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

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

YETİŞKİN KADIN BİREYLERDE BESLENME BİLGİ DÜZEYİNİN VE BESLENME DURUMUNUN SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Özge DURALI

EDİRNE – 2019

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

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

YETİŞKİN KADIN BİREYLERDE BESLENME BİLGİ DÜZEYİNİN VE BESLENME DURUMUNUN SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Özge DURALI

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE - 2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Özge DURALI tarafından tez başlığı "Yetişkin Kadın Bireylerde Beslenme Bilgi Düzeyinin ve Beslenme Durumunun Saptanması" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **27/12/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Aydan ERCAN
JÜRİ BAŞKANI

Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN
ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem BOZKIR
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında desteğini esirgemeyen, bilgisiyle yol gösteren danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'a ve tüm bölüm hocalarıma, desteği ile çalışmamda emeği büyük olan Öğr. Gör. Serpil BULUT'a, istatistiki analizlerdeki katkısı ile değerli hocam Prof. Dr. Necdet SÜT'e, maddi manevi desteği ile şimdiye dek olduğu gibi yine beni sonsuz destekleyen babam Hamit DURALI, annem Ümmü DURALI'ya ve miniğim Emir Berk DURALI'ya, belki de en büyük destekçim olan her ihtiyacımda kendisini hep yanıbaşımda hissettiğim biriciğim Araş. Gör. Enis Barış BULUT'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……...…...1

GENEL BİLGİLER……...…4

BESLENME İLE İLGİLİ GENEL TANIMLAR……...……..5

BESLENME VE SAĞLIK……...……13

BESLENME BİLGİSİ……...……15

BESLENME BİLGİ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....…...…..…17

BESLENME DAVRANIŞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER ...…….....……19

BESLENME VE KADIN SAĞLIĞI ...……...…….……21

KADINLARDA BESLENME İLE İLİŞKİLİ SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR.....25

BESLENME EĞİTİMİ ……..……...….....28

GEREÇ VE YÖNTEMLER …...……...…….……..30

BULGULAR ……...……...…….…….....…33

TARTIŞMA ……...…..……47

SONUÇLAR ……...…….……...58

ÖZET ……...……...…….……..62

SUMMARY ……...…….…64

KAYNAKLAR ……...……...…….…...66

ŞEKİLLER LİSTESİ ……...…..…….…….....73

ÖZGEÇMİŞ ……...…….……...74

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ **:** Beden Kitle İndeksi

DHA **:** Dekosahegzaenoik Asit

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

EPA **:** Eikosapentaenoik Asit

FAO **:** Food and Agriculture Organization

HDL **:** High-Density Lipoprotein

LDL **:** Low-Density Lipoprotein

PKOS **:** Polikistik Over Sendromu

TEMD **:** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TKD **:** Türk Kardiyoloji Derneği

TOHTA **:** Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması

GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin, ailenin, toplumun ilk amacı sağlıklı ve üretken olabilmektir. Sağlıklı ve üretken nesil olmanın göstergesi de fiziken, ruhen, zihnen ve sosyal açıdan gelişmiş olmaktır. Bu yapıların uzun süre, herhangi bir sorun yaşamadan işlerliğini sürdürebilmesi için insan sağlığının bir bütün olarak sağlanmasını gerektirmektedir. Başta kalıtım olmak üzere beslenme, iklim, fiziki çevre, barınma, eğitim, kültürel olanaklar gibi çevresel etmenler insan sağlığını etkileyen etmenlerdir. İyi kalıtıma sahip bireylerin uygun olmayan çevre koşularında yeterli gelişimi göstermesi beklenemez (1). Kalıtımın yapısı itibarı ile örüntüsü değiştirilemez ancak uygun çevre koşulları sınırlı yeteneklerden en üst seviyede faydalanmayı sağlar. Mevcut sağlık anlayışı Dünya Sağlık Örgütü'nün de tanımı ile insanın tam anlamıyla fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinde olmasını öngören bir yapıdadır (2).

Çevresel etmenlere dikkatli baktığımızda bu küme içerisinde beslenmenin yerini daha net görülmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlanmayan durumlarda gelişim geriliği, hastalıklara yakalanmada artma, uzun ve zor geçen hastalık süreçleri, yaşam kalitesinde azalma gibi bireyi doğrudan etkileyen sonuçları dışında sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılması, yapılan sağlık harcamalarının artması, toplum refahını düşürmesi gibi toplumun geneline yansıyan olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (3).

Beslenmenin sağlıklı büyüme, gelişme, fizyolojik ihtiyaçlar ve hayat süresi üzerine doğrudan etkileri vardır. Yapılan çalışmalar çoğu kişinin değişik besinlerin besleyici değerlerini, sağlığa uygun besinleri, hastalık ve diyet bağlantısını tam olarak kavrayamadıklarını kanıtlamaktadır (3). Sağlık sistemlerinde kişinin sağlığını olumlu etkileyecek doğru davranışı kazandırmak temel amaçlardan biridir. Bu amaç ancak kişilerin

doğru bilgi kazanımı ile gerçekleştirilebilir. Beslenme bilgisi konusunda yetersiz olan bireylerde hatalı beslenme alışkanlıkları yerleşebilir. Bu alışkanlıkları bırakmak veya değiştirmek oldukça zor olabilir. Sağlıklı beslenmede doğru bilginin önemi büyüktür. Yeterli ve dengeli beslenme konusunda doğru bilgilenen bireylerde yaşlılık döneminde bazı hastalıkların görülmesinin önlenmesi konusunda koruyucu bir rolü vardır. Bunun dışında kronik pek çok hastalığın sebebinin beslenme tabanlı bilgi yanlışlıkları ile doğrudan ilgisi vardır. Fakat yapılan çalışmalar beslenme bilgi düzeyi ile beslenme alışkanlıkları arasında anlamlı bir sonuç olduğunu göstermemektedir (4).

Çalışmalara göre günümüzde kalp-damar hastalıkları, obezite, hipertansiyon, osteoporoz, pek çok kanser türü, anemi gibi toplumun tümünü ilgilendiren yaygın sağlık problemlerinin temelinde yanlış beslenme alışkanlıkları olduğu kanıtlanmıştır (5). Bireylere doğru alışkanlık kazanımını sağlamak için ilk yol doğru bilgi vererek kişileri doğru tercihlere teşvik etmektir. Sağlıklı beslenmeyi desteklemeye yönelik beslenme tavsiyeleri, kişilerin yeterli ve dengeli beslenme konusundaki bilgilere erişimine olanak sağlar (6).

Toplumda yaşanan değişimlerden biri kadının sosyal hayattaki konumudur. Kadın geleneksel profilinden uzaklaşmış, çalışma hayatının içerisine dahil olmuş, geleneksel aile yapısından uzaklaşılmaya başlanmıştır. Kadının genel anlamda sorumluluklarının artması, daha üretken ve verimli hale gelmesi sağlanmıştır. Ekonomik anlamda çalışma hayatının her basamağında şahit olduğumuz sorumlulukları ile kadınlar, ailenin ekonomik yükün hafiflemesine katkı sağlamaktadır (7).

Toplumu oluşturan bir birey olarak bahsetmek gerekirse kadının da büyüme, gelişme, hastalıklara direnç, sağlığın korunması gibi önemli gereksinimleri vardır. Beslenme, yaş, büyüme ve gelişme gibi fiziksel farklılıklar dışında menstruasyon, gebelik, emziklilik, menopoz gibi özel durumlarda da kadınların besin ihtiyaç durumu değişmektedir. Bu durumun farkındalığının artırılarak makro ve mikro besin öğelerinin optimal alımı sağlanmalıdır .

Toplumdaki değişen rolüyle bahsettiğimiz kadın ise aynı zamanda ailenin beslenme ile ilgili sorumluluğunu da üstlenmektedir. Çocuklarda beslenme davranışları incelendiğinde anne beslenmesinin çocuğun alışkanlıkları üzerinde doğrudan etkili olduğu kanıtlanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde BKİ'si yüksek annelerin çocuklarının da BKİ'lerinin yüksek olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada çocuklar ile babalarının BKİ'leri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu sebeple çocuğun doğru beslenme davranışı kazanımı noktasında yol göstericisi annedir. Aynı zamanda ailede beslenme ile ilgili sorumluluğu

üstlenen kişidir ve aile içerisindeki beslenme tercihlerini de yapan kişidir. Beslenme alışkanlıkları aileden gelen kültürle oluşur. Kadın bilgi akışının sağlandığı bu döngüde en önemli noktada konumlanmıştır. Kadın, rol aldığı yer itibarı ile sadece kendisinin değil, ailede yaşayan tüm bireylerin beslenme durumlarını da etkileyen majör bir statüdedir (8).

Toplumun genelini ilgilendiren beslenme bilgisi ve besin tercihi çalışmalarında doğurganlık çağındaki kadınların yol göstericiliği bizlere toplumun genel durumunu analiz etmede ve buna uygun çalışmaların yapılmasında iyi bir rehber olacaktır. Edirne il merkezinde yaşayan kadınlar üzerinde yapılması planlanan bu çalışma, beslenme bilgi düzeyinin ve beslenme durumunun saptanmasını amaçlamaktadır.

GENEL BİLGİLER

Bir toplumda gelişim ve değişimin sağlanabilmesi için en temel unsur toplumu oluşturan bireylerin fiziksel ve zihinsel anlamdaki yapısının güçlü ve sağlıklı olmasını sağlamaktır. Bireylerin mental ve fiziksel iyilik durumunu en üst seviyeye taşımak ve yaşamları boyunca sürdürülebilirliğini sağlamak kişisel gelişime aynı zamanda toplumsal gelişime yol açacaktır (9).

İnsan sağlığı pek çok etmenden etkilenmektedir. Bunlara baktığımızda kalıtım en önemli rolü oynarken iklim ve çevre etkisi kalıtıma göre daha az fakat payı büyük sağlık belirteçlerinden biridir (1). Kalıtım aileden gelen, kişide doğuştan var olan özelliklerdir. Fakat kişinin sağlık örüntüsü ile çok yakın bir ilişkisi vardır. Bu durumda amaç sınırlı yeteneklerden en yüksek düzeyde yararlanma olanağı sağlamaktır. Bu sebeple daha iyi bir çevre var olan kalıtımın daha doğru etkilenmesini ve şekillenmesini sağlamaya yardımcı olabilir. Barınma, giyinme, eğitim ve kültürel çevre çevresel etmenlerden bazılarıdır. Tüm bu unsurlara ilave olarak çok önemli bir payı da beslenme almaktadır (1).

Sağlıklı olmak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyilik halinde olmadır. Sosyal sağlığın amacı toplumda bulunan bireylerde temel sağlık bakımını sağlayarak koruyucu sağlık hizmetleri sağlamaktır. Büyüme, yaşama devam etme, sağlığı koruma ve iyileştirme, üretken olma ve gelecek nesilleri sağlıklı bireyler olarak yetiştirebilme için beslenme şarttır. Sağlıklı olmanın da ön koşuludur (1). Bunların yanında bir diğer ihtiyaç da beslenmenin bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlamasıdır. Beslenme, sadece açlık duygusunu bastırmak ile kalmayıp, bireye aynı zamanda keyif de

vermelidir. Bu yolla beslenmenin psikolojik anlamda da aslında kişiyi etkilediği bilinmektedir (10).

BESLENME İLE İLGİLİ GENEL TANIMLAR

Beslenme dediğimizde karşımıza pek çok kavram çıkar. Besin; bitki ve hayvan dokularının canlılar tarafından yenilebilen kısımlarıdır. Belirli kimyasal formülleri yoktur (11). Besin öğesi ise besinlerin bileşiminde bulunan, belirli kimyasal formülleri olan ve vücuda alındığında çeşitli biyokimyasal görevleri yerine getiren maddelerdir. Besin öğelerini 6 grup şeklinde sıralayabiliriz. Bunlar karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller ve sudur. Bu besin öğelerinin ihtiyaç miktarı kişilerin yaşına, boyuna, kilosuna, cinsiyetine, günlük fiziksel aktivite düzeyine göre değişim göstermektedir (12,13). Besin öğeleri birbirlerinin kullanılmasına yardımcı olabildikleri gibi bazen de birbirlerinin tamamlayıcısı olarak görev alırlar. Vücudun dengeli ve düzenli şekilde çalışmasına devam etmesi için bu besin öğelerinin vücudun ihtiyacı kadar ve sürekli olarak alınması gerekmektedir. Herhangi bir besin öğesinin yetersiz alınması durumunda çeşitli aksaklıklar oluşmakta ve bazen hastalıklar ortaya çıkmaktadır (14).

Besin öğelerinden karbonhidrat, vücudun temel enerji kaynağıdır. Günlük gereksinimimiz olan enerjinin yaklaşık %50den fazlası karbonhidratlardan karşılanmaktadır (14). Karbonhidratlar karbon, hidrojen ve oksijen elementlerinden oluşmaktadırlar. Bu elementlerin yerleşme durumuna, sayısına ve bireylerin kullanma durumuna göre de farklı çeşitleri bulunmaktadır (15). Eğer vücuda gerektiğinden daha az alınırlarsa vücutta olması gerekenden daha fazla keton ve asitler oluşmaktadır. Bu durum kişide ketozis denilen bir durum meydana getirebilmektedir. Vücut sıvılarında oluşan fazla asidite durumu komaya kadar varabilir. Kişiler günde 50 gram karbonhidrat aldıklarında ketozisi önlemiş olurlar. Aynı zamanda yeterli karbonhidrat alımı vücuda alınan proteinlerin enerji ihtiyacı için sindirimde kullanılmasını önler. Yani yeterli karbonhidrat alınmazsa vücut proteinleri enerji ihtiyacını gidermek için kullanır ve bu durumda vücut proteinden glikoz üretmeye çalışır. Çünkü beyin de dahil pek çok hücrenin kullandığı esas enerji kaynağı glikozdur. Bu bağlamda belirlenen miktar kişinin özelliklerine de bağlı olarak günde en az 100-125 gram karbonhidrat alımıdır (1) Günlük enerji ihtiyacının çoğunu elde ettiğimiz karbonhidratlar, fazla alındıklarında vücutta depo edilmeye başlarlar. Bu depo şekli yağdır. Yani fazla alınan her karbonhidrat yağa dönüştürülerek saklanır. Dolayısı ile fazla yağ doğrudan obezite ile ilişkili bir kavram olarak obeziteye ve yanında getirdiği çeşitli kronik hastalıklara da sebep

olmaktadır (16). Temel karbonhidrat kaynaklarına baktığımızda tahıl grupları göze çarpar. Sebzeler, meyveler, kurubaklagillerde de değişen oranlarda karbonhidrat bulunur (1).

İnsan vücudunun ihtiyacı olan bir diğer besin öğesi proteindir. Proteinler aminoasitlerin bir araya gelmesi ile oluşur. Vücutta büyüme için elzem yapı proteindir. Hücre büyümesi, farklılaşması, çoğalması görevlerinde iş görmektedir. Protein yetersizliğinde vücutta hücreler yenilenemez, büyüme aksar (1). Bunun dışında proteinin kemik iskelet yapısının oluşmasında da önemli görevleri bulunur. Kemik hacminin yaklaşık olarak %50'si ve kemik kütlesinin üçte biri proteinden oluşmaktadır. Kollajen ve çeşitli kollajen olmayan proteinler, kemiğin organik matriksini oluşturur; bu nedenle, yetişkin kemik kütlesinin optimum şekilde elde edilmesi ve bakımı için yeterli bir diyet proteini alımı gerekli görülmektedir. Çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar kemik yapısı oluşumda proteinin rolünün önemi üzerinde durmaktadır. İskelet yapısının oluşması üzerinde doğrudan bir etki yaptığı kanıtlanmıştır. Son yıllarda yapılan sistematik çalışmalar yetişkinlerin de kemik sağlığı üzerinde nasıl bir etki yarattığı konusundaki soru işaretlerini gidermeyi amaçlamıştır. Çalışmaların sonuçlarına göre yetişkinlik döneminde kemik yapılanması durumundan çok kemik iskelet sisteminin korunması ve kaybın azaltılması gibi işlevleri dikkat çekmiştir (17). Protein hayatın tüm evrelerinde kemiğin yapılması, onarılması veya korunması gibi kemik yapısının optimizasyonu için önemli rolü olan bir yapıdır (18).

Dengeli diyetlerde enerjinin %10 ile %15'i proteinden sağlanır. Bir başka hesap yöntemi kişinin kilosu başına 0.8-1g protein almasıdır. Fakat bu ihtiyaç alınan proteinin kalitesine, kişinin beslenme alışkanlıklarına, protein ile birlikte aldığı besinlere, kişinin enerji alımına, vücut yapısı ve durumuna bağlı olarak değişen bir tablo çizer (18). İki çeşit protein kaynağı vardır. Bunlar hayvansal kaynaklar ve bitkisel kaynaklardır. Hayvansal kaynaklar bitkisel kaynaklara göre daha iyi emilir ve vücut tarafından daha iyi kullanılabilmektedir. Fakat ulaşılabilirlik açısından bitkisel proteinler günümüzde hem maddi olarak daha uygundur hem de toplumda yaşayan tüm kitlelere hitap edebilmektedir (1).

Protein yetersizliği toplumumuzda sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Proteinin sadece miktar olarak yetersizliği değil kalite yönünden de yetersiz olması protein yetersizliğine sebep olabilmektedir. Çünkü kaliteli protein alımı vücut için elzem olan bazı amino asitlerin alımını sağlamaktadır. Yeterince alınmayan elzem amino asitler, protein sentezini yavaşlatmakta ve vücut dokularındaki yapımı yavaşlatmaktadır. Bu durum büyümeyi olumsuz etkilemektedir. Özellikle çocukluk ve gençlik döneminde karşılanamayan protein ihtiyacı çocukta yetersizlikle kendini gösterir (1). Protein yetersizliği eğer enerji yetersizliği ile birlikte

gözleniyorsa yeterli büyümenin sağlanamaması, çocuklarda direncin azalmasına bağlı olarak hastalıkların ağır seyri ve hatta ölüm ile bile sonuçlanabilir. Aynı zamanda yetersiz protein alımının zeka gelişimini de olumsuz etkilediği kanıtlanmıştır. Yetişkinlerde sinir sistemi hastalıkları, karaciğerde çeşitli sorunlar, sindirim sistemi hastalıkları, emilim ve sindirim güçlükleri gibi problemler yaşanmaktadır (1,18). Bir diğer problem de fazla alınan proteindir. Gereğinden fazla alınan protein vücuttan kalsiyum atımını tetiklerken karaciğer ve böbrekte üre yapım ve atım yükünü artırmaktadır. Ayrıca şişkinliği artırmakla birlikte kişilerde psikolojik olarak ruh halinin olumsuz etkilendiği görülmektedir (19,20). Protein kaynaklarına baktığımızda hayvansal kaynaklı olanlarda; yumurta, süt, et, balık; bitkisel kaynaklı protein kaynaklarında bezelye, nohut, fasulye, buğday, mercimek, fındık, soya fasulyesi zengin kaynaklardandır (15).

Yağlar da karbonhidrat ve proteinler gibi insan organizmasında önemli rolü olan besin öğeleridir (15). Yağlar, bir gliserol ile farklı sayıda yağ asitlerinin oluşturduğu kompleks bileşiklerdir. Yapılarındaki kimyasal farklılıklar yağlarda da çeşitliliğe sebep olmaktadır. Yağların kimyasal yapısında yağ asitleri bulunur ve içeriğinde fazla bulunan yağ asitlerinin özelliği yağın da özelliğini oluşturur (1). Doymuş ve doymamış yağ asitlerinin yağlarda bulunan miktarı yağların özelliklerini belirleyen etmenlerden biridir. Doymamış yağ asitleri de kimyasal yapı farklılığından dolayı tekli ve çoklu doymamış yağ asitleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Doymuş yağlar, yapılan çalışmalara göre fazla tüketildiğinde sağlık için olumsuz özellikleri bulunan yağlar olarak nitelendirilmektedir. Kalp ve damar hastalıklarının iyileştirilmesinde doymuş yağ kısıtlamasının önemli bir etken olduğu yine yapılan çalışmalardan çıkan sonuçlar arasındadır. Doymuş yağdan gelen enerjinin %7'den az olması gerektiği savunulmaktadır. Ayrıca fazla doymuş yağ tüketimi LDL dediğimiz düşük yoğunluklu lipoproteinin (bir diğer adı kötü kolesterol) kandan temizlenmesini engellemektedir. Bu nedenle aterosklerozu tetiklediği düşünülmektedir (21). Bir diğer sorun da diyabet gibi çağımızın en önemli ve yaygın hastalıklarından birine sebebiyet verebilmesidir. Vücutta insülin direnci oluşumuna sebep olarak diyabet riskini yükselttiği kanıtlanmıştır. Doymamış yağlar, çeşitli kimyasal tepkimelerle trans yağ asitleri oluşturur. Bu yapılar vücut için çok ciddi tehlikeler oluşturabilmektedirler. Doymuş yağ asitlerinde olduğu gibi LDL yoğunluğunu artırıp HDL dediğimiz yüksek yoğunluklu lipoproteinlerin (iyi kolesterol) azalmasına sebep olmaktadırlar. Buna bağlı gelişen koroner kalp hastalığı riski artmaktadır. Kimyasal bir takım işlemler ile oluştuğundan paketli ürünlerde daha çok görülmektedir. Fakat uygun olmayan kızartma ve pişirme işlemleri evde de bu tip yağ

asitlerinin oluşmasına sebep olabilmektedir. Doymuş yağ asitlerine benzer olumsuz sonuçlar üreten trans yağ asidi tüketimi, devlet tarafından kontrol altına alınması için paketli ürünlerin üzerine trans yağ asidi miktarını yazma zorunluluğu getirmiştir. Yağdan gelen enerjinin %10'dan azının trans yağ asidinden gelmesi önerilmektedir (22,23). Yapılan çalışmalar yağda miktardan çok yağ türüne önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bunun yanında sağlıklı yağ tüketimi için besinleri doğru pişirme ilkelerini benimsemek en doğru yol olarak kabul edilmektedir (24).

Yağlar vücut gelişimi için önemli yapılardır. Bir kısmı vücut tarafından sentezlenebilirken bir kısmı dışarıdan alınmak zorundadır. İnsan beslenmesinde önemli role sahip olan yağlar, yüksek enerji kaynağı olmanın yanı sıra yağda çözünen vitaminleri içermeleri, kan yağları üzerindeki görevleri gibi sebeplerden ötürü vücut sağlığı için önem arz etmektedir (22,23). Fakat fazla yağ tüketiminin de koroner hastalıklar ve obezite ile ilişkisi kanıtlanmıştır. Bu sebeple fazla yağ tüketiminden de kaçınmak gerekmektedir. Toplam enerji alımının %30-35'inden fazlasının yağdan olmaması önerilmektedir (21). Dünya Sağlık Örgütü, toplam enerji ihtiyacının %25-30'unun yağlardan alınması ve doymuş yağ asitlerinin %10'u aşmaması gerektiğini vurgulamıştır. Amerika Birleşik Devletleri beslenme yönetmeliğine 'Doymuş yağ ve kolesterolü düşürünüz, toplam yağ miktarını orta düzeyde tutunuz.'' ibaresi eklemiştir (15).

Omega 3 ve omega 6 çoklu doymamış yağ asitlerinden en bilinen iki gruptur. İnsan vücudu tarafından sentezlenemeyen bu yağ asitleri, dışarıdan alınması zorunlu esansiyel yağ asitlerindendir. Kalp damar hastalıklarına karşı ve kansere karşı koruyucu etkisi ve yağ asidi metabolizmasındaki görevleri ile günümüz yaşamında ihtiyacı daha yoğun hissedilmeye başlanmıştır. Omega 3 yağ asitleri; balık, istiridye, midye, karides gibi deniz ürünlerinin yanı sıra fındık, ceviz, tohumlar ve susamda, keten tohumu, soya fasulyesi, kanola ve zeytin gibi bitkisel ürünlerde de bulunmaktadır. Omega 6'nın ise soya, pamuk ve ayçiçek yağlarında bol bulunduğu tespit edilmiştir (21).

EPA ve DHA, insan vücudu için elzem diğer iki çoklu doymamış yağ asidi çeşididir. Kanser, felç, enflamatuvar bozukluklar ve kalp-damar hastalıklarını içine alan hastalıkları önlemede anahtar rol oynadıkları bildirilmektedir. DHA beyin, retina ve spermin önemli bileşenidir. Beyin gelişimi, öğrenme yeteneği ve görme keskinliği için önemli rol oynar. Ayrıca kalp-damar hastalıklarının önlenmesinde kullanılan deniz lipitlerinin önemli bir bileşenidir. EPA ve DHA insan beynindeki hücrelerin yenilenmesine yardım ederek beyin ile retina hücrelerinin çoğalmasını sağlamaktadır. Beyin hücrelerinde DHA seviyesinin düşmesi

ile depresyon, hafıza kaybı, Alzheimer, şizofreni ve görme bozuklukları gibi problemler de ortaya çıkmaktadır (21). Ayrıca bu yağ asitlerinin, diyabetli hastalarda glisemik kontrolün sağlanması konusunda olumlu etkileri bulunduğu, hamilelik ve menapoz dönemlerinde oluşan şikayetleri azalttığı, depresyon ve Alzheimer risklerini düşürdüğü, hafızayı güçlendirdiği ve şizofreni hastalarının şikayetlerini azalttığı öne sürülmektedir (24).

