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

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN

# TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ ALAN YETİŞKİN BİREYLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI VE DİYET ÖZETKİNLİK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ISPARTA ÖRNEĞİ

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**İsmail Caner YAVUZ**

EDİRNE-2020

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

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN

# TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ ALAN YETİŞKİN BİREYLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI VE DİYET ÖZETKİNLİK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ISPARTA ÖRNEĞİ

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**İsmail Caner YAVUZ**

**Destekleyen Kurum:**

**Tez No:**

EDİRNE-2020

## TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı yürüten, her türlü yardımını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Leyla Tevfikoğlu Pehlivan'a, tecrübesiyle yolumu aydınlatan hocam Doç. Dr. Aydan Ercan'a başta Dyt. Damla Yavuz olmak üzere Isparta Şehir Hastanesi yönetimi ve diyetisyenlerine, bu süreçte mesleki bilgi ve tecrübesiyle bana destek olan değerli meslektaşım Dyt. Kübra Kazak'a ve aileme teşekkürü bir borç bilirim.

.

# İÇİNDEKİLER


**GİRİŞ VE AMAÇ** ..... 1

**GENEL BİLGİLER** ..... 3

- **BESLENME VE SAĞLIK** ..... 3
- **YETERLİ VE DENGELİ BESLENME** ..... 3
- **YAŞAM BİÇİMİ VE BESLENME** ..... 7
- **BESİN SEÇİMİ** ..... 10
- **SAĞLIK VE BESLENME OKURYAZARLIĞI** ..... 10
- **SAĞLIKLI BESLENME VE BESİN ETİKETİ OKUMA** ..... 11
- **DİYET ÖZETKİNLİK** ..... 12
- **BESLENME EĞİTİMİ** ..... 14

**GEREÇ VE YÖNTEMLER** ..... 17

**BULGULAR** ..... 22

**TARTIŞMA** ..... 57

**SONUÇLAR** ..... 66

**ÖZET** ..... 71

**SUMMARY** ..... 72

**KAYNAKLAR** ..... 74

**ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ** ..... 84

**ÖZGEÇMİŞ** ..... 87

**EKLER**

# SİMGE VE KISALTMALAR

**ABD** **:** Amerika Birleşik Devletleri

**BBS** **:** Beslenme Bakım Süreci

**BKİ** **:** Beden Kütle İndeksi

**BOH** **:** Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

**DÖİÖ** **:** Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği

**DSÖ** **:** Dünya Sağlık Örgütü

**KVH** **:** Kardiyovasküler Hastalık

**n** **:** Gözlem Sayısı

**n-3** **:** Omega-3

**n-6** **:** Omega-6

**OECD** **:** Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

**r** **:** Pearson-Spearman Korelasyon Katsayısı

**TÜİK** **:** Türkiye İstatistik Kurumu

**YBODA** **:** Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı

# GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlu yeryüzünde yaşamaya başladığı günden itibaren kendisine yiyecek temini için çok zaman ve emek harcamıştır (1). Yiyecek temini; nüfus artışını, ekonomi ve politikayı, tıbbı ve teknolojik gelişmeleri etkilemekle kalmayıp, işlenmiş ve genetiği değiştirilmiş gıdalar, fast-food tarzı ve paketlenmiş yiyecekler insan sağlığını ciddi anlamda riske atmaktadır (2,3).

Yetersiz ve dengesiz beslenme ve sağlıksız yaşam tarzı, beslenme ile ilişkili birçok kronik hastalığa zemin hazırlamaktadır. Bu hastalıklar kalp-damar ve nörolojik hastalıklar, bazı kanser türleri, solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olup, Dünya'da ki ölümlerin %70'ini kapsamaktadır (4,5). Kronik hastalıklar; aslında fiziksel inaktivite, alkol-tütün kullanımı ve/veya sağlıksız beslenme gibi yaşam tarzı ile ilişkilidir. Beslenme ile ilintili hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik mücadelede 'etkin girişimlere' ihtiyaç vardır. Bu girişimlerden biri ise beslenme okuryazarlığıdır. Yaşam kalitesini artırmak üzere tüm birey ve toplumun beslenme bilincini yükseltilmesi, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir (4). Yeterli ve dengeli beslenmeyi kapsayan sağlıklı yaşam tarzı başarıya ulaşması için; bireyin sahip olduğu bireysel yeterlilik inancı önemli derecede etkilidir. Bireylerin özetkinlik inancı güçlendikçe daha sağlıklı olmanın yanında daha yüksek başarı ve sosyal bütünleşmenin de artacağı düşünülmektedir. Bu inancı açıklayan öz yeterlilik de; birey bir sonuca ulaşacağına inanmasıyla daha aktif davranmakta ve yaşamın kontrolünü elinde tutabilmektedir. Beslenme konusunda sahip olunan bilgi, tutum, beceri ve davranışlar; bilinçli besin seçimi, tüketimi ve beslenme örüntüsünü sağlayabilmektedir (4,6).

Beslenme tarzı, başta obezite olmak üzere; kardiyovasküler hastalıklar ve nörolojik hastalıklar, felç, osteoporoz, diyabet ve kanser hastalıkları ile ilişkili olup, bu hastalıklardan korunmada beslenme büyük bir paya sahiptir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda oluşan hastalıkların tedavisinde tıbbi beslenme şekli sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için oldukça önemlidir. Hasta bireyler, uygulanan tıbbi beslenme tedavilerine her zaman uyum sağlayamaya bilmektedirler (7). Tıbbi beslenme tedavisine uyum; hem yaşam kalitesi hem de yaşam süreci açısından önemli sonuçları olan bir sağlık davranışıdır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin yanında bireylerin yalnız veya başka bireylerle yaşaması, beslenme alışkanlıkları, bir veya birden fazla medikal tedavi alması, günlük yaşamının stresli ve yoğun olması gibi etkenler de tıbbi beslenme tedavisine uyumu etkileyen önemli unsurlardır (8,9).

Sağlıklı yaşam tarzı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bireylerin öz etkinliği ile sağlıklı yaşam tarzı arasında pozitif bir ilişki bulunduğu ve özetkinliği yüksek bireylerin daha sağlıklı yaşam tarzı sergilediği saptanmıştır (10).

Bireylerin beslenme bilgisinin yeterli ve doğru olması, verilen tıbbi beslenme tedavisini uygulayabilme bilinç ve inancına sahip olması, yapılan tüm tedavi sürecini olumlu/olumsuz etkileyebileceği düşüncesiyle; bu çalışma tıbbi beslenme tedavisi alması gereken bireylerin beslenme okuryazarlığı ve diyet özetkinlik inançlarının değerlendirilmesi üzerine planlanmış ve yürütülmüştür.

# GENEL BİLGİLER

## BESLENME VE SAĞLIK

Sağlığın korunması, kaliteli bir biçimde devam ettirilmesi ve yaşamı sürdürmenin yanında; büyüme, gelişme ve fizyolojik işlevlerin devam ettirilmesinde beslenmenin önemli bir rolü vardır (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında sağlığı; sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu şeklinde tanımlamıştır (12).

Besinlerin sağlık üzerindeki etkisini belirleyebilmek için besinlerin içerik ve etken maddeleri hakkında bilgiye sahip olmamız gerekmektedir. Böylece besinlerin sağlığı koruyucu ve hastalıkların üzerindeki iyileştirici etkisi ortaya çıkmaktadır (2).

Beslenme; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve obezite başta olmak üzere birçok kronik hastalık için en önemli risk faktörlerinden biridir (13). Enerji ve besin ögeleri yeterli ve dengeli, sağlıklı bir beslenme tarzının; kronik hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortalite oranını azaltmada önemli bir yeri vardır (14,15).

## YETERLİ VE DENGELİ BESLENME

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için vücudun ihtiyacı olan besin ögelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylem olarak tanımlanmakla birlikte; anne karnında başlayıp, yaşamın sonlanmasına kadar geçen her süreçte yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır (16).

Vücudun büyümesi, gelişmesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin ögelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması ‘‘yeterli ve dengeli beslenme’’ olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı beslenmenin amacı, yeterli

ve dengeli beslenmeyi sağlamaktır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücudun büyüme, gelişme ve normal çalışmasında aksaklıklara neden olacağından "yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelidir" şeklinde ifade edilmektedir (17).

Beslenme de besin çeşitliliği; besin ve enerji alımının bir belirleyicisi olarak kabul edilmekte ve diyet kalitesini artırmaktadır. Bu nedenle besin çeşitliliği "Amerikan Diyet Rehberi"nin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Besin çeşitliliğinin sağlanmasının; obezite, diyabet hatta birçok kanser türleri gibi kronik hastalıklara karşı koruyucu olduğu bilinmektedir. Aşırı şeker, yağ ve tuz içeren besinlerin tüketiminin azaltılması ile hem toksik bileşenlerin alım düzeyi azalmakta hem de kronik hastalıklara yakalanma riski minimuma indirilmektedir. Beslenmede; besin ögesi olmayan faktörlerin alınması açısından besin çeşitliliğinin sağlanması önemlilik ifade etmektedir (17,18).

Sağlıklı beslenmede besin çeşitliliğinin sağlanması yanında; enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen oranlarının da sağlık açısından uygun olması önemli bir noktadır. Sağlıklı yetişkin bir bireyin toplam enerji alımı, yaş gruplarına göre oranlar farklılık gösterse de; enerjinin %10-15'i proteinlerden, %55-60'ı karbonhidratlardan ve %30'u yağlardan sağlanmalıdır (17). Bunun yanında toplam enerji alımının <%10 oranında doymuş yağ asitleri, %6-10'unun ise çoklu doymamış yağ asitlerinden sağlanması DSÖ tarafından önerilmektedir. Trans yağların oranının ise %1'den daha az olması yine bu öneriler arasında yer almaktadır. Linoleik asidin (n-6) ά-linolenik aside oranı 10:1'den fazla olması durumunda n-3 yağ asit alım düzeyinin artırılması gerekmektedir (19).

Vücudun düzenli çalışması, vücut ısısının korunması, fiziksel ve fizyolojik hareketlerin düzenlenmesi uygun miktarda alınan enerji ile sağlanmakta ve alınan enerji ile harcanan enerji arasında denge olması gerekmektedir. Enerji dengesinin bozulması sonucunda zayıflık, şişmanlık ve birçok hastalık gibi sağlığı olumsuz etkileyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (20).

Bugün dünyanın birçok yerinde, bireyler çok çeşitli besin bulma olanaklarına sahiptirler. Bu besinler; içerdikleri makro ve mikro besin ögeleri ile şekil ve lezzet gibi özelliklerine göre belirli gruplarda toplanabilmektedir (11). Sağlıklı yaşam tarzı yaklaşımında; birey ve toplumda sağlıklı beslenme farkındalığının arttırılması ve kolay anlaşılır olması amacıyla "Besin Gruplarına Göre Tabak Modeli'' (Şekil 1) geliştirilmiştir. Bu tabakta; beş besin grubu bulunmaktadır. Beslenme örüntü modeli olarak tabak; sağlıklı beslenmede en temel yaklaşım olan "besin çeşitliliğine dayalı olarak'' düzenlenmiştir (15).




**Şekil 1. Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme tabağı**

Sağlıklı beslenme için günlük tüketilmesi gereken dört besin grubu ise şöyledir:

**Süt ve Süt Ürünleri Grubu**

Süt ve süt ürünleri beslenmede en iyi kalsiyum ve protein kaynağını temsil etmektedirler. Teknolojik gelişmeler farklı türde süt ve süt ürünlerinin üretilmesine olanak sağlamakta ve bu ürünlerin farklı diyet modelleri ile populasyona ulaşmasını kolaylaştırmaktadır (21). Bu grupta yer alan başlıca besinler; süt, yoğurt ve peynirdir. Türkiye'de genellikle süt, yoğurt ve peynir için inek sütü tercih edilmekte; ancak koyun, keçi gibi diğer hayvanların sütleri; ayrıca bu sütlerin tozları ile kalsiyumla zenginleştirilmiş soya sütü gibi ürünler de bu gruba dâhil edilmektedir. Günlük beslenmede yetişkin bireylere 3 porsiyon ve >65 yaş bireylere 4 porsiyon önerilmektedir. Süt grubu besinler; protein, kalsiyum, $B_2$ (riboflavin) ve $B_{12}$ (Kobalamin) vitaminleri başta olmak üzere birçok besin ögesinin en önemli kaynağını oluşturmaktadırlar. Süt grubu besinlerde bulunan kalsiyumun diğer besin kaynaklarına göre biyoyararlınımı daha yüksek olmakla birlikte vücutta yağ birikimini azaltabilmekte ve enerji kısıtlaması sırasında kilo ve yağ kaybını hızlandırabilmektedir (17,22).

