamları, en çok etkilenenlerin ise genç bireyler olduğu tespit edilmiştir (E. Yılmaz, Yılmaz ve Uran, 2007: 9). Bunların dışında sosyal reklamlar olarak da bilinen kamu spotları, sağlıkla ilgili bilgilerin yer aldığı dergi, gazete ve kitaplar gibi yazılı medya, halkın farkındalık ve bilinç düzeyinin arttırılarak sağlıklı davranışlara yönlendirilmesi amacıyla sıklıkla kullanılan iletişim kanallarıdır.

Bu araştırmanın modeli, hastalık deneyimi ve sağlık bilgi kaynaklarının sağlık bilinci ve tutum üzerinden davranışsal niyetler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde çalışmada benimsenen araştırma yaklaşımı, araştırmanın amacı ve önemi, örnekleme süreçleri ile araştırmanın ölçüm aracı, verilerin toplanması ve veri analiz yöntemleri yer almaktadır.

3.1. Araştırmada Yaklaşım ve Amaç

Sağlığın sürdürülmesi ve birçok hastalığın önlenmesinde ilk şartlardan biri olan sağlıklı beslenme, tüketicilerin gıda alışverişlerinde sağlıklı gıdaları seçmesi ile mümkündür. Konuyla ilgili uzmanların ortaya koyduğu birçok farklı beslenme önerisi olmakla birlikte genel olarak, vitamin ve mineral bakımından zengin, dengeli bir protein ve karbonhidrat oranına sahip, lif içeriği yüksek, şeker, tuz, kimyasal katkı maddesi, doymuş yağ ve trans yağ içeriği düşük, doğal içerikli gıdaların sağlıklı bir diyetin parçası olduğu konusunda hemfikirdirler. Bu çalışmada “sağlıklı gıda” olarak, belirtilen bu özelliklere sahip gıdalar kastedilmektedir.

Günlük hayatta tüketicilerin gıda satın alma kararlarına etki eden birçok faktör mevcuttur ve satın alma davranışlarının gözlemlenebilir olmasına karşın, davranışa neden olan ve gözlemlenemeyen öğeler insan davranışlarının anlaşılabilmesini zorlaştırmaktadır. Bu çalışma, tüketicilerin gıda satın alma kararlarını etkileyebilen bu faktörler içinden “Sağlık Bilinci”ne odaklanmaktadır.

“Sağlık Bilinci”, daha önce de ifade edildiği gibi bireylerin çeşitli sağlık tutum ve davranışlarını öngören psikografik bir değişkendir (Hong, 2009). Sağlık bilinci kavramı ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda sağlık bilincinin farklı alt boyutları ve buna paralel olarak farklı tanımları ortaya konulmuştur. Bu çalışma sağlık bilinci kavramı açısından Hong (2009)’un yaklaşımını temel almaktadır. Hong’a göre beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, sigara kullanımı gibi belirli davranışlara verilen yanıtlar, sağlık bilincinin geçerli ölçütleri değildir. Çünkü sağlıklı veya riskli davranışların kişisel ve sosyal bazı faktörlerden (örn., sosyoekonomik yeterlilik, sağlıklı seçeneklerin eksikliği, egzersiz için çevresel kaynaklar, madde kullanımı için akran normu, vb.) etkilenme olasılığı yüksektir (Hong, 2011: 345). Dolayısıyla, sağlık bilinci, belirli gerçek davranışlardan ziyade, çeşitli değişkenleri (örn., sağlık tutumları ve davranışları) öngören durum olarak anlaşılmalıdır (Hong, 2009).

Bu bağlamda Hong (2009) çalışmasında bir kişinin sağlık bilinci düzeyinin, gerçek sağlık davranışlarında bulunma veya birinin sağlığına dikkat etme eğilimine dayanmanın aksine, sağlık farkındalığı, kişisel sağlık sorumluluğu ve sağlık motivasyonu olmak üzere üç unsurdan oluştuğunu belirtmektedir.

Bu çalışma genel olarak insanların sağlıklı gıda satın alma niyetlerini etkileyen enformasyonla ilişkili faktörler üzerine odaklanmaktadır. İnsanların sağlık davranışlarına dair açıklamalar getiren birçok teori olmakla birlikte, daha önce yapılan çok sayıda çalışmada etkinliği kanıtlanmış olan “Planlı Davranış Teorisi” bu çalışmanın temelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda, çalışmanın temel amacı, Planlı Davranış Teorisi arka plan faktörleri arasında yer alan deneyim ve bilgi kaynakları ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkinin, sağlık bilinci ve tutumun seri aracı etkileri ile incelenmesidir. Deneyim kavramının sağlık ile ilişkisi bu çalışmada “hastalık deneyimi” olarak ele alınmaktadır.

Bu çalışma ayrıca tüketicilerin sağlıklı gıda algılarını, sağlık bilinç düzeyleri ile tüketicilerin sağlıklı gıdalara yönelik tutumlarını ve bu gıdaları satın alma niyetlerini de ortaya koyacaktır. Araştırma bu yönüyle tanımlayıcı bir özellik taşımakla birlikte, neden-sonuç ilişkilerine de yer verdiğinden aynı zamanda açıklayıcı bir özellik de taşımaktadır. Bu bağlamda araştırmada, pozitivist bakış açısıyla nicel yöntem temel alınmaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık, insan yaşamının sürdürebilmesi için birincil faktördür. Günümüzde yaşam şartlarındaki değişiklikler toplumda görülen sağlık sorunlarında da farklılıklara yol açmıştır. Özellikle son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olan ölüm sayısının arttığı rapor edilmekte ve dünyada her 10 kişiden 7’sinin bu hastalıklara bağlı olarak hayatlarını yitirdikleri belirtilmektedir (WHO, 2018c: 2).

Yapılan çalışmalar sonucu bu hastalıkların çoğunun beslenme ile ilişkisinin gösterilmiş olması sağlıklı beslenmeye olan ilgiyi de arttırmıştır. Bu artan ilgi ve teknolojik yeniliklerin bilgiye ulaşımını kolaylaştırması, insanların sağlık ve beslenme konularında daha çok bilgi sahibi olmalarını sağlamıştır. Bu süreç, bireylerin günlük yaşamlarını da etkilemiş ve tüketicilerin satın alma davranışlarında da farklılıklara neden olmuştur. Literatürde sağlık bilincini kullanan çalışmaların büyük bir kısmı organik gıdalara yönelik tutum ve davranışsal niyetlerle ilgilidir. Bununla birlikte, sağlık bilincinin genel

olarak sağlıklı gıdalarla olan ilişkisine odaklanan ve sağlık bilincini etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma ile tüketicilerin sağlık bilinçlerini ve sağlıklı gıda satın alma niyetlerini etkileyen enformasyonla ilişkili faktörlerin belirlenmesi, ilgili literatüre katkı sağlaması anlamında önemlidir. Bunun dışında çalışmadan elde edilen sonuçların gıda sektörü ve sosyal pazarlama çalışanlarına da yol gösterici olması beklenmektedir. Bu çalışmadaki aracı etkilere ait analizler Andrew F. Hayes'in PROCESS isimli makrosu kullanılarak yapılmıştır. PROCESS ile yapılan Türkçe çalışma ve kaynaklar sınırlıdır. Bu nedenle PROCESS kurulum ve kullanım aşamalarının adım adım anlatıldığı bu çalışmanın uygulayıcılar için kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir.

3.3. Araştırma Modeli ve Hipotezler

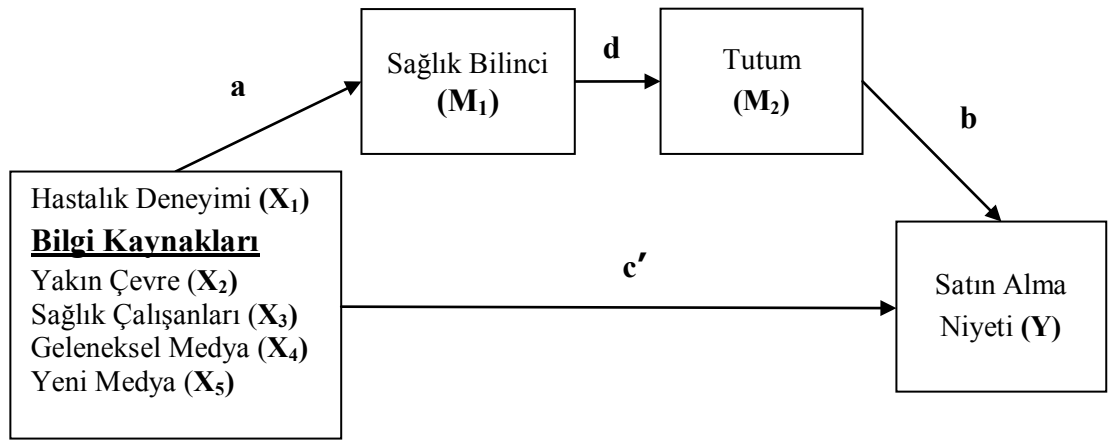
Bu çalışmada tüketicilerin hastalık deneyimlerinin ve sağlık bilgi kaynağı kullanımının sağlıklı gıda satın alma niyeti arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun seri aracı olarak etki gösterdikleri savunulmaktadır.

Aracılık modelleri, belirli bir etkinin nasıl ya da hangi mekanizmalarla gerçekleştiğini belirlemeye yardımcı olur (Holmbeck, 1997: 599). Bir aracılık modelinde, bir bağımsız değişkenin (X), bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisi aracılık eden değişken/ler (M_k) aracılığıyla iletilmekte. yani X , M' 'ye, M' 'de Y 'ye neden olmaktadır (Fritz ve MacKinnon, 2007: 233) Aracı etkinin oluşması için öncelikle aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir (Baron ve Kenny, 1986: 1177):

1. Bağımsız değişkenin aracı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi olmalıdır (***a yolu***).
2. Aracı değişkenin, bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi olmalıdır (***b yolu***).
3. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde (toplam etki) anlamlı bir etkisi olmalıdır (***c yolu***).
4. Bu ön şartlara ek olarak iki seri aracı içeren bir aracılık modelinde, bağımsız değişkenden etki alan ilk aracı değişken (M_1), ikinci aracı değişkeni (M_2) nedensel olarak anlamlı bir şekilde etkilemelidir (***d yolu***) (Hayes, 2018: 1167).
5. Son olarak bu koşulların tümü sağlandığında tam veya kısmi aracılık etkisinden söz edebilmek için aracı değişken/ler modele eklendiğinde bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki önceden anlamlı olan yolun anlamlılık düzeyinde bozulma ya da azalma ve/veya etki katsayısında azalma olması gerekir (***c' yolu***) (Baron ve Kenny, 1986: 1177).

Bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasındaki anlamlılık düzeyi (P_c) bozulursa “tam aracılık (full mediation)”, anlamlılık düzeyinde azalma meydana gelirse “kısmi aracılık (partial mediation)” etkisinden söz edilebilmektedir (Baron ve Kenny, 1986: 1177; Michaelidou ve Hassan, 2008: 10; F. Koç vd., 2014: 6).

Çalışmada beş farklı bağımsız değişkenin olduğu beş model kullanılacak olup yapılacak regresyon analizlerinde bu modeller ayrı ayrı sınanacaktır. Tüm bu modellerin bir bütün olarak değerlendirilebilmesi için Şekil 2’deki araştırma modelinde birlikte gösterilmiştir.



Şekil 2: Araştırma Modeli

Ajzen (2005) çalışmasında enformasyonla ilişkili faktörleri Planlı Davranış Teorisi’nin arka plan faktörleri olarak belirlemiştir. Bu faktörler içinde belirtilen deneyim, bu çalışmada “hastalık deneyimi” bağlamında ele alınacak olup Ajzen’in bilgi ve medya etkisi olarak belirttiği faktörler “bilgi kaynakları” başlığı altında incelenecektir.

Bu araştırmanın iki temel amacı vardır. Bunlar:

1. Hastalık deneyimi ile sağlıklı gıda satın alma niyeti
2. Sağlık bilgi kaynaklarının kullanımı ile sağlıklı gıda satın alma niyeti

arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun aracı etkilerinin olup olmadığını belirlemektir.

Sağlık bilincini kullanan çalışmalarda sağlık bilincinin özellikle tüketicilerin organik gıdalara yönelik tutumun ve bu tutumun satın alma niyeti üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Özellikle Planlı Davranış Teorisi alt yapısını kullanan bu çalışmaların çoğunda, sağlık bilincinin organik gıdalara yönelik tutumu, olumlu anlamda etkilediği

sonucuna ulaşılmıştır (Michaelidou ve Hassan, 2008; Chen, 2009; Irianto, 2015; Hsu, vd., 2016; Kvatchadze ve Akıncı, 2018). Disla (2005) ise Yeniliklerin Yayılması Teorisi çerçevesinde yaptığı çalışmada sağlık bilincinin, fonksiyonel gıdaların benimsenmesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki aracı etkilerin belirlenebilmesi için daha önce de belirtildiği üzere öncelikle bazı koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu çalışmada bağımsız değişkenler olarak belirlenen hastalık deneyimi ve kullanılan sağlık bilgi kaynaklarına yönelik farklı ölçümlere yer verildiğinden dolayı, sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun aracılık etkileri beş ayrı model ile sınanacaktır. Bu nedenle Şekil 2’de verilen “Araştırma Modeli” doğrultusunda, her bir bağımsız değişken için ayrı bir model oluşturulacak ve PROCESS makrosu kullanılarak modelde tahmin edilmek istenilen yolların anlamlılıkları test edilecektir. Bu bağlamda araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir: verilebilir:

H₁: Hastalık deneyimi ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun seri aracı etkisi vardır. (*Model 1*)

H₂: Sağlık bilgi kaynağı olarak yakın çevrenin kullanımı ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun seri aracı etkisi vardır. (*Model 2*)

H₃: Sağlık bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarının kullanımı ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun seri aracı etkisi vardır. (*Model 3*)

H₄: Sağlık bilgi kaynağı olarak geleneksel medyanın kullanımı ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun seri aracı etkisi vardır. (*Model 4*)

H₅: Sağlık bilgi kaynağı olarak yeni medyanın kullanımı ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun seri aracı etkisi vardır. (*Model 5*)

Bu çalışmada sağlık bilgi kaynağı olarak sağlık kitaplarının kullanımı ayrı olarak ölçülmesine karşın sağlık kitaplarının geleneksel medya altında değerlendirilen gazete ve dergiler gibi yazılı bir iletişim kaynakları olması sebebiyle geleneksel medya kullanımı altında değerlendirilmesi uygun görülmüştür.

3.4. Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örnekleme

Bu araştırmanın ana kütlesini Türkiye'deki 18 yaş üzeri tüketiciler oluşturmaktadır. Tam sayım yapmanın imkânsızlığı, örnekleme yapmayı zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle veri toplama tekniğinin online anket aracılığıyla yapılacak olması örnekleme yönteminin "kolayda örnekleme" olmasını zorunlu kılmıştır. Böylece ankete gönüllü olarak katılmak isteyen tüketiciler örneklem olarak belirlenmiştir. Çalışmada olasılıklı örnekleme yöntemi seçilmediği için elde edilen bulgular araştırma örnekleme ile sınırlıdır. Bu durum çalışmanın bir kısıtı olarak değerlendirilebilir.

Bir örneklemden elde edilen veriler aracılığı ile ana kütle hakkında genellemeler yapılabilmektedir. Örneklem ne kadar büyükse ana kütle için yapılan bu genellemelerde yanılma olasılığı azalmaktadır (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2017: 143).

Sekaran (1992: 253), ana kütle büyüklüğü 10.000.000'un üzerinde olan araştırmalar için, %5 hata seviyesinde en az 384 adet örneklemin yeterli olduğunu belirtmektedir (Aktaran Coşkun vd., 2017: 144). Bu nedenle bu araştırma için gereken örneklem büyüklüğü en az 384 olarak belirlenmiş ve yapılan anket uygulaması sonucu ulaşılan 450 kişi ile yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Ölçüm Aracı ve Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak 'anket yöntemi' kullanılmış olup, bu anketin katılımcılara uygulanması internet ortamında yapılmıştır. Anket formunun açık uçlu sorular içeren ilk bölümü, gerekli düzeltme ve düzenlemeleri yapmak amacıyla, 40 kişilik bir gruba online bir anket formu kullanılarak uygulanmıştır. Yapılan bu pilot uygulama sonrasında ankete katılımı ve analiz işlemlerini kolaylaştırmak için görsel ve teknik olarak bazı düzenlemelerde bulunulmuş ve ankete son şekli verilmiştir.

Veri toplama aracı olarak kullanılacak olan anket, Google anket formu kullanılarak hazırlanmıştır. 30 Mart - 23 Nisan 2019 tarihleri arasında farklı sosyal medya kanalları kullanılarak farklı şehirlerde yaşayan tüketicilere sunulmuş, alınan yanıtlar internet ortamında kaydedilmiştir.

Yapılan anket uygulaması sonucunda toplamda 468 katılımcıya ulaşılmıştır. Veri toplama işlemi online olarak gerçekleştirildiği için ölçeklere yönelik ifadelerin yanıtlanmadan gönderilmesi yapılan teknik düzenlemelerle engellenmiştir. Verilerin

kontrolünde, çift gönderim yapıldığı tespit edilen 12 adet ve regresyon analizi ön şartlarına uygun olmadığı tespit edilen 6 adet anketin elenmesi sonucu 450 anket değerlendirilmeye alınmıştır

Anket formu genel olarak 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde öncelikle katılımcıların “sağlıklı gıda” algıları ölçülmeye çalışılmış ve “sağlıklı gıda” dendiğinde ne anladıkları sorulmuştur. Daha sonra katılımcılardan sağlıklı olarak düşündükleri gıdaları ve bu gıdaları satın alma yerlerini belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların kendi ifadeleri ile cevaplamalarının istendiği bu üç soruda herhangi bir cevap seçeneği verilmemiştir. Bu soruların dışında katılımcılara göre sağlıklı gıda tanımında olması gereken özellikleri ve katılımcıların ambalajlı gıdada dikkat ettikleri özellikleri belirlemeye yönelik sorular da bu bölümde yer almaktadır. Bu bölümdeki nitel olarak cevaplanması istenen açık uçlu sorular nedeniyle bu bölüm dahilinde olan “sağlıklı bir gıdanın tanımında olması gereken özellikler” ile ilgili çoktan seçmeli soru katılımcıların etkilenme ihtimalini ortadan kaldırmak için anketin son bölümlerinde konumlandırılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde araştırma modelindeki değişkenleri (hastalık deneyimi, sağlık bilgi kaynakları, sağlık bilinci, sağlıklı gıdalara yönelik tutum, sağlıklı gıda satın alma niyeti) ölçmek için oluşturulmuş ifadeler yer almaktadır. Anketteki bu ifadelerin değerlendirilmesi 5’li “Likert Ölçeği” (1: Hiç Katılmıyorum...5: Tamamen Katılıyorum) aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

Anketin üçüncü ve son bölümünde ise araştırmaya katılan tüketicilerin bazı demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş ve eğitim durumu) belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır.

Ölçeklerin hazırlanmasında farklı çalışmalarda kullanılan ölçekler kullanılmıştır. Çalışmada sağlık bilinci ölçeği olarak Hong (2009)’un çalışmasındaki ölçek kullanılmış, diğer değişkenleri ölçmek için ise, literatürde sağlıklı gıdalar başlığı altında herhangi bir ölçek bulunamadığı için organik ve fonksiyonel gıdalara yönelik yapılan farklı çalışmalardaki ölçeklerin uyarlanması yoluna gidilmiştir. Bu doğrultuda çalışma amacına uygun olarak hazırlanmış olan anket formu EK 4’te verilmiş olup, kullanılan ölçekler ve bu ölçeklerin hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar aşağıda verilmiştir.

Tablo 1**Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Yararlanılan Kaynaklar**

Değişken	Kullanılan Ölçeklerdeki İfadeler	Kaynak
Kullanılan Sağlık Bilgi Kaynakları	Sağlıkla ilgili bilgileri, aile ve arkadaşlarım gibi yakın çevremden alırım.	Bilim (2015)
	Sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık çalışanları (doktor, diyetisyen vb.) ve sağlık kuruluşlarından (hastane, sağlık ocağı vb.) alırım.	
	Sağlıkla ilgili bilgileri, geleneksel medya kanallarından (TV, radyo, gazete, dergi, reklam, kamu spotu vb.) alırım.	
	Sağlıkla ilgili bilgileri, yeni medya kanallarından (internet, sosyal medya vb.) alırım.	
	Sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık kitaplarından alırım.	
Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutum	Sağlıklı gıdaların, diğer gıdalardan daha düşük kimyasal katkılarına sahip olduğuna inanırım.	Teng ve Wang (2015)
	Sağlıklı gıdalara diğer gıdalardan daha fazla güvenirim.	Fettahlıoğlu ve Topoyan (2009)
	Sağlıklı gıdaların bana daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sağlayacağına inanırım.	Urala ve Lähteenmaki (2007)
	Sağlıklı gıdalar sağlıklı bir yaşam tarzını takip etmeyi kolaylaştırır.	Armitage ve Conner (1999)
	Sağlıklı gıda yememek kendimi suçlu hissettirir.	Teng ve Wang (2015)
Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti	Her zaman için sağlıklı gıda ürünü satın alma olasılığım yüksektir.	Kvatchadze ve Akıncı (2018)
	Fiyatı ne olursa olsun sağlıklı gıda satın almak isterim.	Sparks ve Guthrie (1998)
	Bundan sonra da sağlıklı gıdalar satın almaya çalışacağım.	Varinli, Erdem ve Yıldız (2012)
	Aileme ve arkadaşlarıma sağlıklı gıdalar satın almalarını tavsiye ederim.	
Sağlık Bilinci	Sağlığım konusunda oldukça bilinçliyim.	Hong (2009)
	Sağlığım konusunda iç sesimi çoğunlukla dikkate alırım.	
	Sağlığım hakkında çok düşünürüm.	
	Sağlığım hakkında sürekli endişe duyarım.	
	Gün içerisinde fiziksel anlamda nasıl hissettiğime dikkat ederim.	
	Sağlığım söz konusu olduğunda sorumluluk almaktan kaçınmam.	
	Sağlıklı olabilmek için kendi üzerime düşeni yaparım.	
	Sadece hasta olduğum zamanlarda sağlığımdan endişe ederim. (Bu ifade ters kodlanmıştır.)	
	Herhangi bir hastalık yaşamadan hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	
	Sağlığım, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.	
	Olabildiğince sağlıklı bir şekilde hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Değerleri

Güvenilirlik analizleri, herhangi bir konuda örneklemden veri toplama amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin kendi aralarında tutarlı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılır. Bu yöntemler içerisinde Alpha (Cronbach) yöntemi, en yaygın kullanım alanına sahip güvenilirlik analizidir (Ural ve Kılıç, 2013: 280).