Besin öğelerinin bir başka grubu da vitaminlerdir. Vitaminler enerji vermeyen fakat bedensel ve zihinsel gelişim için elzem olan öğelerdendir. Vitaminlerin etkileri vücutta yarattıkları biyokimyasal tepkimelerle ilgilidir. Vitaminleri vücuttaki görevlerini gruplarsak 3 grup oluşacaktır. Birincisi, büyümeye yardım ederler. İkincisi, sağlıklı nesiller oluşmasına katkıda bulunurlar. Üçüncüsü, sinir ve sindirim sistemlerinin normal çalışmasını sağlarlar. Ayrıca vitaminler, besin öğelerinin elverişli olarak kullanılması ve vücudun direncini artırma gibi görevleri de üstlenirler. Vitaminler her besinde farklı miktarlarda bulunurlar. Yiyecekleri saklama, pişirme ve hazırlama aşamalarında vitamin kayıpları yaşanabilmektedir. Bu nedenle sadece içerisinde olan miktar değil, uygun aşamalardan geçip geçmediği de besinlerin vitamin içeriğini etkileyen bir diğer unsurdur (1).

Ülkemizde ve dünyada sık görülen bazı vitamin yetersizliği durumları vardır. Bunların başlıcaları D vitamini yetersizliği ve B12 yetersizliğidir. Vitaminler miktar olarak makro besin öğeleri gibi fazla tüketilmemelerine rağmen vücutta eksiklikleri çeşitli hastalıklara sebep olur (25). Özellikle gebelik döneminde yaşanan eksiklikler bebekte doğduktan sonra da devam edebilecek önemli hastalıklara sebebiyet verebilir. Antioksidan vitaminlerden E ve C vitamini yetersizliği fetal büyüme ve gelişim sorunlarına sebep olabilmektedir. Bunun dışında yine gebelik döneminde yetersiz alınan B12 bebekte preeklampsi oluşturabilmektedir (26). Gebelik dışında da yetersiz alınan B12 vitamini megaloblastik anemi, nöropsikiyatrik sorunlar ve klinik çeşitli sorunların yaygın bir etmenidir (27). Yetersizliği Alzheimer veya benzeri kognitif işlevlerde sorun, duyusal sorunlar, psikoz gibi etkilere de sebep olabilmektedir (28).

D vitamini ülkemizde eksikliği sık görülen vitaminlerden biridir. Kaynaklarından vitamini temin etmek yeterli değildir. Yeterince gün ışığını cilt yolu ile almak ve D vitamini kaynağı besinleri tüketmek ile D vitamini vücutta sentezlenmektedir (29). Kemik büyümesi ve kalsiyum homeostazının dışında vücutta önemli görevleri bulunmaktadır. Eksikliğinde çocuklarda raşitizm, yetişkinlerde osteomalazi görülmektedir. Ayrıca kemik sağlığı ile ilişkisi uzun yıllardır bilinmektedir (30). Yıllarca devam eden çalışmalardan çıkarılan bir diğer çarpıcı sonuç ise D vitamini yetersizliği ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ters ilişkidir. Hipertansiyon vakalarında yetersiz D vitamini dikkate değer sonuçlar

barındırmaktadır. Başka bir önemli bağıntı ise insülin direnci oluşumuna bağlı olarak görülen tip 2 diyabet hastalığı ile arasındaki bağıntıdır (29). Vitamin D yetersizliği gestasyonel dönemde inflamasyon ve enfeksiyon riski, preeklampsi, gestasyonel diyabet gibi çeşitli sağlık sorunlarına da sebep olabilmektedir (26).

A vitamini, görme, bağışıklık tepkisi, hücre farklılaşması ve çoğalması, hücreler arası iletişim ve üreme gibi çok çeşitli fizyolojik süreçlerde önemli bir rol oynayan temel bir mikro besindir. A vitamini eksikliği klinik belirtisi şiddetli gece körlüğü veya kseroftalmidir (31). C vitamini vücutta önemli işlevleri olan bir başka mikro besin öğesidir. C vitamini eksikliği olan bireylerde özellikle yara iyileşmesinde zayıflama (kollajen oluşumu ile ilişkili), derinin kalınlaşması ve deri altı kanamasının (kırılganlık ve bağ dokusu morfolojisinin kaybı nedeniyle) yoğunlaşması aşırı ve hızlı olmaktadır. Bunun dışında C vitamini vücut direnci üzerinde de önemli rol oynamaktadır (32).

Mineraller de besin öğelerine dahil, enerji vermeyen yapılardır. Minerallerin bazılarının ülkemizde yetersizliği çok görülmektedir. Bunlardan iyot yetersizliği ve demir yetersizliği yarattığı sonuçlar göz önüne alındığında en başta gelmektedirler. Mineraller, vücudumuza yeterli ve dengeli alınmadığında ortaya çıkan "gizli açlık" olarak tanımlanan durum, toplumda beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına ve buna bağlı hastalıkların oluşmasına sebep olmaktadır (33). Örneğin demir yetersizliği, toplumun pek çok kesiminde görülen bir mineral yetersizliğidir. Gebelik dönemi kadınlarda, okul öncesi dönem çocuklarda ve yetişkin kadınlarda çok sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde gebelerin yaklaşık %56'sında, gelişmiş ülkelerde ise gebelerin %18'inde demir yetersizliği görülmektedir (25). Yeterli demir alınamadığında demir yetersizliği anemisi görülür (34).

İyot yetersizliği ülkemizde sıklıkla görülen bir durumdur. Ülkemizde her 2-3 kişiden birinde tiroid hastalığı görülmektedir. Kadınlar, erkeklere göre 8-10 kat fazla risk taşımaktadır (35,36). İyot; tiroid fonksiyonunu düzenlemekten, sağlıklı bir metabolizmayı desteklemekten ve büyümeye ve gelişmeye yardımcı olmaktan, aynı zamanda beyin gelişimi için de nörojenezden sorumludur (37). İyot yetersizliğinde tiroid bezi şişmesi ile birlikte görülen guatr veya kretenizm görülebilmektedir. Kretenizm, iyotu yetersiz alan annelerden doğan çocuklarda görülebilen bir hastalıktır. Miksödemik ve nörolojik tip olarak ikiye ayrılmaktadır. Hamilelik sırasındaki ciddi iyot eksikliği, hipotiroidizm, guatr, ölü doğum, düşük, neonatal mortalite, nörolojik hasar ve zihinsel bozulma gibi maternal ve fetal sağlık üzerinde bir dizi zararlı etkiye neden olabilmektedir (38).

Vitamin mineral yetersizlikleri, yaşamın her döneminde görülebilmektedir. Özellikle küçük yaştaki çocuklar ve doğurganlık çağındaki kadınlar vitamin mineral yetersizliklerine karşı daha fazla risk taşımaktadırlar. Mikro besin ögesi malnütrisyonunun düzeltilmesi ve denetim altına alınabilmesi amacıyla her biri tek tek veya birlikte olarak kullanılabilecek üç strateji bulunmaktadır. Bunlar; diyetin düzenlenmesi, mikro besin öğesi veya öğelerinin dışarıdan ek olarak alınması (suplemantasyon) ve tüketim sıklığı fazla olan besinler temel alınarak mikro besin ögelerince zenginleştirme yapılmasıdır. Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen vitamin ve mineral yetersizliklerine göre besin desteği ve besin zenginleştirme uygulamaları beslenme sebepli pek çok hastalığın önlenmesi veya tedavi edilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (33).

Su, tüm canlıların ihtiyacı olan temel bir maddedir. Oksijenden sonra insan yaşamı için en elzem olan maddedir. Besin almadan haftalarca yaşayabilen insan su almadan ancak birkaç gün dayanabilmektedir. Vücut suyunun yaklaşık olarak %10 oranında kaybı hayati tehlikeye sebep olmaktadır. %20 oranındaki kayıp ise ölümle sonuçlanabilmektedir. Kişiler yaş aldıkça vücutlarındaki su oranı düşmektedir (1). Yetişkin bir bireyin vücut ağırlığının yaklaşık %50-70'ini su oluşturmaktadır. Bu oran yaşa, cinsiyete, kiloya, boy uzunluğuna ve kişinin fiziksel etkinliğinin derecesine bağlı olarak değişmektedir. Fakat genelleme yapılacak olursa bu oran erkeklerde %60, kadınlarda %50 ve çocuklarda da %65-75'tir. Yaş ilerledikçe vücuttaki yağ oranı artmakta ve su oranı azalmaktadır. Kas dokusu yağ dokusundan daha fazla su içermektedir. Vücudumuzdaki suyun 2/3'ü hücrelerin içinde, geri kalanı ise damarlarda, dokular arasında, sindirim sisteminde ve vücut boşluklarında bulunmaktadır. Vücut sıvılarından kan, mide salgısı, tükürük, amniyotik sıvı (gebelikte) ve idrarın büyük bir kısmı sudan oluşmaktadır (39). Su sindirim, emilim, hücrelere madde taşınması ve vücut ısısı denetimi gibi hayati işlevleri üstlenmektedir (40).

Yetişkin bir insanın günde yaklaşık olarak 2-2,5 litre su içmesi gerekmektedir. İnsan vücudu günde idrarla 1,5 litre, fark edilmeyen su kaybı ile 500 mililitre, solunum yolu ile 350 mililitre, dışkı ile 50 mililitre su yitirmektedir (41). Günlük olarak en az kaybedilen su miktarı kadar su tüketilmelidir. İçilen ve kullanılan su renksiz, kokusuz ve su tadında olmalıdır (42,43). Ateşli hastalıklar, aşırı terleme, spor etkinlikleri, idrarın fazla çıkmasına neden olan bazı ilaçlar ve sıvı içecekler vücuttan su kaybını artırmaktadır. Su kaybı arttığında vücudun ısı düzeni bozulmaktadır. Susuzluk hissi, baş, eklem ve sırt ağrıları oluşabilmektedir. İdrar rengi koyulaşmaktadır. Dil ve ciltte kurumalar olmaktadır. Tansiyon düşmekte ve nabız hızlanmaktadır. Halsizlik ve konsantrasyon bozukluğu meydana gelmektedir. Bu duruma

dehidrasyon adı verilmektedir (39,44). Böbrek sağlığını korumada, su dengesini ve tansiyonu düzenlemede ve atıkları vücuttan atmakta yeterli sıvı alımı çok önemlidir. Su alımı, kalp atış hızını akut bir şekilde azaltmaktadır (40). Günlük su alımı günlük su atımından daha fazla olduğunda "su zehirlenmesi" oluşabilmektedir. Vücudumuzdaki suyun içinde tuz, protein, üre, şeker gibi bazı maddeler ve mineraller belli bir yoğunlukta bulunmaktadır ve bu yoğunluğun fazla su tüketimi ile azalması, kandaki tuz dengesizliği ve sodyum miktarının azalması kalp, böbrek ve beyin gibi hayati organları etkileyebilmektedir (39).

Vücuda yeterli su alımı önemli bir denge unsurudur. Kaybedilen su, alınan su ile karşılanmalıdır. Yeterli su tüketildiğinde vücudun ihtiyacı olan iz elementlerin çoğu karşılanmakta, cilt güzelleşmekte ve bağışıklık sistemi güçlenmektedir. Bunlara ek olarak soğuk algınlığı, idrar yolu enfeksiyonları, böbrek taşları ve mesane kanseri riskleri de düşmektedir (39).

Besin grupları özelliklerine göre 4'e ayrılmaktadır. Bu gruplar besleyici değerleri ve özelliklerine göre gruplandırılmıştır. Aynı grup içerinde yer alan besinler birbiri yerine tüketilebilmektedir.

1. Grup: Et, yumurta ve kurubaklagiller
2. Grup: Süt ve süt ürünleri
3. Grup: Taze sebze ve meyveler
4. Grup: Ekmek ve tahıl ürünleri

Beslenme, sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda alınarak bilinçli yapılması gereken temel bir gereksinimdir (1,11). Yeterli ve Dengeli Beslenme, vücudun büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır (45).

Beden Kitle İndeksi (BKİ), günümüzde kişilerin beden yapısının sağlıklı olup olmadığını değerlendirmede kullanılan araçlardan biri olmuştur. Vücut ağırlığının kişinin bedenine göre olup olmadığını kontrol etmede kullanılan basit bir yöntemdir. Hesaplaması ise kişinin vücut ağırlığının kilo cinsinden değerinin kişinin boyunun metre cinsinden değerinin karesine bölünmesi ile yapılabilmektedir (1). BKİ sınıfları ve sayısal değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. BKİ sınıfları ve sayısal değerleri (DSÖ, 2006-2007).

BKİ sınıflandırılması	Referans aralığı
Zayıflık	<18.5
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.0
Orta düzeyde zayıflık	16.0-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.0-18.49
Normal	18.5-24.99
Hafif obez/fazla kilolu	25.0-29.99
Obez	≥30.0
1. Dereceden obez	30.0-34.99
2. Dereceden obez	35.0-39.99
3. Dereceden obez	≥40.0

BKİ = Vücut Ağırlığı (kg) / [Boy $(m)^2$]

BESLENME VE SAĞLIK

Beslenme, çağımızda sağlığı etkileyen önemli noktalardan biridir. Milyonlarca insan açlık ve yetersiz beslenmenin getirdiği olumsuzluklarla savaş verirken, başka bir kesim de aşırı ve yanlış beslenme nedeniyle yaşamlarını erken yaşta yitirmekte veya çalışamaz duruma gelmektedirler (46).

Beslenme ile ilgili problemlere genel olarak baktığımızda temelde iki sorun bulunmaktadır. Birincisi gıda bulamamaktan kaynaklanan yetersiz ve dengesiz beslenmedir. Bir diğer önemli problem ise fazla beslenmeye bağlı olarak meydana gelen aşırı kilo ve obezite sorunudur. Bu durum yalnızca bir kilo problemi gibi görünse de aslında pek çok kronik hastalığa davetiye çıkaran önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (2).

Sağlıklı bir toplum oluşmasının ilk şartı yeterli ve dengeli beslenen bireylerdir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin etkilediği grupların başında bebekler ve çocuklar gelmektedir. Bunun yanında yaşlılar, yoğun çalışma şartlarına sahip işçiler, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebeler ve emzikliler de bu gruba dahildir. Yapılan çalışmalar yetersiz beslenmenin yeterli beslenen toplumlara göre bebek ölüm hızını on kat arttırdığını kanıtlamaktadır. Bunun yanında bu çalışmalarda çocukların gelişim hızının yavaşladığı ve zeka gelişiminin olumsuz etkilendiği de gösterilmektedir (45).

Kötü beslenme ile bağlantılı çeşitli hastalıklar son yıllarda toplum sağlığını tehdit etmektedir. Pek çok hastalıkta diyet, birinci sırada nedensellik içermese de ilk sıralarda yer almış ve hastalığın seyrinde önemli etkiler göstermiştir (47).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, insanlar yetersiz protein ve enerji tüketmektedirler. Bu durumun olumsuz sağlık etkileri genellikle vitamin ve minerallerin, özellikle iyot, demir, A vitamini ve çinko eksikliklerivle birleşmektedir. Diğer önemli vitamin ve mineral eksiklikleri arasında kalsiyum, folat, B12 vitamini ve D vitamini eksiklikleri bulunmaktadır. Kalsiyum ve D vitamini eksikliği çocuklarda raşitizmin ve zayıf kemik mineralizasyonunun önemli nedenlerindendir. Maternal folat yetersizliği, bazı doğum kusurları ve diğer olumsuz hamilelik sonuçları riskini arttırmaktadır. Maternal B vitamin eksiklikleri de olumsuz gebelik sonuçları ve bebeklerde gelişme bozukluğu ile de ilişkili olabilmektedir (48).

Risk profili yaşa göre önemli ölçüde değişir. Bazı riskler neredeyse yalnızca çocukları etkiler ki bunlar zayıf olma, yetersiz beslenme (demir eksikliği dışında), güvenli olmayan su tüketme, katı yakıt kullanımı ve iklim değişikliği gibi unsurlardır. Risk faktörlerinin bir kısmı da ergen sağlığını etkiler. Ergenlik çağında başlayan risk davranışları ileri yaşlarda sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (48). Son yıllarda ülkemizde, özellikle kentsel bölgelerde çocuklar ve gençler arasında ayaküstü beslenmenin (fast-food) çok tercih edilen bir beslenme türü olduğu görülmektedir. Ayaküstü beslenme enerjisi yüksek, doymuş yağ asitleri ve tuz içeriği açısından zengin, ancak posa içeriği, A ve C vitaminleri ve kalsiyum yönünden yetersiz olan bir beslenmedir. Bu tarz bir beslenme yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmakta, obezite, kalp-damar hastalıkları diyabet gibi kronik hastalıkların oluşması riskini artırıcı etki göstermektedir (49).

Obezite tüm dünyayı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir. DSÖ verilerine göre fazla kiloluluk ve obezite, Avrupa'daki yetişkinlerde Tip 2 diyabetli bireylerin %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden ve hipertansiyonun %55'inden sorumludur. Ayrıca obezite her yıl 1 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır (49).

Obezite, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi gelişmiş dünyaya özgü beslenme ile ilgili sağlık sorunları günümüzde dünya çapında daha sık tanı almaktadır ve dünya nüfusunun genel sağlığı ve refahı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ulusal halk

sağlığı politikalarının temel hedeflerinden biri, özellikle de obezite ve beslenmeyle ilgili sağlık sorunlarının yaygınlığının artması ile mücadele etmektir (50).

BESLENME BİLGİSİ

Beslenme bilgisi, besinler ve onların içerdikleri besin öğeleri bilgisidir. Besinlerin enerji içerikleri, karbonhidrat protein ve yağ miktarları, vitamin değerleri bu bilginin içeriğidir (4).

Ülkemiz gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sorunlarını beraber içeren bir yapıya sahiptir. Gelir adaletsizliği, çeşitli coğrafi farklılıklar ve kentsel-kırsal yerleşim farklılıkları toplumun beslenme konusundaki bilgi seviyesinde farklılıklara sebep olan unsurların başında gelmektedir. Bu farklılığın topluma yansıması çeşitli şekillerde olmaktadır. Küçük yaşta kazanılacak kronik bir hastalık, yetişkinlik döneminde çok daha büyük problemleri beraberinde getirecektir. Halk sağlığının önemli bir boyutunu oluşturan sağlıklı beslenme bilgisi, doğru bilgi edinimi sağlayarak topluma kazandırılmalıdır. Özellikle genç kuşağın doğru bilgiye erişimi sağlanmalıdır. Bilgiyi bilmek pek çok kaynağa göre uygulamanın yapıldığına kanıt oluşturmamaktadır. Bu sebeple doğru bilgi edinimi ile birlikte pratikte uygulanabilecek yolları öğretmek ve doğru davranış kazanımları sağlamak doğru bilgi ile birlikte en iyi sonuca ulaşmayı sağlayacak yöntemlerdir (51).

Beslenme sağlıkla iç içe bir örüntü oluşturmaktadır. Eğer kişilerin sağlık durumlarını koruma ve hastalıkları önleyici çeşitli beslenme bilgilerini öğrenmeye teşvik sağlanırsa toplumda doğru bir noktaya değinilmiş olacaktır. Beslenme bilgisi, kişilerde eğitim durumu arttıkça artan bir tablo çizmekle birlikte beslenme bilgisinde önemli olan nokta bilginin kaynağıdır (52).

Beslenme bilimi sürekli değişen ve kendisini yenileyen bir bilim dalıdır. Kişilerin beslenme konusundaki bilgisi yeme davranışlarını etkiler. Toplumu oluşturan bireyler genelde bilgi edinimlerini diyetisyenler, sağlık çalışanları veya doktorlar vasıtası ile yaparlar. Fakat televizyon, internet, dergi, gazete gibi kitle iletişiminde kullanılan araçlar da popülerleşen beslenme bilimi ile ilgili konularda kişileri yönlendirmektedir. En kolay ulaşılan araçlar olmalarından dolayı televizyon ve internet en sık kullanılan bilgi kaynaklarındandır (4). Kitle iletişim araçlarının etkisi, toplumun her kesimine hitap edebilmeleri sebebiyle diğer bilgi kaynaklarına göre biraz daha fazladır. Beslenme ile ilgili bilgilendirmesi açısından incelendiğinde tamamen olumlu gibi gözüken bu araçlar, çocuklar ve gençler için, hatta bazen yetişkinler için bile fazla etkili olabilmektedir. Yapılan çalışmalar kitlesel araçların kişilerin

bilgilenmesi konusunda olumlu sonuçlar ortaya çıkardığını göstermektedir (53). Fakat bu durum tamamen olumlu sonuçlar içermemektedir. Örneğin yeni piyasaya sürülen bir ürün ticari kaygılarla farklı tanıtılabilmektedir. Yeterince etkili olan bir reklam sadece çocukların değil, yetişkinlerin üzerinde de yönlendirici bir etki yaratmaktadır. Bazı durumlarda kişilerin tercihlerini etkileyerek normalde tüketmediği bir ürünü ihtiyaçmış gibi algılamasına sebep olabilmektedir. Bunun dışında bazı ürünlerin ihtiyaçtan çok daha fazla tüketilmesine sebep olabilirken bazı durumlarda sağlıklı olan ürünlerin tüketilmesini engelleyebilmektedir. Bunun yanında bir başka olumsuz durum sağlıklı beslenme konusunun fazlaca popülerleşmesi ve karar mercii olamayacak kişilerin toplumun beslenmesi konusunda fikir beyan etmesi, hatta toplumu yanlışa yönlendirmesidir (54). Bir anlamda çokça bilginin ortaya çıkardığı bir bilgi kirliliği durumu söz konusudur. Bu durum internette arama motorlarına da yansımıştır. Günden güne artan beslenme ile ilgili siteler ve beslenme haberleri, kaynak belirtmeden bilgilendirme yapmaktadır. Bu kaynakların kolay ulaşılabilir olması da bu bilgileri açık ve erişilebilir kılmaktadır. Bu sebeple kişileri yanlış bilgiye yönlendirebilen bir sosyal platform oluşmaktadır (53).

Beslenme konusundaki bir diğer kaynak ise aile bireyleridir. Toplumsal bir varlık olan insan, sosyal yaşama aile ile başlar. Bu yapıdaki kazanımları genel olarak gelenek adı altında birleştirilir. Yeme kültürü de bu yapının bir ayağıdır. Kişiler beslenme ile ilgili ilk deneyimlerini ve alışkanlıklarını burada kazanırlar. Bu açıdan baktığımızda aile, bireylerin beslenme bilgileri ve davranışlarını belirlemede çok önemli bir noktada yer alır (55). Toplumdaki bireylerin doğru alışkanlık kazanımı kurulan her yeni aile ile daha da büyüyecek ve yayılacaktır. Ayrıca her doğru bilgi sağlık açısından daha güçlü ve üretken bir neslin ortaya çıkmasına katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda kişileri ilgilendiriyor gibi görünse de sağlıklı beslenme bilgisi kazanımı tüm toplumu aile yolu ile izleyerek takip eder (4). Bu açıdan sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi ve donanımı fazla olan ailelerde çocukların da daha sağlıklı olduğunu düşünebiliriz. Yapılan çalışmalar ailelerdeki beslenme bilgisi skoru arttığında çocuklarda da sağlıklı beslenme davranışının artmakta olduğunu göstermektedir (56).

Aileden sonra çocukların en fazla vakit geçirdikleri ve kazanımlarının pek çoğunu oluşturdukları bölge okuldur. Okul daha yeni kimlik kazanmaya çalışan yetişkin adaylarının hem bilgi kazandıkları hem de bilgileri davranışla pratikleştirdikleri bir alandır. Aslında sadece bilgi kazanımına göre çok daha etkili bir öğrenme süreci işler. Uygulama ile birlikte kazanılan bilgiler geleceğin yetişkinlerini ve aslında onlardan meydana gelecek yeni bir neslin de doğru beslenme sürecini etkiler (4).

Doğru beslenme bilgisi beslenme davranışında önemli bir rol oynar. Popülerleşen konular üzerinde herkesin fikrini açıklaması, doğru olmayan bilgilerin yayımlanması, ticari kaygılar içeren çeşitli mesajların topluma ulaşılabilirliğini artırarak yeni bir algı yaratılması, fazlasıyla bilgi ortaya çıkmasından doğan kafa karışıklıkları vb. gibi yanlış bilgilerin toplumda yayılmasına izin verilmemelidir (4,54).

BESLENME BİLGİ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Beslenme bilgisi, kişilere çocukluktan itibaren kazanımlandırılan ve bunun yanı sıra çok önemli olan bir bilgidir. Kişinin doğduğu andan itibaren başlayan beslenme serüveni ancak kişinin ölümü ile sonlanmaktadır. Bu nedenle beslenme bilgisinin kişilerin hayatını doğrudan etkileyen bir yapısı vardır (57).

Bebeklikten başladığımızda çocukluk yılları da dahil olmak üzere çocuğun beslenmesi aile ve özellikle annenin denetiminde olmaktadır. Ailenin çocuğun beslenmesi konusundaki bilgi ve tutumu çocuğun alışkanlıklarının temelini oluşturmaktadır. Çünkü bireylerin ilk edinimleri aile yanındayken gerçekleşmektedir. Çocukların pek çok konudaki bilgi kaynakları ailedir. Aynı zamanda ailede edinilen tüm bilgiler kişilere hayatlarının devam eden yıllarında da eşlik edecektir (57).

Bir başka önemli nokta ise üniversite yıllarında ailelerinin yanından ayrılan gençlerin yalnız yaşama adapte olmaya çalışmalarıdır. Günümüzde gençler arasında artan fast-food ve işlem görmüş gıda tüketimi kişilerde sağlıksız bir beslenme alışkanlığına sebep olmaktadır. Beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı belki de hayatın en önemli dönemlerinden biri olan bu süreçteki bireyler, doğru bilgi ve kazanımlarla sağlıklı beslenmeye yönlendirilmelidir (58).