**Et-Yumurta ve Kurubaklagil Grubu**

Bu grupta et ve et ürünleri (kırmızı et, kümes hayvanları, balık türleri, av hayvanları gibi), yumurta, kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek gibi) ve yağlı tohumlar (ceviz,

fındık, fıstık, badem gibi) yer almaktadır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre daha fazla yağ içerdiklerinden dolayı tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekmektedir. Bu gruptaki besinler; protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller; $B_1$, $B_6$, $B_{12}$ ve A vitaminleri ile posa açısından zengindir. Günlük beslenmede yetişkin bireyler için önerilen porsiyon miktarı 2,5-3 porsiyondur (17).

Kurubaklagiller; sürdürülebilir geleceğimizde, hayati önem taşıyan ekonomik ve çevresel faktörlerle birlikte; beslenme ve sağlık açısından yararları nedeniyle önemli bir rol oynamaktadır. Baklagiller; tüketimi güvenli, ucuz ve aynı zamanda kolayca bulunabilmesi nedeniyle tüm dünyada milyonlarca insanın beslenmesinde önemli bir yer tutmaktadır (23). Kuru baklagiller; protein, kompleks karbonhidrat, tiamin, niasin, folat, magnezyum gibi birçok besin ögesinden zengindir. Ek olarak; kronik hastalıkların önlenmesine katkıda bulunan biyo-aktif bileşikleri de içermektedirler. Bu bileşiklerin, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskin azaltılması ve bazı kanser türleri, özellikle kolorektal kanser ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bunun yanında protein içeriği tahıllara kıyasla yüksek kabul edilmekle; çoğu bitkisel besinde sınırlı düzeyde bulunan, lizin ve metionin gibi kükürtlü aminoasitler açısından zenginlik göstermektedir (17,23). Örneğin; kuru baklagillerde protein içeriği %20-40 arasında iken; tahıllarda bu oran %10-15'tir (24).

**Meyve ve Sebze Grubu**

Bitkilerin yenilebilir bölümleri (çiçek, yaprak, gövde ve kök gibi) sebzeleri oluşturmaktadır. Yüksek nişasta içeriklerinden dolayı; kök ve yumrulu sebzeler nişastalı sebzeler olarak adlandırılmaktadır. Nişasta içermeyen sebzeler ise; yeşil yapraklı, kırmızı, turuncu ve diğer sebzeler olarak sınıflandırılabilmektedir (17). Karpuz, çilek, kavun, şeftali, portakal, salatalık, marul, kabak, kereviz, domates, biber, karnabahar, lahana, greyfurt, hindistan cevizi, elma, muz, kuru üzüm, ananas başlıca meyve ve sebze kaynakları arasında gösterilmektedir (25).

Beslenme rehberleri günlük ortalama 400 g (5 porsiyon) sebze ve meyve tüketilmesini önermektedir. Sebze ve meyveler; diyetin antioksidan kapasitesini arttıran en önemli bileşenleri içermektedirler. Diyette tüketilmesiyle artan flavanoidler ve diğer polifenoller tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskinin azalması ile ilişkilendirilmektedir (26). Meyve ve sebzeler sağlığımızın devamı için diyetimizde bulunması gereken vitamin ve mineral kaynağı olup, posa da içermektedirler (27). Bunun yanında Dünya kanser raporuna göre: Sebze ve meyvelerin; ağız, gırtlak, farinks, boğaz, akciğer ve mide kanserlerine karşı doğal bir

koruyucu olduğunun yanı sıra, demans ve bilişsel bozulma riskini de azaltabildiği ifade edilmektedir (25).

**Ekmek ve Tahıl Grubu**

Tahıllar; çekirdek, kepek ve endospermden oluşan bitki tohumlarıdır. Bu grup içinde yer alan besinler; buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bu tanelerden elde edilen un, bulgur, yarma, gevrek gibi ürünlerdir. Bu gruptaki besinler önemli düzeyde karbonhidrat kaynağıdır. Tahıl tanelerindeki nişasta, polisakkarit yapısında temel enerji kaynağıdır. Tahıl tanelerinin özellikle endosperm kısmı, nişasta içermektedir. Örneğin buğdayda nişasta tahılın yaklaşık %80-85'ini oluşturmaktadır (17,28,29). Ayrıca protein de içermektedirler. Tahıl tanelerinin ortalama protein oranları %8-22 arasında değişmektedir (17,28,30). Kepekli tahılların çoğu; ağırlık kaybı, insülin duyarlılığı ve lipit düzeylerinin kontrolü ile sistemik inflamasyonun inhibisyonu da dâhil olmak üzere insan sağlığı açısından yararlı etkiler gösteren; mineraller, antioksidan ve bol miktarda diyet lifi içermektedir (28). Tam taneli tahıllar; tiamin, niasin, pantotenik asit ve biyotin gibi B grubu vitaminlerinin en önemli kaynaklarıyken buğday piridoksin açısından da zengindir (29). B grubu vitaminlerin obezite ve diyabet gibi beslenme ile ilişkili hastalıkların metabolizmasında rol aldığı ise unutulmamalıdır (31). Günlük beslenmede; yetişkin erkekler için 8, yetişkin kadınlar için 7 porsiyon önerilmektedir (17).

## YAŞAM BİÇİMİ VE BESLENME

Obezite, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, romatoid artrit, inme, osteoartrit, solunum yolu hastalıkları, görme ve işitme hastalıkları, oral ve genetik hastalıklar ve inflamatuar kaynaklı hastalıklar (Chron’s hastalığı vb.), gibi birçok hastalık yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (32,33). Global Burden of Disease 2017 çalışmasında; aynı yılda meydana gelen 55,9 milyon ölümün %73,40’ının (41,1 milyon) kronik hastalıklardan kaynaklandığı ve son otuz yılda arttığı bildirilmektedir (34). Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılı verilerine göre her yıl 41 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmektedir. Bu rakam yıllık ölümlerin %71’ini oluşturmaktadır. Her yıl 30-69 yaş arası 15 milyon insan hayatını kaybetmekte ve bu erken ölümlerin %85’inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Bu ölümlerin çoğunu KVH (17,9 milyon) oluşturmakla birlikte, bunu sırasıyla kanser (9 milyon), solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) takip etmektedir (35). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)

2018 yılı verilerinde ise ülkemizdeki 421.164 ölümden 161.920'sini (%38,4) dolaşım sistemi kaynaklı ölümler oluşturmaktadır. Bunu 83.163 birey ile (%19,7) iyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümler izlemektedir (36). Kronik hastalıklar bütün Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de en önemli ölüm nedeni olarak bilinmektedir. Kronik hastalıkların ülkemizdeki toplam ölümlerin %86'sından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Otuz ve 70 yaş arasındaki bireylerin, en sık rastlanan dört kronik hastalığa bağlı olarak ölme ihtimali %18'dir (37).

Kronik hastalık etiyolojisi karmaşık ve çok faktörlüdür. Genellikle risk faktörleri; yaş, aile öyküsü, genetik yatkınlık, vücut ağırlığı, yaşam boyu fiziksel aktivite, sigara, alkol ve beslenmedir (38). Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum hastalıkları ve diyabetin yani dört ana kronik hastalığın başlıca ve en önemli 4 risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar tütün ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenmedir. Buna karşılık bu risk faktörleri anahtar niteliğinde 4 fizyolojik ve metabolik değişikliğe neden olmaktadır. Bunlar; yüksek düzeyde kan basıncı, vücut ağırlığı, kan lipitleri ve kan şekeridir. Öte yandan çevre ve hava kirliliği de diğer risk faktörleri arasındadır (39).

**Alkolün zararlı kullanımı:** Alkolün zararlı kullanımı dünyadaki erken ölüm ve sakatlıklar için önemli bir risk faktörü olup; kalp hastalıkları, kanser türleri, karaciğer hastalıkları, çeşitli ruhsal ve davranışsal bozukluklar ile birçok kronik rahatsızlığa yol açtığı bilinmektedir. Dünya genelinde 2016 yılında alkol tüketimi >15 yaş bireylerde kişi başına 6,4 litre saf alkol olup, birçok bölgede tüketim seviyeleri ve eğilimleri değişmektedir. Avrupa'da 2010 yılından bu yana tüketim düzeyi %12 azalırken, Güneydoğu Asya'da %30 arttığı ifade edilmektedir (39). Ülkemizde ise; alkol tüketiminin önlenmesiyle, erkeklerde toplam 10.850 ölüm önlenebilmekte, bu ise tüm ölümlerin %4,70'ini oluşturmaktadır. Kadınlarda ise ölüm oranı %1,30 olup, toplamda tüm ölümlerin %3,10'unu oluşturmaktadır (40).

**Yetersiz fiziksel aktivite:** Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılı verilerine göre küresel nüfusun %28'inin önerilen haftalık en az 150 dakika hafif veya orta şiddetteki fiziksel aktiviteyi yerine getirmediği saptanmıştır (39). Son 20 yılda sağlıklı beslenme tarzı ve uygun düzeyde fiziksel aktivitenin kronik rahatsızlıkları hafifletilebileceği veya tersine döndürebileceği belirtilmektedir. Kronik hastalık riskini azaltmak için düzenli fiziksel aktivite yapılması önemli noktalardan bir tanesidir (41).

Birçok sağlık otoritesi ve DSÖ tarafından önerilen haftalık 150 dakikalık fiziksel aktivitenin kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltma oranları Tablo 1'de gösterilmektedir (42).

**Tablo 1. Haftalık fiziksel aktivite ve kronik hastalık riskinde azalma (42)**

| Hastalık Adı | Risk Azalma Oranı (%) |
|---|---|
| Tüm Nedenlere Bağlı Erken Ölümler | %31<br>%45(aerobik egzersiz) |
| Kardiyovasküler Hastalıklar | %33<br>≥ %50 (aerobik egzersiz) |
| Felç | %31<br>≥ %60(aerobik egzersiz) |
| Hipertansiyon | %32<br>≥ %50(aerobik egzersiz) |
| Kolon Kanseri | %30 |
| Meme Kanseri | %20 |
| Tip2 DM | %40<br>≥ %50(aerobik egzersiz) |
| Osteoporoz | Bilinmiyor |

**Tütün kullanımı:** Sigara; her türlü bıraktırma kampanyalarına rağmen halen çeşitli kronik akciğer hastalık ve kanseri ile kalp krizlerinin en büyük nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sigara kullanımı sonucu oluşan hastalıkların tedavisi yıllık 170 milyar dolarlık sağlık harcamasına neden olmakla birlikte, ekonomi içindeki toplam kaybının maliyeti 326 milyar dolar olduğu belirtilmektedir (43). Dünya Sağlık Örgütü 2016 verilerine göre; dünyadaki >15 yaş erkeklerde tütün kullanım oranı %34 iken, kadınlarda %6'dır. Yüksek gelirli ülkelerde tütün kullanımı daha yaygınken (erkeklerde %29, kadınlarda %19) düşük gelirli ülkelerde bu oran daha düşüktür. Ülkemizde ise bu oran (DSÖ 2016) erkeklerde %42, kadınlarda %14'tür. Toplam tütün kullanım oranı >15 yaş bireylerde ise %28'dir (39).

**Beslenme Alışkanlıkları:** Bütün insanlığı kaçınılmaz olarak kapsayan beslenme; "günlük bir yaşam etkinliği'' olarak tanımlanmaktadır. Bu yaşamsal etkinliğin önemi, günümüzde daha da artmakla beraber buna yüklenen anlamlarda giderek artmaktadır. Toplumların refahının artması; beslenme tarzının yaşam tarzındaki değişikliklere de bağlı olarak vücutta yağ yüzdesinin damar içi deformasyonlara neden olacak düzeyde artması, gıda alımındaki yetersizlikler yanında aşırıya kaçmalar, bireylerin aldığı ve harcadığı enerji arasındaki dengesizliklere neden olmuş, böylece aşırı kilolu veya obez birey sayısı da artmıştır (44).

## BESİN SEÇİMİ

Bireylerin besin seçimi, diyetlerinde alınan enerji, karbonhidrat, protein, yağ ve diğer besin ögelerinin oranını etkilemektedir. Besin seçimi; başta obezite olmak üzere birçok kronik hastalık ile yakından ilişkili olmakla birlikte yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir olgudur. Besin seçiminde dikkat edilmesi gereken noktaların başında ise; besinlerin kaliteli, güvenilir ve sağlık açısından bireye uygun olmasıdır (45,46).

## SAĞLIK VE BESLENME OKURYAZARLIĞI

Beslenme okuryazarlığı; bireyin erişme, anlama ve beslenme bilgilerini sağlığı teşvik edici bir şekilde kullanması olarak tanımlanmaktadır. Düşük beslenme okuryazarlığı sağlıklı beslenmeye bir engel oluştururken, sağlık bilinci olan ve temel düzeyde beslenme bilgisine sahip olduğu düşünülen okuryazar bireylerin karşılaştığı zorluklar hakkında ise çok az bilgi bulunmaktadır. Sağlık ve beslenme, küresel olarak genişlemeye devam eden karlı bir alan olarak görülmektedir. İnternetin yaygınlaşması ile yanlış bilgilerin çoğalması, tüketicileri profesyonel beslenme tavsiyelerinin ne olduğu konusunda eğitmeyi, daha da zor hale getirmektedir. Çatışan çıkarları olan birden fazla paydaşın varlığı; tüketicilerin medya aracılığıyla artan miktarlarda çelişkili beslenme bilgileriyle karşı karşıya oldukları anlamına gelmektedir. O halde beslenme bilgisinin, bireylerin zihnindeki karışıklık ve karmaşayı gidermeleri için temel bir ilke olması önemlilik ifade etmektedir (47).