Yukarıdaki tabloda da (Tablo 1) görüleceği üzere araştırmada kullanılan sağlık bilinci ölçeği için 11, sağlıklı gıdalara yönelik tutum ölçeği için 5, sağlıklı gıda satın alma niyeti ölçeği için 4 ifadeli ölçekler kullanılmıştır. Katılımcıların bu ölçeklere verdikleri cevapların analizinden önce ölçeklerin güvenilirliği ile ilgili olarak analizler yapılmıştır. Bu analizler sonucunda elde edilen sağlık bilinci ölçeği ifadelerine ait madde-korelasyon değerleri, ölçekteki dördüncü ifade olan “Sağlığım hakkında sürekli endişe duyarım” ifadesinin çıkartılmasının Cronbach Alfa iç tutarlılık değerini 0,778’den 0,788’e yükselteceğini öngörmektedir. Bu nedenle sağlık bilinci ölçeğindeki “Sağlığım hakkında sürekli endişe duyarım” ifadesinin analizden çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu ifadenin analizden çıkartılması sonrası iç tutarlılık analizi tekrarlanmış olup aşağıda verilen tabloda bu araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha iç tutarlılık analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 2

Ölçeklerin İç Tutarlılık Analiz Sonuçları

Değişkenler	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Sağlık Bilinci	10	0,788
Tutum	5	0,713
Satın Alma Niyeti	4	0,726

Tablo 2’de görüleceği üzere araştırmada kullanılan ölçeklere ait iç tutarlılık analizi sonuçları 0,70’in üzerindedir. Bu değer 0,60 ile 0,80 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir nitelikte olduğunda göstermektedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018: 19).

3.6. Veri Analizi ve Araştırma Bulguları

Araştırma verilerinin analizi SPSS.22 paket programı ve Andrew F. Hayes’in makrosu PROCESS kullanılarak yapılmıştır.

3.6.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Bu kısımda, araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ile sağlıklı gıdalara yönelik düşüncelerinin belirlenmesi için yöneltilen sorulara verdikleri cevapların tanımlayıcı analiz bulgularına yer verilmektedir.

3.6.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışma kapsamında gönüllü olarak online ankete katılan 450 katılımcıya ait demografik özellikler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3
Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellikler	Seçenekler	Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	318	70,7
	Erkek	132	29,3
Yaş Grubu	18-24	49	10,9
	25-34	124	27,6
	35-44	190	42,2
	45-54	61	13,6
	55 ve üzeri	26	5,8
Eğitim Durumu	İlkokul	3	0,7
	Ortaokul	4	0,9
	Lise	69	15,3
	Ön Lisans	50	11,1
	Lisans	255	56,7
	Lisansüstü	69	15,3

Tabloda görüleceği üzere ankete katılan 450 katılımcının % 70,7 ile büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 18-73 arasında değişkenlik göstermekle birlikte yaşa göre grup dağılımında, 35-44 yaş aralığındaki katılımcılar %42,2 oranı ile belirgin bir ağırlığa sahiptir. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında ise %56,7 ile lisans mezunlarının çoğunlukta olduğu görülmektedir. Lise ve lisansüstü mezunları ise örnekleme aynı oranlarda temsil edilmektedir (%15,3).

3.6.1.2. Katılımcıların Sağlıklı Gıda Algıları

Katılımcıların “Sağlıklı Gıda” dendiğinde ne anladıklarına yönelik açık uçlu soruya verdikleri cevapların çözümlenmesini içeren bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir. Katılımcıların çoğu verdikleri cevaplarda birden fazla ifade kullandıkları için aşağıdaki tabloda verilen ifadelere ait frekans toplamı, toplam katılımcı sayısından fazladır.

Tablo 4

Katılımcıların Sağlıklı Gıda Algıları

Kullanılan İfadeler	f	%	Kullanılan İfadeler	f	%
Zararlı kimyasal - katkı maddesi içermeyen	136	18,5	Taze - Bozulmamış	24	3,2
Doğal	87	11,8	Az işlenmiş - İşlenmemiş	23	3,1
Vücut için zararı - yan etkisi olmayan	74	10	Güvenli - Güvenilir	16	2,2
Organik	68	9,2	Az şekerli - Mısır şurubu içermeyen	12	1,6
GDO içermeyen	48	6,5	Belirli kontrollerden geçmiş	7	0,9
Vücut için faydalı	42	5,7	Düşük kalori içeren - Kilo aldırmayan	7	0,9
Temiz - Hijyenik	37	5	Mevsiminde üretilmiş	6	0,8
İlaç - hormon kullanılmamış	36	4,9	Az yağlı - Doymuş yağ ve trans yağ içermeyen	6	0,8
Besin değeri yüksek	31	4,2	Ev yapımı - Ev yemekleri	5	0,7
Ambalajsız - Paketsiz	25	3,4	Diğer	49	6,6
Toplam				740	100

Tabloda görüleceği üzere katılımcılar “sağlıklı gıdalar” için en sık olarak “zararlı kimyasal ya da katkı maddesi içermeyen” ifadelerini kullanmışlardır (%18,5). Katılımcılar yanıtlarında ikinci sırada “doğal” kelimesini sık kullanmışlardır (%11,8). Katılımcıların üçüncü sırada ise “sağlığa zararı ya da yan etkisi olmayan” (%12,6) ifadelerini çok sık kullandıkları görülmektedir (%10,1). Katılımcılar dördüncü sırada ise “organik” kelimesini kullanarak organik gıdaları sağlıklı olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (%9,2). Bunun yanında katılımcıların cinsiyetlerine, yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre sağlıklı gıda algılarının değişiklik gösterip göstermediği araştırılarak aşağıdaki tablolarda (Tablo 7, Tablo 8, Tablo 9) verilmiştir.

Tablo 5**Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlıklı Gıda Algıları**

Kullanılan İfadeler	Kadın		Erkek	
	f	%	f	%
Zararlı kimyasal - Katkı maddesi içermeyen	106	20	31	14,8
Doğal	62	11,7	25	11,9
Vücut için zararı - Yan etkisi olmayan	48	9,1	26	12,4
Organik	47	8,9	21	10
GDO içermeyen	36	6,8	12	5,7
Vücut için faydalı	28	5,3	14	6,7
Temiz - Hijyenik	26	4,9	11	5,2
İlaç - Hormon kullanılmamış	28	5,3	8	3,8
Besin değeri yüksek	20	3,8	11	5,2
Ambalajsız - Paketsiz	19	3,6	6	2,9
Taze - Bozulmamış	20	3,8	4	1,9
Az işlenmiş - İşlenmemiş	18	3,4	5	2,4
Güvenli - Güvenilir	11	2,1	5	2,4
Az şekerli - Mısır şurubu içermeyen	8	1,5	4	1,9
Belirli kontrollerden geçmiş	3	0,6	4	1,9
Düşük kalori içeren - Kilo aldırmayan	5	0,9	2	1
Mevsiminde üretilmiş	5	0,9	1	0,5
Az yağlı - Doymuş yağ ve trans yağ içermeyen	3	0,6	3	1,4
Ev yapımı - Ev yemekleri	3	0,6	2	1
Diğer	34	6,4	15	7,1
Toplam	530	100	210	100

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlıklı gıda algıları incelendiğinde kadın katılımcıların %20'si, erkek katılımcıların ise %14,8'i olmak üzere en çok “zararlı kimyasal ya da katkı maddesi içermeyen” gıdaların sağlıklı olarak nitelendirildiği belirlenmiştir. Sağlıklı gıda algılarını belirtirken kadın katılımcılar ikinci sırada “doğal” (%11,7), erkek katılımcılar ise ikinci sırada “vücut için zararı ya da yan etkisi olmayan” (%11,9) ifadelerini kullanmışlardır. Bunların dışında “organik” kelimesinin her iki cinsiyetteki katılımcılar tarafından dördüncü sırada kullanıldığı görülmektedir (Sırasıyla %8,9 ve %10). Tablo genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlıklı gıda algılarında çok belirgin farklılıklar olmadığı görülmektedir.

Tablo 6

Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Gıda Algıları

Kullanılan İfadeler	18-24 yaş grubu		25-34 yaş grubu		35-44 yaş grubu		45-54 yaş grubu		55 yaş ve üzeri	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Zararlı kimyasal - Katkı maddesi içermeyen	12	16,4	43	20,8	53	16,9	26	23,2	3	8,6
Doğal	6	8,2	23	11,1	39	12,5	16	14,3	3	8,6
Vücut için zararı - Yan etkisi olmayan	10	13,7	14	6,8	35	11,2	7	6,3	8	22,9
Organik	9	12,3	22	10,6	26	8,3	6	5,4	5	14,3
GDO içermeyen	6	8,2	15	7,2	20	6,4	6	5,4	1	2,9
Vücut için faydalı	6	8,2	13	6,3	19	6,1	4	3,6	0	0
Temiz - Hijyenik	1	1,4	13	6,3	12	3,8	6	5,4	5	14,3
İlaç - Hormon kullanılmamış	3	4,1	6	2,9	15	4,8	8	7,1	4	11,4
Besin değeri yüksek	4	5,5	10	4,8	16	5,1	1	0,9	0	0
Ambalajsız - Paketsiz	2	2,7	5	2,4	15	4,8	2	1,8	1	2,9
Taze - Bozulmamış	3	4,1	8	3,9	7	2,2	5	4,5	1	2,9
Az işlenmiş - İşlenmemiş	2	2,7	5	2,4	12	3,8	4	3,6	0	0
Güvenli - Güvenilir	0	0	2	1	10	3,2	4	3,6	0	0
Az şekerli - Mısır şurubu içermeyen	1	1,4	3	1,4	4	1,3	4	3,6	0	0
Belirli kontrollerden geçmiş	2	2,7	1	0,5	4	1,3	0	0	0	0
Düşük kalori içeren - Kilo aldırmayan	1	1,4	3	1,4	3	1	0	0	0	0,0
Mevsiminde üretilmiş	1	1,4	2	1	2	0,6	0	0	1	2,9
Az yağlı - Doymuş yağ ve trans yağ içermeyen	0	0	3	1,4	1	0,3	2	1,8	0	0
Ev yapımı - Ev yemekleri	1	1,4	2	1	0	0	2	1,8	0	0
Diğer	3	4,1	14	6,8	20	6,4	9	8	3	8,6
Toplam	73	100	207	100	313	100	112	100	35	100

Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlıklı gıda algılarına bakıldığında en çok 45-54 yaş grubunun “zararlı kimyasal ya da katkı maddesi içermeyen” (%23,2) ve “doğal” (%14,3) ifadelerini kullandıkları görülmektedir. “Vücut için zararı ya da yan etkisi olmayan” (%22,9) ve “organik” (%14,3) ifadeleri ise en çok 55 yaş ve üzeri yaş grubu tarafından kullanılmıştır. Tablo genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların yaş gruplarına göre sağlıklı gıda algılarında önemli bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 7**Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sağlıklı Gıda Algıları**

Kullanılan İfadeler	İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Zararlı kimyasal - Katkı maddesi içermeyen	1	25	1	20	19	19,8	16	18	81	18,9
Doğal	0	0	1	20	15	15,6	6	6,7	53	12,4
Vücut için zararı - Yan etkisi olmayan	1	25	0	0	6	6,3	7	7,9	48	11,2
Organik	0	0	0	0	12	12,5	12	13,5	34	7,9
GDO içermeyen	0	0	0	0	7	7,3	12	13,5	24	5,6
Vücut için faydalı	0	0	1	20	6	6,3	4	4,5	21	4,9
Temiz - Hijyenik	0	0	0	0	5	5,2	6	6,7	23	5,4
İlaç - Hormon kullanılmamış	0	0	0	0	2	2,1	5	5,6	23	5,4
Besin değeri yüksek	0	0	0	0	1	1	4	4,5	19	4,4
Ambalajsız - Paketsiz	1	25	0	0	2	2,1	3	3,4	14	3,3
Taze - Bozulmamış	0	0	0	0	2	2,1	3	3,4	15	3,5
Az işlenmiş - İşlenmemiş	0	0	0	0	3	3,1	2	2,2	14	3,3
Güvenli - Güvenilir	0	0	0	0	2	2,1	3	3,4	8	1,9
Az şekerli - Mısır şurubu içermeyen	0	0	0	0	0	0	2	2,2	6	1,4
Belirli kontrollerden geçmiş	0	0	0	0	1	1	1	1,1	4	0,9
Düşük kalori içeren - Kilo aldırmayan	0	0	0	0	1	1	0	0	6	1,4
Mevsiminde üretilmiş	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,2
Az yağlı - Doymuş ve trans yağ içermeyen	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,2
Ev yapımı - Ev yemekleri	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,2
Diğer	1	25	2	40	12	12,5	3	3,4	21	4,9
Toplam	4	100	5	100	96	100	89	100	429	100

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre sağlıklı gıda algılarına bakıldığında “zararlı kimyasal ya da katkı maddesi içermeyen” ifadesinin bütün eğitim düzeylerinde en sık olarak belirtilen ifade olduğu görülmektedir. Bunun dışında “organik” ifadesi ön lisans (%13,5) ve lise (%12,5) eğitim düzeyindeki katılımcılar tarafından daha sık olarak kullanılmıştır. Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlıklı gıda algıları genel olarak değerlendirildiğinde önemli bir farklılık olmadığı gözlenmektedir.

3.6.1.3. Katılımcıların Sağlıklı Gıda Örnekleri ve Satın Alma Yerleri

Katılımcılara “sağlıklı gıda” olarak düşündükleri üç gıda örneğini ve bu gıdaları satın alma yerlerini belirtmeleri istenmiştir. Anket sonuçları değerlendirilirken bazı katılımcıların üçten fazla sağlıklı gıda örneği ve satın alma yeri belirttikleri, bazı katılımcıların ise hiçbir örnek belirtmedikleri görülmüştür. Böylece frekans analizi, katılımcıların tüm cevapları göz önünde bulundurularak yapılmış olup en sık belirtilen sağlıklı gıda örnekleri ve belirtilen sağlıklı gıda örneklerini satın alma yerleri aşağıdaki tablolarda (Tablo 8 ve Tablo 9) verilmiştir.

Tablo 8

Katılımcıların Sağlıklı Gıda Örnekleri

Sağlıklı Gıda Örneği	f	%	Sağlıklı Gıda Örneği	f	%
Süt ve süt ürünleri (Ev yapımı yoğurt, peynir, kefir vb.)	347	25,3	Zeytinyağı (Organik, soğuk sıkım, sızma)	31	2,3
Sebze (Ispanak, maydanoz, sarımsak, karnabahar vb.)	241	17,5	Tereyağı	30	2,2
Meyve (Domates, zeytin, elma, avokado, portakal vb.)	212	15,4	Kuruyemiş (Ceviz, badem, fındık)	29	2,1
Yumurta (Organik, doğal, gezen tavuk ve köy yumurtası)	127	9,3	Tahıl ve tahıl ürünleri (Bulgur, karabuğday, makarna)	27	2
Kırmızı et ve et ürünleri (Organik, işlenmemiş)	101	7,4	Tavuk (Organik)	17	1,2
Balık	43	3,1	Su	17	1,2
Baklagil	36	2,6	Bal	14	1
Ekmek (Ekşi mayalı, glutensiz, ev yapımı, tam buğdaylı)	35	2,5	Diğer (Tarhana, salça, pekmez, sirke, reçel vb.)	68	4,9
Toplam				1375	100

Analiz sonuçlarına göre “sağlıklı gıda” olarak en sık belirtilen cevabın “süt ve süt ürünleri” (%25,2) ile “sebze” (%17,5) olduğu görülmektedir. Üçüncü ve dördüncü olarak en sık verilen cevaplar ise “meyve” (%15,4) ve “yumurta”dır (%9,2). Katılımcılar beşinci sırada kırmızı et ve et ürünlerini (%7,3) sağlıklı gıda örneği olarak verirken, balık altıncı sırada (%3,1), baklagiller (%2,6) ise yedinci sırada verilen sağlıklı gıda örnekleridir. Bunun dışında analiz sonuçlarında katılımcıların sağlıklı gıda örneklerini özellikle doğal, ev yapımı, organik ve işlenmemiş gibi ifadelerle belirttikleri göze çarpmaktadır.

Tablo 9

Katılımcıların Sağlıklı Gıda Satın Alma Yerleri

	Kendi Üretimi		Market		Pazar		Köy - Çiftçi		Manav		Kasap - Şarküteri		Fırın		Diğer		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Süt ve süt ürünleri	146	41,5	88	25,0	21	6,0	78	22,1	0	0	6	1,7	0	0	13	3,7	352	100
Sebze	11	4,2	70	26,6	125	47,5	15	5,7	32	12,2	0	0	0	0	10	3,8	263	100
Meyve	22	9,7	63	27,8	87	38,3	11	4,8	32	14,1	0	0	0	0	12	5,3	227	100
Yumurta	10	7,7	50	38,8	11	8,5	50	38,8	0	0,0	5	3,9	0	0	3	2,3	129	100
Kırmızı et ve et ürünleri	5	4,8	26	25	2	1,9	6	5,8	3	2,9	59	56,7	0	0	3	2,9	104	100
Balık	2	4,5	11	25	27	61,4	1	2,3	0	0	0	0	0	0	3	6,8	44	100
Baklagil	1	2,6	23	59	8	20,5	3	7,7	0	0	0	0	0	0	4	10,2	39	100
Ekmek	4	11,1	8	22,2	5	13,9	2	5,6	0	0	0	0	15	41,7	2	5,5	36	100
Zeytinyağı	3	9,7	12	38,7	0	0	6	19,4	0	0	0	0	0	0	10	32,2	31	100
Tereyağı	2	6,7	2	6,7	4	13,3	18	60	0	0	3	10	0	0	1	3,3	30	100
Kuruyemiş	3	9,7	10	32,3	4	12,9	5	16,1	0	0	0	0	0	0	9	29	31	100
Tahıl ve tahıl ürünleri	0	0	16	57,1	4	14,3	4	14,3	0	0	0	0	0	0	4	14,3	28	100
Tavuk	4	22,2	6	33,3	0	0	3	16,7	0	0	4	22,2	0	0	1	5,6	18	100
Su	0	0	10	62,5	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0	5	31,2	16	100
Bal	0	0	2	14,3	0	0,0	11	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0	1	7,1	14	100
Diğer (Tarhana, salça, pekmez, sirke, reçel vb.)	24	33,8	19	26,8	11	15,5	6	8,5	1	1,4	3	4,2	0	0	7	9,8	71	100

Tablo 9’da verilen sağlıklı gıda satın alma yerleri incelendiğinde katılımcıların sağlıklı gıda örneği olarak en sık olarak belirttikleri süt ve süt ürünlerini çoğunlukla kendilerinin yaptıkları görülmektedir (%41,5). İkinci ve üçüncü sırada belirtilen sebze (%47,5) ve meyve (%38,3) ise büyük çoğunlukla semt ve köylü pazarlarından alınmaktadır. Katılımcılar dördüncü sırada sağlıklı gıda olarak belirttikleri yumurtayı satın alma yeri olarak özellikle market ve köy-çiftçi cevaplarını aynı oranda vermişlerdir (%38,8). Beşinci sırada verilen sağlıklı gıda örneği olan kırmızı et ve et ürünleri katılımcılar tarafından en çok kasap-şarküteri gibi yerlerden satın alınmaktadır (%56,7). Tablo incelendiğinde sırasıyla diğer sağlıklı gıda örnekleri olan balıgım, pazarlardan (%61,4), baklagillerin, marketlerden (%59), ekmeğin, fırınlardan (%41,7), zeytinyağının marketlerden (%38,7), tereyağının, köy ve çiftçilerden (%60) daha çok satın alındığı görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre belirtilen diğer sağlıklı gıda örnekleri olan kuruyemişler (%32,3), tahıl ve tahıl ürünleri (%57,1), tavuk (%33,3) ve su (%62,5) marketlerden, bal ise en çok köy veya çiftçilerden satın alınmaktadır.

3.6.1.4. Sağlıklı Gıda Tanımında Olması Gereken Özellikler

Katılımcılara sağlıklı bir gıdada bulunması gereken özelliklerin neler olması gerektiği sorulmuş, çoklu cevap seçeneklerinden uygun gördüklerini işaretlemeleri istenmiştir.

Tablo 10
Katılımcılara Göre Sağlıklı Gıda Özellikleri

Sağlıklı Gıda Özelliği	f	%
Taze ve doğal	413	13,3
Kimyasal katkı maddesi içeriği düşük ya da hiç içermeyen	396	12,7
Az işlem görmüş ya da hiç işlenmemiş	358	11,5
Trans yağ içermeyen	334	10,8
Vitamin ve mineral içeriği yüksek	304	9,8
Şeker içeriği düşük	299	9,6
Lif içeriği yüksek	250	8,0
Tuz içeriği düşük	235	7,6
Protein içeriği yüksek	205	6,6
Yağ içeriği düşük	193	6,2
Kalorisi düşük	120	3,9
Toplam	3106	100

Katılımcıların birden fazla cevap seçeneği işaretleyebildikleri bu soruda yukarıdaki tabloda belirtilen frekanslar her bir soruya verilen cevap sayısını, % değerleri ise verilen cevabın tüm cevaplar içindeki nisbi frekansını göstermektedir. Tabloda görüleceği üzere katılımcılar çoklu cevap seçeneklerinden en çok ‐taze ve doğal‐ seçeneğini işaretlemişlerdir (%13,3). İkinci ve üçüncü sırada en sık verilen cevaplar ise ‐kimyasal katkı maddesi içeriği düşük ya da hiç içermeyen‐ (%12,7) ve ‐az işlem görmüş ya da hiç işlenmemiş‐ (%11,5) seçenekleridir. En az sıklıkla belirtilen seçenekler ise sırasıyla ‐kalorisi düşük‐ (%3,9) ve yağ içeriği düşük (%6,2) seçenekleridir.