Yapılan bir derlemede, bireylerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin ve yetkinliklerinin kişilerin yaş, ırk, cinsiyet, eğitim durumu gibi belirteçlerine göre kişilerin sağlığını belirleyici rolünün daha yüksek olduğu belirtilmiştir (59). Fakat arada güçlü bağ olduğunu, kişilerin bilgi birikimine etki ettiğini unutmamak gerekir. Bu kavramları birbirinden ayırmaktan ziyade bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Kaliteli bir yaşam sürmek için gerekli olan beslenme bilgisi pek çok etkenden etkilenir. Yaş, ırk, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum gibi çeşitli belirteçler beslenme bilgisini etkileyen faktörlerdendir (60).

Yapılan çalışmalara göre örgün eğitim alma durumuna göre kişilerde beslenme bilgi seviyesi de artmaktadır. Yaş için de benzer bir sonuç açıklanmıştır. Yaş artışı ile birlikte kişilerde beslenme bilgisi seviyesinde de artışlar görülmektedir (61).

Beslenme bilgisine ulaşma isteği anlamında yapılan çalışmalar kadın cinsiyette merak duygusunun daha fazla olduğunu göstermektedir. Kadın gerek estetik kaygılar gerek toplumdaki sosyal rollerinden dolayı beslenme ile hep yakından ilişkili olmuştur. Anne olan veya gelecekte anneliğe aday olacak olan her kadın yavrusunu besleme ve büyütme kaygısı ile yaşar. Bu durum kadınlarda görülen içgüdüsel davranışla birlikte kadın cinsiyetine özel başka bir merak ve öğrenme güdüsü yaratmaktadır (57).

Toplumsal hayatın vazgeçilmezi olan medya, televizyon ve internet yolu ile kişileri besin bilgisi konusunda etkilemektedir. Özellikle reklamlar, çocukları hedef almaktadır. Yapılan çalışmalar ise etkilenen grubun sadece çocuklar olmadığını ortaya koymaktadır. Hatta %41 etkilenme oranı ile genç grup birinci olmuştur (62,63). Bir diğer önemli nokta ise medyanın yetişkinler üzerinde de en az çocuk ve gençler kadar etkili olduğudur. Radyo Televizyon Üst Kurulu'nun 2009 yılı verilerine göre kadınlar günde 4.5, erkekler ise günde 4.3 saat televizyon izlemektedir. Sadece televizyon verileri için bile etkisi yadsınamayacak bu yapı, günümüzde internet kullanımının bu derece yaygınlaşması ile medyanın gücünü kanıtlamaktadır (64). Etkilerinin bu kadar yüksek olduğu reklamlar ise doğru yönlendirildiğinde kişilerde doğru beslenme bilgisi ve bilinci oluşturma konusunda çok etkili olabilir. Sağlıklı beslenme adına yapılan bilgilendirme reklamları da halk arasında ciddi yankı getirmektedir (62). Bir diğer medya kaynağı olan internet ise arama motorları vasıtası ile kişilere fazlasıyla bilgi sağlamaktadır. Fakat burada düşündürücü olan nokta kişilerin bilgiye ulaşması değil, bilginin kaynağının güvenirliğidir. Çünkü internet üzerinde ulaşılabilir her bilginin kanıtlanmamış veya kaynağının doğrulanmamış olması ya da bu bilgileri verebilecek yeterliliği olmayan kişiler tarafından yayınlanmış olması internette ulaşılan her bilgiye güvenilmemesi gerektiğini kanıtlamaktadır. Hatalı ya da şüphe uyandıran bilgiler görüldüğünde bu bilgilerin kaynaklarını iyice araştırmak gerekmektedir (65).

Ekonomik durumun, günümüzde beslenme bilgi düzeyi üzerinde etkisinin az olduğunu ya da etkisinin olmadığını düşünsek de önemli etkisi bulunmaktadır. Maddi anlamda bütçesinin çok üstünde olan ürünler, kişilerde o besine ulaşamama ve beraberinde araştırma eğilimini de ortadan kaldırmaya başlar. Yani kişiler maddi gücü doğrultusunda yiyecek alışverişi yapar. Bu durum bilgi seviyesine de yansımaktadır (66).

Görüldüğü üzere pek çok etken kişilerin beslenme bilgisi üzerinde ciddi rol oynamaktadır. Belçikalı kadınlarda yapılan bir çalışma meslek, yaş ve eğitim durumunun kişilerin beslenme bilgisi üzerindeki en önemli belirleyiciler olduğunu göstermiştir (67).

BESLENME DAVRANIŞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Beslenme insanın en temel ihtiyaçlarından biridir. İnsan hayatındaki önemi şüphesiz olan beslenme davranışı çok farklı faktörlerden etkilenmektedir. Doğru beslenme alışkanlığı kazanmak topluma sağlıklı birey kazandırabilmenin ilk kuralıdır (68).

Doğru beslenme davranışı geliştirmeyi etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlardan en temel olanları sosyal çevre, yaş, ekonomik durum, medeni durum, eğitim durumu, psikolojik faktörler, beslenme konusundaki bilgi ve gıdaya ulaşabilirliktir (60,69).

Kişilerde beslenme davranışı üzerinde etkili olan önemli bir diğer faktör de psikolojik duygu durumudur. Yapılan çalışmalarda bireylerin kaygı düzeyleri yüksek olduğu dönemlerde yemek yemeye daha meyilli oldukları görülmüştür. Bu dönemlerde bireylerin genelde sağlıksız, basit karbonhidrat açısından zengin, işlenmiş ve kan şekeri üzerinde ani yükselmeler yaratan besinleri tercih ettikleri görülmüştür. Bu durumun açıklaması ise stres ve kaygılı süreçlerde yüksek karbonhidrat içerikli gıdaların kişilerin seratonin seviyelerini yükseltmesi ve bu yolla kişilerde mutluluk hissi yaratmasıdır. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada, genç yetişkinlerde sebze ve meyve tüketimi artırılarak karbonhidrat alımı yükseltilmiştir. Bunun sonucunda kişilerde görülen genel etki ise daha enerjik, daha mutlu ve pozitif hissetmeleri olmuştur. Görüldüğü üzere beslenme davranışı ve besin tüketimi ile psikolojik durum arasında doğrudan bir ilişki vardır (70).

Besin seçiminde ve yeme davranışında sosyal çevre ciddi bir role sahiptir. Toplumsal bir varlık olan insan günümüz şartlarında iş hayatına daha fazla dahil olmakta ve dışarıda yemek yemek zorunda kalmaktadır. Aile, arkadaş ve çevre çoğu zaman seçilen besinlerde önemli bir etken olmaktadır (68). Özellikle üniversite döneminde aileden uzaklaşan gençlerin beslenme davranışları üzerinde ciddi değişimler yaşanmaktadır. Fast-food ve hazır yemeklere yönelen gençler, beslenme davranışı konusunda hızlı, pratik ve kolay çözümlere kaçmaktadır. Öğün atlama, öğünler arasında atıştırmalıklar ile öğün geçiştirme gibi yanlış uygulamalar ile sağlıklı beslenmeden uzaklaşmaktadırlar. Burada farkındalığı artırarak doğru çözümlere ulaşılmasının sağlanması gerekmektedir (71). Çalışmalara göre üniversite döneminde doğru beslenme davranışı kazanımı fiziksel ve zihinsel durum üzerinde olumlu etkiler yaratırken aynı zamanda okul performanslarına da olumlu etkiler yaratmaktadır (72). Gençlerde beslenme davranışı, fiziksel yapı ve sağlığın gelişimi ile kişiliğin merkezini oluşturmaktadır (71).

Yapılan çeşitli çalışmalara göre beslenme davranışını etkileyen bir başka etken de yaştır. Yaş ile birlikte beslenme konusundaki bilgi ve kazanımların artmasıyla kişiler

kendilerine en uygun beslenme davranışını geliştirmektedirler. Fakat eğitim durumundaki değişim kişilerin yaş faktöründeki etkilenmeden daha ön plana geçmektedir. Çeşitli çalışmaların ortak olarak gösterdiği bir değişken olan eğitim durumu, beslenme alışkanlıklarındaki olumlu değişimle paralel olmak üzere bir değişim göstermektedir. Yani eğitim seviyesi daha yüksek olan grupların beslenme davranışlarında daha doğru bir kompozisyon görülmektedir (61). Özellikle eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerde farkındalık artmaktadır. Bu durum gerek beslenme konusundaki bilgi öğrenmede gerek öğrendiğini doğru şekilde uygulamada kişilere yansımaktadır. Yani bir kişinin beslenme konusunda merakının olması ve bilgi alma amaçlı okuması öğrenmesi için yeterli değildir. Bunun yanı sıra kişinin öğrendiklerini doğru bir biçimde uygulayabiliyor olması da gerekmektedir (73,74).

Ekonomik durum bir toplumda beslenme davranışlarına yansıyan ilk göstergedir. Beslenme sağlıklı yaşamın devamlılığını sağlar ve bu süreçte alınması gereken besin öğeleri vardır. Ekonomik durumlardaki değişim kişilerin besin tercihlerine ve beslenme davranışlarına yansımaktadır (75). Ekonomik seviye yükseldikçe kişilerde daha çok enerjisi yüksek, besleyici değeri düşük saflaştırılmış gıdalara yönelim artmaktadır. Bu durum yeterli ve dengeli beslenmeyi etkilemekle birlikte bireylerde çeşitli besin öğelerinin yetersizliğine de sebep olmaktadır (4). Bunun dışında, ekonomik seviye düşmesi ile örneğin et ürünlerini almakta zorlanan bir aile kuru baklagilleri tüketerek et ürünleri ile alması gereken proteini bitkisel yolla karşılayabilmektedir. Et, içerisindeki öğeleri ile bir ihtiyaçtır. Fakat toplumsal sağlık boyutundan bakıldığında ulaşılabilir proteini sağladığı için bitkisel kaynaklar da sıklıkla kullanılmakta ve protein yetersizliğine bağlı sağlık problemlerinin oluşmasını engellemektedir. Toplumun genelinin uygulayabileceği sağlıklı beslenme davranışlarının geliştirilmesi genel anlamda refahı artıracak çözümlerdendir (1,66).

Beslenme davranışı gelişiminde kişisel faktörler de önemli rol oynamaktadır. Kültürel miras, aile öğretisi, kişisel tercihler, inanç ve kişi özsaygısı da beslenme konusunda davranışları etkileyen etmenlerdendir. Çocukluktan itibaren yerleşen beslenme kültürü yetişkinlik sürecinde de kişileri takip etmektedir (1,4).

Beslenme konusundaki bilgi ve birikim ise belki de beslenme davranışına etki eden en önemli öğedir. Beslenme bilgisi yüksek olan gruplarda yapılan çalışmalara göre doymuş yağ gibi bireylerin sağlık durumu üzerinde olumsuz etki oluşturabilecek öğeleri diğer gruba göre daha az tüketmektedirler. Beslenme konusunda bir bilinç durumu oluşmakta ve bu durumun davranışlarına olumlu yansıdığı gösterilmektedir (4). Bir diğer önemli nokta ise uygun sosyal şartlar, ekonomik koşullar ve fiziki imkanlar sağlansa dahi, beslenme bilgisi konusunda

yetersiz bir bireyin bu imkanları doğru bir şekilde kullanamayabilecek olmasıdır. Beslenmenin önemli bir ayağını oluşturan besin hazırlama, pişirme ve saklama koşullarına hakim olmayan birisi de besinlerin içerisinde var olan besin öğelerinin kaybına sebep olabilmektedir. Ne kadar sağlıklı beslendiğini düşünse de bu kişiler, yanlış uygulamalar sebebi ile dengesiz ve yetersiz beslenmeye sebep olabilmektedir. Beslenme konusundaki bilgi, bireylerin beslenme kalitesini de etkilemektedir. Bu durumu doğru yönlendirmek adına toplumun doğru bir şekilde bilinçlendirilmesi ve doğru bilginin yayılmasının sağlanması gerekmektedir (9).

BESLENME VE KADIN SAĞLIĞI

Kadın sağlığı hem birey olarak toplumda kadını etkileyen hem de çocuk ve aile sağlığını etkileyen önemli bir kavramdır. Aile içerisinde yer alan bireylerden herhangi birinin sağlığının bozulması tüm aile fertlerini etkilerken söz konusu kadın olduğunda etkilenme düzeyi de artmaktadır. Aileye mensup çocuklar aile içerisinde en çok anneye bağımlı bir şekilde yaşarken diğer üyeler de bu durumdan fazlasıyla etkilenmektedir. Mevzu bahis olan durum özellikle kadının toplumsal hayattaki rolünün büyüklüğü ve önemini de açıkça göstermektedir (76).

Günümüz şartlarında değişen sosyal yapı ile birlikte kadının çalışma yaşamında daha fazla yer alması, aile içerisindeki rolünü değiştirmemekte, hatta var olan sorumluluklarını daha da artırmaktadır. Bu durum en fazla beslenme alışkanlıklarına yansımakta, daha az emek ile daha hızlı hazırlanabilen yemekler ve çabuk pişirme yöntemleri daha fazla rağbet görmektedir (77). Fakat sağlıklı nesiller için en önemli unsur, sosyal ve ekonomik refahın artmasını sağlayacak yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi ile sağlığın korunmasıdır. Bir diğer yandan bakıldığında sağlık problemleri olan bir kadının işgücünde de yeterince verimli olamayacağı görülecektir. Kadın sağlığında beslenmenin öneminden bahsedecek olursak daha adölesan dönemden itibaren başlayan bir etki mekanizması söz konusudur. Adölesan dönemde başlayan beslenme alışkanlıklarının yetişkin dönemde de devam edeceği bilinmektedir (78,79). Üreme sürecinin de başladığı bu dönem sağlıklı üreme ve sağlıklı bir yaşamın devamı adına da önem arz etmektedir (80). Kadın yaşamında sağlığı etkileyen çeşitli dönemler bulunmaktadır. Adölesan dönemde adet kanamaları ile birlikte başlayan üreme dönemi, gebelik, emziklilik ve bu dönemin bitmesi yani menopoz ile son bulmaktadır. Kadın sağlığı bu dönemlerin her birinden etkilenmektedir. Bu dönemlerde beslenmeye dikkat edilmediği takdirde çeşitli hastalıkların görülme riski artmaktadır. Sağlık açısından kadını en

çok etkileyen bu dönemlerde, beslenme anlamında dikkat edilmesi gereken hususlar bulunmaktadır (76).

Menstrüel Dönem

Adölesan dönem ile birlikte kadınlarda adet kanaması olarak da bilinen üreme çağının başladığına işaret eden süreçtir. Kadın hayatının büyük bir kısmını "doğurganlık çağı" denilen 15-49 yaş dönemi arasında geçirmektedir. Kadınların bu döneme ait yaşayabilecekleri sağlık sorunlarına ait çeşitli önlemler alınması gerekmektedir (76). Adet kanaması olan kadınlarda demir eksikliğine bağlı anemi sık görülmektedir. Yapılan çalışmalardan birinde, adet kanaması olan kadınlarda menopoz dönemi sonrası kadınlara göre kansızlık oranı çok daha yüksek bulunmuştur. Bir diğer tehlike ise anemiye sebep olan faktörün B12 yetersizliğinden kaynaklanabilmesidir. Sinir sistemi hastalıklarına da sebep olabilen bu durum yeterli ve dengeli beslenme ile düzeltilebilmektedir (81).

Gebelik Dönemi

Beslenmenin kadınlarda gebelik dönemine de etkisi büyüktür. Gerek annenin gerek fetüsün sağlıkla yaşamına devam edebilmesi için yeterli ve dengeli beslenme çok önemlidir. Gebelik döneminde enerji ihtiyacı artan gebenin, gerekli enerjiyi almasının yanı sıra besin öğelerini yeterince alması da önem taşımaktadır (82,83). Gebelikte protein, yağ, D vitamini, iyot, demir, folik asit, kalsiyum vb. besin öğelerinin tüketimi veya kandaki seviyesi çok önemlidir. Bu maddelerin yetersizliği gebede ve bebekte ciddi hasarlara sebebiyet verebilmektedir (84). Gebelik dönemindeki kadınlarda yapılan çalışmalara göre yeterli ve dengeli beslenme eğer tamamlanamıyorsa takviye vitamin ve mineral verilmesi oluşabilecek hasarları önlemek adına ciddi önem taşımaktadır (83,85). Ayrıca erken yaşta yapılan evlilikler ve sonucunda küçük yaşlarda doğum yapmak yine kadın bedenine zarar veren önemli bir durumdur. Daha kendi gelişimini tam olarak sağlamamış bir vücudun doğum için hazır olmadığı tartışmasız bir gerçektir. Yeterince beslenemeyen bir kadın, gebelik sürecinde kendi depolarından verecek, sonucunda da çeşitli sorunlar baş gösterecektir. Örneğin gebelik döneminde diş kaybı yetersiz alınan D vitamini ve kalsiyum ile ilişkilendirilmektedir (86).

Gebelik döneminin son üç aylık sürecinde kadına günde 30mg demir verilmesi önerilmektedir. Türkiye'de demir yetersizliği anemisi kadınlarda sık görülmektedir. Özellikle gebelerde bu hastalığın görülme oranı %42 civarındayken, gebe olmayanlarda bu oran %20 seviyelerindedir. Türkiye Ulusal Beslenme-Sağlık Araştırması'nda gebelerde anemik

vakaların oranı %52 olarak bulunmuştur. Yetersiz ve dengesiz beslenen gebelerde B12 yetersizliği görülmektedir. Bu durum megaloblastik anemiye sebep olmaktadır. B12'nin, gebelerde yetersizliği durumunda takviye edilmesi gerekmektedir (1). Ayrıca Sağlık Bakanlığı gebeliğin 12. haftasından itibaren, doğumdan sonraki 6. aya kadar toplamda 12 ay boyunca kullanmak üzere günlük 1200IU yani 9 damla D vitamini takviyesinin alınmasını önermektedir. Gebelik boyunca artan folat ihtiyacı diyetle karşılanamamaktadır. Gebelik süresince günlük ihtiyaç %50 artarak 600mcg olmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı bebeklerde nöral tüp defekti riskinden korunmak için gebelik planlamasından gebeliğin 3. ayını doldurana dek geçen süre boyunca günde 400mcg folat önermektedir. İyot eksikliği ve buna bağlı hastalıklar ülkemizde sıklıkla görülmektedir. Bu sebeple, Sağlık Bakanlığı eğer ihtiyaç halinde ise yani yetersizlik görülüyorsa gebelere iyot takviyesi verilmesini önermektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) ise ülkedeki alım düzeyinin ihtiyacı karşılamadığını belirtmekte ve gebelerle emziklilere günde 250 µg iyot alımını önermektedir. Kalsiyum takviyesi konusunda ise Dünya Sağlık Örgütü beslenme ile yetersiz kalsiyum alanlara 1.5-2g oral kalsiyum önermektedir. Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ise gebeliğin 20. haftasından doğuma kadar diyet yolu ile 1200 mg/gün alınması önerilmektedir (84).

Emziklilik Dönemi

Doğumdan sonra annenin bebeğini emzirdiği döneme emziklilik veya laktasyon dönemi denir. Bu dönem anne ve bebek arasındaki psikolojik ve biyolojik bağlantının kurulduğu bir dönemdir. Anne, yedikleri ile bebeğinin ilk besini olan anne sütünü oluşturmaktadır. İlk altı ay anne sütü alınması otoritelerce önerilmektedir. Annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, bebeğin tek besini olan anne sütünü yeterli alarak iyi büyümesine katkı sağlamaktadır. Bu sebeple gebelik süresince depoların doldurulması ve emziklilik sürecinde de gerekli enerjinin alınması önerilmektedir. Yeterli enerji alınmazsa veya depolar doldurulmazsa annenin depoları bebeğe aktarılmakta ve anne yetersizlik sorunları yaşamaktadır (1).

Sağlık Bakanlığı emzirme dönemindeki annelere 6 ay günde 1200IU veya 9 damla D vitamini önermektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) emziren annelere ihtiyaç karşılanamadığı durumda günde 250 µg iyot alımını önermektedir (84). Emzirme döneminde yeterli miktarda omega-3 ve omega-6 gibi elzem yağ asitlerinin alınması gerekmektedir. Annenin bu yağ asitlerinden zengin beslenmesi, sütünün de bu yağ

asitlerinden zenginleşmesini sağlamaktadır. Yine suda eriyen vitaminlerin tüketimi artırıldığında annenin sütü bu vitaminler açısından zenginleşmektedir (1).

Menopoz Dönemi

Yeterli ve dengeli beslenme kadın hayatının her döneminde ciddi önem arz eder. Fakat bazı süreçlerde kadının beslenmesi, sağlığını diğer süreçlerden daha da fazla etkilemektedir. Menopoz dönemi ve sonrası da sağlık için çeşitli sorunları barındıran bir dönemdir (81). Kemiklerde kayıplar başlamadan önce maksimum yoğunluğa 28 yaşında ulaşmaktadır. Bu yaştan sonra kemiklerde kayıp süreci başlamaktadır. Bu dönemde hormonal değişimlerle kemik kayıplarında artış görülmektedir. Özellikle menopoz dönemi sonrası kadınlarda azalan östrojen kemik kayıpları ile bağlantılı bulunmuştur. Yirmiden fazla çalışmayı kapsayan bir derlemede, kalsiyum takviyesinin kemik kaybını yılda yaklaşık olarak %1 oranında azalttığı gösterilmiştir. On beş çalışmayı derleyen bir başka meta-analizde günde 500-2000 mg kalsiyum takviyesi alan post-menopozal kadınlarda kemik kaybının azaldığı kanıtlanmıştır (7). Bir çalışmaya göre vitamin A takviyesi ile kırıkları azaltma ve kemik gücünü artırma arasında doğrudan ilişki saptanmıştır. Bir başka çalışmaya göre menopozal dönemde D vitamini alımının kalsiyum ve fosfat konsantrasyonunu da etkilediği gösterilmiştir. Literatüre göre osteoporozdan korunmak için kadınlar genellikle alternatif yollara başvurmaktadır. Egzersiz kemik güçlenmesini etkilediği için bu dönemde egzersiz önerilmektedir. Bunun dışında kişiler soya ürünleri tüketerek menopozun yarattığı bazı yan etkilerinin azalmasını sağlamaktadırlar (87).

Menopoz dönemi sonrası kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda fazla kilo ile kardiyovasküler hastalıklar arasında ilişki bulunmuştur. Bunun dışında dislipidemi ile de ilişkisi kanıtlanmıştır (88). Ayrıca başka çalışmalar da obezite, kanser, diyabet, kalp damar hastalıkları ve hipertansiyon gibi hastalıkların bu dönemde kişilerin kilosu ve beslenmesi ile ilişkili olduğunu kanıtlamıştır (89,90). Yine bu sebeple immün sistem, gastrointestinal sistem ve endokrin sistemin de hasar gördüğü rapor edilmiştir (7). On iki menopoz sonrası dönemde olan kadınla yapılan çalışmada prebiyotiklerin kalsiyum emilimi ve kemik mineralizasyonu üzerinde yararlı etkileri olduğu bildirilmiştir (87).

Kadının fizyolojik olarak yaşadığı değişimler çok ciddi ve önemlidir. Kadınlar bu süreçlerde ciddi sağlık tehlikeleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Önemli olan kadınların bu süreçleri sağlık açısından yeterli ve dengeli beslenerek geçirmeleridir.

KADINLARDA BESLENME İLE İLİŞKİLİ SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR

Obezite

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan yanlış ve yetersiz beslenme aynı zamanda kadın sağlığını etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF çalışmasında BKİ 30 kg/m^2 obezite olarak tanımlanmıştır ve kadınların %44.2'sinde obezite tespit edilmiştir. Orta yaşta (31-49 yaş) ve yaşlı (50 yaş ve üzeri) gruplarda ayrı olarak incelendiğinde, %38 ve %50.2 olarak anlamlı bir şekilde arttığı kanıtlanmıştır. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması'na (TOHTA) göre 20 yaş üzeri kadınlarda obezite riski 35.4 olarak bulunmuş ve erkeklere göre riskin 1.8 kat daha fazla olduğu kanıtlanmıştır (49). Şişmanlık ve obezite; diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için riski artıran etmenlerdendir. Ayrıca şişmanlık ve obezite diğer pek çok kronik hastalık şikayetlerini artırmaktadır (7). Şişmanlık diyabetin %80'inden, koroner kalp hastalıklarının %35'inden, hipertansiyonun %55'inden sorumlu tutulmaktadır (1).

Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet, pankreastan salgılanan insülin hormonunun kısmen veya tamamen yetersizliği veya eksikliği sonucunda kan şekerinde yükselmeler ile kendini gösteren karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının bozulduğu bir hastalıktır. Tip 2 diyabet toplam diyabetlilerin %90-95'ini oluşturmaktadır. Hastalar üzerinde mortalite ve morbiditeyi artırıcı çeşitli etkileri olmaktadır. Bu sebeple kişiler için hem maddi hem de manevi anlamda yük oluşturmaktadır (2,91). Ayrıca, artan kiloya bağlı olarak bu hastalığın görülme riski de artmaktadır. Özellikle 45 yaşından sonra kilo alan yetişkinlerde Tip 2 Diyabet görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bunun dışında artan fazla kiloluluk ve obezite artık genç yaşlarda da görülme sıklığını artırmaktadır. Kadınların fazla kilo ve obezite prevalansında erkeklere göre daha yüksek risk altında olduğu yapılan çalışmalar sayesinde bilinmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan çalışmalara göre kadınların %44.2'sinde obezite ve fazla kiloluluk tespit edilmiştir. Fazla kilonun diyabet için çok önemli bir etken olması diyabet prevalansında kadının daha büyük bir risk altında olduğunu göstermektedir. 2015 yılı verilerine göre her 11 yetişkinden biri diyabetlidir. Bunun yanı sıra da her 2 yetişkinden biri diyabetli olduğunu bilmemektedir. Fakat toplumsal sağlık harcamalarına da yansıyan bu

tablo, Dünya'daki sağlık harcamalarının %12'sinin diyabet sebebiyle yapıldığını göstermektedir (49).