Cesur tarafından beslenme okuryazarlığı; "bireyin sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için beslenme ile ilgili temel bilgi ve hizmetlere erişme, anlama, yorumlama ve uygulama becerisi'' olarak ifade edilmektedir. Beslenme okuryazarlığı; beslenme ilkeleri ile ilgili temel bilgiler gerektirdiği için yüksek düzeyde karmaşık bilişsel beceriler istemektedir. Beslenme okuryazarlığı becerilerinin; porsiyon miktarı, besin etiketleri, güvenilir beslenme kaynaklarına erişim ve temel beslenme bilgisi gibi beslenme becerileri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (48).

Zoellner ise beslenme okuryazarlığının; "bireylerin uygun beslenme kararları alabilmek için gerekli olan beslenme bilgi ve becerilerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi" olarak tanımlanmasını önermektedir. Ayrıca Zoellner; 177 Afro-Amerikalı katılımcı ile yaptığı beslenme bilgisi arama davranışları ve beslenme okuryazarlığı çalışmasında bireylerin beslenme ile ilgili en çok bilgi aldıkları kaynağın %57,00 ile televizyon ve %50,00 ile dergi-gazeteler olduğunu saptamıştır. Dahası Zoellner katılımcıların %48,00'ının de beslenme okuryazarlığının yeterli düzeyde olduğunu duyurmuştur (49).

Birçok çalışma yeterli beslenme bilgisi ile sağlıklı beslenme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (50-52). Tüketicilerin beslenme bilgi düzeyleri ile besin hakkındaki bilgileri yeterli ve/veya doğru şekilde anlamaları arasındaki bağlantı en önemli bulgulardan biri olarak görülmektedir. Günümüzde gıda ürünleri; çeşitli etiketler, bazı sağlık sembolleri, beslenme önerileri ve gıdanın besinsel değerini tüketicilere iletme yollarını kullanarak beslenme bilgisi içermektedir. Bu bilgiler; tüketicilerin uygun ve sağlıklı besin seçimleri yapmasına yardımcı olmaktadır. Dahası; sağlıklı beslenme konusundaki farkındalıkla ilginin, yetersiz veya sınırlı düzeyde bir beslenme bilgisi varsa sağlıklı seçimlerle sonuçlanamayacağını göstermektedir (53,54).

Bundan dolayı; temel beslenme bilgisinin beslenme davranışındaki önemli rolü düşünüldüğünde, tüketicilerin temel beslenme bilgilerini nereden ve nasıl aldıkları ile bu bilgilerin beslenme davranışını nasıl etkilediğini anlamak oldukça önem arz etmektedir (55).

Castellanos ve ark. (56) tarafından ABD'de 560 üniversite öğrencisi ile yapılan gıda güvenliği, finansal öncelik ve beslenme okuryazarlığı çalışmasında katılımcıların %80,80'inin yeterli düzey, %17,00'sinin sınırlı düzey ve %2,10'unun yetersiz beslenme okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda finansal anlamda alkole öncelik veren öğrencilerin güvensiz/kalitesiz besinleri alma ve tüketmeye yatkınlık oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özdenk ve ark. (57) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise üniversite çalışanlarının beslenme okuryazarlığı ve beslenme davranışları ile ilişkili faktörler değerlendirilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %32,10'unun beslenme okuryazarlığı yeterli düzeyde bulunmuştur. Ayrıca çalışmada katılımcıların yarısının (%51,50) kötü beslenme alışkanlığına sahip olduğu, dolayısıyla her iki kişiden birinin yetersiz ve dengesiz beslendiği saptanmıştır. Japonya'da 678 yaşlı (>75 yaş) Japon katılımcı ile Aıhara ve ark. (58)'nın yaptığı çalışmaya göre; katılımcıların yaklaşık %30'unun beslenme okuryazarlık düzeyi yeterli olarak saptanmıştır. Bu oranın erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu not edilmiştir. Dahası yaşlı bireylerin beslenme hakkında edindikleri bilgi kaynaklarının çoğunluğunu televizyonun oluşturduğu (%79,80) ve bunu sırasıyla gazete, kitap ve dergilerin takip ettiği bildirilmektedir. Beslenme ile ilintili hastalık prevalansını azaltmak için bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin artırılması, günlük hayatta ihtiyaçları olan beslenme beceri ve davranışlarının geliştirilmesi hayati önem arz etmektedir (59).

## SAĞLIKLI BESLENME VE BESİN ETİKETİ OKUMA

Kronik hastalık risklerinin azaltılması, vücut ağırlığının kontrolü ve sağlıklı beslenmede besin etiketi okuma alışkanlığının önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (60).

Besin etiketleri; tüketicilere paketlenmiş gıdaların enerji, yağ, doymuş yağ, trans yağlar, sodyum ve ilave şeker gibi besinlerin tüketimini etkileyebilecek besin içeriği hakkında bilgi vermek ve tüketicilerin bilinçli seçim yapabilmelerini sağlayarak toplum sağlığını geliştirmek ve korumak için geliştirilmiştir. Etikette bulunan ilave şekere (kahverengi şeker, mısır kaynaklı tatlandırıcılar, mısır şurubu, meyve suyu konsantresi, yüksek fruktozlu mısır şurubu, bal, invert şeker, malt şekeri, şurup, ham şeker, dekstroz, fruktoz, glikoz, laktoz, maltoz, sükroz) dikkat edilmesi ayrıca "ilave şeker içermez" ibaresi olan şeker ilave edilmemiş besinlerin tercih edilmesi önerilmektedir. Besin etiketi okumanın sağlıklı beslenme ile yakından ilgili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmektedir (15,61,62). Besin etiketi okuma alışkanlığının yeterli ve dengeli beslenme ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Besin etiketi okuyan bireylerin beslenme düzenlerinde; kalori, kolesterol ve sodyum alımını azaltıp, lif alımını artırma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (63). Ayrıca besin etiketi okuma alışkanlığı; diyette daha düşük yağ alımı ile de ilişkilendirilmektedir (64). Lin ve ark. (61) tarafından yapılan bir çalışmada; bireylerin besin etiketi kullanımı ile diyetlerinde kolesterol, doymuş yağ ve toplam yağ alımının ters ilişkili olduğu, besin etiketi kullanımı arttıkça diyet yağ alımının azaldığı tespit edilmiştir. Lewis ve ark. (65)'nın diyabet, hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıkları bulunan 5.603 birey ile yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı bulunan bireylerin bulunmayanlara göre besin etiketlerini daha sık kullandıkları saptanmıştır. Ollberding ve ark. (66) tarafından yapılan çalışma Amerikalıların %61,60'ının bir ürün satın alırken besin etiketi okuduğunu tespit etmiştir.

## DİYET ÖZETKİNLİK

Bandura öz yeterlilik terimini; "bireyin ileriye dönük olayları yönetebilmek için ihtiyacı olan hareket tarzlarını planlama ve gerçekleştirme konusunda kendine olan inancı" olarak ifade etmektedir (67). Pajares'e göre ise öz yeterlilik; "daha çok bireyin becerilerinin bir işlevi olmaktan ziyade bireyin yeteneklerini kullanarak yapabildiklerine ilişkin yargıların tamamı"nı oluşturmaktadır. Aslında bireyin değişik koşullarla baş etme veya bir görevi başarmasına ilişkin kavrayışı olarak bilinmektedir (68). Özetkinlik bu durumda; bireyin, bir tür kendine güveni ve saygısının göreve özgü bir versiyonu şeklinde ifade edilebilir (69).

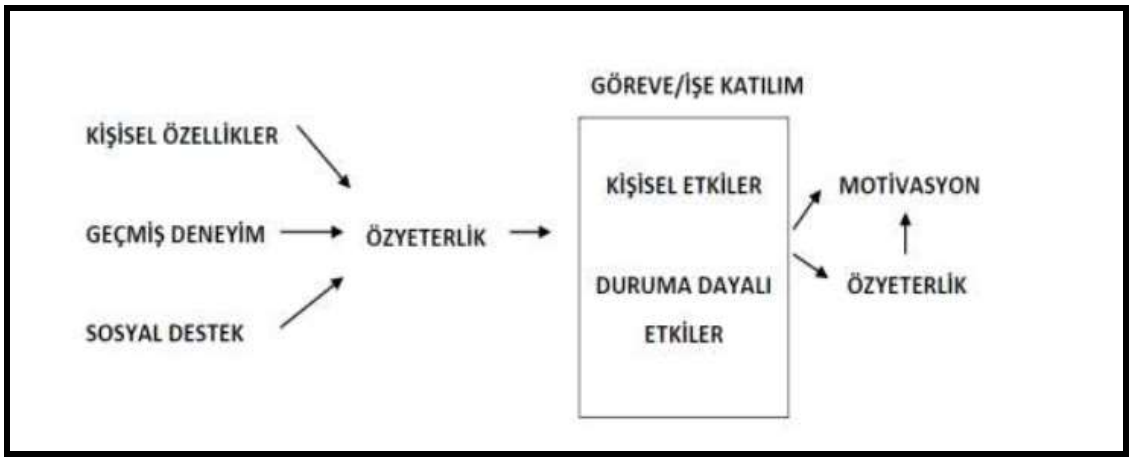
Güçlü bir özetkinlik duygusu; bireyin refah ve başarısını birçok yönden artırabilmektedir. Kendi yeteneklerine yüksek derecede güvenen bireyler; zor görevleri kaçınılması gereken tehditler olarak değil, üstesinden gelinmesi gereken zorluklar olarak algılamaktadır. Böylece bireyler başarısızlık karşısında çabalarını artırmakta ve sürdürmektedirler. Başarısızlığı; yetersiz çaba, bilgi ya da kabiliyet eksikliğine

bağlamaktadırlar. Bunun aksine yeteneklerine güvenmeyen bireyler ise; zor görevleri kendilerine bir tehdit olarak algılayıp, uzak durmaktadırlar. Zor görevlerle karşılaştıklarında ise karşılaştıkları engellere karşı başarılı bir performans göstermek yerine, her türlü olumsuz sonuç üzerinde durmaktadırlar. Çabalarını artırmak yerine azaltarak zorluklar karşısında hızla pes etme davranışı içerisindedirler. Başarısızlık ve aksaklıktan sonra kaybedilen özetkinlik duygularının ise geri kazanmaları oldukça yavaş olmaktadır. Bu bireyler yetersiz performansı yetersiz yetenek olarak görmekte, böylece stres ve depresyonun kurbanı olmaktadırlar (70).

Bandura'ya göre öz yeterlilik yargıları 3 ölçek üzerinden değerlendirilmektedir (71):

- **Öz Yeterlilik Düzeyi:** Bireyin bir işte karşılaşabileceği zorluğu ifade etmektedir (kolay-orta-zor).
- **Öz Yeterlilik Gücü:** Bireyin karşılaştığı zor durumla ilgili başarılı performans gösterme konusunda ki inancı temsil etmektedir.
- **Öz Yeterliliğin Genellenebilirliği:** Beklentilerin farklı durumlara ne kadar genellenebileceğini göstermektedir (71).

Öz yeterliliğin; öğrenme, motivasyon ve performans üzerinde güçlü etkileri bulunmaktadır. Çünkü bireyler başarabileceklerine ve gerçekleştirebileceklerine inandıkları bir görevi öğrenmeye ve yerine getirmeye çalışmaktadır (72). Öz yeterlilik ve davranış değişikliği arasındaki ilişki Şekil 2'de gösterilmektedir. Bireylerin özetkinlikleri; herhangi bir işe başlamadan önce, öğrenme ve performans açısından farklılık göstermektedir. Bu farklılık, bireylerin daha önceki benzer işlerde elde ettiği tecrübeleri ile beceri ve davranışlarının ortak sonucu olarak görülmektedir. Özetkinlik inançlarının insan hayatında çok büyük önemi bulunmaktadır. Öz yeterlik inançları: ''bireyin pozitif ya da negatif düşünmesini, yaşamında ne türlü amaçlar belirleyeceğini, nasıl bir yaşam biçiminin olacağını, zorluklar karşısında ne derece çaba harcayacağını, çabalarının ürününün nasıl olacağını ve genel anlamda ne kadar stresli olduğunu'' etkilemektedir (73).




**Şekil 2. Öz yeterliliğin rolüne dikkat çeken başarı davranış modeli (73)**

Öz yeterlilik; davranış üzerinde tek başına etkili bir faktör değildir. Yüksek öz yeterlilik gerekli bilgi ve beceri eksik olduğunda iyi bir performans sağlamaya yetmeyebilir. Bireyler olumlu sonuçlar elde etmek istediğinde eylemlerle ilgili sonuç beklentileri veya inançları eylemlerin muhtemel sonuçları için büyük önem taşımaktadır. Ortaya çıkan sonuç beklentileri ve öz yeterlilik birbiriyle ilişkilendirilmektedir. Öz yeterlilik ile sonuç beklentileri sıklıkla karıştırıldığı için bu durum önem arz etmektedir. Bireylerin davranışları; kendilerini tatmin edecek sonuca ulaştırmayı sağlayacak davranışı gerçekleştirme eğiliminde olmaktadır (74).