3.6.1.5. Ambalajlı Gıdada Dikkat Edilen Ambalaj Bilgileri

Bu çalışmada katılımcıların ambalajlı gıda satın alma düzeylerini ölçmek için ‐Ambalajlı gıda satın alır mısınız?‐ sorusu yöneltilmiştir. 450 katılımcının %84,9’u (382 kişi) ambalajlı gıda kullandığını, %15,1’i (68 kişi) ise ambalajlı gıda kullanmadığını belirtmiştir. Bu sorunun ardından ambalajlı gıda kullandığını belirten katılımcılara, ambalajlı gıdada dikkat ettikleri ambalaj bilgileri sorulmuştur. Online ankette, ambalajlı gıda kullanmadığını belirten katılımcıların bu soruyu geçmesi şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. Bu soruda da bir katılımcı birden fazla cevap işaretleyebildiği için, aşağıdaki tabloda verilen frekanslar her bir soruya verilen cevap sayısını, % değerleri ise tüm cevaplar içindeki nisbi frekansını göstermektedir.

Tablo 11

Katılımcıların Ambalajlı Gıdada Dikkat Ettikleri Ambalaj Bilgileri

Ambalaj Bilgisi	f	%	Ambalaj Bilgisi	f	%
Son kullanım tarihi	369	14,9	Organik ürün sertifikası	143	5,8
Katkı maddesi içeriği	272	11	Alerjen madde içeriği	128	5,2
Marka	270	10,9	Kullanım şekli	124	5
Fiyat	232	9,3	Kalori miktarı	113	4,5
Trans yağ içeriği	209	8,4	Helal ürün sertifikası	113	4,5
Üretim yeri	204	8,2	Alkol içeriği	93	3,7
Besin içeriği	191	7,7	Vegan ürün sertifikası	22	0,9
Toplam				2483	100

Katılımcılara seçenek olarak, ambalaj üzerinde bulunması muhtemel ondört farklı ambalaj bilgisi verilmiştir. Katılımcıların bu seçenekler içinde en çok dikkat ettikleri ambalajlı gıda özelliği “son kullanma tarihi”dir (%14,9). Bunun dışında katılımcıların ikinci ve üçüncü sırada dikkat ettikleri ambalaj bilgilerinin sırasıyla “katkı maddesi içeriği” (%11) ve “marka” olduğu görülmektedir (%10,9). En az dikkat edilen ambalaj bilgileri ise “vegan ürün sertifikası” (%0,9) ve “alkol içeriği”dir (%3,7).

3.6.1.6. Hastalık Deneyimlerine Yönelik Betimleyici Bulgular

Katılımcıların hastalık deneyimini belirlemek için kendilerinin ve aile bireylerinin herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmadıkları sorulmuştur. Verilen cevaplara ait frekans analizi sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 12
Katılımcıların Kronik Bir Hastalığa Sahip Olma Durumları

Kronik Hastalık Varlığı		f	%
Kronik bir hastalığa sahip olma	Evet	90	20
	Hayır	360	80
Aileden birinin kronik bir hastalığa sahip olması	Evet	243	54
	Hayır	207	46

Analiz sonucunda katılımcıların %20’sinin, katılımcıların aile bireylerinin de %54’ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların aile bireylerinin yaşadıkları hastalıklara bağlı olarak da deneyim sahibi olabilmesi nedeniyle yöneltilen bu iki sorudan en azından birine “evet” yanıtı veren katılımcılar “hastalık deneyimi olanlar”, her iki soruya da “hayır” cevabı veren katılımcılar ise “hastalık deneyimi olmayanlar” olarak gruplandırılmıştır (Tablo 13).

Tablo 13
Katılımcıların Hastalık Deneyimleri

Hastalık Deneyimi	f	%
Hastalık Deneyimi Olanlar	253	56,2
Hastalık Deneyimi Olmayanlar	197	43,8
Toplam	450	100

Analiz sonuçlarına göre katılımcıların %56,2’si kronik hastalık deneyimine sahipken, %43,8’i kendileri ve ailelerinden dolayı herhangi bir kronik hastalık deneyimine sahip değildir.

3.6.1.7. Katılımcıların Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynakları

Kullanılan ankette katılımcılara sağlıkla ilgili bilgi alınan kaynaklarla ilgili ifadelere katılım durumları sorulmuştur. Daha önceden de belirtildiği üzere bu çalışmada katılımcıların sağlık bilgi kaynağı olarak “sağlık kitapları” kullanımı “geleneksel medya” altında değerlendirilecektir. Ancak elde edilen verilerin yansıtılması açısından katılımcıların yanıtlarına ait sonuçlar ayrı ayrı verilmiştir. Aşağıda verilen tabloda, bu kaynaklara ait frekans analiz sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 14

Katılımcıların Kullandıkları Sağlık Bilgi Kaynakları

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Medyan
İfadeler	%					
Sağlıkla ilgili bilgileri, aile ve arkadaşlarım gibi yakın çevremden alırım.	11,1	34,4	14,7	36	3,8	3
Sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık çalışanları (doktor, diyetisyen vb.) ve sağlık kuruluşlarından (hastane, sağlık ocağı vb.) alırım.	1,6	8,4	8,2	55,8	26	4
Sağlıkla ilgili bilgileri, geleneksel medya kanallarından (TV, radyo, gazete, dergi, reklam, kamu spotu vb.) alırım.	11,8	22,9	17,6	44,4	3,3	3
Sağlıkla ilgili bilgileri, internet ve sosyal medya gibi yeni medya kanallarından alırım.	8	15,3	16,4	51,1	9,1	4
Sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık kitaplarından alırım.	6,2	17,3	18,7	49,6	8,2	4

1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum.

Katılımcıların sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ait katılım düzeyi toplamları (katılıyorum ve tamamen katılıyorum) incelendiğinde sağlık bilgi kaynağı olarak en çok sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarının tercih edildiği görülmektedir (%81,8). İnternet ve sosyal medya gibi yeni medya kanalları ise katılım düzeyi toplamlarına göre ikinci sırada tercih edilen bilgi kaynaklarıdır (%60,2). Yakın çevre (%39,8) ve geleneksel medya kanalları (%47,7) ise sırasıyla katılımcıların en az tercih ettikleri sağlık bilgi kaynaklarıdır.

3.6.1.8. Katılımcıların Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutumları

Aşağıda verilen tabloda katılımcıların sağlıklı gıdalara yönelik tutumlarını ölçmeye yönelik ifadeler ve katılımcıların bu ifadelere katılım düzeylerine ait yüzdelik değerler verilmiştir.

Tablo 15
Katılımcıların Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutumları

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Medyan
İfadeler	%					
Sağlıklı gıdaların, diğer gıdalardan daha düşük kimyasal katkılara sahip olduğuna inanırım.	0,4	4	10,4	61,3	23,8	4
Sağlıklı gıdalara diğer gıdalardan daha fazla güvenirim.	0	1,8	6,2	64,4	27,6	4
Sağlıklı gıdaların bana daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sağlayacağına inanırım.	0,9	4,2	13,3	54,4	27,1	4
Sağlıklı gıdalar sağlıklı bir yaşam tarzını takip etmeyi kolaylaştırır.	0,2	1,1	6,0	64,2	28,4	4
Sağlıklı gıda yememek kendimi suçlu hissettirir.	2	19,3	21,1	39,6	18	4

Tabloya genel olarak bakıldığında katılımcıların sağlıklı gıdalara yönelik tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir (Medyan=4). Tablodaki ifadeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise özellikle katılımcıların “Sağlıklı gıdalar sağlıklı bir yaşam tarzını takip etmeyi kolaylaştırır” (%92,6) ve “Sağlıklı gıdalara diğer gıdalardan daha fazla güvenirim” (%92) ifadelerine katılım düzeyleri toplamalarının (katılıyorum ve tamamen katılıyorum) yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların katılım düzeyi toplamalarının (katılıyorum ve tamamen katılıyorum) en düşük olduğu ifade ise “Sağlıklı gıda yememek kendimi suçlu hissettirir” ifadesidir (%57,6). Bunun yanı sıra katılımcılar özellikle “Sağlıklı gıda yememek kendimi suçlu hissettirir” ifadesine katılımında diğer ifadelerle göre daha fazla kararsızlık yaşamışlardır (%21,1).

3.6.1.9. Katılımcıların Sağlıklı Gıdaları Satın Alma Niyetleri

Katılımcıların sağlıklı gıda satın alma niyetlerini ölçmeye yönelik ifadeler ve bu ifadelere katılım durumlarını gösteren analiz sonuçları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 16
Katılımcıların Sağlıklı Gıdaları Satın Alma Niyetleri

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Medyan
İfadeler	%					
Her zaman için sağlıklı gıda ürünü satın alma olasılığım yüksektir.	2,4	17,3	24	49,1	7,1	4
Fiyatı ne olursa olsun sağlıklı gıda satın almak isterim.	2,2	11,1	24,4	48,2	14	4
Bundan sonra da sağlıklı gıdalar satın almaya çalışacağım.	0,4	1,8	10	67,3	20,4	4
Aileme ve arkadaşlarıma sağlıklı gıdalar satın almalarını tavsiye ederim.	0	3,1	5,1	64,2	27,6	4

Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların genel olarak sağlıklı gıda satın alma niyetleri yüksektir (Medyan=4). Katılımcılara yöneltilen ifadelerden “Aile ve arkadaşlarıma sağlıklı gıdalar satın almalarını tavsiye ederim” ifadesi katılımcıların en çok katılım gösterdikleri (katılıyorum ve tamamen katılıyorum) ifade olarak göze çarpmaktadır (%91,8). “Her zaman için sağlıklı gıda ürünü satın alma olasılığım yüksektir” ifadesi ise katılımcıların katılım toplamlarının (katılıyorum ve tamamen katılıyorum) en düşük olduğu ifadedir (%56,2). Bunun yanı sıra katılımcıların en çok “Fiyatı ne olursa olsun sağlıklı gıda satın almak isterim” (%24,4) ve “Her zaman için sağlıklı gıda ürünü satın alma olasılığım yüksektir” (%24) ifadelerine katılımında kararsız kaldıkları görülmektedir. Ayrıca verilen ifadelerden “Her zaman için sağlıklı gıda ürünü satın alma olasılığım yüksektir” ifadesine katılımcıların diğer ifadelerle göre daha yüksek oranda (%19,7) katılmıyorum ya da hiç katılmıyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir.

3.6.1.10. Katılımcıların Sağlık Bilinç Düzeyleri

Katılımcıların sağlık bilinç düzeylerini ölçen ifadeler ve bu ifadelere katılım düzeyleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 17

Katılımcıların Sağlık Bilinç Düzeyleri

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Medyan
İfadeler	%					
Sağlığım konusunda oldukça bilinçliyim.	0,9	7,1	24,2	56,9	10,9	4
Sağlığım konusunda iç sesimi çoğunlukla dikkate alırım.	0,7	10	18	60	11,3	4
Sağlığım hakkında çok düşünürüm.	2,2	21,6	23,6	43,1	9,6	4
Gün içerisinde fiziksel anlamda nasıl hissettiğime dikkat ederim.	0,7	9,1	16,9	63,8	9,6	4
Sağlığım söz konusu olduğunda sorumluluk almaktan kaçınmam.	0,4	5,6	14,7	62,7	16,7	4
Sağlıklı olabilmek için kendi üzerime düşeni yaparım.	0,4	6,4	22,2	56,7	14,2	4
Sadece hasta olduğum zamanlarda sağlığımdan endişe ederim.*	6,2	31,1	16,9	39,6	6,2	3
Herhangi bir hastalık yaşamadan hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	1,3	6	10	56	26,7	4
Sağlığım, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.	0,7	9,1	11,6	57,3	21,3	4
Olabildiğince sağlıklı bir şekilde hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	0	2,7	8,2	58,9	30,2	4

* Bu ifade ters kodlanmıştır.

Tablodaki analiz sonuçları değerlendirildiğinde, medyan değerlerinin sekizinci ifade dışında orta düzeyin üstünde olduğu görülmektedir (Medyan=4). Verilen ifadelerden katılım düzeyi toplamı (katılıyorum ve tamamen katılıyorum) en yüksek olan ifade “Olabildiğince sağlıklı bir şekilde hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir” ifadesi iken (%89,1), en düşük olan ifade ise “Sadece hasta olduğum zamanlarda sağlığımdan endişe ederim.” ifadesidir (%45,8). Katılımcılar en çok “Sağlığım konusunda oldukça bilinçliyim” ifadesine katılımında kararsızlık yaşamışlardır (%24,2).

3.6.3. Regresyon Analizi Ön Koşullarına Ait Bulgular

“Regresyon analizi, bağımlı bir değişken ile bağımlı değişken üzerinde etkisi olduğu varsayılan bağımsız değişken(ler) arasındaki ilişkinin matematiksel bir model olarak açıklanmasıdır” (Ural ve Kılıç, 2013: 249).

Regresyon analizinin yapılabilmesi için bazı ön koşulların sağlanması gerekmektedir. İlk olarak değişkenler en az aralık ölçüm seviyesinde ölçülmüş olmalı ve verilerin normal dağılım göstermelidir. İlgili literatüre göre basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerlerinin -2 ile +2 değerleri arasında olması normallik varsayımının sağlanması için yeterli kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). Yapılan analizler sonucu tüm modellere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin üzere -2 ile +2 arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18). Bu durum verilerimizin normal dağılımı sağladığını göstermektedir.

Tablo 18

Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçekler	Basıklık (Kurtosis)	Çarpıklık (Skewness)
Hastalık Deneyimi	-1,945	0,252
Yakın Çevre Sağlık Bilgi Kaynağı	-1,226	0,044
Sağlık Uzmanı Sağlık Bilgi Kaynağı	1,238	-1,118
Geleneksel Medya Sağlık Bilgi Kaynağı	-0,390	-0,338
Yeni Medya Sağlık Bilgi Kaynağı	-0,351	-0,745
Sağlık Bilinci	0,391	-0,386
Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutum	-0,172	-0,078
Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti	0,912	-0,542

Bir diğer analiz ön şart yeterli örneklem büyüklüğünün sağlanmasıdır. Konunun uzmanları tarafından ana kütle büyüklüğü 10.000.000'un üzerinde olan araştırmalarda, %5 hata seviyesinde en az 384 adet örneklemin yeterli olduğu belirtilmektedir (Sekaran, 1992:253 aktaran Altunışık vd., 2015: 137). Bu nedenle bu araştırma için gereken örneklem büyüklüğü en az 384 olarak belirlenmiştir. Yapılan anket uygulaması sonucu ulaşılan 450 örneklem büyüklüğü bu ön şart da sağlanmıştır.

Diğer bir analiz ön şartı ise bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu olmamasıdır (Multicollinearity). Değişkenler arasında yüksek bağlantı bulunmadığının söylenebilmesi için varyans büyütme faktörü (VIF) değerlerinin tamamının 10'dan küçük olması gerekmektedir. (Akbulut, 2010: 68). Yapılan analizler sonucu varyans büyütme faktörlerinin bu şartı sağladığı görülmektedir (Tablo 19).

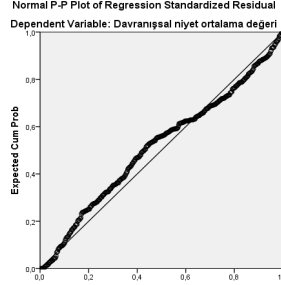
Regresyon analizi yapabilmek için bir diğer şart hata terimleri arasında otokorelasyon olmamasıdır. Durbin-Watson testi analiz sonuçlarının 1,5-2,5 civarında hata terimleri arasında otokorelasyon olmadığını göstermektedir (Kalaycı, 2010: 267). Çalışmada kullanılacak değişkenlerle ayrı ayrı yapılan analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir. Bu sonuçlara göre Durbin-Watson değerlerinin belirtilen aralıklar içerisinde olduğu yani hata terimleri arasında otokorelasyon olmadığı görülmektedir.

Tablo 19
Model Değişkenlerinin VIF ve Durbin Watson Değerleri

Modeller	Bağımsız ve Aracı Değişkenler	VIF	Durbin-Watson
Model 1	Hastalık deneyimi (X_1)	1,001	2,004
	Sağlık bilinci (M_1)	1,282	
	Sağlıklı gıdalara yönelik tutum (M_2)	1,281	
Model 2	Yakın çevre sağlık bilgi kaynağı (X_2)	1,027	2,001
	Sağlık Bilinci (M_1)	1,298	
	Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutum (M_2)	1,313	
Model 3	Sağlık çalışanları sağlık bilgi kaynağı (X_3)	1,010	2,004
	Sağlık bilinci (M_1)	1,290	
	Sağlıklı gıdalara yönelik tutum (M_2)	1,281	
Model 4	Geleneksel medya sağlık bilgi kaynağı (X_4)	1,034	2,006
	Sağlık bilinci (M_1)	1,310	
	Sağlıklı gıdalara yönelik tutum (M_2)	1,282	
Model 5	Yeni medya sağlık bilgi kaynağı (X_5)	1,016	2,003
	Sağlık bilinci (M_1)	1,282	
	Sağlıklı gıdalara yönelik tutum (M_2)	1,294	

Regresyon analizi ön şartlarından bir diğeri de hata terimlerinin eşvaryanslı olmasıdır. Bunu test etmek için Linear Regresyon - Plots komutu ile hata terimlerinin dağılımı incelenmiş, verilerin homojen dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan analizler sonucu modellere ait tüm Plot'ların birbirleriyle benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Bu sebeple örnek gösterim olması açısından yeni medyanın bağımsız değişken olarak kullanıldığı Modele 5'e ait P-P Plot sonucu aşağıdaki Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3: Model 5'e Ait Normal P-P Plot

Belirtilen tüm varsayımların bu araştırma için geçerli olması doğrultusunda regresyon analizinin yapılmasına karar verilmiştir.

3.6.3.1. PROCESS ile Aracı Değişken Analizi

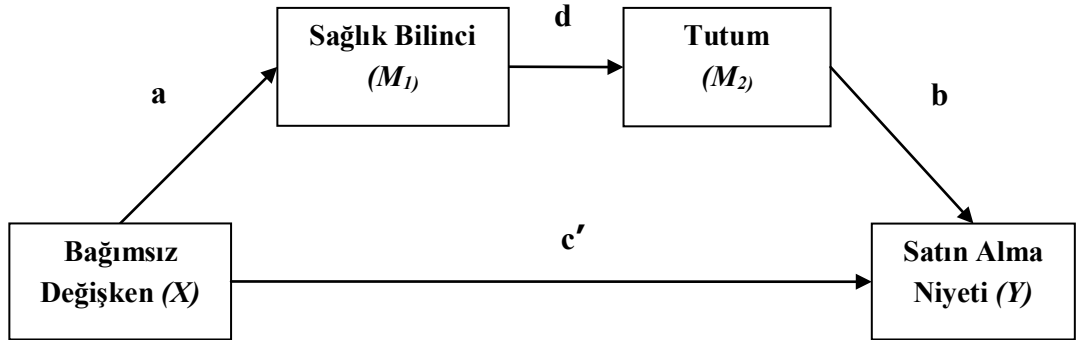
Bu araştırma genel olarak,

1. Hastalık deneyimi ile sağlıklı gıda satın alma niyeti
2. Sağlık bilgi kaynaklarının kullanımı ile sağlıklı gıda satın alma niyeti

arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve sağlıklı gıdalara yönelik tutumun aracı etkilerinin olup olmadığını belirleme amacını gütmektedir. SPSS'te doğrudan aracı etki analizi yapılamamaktadır. Bu nedenle kurulan hipotezleri test etmek için Andrew F. Hayes'in SPSS paket programı için geliştirmiş olduğu PROCESS isimli makro kullanılmıştır.

2012 yılında Andrew F. Hayes tarafından oluşturulmuş olan PROCESS, gözlemlenen değişken yol analizi tabanlı aracı (mediator) ve düzenleyici (moderator) değişkenlerin etkisini hesaplayabilen bir araçtır. Olağan en küçük kareler regresyonu (OLS) kullanılarak model katsayıları, standart hatalar, t ve p değerleri ve güven aralıklarını tahmin edebilen PROCESS, aynı zamanda aracı değişken kullanılan modellerde tekli veya çoklu aracılar ile doğrudan ve dolaylı etkiler oluşturabilmektedir. PROCESS kullanılarak modelimizde olduğu gibi, birbirini nedensel olarak takip eden yani seri bir biçimde çalışan birden fazla aracı değişken tanımlanabilmektedir. PROSES, iki ve üç yollu etkileşimleri araştırmak için dolaylı etkilere ait bootstrap aralıkları (LLCI-ULCI) oluşturmakta ve bu aralıkların "0" içermemesi durumunda tahmin edilen yollar anlamlı olarak kabul edilmektedir (Hayes, 2018: 551).

Araştırma modeli PROCESS'te belirtilen modellerle uyumlu olmadığı için özel iletişim kutusu kullanılmamış ve syntax (söz dizimi) sayfasında çalışan bir komut satırı oluşturulmuştur. Her bir bağımsız değişken (X_1, X_2, X_3, X_4, X_5) modelde ayrı olarak değerlendirilmiştir. PROCESS'te istenilen analizler özellikle değiştirilmediği sürece varsayılan olarak %95 güven aralığında ve 5000 bootstrap örnekleme kullanılarak yapılmaktadır. Bu çalışmada yapılan PROCESS makrosu ile yapılan regresyon analizlerinde bu varsayılan değerler kullanılmıştır. PROCESS, verilerden rastgele örnekleme dayanan “bootstrapping” yöntemi kullanmaktadır. Bu yöntemde PROCESS istenilen örneklem sayısına ulaşmak için her bir analiz için farklı olmak üzere uzun bir sayı dizisi oluşturulmaktadır. Bu sayı dizisinin başlangıç değeri gerekli görülürse komut diziminde belirtilecek “seed” değeri ile sabitlenebilmektedir. Bu çalışmada kullanılacak modellerin PROCESS sonuçlarının birbirleriyle tutarlılığı açısından seed değeri her bir model için aynı olacak şekilde (seed=1234) belirlenmiştir. PROCESS makrosundaki bir syntax sayfasında komut satırı yazılarak aracı ya da düzenleyici değişken/değişkenler içeren yeni bir model oluşturulmasına dair ayrıntılı bilgiler Ek 3'te verilmiştir. Analiz sonuçlarının daha rahat okunabilmesi için Şekil 4'te ilgili modellerdeki yolların gösterimi verilmiştir.