Anemi

Vücutta yeteri kadar demir kalmadığında demir yetersizliği anemisi görülmektedir. Demir yetersizliği anemisinde kan hücrelerinin sayısı azalmaktadır. Anemi olduğunda kişilerde baş dönmesi, yorgunluk, iştahsızlık gibi olumsuz durumlar gelişmektedir. Bağışıklık sisteminde düşüklükler görülmektedir. Özellikle kadın, anemi açısından bakıldığında ciddi risk grubunu oluşturmaktadır. Gebelik ve emzirme döneminde ihtiyacın artmasıyla birlikte bu ihtiyacın karşılanamaması anemi riskini artırmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde gebe olan kadınlarda anemi oranını %56 olarak belirlemişken gelişmiş ülkelerde bu oranın %18 olduğunu bildirmektedir. Kadınların pek çoğu gebelik öncesinde anemiktir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu durum %43 ve gelişmiş ülkelerde de %12 olarak belirtilmiştir (25). Kırsal nüfusta yapılan bir araştırmaya göre gebe kadınların %40-68 arasında anemi görülürken gebe olmayan doğurganlık çağındaki kadınlarda %10-40 arasında anemi görülmektedir (1).

Osteoporoz

Kemiğin mineral içeriği düşük olduğunda kırılabilir hale gelmesine osteoporoz denir. Osteoporoz genellikle menopoz dönemi sonrası ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda menopoz dönemi sonrası azalan östrojen hormonu, kemik yıkımının etkilerini de artırmaktadır. Bu dönemden sonra yıkım artarak devam etmektedir. Osteoporoz kemiklerde ağrı ve kırılmalara sebep olabilmektedir. Artan yaşam süresi düşünüldüğünde ciddi maliyetlere sebep olabilmektedir. Bu durum hem kişilerin yaşam kalitesini düşürmekte, hem de maddi anlamda bir yük oluşturmaktadır (1). Dünya genelinde her üç kadından birinde osteoporoz olduğu bilinmektedir. Birleşik Krallık'ta her yıl 230.000'den fazla osteoporoza bağlı kırık yaşandığı ve bu nedenle 1.7 milyar İngiliz sterlini maliyet oluştuğu bildirilmiştir. Avrupa'da da durum çok farklı değildir. Osteoporoz sebebiyle 13.9 milyar euro gider olduğu tahmin edilmektedir (7).

Kardiyovasküler Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, yılda 17 milyondan fazla insan kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. En sık görülen kardiyovasküler hastalıklar;

koroner arter hastalığı, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve periferik vasküler hastalıklar dahil olmak üzere aort ve arter hastalıklarıdır. Bu bozuklukların yaygın bir nedeni, dolaşım sisteminin çeşitli alanlarında aterosklerotik sorunların ortaya çıkmasıdır (92). Kadın için ise durum biraz daha fazla risk faktörü içermektedir. Gebelik döneminde artan metabolik ihtiyacı karşılamak için kardiyovasküler sistemde değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler kan hacmi ve kalp debisindeki artışlar ile sistemik damar direnci ve kan basıncındaki azalmalardan oluşmaktadır. Gebeliğe bağlı (gestasyonel) diyabet ya da gebeliğe bağlı hipertansiyon gibi gebelik komplikasyonları kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır. Gebelik döneminde hipertansiyonu olan kadınlar, ileriki yıllarda hipertansiyon olma riski sebebiyle belirli aralıklarla kontrol edilmelidir. Kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili risklerin bilinmesi ve tedavisi hastalık oluşumunu önleme anlamında büyük önem taşımaktadır (93).

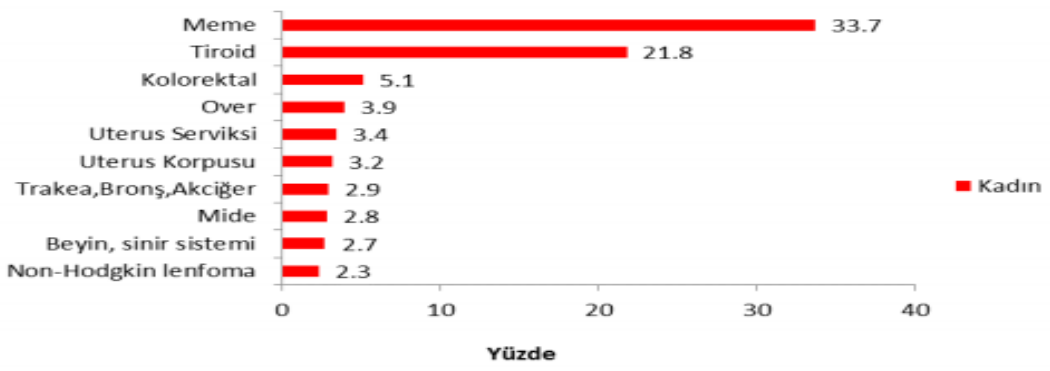
Kadınlarda erkeklere göre kardiyovasküler hastalıklar 10 yıl kadar geç ortaya çıkmaktadır. Bu durum avantaj gibi görünse de kadınlarda kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı çok yüksektir. Ülkemizde koroner kökenli hastalıklarda erkeklerde ortalama ölüm yaşı 69 iken kadınlarda 74 bulunmuştur. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışması verilerine göre 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530' a çıkacağı düşünülmektedir. Kadınlarda 30 yıllık sürede kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 1,8 kat artacağı tahmin edilmektedir (93).

Kanser

Organizmadaki bazı hücrelerin kontrolsüz çoğalması durumuna kanser denilmektedir. Kontrolsüz çoğalan hücreler diğer hücrelerin iş yapmasını engellemektedir. Genetik faktörler, kanser oluşumunda önemlidir. Fakat çevresel faktörler de %70-75 etkiye sahiptir. Çevre etkisi içerisinde bulunan beslenme, kanser oluşmasında ciddi etkisi bulunan bir parametredir. Tek başına beslenmenin kanserlerin %35-45'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir (2). Beslenme ile ilişkili sorunlar arasında diyet posasını yetersiz tüketmek, uygun olmayan pişirme yöntemleri, gıdalarda kullanılan zararlı katkı maddeleri ve kullanım dozları, aşırı veya yetersiz beslenme, küf ve toksinler yer almaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme, serviks, kolon, akciğer ve mide kanseridir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme, uterus, akciğer, mide ve lenfomadır (2,4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 verilerine ek olarak, Şekil 2'de Türkiye Birleşik Veri Tabanı'ndan alınan, Türkiye'de 25-49 yaş arası kadınlarda görülen kanser türleri ve sıklıklarına ilişkin grafik verilmiştir.



Şekil 1. 25-49 yaş kadınlarda en sık görülen kanser türleri (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013)

Polikistik Over Sendromu (PKOS)

Yapılan çalışmalar kadınlarda fazla kilonun doğurganlık bozukluğu, kısırlık, adet düzensizlikleri, düşük riski ve ölü doğum riskinin artmasına sebep olduğunu göstermektedir. Adet düzensizlikleri, fazla kilo ile birlikte kadınlarda günümüzde sıklıkla görülen PKOS'a (Polikistik Over Sendromu) sebebiyet verebilmektedir (80). Beslenme konusundaki yanlışlıklar ile gidişatı daha da ciddileşen polikistik over sendromu, enerji değeri çok, besin değeri az olan gıdaların fazla tüketimi ile daha güç bir tablo yaratmaktadır. Bu sendromda insülin salınımında bozulmalar görülür ve çalışmalara göre bu durum tip 2 diyabet riskinin 3-7 kat artmasına sebep olmaktadır (82).

BESLENME EĞİTİMİ

Sağlıklı beslenme, ancak ve ancak doğru beslenme bilgisi ile gerçekleşebilir. Eğer beslenme konusunda doğru bilgi temeli yoksa hangi fiziki koşullar olursa olsun yeterli ve dengeli beslenme sağlanamaz. Aynı zamanda eldeki kaynaklardan etkin ve ekonomik yararlanma da sağlanamaz. Besinlerin geçtiği hazırlama, pişirme ve saklama gibi aşamalarda doğru ilkeleri bilerek hareket etmek önemli bir noktadır. Doğru yöntemler ile besinlerdeki besin öğesi kayıpları en aza indirilebilmektedir (94).

Yeterli ve dengeli beslenme toplum sağlığı açısından da oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalar davranış değişimi sağlandığında kişilerin BKİ'lerinde azalma görüldüğünü ve beslenme konusundaki tercihlerinin daha doğru bir hale geldiğini göstermiştir (95). Doğru beslenmenin gerçekleşmediği bir toplumda sağlık sorunları sürekli baş gösterecek, verim düşecek ve beslenme ile ilişkili hastalıkların görülme riski artacaktır (7,96).

Toplumda beslenme konusunda davranış değişikliği sağlamak için planlı ve programlı olarak çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir. Kişilerin beslenme bilgisi üzerinde önemli etkisi olan medya bu konuyu farklı kuruluşlarla iş birliği halinde bulunarak desteklemelidir. Kişilerde kafa karışıklığı yaratmayacak, net ve genel mesajlar verilmelidir (97). Davranış değişikliği konusunda kurumların genel düşüncesi çocukluktan itibaren başlayan bir davranış değişikliğidir. Erişkinlik döneminde de yapılabilecek çalışmalar kişilere hayattan daha fazla keyif alma ve hayat kalitelerinde beklentiyi artırmayı amaçlamalıdır (98).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI VE TİPİ

Bu araştırma, Edirne il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri'ne bağlı yetişkin kadın ve gönüllü bireylerde beslenme bilgi düzeyi ve beslenme durumunun saptanması amacıyla yapıldı. Veriler haziran-eylül 2019 tarihleri arasında toplandı. Doğurganlık çağında olan 20-49 yaş arası gönüllü 380 birey ile tamamlandı. Hazırlanan ankette bulunan sorular gönüllü katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Katılımcılara genel bilgiler, besin-sağlık bilgileri ve besin tercihi bilgileri testi soruları soruldu. Bireylerin boy uzunluğu ve vücut ağırlığı bilgileri için son altı aya ait veriler kullanıldı. Bu araştırma için 13.05.2019 tarihli ve 08/20 karar no ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin belgesi alındı (EK 1). Edirne İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alındı. Araştırma Helsinki Deklerasyon Prensipleri'ne uygun olarak yapıldı.

Çalışmaya katılma kriterleri:

- Edirne il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olmak
- Kadın olmak
- 20 yaş üzerinde veya 49 yaş altında olmak
- Anket çalışmasına katılmasını engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olmamak
- Gönüllü olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Edirne il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olmamak
- Erkek olmak

- 20 yaş altında veya 49 yaş üzerinde olmak
- Anket çalışmasına katılmasını engelleyecek sağlık sorunu olma
- Gönüllü olmamak

ÇALIŞMANIN GENEL PLANI

Araştırmaya katılan kişilere genel bilgiler ve beslenme davranışları ile ilgili sorular yöneltildi (Ek-3). Sorular yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Bu bölümde katılımcılara yirmi dört adet soru soruldu. Soruların çoğunluğunu test oluştururken açık uçlu sorular da vardı. İki adet soru ise birden fazla seçenek işaretlenmesine uygundu. Bu bölümde katılımcıların yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, medeni durum, öğrenim durumları, çalışma durumları, vitamin-mineral kullanımı, öğünler ile ilgili genel alışkanlıkları, daha önce beslenme ile ilgili bilgi alma durumları, beslenme bilgisi alma istekleri ve diyet yapma durumları gibi bilgileri soruldu.

YETBİD ölçeği olan bölümde 2 ayrı kısım yer almaktadır. Birinci kısımTemel beslenme ve besin-sağlık bilgisi olmak üzere yirmi adet önerme içermektedir. İkinci kısım ise besin tercihiydi ve on iki adet önerme vardı. Bu iki bölümdeki sorular kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert ölçeği uygulanarak cevaplandırıldı. Doğru önermelerde kesinlikle katılmıyorum sıfır puan olmak üzere artarak kesinlikle katılıyorum dört puan değerindedir.Yanlış önermelerde kesinlikle katılmıyorum dört puan olmak üzere kesinlikle katılıyorum cevabı sıfır puana denk gelecek şekilde giderek azalmaktadır. Temel beslenme bilgisi bölümünde alınabilecek en üst puan 80 iken, besin tercihi kısmında en üst puan 48'dir. Her iki bölümde de alınabilecek en düşük puan 0'dır.

Temel beslenme ve besin-sağlık bilgisi bölümünde (birinci kısım) katılımcıların aldığı en yüksek puan 80 iken en düşük puan 13'tür. Bu bölümde ortalama puan 53,3±8,23 olarak hesaplanmıştır. Besin tercihi bölümünde (ikinci kısım) katılımcıların aldığı en yüksek puan 48 iken, en düşük puan ise 5'tir. Bu bölümde alınan tüm puanların ortalaması ise 37,95±7,04 puan olarak hesaplanmıştır.

Temel beslenme ve besin-sağlık bilgisi bölümünde alınan puanlara göre sınıflama yapıldı. Buna göre <45 puan kötü, 45-55 puan aralığı orta, 56-65 puan aralığı iyi, >65 puan ise çok iyi olarak sınıflandırıldı. Besin tercihi bölümünde ise <30 puan kötü, 30-36 puan aralığı orta, 37-42 puan aralığı iyi, >42 puan ise çok iyi olarak sınıflandırıldı.

YETBİD (YETİŞKİNLER İÇİN BESLENME BİLGİ DÜZEYİ) ÖLÇEĞİ'NİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Birinci bölümde yağlar ile ilgili olan önermelerden işlenmiş et ürünleri, besinlerdeki kolesterol ve doymuş yağ içerikleri, enerji içerikleri gibi bilgileri kapsayan maddeler yer almaktadır. Karbonhidratlar ile ilgili olanlar meyvelerin şeker içeriği ve temel enerji kaynağı ile ilgili olan önermelerdir. Meyvelerin protein içeriği ve yumurta ile kırmızı etin protein içeriği ile ilgili olan önermeler proteinler ile ilgili maddelerdir. Kuru fasulye piyazı olan önerme lifler ile ilgilidir. Tuz ile ilgili de bir adet önerme yer almaktadır. Birinci bölümde yer alan vitamin ve mineraller ile ilgili maddeler 2,3,11,12,13,14,15,17 numaralı önermelerdir. Birinci kısmında bulunan önermelerden 1,3,6,8,13,16,19 ve 20 numaralılar olumsuz önermelerken, diğerleri olumlu önermelerdir.

İkinci bölümde 1,5,6 ve 10. önermeler karbonhidratlar ile ilgilidir. 3,4 ve 9. önermeler protein bilgisini sorgulamaktadır.Bu bölümün son önermesi yağ tüketimi ile ilgilidir. 2. önerme lif tüketimi ile ilgili iken 7. önerme sıvı, 11. önerme tuz, 8. önerme vitamin tüketimi ile ilgilidir. İkinci bölümde kişilerin besin tercihleri konusunda önermeler yer almaktadır. İkinci bölümde yer alan on iki önermeden 8 ve 10. sıradaki iki önerme olumsuzdur. Bu bölümde yer alan diğer önermeler olumludur.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Yetişkinler için beslenme bilgi düzeyi ve geçerliliği ölçeği 104 kişiye uygulanarak birinci bölüm olan ''Temel Beslenme'' kısmı için iç güvenirlik katsayısı Cronbach Alpha=0,72, ikinci bölüm olan ''Besin Tercihi'' kısmı iç güvenirlik katsayısı Cronbach's Alpha =0,74 bulunmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, IBM SPSS Statistics 25.0 programı ile yapıldı. Çalışmada yer alan nicel verilerin ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Nitel verilerin ise sıklık ve yüzdeleri gösterildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile kontrol edildi. Normal dağılıma uygun ikili grup karşılaştırılmasında Student T testi kullanıldı. Uymayan ikili verilerde ise Mann-Whitney U testi yapıldı. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında Independent T (Bağımsız gruplarda T testi) kullanıldı. En az üç grubun bulunduğu nicel değişkenlerde ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) testi kullanıldı. Anlamlı olarak farklılık bulunan testlerde Post Hoc Tukey testi ile ayrıntılı olarak hangi gruplar arasında farklılık olduğu saptandı. Testlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ alındı.

BULGULAR

KATILIMCILARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma Edirne il merkezi Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 20-49 yaş arası bireylerin beslenme bilgi düzeyi ve beslenme durumunun belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma 380 kişi ile yürütülmüştür.

Bu kısımda araştırmaya dahil olan bireylerin demografik özellikleri bulunmaktadır. Aşağıdaki tablolarda araştırmaya katılan gönüllülerin kişisel özellikleri verilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları 32,05±9,012 olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar arasında en küçük yaş 20 iken en büyük yaş ise 49'dur. Boy uzunluğu ortalamaları 164,47±6,042 cm olarak hesaplanmış, en kısa kişi 147 cm ve en uzun katılımcı 180 cm olarak kaydedilmiştir. 64,27±11,222 kg kişilerin ortalama vücut ağırlığı iken bu ölçümde en küçük değer 40kg, en büyük değer 110 kg olarak ölçülmüştür. Katılımcıların BKİ değerlerinde 23,79±4,194 ortalama değer iken en küçük BKİ değeri 15,82, en büyük BKİ değeri ise 42,97'dir. Katılımcıların antropometrik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan bireylere ait ölçümler

	En Düşük	**En Yüksek**	$\bar{X}$ **± SS**
Yaş (Yıl)	20	49	32,05 ± 9,012
Boy Uzunluğu (cm)	147	180	164,47 ± 6,042
Vücut Ağırlığı (kg)	40	110	64,27 ± 11,222
BKİ (kg/m^2)	15,82	42,97	23,79 ± 4,194

Bireylerin kişisel özellikleri incelendiğinde genel anlamda sağlık sorunu olan %19,5'lik (n=74) bir kitle iken sağlıklı kesim tüm katılımcıların %80,5'ini (n=306) oluşturmaktadır. Sigara kullanımında hayır %67,4 (n=256), evet %22,6 (n=86), bazen cevabı veren %10'dur (n=38). Alkol kullanımında hayır cevabı çoğunluğu % 55,8 (n=212) ile oluşturmaktadır. Bu cevabı takiben ise bazen cevabı %28,9 (n=110), evet cevabı %15,3'lük (n=58) bir oranı oluşturmaktadır. Bekar kişiler katılımcıların %62,9'u, evliler %34,5'i, boşanmışlar %2,6'sıdır. Çalışıyor musunuz sorusuna ise katılımcıların %54,7'si hayır cevabını verirken %45,3'ü evet cevabını vermiştir. Öğrenim durumunda okur-yazar olmayan ve okur-yazar olan gruplar %0,3'lük kısımda iken ilkokul seviyesinde eğitim alan kişiler %6,6, lise seviyesinde eğitim alan kişiler %15,3, üniversitesi seviyesinde eğitim alan kişiler %63,7 ve lisansüstü eğitim alan kişiler %13,9'luk kısmı oluşturmaktadır. Bireylerin kişisel özellikleri aşağıda verilen Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Bireylerin kişisel özellikleri

	Verilen Cevap	**N**	**%**
Sağlık Sorunu	Yok	306	80,5
	Var	74	19,5
Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	256	67,4
	Kullanıyor	86	22,6
	Bazen Kullanıyor	38	10,0
Alkol Kullanımı	Kullanmıyor	212	55,8
	Kullanıyor	58	15,3
	Bazen Kullanıyor	110	28,9
Medeni Durum	Bekar	239	62,9
	Evli	131	34,5
	Boşanmış	10	2,6
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	208	54,7
	Çalışıyor	172	45,3
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	1	0,3
	Okur-yazar	1	0,3
	İlköğretim	25	6,6
	Lise	58	15,3
	Üniversite	242	63,7
	Lisansüstü	53	13,9
	Toplam	380	100,0

Katılımcıların su tüketimleri incelendiğinde en az su tüketen kişi günde 2 bardak, en fazla su tüketen kişi günde 25 bardak cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan kişilerin ortalama su tüketimleri ise 8,36±4,068 bardak olarak hesaplanmıştır. Yine anket verilerine göre evde yaşayan birey sayısı ortalaması 3,4±1,269 kişi olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %82,4'ü (n=313) vitamin mineral desteği kullanmazken %17,6'sı (n=67) vitamin mineral desteği kullanmaktadır. Destek alan katılımcılarda birden fazla destek ürünü kullanan 9 kişi bulunmaktadır. %26,3 ile en fazla multivitamin kullanılırken onu %25 ile D vitamini takip etmektedir. Azalan oranlarla B12, C vitamini, Omega-3, kalsiyum, demir, magnezyum ve folik asit de kullanılmaktadır. Bu oranların detayları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Vitamin-mineral desteği kullanımı

	Verilen Cevap	**N**	**%**
Vitamin Mineral Desteği Kullanımı (n=313)	Kullanmıyor	313	82,4
	Kullanıyor	67	17,6
	Toplam	380	100,0
Kullanılan Destek (n=67)	Multivitamin	20	26,3
	D Vitamini	19	25,0
	B12 Vitamini	15	19,7
	C Vitamini	9	11,8
	Omega-3	7	9,2
	Kalsiyum	2	2,6
	Demir	2	2,6
	Magnezyum	1	1,3
	Folik Asit	1	1,3
	Toplam	76	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin bütçelerinden beslenmeye ayırdıkları yüzdeye göre incelendiğinde %5'ini ayıran 1 kişi, %10'unu ayıran 22 kişi, %20'sini ayıran 76 kişi, %30'unu ayıran 137 kişi, %40'ını ayıran 100 kişi, %50 ve üstünü ayıran 44 kişi olduğu bulunmuştur.

Kişilerin öğünlerle ilgili tutumları incelendiğinde, öğün sayısı sorusunda bir öğün cevabını verenler %1,1 (n=4), iki öğün diyenler %25,3 (n=96), üç öğün diyenler %57,6 (n=219), dört öğün diyenler %12,9 (n=49), beş öğün diyenler %2,6 (n=10), altı öğün diyenler ise %0,5 (n=2)'tir. Kişilerin en önem verdiğiniz öğün sorusuna verdikleri cevaplarda sabah diyenler %46,8, kuşluk diyenler %2,6, öğlen diyenler %12,6, ikindi diyenler %1,1, akşam diyenler %35,5, gece ara öğünü diyenler ise katılan kişilerin %3,5'ini oluşturmaktadır.

Öğün atlama sorusunda evet cevabı verenler %33,2 (n=126), hayır cevabı verenler %23,2 (n=88), bazen cevabı verenler %43,7 (n=166)'dir. En çok atlanılan öğün sorusunda sabah cevabını verenler %25,3, kuşluk cevabını verenler %6,1, öğle cevabını verenler %41,1, ikindi cevabı verenler %1,6, akşam cevabı verenler %2,6, gece ara öğünü diyenler %0,3'tür.

Bireylere daha önce beslenme ile ilgili eğitim alıp almadıkları soruldu. Cevaplarda hayır diyen %50,8 (n=193), evet diyen %32,4 (n=32,4), kısmen diyen %16,8'lik (n=64) bir kesim olmuştur. Evet cevabını veren %32,4 ve kısmen cevabını veren %16,8 toplamda %49,2'yi (n=187) oluşturmaktadır. Bu kesimin bilgi kaynakları incelendiğinde televizyon/radyo yolu ile bilgi alanlar %18,4 (n=70), diyetisyenden bilgi alanlar %17,9 (n=68), sağlık görevlisinden bilgi alanlar %15,8 (n=60), dersler/öğretmen yolu ile bilgi alanlar %15 (n=57), gazete/dergi yolu ile bilgi alanlar %11,1 (n=42), anne/baba yolu ile bilgi alanlar %6,3 (n=24) bulunmuştur. Beslenme konusunda bilgi almak isteyenlerin oranı %65,3 iken istemeyenlerin oranı %34,7'dir. Katılımcılar bu soruda bilgi almak istedikleri konuda birden fazla seçenek işaretleyebilmektedirler. Sağlıklı beslenme konusunda bilgi almak isteme ilk sırayı %45,3 oranı ile almıştır. Bilgi alma isteği sorusunda sağlıklı beslenme konusunu takiben zayıflama %32,6, şeker hastalığı ve çocuk beslenmesi %12,4, kalp hastalığında beslenme %8,2, gebelik ve emziklilik beslenmesi %6,3 ve son olarak da yaşlı beslenmesi %4,5 oranında yer almıştır.

Kişilerin diyet yapma durumları sorgulanmıştır. Katılımcıların %84,2 (n=320)'si hayır cevabı verirken %15,8 (n=60)'i evet cevabını vermiştir. Diyet yapan %15,8'in diyet yapma nedeni sorgulanmış ve %10,3'ünün zayıflamak, %3,4'ünün hastalık, %1,1'in sağlıklı olmak, %0,5'erlik grupların da gebelik ve kas güçlendirme sebebini belirttiği görülmüştür.

Çalışmaya katılan kişiler BKİ'lerine göre sınıflandırılmıştır. Bu durumda BKİ'si 18,5 kg/m^2 ve altında olanlar zayıf grubuna dahil edilmiştir. BKİ'si 18,5-24,99 kg/m^2 olanlar normal, 25-29,99kg/m^2 olanlar kilolu, 30 kg/m^2 ve üstü olanlar obez olarak sınıflandırılmıştır. Alınan veriler ile yapılan hesaplamalara göre zayıf grubu tüm katılımcıların %6,3'ü, normal grubu %65'i, kilolu grubu %19,7'si ve son olarak obez grubu ise %8,9'udur. Katılımcıların çoğunluğu normal grubundadır.