Beslenme ile ilişkilendirilen öz yeterlilik ise; "bireyin besin değeri daha yüksek besin ve yiyecekleri satın alma, hazırlama ve tüketme konusunda karar vermede beslenme okuryazarlığı becerilerini etkileşimli olarak kullanması"nı ifade etmektedir. Bu besinlerin seçiminde ve tüketilmesinde gıda ile ilgili bilgi ve becerilerini yerine getirme inancı olarak da tanımlanabilmektedir (75).

## BESLENME EĞİTİMİ

Bireyler; gazete, dergi, kitap, televizyon programları, internet, sosyal çevre ve beslenme uzmanlarından beslenme bilgisi edinmektedir (76). Tütüncü ve ark. (77) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların beslenme bilgisi aldığı yerler arasında; %24,80 bilimsel yayınlar, %17,90 internet, %17,50 kitap, %15,40 gazete-dergi, %15,20 televizyon ve %3,00 el broşürlerinin yer aldığı belirtilmektedir. Elmaağaçlı (78) tarafından 256 obez kadınla yapılan çalışmada ise; katılımcıların beslenme bilgisini %40,60'ının internet/sosyal medyadan, %21,11'inin diyetisyenden, %20,30'unun aile ve %18,00'inin televizyon/radyodan aldığı saptanmıştır.

Beslenme bilgisi; bireylerin besin seçimine etki etmekle birlikte, eksik beslenme bilgisi çeşitli hastalıkların gelişmesine neden olmakta ve bu hastalıkların önlenmesi ile yönetiminde ise tıbbi beslenme tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır (79-81). Tıbbi beslenme tedavisi veya klinikte beslenme; "evde veya hastanede tedavi gören bireylerin hastalık durumu ve yaşam kalitesini etkileyen destek tedavisi" olarak ifade edilmektedir. (82). Çayır ve ark. (83) tarafından yapılan araştırmaya göre; beslenme ve diyet polikliniğine tıbbi beslenme tedavisi almak için başvuran bireylerin, %22,20'sinin dislipidemi, %18,20'sinin obezite, %12,90'ının hipertansiyon, %12,40'ınınn tip 2 diyabet, %5,60'ının koroner kalp hastalığı, %4,40'ının prediyabet ve %24,20'sinin diğer nedenlerle (kronik böbrek yetmezliği gibi) başvurduğu tespit edilmiştir.

Beslenme bakım süreci (BBS); "tıbbi beslenme tedavisi uygulamalarında beslenme ve diyetetik uzmanlarının beslenme ile ilgili sorunları belirlemek, güvenli ve etkili bir şekilde kaliteli beslenme hizmeti vermek, eleştirel düşünmek ve karar vermek için kullandıkları sistematik problem çözme yöntemi" olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntem değerlendirme, tanı, müdahale ve izlem olmak üzere dört beslenme basamağından oluşmaktadır. Bu müdahale ile bireye yönelik sağlık, çevre koşulları ve beslenme ilgili davranışların olumlu bir yönde değiştirilmesi planlanmaktadır. Beslenme müdahalesi; besin veya besin öğesi dağılımı, beslenme eğitimi ve danışmanlığı ve bu süreçlerin koordinasyonundan oluşmaktadır (84).

Beslenme eğitiminin amacı; bireylere doğru ve gerçek bilgiler vererek daha iyi beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve böylece daha sağlıklı olmalarını sağlamaktır (85). Beslenme eğitiminin nasıl verileceği konusunda net bir yöntem bulunmamaktadır. Fakat eğitim verilecek bireyin; sosyal ve psikolojik gereksinimleri ile ekonomik düzeyinin, daha önceden sahip olduğu beslenme bilgisi ile anlama kabiliyetinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Beslenme eğitimi konusunda izlenmesi gereken yol; değerlendirme, inandırma, beslenme tedavisine uymanın yararları, beslenme düzeninin değerlendirilmesi, beslenme tedavisine uymayı güçleştirebilecek durumlar ve çözümleri ile kontrol adımları olmak üzere altı basamakta toplanabilmektedir (81).

Köseoğlu (86) tarafından 100 diyabetli katılımcı ile yapılan çalışmada; katılımcıların %74,00'ünün beslenme eğitimini bir diyetisyenden aldığı saptanmıştır. Ayrıca eğitimi diyetisyenden alan bireylerin doktordan alanlara göre beslenme eğitimi puanı daha yüksek bulunmuştur.

Acemoğlu ve ark. (87) tarafından 250 diyabetli katılımcı ile yapılan çalışmada ise; bireylerin beslenme eğitimi konusunda; %39,20'sinin hiç kimseden yardım almadığı, %30,20'sinin aileden yardım aldığı ve %18,40'ının ise doktordan yardım aldığı belirlenmiştir.

Doktorların hastaları diyetisyene yönlendirme oranı ise yalnızca %37,20'dir. Bu hastaların tıbbi beslenme tedavisini diyetisyenden almamalarının en önemli nedeni ise doktorların gelen hastaları diyetisyene yönlendirmemeleri olarak değerlendirilmektedir.

# GEREÇ VE YÖNTEMLER

## ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın verileri Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran gönüllü bireylerin katılımıyla toplandı (Ek 3).

Çalışmanın örneklemi; diyet özetkinlik inançları ölçeği ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme ölçekleri arasında 0,3 düzeyinde korelasyon öngörülerek %5 yanılma payı ve %95 güç değeriyle 138 birey olarak hesaplandı. Örneklem; herhangi bir rahatsızlıktan dolayı Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği' ne başvuran 18-64 yaş arası gönüllü ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan 138 bireyden oluşturuldu. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmış olup, bireylere katılımlarını istedikleri zamanda sonlandırabilecekleri hakkında bilgilendirme sağlandı.

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan 17/05 sayılı ve 14.10.2019 tarihli "Etik Kurul Onayı" (Ek 1) alınarak yürütüldü. Katılımcılara onay formu hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirme yapıldı (Ek 2). Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; herhangi bir hastalıktan dolayı tıbbi beslenme tedavisi alma gerekliliğine sahip >18 yaş olan bireylerin gönüllü ve okuryazar olması olup, dışlanma kriterleri ise <18 yaş ve >65 yaş olup, okuryazar olmamak ve gönüllü olmamaktır.

## ARAŞTIRMANIN GENEL PLANI

Çalışmaya katılan gönüllü bireylere; demografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer), antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, olmak istediği

vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi) ile tıbbi beslenme tedavisi ve hastalık durumuna ilişkin soruların yanı sıra "Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği" ve ''Yetişkinlerde Beslenme Okur Yazarlığı Değerlendirme Aracı" içeren anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı ve cevapları kayıt altına alındı.

## ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI DEĞERLENDİRİLMESİ

### Veri Toplama Aracı

Araştırmaya katılan 138 gönüllü bireye demografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer), antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi), tıbbi beslenme tedavisi alma ve hastalık durumunu belirleyici sorular ile yetişkinler için beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı ve diyet özetkinlik inançları ölçeğini içeren anket formu (Ek 4) uygulandı.

Yetişkin bireylerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı (YBODA) Büşra Cesur ve ark. tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde 18-64 yaş arası 266 kişilik bir örneklemde geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75'tir. Gerekli izinler alınarak kullanılan (Ek 5) yetişkin bireylerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı kendi arasında 5 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümlerden elde edilen toplam puan düzeyleri şu şekilde değerlendirilmektedir; araçtan alınabilecek toplam puan 35'dir. Toplam puan üzerinden 0-11 puan arası yetersiz, 12-23 puan arası sınırda, 24-35 puan arası yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi olarak puanlandırılmaktadır. Beslenme okuryazarlığı ölçme aracının bölümleri ve değerlendirmesi Tablo 2'de verilmiştir.

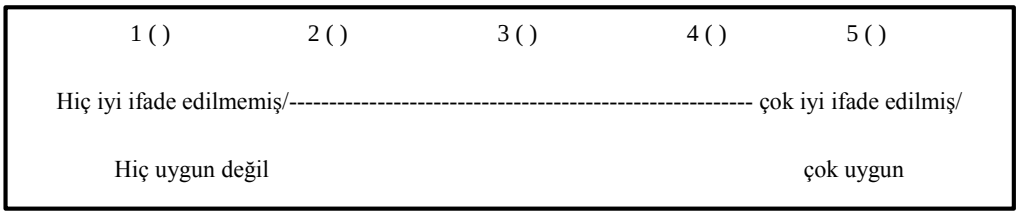
**Tablo 2. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı bölümlerinden alınan puanların değerlendirilmesi**

| Ölçek Bölümleri | Puanlama | | |
|---|---|---|---|
| | Yetersiz | Sınırda | Yeterli |
| Genel Beslenme Bilgisi | 0-3 | 4-7 | 8-10 |
| Okuduğunu Anlama | 0-2 | 3-4 | 5-6 |
| Besin Grupları | 0-3 | 4-7 | 8-10 |
| Porsiyon Miktarları | 0-1 | 2 | 3 |
| Sayısal Okuryazarlık ve Gıda Etiketi Okuma | 0-2 | 3-4 | 5-6 |

Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği (DÖİÖ) İstanbul Okan Üniversitesi'nde 18-65 yaş arası 272 kişilik bir örneklemde psikolog Duygu Yüksel tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin

Cronbach alfa katsayısı 0,95'tir. Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği bireylerde "tedavi motivasyonu" ile ilişkili faktörler arasında yer alan diyet öz yeterlilik inançlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu ölçeğin kullanılma amacı; bireyin tedaviye hazır oluş durumunu ölçmek, tedavi motivasyonu ile ilişkili faktörler arasında yer alan diyet öz yeterlilik inançlarını değerlendirmektir. Kendi içinde 3 bölümden oluşan bu ölçeğin bölümleri; "genel inançlar, tıbbi inançlar ve hazırlık-kontrol inançları"dır. Genel inançlar bölümü diyeti bireysel olarak sürdürme ve sosyal ayartıcılara karşı durabilme şeklindeki bireysel ve sosyal boyut kısmını ele almaktadır. Tıbbi inançlar bölümü; katılımcıların tedavilerine bağlılığını, örneğin doktor kontrollerine düzenli olarak gitme durumunu sorgulamaktadır. Hazırlık–Kontrol bölümü ise ayartıcıların ortaya çıkması beklenen yerlerde daha önceden önlem almak konusunda ortaya çıkmıştır (8).

Katılımcıları 5'li skala üzerinden değerlendiren DÖİÖ'nin skalası Şekil 3'te gösterilmiştir. Skalada "1" "hiç uygun değil" anlamına gelirken, "5" "çok uygun" anlamını taşımaktadır.




**Şekil 3. Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği skalası**

**Antropometrik Ölçümler**

**Vücut ağırlığı:** Tüm katılımcıların vücut ağırlıkları elle taşınabilen 0,1 kg duyarlılıkla taşınabilir baskül ile ölçüldü ve ölçüm sırasında kişilerin ince giysili olmalarına dikkat edildi (88).

**Boy uzunluğu:** Katılımcıların boy uzunluğu ölçümü baş, kalça, ayak topukları duvara değecek şekilde, birey dik pozisyonda, ayakkabısızken stadiometre ile Frankfurt düzleminde (kulak kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırının aynı hizada, bakışlar yere paralel iken), 0,1 cm duyarlılıkla yapıldı (88).

**Beden Kütle İndeksi (BKİ):** Bireylerin vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunlukları (m) kullanılarak BKİ aşağıdaki formül ile hesaplandı:

BKİ = [ Vücut Ağırlığı (kg) / Boy*Boy (m)² ] .

Beden Kütle İndeksi sonuçları, Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre değerlendirildi (88).

Dünya Sağlık Örgütü, BKİ değerlerine göre obezite sınıflaması Tablo 3'te gösterilmektedir (54).

**Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü obezite sınıflandırması**

| Vücut Ağırlığı Durumu | BKİ (kg/m²) |
|---|---|
| Zayıf | ≤18,5 |
| Normal | 18,5-24,9 |
| Fazla Kilo | 25,0-29,9 |
| Obez | ≥30,0 |
| 1.Sınıf Obez | 30,0-34,9 |
| 2.Sınıf Obez | 35,0-39,9 |
| 3.Sınıf Obez (Morbid Obez) | ≥40,0 |

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi

**Bel çevresi:** Katılımcıların bel çevresi kolları iki yanda ve ayaklar birleşik durumda iken, en alt kaburga kemiği ile krista-iliak çıkıntı arası 0,1 cm duyarlılıkla esnemeyen mezür ile ölçüldü (88).