Şekil 4: Araştırma Modelindeki Yollar

PROCESS makrosu kullanılarak yapılan regresyon analizi her bir bağımsız değişken için ayrı ayrı yapılmıştır. Bu analizlerde bağımsız ve bağımlı değişkenlere ait ilgili ölçeklere verilen cevapların aritmetik ortalama değerleri kullanılmıştır. Yapılan analizi sonuçları aşağıdaki tabloda (Tablo 20) verilmiş olup tablodaki her bir satır araştırma hipotezlerini test etmek için yapılan analiz sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 20

PROCESS Regresyon Analizi Sonuçları

	a yolu ($X \rightarrow M_1$)		b yolu ($M_2 \rightarrow Y$)		d yolu ($M_1 \rightarrow M_2$)		c yolu ($X \rightarrow Y$ Toplam Etki*)		c' yolu ($X \rightarrow Y$ Direk Etki)		SONUÇ
	B	LLCI-ULCI	B	LLCI-ULCI	B	LLCI-ULCI	B	LLCI-ULCI	B	LLCI-ULCI	
H₁ (Model 1)	-0,030	-0,123 0,063 P _a =0,529	0,454	0,359 0,549 P _b = 0,000	0,502	0,414 0,590 P _d = 0,000	-0,028	-0,140 0,083 P _c =0,617	-0,023	-0,125 0,079 P _{c'} =0,805	H₁ Ret
H₂ (Model 2)	-0,021	-0,062 0,020 P _a =0,317	0,467	0,372 0,562 P _b = 0,000	0,502	0,414 0,590 P _d = 0,000	-0,027	-0,076 0,021 P _c =0,272	-0,053	-0,097 -0,008 P _{c'} = 0,021	H₂ Ret
H₃ (Model 3)	0,056	0,005 0,106 P _a = 0,032	0,449	0,354 0,543 P _b = 0,000	0,502	0,414 0,590 P _d = 0,000	0,075	0,014 0,135 P _c = 0,016	0,060	0,004 0,116 P _{c'} = 0,034	H₃ Kabul
H₄ (Model 4)	0,117	0,057 0,176 P _a = 0,000	0,446	0,351 0,541 P _b = 0,000	0,502	0,414 0,590 P _d = 0,000	0,087	0,015 0,158 P _c = 0,017	0,054	-0,012 0,120 P _{c'} =0,107	H₄ Kabul
H₅ (Model 5)	0,035	-0,007 0,077 P _a =0,104	0,455	0,359 0,550 P _b = 0,000	0,502	0,414 0,590 P _d = 0,000	0,027	-0,024 0,077 P _c =0,300	-0,001	-0,047 0,046 P _{c'} =0,979	H₅ Ret

Bağımsız Değişkenler: Hastalık Deneyimi (X_1), Yakın Çevre (X_2), Sağlık Çalışanları (X_3), Geleneksel Medya (X_4), Yeni Medya (X_5)

Bağımlı Değişken: Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti (Y)

Aracı Değişkenler: Sağlık Bilinci (M_1), Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutum (M_2)

* Toplam etkiye (c yolu) ait değerler PROCESS Model 6 kullanılarak hesaplanmıştır.

Model 1: Hastalık Deneyimi ile Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkide Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Etkilerinin Sınanması

Hastalık deneyimi bağımsız değişkeninin, sağlıklı gıda satın alma niyeti üzerindeki etkisinin araştırıldığı ilk hipotezde hastalık deneyimi değişkeni için kukla (dummy) değişken kullanılmıştır. Analiz öncesi hastalık deneyimi olan katılımcılar “1” ve hastalık deneyimi olmayan katılımcılar “0” olarak kodlanarak bir kukla değişken oluşturulmuştur.

PROCESS ile yapılan regresyon analizi sonucunda hastalık deneyiminin sağlık bilinci üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($P_a=0,529>0,05$). Aynı zamanda hastalık deneyiminin, satın alma niyeti üzerindeki toplam etkisinin (c yolu) de anlamlı olmadığı görülmektedir ($P_c= 0,617>0,05$). Modeldeki b yoluna ait analiz sonuçlarına bakıldığında bu yolun anlamlı olduğu görülmektedir. Yani tutum, satın alma niyetini anlamlı olarak etkilemektedir ($P_b=0,000<0,05$). Bunun dışında modeldeki d yoluna ait yol da anlamlıdır ($P_d=0,000<0,05$). Yani sağlık bilincinin tutum üzerinde anlamlı bir etkisi söz konusudur. Bu sonuçlara göre seri aracı etkinin oluşması için belirtilen b ve d yollarına ait şartların sağlanmasına karşın, a ve c yollarına ait koşulların sağlanmamış olması sebebiyle **H₁ hipotezi reddedilmiştir**. Yani hastalık deneyimi ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide, sağlık bilinci ve tutumun seri aracı etkisi yoktur.

Model 2: Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Yakın Çevrenin Kullanımı ile Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkide Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Etkilerinin Sınanması

Tablo 20’de verilen PROCESS sonuçlarına göre sağlık bilgi kaynağı olarak kullanılan yakın çevre bağımsız değişkeninin sağlık bilinci üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($P_a=0,317>0,05$). Modeldeki b ve d yolları anlamlıdır ($P_b=0,000$ ve $P_d=0,000< 0,05$). Modeldeki toplam etkiye ait anlamlılık değeri ($P_c= 0,272>0,05$) c yolunun anlamsız olduğunu göstermektedir. Seri aracı etkinin oluşması için modelde belirtilen tüm yolların (a, b, c, d) anlamlı olması gerekmektedir. Ancak Model 2’ye ait a ve c yollarının anlamsız olması nedeniyle **H₂ hipotezi reddedilmiştir**. Yani sağlık bilgi kaynağı olarak kullanılan yakın çevre ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide, sağlık bilinci ve tutumun seri aracı etkisi bulunmamaktadır.

Model 3: Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Sağlık Çalışanlarının Kullanımı ile Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkide Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Etkilerinin Sınanması

Tabloda verilen “Model 3” bulgularına göre sağlık çalışanları (X_3), sağlık bilinci (M_1) üzerinde anlamlı bir etkisi söz konusudur ($P_a=0,032<0,05$). Diğer yollara bakıldığında b ve d yollarının da anlamlı oldukları görülmektedir ($P_b=0,000$ ve $P_d=0,000<0,05$). Analiz sonuçlarına göre modeldeki bağımsız değişkenin (X_3) bağımlı değişken (Y) üzerindeki toplam etkisi de anlamlıdır ($P_c=0,016<0,05$). Seri aracı etkinin oluşması için ilk olarak modeldeki a, b, c ve d yollarının anlamlı olması gerekmektedir. Bu modelde bu şartlar sağlanmıştır. Bir diğer aracılık şartı toplam etkiye (c yolu) ait anlamlılık değeri ve/veya katsayısının direkt etkide (c' yolu) azalmasıdır. Bu değerlere bakıldığında c yoluna ait anlamlılık değerinin ($P_c=0,016$) ve B katsayısının ($B_c=0,075$) c' yolunda azaldığı görülmektedir ($P_c=0,034$ ve $B_c=0,06$). Anlamlılık düzeyindeki azalmaya karşın tam olarak bir bozulma olmaması “kısmi aracı” etkiye işaret etmektedir. İlgili hipotez kabul edilmeden önce dolaylı etkilere ait PROCESS'in belirlediği bootstrap değerlerine de bakılması gerekmektedir (Tablo 21).

Tablo 21

Model 3'teki Yollara Ait Toplam Dolaylı Etki

Dolaylı Etki (X→Y)	Effect (Etki)	BootSE (Std. Hata)	BootLLCI	BootULCI
Toplam Dolaylı Etki <i>X→M₁→M₂→Y (a-d-b yolları)</i>	0,0125	0,0068	0,0007	0,0271

Tablodaki bootstrap güven aralıklarına bakıldığında toplam dolaylı etkinin yani aracı etkinin doğrulanması için tahmin edilen yollara (a-d-b yolları) ait bootstrap güven aralıklarının “0” içermemesi gerekmektedir (Hayes, 2018). Tablodaki sonuçlarda toplam dolaylı etkiyi (a-d-b yolları) gösteren bootstrap değerlerinin (0,0007 - 0,0271). her ikisinin de pozitif değerler aldığı ve bu değerler arasında herhangi bir “0” değeri bulunmadığı görülmektedir. Bu durum Model 3'de M_1 ve M_2 'nin seri aracılar olarak etki ettiğini göstermektedir. Buna dayanarak **H₃ hipotezi kabul edilmiştir**. Yani sağlık çalışanları ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide, sağlık bilinci ve tutumun seri aracı etkileri anlamlıdır.

Model 4: Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Geleneksel Medyanın Kullanımı ile Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkide Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Etkilerinin Sınanması

Tablo 20’de verilen Model 4’e ait bulgulara bakıldığında geleneksel medyanın sağlık bilinci üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir ($P_a=0,000<0,05$). Dolayısıyla a yolu anlamlıdır. Bunun dışında modeldeki tutumun (M_2) satın alma niyeti (Y) üzerindeki etkisini gösteren b yolu ile sağlık bilinci (M_1) ve tutum (M_2) arasındaki d yoluna ait analiz sonuçlarına bakıldığında her iki yolun de anlamlı olduğu görülmektedir ($P_b=0,000$ ve $P_d=0,000<0,05$). Analiz sonuçlarına göre geleneksel medyanın (X) satın alma niyeti (Y) üzerindeki toplam etkisi de anlamlıdır ($P_c= 0,017<0,05$). Seri aracı etki için gerekli ilk üç şart sağlanmıştır. Daha önce de belirtildiği üzere bir diğer şart toplam etkinin anlamlılığında bozulma ve/veya B katsayısında bir azalma gözlemlenmesidir. Tabloda c ve c’ yollarının anlamlılık değerlerine ve B katsayılarına bakıldığında anlamlılıkta bozulma ve B katsayısında azalma olduğu görülmektedir ($P_c=0,017<0,05$ ve $P_{c'}=0,107>0,05$, $B_c=0,087$ ve $B_{c'}=0,054$). Anlamlılıkta görülen bu bozulma tam aracı etkiye işaret etmektedir. Bunu doğrulamak için PROCESS sonuçlarındaki dolaylı yollara ait bootstrap değerlerine bakılması gerekmektedir. Dolaylı etkiye ait analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 22

Model 4'teki Yollara Ait Toplam Dolaylı Etki

Dolaylı Etki (X→Y)	Effect (Etki)	BootSE (Std. Hata)	BootLLCI	BootULCI
Toplam Dolaylı Etki <i>X→M₁→M₂→Y (a-d-b yolları)</i>	0,0261	0,0081	0,0116	0,0433

Tablodaki bootstap değerlerine bakıldığında tahmin edilen yollara ait değerlerin “0” içermediği görülmektedir (0,0116-0,0433). Bu durum Model 4’de M_1 ve M_2 ’nin seri aracılar olarak etki ettiğini göstermektedir. Buna bağlı olarak **H₄ hipotezi kabul edilmiştir**. Bu sonuca göre geleneksel medya ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide, sağlık bilinci ve tutumun aracı etkisi vardır. Bu etki sağlık bilinci ve tutumun birbirini takip eden seri aracılıkları şeklindedir.

Model 5: Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak Yeni Medyanın Kullanımı ile Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişkide Sağlık Bilinci ve Tutumun Aracı Etkilerinin Sınanması

Tablo 20'deki Model 5'e ait PROCESS regresyon analizi sonuçlarına göre yeni medyanın sağlık bilinci üzerindeki etkisi anlamsızdır ($P_a=0,104>0,005$). Yani a yoluna ait etki anlamsızdır. Modeldeki b ve d yollarına ait anlamlılık değerlerine bakıldığında ise bu yolların anlamlı olduğu görülmektedir ($P_b=0,000$ ve $P_d=0,000<0,05$). Modeldeki toplam etkiye (c yolu) ait anlamlılık değerlerine bakıldığında da bu yolun anlamsız olduğu görülmektedir ($P_c=0,3>0,05$). Seri aracı etkinin oluşması için öncelikle modelde tahmin edilen a, b, c ve d yollarının tümünün anlamlı olması gerekmektedir.. Ancak Model 5'e ait analiz sonuçları a ve c yolların anlamsız olduğunu göstermektedir. Bu yolların anlamsız olmaması nedeniyle c' yolunun anlamlı olup olmaması önem arz etmemektedir Bu nedenle **H₅ hipotezi reddedilmiştir**. Bu sonuç, yeni medya kullanımıyla satın alma niyeti arasında bir ilişki olmadığını ve buna bağlı olarak, sağlık bilinci ve tutumun seri aracı etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

PROCESS makrosu ile yapılan analizler sonucu sınanan araştırma hipotezlerine ait sonuçlar aşağıdaki tabloda toplu olarak verilmiştir.

Tablo 23
Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Model	Hipotez
Model 1 (X_1 : Hastalık deneyimi)	Ret
Model 2 (X_2 : Yakın çevre)	Ret
Model 3 (X_3 : Sağlık çalışanları)	Kabul
Model 4 (X_4 : Geleneksel medya)	Kabul
Model 5 (X_5 : Yeni medya)	Ret

SONUÇ

Sağlıklı olmak, her dönem insanların en önemli ihtiyacı olmuştur. Toplumların refahı ve devletlerin ekonomik anlamda ilerleyebilmesi için sağlığın önemi yadsınamaz. Günümüzde gerek yaşam şartlarındaki ilerleme gerekse bilgi düzeyinde artışa bağlı olarak insanların ortalama yaşam sürelerinin arttığı gözlemlenmektedir. Buna karşın özellikle şehir hayatı yaşayan insanlar daha hızlı bir hayata adapte olma çabası içerisindeyler. Yoğun çalışma temposu ve aktif sosyal yaşamdaki bazı gereklilikler, çoğu kez sağlıksız beslenme, hareket eksikliği ve yoğun stres gibi sağlığı bozan birçok etmeni de beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün açıkladığı rakamlara göre dünya çapında her 10 kişiden 7'si sağlıksız davranışlarla ilişkilendirilmiş olan kronik hastalıklara bağlı olarak hayatlarını kaybetmektedirler. Bu durum insanların sağlık bilinç düzeylerini ve sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin araştırılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

Bireylerin sağlıksız davranışlarının, sağlıklı davranışlara dönüştürülmesi daha sağlıklı bir toplum olmanın temel gerekliliğidir. Sağlık davranışlarına yönelime neden olabilecek birçok faktör olmakla birlikte bu çalışmada Planlı Davranış Teorisi arka plan faktörlerinden enformasyonla ilişkili faktörlere odaklanılmıştır.

Bu çalışmada temel olarak hastalık deneyimi ve kullanılan bilgi kaynakları ile sağlıklı gıda satın alma niyeti arasındaki ilişkide sağlık bilinci ve tutumun seri aracı etkilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda çalışmada, sağlık davranışlarından sağlıklı beslenme davranışı ele alınmış ve tüketicilerin sağlıklı gıda algıları, sağlıklı gıdalara yönelik tutumları ve bu gıdaları satın alma niyetleri araştırılmıştır.

Bu çalışmanın Türkiye'de sağlık bilincine odaklanan az sayıdaki çalışmalardan biri olması sebebiyle ilgili literatüre katkı sağlaması beklenmektedir. Bu çalışma sonucunda tüketicilerin "sağlıklı gıda" algıları ve kullandıkları "sağlık bilgi kaynakları" belirlenmiştir. Bu bağlamda sağlıklı gıda pazarı üretim ve pazarlama çalışanları için de bu çalışma sonuçlarının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmadaki aracılık etkilerinin analizi, Andrew F. Hayes'in makrosu PROCESS kullanılarak yapılmış ve bu makronun kullanım aşamaları adım adım anlatılmıştır. Bu doğrultuda çalışmanın uygulayıcılara da yol göstereceği düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda tüketicilerin özellikle katkı maddesi içermeyen ve doğal olan gıdaları sağlıklı olarak algıladıkları görülmektedir. Bu bir anlamda tüketicilerin katkı maddesi içeren ve doğal olmayan gıdaları sağlıksız bulduğu şeklinde yorumlanabilir. Gıdanın sağlığa zarar vermemesi ve organik olması da tüketicilerin sağlıklı gıdayı açıklarken sıklıkla kullandıkları ifadelerdir. Bu bulgu tüketicilerde organik gıda farkındalığının oluştuğunu göstermektedir. Bunun dışında tüketicilerin sağlıklı gıda algılarında cinsiyet, yaş grubu ve eğitim düzeylerine göre büyük farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Ancak bu sonuç örneklem içindeki demografik grup (cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi) dağılımlarının birbirine yakın ya da eşit olduğu benzer çalışmalarla doğrulanmaya gereksinim duymaktadır.

Tüketicilerin sağlıklı gıda olarak gördükleri üç gıdayı belirtmelerinin istendiği bu çalışmada en sık belirtilen ilk üç gıdanın sırası ile süt ve süt ürünleri, sebze ve meyve olduğu görülmektedir. Tüketicilerin çoğu bu gıdaları özellikle doğal, ev yapımı, ilaçsız ya da organik olmasına vurgu yaparak belirtmişlerdir. Bu durum tüketicilerin sadece gıdayı değil gıdanın üretim koşullarını da önemseyişini göstermektedir. Tüketicilerin büyük çoğunluğu sağlıklı gıda örnekleri içinde sıraladıkları yoğurdu, evde kendilerinin yaptığını belirtmişlerdir. Bu durum tüketicilerin sağlıklı gıda algıları yönünde davranış gösterdiğini, doğallığı önemseydiklerini ve geleneksel gıda üretim yöntemlerini sürdürdüklerini göstermektedir.

Çalışma sonucunda tüketicilerin çok büyük çoğunluğunun bir gıdanın “taze ve doğal olmasını”, “kimyasal katkı maddesi içermemesini” ve “az işlem görmüş olmasını” sağlıklı bir gıda özelliği olarak belirttikleri görülmektedir. Tüketicilerin katkı maddesi içeren ve işlenmiş gıdalara olan olumsuz bakış açısını da yansıtan bu yanıtların tüketicilerin sağlıklı gıda algıları ile de tutarlı olduğu görülmektedir.

Çalışma sonucunda tüketicilerin ambalajlı gıda alışverişlerinde en çok son kullanma tarihine, ikinci sırada ise katkı maddesi içeriklerine dikkat ettikleri belirlenmiştir. Daha önce yapılan bir çalışma sonucunda benzer şekilde üretim ve son kullanma tarihini tüketicilerin en çok dikkat ettikleri gıda özelliği olarak tespit edilmiştir. (E. Yılmaz, Oraman ve İnan, 2009) Bu sonuçlar tüketicilerin ambalajlı gıda seçimlerinde taze ve doğal içerikli gıdaları tercih etme eğiliminde olduklarını yani “sağlıklı gıda” algıları yönünde hareket ettiklerini göstermektedir. Dikkat edilen ambalaj bilgilerinde gıdanın markası üçüncü, fiyatı ise dördüncü sırada gelmektedir. Bu durum tüketicilerin

ambalajlı gıda alışverişlerinde sağlıklarını ürünün fiyatından ve markasından daha fazla önemsediklerine işaret etmektedir. Buna karşın fiyatla ilgili duyarlılığın kişinin gelirin de bağı olabileceği gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Tüketicilerin sağlıkla ilgili bilgi almak için kullandığı kaynaklara ait bulgular incelendiğinde, tüketicilerin farklı bilgi kaynaklarından bilgi edindikleri ve sırasıyla en çok sağlık çalışanları, yeni medya ve sağlık kitaplarını sağlık bilgi kaynağı olarak kullandıkları görülmektedir. Yakın çevre ve geleneksel medya ise en az tercih edilen sağlık bilgi kaynaklarıdır. Yeni medya kanallarının geleneksel medyaya göre daha çok tercih edilmesi, örneklemdaki genç ve orta yaş bireylerin sayısının daha yüksek olması ile açıklanabilir. Buldukları (2010: 210) da yaptığı çalışma sonucunda benzer sonuçlara ulaşmış ve sağlık bilgi kaynağı olarak en çok doktorların tercih edildiğini, internetin televizyon, gazete ve radyo gibi geleneksel medya kanallarına göre daha fazla tercih edildiğini belirlemiştir. Yine bu çalışma sonuçlarına göre internetin özellikle 21-40 yaş arası bireylerde sağlık bilgi kaynağı olarak daha sık tercih edildiği görülmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre tüketicilerin genel olarak sağlıklı gıdalara yönelik olumlu tutum içinde oldukları görülmektedir. Ancak sağlıklı gıda yemediklerinde yüksek oranda bir suçluluk duymamaktadırlar. Tüketiciler fiyatı ne olursa olsun sağlıklı gıda satın alma konusunda kararsızlık yaşamaktadırlar. Bu kararsızlığın nedeni, sağlıklı gıdaların yüksek maliyetler içermesi ve gelir düzeyine bağılı olarak, tüketicilerin sağlıklı gıda satın almak istemelerine rağmen bunu yeterince yerine getirememeleri olabilir.

Araştırma bulgularına göre tüketicilerin ortalamanın üstünde bir sağlık bilincine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışmaya katılan örneklemin eğitim düzeyinin çoğunlukla yüksek olmasına bağılı olabilir. Daha önce yapılan bazı çalışmalarda da benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık bilincinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Moorman ve Matulich, 1993; Ross ve Wu, 1995, Disla, 2005).