Bireyler yaş aralıklarına göre gruplandırılmıştır. 20-49 yaş aralığını kapsayan çalışmada 29 yaş ve altında olan kişiler %45,5, 30-39 yaş arası kişiler %28,2, 40 yaş ve üstü olan kişiler %26,3 oranında bulunmaktadır. Çalışmamızda 29 yaş ve altı kişilerin %'si diğer gruplara göre daha fazladır. BKİ sınıflarına ve yaş gruplarına ilişkin değerler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. BKİ sınıflarına ve yaş aralıklarına göre kişi sayıları

BKİ Sınıfları (kg/m^2)	**N**	**%**
Zayıf (<18,5 kg/m^2)	24	6,3
Normal (18,5-24,99 kg/m^2)	247	65,0
Kilolu (25,00-29,99 kg/m^2)	75	19,7
Obez (>30,00 kg/m^2)	34	8,9
Yaş Aralıkları (Yıl)		
29 ve altı	173	45,5
30-39	107	28,2
40 ve üstü	100	26,3
Toplam	380	100,0

Bireylerin BKİ ortalamaları yaş gruplarına göre kıyaslanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,000). Katılımcılar 3 ayrı yaş grubuna ayrıldığı için sonuçlar F testi kullanılarak elde edilmiştir. Post Hoc testi yapıldığında özellikle 40 yaş ve üstü ile 29 yaş ve altı grupları arasında ortalama farklılıkları daha yüksek görülmüştür. Oluşturulan yaş grupları ile bu grupların BKİ ortalamaları, standart sapmaları, alt-üst değerleri ve F testi sonuçları Tablo 6 üzerinden incelenebilir.

Yaş aralıklarına göre gruplanan bireylerde üç grup oluşturulmuştur. Bu grupların beslenme bilgisi skoru incelendiğinde 29 yaş ve altı grubunda ortalama 53,17±7,997, alt değer 17, üst değer 80, 30-39 yaş arası grubunda ortalama 51,88±8,666, alt değer 13, üst değer 72, 40 yaş ve üstü grubunda ise ortalama 55,05±7,904, alt değer 17, üst değer 74 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarının besin tercihi skoru incelendiğinde ise 29 yaş ve altı grubunda ortalama 37,68±7,314, alt değer 5, üst değer 48, 30-39 yaş grubunda ortalama 37,61±6,842, alt değer 10, üst değer 48, 40 yaş ve üstü grubunda ise ortalama 38,77±6,770, alt değer 14, üst değer 48 olarak bulunmuştur. Gruplardaki genel ortalamalara bakıldığında ise beslenme bilgi skoru ortalaması 53,30±8,230, besin tercihi skoru ortalaması ise 37,95±7,042 olarak hesaplanmıştır. Beslenme bilgi skorunda gruplar arasında anlamlı fark varken (p=0,020), besin tercihinde gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,396).

Tablo 6. Yaş aralıklarına göre kişilerin beslenme bilgi skoru, besin tercihi skoru ve BKİ ortalamaları

	Yaş Aralıkları (Yıl)	N	$\bar{X}$ ± SS	Alt	Üst	p
Beslenme Bilgi Skoru	29 ve altı	173	53,17 ± 7,997	17	80	**0.02***
	30-39	107	51,88 ± 8,666	13	72	
	40 ve üstü	100	55,05 ± 7,904	37	74	
	Toplam	380	53,30 ± 8,230	13	80	
Besin Tercihi Skoru	29 ve altı	173	37,68 ± 7,314	5	48	0,396
	30-39	107	37,61 ± 6,842	10	48	
	40 ve üstü	100	38,77 ± 6,770	14	48	
	Toplam	380	37,95 ± 7,042	5	48	
BKİ (kg/m^2)	29 ve altı	173	22,02 ± 3,227	16,00	40,01	**0,00***
	30-39	107	24,01 ± 3,828	15,82	39,96	
	40 ve üstü	100	26,62 ± 4,464	18,22	42,97	
	Toplam	380	23,79 ± 4,194	15,82	42,97	

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), *p<0,05.

Alkol kullanımı ile beslenme bilgi skoru kıyaslandığında alkol tüketenlerin skor ortalaması 53,77±8,800, tüketmeyenlerin ise 52,93 ± 7,750 olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,327). Alkol tüketen grubun besin tercih skoru ortalaması 38,16±7,520 iken alkol tüketmeyen grubun skor ortalaması 37,78±6,651'dir. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0,6). Alkol kullanımı ile beslenme bilgi ve besin tercihi skoru arasındaki ilişki bağımsız gruplarda T testi ile incelenmiştir.

Sigara kullanımı ile beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru kıyaslanmıştır. Sigara kullanımında evet ve bazen cevaplarını veren katılımcılar birinci grup, hayır cevabını veren katılımcılar ise ikinci grubu oluşturmaktadır. Katılımcılardan evet/bazen cevabını veren 124 kişi olmuştur. Bu grubun beslenme bilgi skoru ortalaması 53,24±7,336 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullanımı sorusuna hayır cevabı veren 256 kişinin beslenme bilgi skoru ortalaması ise 53,33±8,643 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında skor farkı anlamlı bulunmamıştır (0,920). Sigara kullanımına göre evet/bazen cevabı veren 124 kişinin besin tercihi skoru ortalaması 38,42±6,545, hayır cevabı veren 256 kişinin besin tercihi skoru ortalaması ise 37,72±7,272 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,364). Sigara kullanımı ile beslenme bilgi ve besin tercihi skoru arasındaki ilişki bağımsız gruplarda T testi ile incelenmiştir.

Bireyler öğün atlama durumlarına göre gruplandırılmıştır. Öğün atlayanlar, bazen atlayanlar ve öğün atlamayanların beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru kıyaslanmıştır.

Öğün atlamayan katılımcıların beslenme bilgi skoru ortalaması 53,57±7,818 olarak hesaplanırken öğün atlayan katılımcıların skoru 53,17±8,448, bazen atlayanların skoru 53,26±8,328 olarak hesaplanmıştır. Yapılan test sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0,939). Besin tercihi skoru öğün atlamayanlarda ortalama 38,66±7,140 olarak ortaya çıkarken, öğün atlayanlarda 36,92±7,246, bazen atlayanların skoru 38,35±6,782 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasındaki farka bakıldığında anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır (p=0,127). Öğün atlama ile beslenme bilgi skoru ve besin tercih skoru arasındaki ilişkinin sınanması için bağımsız gruplarda T testi uygulanmıştır. Uygulanan testin sayısal sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Bireyler çalışma durumlarına göre iki ayrı gruba ayrılarak (çalışanlar ve çalışmayanlar), beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoruna göre kıyaslanmıştır. Bu kıyaslama için bağımsız gruplarda T testi uygulanmıştır. Bireylerden çalışmayanların beslenme bilgi skoru ortalaması 52,91±8,266 olarak hesaplanırken çalışanların 53,77±8,186 olarak bulunmuştur ve fark anlamlı değildir (p=0,311). Besin tercihi skorunda ise çalışmayanların ortalaması 37,60±6,998, çalışanların ortalaması ise 38,37±7,091 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (0,288).

Tablo 7'de kişilerin diyet yapma durumlarına göre beslenme bilgi ve besin tercihi skorları kıyaslanmıştır. Diyet yapanlar ile yapmayanlar arasında beslenme bilgi skoru anlamında farklılık kıyaslandığında diyet yapanların ortalama puanı 55,43±9,705, diyet yapmayanların ise 52,90±7,869 olarak bulunmuştur. Uygulanan test sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (p=0,028). Besin tercihi skoruna göre diyet yapanların ortalama skoru 39,28±7,142 olarak ortaya çıkarken diyet yapmayanların ortalama skoru 37,69±7,005 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,107).

Tablo 7. Öğün atlama, çalışma ve diyet yapma durumuna göre kişilerin beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları

			Beslenme Bilgi Skoru		Besin Tercihi Skoru	
	Grup	**N**	$\bar{X}$ ± SS	**p**	$\bar{X}$ ± SS	**p**
Öğün Atlama	Hayır	88	53,57±7,818		38,66±7,140	
	Evet	126	53,17±8,448	0,939	36,92±7,246	0,127
	Bazen	166	53,26±8,328		38,35±6,782	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	208	52,91±8,266	0,311	37,60±6,998	0,286
	Çalışıyor	172	53,77±8,186		38,37±7,091	
Diyet Yapma	Yapıyor	61	55,43±9,705	**0,028***	39,28±7,142	0,107
	Yapmıyor	319	52,90±7,869		37,69±7,005	

Bağımsız Gruplarda T testi.

Çalışmaya katılan bireylerin mutfak harcamaları için ayırdıkları gelir yüzdesine göre beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru kıyaslanmıştır. Grupların ortalama puanlarına bakıldığında anlamlı farklılıklar vardır (p=0,004). Post Hoc testi ile detaylı incelendiğinde mutfak harcamasına gelirinin %40'ını ayıran grubun skorları, %10 ve altı ile %20'sini ayıran gruplara göre anlamlı bir şekilde farklı bulunmuştur (p=0,019, p=0,013). Beslenme bilgi skorunda en yüksek puan ortalaması %10 ve altını ayıran grupta 56,61±8,452, en düşük puan ortalaması ise %40 ayıran grupta 50,85±7,949 puan olarak hesaplanmıştır. Besin tercihi skorlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır (p=0,540). Besin tercihi skorunda en yüksek puan %10 ve altı ayıran grupta 39,22±6,508 puan, en düşük puan %40 ayıran grupta 37,12±7,797 puandır.

Tablo 8'de kişiler eğitim düzeylerine göre gruplanmış bir şekilde görülmektedir. Eğitim düzeyi temel eğitim ve altında olan katılımcıların beslenme bilgi skoru ortalaması 51,30±8,462, lise seviyesinde olan katılımcıların ortalaması 51,30±8,462, önlisans ve üstü olan katılımcıların ortalaması ise 54,30±7,888 puan olarak hesaplanmıştır. Grubun tamamının skor ortalaması ise 53,30±8,230'dur. Gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=0,000). Post Hoc Tukey testi ile ayrıntılı incelendiğinde ise lise seviyesinde eğitim görenler ile önlisans ve üstü seviyede eğitim görenler arasında skor açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,000). Bunun dışında lise seviyesinde eğitim görenlerin alt puanları diğer gruplara göre daha düşüktür. Temel eğitim ve altı grubu ile lise grubunun üst puan değerleri de önlisans ve üstü grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Besin tercihi skoru eğitim seviyelerine göre kıyaslandığında temel eğitim ve altındaki grupta ortalama 37,15±8,716, lise grubunda 36,47±7,049, önlisans ve üstü grubunda da 38,31±6,852 puan olarak ortaya çıkmıştır. Tüm grubun ortalaması ise 37,95±7,042'dir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0,157). Bunun dışında önlisans ve üstü grubunun skor alt değeri diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur.

BKİ gruplarına göre kişilerin beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skorları kıyaslanmıştır. Çok zayıf olan grubun beslenme bilgi skoru ortalaması 53,29±6,881, normal olan grubun ortalaması 53,29±6,881, kilolu olan grubun ortalaması 53,29±6,881 ve obez olan grubun ortalaması 53,09±8,177 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,922). Alt değerde normal grubu en düşük, obez grubu en yüksek puanları almıştır. Üst değerlerde ise en düşük puanı çok zayıf ve obez grubu alırken normal grubu en yüksek puanları almıştır. Besin tercihi skoru zayıf grubunda ortalama 37,13±7,491, normal grubunda 37,89±6,937, kilolu grubunda 38,08±7,868 ve obez grubunda 38,62±5,635 puan

olarak hesaplanmıştır. Besin tercihi skorunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,880). Alt değerde normal ve kilolu grubu en düşük puanı alırken obez grubu en yüksek puanı almıştır. Üst değerde ise tüm gruplar aynı puanı almıştır. BKİ düzeylerine göre beslenme bilgi ve besin tercihi skoru kıyaslamasına ait sayısal veriler Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8'de medeni durum ile beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru kıyaslanmaktadır. Medeni durum bekar, evli ve boşanmış şeklinde üç gruptan oluşmaktadır. Beslenme bilgi skoru olarak gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır (p=0,019). Post Hoc Tukey testi ile ayrıntılı incelendiğinde bekar ve evli grup arasında anlamlılık bulunmaktadır (p=0,014). Grupların ortalama skoru 53,30±8,230 puan olarak hesaplanmıştır. Bekarların ortalama beslenme bilgi skoru 52,43±8,289, evlilerin ortalama skoru ise 54,93±7,837 puandır. Besin tercihi skoru kıyaslandığında ise gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,108). Grupların skor ortalamaları 37,95±7,042 puan olarak hesaplanmıştır. Alt değer bekarlarda en düşük iken, boşanmışlarda en yüksektir. Üst değer ise tüm gruplarda aynıdır.

Tablo 8. Eğitim düzeyi, BKİ ve medeni duruma göre beslenme bilgi düzeyi ve besin tercihi skoru ortalamaları

			Beslenme Bilgi Skoru			**Besin Tercihi Skoru**		
	Grup	**N**	**$\bar{X}$ ± SS**	**Alt**	**Üst**	**$\bar{X}$ ± SS**	**Alt**	**Üst**
Eğitim Düzeyi	Temel Eğitim ve altı	27	51,30±8,462	36	68	37,15±8,716	22	48
	Lise	58	49,17±8,506	13	69	36,47±7,049	10	48
	Ön lisans ve üstü	295	54,30±7,888	17	80	38,31±6,852	5	48
	Toplam	380	53,30±8,230	13	80	37,95±7,042	5	48
			p = 0,00*			p = 0,157		
BKİ (kg/m²)	Zayıf	24	53,29±6,881	35	68	37,13±7,491	16	48
	Normal	247	53,50±8,258	13	80	37,89±6,937	5	48
	Kilolu	75	52,76±8,671	32	74	38,08±7,868	6	48
	Obez	34	53,09±8,177	41	68	38,62±5,635	24	48
	Toplam	380	53,30±8,230	13	80	37,95±7,042	5	48
			p = 0,922			p = 0,880		
Medeni Durum	Bekar	239	52,43±8,289	13	80	37,37±7,358	5	48
	Evli	131	54,93±7,837	36	74	38,98±6,273	14	48
	Boşanmış	10	52,90±9,445	42	68	38,30±7,973	24	48
	Toplam	380	53,30±8,230	13	80	37,95±7,042	5	48
			p = 0,019*			p = 0,108		

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), *p<0,05.

Tablo 9'da hasta olma ve olmama durumuna göre kişiler gruplandırılmış ve beslenme bilgi skoru ile besin tercihi skoru kıyaslanmıştır. Beslenme bilgi skoruna göre kişiler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Sağlık sorunu olmayanlarda skor ortalaması 52,58±8,110 puan iken sağlık sorunu olanlarda skor ortalaması 56,30±8,098 puandır. Besin tercihi skoruna göre de gruplar arasında anlamlı farklılık vardır (p=0,037). Hastalığı olmayanlarda besin tercihi skoru ortalaması 37,49±7,200 iken hastalığı olanlarda ortalama 39,85±6,022 puandır.

Hastalığı olan grup içerisinde beslenme ile ilişkili hastalıkları bulunanlar gruplanmıştır. Beslenme ile ilgili hastalığı olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrılan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,004). Beslenme ile ilişkili hastalığı olmayanlarda ortalama skor 52,81±8,122 puan iken, olanlarda ortalama skor 56,26±8,333 puandır. Genel skorlar ortalaması 53,33±8,230 puandır. Besin tercihi skorları ile beslenme ilişkili hastalık grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,037). Beslenme ilişkili hastalığı olmayanlarda ortalama skor 37,64±7,109, beslenme ilişkili hastalığı olanlarda ortalama skor ise 39,80±6,370 puandır. Grupların genel ortalamaları 37,95±7,042 puandır.

Tablo 9'da katılımcıların daha önce sağlıklı beslenme ile ilgili eğitim alma durumlarına göre beslenme bilgi skorları ve besin tercihi skorları kıyaslanmıştır. Daha önce bilgilendirme almayanlar ile bilgilendirme alanlar arasında beslenme bilgi skoru açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,000). Daha önce beslenme ile ilgili eğitim almayan grubun beslenme bilgi skorları ortalamaları 51,31±8,407 puan olarak hesaplanırken, eğitim alan grubun skor ortalamaları 56,15±7,600 olarak hesaplanmıştır. Besin tercihi skorunda da daha önce eğitim alanlar ile almayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,009). Daha önce eğitim alanlarda besin tercihi skorları ortalaması da anlamlı bir şekilde daha önce eğitim almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Daha önce eğitim alanların skor ortalaması 39,21±6,047 puan iken, eğitim almayanların skor ortalaması 37,14±7,843 puandır.

Tablo 9'da kişilerin beslenme ile ilgili bilgi almak isteme ve istememe durumlarına göre gruplama yapılmıştır. Beslenme bilgi skoruna göre kıyaslama yapılan iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,875). Beslenme bilgi skoru ortalaması bilgi almak istemeyen grupta 53,39±8,643, bilgi almak isteyen grupta ise 53,25±8,019 puandır. Besin tercihi skoruna göre beslenme eğitimi almak istemeyen grup ile isteyen grup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,335). Besin tercihi skoru ortalaması bilgi almak istemeyen grupta 37,47±7,703 iken bilgi almak isteyen grupta 38,20±6,665 puandır.

Tablo 9. Sağlık sorunu, beslenme ile ilgili daha önce bilgi alma ve bilgi almak isteme durumuna göre beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları

	Grup	N	Beslenme Bilgi Skoru $\bar{X}$ ± SS	t	Besin Tercihi Skoru $\bar{X}$ ± SS	t
Sağlık Sorunu	Yok	306	52,58±8,110	2, 877	37,49 ±7,200	2,092
	Var	74	56,30±8,098		39,85±6,022	
			p = 0,004*		**p = 0,037***	
Bilgi Almış Olma	Hayır	193	51,31±8,407	-5,187	37,14±7,843	-2,639
	Evet	123	56,15±7,600		39,21±6,047	
			p = 0,000*		**p = 0,009***	
Bilgi Almak İsteme	Hayır	132	53,39±8,643	0,158	37,47±7,703	-0,965
	Evet	248	53,25±8,019		38,20±6,665	
			p = 0,875		p = 0,335	

Bağımsız Gruplarda T testi, *p<0,05.

BİREYLERİN TEMEL BESLENME VE BESİN-SAĞLIK BİLGİSİ TESTİNDEKİ GENEL DURUMLARI

Bireylere anketin bu bölümünde YETBİD ölçeği uygulanmıştır (Yetişkinler için Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği). Tablo 10'da bireylerin beslenme bilgi skorlarının elde edildiği bölüm bulunmaktadır. Bu bölümde bireylerin temel beslenme bilgisi sorgulanmaktadır. Bu bölümde toplamda yirmi adet önerme bulunmaktadır. Vitamin ve mineraller ile ilgili on önerme, yağlar ile ilgili dört önerme, karbonhidratlar ile ilgili iki önerme, proteinler ile ilgili iki önerme, lifler ile ilgili bir önerme, tuz ile ilgili bir önerme bulunmaktadır. Her bir önerme için toplamda kaç kişinin hangi cevabı verdiği sayı ve yüzdece belirtilmektedir. Bunun dışında her bir önerme için kişilerin verdikleri cevaplara göre puan değerlerinin ortalaması ve standart sapması bulunmaktadır.

Katılımcıların birinci kısım olan temel beslenme ve besin sağlık bilgisi bölümünde cevaplandırdıkları sorulardan sütün kalsiyum içeriği ile ilgili önerme en yüksek oranda doğru bilindiği görülmüştür.İşlenmiş et ürünleri ile ilgili önerme, portakaldaki C vitamini içeriği, D vitamini ile kemik erimesi ilişkisi en yüksek oranda doğru yanıt verilen önermelerden olmuştur.Bu bölüme ait en düşük doğru oranı sırası ile E vitamininin görme duyusu üzerine etkisi, balığın ve kırmızı etin doymuş yağ içeriği, vitamin ve minerallerin enerji değerleri ile ilgili önermelerdedir.

Tablo 10. Katılımcıların temel beslenme ve besin-sağlık bilgisi sorularına cevapları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	$\bar{X} \pm SS$
Doğal taze sıkılmış meyve suları şeker içermez.	105	27,6	119	31,3	48	12,6	51	13,4	57	15	2,43±1,404
Havuç iyi bir A vitamini kaynağıdır.	8	2,1	14	3,7	61	16,1	155	40,8	142	37,4	3,08±0,931
Vitamin ve mineraller enerji verir.	59	15,5	61	16,1	48	12,6	126	33,2	86	22,6	1,69±1,388
Karbonhidratlar temel enerji kaynağıdır.	17	4,5	32	8,4	51	13,4	168	44,2	112	29,5	2,86±1,073
Dondurulmuş ürünlerin besin değeri taze besinlerden daha düşüktür.	21	5,5	32	8,4	62	16,3	149	39,2	116	30,5	2,81±1,127
Meyvelerin protein içeriği yüksektir.	57	15	99	26,1	96	25,3	81	21,3	47	12,4	2,10±1,25
Yumurta ile kırmızı et içerdikleri protein miktarı açısından benzerdir.	17	4,5	33	8,7	82	21,6	177	46,6	71	18,7	2,66±1,021
Zeytinyağı tüketmek kolesterolü yükseltir.	79	20,8	121	31,8	104	27,4	58	15,3	18	4,7	2,49±1,122
Kuru fasulye piyazının lif içeriği yüksektir.	8	2,1	18	4,7	108	28,4	165	43,4	81	21,3	2,77±0,909
Salam ve sosis gibi işlenmiş et ürünlerinin içerisinde bulunan yağlar sağlık için zararlıdır.	8	2,1	8	2,1	21	5,5	126	33,2	217	57,1	3,41±0,856
Süt ve süt ürünlerinde bulunan kalsiyum minerali kemik ve diş sağlığı için önemlidir.	5	1,3	7	1,8	16	4,2	110	28,9	242	63,7	3,52±0,777
Kemik erimesinden korunmada gerekli olan D vitamininin en iyi kaynağı güneştir.	9	2,4	15	3,9	35	9,2	117	30,8	204	53,7	3,29±0,957
E vitamini görme duyusu için oldukça etkili bir	16	4,2	44	11,6	121	31,8	99	26,1	100	26,3	1,41±1,121
Portakalda bulunan C vitamini bağışıklığı güçlendirerek soğuk algınlığı ve gribal enfeksiyonlara karşı korur.	3	0,8	10	2,6	14	3,7	140	36,8	213	56,1	3,45±0,758
İçerdiği vitaminlerden dolayı tam tahıllı (esmer) ekmek tüketmek sinir sistemi için faydalıdır.	13	3,4	19	5	130	34,2	105	27,6	113	29,7	2,75±1,044
Tuzun fazla tüketilmesi tansiyonu etkilemez.	187	49,2	114	30	31	8,2	27	7,1	21	5,5	3,1±1,161
Kırmızı et B12 vitamini içerdiği için unutkanlığı önlemede etkilidir.	8	2,1	24	6,3	80	21,1	145	38,2	123	32,4	2,92±0,986
Kırmızı ve mor renkli sebze ve meyveler kanserden koruyucudur.	9	2,4	10	2,6	99	26,1	151	39,7	111	29,2	2,91±0,93
Balığın doymuş yağ içeriği kırmızı etten daha yüksektir.	29	7,6	39	10,3	152	40	91	23,9	69	18,2	1,65±1,121
Yağlar, protein ve karbonhidratlara göre daha az enerji içerir.	69	18,2	59	15,5	59	15,5	100	26,3	49	12,9	2,0±1,29

BİREYLERİN BESİN TERCİHİ TESTİNDEKİ GENEL DURUMLARI

Tablo 11'de YETBİD ölçeğinin besin tercihi ile ilgili önermeleri bulunmaktadır. Besin tercihi ile ilgili önermeler hakkında bireylerin katılımları, yüzdeleri, kişi sayısı ve skor ortalamaları tabloda yer almaktadır. Bu bölümde on iki adet önerme yer almaktadır.

Önermeler içerisinde çocuklar ile ilgili bilginin yer aldığı madde en fazla doğru yanıtlanan olmuştur. Çocukların beslenme çantasında yer alması gerekenler ile ilgili olan bu madde tassavur edildiği şekilde de sonuçlanmıştır. Hayvansal kaynaklı proteinler, doğru pişirme ilkeleri, sıvı ihtiyacı ile ilgili önermeler en fazla doğru yanıtlananlar olmuştur. Light süt ve tuz ile ilgili önermeler ise en az oranda doğru yanıtlananlar olmuştur.

Kişilere ölçek sonunda iki adet soru yöneltilmiştir. Bu sorulardan birisi olan "Beslenme ve sağlık arasındaki ilişkinin derecesi nasıldır? Değerlendiriniz." sorusu ile kişilerin beslenme ile sağlık arasındaki ilişki durumuna bakış açıları sorgulanmıştır. Skorlamalar sıfırdan başlayarak ona kadar devam etmektedir. Sıfır hiç ilişki olmaması anlamına gelmektedir. On puana doğru artan puanlar artan ilişki ifade etmektedir ve yüksek ilişki ile bağdaştırılmaktadır. "Günlük hayatınızda uyguladığınız besin tercihlerinizi ne kadar doğru buluyorsunuz? Değerlendiriniz." sorusu ile de katılımcıların kendi tercihleri ile ilgili özeleştiri yapmaları ve kendi besin tercihlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Skorlama sıfır ile başlayıp ona kadar devam etmektedir. Sıfır yetersiz, az ilişki anlamına gelirken ona doğru yeterli, çok gibi bir anlam ifade etmektedir.