**Kalça çevresi:** Bireylerin kalça çevresi kolları iki yanda ve ayaklar birleşik durumda iken bireylerin yandan maksimum çevresi saptanarak 0,1 cm duyarlılıkla esnemeyen mezür ile ölçüldü (88).

**Bel/Kalça oranı:** Bel/Kalça oranı Bel çevresi (cm) / kalça çevresi (cm) formülü ile hesaplanıp ve sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre değerlendirildi. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre Bel/Kalça Oranı risk değerlendirmesi Tablo 4'te gösterilmektedir (84).

**Tablo 4. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Bel/Kalça Oranı sağlık risklerinin değerlendirilmesi (9)**

| Sağlık Riski | Erkek | Kadın |
|---|---|---|
| Düşük Risk | ≤0,95 | ≤0,80 |
| Orta Risk | 0,96-1,00 | 0,81-0,85 |
| Yüksek Risk | ≥1,00 | ≥0,85 |

## ARAŞTIRMANIN İSTATİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel değerlendirme, IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. kullanılarak analiz edildi. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ile değerlendirildikten sonra normal dağılıma uymayan veriler Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans ile analiz edildi. Değişkenler arasında ilişkilerin incelenmesinde Pearson ve Spearman korelasyonu uygulandı. Niteliksel verilerde uygun olan Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler olarak Median (Alt-Üst) değerleri ve aritmetik ortalama±standart sapma, sayı ve yüzdeler verildi. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak seçildi.

## ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği'ne başvuran 138 birey ile yürütülen bu çalışmada; gönüllülük esasına dayanması nedeniyle katılımcıların dağılımı cinsiyete göre eşit dağılmamıştır. Anket formunda bulunan ölçeklerin uzun ve çok zaman alması nedeniyle katılımcılar tarafından sıkıcı bulunmuştur.

# BULGULAR

Bu çalışma Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği'ne başvuran 138 katılımcı ile yapıldı. Katılımcıların 99'u (%71,74) kadın ve 39'u (%28,26) erkektir.

Katılımcılara ait yaş özellikleri Tablo 5'te gösterilmektedir.

**Tablo 5. Katılımcıların yaş aralıklarına göre dağılımları**

| Yaş Aralığı (yıl) | Kadın (n=99) | | | Erkek (n=39) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | X̄±SS | n | % | X̄±SS |
| 18-24 | 10 | 10,10 | | 2 | 5,10 | |
| 25-34 | 8 | 8,10 | | 3 | 7,70 | |
| 35-44 | 16 | 16,20 | 46,15±12,11 | 9 | 23,10 | 48,20±11,58 |
| 45-54 | 37 | 37,20 | | 9 | 23,10 | |
| 55-64 | 28 | 28,30 | | 16 | 41,00 | |

Çalışmaya katılan kadın bireylerin çoğunluğu 45-54 yaş (%37,20) arasındadır. Erkek bireylerin ise çoğunluğu 55-64 yaş (%41,00) arasındadır. Kadın ve erkeklerin ortalama yaşları sırasıyla 46,15±12,11 yıl ve 48,20±11,58 yıldır.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmektedir.

**Tablo 6. Katılımcıların demografik özellikleri**

| Demografik Özellikler | Kadın (n=99) | | Erkek (n=39) | | Toplam (n=138) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| **Eğitim durumu** | | | | | | |
| İlkokul | 46 | 46,50 | 11 | 28,20 | 57 | 41,30 |
| Ortaokul | 9 | 9,10 | 8 | 20,50 | 17 | 12,30 |
| Lise | 21 | 21,20 | 10 | 25,60 | 31 | 22,50 |
| Lisans | 22 | 22,20 | 9 | 23,10 | 31 | 22,50 |
| Yüksek lisans | - | - | 1 | 2,60 | 1 | 0,70 |
| Doktora | 1 | 100,00 | - | - | 1 | 0,70 |
| **Medeni durum** | | | | | | |
| Evli | 72 | 72,70 | 31 | 79,50 | 103 | 74,60 |
| Bekar | 27 | 27,30 | 8 | 20,50 | 35 | 25,40 |
| **Çalışma durumu** | | | | | | |
| Çalışıyor | 14 | 14,10 | 16 | 41,00 | 30 | 21,70 |
| Çalışmıyor | 85 | 85,90 | 23 | 59,00 | 108 | 79,30 |
| **Sağlık güvencesi** | | | | | | |
| Var | 92 | 92,90 | 36 | 92,30 | 128 | 92,80 |
| Yok | 7 | 7,10 | 3 | 7,70 | 10 | 7,20 |
| **Yaşadığı yer** | | | | | | |
| Kent | 69 | 69,70 | 23 | 59,00 | 92 | 66,70 |
| Kırsal | 30 | 30,30 | 16 | 41,00 | 46 | 33,30 |

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%41,30) ilkokul mezunudur. Katılımcıların %74,60'ı evli ve %79,30'u çalışmamaktadır. Bireylerin %92,80'inin sağlık güvencesi varken, %66,70'i ise kentte yaşamaktadır.

Katılımcıların kronik hastalık durumlarının değerlendirmesi Tablo 7'de gösterilmektedir.

**Tablo 7. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının değerlendirilmesi**

| Kronik Hastalık* | Kadın (n=99) | | Erkek (n=39) | | Toplam (n=138) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Diyabet | 64 | 42,70 | 25 | 34,20 | 89 | 39,90 |
| Hipertansiyon | 39 | 26,00 | 21 | 28,80 | 60 | 26,90 |
| Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı | - | - | 2 | 2,70 | 2 | 0,90 |
| Kalp Hastalığı | 15 | 10,00 | 10 | 13,70 | 25 | 11,20 |
| Diğer | 32 | 21,30 | 15 | 20,50 | 47 | 21,10 |

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan bireylerde en sık diyabet (%39,90) ve hipertansiyon (%26,90) hastalıkları bulunmaktadır. Katılımcıların sahip olduğu diğer kronik hastalıklar ise; meme kanseri, non-alkolik karaciğer yağlanması, gut ve kronik böbrek hastalığı gibi hastalıklardır.

Katılımcıların tıbbi beslenme tedavisi alma durumları Tablo 8'de gösterilmektedir.

**Tablo 8. Katılımcıların tıbbi beslenme tedavisi alma durumları**

| Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu | Kadın (n=99) | | Erkek (n=39) | | Toplam (n=138) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Hiç | 10 | 10,10 | 7 | 17,90 | 17 | 12,30 |
| 1 kez | 44 | 44,40 | 20 | 51,30 | 64 | 46,40 |
| >1 kez | 45 | 45,50 | 12 | 30,80 | 57 | 41,30 |

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların %12,30'u daha önce hiç tıbbi beslenme tedavisi almadığını ifade etmiş olup, %46,40'ı ise sadece bir kez, %41,30'u ise birden fazla kez tıbbi beslenme tedavisi aldığını bildirmiştir.

Katılımcıların antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalaması, standart sapma ve alt-üst değerleri Tablo 9'da gösterilmektedir.

**Tablo 9. Katılımcıların antropometrik ölçümleri**

| Parametre | Kadın (n=99) | | Erkek (n=39) | |
|---|---|---|---|---|
| | X̄±SS | Alt-Üst | X̄±SS | Alt-Üst |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 90,69±14,62 | 50-147,1 | 97,70±26,98 | 48,1-190,4 |
| Olmak İstenilen Vücut Ağırlığı (kg) | 68,75±8,46 | 50-90 | 74,20±11,92 | 53-100 |
| Boy Uzunluğu (m) | 1,60±0,07 | 1,43-1,81 | 1,69±0,06 | 1,58-1,85 |
| BKİ (kg/m²) | 34,60±6,48 | 17,8-65,3 | 34,01±8,41 | 16,6-64,3 |
| Bel Çevresi (cm) | 122,00±21,58 | 60-220 | 135,12±39,33 | 68-210 |
| Kalça Çevresi (cm) | 118,00±17,34 | 75-207 | 119,9±26,43 | 80-203 |
| Bel/Kalça Oranı | 0,91±0,11 | 0,71-1,32 | 1,11±0,17 | 0,8-1,53 |

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi

Çalışmaya katılan kadın ve erkek bireylerin vücut ağırlıkları sırasıyla 90,69±14,62 kg ve 97,70±26,98 kg'dır. Kadın bireylerin ortalama boy uzunluğu ve BKİ değerleri sırasıyla 1,60±0,07 m ve 34,6±6,48 kg/m²'dir. Erkek bireylerin ortalama boy uzunluğu ve BKİ değerleri sırasıyla 1,69±0,06 m ve 34,01±8,41 kg/m²'dir.

Katılımcıların DSÖ kriterlerine göre BKİ dağılımları ise Tablo 10'da gösterilmektedir.

**Tablo 10. Katılımcıların DSÖ kriterlerine göre BKİ dağılımları**

| BKİ Değerlendirme | Kadın (n=99) | | Erkek (n=39) | | Toplam (n=138) | | $x^2$ p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Zayıf | 1 | 1,00 | 2 | 5,10 | 3 | 2,20 | |
| Normal Kilo | 3 | 3,00 | 1 | 2,60 | 4 | 2,90 | |
| Fazla Kilo | 8 | 8,10 | 6 | 15,40 | 14 | 10,10 | $x^2$=4,389 |
| I. Derece Obez | 42 | 42,40 | 16 | 41,00 | 58 | 42,00 | p=0,495 |
| II. Derece Obez | 28 | 28,30 | 8 | 20,50 | 36 | 26,10 | |
| III. Derece Obez (Morbid Obez) | 17 | 17,30 | 6 | 15,40 | 23 | 16,70 | |

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi, Grup içi analiz: ki-kare testi, p<0,05

Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu I. derece obez olup (%42,00), bunu sırasıyla II. derece (%26,00) ve III. derece obezite (%16,70) düzeyi takip etmektedir. Katılımcıların %2,20'sinin ise BKİ değeri 18,00 kg/m²'den düşük olduğu için zayıf olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların bel/kalça oranlarına göre sağlık riskleri Tablo 11'de gösterilmektedir.

**Tablo 11. Katılımcıların cinsiyete göre bel/kalça oranları**

| Sağlık Riski | Kadın (n=99) | | | Erkek (n=39) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X̄±SS | n | % | X̄±SS | n | % |
| Düşük Risk | 0,750±0,056 | 2 | 2,00 | 0,860±0,580 | 5 | 12,80 |
| Orta Risk | 0,820±0,015 | 3 | 3,10 | 0,980±0,028 | 2 | 5,10 |
| Yüksek Risk | 1,020±0,010 | 94 | 94,90 | 1,160±0,154 | 32 | 82,10 |
| Toplam | 1,012±0,115 | 99 | 100 | 1,110±0,177 | 39 | 100 |

Kadın bireylerin %94,90'nı ve erkek bireylerin %82,10'u bel/kalça oranı yüksek risk düzeyinde olduğu saptanmıştır. Kadınların bel/kalça oranı yalnızca %2,00'sinin ve erkeklerin %12,80'inin düşük riskli düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik inanç toplam ve alt bölüm puanlarının ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri Tablo 12'de gösterilmektedir.

**Tablo 12. Diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam ve alt bölüm puanlarının ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri**

| Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği Bölümleri | Kadın (n=99) | | Erkek (n=39) | | Toplam (n=138) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X̄±SS | Alt-Üst | X̄±SS | Alt-Üst | X̄±SS | Alt-Üst |
| Genel İnançlar | 75,45±18,28 | 31-116 | 74,07±14,27 | 53-110 | 75,06±17,20 | 31-116 |
| Tıbbi İnançlar | 25,69±4,78 | 6-30 | 25,64±4,54 | 14-30 | 27,00±4,70 | 6-30 |
| Kontrol ve Hazırlık İnançları | 19,07±6,20 | 7-35 | 18,87±5,36 | 7-30 | 19,00±5,95 | 7-35 |
| Toplam Puan | 120,23±25,72 | 48-169 | 118,58±20,87 | 85-173 | 119,76±24,39 | 48-173 |

Katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği genel inançlar, tıbbi inançlar, kontrol hazırlık inançları bölümü ve ölçek toplam puanları sırasıyla 75,06±17,20, 27,00±4,70, 19,00±5,95, 119,76±24,39'dur.

Diyet özetkinlik inançları ölçeği genel inançlar bölüm puanının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 13'te gösterilmektedir.