Bu çalışma sonucu elde edilen bulgular tüketicilerin kronik hastalık deneyimlerinin sağlık bilincini ve sağlıklı gıda satın alma niyetlerini anlamlı olarak etkilemediğini göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar daha çok hastalık deneyiminin sağlıklı beslenme üzerinde davranışsal değişikliğe neden olduğu yönündedir (Cotugna vd., 1992; Eriksson-Backa, 2003; Satia vd., 2001). Buna karşın Disla (2005) çalışmasında sağlık sorunu deneyiminin sağlık bilincini ve fonksiyonel gıda satın alma düzeylerini etkilemediğini belirtmiştir.

Çalışmada tüketicilerin sağlık bilgi kaynağı kullanımlarının sağlık bilinçlerini, bu bağlamda tutumlarını ve sağlıklı gıda satın alma niyetlerini etkileyeceği öngörülmüştür. Elde edilen bulgular, kullanılan bilgi kaynaklarından sağlık çalışanları ve geleneksel medya kanalları (televizyon, radyo, gazete, dergi, reklam, kamu spotu, kitap vb.) ile sağlıklı gıda satın alma niyetleri arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık bilinci ve tutum bu ilişkinin seri aracılığı olarak etki göstermektedir. Yani tüketicilerin sağlık çalışanları ve geleneksel medyadan elde ettikleri bilgiler, öncelikle sağlık bilinç düzeyinde, daha sonra da tutumda farklılıklara yol açmaktadır.

Çalışma sonucunda tüketicilerin sağlık bilgi kaynağı olarak kullandıkları yakın çevre (aile, arkadaş vb.) ve yeni medya kanallarının (internet, sosyal medya vb.) tüketicilerin sağlık bilinç düzeylerinde ve sağlıklı gıda satın alma niyetleri üzerinde anlamlı bir etki yapmadığı görülmüştür. Bhaskaran ve Hardley (2002)'in de çalışmalarında belirttiği üzere sağlıklı beslenme ile ilgili temel bilgilerin aile ve okuldan geldiği yadsınamaz. Ancak sağlık bilincinin oluşumu için sağlıklı beslenme bilgisi edinimi dışında diğer sağlık davranışları ve bu davranışların sağlıkla ilişkisinin de iyi bilinmesi önemlidir. Bu bağlamda, tüketicilerin sağlık çalışanlarını sağlık bilgi kaynağı olarak yakın çevrelerinden daha güvenilir bulduklarını ve önerilerine dikkat ettiklerini söylemek mümkündür. Diğer yandan sağlık bilgi kaynağı olarak geleneksel medyaya göre kullanımı daha çok tercih edilen yeni medya kanallarının sağlık bilinci, tutum ve satın alma niyetleri üzerinde anlamlı bir etki göstermemesi internet ve sosyal medyadaki sağlıkla ilgili içeriklerin geleneksel medyadaki sağlık içerikleri kadar etkin olmadığını göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtları ve Öneriler

Bu çalışmada ana kütleyi temsil eden örneklem, zaman kısıtı nedeniyle “kolayda örneklem” yöntemi ile belirlenmiştir. Kolayda örnekleme gönüllülük esasına dayandığı için elde edilen örneklem ana kütleyi tam anlamıyla temsil etmemektedir. Bunun dışında anketin online (çevrimiçi) olarak yapılmış olması örneklemdeki tüketicilerin internet kullanımına sahip olmasını gerekli kılmıştır. Belirtilen bu nedenlere bağlı olarak, bu çalışmanın sonuçları elde edilen örneklem ile sınırlıdır ve genelleştirilememektedir. Tüm bu sınırlamalara karşın, bu çalışma daha kapsamlı ve derinlemesine yapılacak başka çalışmalar için önemli bir başlangıç olarak düşünülebilir.

Türkiye'deki 18 yaş üzeri tüketiciler bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Gıda tüketimi bütün tüketicileri ilgilendiren bir konudur. Yapılacak çalışmalarda farklı yaş gruplarındaki (örneğin çocuk, genç, yetişkin vb.), farklı sosyo-demografik ve kültürel yapıdaki ya da farklı ülkelerdeki tüketicilerin sağlık bilinç düzeyleri ve sağlıklı gıda satın alma niyetleri karşılaştırılarak mevcut farklılıklar ortaya konulabilir.

Çalışmada kullanılan analiz yöntemi, doğrudan gözlenebilen değişkenlerle kullanılabilir. Ancak, sağlık bilinci, tutum, davranışsal niyet gibi doğrudan gözlenemeyen değişkenlerin yapısal eşitlik modelleri ile sınanması bulguların güvenilirliğini arttırabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda benzer modeller, yapısal eşitlik modellemesi (SEM) ile test edilerek sonuçlar karşılaştırılabilir.

Bu çalışmada tüketicilerin genel olarak sağlıklı gıdalara yönelik tutumları ve satın alma niyetleri ele alınmış olmakla birlikte yapılacak çalışmalarda sadece belli bir gıda ya da gıda grubuna (örneğin atıştırmalık gıdalar) yönelik tutum ve davranışsal niyetler incelenebilir ve bu gıdaları satın alma davranışında sağlık bilincinin etkisi araştırılabilir.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, hastalık deneyiminin farklı modeller kullanılarak ölçülmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Özellikle sosyal bilimlerde hastalık deneyiminin sağlık bilinci üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Hastalıkla ilgili yaşanan deneyimin davranış değişikliğine yol açması için bu deneyimin kişinin sağlık konularına ilgisini ve buna bağlı olarak bilgi edinimini arttırması ya da kişinin bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak görmesi önemlidir. Yapılacak çalışmalarda bu doğrultuda seçilecek farklı model ve ölçeklerle hastalık deneyiminin sağlık bilinci üzerindeki etkileri araştırılabilir.

Devletin toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici yasal mevzuat hazırlaması kadar, yürürlükte olan yönetmeliklerin denetimini sağlaması da önemlidir. Bu doğrultuda devlet kurumlarında gerekli sayı ve yeterlilikte istihdama yer verilerek gıda işletmelerinin denetimini arttırılmalı ve gerekli yaptırımlar kararlılıkla uygulanmalıdır.

Devlet perakende satış yerlerinde çocukların sağlıksız gıda tüketimini özendirici bazı pazarlama uygulamalarının önüne geçecek yasal düzenlemelerde bulunmalıdır. Örneğin, çocukların görüş mesafesinde konumlandırılan aşırı tüketimi zararlı gıdaların yerine daha sağlıklı alternatiflerin konulması için yapılacak yasal yaptırımlar, sağlıksız gıdaların özellikle çocuklar tarafından tüketimini azaltıcı yönde etki gösterecektir.

Bunun dışında paketli gıdalardaki tuz oranının azaltılmasına yönelik düzenlemelerin şeker ve mısır şurubu içeriği yüksek gıdalar için de yapılması kısa ve uzun vadede sağlık sistemi ve devlet ekonomisi için önemli faydalar sağlayacaktır.

İnternet ve sosyal medya tüketiciler tarafından sağlık bilgi kaynağı olarak sıklıkla tercih edilen iletişim kanallarıdır. Gerek toplum sağlığı gerekse sağlıklı gıda pazarı pazarlama çalışmalarında bu iletişim kanallarının daha etkin bir şekilde kullanılması toplum sağlık bilincini ve sağlıklı gıda ürünlerinin tercih edilmesini arttırıcı etki yapacaktır.

Toplum sağlık bilincinin arttırılmasında devletin sağlık politikalarının önemi yadsınamaz. Ancak sağlık bilinci yüksek bir toplum yaratılması sadece devletin bir görevi olarak görülmemelidir. Gıda şirketleri ve kitle iletişim kanalları da bu bilincin arttırılması için gerekli çabayı göstermelidir. Türkiye’de gıda üretimi ile ilgili yürürlükte olan yönetmelikler dünya ile paralellik göstermektedir. Buna karşın denetleme mekanizmasındaki yetersizlikler nedeniyle, gıda üretimi yapan şirketlerin tüketici sağlığı için gösterdikleri özen daha önemli hale gelmektedir. Bu anlamda bu şirketlerin ilgili yönetmeliklere uyması ve gıda üretim ve pazarlama çalışmalarında tüketici sağlığını da gözetmeleri büyük önem arz etmektedir. Bu gıda şirketlerinin üretim ve yeni ürün geliştirme çalışmalarında sağlık bilinci yüksek tüketicilerin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurması, toplum sağlığı ile birlikte sağlıklı gıda pazarının da gelişmesini sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behaviour* (2. baskı). England: McGraw-Hill Education.
- Akarsu, B. (1998). *Felsefe Terimleri Sözlüğü*. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Akıncı, S. ve Kıymalıoğlu, A. (2014). Planlı Davranış Teorisi. M. İ. Yağcı ve S. Çabuk (Ed.), *Pazarlama Teorileri* içinde (2. baskı, s. 385–418). İstanbul: MediaCat.
- Aktaş, Ü. (2017). *Mutluluk Kürleri* (11. baskı). Hayykitap: İstanbul.
- Altuğ, T. ve Y. Elmacı. (2001). Tatlandırıcılar. T. Altuğ (Ed.), *Gıda Katkı Maddeleri* içinde (s. 203-232). İzmir: Meta Basım.
- Atılğan, K. Ö. (2014). Gerekçeli Eylem Teorisi. M. İ. Yağcı ve S. Çabuk (Ed.), *Pazarlama Teorileri* içinde (2. baskı, s. 297-306). İstanbul: MediaCat.
- Bağcı Bosi, T. (2014). Gıda Katkı Maddeleri ve Sağlık. M. Tayfur (Ed.), *A'dan Z'ye Gıda Katkı Maddeleri* içinde (s. 205-223). Detay Yayıncılık: Ankara.
- Baltaş, Z. (2000). Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Çağdaş Yaklaşımlar. *Sağlık Psikolojisi* içinde (1. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bayraktar, A. (2014). Yeniliklerin Yayılması Teorisi. M. İ. Yağcı ve S. Çabuk (Ed.), *Pazarlama Teorileri* içinde (2. baskı, s. 85-112). İstanbul: MediaCat.
- Bennett, P. ve Hodgson, R. (1992). Psychology and health promotion. R. Bunton ve G. MacDonald (Ed.), *Health Promotion: Disciplines and Diversity* içinde (1. baskı, s. 22-39). London: Routledge.
- Cevizci, A. (2000). *Felsefe Terimleri Sözlüğü*. İstanbul: Paradigma Yayınları.
- Champion, V. L. ve Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. K. Glanz, B. K. Rimer ve K. Viswanath (Ed.), *Health Behaviour and Health Education* içinde (4. baskı, s. 45–62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Clemow, L. (2008). Health Belief Model. S. Boslaugh (Ed.), *Encyclopedia of Epidemiology* içinde (s. 463-465). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Coşkun, R., Altunışık, R. ve Yıldırım, E. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri - SPSS Uygulamalı (9. baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Çakmakçı, S. ve Çelik, İ. (1998). *Gıda Katkı Maddeleri* (3. baskı). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Ofset Tesisi.
- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.

- Çoruhlu, A. (2014). *Alkali Diyet*. (39. Baskı). İstanbul: Okuyan Us.
- Efendigil Karatay, C. (2013). *Karatay Diyeti'yle Beslenme Tuzaklarından Kurtuluş Rehberi* (4. baskı). İstanbul: Hayykitap.
- Ekşi, A. (2014). Başlıca Gıda Katkıları ve Kullanılma Amaçları. M. Tayfur (Ed.), *A'dan Z'ye Gıda Katkı Maddeleri* içinde (s. 1-18). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gorin, S. S. (2006). Models of Health Promotion. S. S. Gorin ve J. Arnold (Ed.), *Health Promotion in Practice* içinde (s. 21-66). San Fransisco, CA: Jossey-Bass.
- Gouget, C. (2008). *Additifs alimentaires Danger : Le guide indispensable pour ne plus vous empoisonner* (8. baskı.). Paris: Chariot d'or.
- Gültekin, F. (2014). *A'dan Z'ye Gıda Katkı Maddeleri*. İstanbul: Server İletişim.
- Hayden, J. (2009). *Introduction to Health Behavior Theory*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression Based Approach* (2. baskı). New York, NY: The Guilford Press.
- Koç, E. (2015). *Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri: Global ve Yerel Yaklaşım* (6. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- McAlister, A. L., Perry, C. L. ve Parcel, G. S. (2008). How Individuals, Environments, and Health Behaviors Interact: Social Cognitive Theory. K. Glanz, B. K. Rimer ve K. Viswanath (Ed.), *Health Behaviour and Health Education* içinde (4. baskı, s. 169-188). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Montaño, D. E. ve Kasprzyk, D. (2008). The theory of reasoned action, theory of planned behavior, and integrated behavioral model. K. Glanz, B. K. Rimer ve K. Viswanath (Ed.), *Health Behaviour and Health Education* içinde (4. baskı, s. 67-96). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Norman, P., Boer, H. ve Seydel E. R. (2005). Protection Motivation Theory. M. Conner ve P. Norman (Ed.), *Predicting Health Behaviour : Research and Practice with Social Cognition Models* içinde (2. baskı., s. 81-126). Berkshire, England: Open University Press.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology* (4. baskı.). Berkshire, England: McGraw - Hill.
- Oldenburg, B. ve Glanz, K. (2008). Diffusion Of Innovations. K. Glanz, B. K. Rimer ve K. Viswanath (Ed.), *Health Behaviour and Health Education* içinde (s. 313-333). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Perlmutter, D. ve Loberg, K. (2016). *Tahıl Beyin* (2. baskı). İstanbul: Pegasus Yayıncılık.

- Prochaska, J. O., Redding, C. A. ve Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. K. Glanz, B. K. Rimer, ve K. Viswanath (Ed.), *Health Behaviour and Health Education* içinde. (4. baskı, s. 97-121). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Roberfroid, M. B. (2000). Defining functional foods. G. R. Gibson ve C. M. Williams (Ed.), *Functional Foods: Concept to Product* içinde (s. 9-27). Cambridge, England: Woodhead Publishing.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4. baskı.) New York, NY: The Free Press.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tabak, R. S. (1999). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Thomas, R. K. (2006). *Health Communication*. Springer. New York, NY: Springer.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2013). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Viswanath, K. (2008). Perspectives On Models Of Interpersonal Health Behavior. K. Glanz, B. K. Rimer, ve K. Viswanath (Ed.), *Health Behaviour and Health Education* içinde (4. baskı, s. 271-281) . San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Yücesan, S. (2008). *Optimal Beslenme*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Sürekli Yayınlar

- Abdel-Megeid, F. Y., Abdelkarem, H. M. ve El-Fetouh, A. M. (2011). Unhealthy nutritional habits in university students are a risk factor for cardiovascular diseases. *Saudi Medical Journal*, 32(6), 621–627.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179–211. Doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Armitage, C. J. ve Conner, M. (1999). Distinguishing Perceptions of Control From Self-Efficacy: Predicting Consumption of a Low-Fat Diet Using the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 72–90.
- Armitage, C. J. ve Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15(15), 173–189. <https://doi.org/10.1080/08870440008400299>
- Astrup, A., Dyerberg, J., Selleck, M. ve Stender, S. (2008). Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obesity Reviews*, 9, 48–52. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00438.x>
- Aydın Eryılmaz, G., Demiryürek, K. ve Emir, M. (2015). Avrupa Birliği ve Türkiye’de organik tarım ve gıda ürünlerine karşı tüketici davranışları. *Anadolu Tarım Bilimleri Dergisi*, 30(2), 199–206. Doi: 10.7161/anajas.2015.30.2. 199-206
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26. Erişim adresi: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001 ARPr.pdf>
- Baron, R. ve Kenny, D. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. Erişim adresi: <http://webcom.upmf-grenoble.fr/LIP/Perso/DMuller/GSERM/Articles/Journal%20of%20Personality%20and%20Social%20Psychology%201986%20Baron.pdf>
- Basu, Ambar ve Dutta, M. J. (2008). The Relationship Between Health Information Seeking and Community Participation: The Roles of Health Information Orientation and Efficacy. *Health Communication*, 23(1), 70–79. <https://doi.org/10.1080/10410230701807121>
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P. ve Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348. <https://doi.org/10.2307/2955344>
- Berner, L. A. ve O’Donnell, J. A. (1998). Functional Foods and Health Claims Legislation: Applications to Dairy Foods. *Int. Dairy Journal*, 8, 355–362. [https://doi.org/10.1016/S0958-6946\(98\)00058-2](https://doi.org/10.1016/S0958-6946(98)00058-2)

- Bhaskaran, S. ve Hardley, F. (2002). Buyer beliefs, attitudes and behaviour: Foods with therapeutic claims. *Journal of Consumer Marketing*, 19(7), 591–606. <https://doi.org/10.1108/07363760210451410>.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y. ve Ardiç, E. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28–34. Erişim adresi: <http://www.sbedergi.duzce.edu.tr/article/view/1039000127>
- Burbank, P. M., Reibe, D., Padula, C. A. ve Nigg, C. (2002). Exercise and older adults: Changing behavior with the transtheoretical model. *Orthopedic Nursing*, 21(4), 51–63.
- Cencic, A. ve Chingwaru, W. (2010). The Role of Functional Foods, Nutraceuticals, and Food Supplements in Intestinal Health. *Nutrients*, 2(6), 611–625. <https://doi.org/10.3390/nu2060611>
- Chen, M.F. (2009). Attitude toward organic foods among Taiwanese as related to health consciousness, environmental attitudes, and the mediating effects of a healthy lifestyle. *British Food J.*, 111(2), 165–178. Doi: 10.1108/00070700910931986
- Cohen, D. A., Scribner, R. A. ve Farley, T. A. (2000). A Structural Model of Health Behavior: A pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level. *Preventive Medicine*, 30(2), 146–154. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0609>
- Cotugna, N., Subar, A. F., Heimendinger, J. ve Kahle, L. (1992). Nutrition and cancer prevention knowledge, beliefs, attitudes, and practices: the 1987 National Health Interview Survey. *Journal of the American Dietetic Association*, 92(8), 963–968.
- Çakmakçı, S., ve Tahmas Kahyaoğlu, D. (2012). Yağ Asitlerinin Sağlık ve Beslenme Üzerine Etkilerine Genel Bir Bakış. *Akademik Gıda*, 10(1) (2012) 103-113. Erişim adresi: <http://www.academicfoodjournal.com/archive/2012/issue1/rp103-113.pdf>
- Çelik, S. (2013). Kimler , Neden Organik Gıda Satın Alıyor? Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30, 93–108. Erişim adresi: <http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/18/12>
- Demiryürek, K. (2004). Dünya ve Türkiye’de Organik Tarım. *HR.Ü.Z.F.Dergisi*, 8(3/4), 63–71. <https://www.researchgate.net/publication/271522953>
- Demiryürek, K. (2011). Organik Tarım Kavramı ve Organik Tarımın Dünya ve Türkiye’deki Durumu. *GOÜ, Ziraat Fakültesi Dergisi*, 28(1), 27–36. Erişim adresi: http://ziraatdergi.gop.edu.tr/Makaleler/2069745255_27-36.pdf
- Doak, C. (2002). Large-scale interventions and programmes addressing nutrition-related chronic diseases and obesity: examples from 14 countries. *Public Health Nutrition*, 5(1A), 275–277. <https://doi.org/10.1079/PHN2001>

- Dölekoğlu, C. Ö., Şahin, A. ve Giray, F. H. (2015). Kadınlarda Fonksiyonel Gıda Tüketimini Etkileyen Faktörler: Akdeniz İlleri Örneği. *Tarım Bilimleri Dergisi*, 21, 572–584. Doi: 10.1501/Tarimbil_0000001358
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). An alternative approach to social capital: Exploring the linkage between health consciousness and community participation. *Health Communication*, 16(4), 393–409. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1604_1
- Dutta-Bergman, M. J. (2005). Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: The role of communicative and motivation variables. *Health Communication*, 17(1), 1–16. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1701_1
- Dutta-Bergman, M. J. (2006). A formative approach to strategic message targeting through soap operas: Using selective processing theories. *Health Communication*, 19(1), 11–18. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1901_2
- Dutta, M. J. (2007). Health Information Processing From Television: The Role of Health Orientation. *Health Communication*, 21(1), 1-9.
- Dutta, M. J. ve Feng, H. (2007). Health Orientation and Disease State as Predictors of Online Health Support. *Health Communication*, 22 (2), 181-189. <https://doi.org/10.1080/10410230701310323>
- Eriksson-Backa, K. (2003). *In Sickness and in Health: How Information and Knowledge Are Related to Health Behaviour*. Finland: ÅBO Akademi University Press.
- Erol, S. ve Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 86-94. Erişim adresi: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000586>
- Forthofer, M. S. ve Bryant, C. A. (2000). Using Audience-Segmentation Techniques to Tailor Health Behavior Change Strategies. *American Journal of Health Behavior*, 24(1), 36–43. <https://doi.org/10.5993/AJHB.24.1.6>
- Fritz, M. S. ve MacKinnon, D. P. (2007). Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. *Psychological Science*, 18(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Furnham, A. ve Forey, J. (1994). The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 458-469. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199405\)50:3<458::AID-JCLP2270500318>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199405)50:3<458::AID-JCLP2270500318>3.0.CO;2-V)
- Glanz, K. ve Bishop, D. B. (2010). The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annual Rev. Public Health*, 31, 399-418. Doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103604