"Beslenme ve sağlık arasındaki ilişkinin derecesi nasıldır? Değerlendiriniz." sorusuna %0,3 bir puan, %0,3 iki puan, %0,8 üç puan, %2,4 dört puan, %2,9 beş puan, %3,7 altı puan, %10,5 yedi puan, %22,9 sekiz puan, %20,3 dokuz puan, %36,1 ise on puan vermiştir. Verilen puanların genel skorlar ortalaması 8,49±1,651 puandır.

"Günlük hayatınızda uyguladığınız besin tercihlerinizi ne kadar doğru buluyorsunuz? Değerlendiriniz." sorusuna %0,3 sıfır puan, %1,6 bir puan, %2,9 iki puan, %8,4 üç puan, %13,9 dört puan, %21,1 beş puan, %24,2 altı puan, %14,5 yedi puan, %9,7 sekiz puan, %2,1 dokuz puan, %1,3 ise on puan vermiştir. Soruya ait genel skorların ortalaması 5,50±1,782 puandır.

Tablo 11. Katılımcıların besin tercihi sorularına cevapları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyoru		$\bar{X} \pm SS$
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Şeker hastalarının meyve suyu yerine meyvenin kendisini (mümkünse kabuğunu soymadan) tüketmeleri daha sağlıklıdır.	3	0,8	11	2,9	51	13	144	38	171	45	3,23±0,847
Şekerli besinler yerine lifli besinler tüketmek kabızlığı önler.	11	2,9	16	4,2	64	17	127	33	162	43	3,09±1,009
Gıdalarla aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen bir birey tavuk kızartma yerine tavuk ızgara tercih etmelidir.	6	1,6	11	2,9	41	11	125	33	197	52	3,31±0,891
Bir öğündeki aldığı proteini artırmak isteyen kişi, bulgurlu ıspanak yerine yumurtalı ıspanak yemeğini tercih etmelidir.	3	0,8	10	2,6	68	18	136	36	163	43	3,17±0,87
Ara öğünde tatlı bisküvi yerine kepekli galeta tüketmek daha doğru bir tercihtir.	5	1,3	8	2,1	51	13	148	39	168	44	3,23±0,854
Çocukların beslenme çantasına gofret yerine 3-4 adet kuru kayısı koymak daha faydalıdır.	5	1,3	9	2,4	14	3,7	99	26	253	67	3,54±0,79
Bir yetişkinin sıvı ihtiyacını çay e kahve gibi içecekler yerine su tüketerek karşılaması daha doğrudur.	15	3,9	10	2,6	22	5,8	101	27	232	61	3,38±0,993
Vitamin ve mineralleri doğrudan besinlerden almak yerine, ilaç şeklindeki vitaminlerden almak daha doğrudur.	167	44	108	28	46	12	30	7,9	29	7,6	2,93±1,25
Hayvansal kaynaklı besinlerin (et, balık, süt, yumurta gibi) içerisindeki proteinler vücut sağlığı için çok önemlidir.	10	2,6	6	1,6	19	5	130	34	215	57	3,41±0,868
Beyaz ekmek, tam tahıllı(esmer) ekmeğe göre daha sağlıklıdır.	178	47	112	30	39	10	26	6,8	25	6,6	3,03±1,2
Alınan tuzu azaltmak için lahana turşusu yerine lahana salatası tercih edilmelidir.	9	2,4	18	4,7	95	25	133	35	125	33	2,91±0,988
Gıdalardan aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen birisi light süt tercih edebilir.	16	4,2	27	7,1	104	27	135	36	98	26	2,72±1,057

TARTIŞMA

İnsanın yaşamsal olarak ihtiyaçlarının başında beslenme gelir. Bireylerin ve toplumların öncelikli hedefleri sağlıklı ve üretken nesiller olabilmektir. Değişen ve gelişen toplumsal yapıda aklen, bedenen ve ruhen sağlıklı olmanın temel taşlarından en önemlisi sağlıklı beslenmedir. Beslenme, toplumun tüm kesimini sağlık açısından ilgilendirmektedir. Fakat özellikle kadınlar, fizyolojik süreçleri itibariyle toplumda beslenme ile ilgili sorunlardan en çok etkilenen kesimdir. Üreme sürecine hazırlık, gebelik, emzirme ve menopoz gibi büyük hormonal değişimleri içeren süreçler geçirirler. Bunun yanında ailenin ve çocukların beslenmesi de kadının sorumluluğundadır. Beslenme ile ilgili karar verme aşamasında toplumda kadının rolü yadsınamaz.

Beslenme bilgi skoru ortalamasının, yaş aralıklarına göre incelendiğinde 29 yaş ve altı grubunda 53,17 ± 7,997, 30-39 yaş grubunda 51,88 ± 8,666, 40 yaş ve üstü grubunda ise 55,05 ± 7,904 puan olduğu görülmüştür. 40 yaş ve üstü olan grubun beslenme bilgi skoru ortalaması diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Ortalaması en düşük olan grup 30-39 yaş grubudur. Yapılan bir çalışmaya göre 803 Belçikalı kadının katıldığı bir araştırmada kadınların beslenme konusundaki bilgileri yaş ile anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,001). Çalışma, yaş aralığını dar tutmasına rağmen (18-39 yaş aralığı) anlamlı sonuçlara ulaşmıştır (50). Yine yapılan bir başka çalışmaya göre 127 sporcu antrenörünün sporcu beslenmesi bilgisi incelenmiştir. Yaş gruplarına göre 28-30 yaş (n=48), 31-40 yaş (n=28), 41-50 yaş (n=48), 51 yaş ve üzeri (n=39) grupların beslenme bilgileri kıyaslanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre 51 yaş ve üzeri olan grubun skorları daha yüksek bulunmuştur (99). Aynı ölçek ile yapılan bir başka çalışma, toplam 104 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. 35-50 yaş

grubundaki bireylerin beslenme bilgi skorları, 18-35 yaş ve 51-65 yaş gruplarına göre anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Sebebi olarak ise eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey gösterilmiştir (4).

Bir çalışma da 1062 yetişkin gönüllü ile yapılmıştır. Çalışmada yaş aralıklarına göre kişiler gruplanmıştır. 18-29 yaş grubu, 30-39 yaş grubu, 40-49 yaş grubu ve 50 yaş ve üzeri şeklinde dört grup yapılmıştır. Gruplar arasında beslenme bilgisi ile ilgili skor farklılıkları anlamlı bulunmuştur (p=0,014). Özellikle 18-29 ve 40-49 yaş grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüm gruplar içerisinde anlamlı olarak en yüksek puanların 40-49 yaş aralığındaki kişilere ait olduğu belirlenmiştir (60). Avustralya'da yapılan bir çalışmada 201 gönüllünün beslenme bilgisi incelenmiştir. 18-35 yaş ile 35 yaş üstü bireyler kıyaslanmıştır. Gruplar arası beslenme bilgisinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). 35 yaş üstü bireylerin beslenme bilgisi diğer gruba göre çok daha yüksek bulunmuştur (61). Çalışmamızın verileri doğrultusunda da orta yaş dönemi ile birlikte kişilerde genel anlamda bilgi ve bilinç düzeyi artmakta, bireylerin tecrübeleri ile bilgi eksikliklerini giderdikleri görülmektedir. Besin tercihi skorunda ise yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,396). Beslenme bilgisinde yaş grupları arasında anlamlı farklılık varken (p=0,020), besin tercihinde bu farklılık görülmemektedir. Sebebi de beslenme bilgisine sahip olmanın uygulama ile ilgili herhangi bir zorunluluğu beraberinde getirmemesidir.

Bu çalışmada dahil olan bireylerin BKİ sınıflarına göre beslenme bilgi skorları zayıf grubunda ortalama 53,29±6,881 puan, normal grubunda ortalama 53,50±8,258 puan, kilolu grubunda ortalama 52,76±8,671 puan ve obez grubunda ortalama 53,09±8,177 puandır (Tablo 18). Bireylerin skorları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,922). Zayıf ve normal BKİ sınıfında olan bireylerin ortalama skorları kilolu ve obez gruplarına göre bir miktar daha yüksek bulunmuştur. Besin tercihi skorunda da BKİ grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,88). Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada 222 öğrencinin BKİ gruplarına göre beslenme bilgisi skorları karşılaştırılmıştır. Çalışmada gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p=0,79). Fakat grupların beslenme bilgi skorları ortalamaları kıyaslandığında zayıf olan grubun skorunun, kilolu ve obez olan grupların skorlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (100). Aynı ölçeği kullanan bir çalışmada ise kilolu ve obez grubunun beslenme bilgi skorlarının zayıf ve normal grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kişilerin BKİ gruplarına göre beslenme bilgi skoru kıyaslaması verileri, çalışmamızın sonuçları ile uyuşmamaktadır (4). Kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise kişilerin beslenme bilgisi ile BKİ'leri arasında anlamlı veya

anlamsız bir sonuç bulunamamıştır (50). Bir başka çalışma 1340 öğrencinin BKİ'leri ve beslenme bilgisi ile beslenme davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılmıştır. Bu çalışmaya göre beslenme bilgisi ve beslenme davranışları ile BKİ arasında anlamlı herhangi bir ilişki bulunmamaktadır. Beslenme bilgisi ile BKİ için p=0,156, beslenme davranışı ile BKİ için p=0,654 bulunmuştur. Fakat çalışmanın sonuçlarına göre ortalama puanlarda zayıf olanların diğer gruplara göre beslenme bilgisi daha yüksek bulunmuştur. Beslenme davranışında ise zayıf ve normal olan grubun skorları ortalaması, şişman olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (71). Bu araştırmanın sonuçları, çalışmamız verileri ile paralellik göstermektedir.

Beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skorları eğitim durumlarına göre incelendiğinde eğitim durumu sınıflandığında gruplar arasında beslenme bilgi skoruna göre anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,000). Önlisans ve üstü olan grupta skor ortalaması 54,30±7,888, lise grubunda skor 49,17±8,506, temel eğitim ve altı olan grupta 51,30±8,462 puandır. Önlisans ve üstü grubu anlamlı bir şekilde diğer gruplardan daha yüksek ortalamaya sahiptir. Lise düzeyinde eğitim alanlarda anlamlı olarak diğer gruplara göre düşük puan görülmektedir. Benzer bir çalışmada katılımcıların eğitim durumlarında lise ve altı düzeyinde eğitim alanlar, teknoloji ve ticaret liseleri ile yükseköğrenim seviyesinde eğitim alanlar kıyaslanmıştır. Yükseköğrenim seviyesinde eğitim alanlar, diğer iki gruba göre daha yüksek puan almıştır. Yükseköğrenim grubu ortalama 76,27 puan alırken, teknoloji ve ticaret liseleri eğitimi alan grup 69,08 puan, lise ve altı eğitim alan grup ise 59,87 puan almıştır. Lise ve altı düzey eğitim alanlar çalışmamıza paralel olarak beslenme bilgisi skor ortalamaları düşük puanlarda kalmıştır (61). Bir başka çalışmaya göre eğitim durumlarına göre gruplandırılan bireyler okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri şeklinde altı gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında beslenme bilgisi skorları anlamlı farklılıklar göstermiştir (p=0,000). Üniversite ve üzeri eğitim durumunda olan grup diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahiptir. Aynı çalışmada beslenme davranışları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,000). Üniversite ve üzeri eğitim durumu diğer gruplara göre daha yüksek puanlara sahiptir. Eğitim düzeyindeki düşmeye paralel olarak puanlarda da düşme görülmüştür (60).

Başka bir çalışmaya göre ise sağlıklı yeme indeksinin kişilerin eğitim durumlarına göre kıyaslaması yapılmıştır. Çalışmada okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, yüksekokul gibi altı sınıflama yapılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,209). Puanlar birbirine yakın bulunmuştur (3). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir

başka çalışmada da eğitim düzeylerine göre bireylerin genel beslenme bilgisi skorları karşılaştırılmıştır. Lise ve dengi, yüksekokul, yüksek lisans, tıpta uzmanlık gibi 4 ayrı grup oluşturulmuştur. Gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=0,001). Tıpta uzmanlık ve yüksek lisans grubunun puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksektir (9).

Bu çalışma ile aynı ölçeği kullanan bir çalışmada bireyler eğitim durumuna göre ilköğretim, lise, lisans ve lisansüstü olarak 4 gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında beslenme bilgi skoru ortalamalarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,002). Lisansüstü eğitim alanlarda ortalama skor 58±8,9, lisans grubunda 55,1±8,5, lise grubunda 36,4±5,3, ilköğretim grubunda ise 37,6±5,5 puandır. Lisansüstü eğitim alanların beslenme bilgi skorları ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Besin tercihi skoru ortalamalarında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p=0,136). Fakat lisansüstü eğitim alan grubun diğer gruplara göre besin tercihi skor ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesi ve yüksek eğitim seviyesi şeklinde 2 grup oluşturularak beslenme bilgisi skor ortalamaları kıyaslanmıştır. Düşük eğitim seviyesi lise mezunu ve altı, yüksek eğitim seviyesi üniversite mezunu ve yüksek lisans şeklinde tanımlanmıştır. Gruplar arasında beslenme bilgi skoru ortalamaları anlamlı derecede farklı bulunmuştur (p<0,001). Yüksek eğitim seviyesinde skor ortalaması 63,3 iken, düşük eğitim seviyesinde skor ortalaması 56,6 puandır (50). Çalışmanın sonuçları, verilerimize paralellik göstermekte ve üniversite ve üstü eğitim düzeyinin beslenme bilgi skoru açısından lise ve altı eğitim durumundaki bireylere göre anlamlı derece yüksek olduğunu göstermektedir.

Öğün atlama ile beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skor ortalamaları kıyaslanmıştır. Verilere göre beslenme bilgi skoru ile öğün atlama arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,73). Yapılan bir çalışmaya göre öğün atlama ile beslenme bilgi skoru ortalaması kıyaslamasında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir (p=0,039). Öğün atlayan bireylerin beslenme bilgi skoru ortalaması en düşük iken, öğün atlamayan bireylerin ise en yüksektir (9). 1105 gönüllü öğrenci ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada katılımcıların %76,1'inin öğün atladıkları belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise %34'ün öğün atladığı, %25,5'inin öğün atlamadığı, %40,5'inin de bazen öğün atladığı bildirilmiştir. Öğün atlayanların %46,5'inin verdikleri cevaba göre en çok atlanılan öğün öğlen yemeğidir. %41,4 ile kahvaltı ikinci en çok atlanılan öğündür. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde bu çalışmada da çalışmamıza uyumlu olarak kadınlarda öğle yemeği atlama oranı %44,3'tür (9). Çalışmamızda da bu çalışmaya paralel sonuçlar görülmektedir.

Bir başka çalışmada da öğün atlama oranı %91,1 olarak tespit edilmiştir (4). Fakat bu

çalışmadan farklı olarak en çok atlanılan öğünün kahvaltı olduğu görülmektedir. Bunun sebebi çalışmaya katılan bireylerin kişisel tercihleri, alışkanlıkları ve çalışma koşulları olabilir. Başka bir çalışmada, 350 öğrenci üzerinde yapılan araştırmada da öğün atlama oranı %82,3 olarak gösterilmiştir. Öğrenciler ile yapılan bu çalışmada 350 katılımcının 295'inin sabah kahvaltısını atladığı belirtilmektedir (101). Kıbrıs'ta kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %22'sinin öğün atladığı ve %16,3 ile kahvaltının en çok atlanan öğün olduğu görülmüştür. Akşam ve öğle yemekleri en az atlanan öğünlerdir (7). Çalışmamızdan farklılık gösteren bu durumun sebebi diğer çalışmaların öğrenci merkezli ya da öğrenci yoğunluklu gruplarda yapılmış olmasıdır. Öğrenci çoğunluklu veya sadece öğrenci merkezli yapılan araştırmalarda benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Çalışma koşulları yoğun olan veya çalışan kişi sayısının fazla olduğu çalışmalarda, genellikle öğle öğünlerinin atlandığı görülmektedir.

Çalışma verilerine göre öğün atlama ile besin tercihi skor ortalaması kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,28). Öğün atlamayanların besin tercihi skoru 38,66±7,140, öğün atlayanların 37,73±7,010 puandır.

Hasta olma durumu ile beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında anlamlı derecede farklılık bulunmuştur (p=0,004). Hasta olan kişilerde beslenme bilgisi yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada 104 katılımcının bulunduğu grubun %17,4'ünde en az bir sağlık sorunu bulunmaktadır. Sağlık sorunu olan kişilerin olmayan kişilere göre beslenme bilgisi ve besin tercihi skorları daha yüksektir (4). Bu çalışmada da hasta olan ve olmayan gruplar arasında besin tercihi skorları farklılık göstermektedir (p=0,037). Hasta olan bireylerde besin tercihi skorları ortalaması daha yüksektir.En çok görülen hastalıklar diyabet, hipertansiyon ve hipotiroittir. Bu çalışmadaki verilere uyumlu olarak sağlık çalışanlarında da diyabet, hipertansiyon, hipotiroid ve gastrit en çok görülen hastalıklardır (9). Bu çalışmada hasta olan 74 bireyin 54'ü beslenme ile ilişkili hastalıklara sahip bireylerdi. Bu kişiler ile beslenme ile ilişkili hastalığı olmayan kişilerin beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları kıyaslandığında farklılıklar hastalığı olan grup ile olmayan grup kıyaslaması ile aynı bulunmuştur. Çünkü hasta olan grup içerisinde beslenme bilgi skoru ortalamalarında farklılık yaratan kişiler beslenme ilişkili hastalığı bulunan kişilerdir.

Vitamin ve mineral desteği kullanımı ile beslenme bilgi skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,015). Destek kullanmayan kişilerin beslenme bilgisi skor ortalamaları 52,83±8,341, destek kullanan kişilerin skor ortalamaları ise 55,52±7,347 puandır.

Besin tercihi ile destek kullanımları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,724). Takviye kullanım oranı çalışmamızda %17,6'dır. En çok tüketilen destekler multivitamin (%26,3), D vitamini (%25), B12 vitamini (%19,7) ve C vitaminidir (%11,8). Benzer bir çalışmada destek kullanım oranı %14,4'tür. En çok tüketilen destekler multivitamin, B kompleks vitaminler, omega 3 ve D vitamini olarak gösterilmektedir (4). Bir başka çalışmada da sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin takviye kullanımları incelenmiştir. Çalışmaya göre multivitamin, B kompleks vitaminler ve C vitamini kullanımı en fazla bulunmuştur (102). Çalışmalara göre kişilerin kullandıkları takviyeler çalışma koşullarındaki zorluk ile bağlantılıdır. Yoğun iş koşullarında kişiler destek kullanımı ile bu durumu tolere etmeye çalışmaktadır. Bunun dışında ekonomik durum ile de bağlantı göstermektedir.

Bu çalışmada kişilerin gelirlerinden mutfak masraflarına ayırdıkları yüzde ile beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalaması kıyaslaması yapılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,004). %10 ve altını ayıranlar ile %20 ayıranların skor ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazladır. %10 ve altını ayıranlarda ortalama skor 56,61±8,452, %20 ayıranlarda 54,79±9,762 puandır. %40 ayıranlarda 50,85±7,949 puan ile en düşük skor ortalaması görülmektedir. Ekonomik durum göz önüne alındığında geliri daha fazla olan kişiler beslenmeye daha az yüzde ayırmaktadır. Bu durum sosyoekonomik seviye artmasına bağlı olarak kişilerin bilgi skorunun arttığını düşündürmektedir. Kadınlara yapılan bir çalışmada mavi yakalılar ile iş sahibi durumunda olan kişiler arasında beslenme bilgi seviyesinde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). İş sahibi yani kurucu kişilerin beslenme bilgi skoru %63,8, mavi yakalı (daha çok beden gücü ile çalışan) grubun skor ortalaması %52'dir (50). Benzer bir çalışmada da kişilerin yeterli ekonomik gücü olmadığında yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanamadığından bahsetmektedir (60). Besin tercihi skorları ortalamasında ise anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,540). Öğretmen adaylarına yönelik yapılan başka bir çalışmada ise kişilerin ailelerinin ekonomik gelirleri ile beslenme bilgileri ortalamaları kıyaslanmıştır. En yüksek puanlar 2000TL ve altı ile 4000-6000TL arası olan grupta iken en düşük puan 6001 TL ve üstü kazanan gruptadır. Çalışma sonuçlarına göre ekonomik seviye artışı ile birlikte kişilerin enerji değeri yüksek, besin değeri az beslenmeye yöneldikleri görülmektedir (5).

Çalışma verilerine göre medeni durum ile beslenme bilgi skoru arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0,019). Evlilerde anlamlı derecede daha yüksek skorlar görülmektedir. Bir çalışmaya göre bekarların beslenme bilgisi ortalamaları 56,57±16,98, evli veya birlikte yaşayanların beslenme bilgisi ortalamaları 69,3±16,98 puandır (61). Bu iki grup

arasında anlamlı derecede fark bulunmaktadır (p<0,05). Başka bir çalışmada ise bekarların ortalama puanları 39,2, evlilerin 38,7 olarak bulunmuştur. Çalışmada anlamlı bir sonuç tespit edilemediği (p=0,591) belirlenmiştir (60). Evli veya bekar olmak belki tek başına beslenme bilgisinde değişim için yeterli olmayabilir. Birisi ile birlikte yaşamak evde yemek yapma süresini ve sayısını artırabilir. Bu durum da ilginin artmasına ve beslenme bilgisinde artmaya sebep olabilir. Aile kurmak ve çocuk sahibi olma durumu ile birlikte gelen sorumluluk ve ebeveynlik bilincinin gelişmesi, bireylerde daha iyi beslenme bilgisini sağlamaya teşvik edici olan bir başka etken olabilir.

Çalışmamız daha önce beslenme ile ilgili eğitim alan 123 kişi olduğunu göstermektedir. Beslenme ile ilgili bilgi alanları bilgi kaynaklarına göre incelediğimizde televizyon ve radyodan bilgi alanlar %18,4, diyetisyenden bilgi alanlar %17,9, sağlık görevlisinden bilgi alanlar %15,8, dersler ve öğretmenden bilgi alanlar %15, gazete ve dergiden bilgi alanlar %11,1, anne ve babadan bilgi alanlar %6,3 'tür. Bir ilkokulda yapılan çalışmaya göre görevli öğretmenlerin %71,9'unun beslenme ile ilgili bir ders almadıkları bulunmuştur. Ders alanların bilgi yüzdeleri almayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Okulda çalışan öğretmenlerin dönem dönem hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi, eğitim görmemelerine rağmen doğru hizmeti vermelerine yardımcı olmaktadır. Bir diğer yandan da kişilerin bilgi seviyesini artırmaktadır (55). Sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada sadece %33'ün beslenme ile ilgili bir eğitim aldığı görülmektedir (9). Çalışmamızda bilgi alan kişilerin beslenme bilgi skor ortalaması bilgi almayan gruba göre anlamlı bir şekilde yüksektir (p=0,000). Beslenme ile ilgili daha önceden eğitim alması kişilerin besin tercihleri skor ortalamalarını da olumlu etkilemiştir (p=0,009). 350 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin beslenme ile ilgili haberleri takip etmeleri sorgulanmıştır. Katılımcıların %51,1'i evet, %48,9'u hayır cevabını vermiştir. Bireylere beslenme bilgisini takip ettikleri kaynaklar sorulduğunda %36,6 televizyon, %30,2 internet, %23,4 gazete-dergi cevabını vermiştir (101). Burada sorulan soru beslenme ile ilgili haberleri takip ettikleri kaynak olduğu için diyetisyen, sağlık çalışanı ve dersler ile öğretmen seçenekleri bulunmamaktadır. Diğer cevaplar çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan bireyler çalışma durumları sorgulandığında katılımcıların %54,7'sinin şuan çalışmadığı, %45,3'ünün şuan çalıştığı görülmüştür. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,311). Başka bir çalışmada çalışan, öğrenci ve diğer adıyla üç grup oluşturulmuştur. Grupların beslenme bilgisi kıyaslandığında her grubun birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların ortalamaları

74,99±12,52, öğrenci olan grubun ortalaması 52,63±14,19, diğer grubunun puan ortalaması ise 63,35±19,02 puan olarak bulunmuştur. Çalışan grubun puan ortalaması diğer gruplara göre çalışmamızda da olduğu gibi bir miktar daha yüksektir (61). Bir başka örnekte ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak çalışan ve çalışmayan gruplar arasında beslenme bilgi skoru anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,537). Çalışan grubun puan ortalaması 39,1±6,3, çalışmayan grubun beslenme bilgi skoru ortalaması 38,8±6,2 puandır (60). Çalışan grubunun beslenme puanı ortalaması diğer çalışmalara da uyumlu olarak çalışmayan gruptan yüksektir.

Bu çalışmada diyet yapanların oranı %15,8, yapmayanların oranı %84,2'dir. Diyet yapanların büyük çoğunluğu (%10,3) zayıflamak amacıyla diyet yapmaktadır. %3,4'ü hastalık, %1,1'i sağlıklı olmak, %0,5'i gebelik, %0,5'i kas güçlendirmek amacıyla diyet yapmaktadır. Diyet yapan grup ile yapmayan grup kıyaslandığında arada anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,028). Diyet yapanların skor ortalaması 55,43±9,705 puan, diyet yapmayanların skor ortalaması ise 52,90±7,869 puandır. Besin tercihi skorları ortalamasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,107). Fakat besin tercihi skorları ortalaması diyet yapanlarda diyet yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada ise diyet yapanlar ile yapmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,765). Fakat grupların skor ortalamalarına bakıldığında çalışmamızın aksine diyet yapmayanların skor ortalamaları diyet yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde besin tercihi skorları da diyet yapmayanlarda diyet yapanlara göre daha iyi bulunmuştur (4). Burada farklılık yaratan noktalar kişilerin eğitim durumları, kişisel özellikleri ve ilgi alanlarının beslenme olması olabilir.