**Tablo 13. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile genel inançlar bölüm puanının ilişkisi**

| **Parametre** | **GENEL İNANÇLAR PUANI** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Kadın (n=99)** | | | | **x² p** | **Erkek (n=39)** | | | | **x² p** |
| | **Düşük** | | **Yüksek** | | | **Düşük** | | **Yüksek** | | |
| | **n** | **%** | **n** | **%** | | **n** | **%** | **n** | **%** | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 3 | 30,00 | 7 | 70,00 | | - | - | 2 | 100 | |
| 25-34 | 1 | 12,50 | 7 | 87,50 | x²=7,499 | - | - | 3 | 100 | x²=5,273 |
| 35-44 | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | p=0,112 | 4 | 44,40 | 5 | 55,60 | p=0,260 |
| 45-54 | 17 | 45,90 | 20 | 54,10 | | 5 | 55,60 | 4 | 44,40 | |
| 55-64 | 17 | 60,70 | 11 | 39,30 | | 9 | 56,30 | 7 | 43,80 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 30 | 65,20 | 16 | 34,80 | | 5 | 45,50 | 6 | 54,50 | |
| Ortaokul | 4 | 44,40 | 5 | 55,60 | x²=20,318 | 7 | 87,50 | 1 | 12,50 | x²=8,008 |
| Lise | 8 | 38,10 | 13 | 61,90 | **p=0,000*** | 3 | 30,00 | 7 | 70,00 | p=0,091 |
| Lisans | 2 | 9,10 | 20 | 90,90 | | 3 | 33,30 | 6 | 66,70 | |
| Y. Lisans | - | - | - | - | | - | - | 1 | 100,00 | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | |
| Kent | 26 | 37,70 | 43 | 62,30 | x²=4,218 | 9 | 39,10 | 24 | 60,90 | x²=1,113 |
| Kırsal | 18 | 60,00 | 12 | 40,00 | **p=0,040*** | 9 | 56,30 | 7 | 43,80 | p=0,291 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | |
| Hiç | 6 | 60,00 | 4 | 40,00 | x²=1,358 | 4 | 57,10 | 3 | 42,90 | x²=1,253 |
| 1 Kez | 20 | 45,50 | 24 | 54,50 | p=0,507 | 10 | 50,00 | 10 | 50,00 | p=0,535 |
| >1 Kez | 18 | 40,00 | 27 | 60,00 | | 4 | 33,30 | 8 | 66,70 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | |
| Var | 40 | 47,10 | 45 | 52,90 | x²=1,664 | 15 | 44,10 | 19 | 55,90 | x²=0,442 |
| Yok | 4 | 28,60 | 10 | 71,40 | p=0,197 | 3 | 60,00 | 2 | 40,00 | p=0,647 |

0-71 puan: düşük genel inanç, 72+ puan: yüksek genel inanç, Grup içi analiz: ki-kare test analizi, *p<0,05

Kadın bireylerin genel inançlar bölüm puanları ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Bu fark diğer parametrelerde tespit

edilmemiştir. Erkek bireylerin bu bölümden aldığı puanlar ile hiçbir parametreye göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Diyet özetkinlik inançları ölçeği tıbbi inançlar bölüm puanının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 14'te gösterilmektedir.

**Tablo 14. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile tıbbi inançlar bölüm puanının ilişkisi**

| Parametre | TIBBİ İNANÇLAR PUANI | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | x² p | Erkek (n=39) | | | | x² p |
| | Düşük | | Yüksek | | | Düşük | | Yüksek | | |
| | n | % | n | % | | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | |
| 18-24 | - | - | 10 | 100,00 | | - | - | 2 | 100,00 | |
| 25-34 | - | - | 8 | 100,00 | x²=2,408 | - | - | 3 | 100,00 | x²=3,889 |
| 35-44 | 2 | 12,50 | 14 | 87,50 | p=0,661 | 2 | 22,20 | 7 | 77,80 | p=0,421 |
| 45-54 | 4 | 10,80 | 33 | 89,20 | | - | - | 9 | 100,00 | |
| 55-64 | 2 | 7,10 | 26 | 92,90 | | 1 | 6,30 | 15 | 93,80 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 6 | 13,00 | 40 | 87,00 | | 1 | 9,10 | 10 | 90,90 | |
| Ortaokul | - | - | 9 | 100,00 | | - | - | 8 | 100,00 | |
| Lise | 2 | 9,50 | 19 | 90,50 | x²=4,397 | - | - | 10 | 100,00 | x²=4,290 |
| Lisans | - | - | 22 | 100,00 | p=0,355 | 2 | 22,20 | 7 | 77,80 | p=0,368 |
| Y. Lisans | - | - | - | - | | - | - | 1 | 100,00 | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | |
| Kent | 7 | 10,10 | 62 | 89,90 | x²=1,306 | 3 | 13,00 | 20 | 87,00 | x²=2,261 |
| Kırsal | 1 | 3,30 | 29 | 96,70 | p=0,429 | - | - | 16 | - | p=0,255 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | |
| Hiç | 1 | 10,00 | 9 | 90,00 | x²=0,231 | 3 | 42,90 | 4 | 57,10 | x²=14,857 |
| 1 Kez | 4 | 9,10 | 40 | 90,90 | p=0,891 | - | - | 20 | 100,00 | **p=0,001*** |
| >1 Kez | 3 | 6,70 | 42 | 93,30 | | - | - | 12 | 100,00 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | |
| Var | 8 | 9,40 | 77 | 90,60 | x²=1,433 | 2 | 5,90 | 32 | 94,10 | x²=1,224 |
| Yok | - | - | 14 | 100,00 | p=0,596 | 1 | 20,00 | 4 | 80,00 | p=0,345 |

0-17 puan: düşük tıbbi inanç, 18+ puan: yüksek tıbbi inanç, Grup içi analiz: ki-kare test analizi, *p<0,05

Erkek katılımcıların tıbbi inanç puanlarının yalnızca tıbbi beslenme tedavisi alma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Kadın bireylerin diğer parametreler ile arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Diyet özetkinlik inançları ölçeği kontrol-hazırlık inancı bölümü puanının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 15'te gösterilmektedir.

**Tablo 15. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile kontrol-hazırlık inançları bölüm puanının ilişkisi**

| Parametre | KONTROL-HAZIRLIK İNANÇLARI PUANI | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | x² p | Erkek (n=39) | | | | x² p |
| | Düşük | | Yüksek | | | Düşük | | Yüksek | | |
| | n | % | n | % | | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 3 | 30,00 | 7 | 70,00 | | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | |
| 25-34 | 4 | 50,00 | 4 | 50,00 | x²=8,784 | 2 | 66,70 | 1 | 33,30 | x²=1,216 |
| 35-44 | 12 | 75,00 | 4 | 25,00 | p=0,067 | 5 | 55,60 | 4 | 44,40 | p=0,875 |
| 45-54 | 20 | 54,10 | 17 | 45,90 | | 7 | 77,80 | 2 | 22,20 | |
| 55-64 | 21 | 75,00 | 7 | 25,00 | | 10 | 62,50 | 6 | 37,50 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 37 | 80,40 | 9 | 19,60 | | 7 | 63,60 | 4 | 36,40 | |
| Ortaokul | 4 | 44,40 | 5 | 55,60 | x²=15,157 | 7 | 87,50 | 1 | 12,50 | x²=4,580 |
| Lise | 10 | 47,60 | 11 | 52,40 | **p=0,004*** | 5 | 50,00 | 5 | 50,00 | p=0,330 |
| Lisans | 9 | 40,90 | 13 | 59,10 | | 6 | 66,70 | 3 | 33,30 | |
| Y. Lisans | - | - | - | - | | - | - | 1 | 100,00 | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | |
| Kent | 37 | 53,60 | 32 | 46,40 | x²=4,650 | 13 | 56,50 | 10 | 43,50 | x²=1,400 |
| Kırsal | 23 | 76,70 | 7 | 23,30 | **p=0,031*** | 12 | 75,00 | 4 | 25,00 | p=0,237 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | |
| Hiç | 6 | 60,00 | 4 | 40,00 | x²=2,056 | 5 | 71,40 | 2 | 28,60 | x²=1,503 |
| 1 Kez | 30 | 68,20 | 14 | 31,80 | p=0,358 | 14 | 70,00 | 6 | 30,00 | p=0,472 |
| >1 Kez | 24 | 53,30 | 21 | 46,70 | | 6 | 50,00 | 6 | 50,00 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | |
| Var | 49 | 57,60 | 36 | 42,40 | x²=2,204 | 21 | 61,80 | 13 | 38,20 | x²=0,630 |
| Yok | 11 | 78,60 | 3 | 21,40 | p=0,138 | 4 | 80,00 | 1 | 20,00 | p=0,636 |

0-20 puan: düşük kontrol-hazırlık inancı, 21+ puan: yüksek kontrol-hazırlık inancı, Grup içi analiz: ki-kare test analizi, *p<0,05

Kadın katılımcıların kontrol-hazırlık bölümü puanı ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Erkek katılımcıların ise aldığı puan ile hiçbir parametre arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 16'da gösterilmektedir.

**Tablo 16. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanının ilişkisi**

| Parametre | TOPLAM PUAN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | $x^2$ p | Erkek (n=39) | | | | $x^2$ p |
| | Düşük | | Yüksek | | | Düşük | | Yüksek | | |
| | n | % | n | % | | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 2 | 20,00 | 8 | 80,00 | | - | - | 2 | 100,00 | |
| 25-34 | - | - | 8 | 100,00 | $x^2$=9,386 | - | - | 3 | 100,00 | $x^2$=4,525 |
| 35-44 | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | p=0,052 | 3 | 33,30 | 6 | 66,70 | p=0,340 |
| 45-54 | 16 | 43,20 | 21 | 56,80 | | 5 | 55,60 | 4 | 44,40 | |
| 55-64 | 15 | 53,60 | 13 | 46,40 | | 7 | 43,80 | 9 | 56,30 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 30 | 65,20 | 16 | 34,80 | | 5 | 45,50 | 6 | 54,50 | |
| Ortaokul | 1 | 11,10 | 8 | 88,90 | | 4 | 50,00 | 4 | 50,00 | |
| Lise | 7 | 33,30 | 14 | 66,70 | $x^2$=28,027 | 3 | 30,00 | 7 | 70,00 | $x^2$=1,705 |
| Lisans | 1 | 4,50 | 21 | 95,50 | **p=0,000*** | 3 | 33,30 | 6 | 66,70 | p=0,790 |
| Y. Lisans | - | - | - | - | | - | - | 1 | 100,00 | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | |
| Kent | 25 | 36,20 | 44 | 63,80 | $x^2$=0,567 | 9 | 39,10 | 14 | 60,90 | $x^2$=0,011 |
| Kırsal | 14 | 46,70 | 16 | 53,30 | p=0,452 | 6 | 37,50 | 10 | 62,50 | p=0,918 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | |
| Hiç | 6 | 60,00 | 4 | 40,00 | $x^2$=4,535 | 5 | 71,40 | 2 | 28,60 | $x^2$=5,643 |
| 1 Kez | 20 | 45,50 | 24 | 54,50 | p=0,104 | 8 | 40,00 | 12 | 60,00 | p=0,060 |
| >1 Kez | 13 | 28,90 | 32 | 71,10 | | 2 | 16,70 | 10 | 83,30 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | |
| Var | 34 | 40,00 | 51 | 60,00 | $x^2$=0,092 | 13 | 38,20 | 21 | 61,80 | $x^2$=0,006 |
| Yok | 5 | 35,70 | 9 | 64,30 | p=0,761 | 2 | 40,00 | 3 | 60,00 | p=1,00 |

0-110 puan: düşük özetkinlik 111+ puan: yüksek özetkinlik, Grup içi analiz: ki-kare testi, *p<0,05

Kadın bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Erkek bireylerin ise aldığı puan ile hiçbir parametre arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanının BKİ kriterine göre değerlendirmesi Tablo 17'de gösterilmektedir.

**Tablo 17. BKİ kriterine göre diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanının değerlendirilmesi**

| BKİ | TOPLAM PUAN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | $x^2$ p | Erkek (n=39) | | | | $x^2$ p |
| | Düşük | | Yüksek | | | Düşük | | Yüksek | | |
| | n | % | n | % | | n | % | n | % | |
| Zayıf | - | - | 1 | 100,00 | | - | - | 2 | 100,00 | |
| Normal Kilolu | - | - | 3 | 100,00 | | - | - | 1 | 100,00 | |
| Fazla Kilolu | 5 | 62,50 | 3 | 37,50 | $x^2$=8,480 | 2 | 33,30 | 4 | 66,70 | $x^2$=2,911 |
| I. Derece Obez | 16 | 38,10 | 26 | 61,90 | p=0,132 | 8 | 50,00 | 8 | 50,00 | p=0,714 |
| II. Derece Obez | 8 | 28,60 | 20 | 71,40 | | 3 | 37,50 | 5 | 62,50 | |
| III. Derece Obez | 10 | 58,80 | 7 | 41,20 | | 2 | 33,30 | 4 | 66,70 | |

0-110 puan: düşük özetkinlik, 111+ puan: yüksek özetkinlik, Grup içi analiz: ki-kare test analizi, BKİ: Beden Kütle İndeksi, $p<0,05$

Cinsiyete göre çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik toplam puanı ile BKİ sınıflandırması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanlarının parametrelere göre değerlendirmesi, parametrelerin ortalama ve standart sapması Tablo 18'de gösterilmektedir.