- Gould, S. J. (1988). Consumer Attitudes Toward Health and Health Care: A Differential Perspective. *The Journal of Consumer Affairs*, 22(1), 96-118. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.1988.tb00215.x>
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples From the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 599-610. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.599>
- Hong, H. (2011). An extension of the extended parallel process model (EPPM) in television health news: The influence of health consciousness on individual message processing and acceptance. *Health Communication*, 26(4), 343–353. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.551580>
- Hsu, S.Y., Chang, C.C. ve Lin, T. T. (2016). An Analysis of purchase intentions toward organic food on health consciousness and food safety with/under structural equation modeling. *British Food Journal*, 118(1), 200–216. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/MRR-09-2015-0216>
- Hunter, D. J., Reddy, K. S., ve Nations, T. U. (2013). Noncommunicable Diseases. *The New England J. of Medicine*, 369, 1336–1343. Doi: 10.1056/NEJMra1109345
- Ippolito, P. M. ve Mathios, A. D. (1990). Information, advertising and health choices: a study of the cereal market. *The RAND Journal of Economics*, 21(3), 459–480. <https://doi.org/10.2307/2555620>
- Irianto, H. (2015). Consumers' Attitude and Intention towards Organic Food Purchase: An Extension of Theory of Planned Behavior in Gender Perspective. *International Journal of Management, Economics and Social Sciences*, 4(1), 17–31. Erişim adresi: <https://ssrn.com/abstract=2578399>
- Iversen, A. C. ve Kraft, P. (2006). Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? *Health Education Research*, 21(5), 601–610. <https://doi.org/10.1093/her/cyl014>
- Janz, N. K. ve Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. Erişim adresi: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177_109019818401100101.pdf
- Jayanti, R. K. ve Burns, A. C. (1998). The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0092070398261002>
- Jebb, S. A. (2007). Dietary determinants of obesity. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 8(1), 93–97. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00326.x>
- Kasl, S. V. ve Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior - I. Health and Illness Behavior. *Archives of Environmental Health: An Int. Journal*, 12(2), 246–266. Doi: 10.1080/00039896.1966.1066 4365

- Kavaliauske, M. ve Ubartaite, S. (2014). Ethical behaviour: Factors influencing intention to buy organic products in Lithuania. *Economics and Management*, 19(1), 72–83. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00249>
- Kaya Cebioğlu, İ. ve Önal, A. E. (2018). Gıda Katkı Maddesi İçeren Bazı Besinlerin Tüketiminin ve Sağlığa Etkilerinin Araştırılması: Gıdaların Risk Analizi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 21–35. Doi: 10.26453/otjhs.357496
- Koç, F., Kaya, N., Özbek, V. ve Akkılıç, M. E. (2014). Algılanan Fiyat ile Tüketici Güveni Arasında Algılanan Hizmet Kalitesinin Aracı Etkisi: Bankacılık ve Gsm Sektörlerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 13, 1-26. Erişim adresi: <http://www.pazarlama.org.tr/dergi/yonetim/icerik/makaleler/64-published.pdf>
- Kraft, F. B. ve Goodell, P. W. (1993). Identifying the health conscious consumer. *Journal of health care marketing*, 13(3), 18–25.
- Krystallis, A., Maglaras, G. ve Mamalis, S. (2008). Motivations and cognitive structures of consumers in their purchasing of functional foods. *Food Quality and Preference*, 19(6), 525–538. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2007.12.005>
- Kvatchadze, S. ve Akıncı, S. (2018). Sağlık Bilinci, Çevre Bilinci ve Organik Gıda Bilgisinin Satın Alma Niyetine Organik Gıdalara Yönelik Tutum Aracılığıyla Etkisi. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 37(37), 158–183. <https://doi.org/10.25294/auibfd.420809>
- Lee, K., Conklin, M., Cranage, D. A. ve Lee, S. (2014). The role of perceived corporate social responsibility on providing healthful foods and nutrition information with health-consciousness as a moderator. *International Journal of Hospitality Management*, 37, 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2013.10.005>
- Macit, S. ve Şanlıer, N. (2014). Palm Yağı ve Sağlık. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2(1), 13–20. Erişim adresi: https://www.jotags.org/Articles/2014_vol2_issue1/2014_vol2_issue1_article2.pdf
- Michaelidou, N. ve Hassan, L. M. (2008). The Role of Health Consciousness, Food Safety Concern and Ethical Identity on Attitudes and Intentions towards Organic Food. *International Journal of Consumer Studies*, 32(2), 163-17. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2007.00619.x>
- Moorman, C. ve Matulich, E. (1993). A Model of Consumers' Preventive Health Behaviors: The Role of Health Motivation and Health Ability, 20(2), 208–228. <https://doi.org/10.1086/209344>
- Olshansky, S. J. (2005). Projecting the future of U.S. health and longevity. *Health affairs (Millwood)*, 24 Suppl 2, 86–90. <https://doi.org/10.1377/hltha>
- Patterson, R. E., Kristal, A. R. ve White, E. (1996). Do beliefs, knowledge, and perceived norms about diet and cancer predict dietary change? *American Journal of Public Health*, 86(10), 1394–1400. Doi: 10.2105/AJPH.86.10.1394

- Paul, J. ve Rana, J. (2012). Consumer behavior and purchase intention for organic food. *J. of Consumer Marketing*, 29(6), 412–422. Doi: 10.1108/07363761211259223
- Rayner, M. ve Scarborough, P. (2005). The burden of food related ill health in the UK. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59, 1054–1057. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.036491>
- Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F. ve Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180–193. Erişim adresi: <https://pdfs.semanticscholar.org/5913/74764a22b4a570906662948e3da0294c03a9.pdf>
- Rodgers, S., Chen, Q., Duffy, M. ve Fleming, K. (2007). Media usage as health segmentation variables. *Journal of Health Communication*, 12(2), 105–119. <https://doi.org/10.1109/IPMHVC.2010.5958290>
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory Of Fear Appeals And Attitude Change. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Educ. Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Ross C. E. ve Wu C.L. (1995) . The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60 (5) , 719-745. <https://doi.org/10.2307/2096319>
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y, Kumar, R. ve Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187-192. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
- Satia, J. A., Kristal, A. R., Curry, S. ve Trudeau, E. (2001). Motivations for healthful dietary change. *Pubic Health Nutrition*, 4(5), 953-959. <https://doi.org/10.1079/PHN20011157>
- Schifferstein, H. N. J. ve Oude Ophuis, P. A. M. (1998). Health-Related Determinants of Organic Food Consumption in the Netherlands. *Food Quality and Preference*, 9(3), 119–133. [https://doi.org/10.1016/S0950-3293\(97\)00044-X](https://doi.org/10.1016/S0950-3293(97)00044-X)
- Seiders, K. ve Petty, R. D. (2004). Obesity and the Role of Food Marketing: A Policy Analysis of Issues and Remedies. *Journal of Public Policy & Marketing*, 23(2), 153–169. <https://doi.org/10.1509/jppm.23.2.153.51406>
- Sparks, P. ve Guthrie, C. A. (1998). Self-identity and the theory of planned behavior: A useful addition or an unhelpful artifice? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1393–1410. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01683.x>

- Spence, J. T. (2006). Challenges Related to the Consumption of Functional Foods. *Journal of Food Composition and Analysis*, 19, 4-6. <https://doi.org/10.1016/j.jfca.2005.11.007>
- Sun, Y. H. C. (2008). Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: The mediating role of food choice motives. *Appetite*, 51 (1), 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.11.004>.
- Şahin, M. (2016). Tuz Dosyası. *Hipertansiyon Haber Bülteni*, 3(5), 1–23. Erişim adresi: <https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/PDF/BULTEN-3-5.PDF>
- Tai, S. H. C. ve Tam, J. L. M. (1997). A lifestyle analysis of female consumers in Greater China. *Psychology and Marketing*, 14(3), 287–307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6793\(199705\)14:3<287::AID-MAR5>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6793(199705)14:3<287::AID-MAR5>3.0.CO;2-7)
- Taş, F., Seviş, E. Ü. ve Güngörmüş, Z. (2016). Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 380–393. <https://doi.org/10.18863/pgy.253444>
- Taşan, M. ve Dağlıoğlu, O. (2005). Trans Yağ Asitlerinin Yapısı, Oluşumu ve Gıdalarla Alınması. *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2(1), 79-88. <http://bhi.nku.edu.tr/basinyonetim/resim/images/ediorresimleri/522/files/makale11.pdf>
- Teng, C. C. ve Wang, Y. M. (2015). Decisional factors driving organic food consumption: Generation of consumer purchase intentions. *British Food Journal*, 117(3), 1066–1081. <https://doi.org/10.1108/BFJ-12-2013-0361>
- Ulupınar Alıcı, S. ve Sarıkaya, Ö. (2009). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 2(3), 95-101. <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/4529>
- Urala, N. ve Lähteenmäki, L. (2007). Consumers' changing attitudes towards functional foods. *Food Quality and Preference*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2005.06.007>
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. ve King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047–1053. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>
- Yılmaz, E., Yılmaz, İ. ve Uran, H. (2007). Gıda Maddeleri Tüketiminde Medyanın Rolü: Tekirdağ İli Örneği. *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 3, 9–14.
- Yılmaz, E., Oraman, Y. ve İnan, İ.H. (2009). Gıda Ürünlerine İlişkin Tüketici Davranışı Dinamiklerinin Belirlenmesi: “Trakya Örneği”. *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, 6(1), 1-10. Erişim adresi: <http://acikerisim.nku.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.11776/1443>

Tezler

- Aksulu, B. (2009). *Consumer attitudes towards functional foods: A Survey Applied in İzmir* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bilim, İ. (2015). *Determinants Of Healthy Eating Behaviours Among Middle School Students: The Theory Of Planned Behaviour Approach* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Bulduklu, Y. (2010). *Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Çakıcı, N. M. (2009). *Attitudes and Purchase Intentions of Consumers For Organic Products in the Turkish Market* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Disla, E. Y. (2005). *Factors associated with consumers' diet-health consciousness and consumer's choice to buy functional foods in the state of Ohio* (Yüksek lisans tezi). The Ohio State University, Columbus, Ohio. Erişim adresi: <https://etd.ohiolink.edu/>
- Hochradel, R. F. (2007). *The Effect of Nutrition Information on Menu Selection When Eating Food Away From Home* (Doktora tezi). Old Dominion University, Norfolk, VA. Doi: 10.25777/4xj6-sp44
- Hwang, J. (2011). *The Impacts Of Nutrition Information On Consumers Evaluations Toward Fast Food Meals*. (Yayımlanmamış doktora tezi). The Pennsylvania State University, Pennsylvania. Erişim adresi: https://etda.libraries.psu.edu/files/final_submissions/3054
- Köycü Öpözlü, A. (2006). *Çağımızda Değişen Sağlık Bilincinin Sportif Rekreasyona Katılım Düzeyine Etkisinin Araştırılması (Kütahya Örneği)* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Özmetin, S. (2006). *Gıda Tüketim Alışkanlıklarında Değişim Üzerine Bir Araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Velinova, I. D. (2011). *Encouraging healthy eating behaviours through healthy eating environments* (Yüksek lisans tezi). Durham University, Durham, England. Erişim adresi: <http://etheses.dur.ac.uk/3213/1/ThesisSubmission.pdf?DDD2+>
- Veuphuteh, F. M. (2018). *Gıda Kalitesi, Sağlık Bilinci ve Fiyat Duyarlılığının, Fast-food Satın Alma Niyetine Etkisi : Türkiye ve Kanada'daki Tüketicilerin Karşılaştırması* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz, M. B. (2013). *Planlanmış Davranış Teorisi Çerçevesinde Sağlık Amaçlı Bitkisel Ürün Kullanımı ve Medyanın Rolü* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.

Diğer Yayınlar

- Ajzen, I. (2019). Theory of Planned Behavior with Background Factors. Erişim adresi: <https://people.umass.edu/aizen/tpb.background.html>
- Akalın, H. E. (2014). Kronik Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar. Erişim adresi: http://saglikpolitikolari.omegacro.com/wp-content/uploads/2014/12/Kronik_Hastaliklar_Guncel.pdf
- Aktaş, Ü. (2015). Büyük Taklitçi Gluten İntoleransı. Erişim adresi: <https://www.umitaktas.com/tedaviler/colyak/buyuk-taklitci-gluten-intoleransi>
- Aydın, A. (2012). Pastorize sütün zararları. Erişim adresi: <http://www.gidahareketi.org/Pastorize-Sutun-Zararlari----613-yazisi.aspx>
- Boyacıoğlu, D. (2017). Fonksiyonel Gıdalar. Erişim adresi: <https://www.foodelphi.com/fonksiyonel-gidalar-roportaj-prof-dr-dilek-boyacioglu/>
- Business Wire. (2018). Global Health and Wellness Food Market 2018-2022 - Adoption of Healthy Eating Habits to Boost Demand - Technavio. Erişim adresi: <https://www.businesswire.com/news/home/20180723005413/en/Global-Health-Wellness-Food-Market-2018-2022-Adoption>
- Çeliktaban, D. (2015). Süt kemikleri güçlendirir mi? Erişim adresi: <https://www.haberturk.com/yazarlar/damla-celiktaban-2250/1107264-sut-kemikleri-guclendirir-mi>
- Çitçi, Ö. (2016). Sütü ürünle intoleransınız olabilir mi? Erişim adresi: <https://www.cnnturk.com/iyilik-saglik/beslenme/sutlu-urunler-dusundugunuz-kadar-masum-degil?page=5>
- FiBL ve IFOAM - Organic International. (2019). The World of Organic Agriculture Statistics and Emerging Trends 2019. H. Willer ve J. Lernoud (Ed.). Erişim adresi: <https://shop.fibl.org/CHen/mwdownloads/download/link/id/1202/?ref=1>
- Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun. (2004). *T.C. Resmi Gazete* (5179, 27 Mayıs 2004). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/06/20040605.htm>
- Hacettepe Üniversitesi (2015). *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*. Erişim adresi: <https://www.foodelphi.com/turkiyeye-ozgu-besin-ve-beslenme-rehberi-hacettepe-universitesi/>
- Hong, H. (2009). *Scale Development for Measuring Health Consciousness: Re-conceptualization*. 12th Annual International Public Relations Research Conference'da sunulan bildiri, Miami, FL. Erişim adresi: <https://instituteforpr.org/health-consciousness/>

- Hu, C. S. (2013). *A New Measure for Health Consciousness: Development of A Health Consciousness Conceptual Model*. The National Communication Association Annual Conference'da sunulan bildiri, Washington DC. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/299484743>
- IFOAM. (2008). Definition of Organic Agriculture. Erişim adresi: <https://www.ifoam.bio/en/organic-landmarks/definition-organic-agriculture>
- Knudson, W. A. (2007). The Organic Food Market. Working Paper. Michigan University. The Strategic Marketing Institute: East Lansing, MI. Erişim adresi: <https://www.canr.msu.edu/productcenter/uploads/files/organicfood1.pdf>
- LaMorte, W. W. (2018). Behavioral Change Models. Erişim adresi: <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/>
- Orr, G. (2003). Diffusion of Innovations, by Everett Rogers. Erişim adresi: [https://web.stanford.edu/class/symsys205/Diffusion of Innovations.htm](https://web.stanford.edu/class/symsys205/Diffusion%20of%20Innovations.htm)
- Özçelik, B. (2007). Fonksiyonel Gıdalar ve Sağlık: Yeni Tasarımları. Erişim adresi: <https://www.foodelphi.com/fonksiyonel-gidalar-ve-saglik-yeni-urun-tasarimlari-dr-beraat-ozcelik/>
- Özden, S., Saygılı, M. ve Sütütemiz, N. (2019). *Kozmetik Ürünlerin Tüketiminde Sağlık Bilincinin Rolü*. XI. Uluslararası Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler (IBANESS) Kongreler Serisi'nde sunulan bildiri, Tekirdağ, Türkiye. Erişim adresi: http://www.ibaness.org/conferences/tekirdag_2019/ibaness_tekirdag_proceedings_draft_4.pdf
- Sahota, A. (2019). The Global Market for Organic Food&Drink. H. Willer ve J. Lernoud (Ed.), *The World of Organic Agriculture - Statistics and Emerging Trends 2019* içinde (s. 146-150). Erişim adresi: <https://shop.fibl.org/CHde/mwdownloads/download/link/id/1202/?ref=1>
- TBMM. (1982). *T.C. Anayasası*. (2709, 7 Kasım 1982). Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı - HSGM. (2017a). Obezite Nedir? Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı - HSGM. (2017b). Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı - Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2016). *Türkiye Beslenme Rehberi 2015*. Erişim adresi: http://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_TYrkiye_Beslenme_Rehberi.pdf

- The Nielsen Company. (2016). *What's In Our Food and on Our Mind - Ingredient And Dining-Out Trends Around The World*. Erişim adresi: <https://www.nielsen.com/content/dam/niensglobal/eu/docs/pdf/Global%20Ingredient%20and%20Out-of-Home%20Dining%20Trends%20Report.pdf>
- The Statistics Portal. (2018a). Estimated health and wellness food market segments - CAGR 2011-2015. Erişim adresi: <https://www.statista.com/statistics/245630/cagr-of-health-and-wellness-food-market-segments-2011-2015/>
- The Statistics Portal. (2018b). Functional Foods Market. Erişim adresi: <https://www.statista.com/topics/1321/functional-foods-market/>
- TÜİK. (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri - 2009 ve sonrası. Erişim adresi: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083
- Türk Gıda Kodeksi Beslenme ve Sağlık Beyanları Yönetmeliği - Ek-1 Beslenme Beyanları ve Beyan Koşulları. (2017). *T.C. Resmi Gazete* (29960, 26 Ocak 2017). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/01/20170126M1-5-1.pdf>
- Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). S. Üner, M. Balcılar M. ve T. Ergüder (Ed.) Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
- TÜSEB. (2018a). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Nelerdir? Erişim adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/akademik/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir>
- TÜSEB. (2018b). Türkiye Komşularına Örnek Oldu. Erişim adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/haberler/turkiye-komsularina-ornek-oldu>
- Varinli, İ., Erdem, E. ve Yıldız, M. E. (2012). *A Study For Determining The Effects Of The Perceptions of Consumers About Halal Food, On The Consumers' Intention To Buy in Turkey*. *3rd Global Islamic Marketing Conference* Cairo, Egyptian'da sunulan bildiri.
- WHO. (1948). *Official Records of The World Health Organization*. No:2. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=197C290A13FFA97CFD898DD55C31CFB0?sequence=1
- WHO. (2005). *Preventive Chronic Diseases: a vital investment: WHO global report*. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2015). *Report on the status of major health risk factors for NCD: WHO African Region, 2015*. Erişim adresi: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/15264_who_afr-situation-ncds-15-12-2016-for web.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/15264_who_afr-situation-ncds-15-12-2016-for%20web.pdf)

- WHO. (2017a). *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=5043169819F5DF7A4CBB8A2D96F80010?sequence=1>
- WHO. (2017b). 10 facts on obesity. Erişim adresi: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>.
- WHO. (2018a). *General Meeting of the WHO Global Coordination Mechanism for the prevention and control of noncommunicable diseases (GCM/NCD)*. Geneva, Switzerland, 5-6 Kasım 2018. Erişim adresi: <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/news/General-Meeting-of-the-WHO-Global-Co-chair-06-11-2018.pdf?ua=1>
- WHO. (2018b). Obesity and Overweight. Erişim adresi: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2018c). *Time to Deliver - Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases*. New York, NY, 27 Eylül 2018. Erişim adresi: <https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/brochure.pdf>
- World Economic Forum ve WHO (2011). *From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*. Erişim adresi: https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf?ua=1
- Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018). *T.C. Resmi Gazete* (30373, 27 Mart 2018). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180327-1.htm>

EKLER

EK 1: Gıda Katkı Maddeleri ve Muhtemel Yan Etkileri

İsmi ve E-Kodu	Fonksiyon	Kullanıldıkları Gıdalar	Muhtemel Yan Etkileri
Tartrazin (E102) Kinolin Sarısı (E104)	Renklendirici (Sarı renk)	Bisküvi, çikolata, meyve suyu, gazoz, şekerleme, sakız, reçel, dondurma	Astım, egzama ve çeşitli alerjik reaksiyonlar, çocuklarda uyku-suzluğa ve hiperaktif bulgularında artışa neden olabilir.
Karmin (E120) Azorubin (E122)	Renklendirici (Kırmızı renk)	Dondurma, meyveli yoğurt, reçel, kola, gazoz, vişne suyu, sakız, salam, sosis	Astım, egzama ve çeşitli alerjik reaksiyonlara çocuklarda hiperaktif bulgularında artışa, ödem ve uyku bozukluklarına neden olabilir.
Benzoik Asit (E210) ve Tuzları	Maya ve küflere karşı koruyucu	Çikolata, meyve suyu, margarin, turşu, reçel, dondurma, ketçap	Astım ve bazı alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Çocuklarda hiperaktivite bulgularını arttırabilir.
Kükürt Dioksit (E220) ve Sülfidler	Koruyucu	Kurutulmuş meyveler, meyve suyu, sirke, unlu mamuller, şarap ve konserve ürünleri	Alerjik reaksiyonlara ve astımlı hastalarda solunum problemlerine neden olabilir.
Nitritler ve Nitratlar Sodyum Nitrit (E250) Sodyum Nitrat (E251)	Koruyucu ve renk tutucu	Salam, sucuk, sosis, pastırma, tavuk ve balık gibi et ve et ürünleri	Nitrit ve nitratlar, vücutta kanserojen olabilen nitrozaminleri oluşturur ve kanın oksijen taşıma yeteneğini azaltırlar. Nitrit, migrenli hastalarda migreni tetikleyebilir.
Monosodyum Glutamat (MSG) - E621	Lezzet arttırıcı	Hazır çorba, pane harcı, bisküvi, cips, çerez, salam, sosis, sucuk ve et suyu tabletleri	Astım hastalarında nefes darlığı ve alerjik reaksiyonlara bağlı ürtikere neden olabilir.
Aspartam - E951	Tatlandırıcı	Diyet ürünleri, meyve aromalı içecekler, çikolata, dondurma, jöle, kahvaltılık tahıllar, reçel, sakız	Migreni tetikleyebilir, bazı alerjik reaksiyonlara, anksiyete, hiperaktivite ve mide-bağırsak sisteminde çeşitli rahatsızlıklara, fenilketonüri hastalarında beyin tahribatına neden olabilir.

Kaynak: Altuğ ve Elmacı, 2001; Bağcı Bosi, 2014; Gouget, 2008; Gültekin, 2014.