YETBİD ölçeğinde bulunan önermeler incelendiğinde temel beslenme ve besin sağlık bilgisi bölümünde 2 adet karbonhidrat bilgisini ölçen önerme bulunmaktadır. "Doğal, taze sıkılmış meyve suları şeker içermez. " önermesine katılımcıların %31,3'ü katılmıyorum, %27,6'sı kesinlikle katılmıyorum cevabı vermiştir. Soruyu çoğunluğun doğru yanıtladığı görülmektedir. "Karbonhidratlar temel enerji kaynağıdır." önermesine katılımcıların çoğunluğu katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabı vermiştir. Benzer bir çalışmaya göre karbonhidratlar ile ilgili %64,4'ü katılıyorum cevabı vermiştir (4). Kıbrıs'ta kadınlara yapılan bir çalışmaya göre karbonhidrat tüketimi %80,4'ünde yeterli, % 19,6'sında fazla bulunmuştur. Karbonhidrat tüketiminde yetersizlik görülmemektedir (7). "Meyvelerin protein içeriği yüksektir." önermesine katılımcıların %41,1'i katılmıyorum cevabı vermiştir. %25,3 ise kararsız kalmış, %33,7 katılıyorum cevabı vermiştir. Bu soruda kişilerin genelinde bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada ise "Meyveler iyi

kalite protein, demir, B12 vitamini ve çinko kaynağıdır." önermesine %43 katılmıyorum cevabı verirken %34,6 katılıyorum cevabı vermiştir (9). Veriler çalışmamız verileri ile uyuşmakta ve kişilerin meyvelerin protein kaynağı olması konusunda doğru bilgi sahibi olması noktasında çoğunluk sağlanamamıştır. Başka bir çalışmada ise aynı önermeye katılımcıların %37,4'ü doğru cevabı vermiştir (4).

"Yumurta ile kırmızı et içerdikleri protein miktarı açısından benzerdir." önermesine katılımcıların %65,3'ü doğru cevap vermiştir. Hayvansal kaynaklı proteinler ile ilgili katılımcıların çoğunun bilgileri doğru bulunmuştur. Yağ ile ilgili olan sorulardan "Zeytinyağı tüketmek kolesterolü yükseltir." önermesi %52,6 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Benzer bir çalışmada aynı önerme için katılımcıların çoğunluğu (%62,5) önermeyi doğru yanıtlamıştır (4). "Salam ve sosis gibi işlenmiş et ürünlerinin içerisinde bulunan yağlar sağlık için zararlıdır." önermesine ise %90,3 doğru cevabı vermiştir. Salam ve sosis gibi et ürünleri trans yağları içermektedir ve bu yağlar sağlık için büyük tehlikedir (1). Başka bir çalışma da katılımcıların büyük çoğunluğunun bu soruya doğru yanıt verdiğini göstermiştir (4). "Balığın doymuş yağ içeriği kırmızı etten daha yüksektir." önermesine doğru cevabı sadece %17,9 vermiştir. Kararsız olan grup %40'tır. Katılımcıların doymuş ve doymamış yağ ile ilgili bilgileri yetersizdir. Elde edilen verilerin sebebi balık yağı ile ilgili bilgi yetersizliğini de ortaya koymaktadır. "Yağlar, protein ve karbonhidratlara göre daha düşük enerji içerirler." önermesine de katılımcıların sadece %33,7'si doğru cevabı vermiştir. Bir çalışmada protein, yağ ve karbonhidratın birer gramlarının kaç kalori olduğu sorusuna %34,3 doğru cevabı vermiştir (9). Bireylerde kalori değerleri konusunda ortalama bilgi seviyesinin düşük olduğu söylenebilir. "Tuzun fazla tüketilmesi tansiyonu etkilemez." önermesi %79,2 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Besin tercihi bölümünde yer alan "Alınan tuzu azaltmak için lahana turşusu yerine lahana salatası tercih edilmelidir." önermesine de %67,9 doğru cevabı vermiştir. Tuz ile ilgili bilgilendirmelerin olumlu sonuç verdiği söylenebilir. Kalp yetmezliği ve ödem ile ilgili problemi olan hastalıklarda tuz kısıtlaması gerekmektedir (103). Fazla tuz tüketimi kan basıncında yükselmeye sebep olmaktadır (1). "Kuru fasulye piyazının lif içeriği yüksektir." önermesine verilen cevaplara göre %64,7 doğru cevabı bilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada lif bilgisi ile ilgili kişilerin %66'sının doğru yanıt verdiği bilinmektedir (9).

Vitaminler ile ilgili 10 önerme bulunmaktadır. " Havuç iyi bir A vitamini kaynağıdır." önermesine %78,2 doğru cevap vermiştir. A vitamini retina ve görsel fonksiyonlarda, immün sistem oluşumunda ve antioksidan olarak vücutta önemli rol oynamaktadır. Havuç, A

vitamininin iyi kaynaklarından biridir (26). "Dondurulmuş ürünlerin besin değeri, taze besinlerden düşüktür." önermesine %69,7 doğru cevap vermiştir. Besinleri dondurarak saklama sırasında bazı vitamin ve mineral kayıpları gözlenmektedir (15). "Süt ve süt ürünlerinde bulunan kalsiyum minerali kemik ve diş sağlığı için önemlidir." önermesine %92,6 doğru cevap vermiştir. Kalsiyum, kemik gelişimi ve korunmasında önemli görevleri olan bir mineraldir. Süt ve ürünleri, en iyi kalsiyum kaynakları arasında yer alır (7). "Kemik erimesinden korunmada gerekli olan D vitamininin en iyi kaynağı güneştir." önermesine %84,5 doğru cevap vermiştir. D vitamini kemik erimesinden korunmada ve kemik güçlenmesinde rolü olan bir vitamindir. D vitamini vücuda diyetle alınsa da aktif forma dönüşmesi için güneş ışığı gerekmektedir (7,30). "E vitamini görme duyusu için oldukça etkili bir vitamindir." önermesine %15,8 doğru cevabı vermiştir. %31,8 ise kararsız kalmıştır. Sorunun genel başarısı düşük bulunmuştur. E vitamininin vücutta en önemli görevi antioksidan görevidir. Üreme üzerindeki etkileri de hayvanlarda yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Fakat görme duyusu ile ilgili herhangi bir özelliği bulunmamaktadır (1). "Portakalda bulunan C vitamini bağışıklığı güçlendirerek soğuk algınlığı ve gribal enfeksiyonlara karşı korur." önermesinde %96,9 doğru cevabı vermiştir. "İçerdiği vitaminlerden dolayı tam tahıllı (esmer) ekmek tüketmek sinir sistemi için faydalıdır." önermesine %57,3 doğru cevabı vermiş, %34,2 kararsız kalmıştır. Tam tahıllı ekmek içerisindeki kompleks B vitaminleri ile sinir sistemi üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Ekmekte bulunan vitaminler tam olarak bilinmediği için doğru cevap verenlerin yüzdesi daha fazla değildir. Türk toplumu ekmeği çok tükettiği için ekmek konusundaki bilincin biraz daha artması gerektiğini düşündürmektedir. "Kırmızı et B12 vitamini içerdiği için unutkanlığı önlemede etkilidir." önermesine %70,6 doğru cevap vermiştir. B12 yetersizliği sinir sistemi sorunları, pernisyöz anemi, depresyon, unutkanlık gibi sorunlar yaratabilir (1). "Kırmızı ve mor renkli sebze ve meyveler kanserden koruyucudur." önermesine ise %68,9 doğru cevabı vermiştir. İyi bilinen sorulardan biridir. Kırmızı ve mor sebzelerde antioksidan içeriğinin artması ile birlikte kanserden koruyucu özellik de artmaktadır (104,105). "Vitamin ve mineraller enerji verir." önermesi pek çok kişi tarafından yanlış cevaplanmıştır. Katılımcıların sadece %31,6'sı bu soruyu doğru cevaplamıştır. Vitamin ve mineraller enerji vermez. Vücudu çeşitli hastalıklara karşı korurlar. Fakat enerji değerleri yoktur (1).

Besin tercihi bölümünde yer alan 12 önermenin hepsi çoğunluk tarafından doğru yanıtlanmıştır. "Çocukların beslenme çantasına gofret yerine 3-4 adet kuru kayısı koymak daha faydalıdır." önermesi doğru cevaplanma oranı en yüksek sorudur. Karbonhidratlar ile

ilgili olan “Şeker hastalarının meyve suyu yerine meyvenin kendisini (mümkünse kabuğunu soymadan) tüketmeleri daha sağlıklıdır.” önermesi %82,9, “Çocukların beslenme çantasına gofret yerine 3-4 adet kuru kayısı koymak daha faydalıdır.” %92,7, “ Beyaz ekmek, tam tahıllı (esmer) ekmeğe göre daha sağlıklıdır.” önermesi %76,3 oranında doğru cevaplanmıştır. Yağlar ile ilgili önermelerden “Gıdalarla aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen bir birey tavuk kızartma yerine tavuk ızgara tercih etmelidir.” %84,7, “Gıdalardan aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen birisi light süt tercih edebilir.” %61,3 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Proteinler ile ilgili “Bir öğündeki aldığı proteini artırmak isteyen kişi, bulgurlu ıspanak yerine yumurtalı ıspanak yemeğini tercih etmelidir.” önermesi %78,7, “Hayvansal kaynaklı besinlerin (et, balık, süt, yumurta gibi) içerisindeki proteinler vücut sağlığı için çok önemlidir.” önermesi %90,8 oranında doğru yanıtlanmıştır. Vitaminler ile ilgili “Vitamin ve mineralleri doğrudan besinlerden almak yerine, ilaç şeklindeki vitaminlerden almak daha doğrudur.” önermesi %72,3 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Lif ile ilgili iki önerme bulunmaktadır. “Şekerli besinler yerine lifli besinler tüketmek kabızlığı önler.” önermesi %76 tarafından doğru yanıtlanmıştır. “Ara öğünde tatlı bisküvi yerine kepekli galeta tüketmek daha doğru bir tercihtir.” önermesi ise %83,1 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Sıvı tüketimi ile ilgili önerme “Bir yetişkinin sıvı ihtiyacını çay ve kahve gibi içecekler yerine su tüketerek karşılaması daha doğrudur.” %87,7 tarafından doğru yanıtlanmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmamız Edirne il merkezinde yaşayan gönüllü yetişkin kadın bireylerde beslenme bilgi düzeyi ve beslenme durumunun saptanması amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla bireylerin sosyodemografik özellikleri, temel beslenme ve besin-sağlık bilgileri ile besin tercihleri (YETBİD ölçeği) sorgulanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

1. Katılımcıların yaş aralıklarına göre beslenme bilgi skorları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,020). Özellikle 40 yaş ve üstü grubun skor ortalaması 55,05±7,904 ile 30-39 yaş arası bireylerin beslenme bilgisi skor ortalaması 51,88 ± 8,666 farkı daha fazla bulunmuştur. Besin tercihi skor ortalamasında ise gruplar arası anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,396).
2. Alkol kullanımı sorusunu %55,8 hayır, %44,2 evet/bazen şeklinde yanıtlamıştır. Hayır cevabı verenler ile evet/bazen cevabı verenlerin beslenme bilgi skorları kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,327). Besin tercihi skorlar ortalamalasında da yine gruplar arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır (p=0,6).
3. Sigara kullanımı konusunda gruplama yapıldığında evet/bazen diyenler %32,6, hayır diyenler %67,4'tür. Gruplar arasında beslenme bilgi skoru (p=0,920) ve besin tercihi skorlar ortalması anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,364).
4. Öğün atlayan/bazen atlayan %76,9, atlamayanlar %23,2'dir. Beslenme bilgi skorları ortalamaları kıyaslandığında anlamlı sonuç bulunamamıştır (p=0,73). Besin tercihi skorları ortalamasında da gruplar arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır (p=0,28).

5. Bireyler eğitim düzeylerine göre gruplandırıldığında temel eğitim ve altı, lise, ön lisans ve üstü şeklinde gruplandırılarak beslenme bilgi skor ortalamaları ve besin tercihi skor ortalamaları kıyaslanmıştır. Beslenme bilgi skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,000). Ön lisans ve üstü grubu skor ortalaması 54,30±7,888, lise grubu 49,17±8,506, temel eğitim ve altı grubu 51,30±8,462puan almıştır. Besin tercihi skor ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,157). Fakat ön lisans ve üstü grubunun skor ortalaması diğer gruplardan daha büyüktür.
6. Katılımcılar BKİlerine göre gruplandırılarak beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları kıyaslanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte (p=0,922) puan ortalamalarında normal ve zayıf olan grubun skorları ortalamaları diğer gruplara göre daha iyi bulunmuştur. Besin tercihi skor ortalamalarında da gruplar arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır (p=0,880).
7. Çalışma durumlarına göre gruplandırıldığında %54,7 çalışmıyor, %45,3 çalışıyor grubunu oluşturmuştur. Gruplar arasında beslenme bilgi skoru ortalamalarına bakıldığında anlamlı bulunmamıştır (p=0,311). Fakat çalışan grubun puan ortalaması 53,77±8,186, çalışmayan grubun puan ortalamasından 52,91±8,266 yüksek bulunmuştur. Besin tercihi skorları ortalamasına bakıldığında gruplar arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır (p=0,286).
8. Medeni duruma göre beslenme bilgi skoru ortalamaları kıyaslandığında gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,019). Evli grubun skor ortalaması 54,93±7,837, bekar grubun skor ortalamasına 52,43±8,289 ve boşanmış grubun skor ortalamasına 52,90±9,445 göre daha yüksek bulunmuştur. Besin tercihi skoruna göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,108) fakat evli olan grubun skor ortalaması diğer gruplara göre fazladır.
9. Diyet yapanlar çalışmanın %16'sını, yapmayanlar %84'ünü oluşturmaktadır. Diyet yapanlar ile yapmayanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,028). Diyet yapanların skor ortalaması 55,43±9,705, yapmayanların skor ortalaması 52,90±7,869 puandır. Besin tercihi skorlarında ise anlamlı farklılık olmamakla birlikte (p=0,107) diyet yapanlar daha yüksek skorlara sahiptir.
10. Mutfak harcamalarının gelir yüzdelerine göre ayırdıkları miktar ile beslenme bilgi skoru ortalamaları kıyasında anlamlı sonuç bulunmuştur (p=0,004). Skor ortalama farkı en büyük olan gruplar %10 ve altını ayıran kişilerin skor ortalaması 56,61±8,452

ile %40 ve üstünü ayıran kişilerin skor ortalaması 50,85±7,949'dır. Besin tercihi skorlar ortalaması arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,540).

11. Bireylerin %80,5'i hasta değil, %19,5'i hastadır. Gruplar arasında beslenme bilgi skoru ortalamaları anlamlı derece farklıdır (p=0,004). Hasta olan kişilerin skor ortalamaları 56,30±8,098 puan, olmayan kişilerin puan ortalamaları 52,58±8,110 puandır. Besin tercihi skorları gruplara göre anlamlılık göstermektedir (p=0,037). Hasta olanların olmayanlara göre besin tercihi skor ortalamaları daha yüksektir. Hasta olanlarda 39,85±6,022, olmayanlarda 37,49 ±7,200 puan besin tercihi skor ortalamasıdır.
12. Daha önce beslenme ile ilgili eğitim alanlar ile almayanların beslenme bilgi skorları kıyaslanmıştır. Anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,000). Daha önce eğitim alanların skor ortalaması 56,15±7,600, almayanların skor ortalaması 51,31±8,407 puandır. Besin tercihi skorları da anlamlı bulunmuştur (p=0,009). Daha önce eğitim alanların besin tercihi skor ortalaması 39,21±6,047, almayanların 37,14±7,843 puandır.
13. Beslenme ile ilgili eğitim almak isteme ve beslenme bilgi skoru kıyasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (p=0,875). Besin tercihi skoru ile gruplar kıyasında da anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (p=0,335).
14. Temel beslenme ve besin sağlık bölümünde karbonhidratlar ile ilgili yer alan meyve sularının şeker içeriği önermesine %58,9 doğru cevap vermiştir. Karbonhidratların özelliği ile ilgili önermeye %57,6 doğru yanıt vermiştir.
15. Yağlarda zeytinyağının kolesterol içeriği ile ilgili önermeye %52,6 doğru yanıt vermiştir. İşlenmiş et ürünlerindeki yağlar ile ilgili önermeye %90,3 doğru yanıt vermiştir. Balığın doymuş yağ içeriği ile ilgili önermeye %17,9 doğru yanıt vermiştir. Yağların enerji içeriği ile ilgili önermeye %33,7 doğru yanıt vermiştir.
16. Proteinler ile ilgili bu bölümdeki iki önermeden meyvelerin protein içeriği ile ilgili önerme %41,1 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Yumurta ile kırmızı etin içerdikleri protein miktarı ile ilgili önermede ise %65,3 doğru cevap oranı tespit edilmiştir.
17. Tuz ile ilgili "Tuzun fazla tüketilmesi tansiyonu etkilemez." önermesine %79,2 doğru cevabı vermiştir.
18. Lif bilgisi ile ilgili önermeye %64,2 doğru cevabı vermiştir.
19. Vitamin ve mineraller ile ilgili önermelerden A vitamini ile ilgili önerme %78,2 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Vitamin ve minerallerin enerji içeriği ile ilgili önermesine %31,6 doğru yanıt vermiştir. Dondurulmuş ürünlerin besin değeri ile ilgili

önermeye %55,5 doğru cevap vermiştir. Süt ve süt ürünlerinde bulunan kalsiyum ile ilgili önerme %92,6 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Kemik erimesi ve D vitamini ile ilgili önermeye %84,5 doğru cevap vermiştir. E vitamini ve görme duyusu önermesine %15,8 doğru yanıt verilmiştir. Portakalda bulunan C vitamini ile ilgili önermeye %92,9 doğru cevap vermiştir. Esmer ekmeğin vitamin içeriği ile ilgili önermeye %57,3 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Kırmızı etin B12 vitamini içeriği ile ilgili önermesi %70,6 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Kırmızı ve mor renkli sebze ve meyveler önermesi %68,9 tarafından doğru cevaplanmıştır.

20. Besin tercihi ile ilgili önermelerden karbonhidrat ilişkili şeker hastalarının meyve tüketimi ile ilgili olan soruya %82,9 doğru yanıt vermiştir. Çocukların beslenme çantasında olması gereken ile ilgili önermeye %92,7 doğru cevap vermiştir. Beyaz ekmek ile ilgili önermeye %76,3 doğru yanıt vermiştir.
21. Besin tercihi bölümünde proteinler ile ilgili olan bölümdeki önermelerden yumurta ile ilgili olan soru %78,7 tarafından doğru yanıtlanmıştır. Hayvansal kaynaklı besinlerin protein içeriği ile ilgili önerme ise %90,8 tarafından doğru yanıtlanmıştır.
22. Besin tercihi bölümünde yağlar ile ilgili doğru pişirme ilkesi sorusu %84,7 doğru cevaplanmıştır. Light süt ile ilgili önermeyi %61,3 doğru cevaplamıştır.
23. Besin tercihi bölümünde vitamin ve minerallerin takviye kullanımı hakkındaki soru %72,3 tarafından doğru yanıtlanmıştır.
24. Besin tercihi testinde yer alan tuz ile ilgili önermeye %67,9 doğru yanıt vermiştir.
25. Besin tercihi testinde yer alan lif bilgisi ile ilgili önermeye %76 doğru yanıt vermiştir.
26. Besin tercihi bölümünde sıvı tüketimi ile ilgili önerme %87,7 doğru yanıtlanmıştır.

ÖZET

Bu araştırma, Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı Edirne il merkezinde yaşayan yetişkin ve gönüllü kadın bireylerde beslenme bilgi düzeyi ve beslenme durumunun saptanması amacıyla yapılmıştır. Haziran-eylül 2019 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Anket olarak YETBİD (Yetişkin Bireylerde Beslenme Bilgi Düzeyi) ölçeği kullanılmıştır. Çalışma 20-49 yaş arası doğurganlık çağındaki toplam 380 kadın birey ile gerçekleştirilmiştir. Anket, katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Bireylerin beslenme bilgi skorları ve besin tercihi skorlarının genel ortalamaları kıyaslanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre bireylerin beslenme bilgi skoru ortalamaları 53,30±8,23, besin tercihi skoru genel ortalaması 37,95±7,042 puan, BKİ ortalamaları 23,79 ± 4,194'tür. Katılımcılar yaşlarına göre üç ayrı gruba ayrılmıştır. Gruplar arası beslenme bilgi skorları ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,020). Bireyler eğitim durumlarına göre temel eğitim ve altı, lise, ön lisans ve üzeri şeklinde üç ayrı gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,000). Evli veya bekar/boşanmış olma durumuna göre beslenme bilgi düzeyleri kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,019). Gelirin mutfak harcamalarına ayrılan yüzdesi ile beslenme bilgi skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,004). Hasta olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,004). Daha önceden beslenme ile ilgili bilgi almış olma durumuna göre gruplar arasında farklılık görülmüştür (p=0,000).

Beslenme bilgisinde anlamlı farklılık bulunan parametreler eğitim durumu, yaş, medeni durum, diyet yapma, vitamin-mineral takviyesi kullanma, mutfak harcamasına ayrılan gelir yüzdesi, hasta olma, daha önce beslenme ile ilgili eğitim alma durumudur. Anlamlı farklılık yaratmayanlar ise sigara ve alkol kullanımı, BKİ, öğün atlama, çalışma durumu, bilgi almak istemedir. Besin tercihinde ise anlamlı farklılık yaratan parametreler hasta olma ve daha önce beslenme ile ilgili eğitim almadır. YETBİD ölçeğinde yer alan sorulardan yağlar ile ilgili bölümde doğru cevap oranı daha düşük bulunmuştur. Vitaminler ile ilgili bazı sorularda da doğru cevap oranı düşüktür. Besin tercihi bölümünde ise genel olarak doğru cevabın tercih edilme oranı yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme Durumu, Beslenme Bilgi Düzeyi, Besin Tercihi, Kadın, Beslenme

DETERMINATION OF NUTRITION KNOWLEDGE AND NUTRITION STATUS IN ADULT WOMEN

SUMMARY

This study was performed between June-September 2019, with the aim of determining the nutritional knowledge level and nutritional status of adult and volunteer women living in Edirne city center registered in Family Health Centers. YETBİD (Nutrition Knowledge Level in Adult Individuals) scale was used as a questionnaire. The study was conducted with 380 women aged 20-49 years. The questionnaire was applied to the participants by face to face interview method.

Nutritional knowledge scores and nutrient preference scores of the individuals were compared. According to the results of the study, the average nutritional knowledge score of the individuals was 53,30±8,23, the general average of the nutrient preference score was 37,95±7,042 and the mean BMI was 23,79±4,194. The participants were divided into three groups according to their age. Mean nutritional knowledge scores of the groups were significantly different (p=0.020). Individuals were divided into three groups according to their educational background: "basic education and lower", "high school" and "associate degree and above". There was a statistically significant difference between the groups (p=0.000).

Significant differences were found when nutritional information levels were compared according to being married or single/divorced (p=0.019). When the relationship between the percentage of income allocated to kitchen expenditures and nutritional knowledge scores was examined, a significant difference was observed between the groups. (p=0.004). A significant difference was found between the patients and those who were not. (p=0.004). There was a difference between the groups according to the situation of having previously received information about nutrition (p=0.000).

The parameters with significant differences in nutritional knowledge are education level, age, marital status, being on a diet, percentage of income allocated to kitchen expenditure, being ill, and having education about nutrition before. No significant difference was found in parameters such as smoking and alcohol use status, BMI, skipping meals, working status and wanting to get information. The parameters that make a significant difference in nutrient preference are being ill and having education about nutrition before. In the YETBİD scale, the correct answer rate of the fat related section was lower than the others. Some questions about vitamins also have a low correct answer rate. In the nutrient preference section, the correction rate of answers were generally high.

Keywords: Nutritional Status, Nutritional Knowledge Level, Nutrient Preference, Women, Nutrition

KAYNAKLAR

1. Baysal A. Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2012:8-30.
2. Baysal A. Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil S ve ark. Diyet El Kitabı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2014:7-41.
3. Şahin M. Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
4. Batmaz H, Güneş E. Yetişkinler için Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği Geliştirilmesi ve Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. 1.Uluslararası Aktif Yaşlanma ve Kuşaklar Arası Dayanışma Kongresi; İstanbul, 2019.
5. Tamel Z. Öğretmen ve Öğretmen Adaylarının Beslenme Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Sağlıklı Beslenme ile İlgili Görüşleri (tez). Kastamonu: Kastamonu Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2018.
6. National Health and Medical Research Council. Australian Dietary Guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council 2013:22-9.
7. Nazif S. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yaşayan 19-40 Yaş Arası Kadınların Beslenme Durumunun Saptanması ve Kalsiyum Tüketim Durumunun Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2013;41(3):202-11.
8. Lohse B, Rifkin R, Arnold K, Least C. A Digital Program Informs Low-Income Caregivers of Preschool-Age Children about Family Meals. JNEB 2012;44(3):256-61.
9. Yücel B. Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
10. Masri O, Chalhoub J, Sharara A. Role of Vitamins İn Gastrointestinal Diseases. WJG 2015;21(17): 5191-209.

11. Karaağaoğlu N, Samur G. Anne ve Çocuk Beslenmesi. Ankara: Pegem Akademi, 2017:2-5.

12. Koç Z, Alkan S, Sağlam Z, Erdoğan T, Masat S. Hemşirelik Esasları. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2012: 898-905.