**Tablo 18. Katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ve değişkenler arası farklara göre değerlendirilmesi**

| Parametre | DİYET ÖZETKİNLİK İNANÇLARI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | Erkek (n=39) | | |
| | Düşük | Yüksek | Z | Düşük | Yüksek | Z |
| | X±SS | X±SS | p | X±SS | X±SS | p |
| **Yaş (yıl)** | 50,49±10,31 | 43,33±12,44 | **Z=-2,788 p=0,005*** | 51,67±7,70 | 46,04±13,16 | Z=-1,098 p=0,283 |
| **Vücut Ağırlığı (kg)** | 91,59±13,09 | 90,11±15,62 | Z=-0,483 p=0,629 | 95,97±14,13 | 98,78±32,84 | Z=-0,029 p=0,989 |
| **Olmak İstediği Vücut Ağırlığı (kg)** | 70,28±9,23 | 67,77±7,84 | Z=-1,452 p=0,147 | 74,67±10,93 | 73,92±12,72 | Z=-0,102 p=0,921 |
| **BKİ (kg/m²)** | 36,22±5,86 | 34,56±6,83 | Z=-1,318 p=0,188 | 34,08±5,05 | 33,98±10,07 | Z=-0,101 p=0,921 |
| **Bel Çevresi (cm)** | 124,39±19,64 | 119,5±22,71 | Z=-1,369 p=0,171 | 139,13±35,89 | 132,63±41,90 | Z=-0,549 p=0,598 |
| **Kalça Çevresi (cm)** | 122,1±17,30 | 117,87±17,32 | Z=-1,272 p=0,203 | 119,00±21,92 | 120,54±29,35 | Z=-0,144 p=0,898 |
| **Bel/ Kalça Oranı** | 1,02±0,11 | 1,01±0,12 | Z=-0,634 p=0,526 | 1,15±0,16 | 1,10±0,19 | Z=-1,170 p=0,246 |

0-110 puan: düşük özetkinlik, 111+ puan: yüksek özetkinlik, Gruplar arası analiz: Mann-Whitney U Test, BKİ: Beden Kütle İndeksi, *p<0,05

Çalışmaya katılan kadın bireylerde yalnızca yaş değişkeni ortalaması ile diyet özetkinlik inançları toplam puanı arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Erkek bireylerde ise hiçbir parametre arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği bölümleri ve toplam puanlarının yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, kronik hastalık ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumları ile ilişkisi Tablo 19'da gösterilmektedir.

**Tablo 19. Katılımcıların bazı antropometrik ve demografik özellikleri ile diyet özetkinlik inançları ölçeği bölümleri ve toplam puanı ile ilişkisi**

| Parametre | Kadın (n=99) | | | | Erkek (n=39) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Genel İnançlar | Tıbbi İnançlar | Kontrol-Hazırlık İnançları | Toplam puan | Genel inançlar | Tıbbi inançlar | Kontrol-Hazırlık İnançları | Toplam puan |
| Yaş | r=-0,304** | r=-0,068 | r=-0,221* | r=0,292** | r=-0,088 | r=-0,113 | r=0,046 | r=-0,073 |
| | **p=0,002** | p=0,504 | **p=0,028** | **p=0,003** | p=0,594 | p=0,493 | p=0,782 | p=0,658 |
| Eğitim Durumu | r=0,515** | r=0,248* | r=0,326** | r=0,496** | r=0,209 | r=0,135 | r=0,059 | r=0,188 |
| | **p=0,000** | **p=0,013** | **p=0,001** | **p=0,000** | p=0,201 | p=0,414 | p=0,721 | p=0,253 |
| Medeni Durum | r=-0,029 | r=-0,068 | r=-0,067 | r=-0,064 | r=-0,120 | r=0,359* | r=-0,074 | r=-0,179 |
| | p=0,773 | p=0,506 | p=0,511 | p=0,528 | p=0,468 | **p=0,025** | p=0,653 | p=0,275 |
| Yaşadığı Yer | r=-0,172 | r=0,148 | r=-0,193 | r=-0,140 | r=-0,164 | r=0,067 | r=-0,049 | r=-0,110 |
| | p=0,088 | p=0,143 | p=0,056 | p=0,167 | p=0,320 | p=0,686 | p=0,768 | p=0,505 |
| Vücut Ağırlığı | r=-0,172 | r=-0,044 | r=-0,017 | r=-0,131 | r=0,015 | r=0,081 | r=0,045 | r=0,039 |
| | p=0,089 | p=0,665 | p=0,865 | p=0,195 | p=0,928 | p=0,625 | p=0,783 | p=0,811 |
| Olmak İstediği VA | r=-0,146 | r=0,021 | r=0,017 | r=-0,094 | r=0,198 | r=-0,039 | r=0,202 | r=0,179 |
| | p=0,150 | p=0,836 | p=0,864 | p=0,354 | p=0,227 | p=0,812 | p=0,218 | p=0,277 |
| Boy Uzunluğu | r=0,302** | r=0,166 | r=0,245* | r=0,305** | r=0,139 | r=0,132 | r=0,029 | r=0,131 |
| | **p=0,002** | p=1,100 | **p=0,015** | **p=0,002** | p=0,398 | p=0,423 | p=0,862 | p=0,426 |
| BKİ | r=-0,290** | r=-0,115 | r=-0,131 | r=-0,257* | r=-0,034 | r=0,044 | r=0,038 | r=-0,004 |
| | **p=0,004** | p=0,257 | p=0,196 | **p=0,010** | p=0,840 | p=0,792 | p=0,820 | p=0,982 |
| Bel Çevresi | r=-0,256* | r=-0,125 | r=-0,107 | r=-0,230* | r=-0,013 | r=-0,081 | r=0,054 | r=-0,013 |
| | **p=0,011** | p=0,218 | p=0,291 | **p=0,022** | p=0,935 | p=0,623 | p=0,743 | p=0,937 |
| Kalça Çevresi | r=-0,237* | r=-0,128 | r=-0,178 | r=-0,235* | r=0,071 | r=0,021 | r=0,110 | r=0,081 |
| | **p=0,018** | p=0,206 | p=0,078 | **p=0,019** | p=0,670 | p=0,901 | p=0,504 | p=0,624 |
| Bel/Kalça Oranı | r=-0,112 | r=-0,030 | r=0,070 | r=-0,067 | r=-0,079 | r=-0,136 | r=0,006 | r=-0,082 |
| | p=0,269 | p=0,767 | p=0,493 | p=0,511 | p=0,632 | p=0,410 | p=0,972 | p=0,619 |
| KH Durumu | r=0,039 | r=-0,023 | r=-0,085 | r=0,003 | r=-0,138 | r=-0,192 | r=-0,223 | r=-0,193 |
| | p=0,700 | p=0,822 | p=0,406 | p=0,976 | p=0,402 | p=0,243 | p=0,173 | p=0,238 |
| TBT Alma Durumu | r=-0,004 | r=-0,004 | r=-0,074 | r=-0,018 | r=0,007 | r=-0,335* | r=-0,068 | r=-0,085 |
| | p=0,970 | p=0,967 | p=0,466 | p=0,863 | p=0,965 | **p=0,037** | p=0,682 | p=0,605 |

VA: Vücut Ağırlığı, BKİ: Beden Kütle İndeksi, KH: Kronik Hastalık, TBT: Tıbbi Beslenme Tedavisi, r: Pearson korelasyon kat sayısı, r*: p<0,05, r**: p<0,01

Çalışmaya katılan kadın bireylerin genel inanç puanları; yaş, BKİ, bel çevresi ve kalça çevresi uzunluğu ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; tıbbi inanç puanları eğitim düzeyi ile pozitif; kontrol-hazırlık inancı puanları yaş ile negatif, eğitim düzeyi ve boy uzunluğu ile pozitif; toplam puan yaş, BKİ, bel çevresi ve kalça çevresi uzunluğu ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$). Erkek bireylerin ise tıbbi inanç puanları; medeni durum ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ile negatif ilişkilidir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlık değerlendirme aracı puan ortalamaları, standart sapmaları, alt-üst değerleri ve okuryazarlık düzeyleri Tablo 20'de gösterilmektedir.

**Tablo 20. Çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlık değerlendirme aracı puan ortalama, standart sapma, alt-üst değer ve okuryazarlık düzeyleri**

| Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı Bölümleri | Kadın (n=99) | | | Erkek (n=39) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X̄±SS | Alt-Üst | Okuryazarlık Düzeyi | X̄±SS | Alt-Üst | Okuryazarlık Düzeyi |
| Genel Beslenme Bilgisi | 6,76±2,70 | 0-10 | Sınırda | 5,82±2,68 | 6-10 | Sınırda |
| Okuduğunu Anlama | 3,53±1,76 | 0-6 | Sınırda | 3,00±1,80 | 1-6 | Sınırda |
| Besin Grupları | 7,12±3,09 | 0-10 | Yeterli | 7,17±3,31 | 0-10 | Yeterli |
| Porsiyon Miktarları | 1,35±0,90 | 0-3 | Sınırda | 1,17±0,99 | 0-3 | Sınırda |
| Sayısal Okuryazarlık ve Gıda Etiketi Okuma | 1,62±1,55 | 0-6 | Yetersiz | 1,48±1,48 | 0-6 | Yetersiz |
| Toplam Puan | 20,47±7,50 | 6-35 | Sınırda | 18,66±7,55 | 6-30 | Sınırda |

Çalışmaya dâhil edilen kadın ve erkek katılımcıların besin grupları bölüm puanları yeterli, sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanları ise yetersiz düzeydedir. Diğer bölümlerden alınan puanlar ise her iki cinsiyet için sınır düzeyindedir.

Genel beslenme bilgisi bölüm puanlarının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 21'de gösterilmektedir.

**Tablo 21. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile genel beslenme bilgisi bölüm puanlarının ilişkisi**

| Parametre | GENEL BESLENME BİLGİSİ PUANLARI | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 1 | 10,00 | 4 | 40,00 | 5 | 50,00 | | - | - | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | |
| 25-30 | - | - | 1 | 12,50 | 7 | 87,50 | $x^2$=8,142 | - | - | 2 | 66,70 | 1 | 33,30 | $x^2$=7,620 |
| 31-37 | 2 | 12,50 | 6 | 37,50 | 8 | 50,00 | p=0,420 | 1 | 11,10 | 5 | 55,60 | 3 | 33,30 | p=0,471 |
| 38-50 | 5 | 13,50 | 13 | 35,10 | 19 | 51,40 | | 2 | 22,20 | 4 | 44,40 | 3 | 33,30 | |
| 51-64 | 7 | 25,00 | 11 | 33,30 | 10 | 35,70 | | 8 | 50,00 | 4 | 25,00 | 4 | 25,00 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 13 | 28,30 | 21 | 45,70 | 12 | 26,10 | | 4 | 36,40 | 5 | 45,50 | 2 | 18,20 | |
| Ortaokul | - | - | 2 | 22,20 | 7 | 77,80 | | 6 | 75,00 | 2 | 25,00 | - | - | |
| Lise | 2 | 9,50 | 10 | 47,60 | 9 | 42,90 | $x^2$=32,847 | 1 | 10,00 | 5 | 50,00 | 4 | 40,00 | $x^2$=19,575 |
| Lisans | - | - | 2 | 9,10 | 20 | 90,90 | **p=0,000*** | - | - | 3 | 33,30 | 6 | 66,70 | **p=0,012*** |
| Y. Lisans | - | - | - | - | - | - | | - | - | 1 | 100,00 | - | - | |
| Doktora | - | - | - | - | 1 | 100,00 | | - | - | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kent | 8 | 11,60 | 19 | 27,50 | 42 | 60,90 | $x^2$=11,790 | 3 | 13,00 | 10 | 43,50 | 10 | 43,50 | $x^2$=7,594 |
| Kırsal | 7 | 23,30 | 16 | 53,30 | 7 | 23,30 | **p=0,003*** | 8 | 50,00 | 6 | 37,50 | 2 | 12,50 | **p=0,022*** |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiç | 1 | 10,00 | 5 | 50,00 | 4 | 40,00 | $x^2$=2,050 | 2 | 28,60 | 2 | 28,60 | 3 | 42,90 | $x^2$=2,678 |
| 1 kez | 8 | 18,20 | 16 | 36,40 | 20 | 45,50 | p=0,727 | 7 | 35,00 | 7 | 35,00 | 6 | 30,00 | p=0,613 |
| >1 kez | 6 | 13,30 | 14 | 31,10 | 25 | 55,60 | | 2 | 16,70 | 7 | 58,30 | 3 | 25,00 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Var | 13 | 15,30 | 31 | 36,50 | 41 | 48,20 | $x^2$=0,413 | 11 | 32,40 | 13 | 38,20 | 10 | 29,40 | $x^2$=2,280 |
| Yok | 2 | 14,30 | 4 | 28,60 | 8 | 57,10 | p=0,813 | - | - | 3 | 60,00 | 2 | 40,00 | p=0,320 |

0-3 puan: yetersiz okuryazarlık, 4-7 puan: sınırda okuryazarlık, 8-10 puan: yeterli okuryazarlık, Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p*<0,05

Kadın ve erkek bireylerin genel beslenme bilgisi bölümü puanları ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmaya dâhil olan bireylerin okuduğunu anlama bölüm puanlarının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 22'de gösterilmektedir.