EK 2: Türk Gıda Kodeksi Beslenme ve Sağlık Beyanları Yönetmeliği - Beslenme Beyanları ve Beyan Koşulları

Enerji / besin ögesi	Beslenme beyanı	Beyan koşulu
Enerji/ Kalori / besin ögeleri	Azaltılmış/ Daha az	- Enerji / besin ögesi miktarında, benzer bir ürüne göre en az %30'luk bir azalma sağlanması gerekir. - Enerji değerine ilişkin beyan yapıldığında, toplam enerji değerindeki azalmanın gıdanın hangi özelliğinden kaynaklandığı da belirtilir.
Enerji/Kalori	Düşük	- 100 g katı gıdadaki enerji değerinin 40 kcal (170 kJ)'den fazla olmaması gerekir veya, - 100 mL sıvı gıdadaki enerji değerinin 20 kcal (80 kJ)'den fazla olmaması gerekir.
		- Sofralık tatlandırıcılar için; 1 porsiyondaki enerji değerinin 4 kcal (17 kJ)'den fazla olmaması ve tatlılığın 6 g sakkaroz (yaklaşık 1 tatlı kaşığı sakkaroz) eşdeğer olması gerekir.
	Enerjisiz/ Kalorisiz	- 100 mL sıvı gıdadaki enerji değerinin 4 kcal (17 kJ)'den fazla olmaması gerekir.
		- Sofralık tatlandırıcılar için; 1 porsiyondaki enerji değerinin 0,4 kcal (1,7 kJ)'den fazla olmaması ve tatlılığın 6 g sakkaroz (yaklaşık 1 tatlı kaşığı sakkaroz) eşdeğer olması gerekir.
Yağ	Düşük/Az	- 100 g katı gıdadaki yağ miktarının 3 g'dan fazla olmaması gerekir veya, - 100 mL sıvı gıdadaki yağ miktarının 1,5 g'dan fazla olmaması gerekir.
	Yağsız	- 100 g katı veya 100 mL sıvı gıdadaki yağ miktarının 0,5 g'dan fazla olmaması gerekir. - 'Yağsız' beyanı yapılan gıdalarda, gıdanın yağ miktarında ne kadar azalma olduğunu ifade eden '% yağsız' gibi beyanlar yapılamaz.
Doymuş yağ	Düşük/Az	- 100 g katı gıdadaki doymuş yağ asitleri ve trans yağ asitleri toplamının 1,5 g'dan fazla olmaması gerekir veya, - 100 mL sıvı gıdadaki doymuş yağ asitleri ve trans yağ asitleri toplamının 0,75 g'dan fazla olmaması gerekir ve, - Doymuş yağ asitleri ve trans yağ asitleri toplamının sağladığı enerji, toplam enerjinin %10'undan fazla olamaz.
	Doymuş yağ içermez/ Doymuş yağ yoktur	- 100 g katı veya 100 mL sıvı gıdadaki doymuş yağ asitleri ve trans yağ asitleri toplamının 0,1 g'dan fazla olmaması gerekir.

Omega 3 yağ asitleri	Kaynak/ İçerir/ ...ilaveli	- 100 g ve 100 kcal gıdadaki alfa-linolenik asit (ALA) miktarının en az 0,3 g olması gerekir veya, - 100 g ve 100 kcal gıdadaki eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) miktarları toplamının en az 40 mg olması gerekir.
	Yüksek	- 100 g ve 100 kcal gıdadaki alfa-linolenik asit (ALA) miktarının en az 0,6 g olması gerekir veya, - 100 g ve 100 kcal gıdadaki eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) miktarları toplamının en az 80 mg olması gerekir.
Tekli doymamış yağ	Yüksek	Gıdadaki yağ asitlerinin en az %45'inin tekli doymamış yağlardan oluşması ve bu tekli doymamış yağların gıdanın enerjisinin %20'sinden fazlasını sağlaması gerekir.
Çoklu doymamış yağ	Yüksek	Gıdadaki yağ asitlerinin en az %45'inin çoklu doymamış yağlardan oluşması ve bu çoklu doymamış yağların gıdanın enerjisinin %20'sinden fazlasını sağlaması gerekir.
Doymamış yağ	Yüksek	Gıdadaki yağ asitlerinin en az %70'inin doymamış yağlardan oluşması ve bu doymamış yağların gıdanın enerjisinin %20'sinden fazlasını sağlaması gerekir.
Trans yağ	Trans yağ içermez/ Trans yağ yoktur	Trans yağ asidi miktarının, yağlarda veya bileşen olarak yağ içeren gıdalarda toplam yağın 100 gramında 1 gramdan az olması gerekir.
Şeker	Düşük/Az	- 100 g katı gıdadaki şeker miktarının 5 g'dan fazla olmaması gerekir veya, - 100 mL sıvı gıdadaki şeker miktarının 2,5 g'dan fazla olmaması gerekir.
	Şekersiz	- 100 g katı veya 100 mL sıvı gıdadaki şeker miktarının 0,5 g'dan fazla olmaması gerekir.
	İlave şeker içermez/ Şeker ilavesiz	- Gıdada herhangi bir mono- veya disakkarit veya tatlandırma özelliği için ilave edilen bir başka gıda bulunmaması gerekir. Eğer gıdada doğal olarak şeker bulunuyorsa, gıdanın etiketinde "DOĞAL OLARAK ŞEKER İÇERİR." ifadesine de yer verilir.

Sodyum/Tuz	Azaltılmış/ Daha az	- Sodyum veya eşdeğeri tuz miktarında, benzer bir ürüne göre en az %25’lik bir azalma sağlanması gerekir.
	Düşük/Az	- 100 g katı veya 100 mL sıvı gıdada, 0,12 g’dan fazla sodyum veya 0,31 g’dan fazla tuz bulunmaması gerekir.
	Çok düşük/ Çok az	- 100 g katı veya 100 mL sıvı gıdada, 0,04 g’dan fazla sodyum veya 0,1 g’dan fazla tuz bulunmaması gerekir.
	Sodyumsuz/ Tuzsuz	- 100 g katı veya 100 mL sıvı gıdada, 0,005 g’dan fazla sodyum veya 0,013 g’dan fazla tuz bulunmaması gerekir.
Lif	Artırılmış/ Daha fazla	- ‘Kaynak’ beyanı için verilen değerlerin sağlanması ve gıdanın benzer bir ürüne göre en az % 30 daha fazla lif içermesi gerekir.
	Kaynak/ İçerir/ ...ilaveli	- 100 g gıdadaki lif miktarının en az 3 g olması gerekir veya, - 100 kcal’deki lif miktarının en az 1,5 g olması gerekir.
	Yüksek	- 100 g gıdadaki lif miktarının en az 6 g olması gerekir veya, - 100 kcal’deki lif miktarının en az 3 g olması gerekir.
Protein	Artırılmış/ Daha fazla	- ‘Kaynak’ beyanı için verilen değerlerin sağlanması ve gıdanın benzer bir ürüne göre en az % 30 daha fazla protein içermesi gerekir.
	Kaynak/ İçerir/ ...ilaveli	- Gıdanın enerji değerinin en az % 12’sinin protein tarafından sağlanması gerekir.
	Yüksek	- Gıdanın enerji değerinin en az % 20’sinin protein tarafından sağlanması gerekir.
Vitaminler ve/veya Mineraller	Azaltılmış	- Ek-8 (ilgili yönetmeliğe ait ek)’de yer alan mikro besin öğeleri için, ürünün içerdiği mikro besin öğesinin beslenme referans değerini karşılama yüzdesinde benzer bir ürüne göre en az 10 birim azalma sağlanması gerekir.
	Kaynak/İçerir/ ...ilaveli	- Gıdadaki vitamin ve/veya mineral miktarının, Ek-8 (ilgili yönetmeliğe ait ek)’de tanımlanmış olan belirgin miktarda olması gerekir.
	Yüksek	- ‘Kaynak’ beyanı için verilen değerlerin 2 katının karşılanması gerekir.

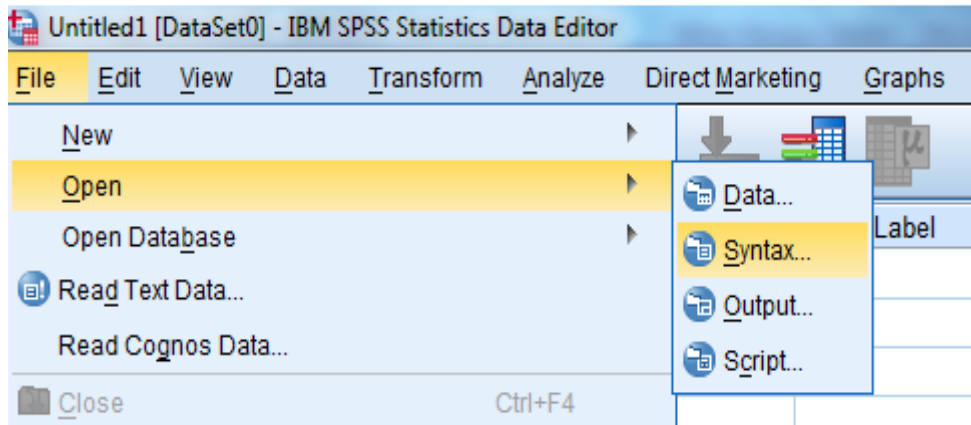
Kaynak: Türk Gıda Kodeksi Beslenme ve Sağlık Beyanları Yönetmeliği - Beslenme Beyanları ve Beyan Koşulları. (2017). T.C. Resmi Gazete (29960, 26 Ocak 2017).

EK 3: Hayes'in Process Makrosunun Kullanımı*

PROCESS, SPSS ve SAS gibi istatistik programlarının aracı (mediator) ve düzenleyici (moderator) değişkenli modelleri tahmin etmesindeki eksikliği giderme amacıyla 2012 yılında Ohio Eyalet Üniversitesi psikoloji bölümü profesörlerinden Andrew F. Hayes tarafından oluşturulmuştur. PROSES, gözlemlenen değişken yol analizi tabanlı aracılık (mediation) ve düzenleyicilik (moderation) analizlerinin yanı sıra koşullu süreç analizi gibi entegrasyonları hesaplayabilen bir araçtır. Olağan en küçük kareler regresyonunu (OLS) kullanarak model katsayıları, standart hatalar, t ve p değerleri ile güven aralıklarını tahmin etmenin yanısıra PROCESS, aracılık modellerinde tekli veya çoklu koşullu araçlar ile, doğrudan ve dolaylı etkiler, moderasyon modellerinde koşullu etkiler ve koşullu işlem modellerinde koşullu dolaylı etkiler oluşturabilmektedir. PROCESS ile aracılık modellerinde, paralel, seri ya da bunların bir kombinasyonlarında çalışacak şekilde birden fazla aracılı olarak tanımlanabilmektedir. Yapısal eşitlik modellerinden farklı olarak çalışmasına rağmen, PROCESS ile üretilen sonuçlar yapısal eşitlik modeli kullanımı ile üretilen sonuçlara benzerlik göstermektedir.

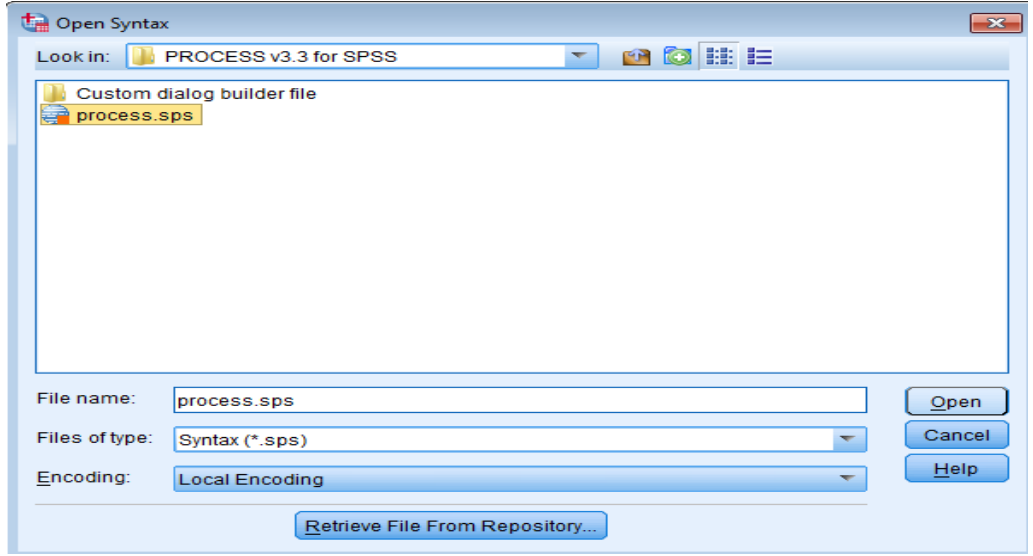
PROCESS Makrosunun Kurulumu

Uygulama için öncelikle “www.processmacro.org” sitesinden indirilen klasörün içinde bulunan “process.sps” dosyasının SPSS’teki “File” menüsü altındaki “Open” seçeneği kullanılarak bir syntax (sözdizimi) dosyası olarak açılması gerekmektedir. Bu işlemlere ait ekran görüntüleri Şekil 5 ve Şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 5: SPSS'te Bir Syntax Dosyasının Açılması

*Bu ekteki bilgiler Hayes (2018)'in “Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis: A Regression Based Approach” isimli kitabının 2. baskısına ait olup, uygulayıcılara adım adım süreci anlatmak amacıyla verilmiştir.



Şekil 6: SPSS'te Process.sps Dosyasının Açılması

Syntax dosyası açıldıktan sonra Syntax sayfasında çıkan kodun tamamının değiştirilmeden seçilip RUN ikonu ile ya da “Run” menüsü altındaki “All” seçeneği ile çalıştırılması gerekmektedir. 5000'in üzerinde satıra sahip olan bu kodun aşağıdaki şekilde verilen ekran görüntüsü bu kodun sadece bir kısmını içermektedir.

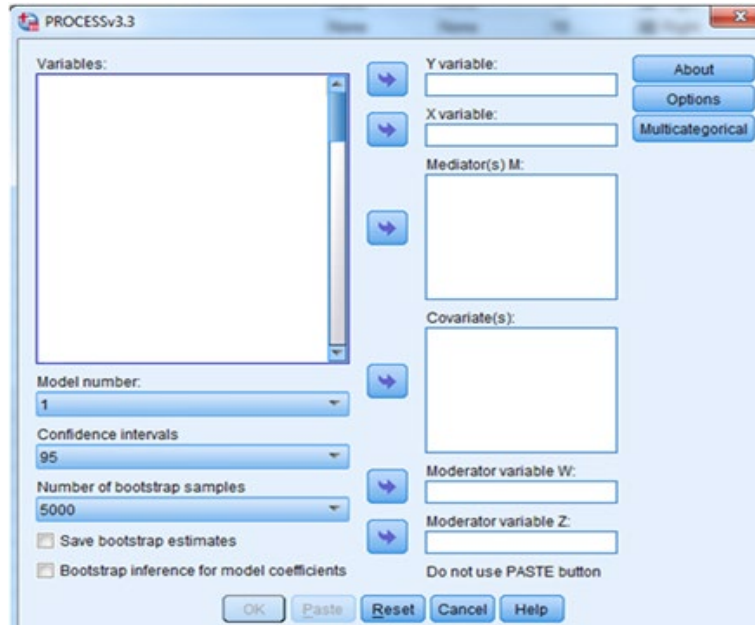
```
process.sps - IBM SPSS Statistics Syntax Editor
File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Run
Encoding: windows-1252.
1
2
3
4 /* PROCESS version 3.3 */.
5 /* Written by Andrew F. Hayes */.
6 /* www.afhayes.com */.
7 /* www.processmacro.org */.
8 /* Copyright 2019 by Andrew F. Hayes */.
9 /* Documented in http://www.guilford.com/p/hayes3 */.
10 /* PROCESS workshop schedule at http://www.processmacro.org/workshops.html */.
11
12 /* Distribution of this code in any form, except through processmacro.org, is prohibited */.
13 /* without the permission of the copyright holder */.
14
15 /* THIS SOFTWARE IS PROVIDED "AS IS", WITHOUT WARRANTY OF ANY KIND */.
16 /* EXPRESS OR IMPLIED, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO THE WARRANTIES OF */.
17 /* MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE AND NONINFRINGEMENT */.
18 /* IN NO EVENT SHALL THE COPYRIGHT HOLDERS BE LIABLE FOR ANY CLAIM, */.
19 /* DAMAGES OR OTHER LIABILITY, WHETHER IN AN ACTION OF CONTRACT, TORT */.
20 /* OR OTHERWISE, ARISING FROM, OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE */.
21 /* SOFTWARE OR THE USE OR OTHER DEALINGS IN THE SOFTWARE */.
22 /* USE OF THIS SOFTWARE IMPLIES AGREEMENT WITH THESE TERMS */.
23
24 set printback=off.
25
26 define bcboot3 (databcvt = !charend (*)/estmte = !charend (*) !default(9999)).
27 compute temp = !databcvt.
28 compute temp(GRADE(!databcvt)) = !databcvt.
29 compute badlo = 0.
30 compute badhi = 0.
```

Şekil 7: PROCESS'in SPSS'e Tanıtılması

Syntax sayfasında işlem yapılabilmesi için analizde kullanılacak verilerin olduğu SPSS dosyasının da açık olması gerekmektedir.

Bunun dışında PROCESS makrosu, yüklenecek özel bir iletişim kutusu yardımıyla da kullanılabilir. Bu özel iletişim kutusu, PROCESS'in birçok özelliğinin komut satırı yazmadan kullanılmasını sağlar. Özel iletişim kutusu kullanabilmek için öncelikle PROCESS kurulum dosyası ile birlikte gelen özel iletişim dosyasının yüklenmesi gerekmektedir. PROCESS özel iletişim dosyasının SPSS'e kurulumu kullanılan SPSS sürümüne bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Kurulum seçeneklerinin her biri için öncelikle SPSS'in yönetici olarak çalıştırılması gerekmektedir. Bu işlem için SPSS Statistics ikonuna sağ tıklanmalı ve "Yönetici olarak çalıştır" seçeneği seçilmelidir. Bu işlemden sonra SPSS 23 ve önceki sürümler için Utilities (Araçlar) menüsü altındaki Custom Dialog→Install Custom Dialog seçenekleri kullanılmalıdır. (Şekil) SPSS 24 ve sonraki sürümler için ise "Extensions" (Eklentiler) menüsü altındaki Utilities→Install Custom Dialog" seçenekleri seçilmelidir. Daha sonra "PROCESS v3.3 for SPSS" klasörü içinde bulunan "Custom dialog builder file" alt klasöründeki "**process.spd**" dosyası seçilerek yükleme işlemi tamamlanmalıdır.

Yüklenen bu özel iletişim kutusuna Analyze→Regression menüsü altındaki "PROCESS v3.3 by Andrew F.Hayes" yazılı seçeneğin seçilmesi ile ulaşılabilmektedir (Şekil 8). Bu menü SPSS 18 ve daha önceki sürümlerde çalışmamaktadır.



Şekil 8: PROCESS Özel İletişim Kutusu

Bu özel iletişim kutusu uygulamada kullanıcılara kolaylık sağlamakla birlikte, kullanımı ancak kullanılacak modelin, Hayes'in 2018 yılında yayınlanan "Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis" kitabının ikinci baskısında ayrıntılı olarak belirttiği modellerle tam uyumlu olması durumunda mümkün olabilmektedir. Araştırmada kullanılacak modelin belirtilen modellerin herhangi biri ile tam uyumlu olmadığı durumlarda syntax dosyasında bu modele uygun olarak bir komut satırı yazılması gerekmektedir.

PROCESS'in Kullanımın Ön Şartları

Bir komut satırının yazımı için öncelikle PROCESS'in iç çalışmalarında bir modeli nasıl temsil edildiğinin anlaşılması gerekmektedir. Ancak bunun öncesinde PROCESS'in doğru çalışabilmesi için gerekli bazı kısıtlamaların bilinmesi önemlidir. Bu kısıtlar aşağıda sıralanmıştır.

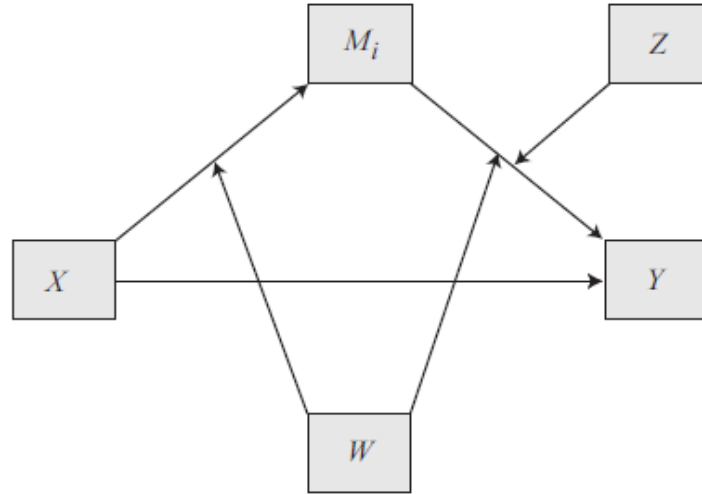
1. Model tekrarlamalı (recursive) olmalı yani geri besleme döngüsü ya da çift yönlülük sorunu olmamalıdır.
2. Modelde sadece bir öncül değişken (X) ve bir sonuç değişkeni (Y) olmalıdır.
3. Tüm değişkenler en az bir etki almalı ya da göndermelidir.
4. Modelde en azından bir medyatör ya da moderatör değişken olmalı ve komut satırında medyatör değişken " $m=$ " ifadesi ile, moderatör değişken ise " $w=$ " ifadesiyle belirtilmelidir.
5. PROCESS komutunda aracı (mediator) olarak belirtilen tüm değişkenler en az bir etki almalı ve göndermelidir.
6. Tamamen yeni bir model oluştururken izin verilen maksimum aracı (M_k) sayısı altı, moderatör (W ve Z) sayısı ise ikidir.
7. PROCESS kullanımında değişkenlerin gösterimi en fazla sekiz karakter ile yapılmalıdır.

B Matrisin Oluşturulması

PROCESS'te numaralandırılmış bir model B, W, Z ve WZ matrisleri olarak adlandırılan dört matris kümesi ile temsil edilmektedir. Bu matrisler öncül ve sonuç değişkenleri arasındaki etkileri ve düzenleyici olarak tahmin edilen etkilerin hangileri olduğunu belirtmektedir. Herhangi bir model numarası kullanılmadan oluşturulacak bir model için syntax sayfasındaki komut satırında **bmatrix** ve/veya **wmatrix**, **zmatrix**, **wzmatrix** ifadelerinin kullanılması gerekmektedir.