13. Aksoy M. Beslenme Biyokimyası. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2011: 100-20.

14. Leturque A, Brot-Laroche E, Gall M. Carbohydrate Intake. Prog Mol Biol Transl Sci 2012;108:113-27.

15. Demirci M. Gıda Kimyası. İstanbul: Namık Kemal Üniversitesi, 2014:140-50.

16. Sartorius K, Sartorius B, Madiba T, Stefan C. Does High-carbohydrate Intake Lead to Increased Risk of Obesity? A Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ Open 2018;8:1-9.

17. Shams-White M, Chung M, Du M, Fu Z, Insogna K, Karlsen M et al. Dietary Protein and Bone Health: A Systematic Review and Meta-Analysis From the National Osteoporosis Foundation. Am J Clin Nutr 2017;105:1528-43.

18. Wallace T, Frankenfeld C. Dietary Protein Intake above the Current RDA and Bone Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Nutr 2017;36(6):481-96.

19. Soyal A, Demir H. Yüksek Proteinli Diyetlerin Metabolizma Üzerine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2017;1(2):61-6.

20. Navruz S, Tek N. Yüksek Proteinli Diyet Akımlarının Vücut Ağırlığının Korunması ve Sağlık Üzerine Kısa ve Uzun Dönemli Etkileri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(1):656-73.

21. Çakmakçı S, Kahyaoğlu D. Yağ Asitlerinin Sağlık ve Beslenme Üzerine Etkileri. Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi 2012;5(2):133-7.

22. Çakmakçı S, Kahyaoğlu D. Yağ Asitlerinin Sağlık ve Beslenme Üzerine Etkilerine Genel Bir Bakış. Akademik Gıda 2012;10(1):103-13.

23. Finkelstein J, Heemels M, Shadan S, Weiss U. Lipids in Health and Disease. Nature Insight 2014;510(7503):47.

24. Kayıkçıoğlu M, Özdoğan Ö. Beslenme ve Kardiyovasküler Sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri 2015;43(8):667-72.

25. Yurdakök K, İnce O. Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisini Önleme Yaklaşımları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52(4):224-34.

26. Kabaran S, Ayaz A. Maternal ve Fetal Sağlık Üzerinde B12, Folik Asit, A, D, E ve C Vitaminlerinin Etkileri. Turk Hij Den Biyol Derg 2013;70(2):103-12.

27. Langan R, Goodbred A. Vıtamın B12 Deficiency: Recognition and Management. Am Fam Physician 2017;96(6):384-9.

28. Kennedy D. B Vıtamıns and the Brain: Mechanisms, Dose and Efficacy. Nutrients 2016;68(8):1-29.

29. Mheid I, Quyyumi A. Vitamin D and Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol 2017;70(1):89-100.

30. Roth D, Leung M, Mesfin E, Qamar H, Watterworth J, Papp. Vitamin D Supplementation During Pregnancy:State of the Evidence from A Systematic Review of Randomised Trials. BMJ 2017;359(5237):1-13.

31. Debelo H, Novotny J, Ferruzi M. Vitamin A. Adv Nutr 2017;8(6):992-4.

32. Pullar J, Carr A, Vissers M. The Roles of Vitamin C in Skin Health. Nutrients 2017;9(8):866-93.

33. Kabakuş M. Mikro Besin Öğesi Malnütrisyonunda Besin Öğesi Desteği mi?Yoksa Zenginleştirme mi?Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(2):77-82.

34. Demirci K, Baş F, Arslan B, Salman Z, Akpınar A, Demirdaş A. Demir Eksikliği Anemisi Olan Kadın Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Belirtilerinin ve Tanısının Araştırılması. Arch Neuropsychiatry 2017;54:72-7.

35. Özata M. Tiroid ve Siz. İstanbul: Gürer Yayınları, 2016:11-26.

36. Özata M. Hashimoto ve Yönetimi. İstanbul: Gürer Yayınları, 2017:67-72.

37. Choudhry H, Nasrullah M.Iodine Consumption and Cognitive Performance: Confirmation of Adequate Consumption. Food Sci Nutr 2018;6(6):1341-51.

38. Zhao W, Li X, Xia X, Gao Z, Han C. Iodine Nutrition During Pregnancy: Past, Present and Future. Biol Trace Elem Res 2019;188(1):196-207.

39. Ekici Ö. Su (Hayat, Enerji ve Sağlık). Bilim ve Teknik 2014;556.

40. Popkin B, D'Anci K, Rosenberg I. Water, Hydration and Health. Nutr Rev 2010;68(8):439-58.

41. Gandy J. Water Intake:Validity of Population Assessment and Recommendations. Eur J Nutr 2015;54(2):11-6.

42. Ankara Tabip Odası. Su ve Yaşam. Ankara;2012.

43. Armstrong L, Johnson E. Water Intake, Water Balance and the Elusive Daily Water Requirement. Nutrients 2018;10(2):1928-53.

44. Malisova O, Athanasatou A, Pepa A, Husemann M, Domnik K, Braun H et al. Water Intake and Hydration Indices in Healthy European Adults: The European Hydration Research Study. Nutrients 2016;8(4):204-16.

45. Meseri R. Türkiye'de Sağlıklı Beslenme Politika ve Uygulamaları. Toplum ve Hekim 2010;25(3):198-206.

46. Tedik S. Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. Turkish Journal of Diabetes and Obesity 2017;2:54-62.

47. Çakır B. Sağlıklı Yaşam: Gündelik Hayatta Karşılaştığımız Sağlık Risklerini Azaltabilir Miyiz? Ankara Med J 2017;17(3):179-88.

48. WHO (World Health Organization). Global Health Risks Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Switzerland: Geneva;2009.

49. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele Kontrol Programı (2010-2014). Ankara;2010.

50. Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, Henauv S. Determinants of Nutritions Knowledge in Young and Middle-aged Belgian Women and the Association with Their Dietary Behaviour. Appetite 2009;52(3):788-92.

51. Yılmaz H, Ayhan N. Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. GÜSBD 2017; 6(1): 17-24.

52. Velardo S. The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy and Food Literacy. J Nutr Educ Behav 2015;47(4):385-9.

53. Aktaş N, Cebirbay A. Tüketicilerin Beslenme Bilgilerine Erişmede Kullandıkları Kitle İletişim Araçları Üzerine Bir Araştırma. Karadeniz Sosyal Bilimlr Dergisi 2011;3(11):47-56.

54. Sağlam K, Gümüş T. Yazılı Görsel ve Sosyal Medyada Gıda ile İlgili Bilgi Kirliliğinin Halkın Gıda Tercihi Üzerine Etkileri. Gıda 2019;44(1):153-62.

55. Zembat R, Kılıç Z, Ünlüer E, Çobanoğlu A, Usbaş H, Bardak M. Çocuğun Beslenme Alışkanlığını Kazanmasında Okul Öncesi Eğitim Kurumlarının Yeri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015;1(2):417-24.

56. Gibbs H, Kennett A, Kerling E, Yu Q, Gajewski B, Ptomey L et al. Assesing the Nutrition Literacy of Parents and Its Relationship with Child Diet Quality. J Nutr Educ Behav 2016;48(7):505-9.

57. Mcleod E, Campbell K, Hesketh K. Nutrition Knowledge:A Mediator Between Socioeconomic Position and Diet Quality in Australian First-Time Mothers. J Am Diet Assoc 2011;111(5):696-704.

58. Şanlıer N, Adanur E, Uyar G, Elibol E, Coşkun A, Erdoğan R ve ark. Gençlerin Beslenme ve Gıda Güvenliğine İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2017;25(3):941-56.

59. Carbone E, Zoellner J. Nutrition and Health Literacy:A Systematic Review to Inform Nutrition Research and Practise. J Acad Nutr Diet 2012;112(2):254-65.

60. Haklı G, Uçar A, Özdoğan Y, Yılmaz M, Özçelik A, Sürücüoğlu M ve ark. Nutritional Knowledge and Behaviour of Adults: Their Relations with Sociodemographic Factors. Pak J Nutr 2016;15(6):532-9.

61. Hendrie G, Coveney J, Cox D. Exploring Nutrition Knowledge and the Demographic Variation in Knowledge Levels in An Australian Community Sample. Public Health Nutr 2008;11(12):1365-71.

62. Atar M. Gıda Reklamlarının İddia Ettikleri: Dergi Reklamları Üzerine Bir İnceleme. İletişim 2016;24:187-207.

63. Akder R, Meseri R, Çakıroğlu F. Okul Çağı Beslenme Döneminde Beslenme Eğitimi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;2(7):1-10.

64. Kurudayıoğlu M, Tüzel S. 21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi.Tübar Dergisi 2010;28:283-98.

65. Aktaş N, Cebirbay A. Tüketicilerin Beslenme Bilgilerine Erişmede Kullandıkları Kitle İletişim Araçları Üzerine Bir Araştırma. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi 2011;3(11):47-56.

66. Speirs K, Messina L, Munger A, Grutzmacher S. Health Literacy and Nutrition Behaviors Among Low-Income Adults. J Health Care Poor Underserved 2012;23(3):1082-91.

67. Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, Henauv S. Determinants of Nutrition Knowledge in Young and Middle-aged Belgian Women and the Association with Their Dietary Behaviour. Appetite 2009;52(3):788-92.

68. Koban B, Tuzcular Z, Gönenç I, Işıtmangil G. Beslenme, Diğer Çevresel Faktörler Ve Mikrobiyotanın Obezite Epigenetiğine Etkileri. JTFP 2017;8(4):108-17.

69. Onurlubaş E, Doğan H, Demirkıran S. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. JAFAG 2015;32(3):61-9.

70. Özenoğlu A. Duygu durumu Besin ve Beslenme İlişkisi. ACU Sağlık Bil Der 2018;9(4):357-65.

71. Şanlıer N, Konaklıoğlu E, Güçer E.Gençlerin Beslenme Bilgi Alışkanlık ve Davranışları ile Beden Kütle İndeksleri Arasındaki İlişki. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;29(2):333-52.

72. Ermiş E, Doğan E, Erilli N, Satıcı A.Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği.Spor ve Performans Araştırmaları Derneği 2015;6(1):30-40.

73. Hamulka J, Wadolowska L, Hoffman M, Kowalkowska j, Gutkowska K. Effect of an Education Program on Nutrition Knowledge, Attitudes Toward Nutrition, Diet Quality, Lifestyle, and Body Composition in Polish Teenagers. The ABC of Healthy Eating Project: Design, Protocol, and Methodology. Nutrients 2018;10(10):1439-62.

74. Krause C, Beer-Borst S, Sommerhalder K, Hayoz S, Abel T.A Short Food Literacy Questionnaire (SFLQ) for Adults:Finding from A Swiss Validation Study. Appetite 2018;1(120):275-80.

75. Onur N, Sarper F, Onur F.Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Ailelerin Sebze-Meyve Tüketim Durumları. Journal of Tourism and Gastronomy Studies 2017;5(1):105-23.

76. Aktaş D, Şahin E, Gönenç İ.Kadın Sağlığını Etkileyen, Sık Görülen Bazı Jinekolojik Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(2):37-53.

77. Oran N, Toz H, Küçük T, Uçar V.Medyanın Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Besin Seçimi ve Tüketimi Üzerindeki Etkileri. Life Science 2017;12(1):1-13.

78. Küçükkömürler S, Karakuş S.Kadınların Diyet Demir Bilgi Seviyeleri Üzerine Beslenme Eğitiminin Etkisi. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi 2015;5:15-28.

79. Branka F.Nutrition and Health in Women, Children and Adolescent Girl. BMJ 2015;351:27-31.

80. Fontana R, Torre S.A Deep Correlation Between Energy Metabolism and Reproduction: A View on the Effects of Nutrition for Women Fertility. Nutritients 2016;8(2):87-121.

81. Mcnaughton S, Crawford D, Ball K, Salmon J.Understandin Determinants of Nutrition, Physical Activity and Quality of Life Among Older Adults:The Wellbeing, Eating and Exercise for A Long Life Study. Health Qual Life Outcomes 2012;12(10):109-16.

82. Szczuko M, Sankowska P, Zapalowska-Chwyc M, Wysokinski P. Studies On The Quality Of Nutrition in Women With Polycystic Ovary Syndrome (Pcos). Rocz Panstw Zakl Hig 2017;68(1):61-7.

83. Danielewicz H, Myszczyszyn G, Dębińska A, Myszkal A, Boznański A, Hirnle L. Diet in Pregnancy More Than Food. Eur J Pediatr 2017;176(12):1573–9.

84. Güler B, Bilgiç D, Okumuş H, Yağcan H. Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi. DEUHFED 2019;12(2):143-59.

85. Procter SB, Campbell CG. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. J Acad Nutr Diet 2014; 114(7):1099-103.

86. Plećaš D, Plešinac S, Vučinić O. Nutrition in Pregnancy: Basic Principles and Recommendations. Srp Arh Celok Lek 2014; 142(1-2):125-30.

87. Özcan H, Oskay Ü. Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. GOZTEPETRH 2013;28(4):157-63.

88. Delavar MA, Lye MS, Hassan STBS, Khor GL, Hanachi P.Physical Activity, Nutrition, and Dyslipidemia in Middle-Aged Women. Iranian J Publ Health 2011;40(4):89-98.

89. Mallikharjuna Rao K, Balakrishna N, Arlappa N, Laxmaiah A, Brahmam V. Diet and Nutritional Status of Women in India. J Hum Ecol 2010;29(3):165-70.

90. Dunneram Y, Jeewon R. Healthy Diet and Nutrition Education Program Among Women of Reproductive Age:A Necessity of Multilevel Strategies or Community Responsibility. Health Promot Perspect 2015;5(2):116-27.

91. Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. TÜRKDİAB 2019;9:40-100.

92. Kowalska K, Socha E, Milnerowicz H. The Role of Paraoxonase in Cardiovascular Diseases. Ann Clin Lab Sci 2015;45(2):226-33.

93. Alkan H, Enç N. Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2013;4(5):14-29.

94. Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z. Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi. ACU Sağlık Bil Derg 2018;9(3):234-42.

95. Wunderlich S. The Importance of Appropriate Nutrition Assessment and Nutrition Education for Older Adults. J Nutr Food Sci 2013;3(5):120.

96. Silveira J, Taddei J, Guerra P, Nobre M. The Effect of Participation in School-based Nutrition Education Interventions on Body Mass Index: A Meta-analysis of Randomized Controlled Community Trials. Preventive Medicine 2013;56(3-4):237-43.

97. Mankan E, İçyer D. Beslenme-Gastronomi İle İlgili Haberlerin Ve Köşe Yazılarının Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi. SSS Journal 2017;3(8):558-66.

98. Sachithananthan V, Buzgeia M, Awad F, Omran R, Faraj A. Impact of Nutrition Education on the Nutritional Status. J Nutr Food Sci 2012;42(3):173-80.

99. Cockburn E, Fortune A, Briggs M, Rumbold P. Nutritional Knowledge of UK Coaches. Nutrients 2014;6(4):1442-53.

100. Tütüncü İ, Karaismailoğlu E. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi 2013;6(3):29-49.

101. Gül T. Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Tutum ve Davranışları: Çukurova Üniversitesi Örneği (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.

102. Sharma A, Adiga S, Ashok M. Knowledge, Attitude and Practices Related to Dietary Supplements and Micronutrients in Health Sciences Students. J Clin Diagn Res 2014;8(8):10-3.

103. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadele El Kitabı. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı; 2013.

104. Singh R. Sharma S. Singh P. Phytochemicals of Nutraceutical Importance. In: Prakash D, Sharma G (Ed.). Antioxidants: Their Health Benefits and Plant Sources. India: CAB books; 2014. ch 16, 248-65.

105. Ramya V, Priya P. Health Benefits of Vegetables. Int J Chem Stud 2019;7(2):82-7.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. 25-49 yaş kadınlarda en sık görülen kanser türleri……28

TABLOLAR

Tablo 1. BKİ sınıfları ve sayısal değerleri…….13

Tablo 2. Araştırmaya katılan bireylere ait ölçümler……..33

Tablo 3. Bireylerin kişisel özellikleri…….34

Tablo 4. Vitamin-mineral desteği kullanımı……..35

Tablo 5. BKİ sınıflarına ve yaş aralıklarına göre kişi sayıları…….....……..37

Tablo 6. Yaş aralıklarına göre kişilerin beslenme bilgi skoru, besin tercihi skoru ve BKİ ortalamaları.....……..38

Tablo 7. Öğün atlama, çalışma ve diyet yapma durumuna göre kişilerin beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları ……..……39

Tablo 8. Eğitim düzeyi, BKİ ve medeni duruma göre beslenme bilgi düzeyi ve besin tercihi skoru ortalamaları …….....……..……..41

Tablo 9. Sağlık sorunu, beslenme ile ilgili daha önce bilgi alma ve bilgi almak isteme durumuna göre beslenme bilgi skoru ve besin tercihi skoru ortalamaları…….....43

Tablo 10. Katılımcıların temel beslenme ve besin-sağlık bilgisi sorularına cevapları.....44

Tablo 11. Katılımcıların besin tercihi sorularına cevapları.....……46

ÖZGEÇMİŞ

Ad, Soyad: Özge Duralı
Doğum Yeri ve Tarihi: Edirne/29.09.1992
İletişim: duraliozge@gmail.com

Derece	**Alan**	**Okul**	**Yıl**
Lise	Sayısal	Edirne Anadolu Öğretmen Lisesi	2007-2011
Lisans	İngilizce Hazırlık	Ege Üniversitesi	2011-2012
Lisans	Beslenme ve Diyetetik	Trakya Üniversitesi	2013-2017
Yüksek Lisans	Beslenme ve Diyetetik	Trakya Üniversitesi	2018-

EKLER

EK 1

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

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/211	
	PROTOKOL ADI	Yetişkin Kadın Bireylerde Beslenme Bilgi Düzeyinin ve Beslenme Durumunun Saptanması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 08/20**	**Tarih:13.05.2019**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Özge DURALI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	**E (H)**	**(E) H**	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

ASLININ AYNIDIR
Ethem HERDEM
Fakülte Sekreteri

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 2

Anketi sahibinin ismi: *Dyt. Özge Duralı*
Sizlere uygulayacağımız bu anketten elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup katılımcılar herhangi bir ölçme ve değerlendirmeye tabi tutulmayacaktır. Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Genel Bilgiler ve Beslenme Davranışları

1. Yaş (……..…)

2. Boy (……cm)

3. Kilo (…….kg)

4. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

a. Yok **b.** Var (Var ise belirtiniz: ….....)

5. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evet **b.** Hayır **c.** Bazen

6. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evet **b.** Hayır **c.** Bazen

7. Medeni durumunuz nedir?

a. Evli **b.** Bekar **c.** Boşanmış

8. Öğrenim durumunuz nedir? (Lütfen bitirmiş olduğunuz veya halen okuyor olduğunuz okulu işaretleyiniz.)

a. Okur-yazar değil **b.** Okur-yazar **c.** İlköğretim **d.** Lise **e.** Üniversite **f.** Lisansüstü

9. Şu an çalışıyor musunuz?

a. Evet **b.** Hayır

10. Mesleğiniz nedir? (…….....)

11. Evde yaşayan birey sayısı nedir? (.....)

12. Evin toplam gelirinden beslenmeye ayırdığınız yüzde nedir?

a.%5 **b.** %10 **c.** %20 **d.** %30 **e.** %40 **f.** %50 ve üstü

13. Günde kaç bardak su içersiniz? (…….....)

14. Vitamin mineral desteği (hap şeklinde) kullanır mısınız?

a. Hayır **b.** Evet (Evet ise belirtiniz: .....)

15. Günde kaç öğün beslenirsiniz? (…….....)

16. En çok önem verdiğiniz öğün hangisidir? (Belirtiniz…….....)

a. Sabah **b.** Kuşluk (sabah öğle arası) **c.** Öğle **d.** İkindi **e.** Akşam **f.** Gece ara öğünü

17. Öğün atlar mısınız?(Öğün atlamıyorsanız 19. soruya geçiniz.)

a. Evet **b.** Hayır **c.** Bazen

18. Öğün atlıyorsanız en çok hangi öğünü atlarsınız?

a. Kahvaltı **b.** Öğle Yemeği **c.** Akşam Yemeği **d.** Kuşluk (sabah ile öğle arasındaki ara öğün)

e. İkindi (öğle ile akşam arasındaki ara öğün) **f.** Gece ara öğünü

19. Daha önce sağlıklı beslenme ile ilgili herhangi bir eğitim/bilgilendirme aldınız mı? (Almadıysanız 21. soruya geçiniz.)

a. Evet **b.** Hayır **c.** Kısmen

20. Aldıysanız nereden aldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

a. Televizyon /radyo (Reklam, kamu spotu vs.) **b.** Gazete/dergi **c.** Dersler/öğretmen **d.** Anne-baba **e.** Sağlık görevlisi (Doktor, hemşire vs.) **f.** Diyetisyen **g.** Diğer (Belirtiniz: ……..)

21. Beslenme ile ilgili eğitim/bilgilendirme almak ister misiniz? (İstemiyorsanız 23. Soruya geçiniz)

a. Evet **b.** Hayır

22. Eğitim/bilgilendirme almak isterseniz hangi konuda almak isterseniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

a. Zayıflama **b.** Şeker hastalığında beslenme **c.** Kalp hastalığında beslenme
d. Çocuk beslenmesi **e.** Yaşlı beslenmesi **f.** Gebelikte beslenme
g. Emziklilikte beslenme **h.** Sağlıklı beslenme **i.** Diğer (Belirtiniz: ….....)

23. Şu anda herhangi bir neden ile diyet yapıyor musunuz?

a. Evet **b.** Hayır

24. Diyet yapıyorsanız nedeni nedir? (Belirtiniz:…….....)

EK 3

YETİŞKİNLER İÇİN BESLENME BİLGİ DÜZEYİ (YETBİD) ÖLÇEĞİ TEMEL BESLENME VE BESİN-SAĞLIK BİLGİSİ

	BESİN-SAĞLIK BİLGİSİ	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1	Doğal, taze sıkılmış meyve suları şeker içermez.					
2	Havuç iyi bir A vitamini kaynağıdır.					
3	Vitamin ve mineraller enerji verir.					
4	Karbonhidratlar temel enerji kaynağıdır.					
5	Dondurulmuş ürünlerin besin değeri taze besinlerden daha düşüktür.					
6	Meyvelerin protein içeriği yüksektir.					
7	Yumurta ile kırmızı et, içerdikleri protein miktarı açısından benzerdir.					
8	Zeytinyağı tüketmek kolesterolü yükseltir.					
9	Kuru fasulye piyazının lif içeriği yüksektir.					
10	Salam ve sosis gibi işlenmiş et ürünlerinin içerisinde bulunan yağlar sağlık için zararlıdır.					
11	Süt ve süt ürünlerinde bulunan kalsiyum minerali kemik ve diş sağlığı için önemlidir.					
12	Kemik erimesinden korunmada gerekli olan D vitaminin en iyi kaynağı güneştir.					
13	E vitamini görme duyusu için oldukça etkili bir vitamindir.					
14	Portakalda bulunan C vitamini bağışıklığı güçlendirerek soğuk algınlığı ve gribal enfeksiyonlara karşı korur.					
15	İçerdiği vitaminlerden dolayı tam tahıllı(esmer) ekmek tüketmek sinir sistemi için faydalıdır.					
16	Tuzun fazla tüketilmesi tansiyonu etkilemez.					
17	Kırmızı et B12 vitamini içerdiği için unutkanlığı önlemede etkilidir.					
18	Kırmızı ve mor renkli sebze ve meyveler kanserden koruyucudur.					
19	Balığın doymuş yağ içeriği kırmızı etten daha yüksektir.					
20	Yağlar, protein ve karbonhidratlara göre daha az enerji içerirler.					

	BESİN TERCİHİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Şeker hastalarının meyve suyu yerine meyvenin kendisini (mümkünse kabuğunu soymadan) tüketmeleri daha sağlıklıdır.					
2	Şekerli besinler yerine lifli besinler tüketmek kabızlığı önler.					
3	Gıdalarla aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen bir birey tavuk kızartma yerine tavuk ızgara tercih etmelidir.					
4	Bir öğündeki aldığı proteini artırmak isteyen kişi, bulgurlu ıspanak yemeği yerine yumurtalı ıspanak yemeğini tercih etmelidir.					
5	Ara öğünde tatlı bisküvi yerine kepekli galeta tüketmek daha doğru bir seçimdir.					
6	Çocukların beslenme çantasına gofret yerine 3-4 adet kuru kayısı koymak daha faydalıdır.					
7	Bir yetişkinin sıvı ihtiyacını çay ve kahve gibi içecekler yerine su tüketerek karşılaması daha doğrudur.					
8	Vitamin ve mineralleri doğrudan besinlerden almak yerine, ilaç şeklindeki vitaminlerden almak daha faydalıdır.					
9	Hayvansal kaynaklı besinlerin(et, balık, süt, yumurta gibi) içerisindeki proteinler, vücut sağlığı için çok önemlidir.					
10	Beyaz ekmek, tam tahıllı(esmer) ekmeğe göre daha sağlıklıdır.					
11	Alınan tuzu azaltmak için lahana turşusu yerine lahana salatası tercih edilmelidir.					
12	Gıdalardan aldığı yağ miktarını azaltmak isteyen birisi light süt tercih edebilir.					

*** Beslenme ve sağlık arasındaki ilişkinin derecesi nasıldır? Değerlendiriniz. ***										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
← Hiç ilişki olmaması										**Yüksek ilişki olması →**

*** Günlük hayatınızda uyguladığınız besin tercihlerinizi ne kadar doğru buluyorsunuz? Değerlendiriniz. ***										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
← Yetersiz, az										**Yeterli, çok →**