Öncelikle “k” aracılı bir model için k+1 satır ve sütuna sahip bir matris oluşturulur. (b matrisi) Bu matristeki sütunlarda etki gönderen değişkenler (X bağımsız değişkeni ve M aracı değişken/ler), satırlarda ise etki alan değişkenler (M aracı değişken/ler ve Y bağımlı değişkeni) bulunur. B matrisinde, j sütununda belirtilen değişkenin i satırındaki değişkeni etkileyeceği yönünde tahminde bulunulması durumunda (i,j) hücresi “1” olarak ayarlanır. Bu etki tahmin edilmiyorsa bu hücre 0’a sabitlenmelidir.

B matrisinde belirtilen tüm değişkenlerin en az bir etki göndermesi ya da alması gerekmektedir. Yani B matrisinde her satır ve sütunda en az bir tane “1” içermelidir. PROCESS’te model değişkenlerinin iki yönlü etki yolları olmamasından dolayı $j > i$ olan tüm (i,j) hücreleri her zaman “0”olarak ayarlanmalı ancak matris gösteriminde diğer tahmin edilmeyen yollardan farklı olarak siyah kareler ile gösterilmelidir. Aşağıdaki Şekil 9’da belirtilen modele PROCESS içinde numaralandırılmış bir modeldir (Model 64). Bu nedenle özel iletişim kutusu yardımıyla oluşturulabilir. Ancak matris gösterimin anlaşılması için örnek olarak verilmiştir.



Şekil 9: PROCESS Model 64 Gösterimi

Aracı değişken içeren bir modelini temsil etmek için öncelikle $0,5(k+1)(k+2)$ sayıda 0 veya 1 içeren hücelere sahip matris oluşturulmalıdır. Oluşturulan bu matriste siyah kareler ile gösterilen hücreler matris gösterimine katılmaz. Yukarıda gösterilen bir aracı değişkenli modele ait matris olarak gösterimi aşağıdaki gibidir (Şekil 10).

		Etki Gönderen Değişkenler	
		X	M_I
Etki Alan Değişkenler	M_I	1	■
	Y	1	1

bmatrix=1,1,1.

Şekil 10: PROCESS Model 64'e Ait B Matrisinin Gösterimi

Bir model numarası belirtildiğinde PROCESS modeli temsil etmek için Şekil 10'dakine benzer bir matris oluşturmaktadır. Uygulama özel iletişim kutusunda belli bir model numarası belirtilerek yapılmayacaksa, bu matrisin sözdiziminde kullanılmak üzere kullanıcı tarafından oluşturulması gerekmektedir. Şekil 9'da gösterilen PROCESS Model 64'e ait modelin Şekil 10'daki gibi oluşturulan B matris tablosundaki hücreler yukardan başlanarak aşağı ve sağa doğru olacak şekilde okunmalı ve SPSS komut dizimi satırında 0 ve 1'ler virgülle ayrılmış olarak gösterilmelidir (**bmatrix=1,1,1.**). Belirtilen modelde X , M ve Y arasındaki tüm yollar tahmin edilmek istendiği için B matrisi "0" değeri içermemektedir.

W ve Z Matrislerinin Oluşturulması

Düzenleyici değişken (moderatör) kullanılan aracılık modellerinde B matrisinin oluşturulmasına benzer şekilde W, Z ve WZ matrisleri oluşturmak ve modelde düzenleyici (moderasyon) etkilerini tahmin etmek mümkündür. W ve Z matrislerinin oluşturulma mantığı, B matrisinin oluşturulmasına benzemektedir. Aynı şekilde k+1 sayıda satır ve sütuna sahip bir matris oluşturulur. Ancak bu kez farklı olarak sadece W ve/veya Z moderatörleri tarafından tahmin edilmesi istenilen yollar "1" ile, tahmin edilmeyecek yollar ise "0" ile gösterilir. Bu nedenle B matrisindeki gibi her satır ve her sütunda en azından bir adet "1" olması şartı W ve Z matrisleri için geçerli değildir. Bu matrislerin komut satırında gösterimleri de B matrisinde olduğu yukarıdan aşağı ve sağa doğru okunarak yapılmaktadır.

Bir aracı (M_I) ve iki düzenleyici (W , Z) değişkenin bulunduğu Şekil 11'deki modele ait W ve Z matrisleri ve komut satırı gösterimleri aşağıda verilmiştir (Şekil 11 ve Şekil 12).

	X	M_I	
M_I	1	■	wmatrix=1,0,1.
Y	0	1	

Şekil 11: PROCESS Model 64'e Ait W Matris Gösterimi

	X	M_I	
M_I	0	■	zmatrix=0,0,1.
Y	0	1	

Şekil 12: PROCESS Model 64'e Ait Z Matris Gösterimi

Çok Kategorili X, W ve Z Değişkenleri

PROCESS model tahmini için normal en küçük kareler regresyonunu kullandığından, Y değişkeninin ve M aracı değişkenlerinin en az aralık düzeyinde ölçüm özelliklerine sahip olduğunu varsaymaktadır. Özellikle belirtilmediği sürece, X bağımsız değişkeni ile W ve Z düzenleyici değişkenleri dikotom (iki değerli) ya da sayısal olmalıdır. Bu değişkenlerin üç veya daha fazla kategoriye sahip çok kategorik değişkenler olması durumunda ise PROCESS'e kategorileri temsil etmek için hangi kodlama sistemi kullanılacağı söylenmelidir. Bunun için mcx , mcw ve mcz ifadelerinin ardından seçilecek kod numarası yazılmalıdır (Örneğin; $mcx=1$, “ $mcw=2$ ”, “ $mcz=3$ gibi).

Çoklu kategori “1” olarak ayarlandığında (örneğin $mcx=1$) seçilen basit indikatör kodlaması, referans kategorisi olarak kabul edilen en küçük sayısal kod ile kodlanmış grupla birlikte kullanılır. Yapay (dummy) kodlama için bu kategori seçilmelidir.

Çoklu kategori “2” olarak ayarlandığında (örneğin $mcw=2$) sıralı kodlama kullanılır. Sıralı kodlama, j grubunun kategorik değişken üzerinde daha yüksek olan bir ordinal pozisyona olan grubuyla karşılaştırılmasına izin verir.

Çoklu kategori “3” olarak ayarlandığında (örneğin $mcz=3$), Helmert kodlaması kullanılır. Helmert kodlaması, j grubunun kategorik değişkene göre daha yüksek olan tüm gruplarla karşılaştırılmasını sağlar.

Çoklu kategori “4” olarak ayarlandığında (örneğin $mcx=4$), efekt kodlaması kullanılır, grup kodlama şemasının dışında kalan en küçük sayı ile kodlanır.

Çoklu kategori “5” olarak ayarlandığında (örneğin $mcw=5$) ise PROCESS, çok kategorik bir değişken için bir dizi kullanıcı kodunun tanımlanmasına izin vermektedir.

Çok kategorili değişkenlerle ilgili PROCESS ayarları ile ilgili detaylı bilgi için bkz. Hayes (2018: 562-565).

PROCESS Bootstrap Örnek Sayısının Ayarlanması

PROCESS’te kullanılan bootstrap (önyükleme) örneklerinin sayısı varsayılan olarak 5000 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte bu sayı bu özel iletişim kutusundaki “boot” ayarlarında verilen seçeneklerden (1000, 2000, 5000, 10000, 20000, 50000) birinin seçilmesi ile ya da komut dizimi satırına eklenecek “**boot=** ” ifadesi ile ayarlanabilmektedir (Örneğin $boot=10000$).

PROCESS Bootstrap Güven Aralığı Düzeyinin Belirlenmesi

PROCESS, varsayılan olarak %95 güven aralığında düzeyinde bootstrap değerleri (LLCI-ULCI) oluşturmakta birlikte bu güven aralığının değiştirilmesine de olanak tanımaktadır. Özel iletişim kutusundaki “conf” seçeneği ile sadece belirtilen güven aralıklarından biri (% 90,% 95 ve % 99) seçilebilmesine karşın, syntax dosyasında komut satırında bu sayı 50 ile 99,9999 arasındaki herhangi bir sayıya ayarlanabilmektedir. Bunun için komut satırında istenilen değer “**conf=** ” yazıldıktan sonra belirtilmelidir. (Örnek; $conf=90$) İstenen bootstrap örneği sayısı, istenen güven aralığı düzeyine göre çok küçükse, PROCESS otomatik olarak bootstrap örneklerinin sayısını gerektiği gibi arttırmaktadır.

PROCESS Seed Değerinin Ayarlanması

PROCESS’in kullandığı “Bootstrapping” yöntemi verilerden rastgele örnekleme dayanmaktadır. Bu rastgele örnekleme işleminin bir sonucu olarak PROCESS her çalıştırıldığında elde edilen bootstrap güven aralığı (LLCI-ULCI) ve standart hata değerleri farklılık göstermektedir. İstenilen bootstrap örnekleri ne kadar çok olursa, koşullar arasındaki bu fark o kadar az olmaktadır. Bu nedenle bootstrap örnek sayısı artırılarak bu farklılık azaltılabilmektedir. Bu farklılıkla ilgili soruna yönelik alternatif bir yol olarak ise rastgele sayı üretici için belli bir “seed” numarası verilmesi önerilmektedir. Bootstrapping (önyükleme), rastgele bir sayı üretici tarafından

bootstrapping algoritmasını besleyen bilgilere dayanarak veri dosyasının satırlarını rastgele örneklemektedir. Ancak hiçbir rasgele sayı üretici aslında tamamen rastgele sayılar üretmemekte ve sonunda kendini tekrar edecek bir sistematik algoritma ile uzun bir sayı dizisi oluşturmaktadır. PROCESS komutunda “seed= ” şeklinde belirtilen değer ile rastgele sayı üreticisine bu dizinin başlangıç yeri belirtilmektedir.

PROCESS, “seed” için varsayılan değeri “rastgele” olarak belirlemekle birlikte, kullanılacak örnek seti, “1 ile 2.000.000.000” arasında herhangi bir tamsayıya ayarlanarak çoğaltılabilmektedir (Örn.; seed=12345). Sonuç olarak, aynı “seed” değerini içeren PROCESS komutu her çalıştırdığında, PROCESS algoritmasında kullanılan verilerdeki satırların sırası sabit kalmakta ve bootstrap örneklerinin sayısı değiştirilmediği sürece dolaylı etki için her zaman aynı önyükleme güven aralığı oluşturulmaktadır.

Oluşturulan Bir Modelin Syntax (Komut dizimi) Satırında Gösterimi

Tüm bu açıklananlara dayanarak daha önce Şekil 12’de verilen Model 64’ün tahmini için syntax dosyasında yazılacak komut satırı,

Çok kategorili bağımsız değişken X=xdeg

Bağımlı değişken Y=ydeg

Aracı değişken M₁= mdeg

Düzenleyici değişkenler W=wdeg ve Z=zdeg

Güvenilirlik düzeyi=%99

Bootstrap örnek sayısı=10000

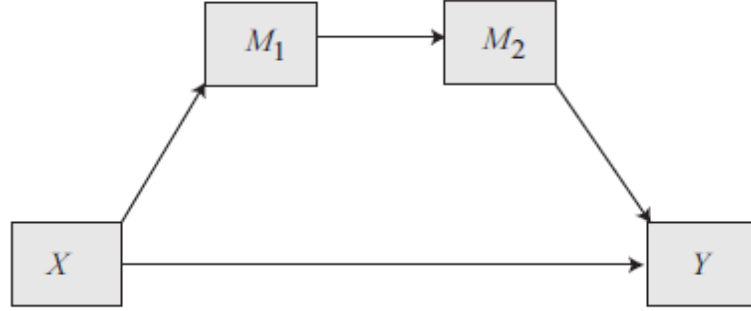
Seed numarası=190519 olmak üzere aşağıdaki gibidir.

```
process y=ydeg/x=xdeg/m=mdeg/w=wdeg/z=zdeg/bmatrix=1,1,1  
/wmatrix=1,0,1/zmatrix=0,0,1/mcx=1/conf=99/boot=10000/seed=190519.
```

Syntax sayfasında bu komut satırı yazıldıktan sonra komut satırının seçilerek “Run” menüsü altındaki “Selection” seçeneği ile ya da “Run Selection” ikonu çalıştırılması ile PROCESS, istenilen analiz sonuçlarını SPSS çıktı (output) dosyasında gösterecektir.

Araştırma Modelinin Syntax Kodununun Yazımı

Uygulayıcılar için bir örnek olması amacıyla bu çalışmada kullanılan model ve bu modelin matris gösterimi ise aşağıdaki Şekil 13 ve Şekil 14’de verilmiştir.



Şekil 13: Araştırmada Kullanılan İki Seri Aracılı Model

	X	M ₁	M ₂
M ₁	1	■	■
M ₂	0	1	■
Y	1	0	1

bmatrix=1,0,1,1,0,1

Şekil 14: Araştırma Modeli Matris Gösterimi

Bu çalışmada bağımsız değişkenin “geleneksel medya” olduğu Model 3’e ait komut satırı aşağıdaki gibidir.

```
process y=niyet/x=gmedya/m=sagbil tutum/bmatrix=1,0,1,1,0,1/seed=1234.
```

Bu komut satırının syntax sayfasında “RUN” seçeneği ile çalıştırılması sonucu elde edilen PROCESS analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Model : CUSTOM
 Y : niyet
 X : gmedya
 M1 : sagbil
 M2 : tutum

Sample
 Size: 450

Custom
 Seed: 1234

 OUTCOME VARIABLE:
 sagbil

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,180	,032	,241	14,990	1,000	448,000	,000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,359	,099	33,862	,000	3,164	3,554
gmedya	,117	,030	3,872	,000	,057	,176

← a yolu

 OUTCOME VARIABLE:
 tutum

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,468	,219	,223	125,919	1,000	448,000	,000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	2,118	,168	12,572	,000	1,787	2,449
sagbil	,502	,045	11,221	,000	,414	,590

← d yolu

 OUTCOME VARIABLE:
 niyet

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,413	,170	,297	45,836	2,000	447,000	,000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,854	,213	8,715	,000	1,436	2,272
gmedya	,054	,034	1,616	,107	-,012	,120
tutum	,446	,048	9,215	,000	,351	,541

← c' yolu

← b yolu

***** DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Direct effect of X on Y

	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
	,054	,034	1,616	,107	-,012	,120

Indirect effect(s) of X on Y:

	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
TOTAL	,026	,008	,012	,043
Ind1	,026	,008	,012	,043

Indirect effect key:
 Ind1 gmedya -> sagbil -> tutum -> niyet

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output: 95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals: 5000

----- END MATRIX -----

EK 4: Anket Formu

Sağlık Bilincinin Tüketim Eylemi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bir Anket Çalışması

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma ile tüketicilerin sağlık bilinç düzeylerinin, sağlıklı gıda ürünlerine yönelik tutuma ve davranışsal niyetlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Anketi doldurmanız yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler sadece akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır. Zaman ayırıp bu formu doldurarak, çalışmamıza yapacağınız önemli destek ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Simge ÖZDEN
Danışman: Doç. Dr. Nihal SÜTÜTEMİZ

“SAĞLIKLI GIDA” dendiğinde ne anlıyorsunuz? Lütfen kısaca açıklayınız.

Aşağıdaki satırlara lütfen sağlıklı olduğunu düşündüğünüz 3 gıdayı ve bu belirttiğiniz her bir gıdayı satın aldığımız yeri (her satırda bir tane olacak şekilde ve aynı sıra ile) yazınız. (Bu gıdayı eğer kendiniz yapıyorsanız lütfen ayrıca belirtiniz.)

Sağlıklı Gıda Örneği	Satın Alma Yeri
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Sizce sağlıklı bir gıdanın tanımında olması gerekenler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	
<input type="checkbox"/>	Yağ içeriği düşük
<input type="checkbox"/>	Şeker içeriği düşük
<input type="checkbox"/>	Protein içeriği yüksek
<input type="checkbox"/>	Vitamin ve mineral içeriği yüksek
<input type="checkbox"/>	Kimyasal katkı maddesi içeriği düşük ya da hiç kimyasal katkı maddesi içermeyen
<input type="checkbox"/>	Trans yağ içermeyen
<input type="checkbox"/>	Kalorisi düşük
<input type="checkbox"/>	Lif içeriği yüksek
<input type="checkbox"/>	Tuz içeriği düşük
<input type="checkbox"/>	Taze ve doğal
<input type="checkbox"/>	Az işlem görmüş ya da hiç işlenmemiş
<input type="checkbox"/>	Diğer

***Ambalajlı gıda satın alır mısınız?**

- () Evet
() Hayır

**Online ankette bu soruya“Evet” yanıtını veren katılımcılara aşağıdaki soru yöneltilmiştir.*

Ambalajlı gıda ürünlerinde ambalaj üzerindeki hangi bilgilere dikkat edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	
	Fiyat
	Marka
	Son kullanım tarihi
	Üretim yeri (Menşei)
	Kalori miktarı
	Besin içeriği (Karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral, tuz, lif, vb.)
	Kullanım şekli
	Alerjen olabilecek madde içeriği (Gluten, laktoz, yumurta vb.)
	Katkı maddesi içeriği (Koruyucu, renklendirici, tatlandırıcı vb.)
	Trans yağ içeriği
	Alkol içeriği
	Organik ürün sertifikasına sahip olması
	Helal ürün sertifikasına sahip olması
	Vegan ürün sertifikasına sahip olması

Aşağıda sağlık bilgi kaynakları ile ilgili çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelere katılım derecenizi lütfen size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.	Hiç	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
<i>Kullanılan Sağlık Bilgi Kaynakları</i>						
Sağlıkla ilgili bilgileri, aile ve arkadaşlarım gibi yakın çevremden alırım.						
Sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık çalışanları (doktor, diyetisyen vb.) ve sağlık kuruluşlarından (hastane, sağlık ocağı vb.) alırım.						
Sağlıkla ilgili bilgileri, geleneksel medya kanallarından (TV, radyo, gazete, dergi, reklam, kamu spotu vb.) alırım.						
Sağlıkla ilgili bilgileri, yeni medya kanallarından (internet, sosyal medya vb.) alırım.						
Sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık kitaplarından alırım.						

Aşağıda verilen ifadelere katılım derecenizi lütfen size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
<i>Sağlıklı Gıdalara Yönelik Tutum</i>					
Sağlıklı gıdaların, diğer gıdalardan daha düşük kimyasal katkılara sahip olduğuna inanırım.					
Sağlıklı gıdalara diğer gıdalardan daha fazla güvenirim.					
Sağlıklı gıdaların bana daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sağlayacağına inanırım.					
Sağlıklı gıdalar sağlıklı bir yaşam tarzını takip etmeyi kolaylaştırır.					
Sağlıklı gıda yememek kendimi suçlu hissettirir.					
<i>Sağlıklı Gıda Satın Alma Niyeti</i>					
Her zaman için sağlıklı gıda ürünü satın alma olasılığım yüksektir.					
Fiyatı ne olursa olsun sağlıklı gıda satın almak isterim.					
Bundan sonra da sağlıklı gıdalar satın almaya çalışacağım.					
Aileme ve arkadaşlarıma sağlıklı gıdalar satın almalarını tavsiye ederim.					
<i>Sağlık Bilinci</i>					
Sağlığım konusunda oldukça bilinçliyim.					
Sağlığım konusunda iç sesimi çoğunlukla dikkate alırım.					
Sağlığım hakkında çok düşünürüm.					
Sağlığım konusunda iç sesimi çoğunlukla dikkate alırım.					
Sağlığım hakkında çok düşünürüm.					
Sağlığım hakkında sürekli endişe duyarım.					
Gün içerisinde fiziksel anlamda nasıl hissettiğime dikkat ederim.					
Sağlığım söz konusu olduğunda sorumluluk almaktan kaçınmam.					
Sağlıklı olabilmek için kendi üzerime düşeni yaparım.					
Sadece hasta olduğum zamanlarda sağlığımdan endişe ederim.					
Herhangi bir hastalık yaşamadan hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
Sağlığım, kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.					
Olabildiğince sağlıklı bir şekilde hayatımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					

Kronik Hastalık Deneyimi

Kronik hastalıklar; diyabet (şeker hastalığı), yüksek tansiyon, damar sertliği, kanser, obezite, kalp-damar ve tiroid hastalıkları gibi uzun süredir devam eden ve yaşam kalitesini düşüren hastalıklardır. Lütfen aşağıdaki 2 soruyu bu açıklamaya göre cevaplayınız.

Kronik bir hastalığınız var mı / var mıydı?

- Evet
 Hayır

Ailenizden birinin kronik bir hastalığı var mı / var mıydı?

- Evet
 Hayır

Demografik Özellikler

Cinsiyetiniz

- Kadın
 Erkek

Yaşınız

Eğitim Durumunuz (Lütfen en son mezun olduğunuz okula göre cevaplayınız.)

- İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Ön Lisans
 Lisans
 Lisansüstü

Katılımınız için teşekkür ederiz.



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.99/
Konu :11/40 Simge ÖZDEN

Sayın Simge ÖZDEN

İlgi : Simge ÖZDEN 29/03/2019 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 03.04.2019 tarihli ve 11 sayılı toplantısında alınan "40" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

40. Simge ÖZDEN'in "Sağlık Bilincinin Tüketim Eylemi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.
Yapılan görüşmeler sonunda; Simge ÖZDEN'in "Sağlık Bilincinin Tüketim Eylemi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE8R4V1FL>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

Simge Özden, 1978 yılında Ankara'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Adapazarı'nda tamamladıktan sonra 2000 yılında Trakya Üniversitesi Gıda Mühendisliği'nden mezun oldu. Çeşitli gıda firmalarında gıda mühendisi olarak çalıştıktan sonra, 2004-2015 yılları arasında bir perakende şirketinde şube yöneticisi olarak görev yaptı. Bu zaman zarfında 2011 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Bölümü'nü bitirdi. Şuan halen Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine devam etmektedir.