**Tablo 22. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile okuduğunu anlama bölüm puanlarının ilişkisi**

| Parametre | OKUDUĞUNU ANLAMA PUANLARI | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 1 | 10,00 | 6 | 60,00 | 3 | 30,00 | | 1 | 50,00 | - | - | 1 | 50,00 | |
| 25-30 | - | - | 4 | 50,00 | 4 | 50,00 | $x^2$=11,220 | 1 | 33,30 | 1 | 33,30 | 1 | 33,30 | $x^2$=3,263 |
| 31-37 | 5 | 31,30 | 4 | 25,00 | 7 | 43,80 | p=0,190 | 4 | 44,40 | 1 | 11,20 | 4 | 44,40 | p=0,917 |
| 38-50 | 11 | 29,70 | 15 | 40,50 | 11 | 29,70 | | 6 | 66,70 | 1 | 11,10 | 2 | 22,20 | |
| 51-64 | 13 | 46,40 | 8 | 28,60 | 7 | 25,00 | | 10 | 62,50 | 2 | 12,50 | 4 | 25,00 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 24 | 52,20 | 16 | 34,80 | 6 | 13,00 | | 6 | 54,50 | 3 | 27,30 | 2 | 18,20 | |
| Ortaokul | 2 | 22,20 | 3 | 33,30 | 4 | 44,40 | $x^2$=26,504 | 8 | 100,00 | - | - | - | - | |
| Lise | 3 | 14,30 | 8 | 38,10 | 10 | 47,60 | **p=0,001*** | 5 | 50,00 | 1 | 10,00 | 4 | 40,00 | $x^2$=15,386 |
| Lisans | 1 | 4,50 | 9 | 40,90 | 12 | 54,50 | | 2 | 22,20 | 1 | 11,10 | 6 | 66,70 | p=0,052 |
| Y. Lisans | - | - | - | - | - | - | | 1 | 100,00 | - | - | - | - | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | - | - | | - | - | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kent | 16 | 23,20 | 26 | 37,70 | 27 | 39,10 | $x^2$=7,074 | 9 | 39,10 | 4 | 17,40 | 10 | 43,50 | $x^2$=6,824 |
| Kırsal | 14 | 46,70 | 11 | 36,70 | 5 | 16,70 | **p=0,029*** | 13 | 81,30 | 1 | 6,30 | 2 | 12,50 | **p=0,033*** |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiç | 3 | 30,00 | 5 | 50,00 | 2 | 20,00 | $x^2$=5,021 | 4 | 57,10 | - | - | 3 | 42,90 | $x^2$=3,573 |
| 1 kez | 17 | 38,60 | 16 | 36,40 | 11 | 25,00 | p=0,285 | 12 | 60,00 | 4 | 20,00 | 4 | 20,00 | p=0,467 |
| >1 kez | 10 | 22,20 | 16 | 35,60 | 19 | 42,20 | | 6 | 50,00 | 1 | 8,30 | 5 | 41,70 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Var | 26 | 30,60 | 32 | 37,60 | 27 | 31,80 | $x^2$=0,086 | 21 | 61,80 | 3 | 8,80 | 10 | 29,40 | $x^2$=3,768 |
| Yok | 4 | 28,60 | 5 | 35,70 | 5 | 35,70 | p=0,958 | 1 | 20,00 | 2 | 40,00 | 2 | 40,00 | p=0,087 |

0-2 puan: yetersiz okuryazarlık, 3-4 puan: sınırda okuryazarlık, 5-6 puan: yeterli okuryazarlık Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p*<0,05

Kadın katılımcıların okuduğunu anlama bölüm puanları ile eğitim durumu ve yaşadığı yer, erkek bireylerin yalnızca yaşadığı yer ile arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcı bireylerin besin grupları bölüm puanlarının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 23'te gösterilmektedir.

**Tablo 23. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile besin grupları bölüm puanlarının ilişkisi**

| Parametre | BESİN GRUPLARI PUANLARI | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 2 | 20,00 | - | - | 8 | 80,00 | | - | - | - | - | 2 | 100,00 | |
| 25-30 | 1 | 12,50 | 1 | 12,50 | 6 | 75,00 | $x^2$=6,650 | - | - | 1 | 33,30 | 2 | 66,70 | $x^2$=4,168 |
| 31-37 | 2 | 12,50 | 5 | 31,30 | 9 | 56,30 | p=0,575 | 1 | 11,10 | 1 | 11,10 | 7 | 77,80 | p=0,842 |
| 38-50 | 5 | 13,50 | 11 | 29,70 | 21 | 56,80 | | 2 | 22,20 | 2 | 22,20 | 5 | 55,60 | |
| 51-64 | 5 | 17,90 | 10 | 35,70 | 13 | 46,40 | | 3 | 18,80 | 5 | 31,30 | 8 | 50,00 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 11 | 23,90 | 19 | 41,30 | 16 | 34,80 | | 2 | 18,20 | 4 | 36,40 | 5 | 45,50 | |
| Ortaokul | - | - | 2 | 22,20 | 7 | 77,80 | | - | - | 3 | 37,50 | 5 | 62,50 | |
| Lise | 3 | 14,30 | 3 | 14,30 | 15 | 71,40 | $x^2$=24,030 | 2 | 20,00 | 1 | 10,00 | 7 | 70,00 | $x^2$=5,804 |
| Lisans | 1 | 4,50 | 2 | 9,10 | 19 | 86,40 | **p=0,002*** | 2 | 22,20 | 1 | 11,10 | 6 | 66,70 | p=0,066 |
| Y. Lisans | - | - | - | - | - | - | | - | - | - | - | 1 | 100,00 | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | - | - | | - | - | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kent | 11 | 15,90 | 16 | 23,20 | 42 | 60,90 | $x^2$=1,916 | 4 | 17,40 | 5 | 21,70 | 14 | 60,90 | $x^2$=0,194 |
| Kırsal | 4 | 13,30 | 11 | 36,70 | 15 | 50,00 | p=0,384 | 2 | 12,50 | 4 | 25,00 | 10 | 62,50 | p=0,907 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiç | 4 | 40,00 | 3 | 30,00 | 3 | 30,00 | $x^2$=7,536 | 2 | 28,60 | 3 | 42,90 | 2 | 28,60 | $x^2$=4,292 |
| 1 kez | 7 | 15,90 | 13 | 29,50 | 24 | 54,50 | p=0,110 | 3 | 15,00 | 4 | 20,00 | 13 | 65,00 | p=0,368 |
| >1 kez | 4 | 8,90 | 11 | 24,40 | 30 | 66,70 | | 1 | 8,30 | 2 | 16,70 | 9 | 75,00 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Var | 14 | 16,50 | 23 | 27,10 | 48 | 56,50 | $x^2$=7,536 | 5 | 14,70 | 7 | 20,60 | 22 | 64,70 | $x^2$=4,292 |
| Yok | 1 | 7,10 | 4 | 28,60 | 9 | 64,30 | p=0,661 | 1 | 20,00 | 2 | 40,00 | 2 | 40,00 | p=0,368 |

0-3 puan: yetersiz okuryazarlık, 4-7 puan: sınırda okuryazarlık, 8-10 puan: yeterli okuryazarlık Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p*<0,05

Çalışmaya katılan kadın bireylerin besin grupları bölüm puanları ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$), diğer parametrelerde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p<0,05$). Erkek katılımcılarda ise besin grupları bölüm puanları ile parametreler arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcı bireylerin porsiyon miktarları bölüm puanlarının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 24'te gösterilmektedir.

Tablo 24. **Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile porsiyon miktarları bölüm puanlarının ilişkisi**

| Parametre | PORSİYON MİKTARLARI | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | x² p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | x² p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 4 | 40,00 | 4 | 40,00 | 2 | 20,00 | | 1 | 50,00 | - | - | 1 | 50,00 | |
| 25-34 | 5 | 62,50 | 3 | 37,50 | - | - | x²=5,229 | 2 | 66,70 | 1 | 33,30 | - | - | x²=4,765 |
| 35-44 | 8 | 50,00 | 5 | 31,30 | 3 | 18,80 | p=0,733 | 5 | 55,60 | 3 | 33,30 | 1 | 11,10 | p=0,782 |
| 45-54 | 24 | 64,90 | 8 | 21,60 | 5 | 13,50 | | 5 | 55,60 | 3 | 33,30 | 1 | 11,10 | |
| 55-64 | 18 | 64,30 | 8 | 28,60 | 2 | 7,10 | | 11 | 68,80 | 4 | 25,00 | 1 | 6,30 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 36 | 78,30 | 7 | 15,20 | 3 | 6,50 | | 5 | 45,50 | 5 | 45,50 | 1 | 9,10 | |
| Ortaokul | 4 | 44,40 | 2 | 22,20 | 3 | 33,30 | | 8 | 100,00 | - | - | - | - | |
| Lise | 7 | 33,30 | 11 | 52,40 | 3 | 14,30 | x²=20,052 | 4 | 40,00 | 5 | 50,00 | 1 | 10,00 | x²=11,928 |
| Lisans | 12 | 54,50 | 7 | 31,80 | 3 | 13,60 | **p=0,010*** | 6 | 66,70 | 1 | 11,10 | 2 | 22,20 | p=0,154 |
| Y. Lisans | - | - | - | - | - | - | | 1 | 100,00 | - | - | - | - | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | - | - | | - | - | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kent | 37 | 53,60 | 24 | 28,20 | 10 | 11,80 | x²=4,816 | 13 | 56,50 | 6 | 26,10 | 4 | 17,40 | x²=3,101 |
| Kırsal | 22 | 73,30 | 4 | 13,30 | 2 | 14,30 | p=0,090 | 11 | 68,80 | 5 | 31,30 | - | - | p=0,212 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiç | 7 | 70,00 | 2 | 20,00 | 1 | 10,00 | x²=0,671 | 6 | 85,70 | - | - | 1 | 14,30 | x²=4,309 |
| 1 Kez | 25 | 56,80 | 13 | 29,50 | 6 | 13,60 | p=0,995 | 10 | 50,00 | 8 | 40,00 | 2 | 10,00 | p=0,366 |
| >1 Kez | 27 | 60,00 | 13 | 28,90 | 5 | 11,10 | | 8 | 66,70 | 3 | 25,00 | 1 | 8,30 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Var | 51 | 60,00 | 24 | 28,20 | 10 | 11,80 | x²=0,080 | 21 | 61,80 | 9 | 26,50 | 4 | 11,80 | x²=0,873 |
| Yok | 8 | 57,10 | 4 | 28,60 | 2 | 14,30 | p=0,961 | 3 | 60,00 | 2 | 40,00 | - | - | p=0,646 |

0-1 puan: yetersiz okuryazarlık, 2 puan: sınırda okuryazarlık, 3 puan: yeterli okuryazarlık Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p*<0,05

Çalışmaya dâhil edilen kadın bireylerin porsiyon miktarı bölüm puanı ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek bireylerin ise aldığı puan ile parametreler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanlarının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 25'te gösterilmektedir.

**Tablo 25. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanlarının ilişkisi**

| Parametre | SAYISAL OKURYAZARLIK VE GIDA ETİKETİ OKUMA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | 6 | 60,00 | 3 | 30,00 | 1 | 10,00 | | 2 | 100,00 | - | - | - | - | |
| 25-34 | 4 | 50,00 | 2 | 25,00 | 2 | 25,00 | | 1 | 33,10 | - | - | 2 | 66,70 | |
| 35-44 | 10 | 62,50 | 5 | 31,30 | 1 | 6,30 | $x^2$=15,993 **p=0,042*** | 8 | 88,90 | 1 | 11,10 | - | - | $x^2$=19,542 **p=0,012*** |
| 45-54 | 33 | 89,20 | 4 | 10,80 | - | - | | 7 | 77,80 | 1 | 11,10 | 1 | 11,10 | |
| 55-64 | 24 | 85,70 | 3 | 10,70 | 1 | 3,60 | | 16 | 100,00 | - | - | - | - | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 45 | 97,80 | 1 | 2,20 | - | - | | 11 | 100,00 | - | - | - | - | |
| Ortaokul | 8 | 88,90 | 1 | 11,10 | - | - | | 8 | 100,00 | - | - | - | - | |
| Lise | 13 | 61,90 | 7 | 33,30 | 1 | 4,80 | $x^2$=32,659 **p=0,000*** | 7 | 70,00 | 1 | 10,00 | 2 | 20,00 | $x^2$=6,568 |
| Lisans | 11 | 50,00 | 7 | 31,80 | 4 | 18,20 | | 7 | 77,80 | 1 | 11,10 | 1 | 11,10 | p=0,584 |
| Y. Lisans | - | - | - | - | - | - | | 1 | 100,0 | - | - | - | - | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | - | - | | - | - | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kent | 50 | 72,50 | 14 | 20,30 | 5 | 7,20 | $x^2$=4,290 | 31 | 91,20 | 2 | 5,90 | 1 | 2,90 | $x^2$=0,140 |
| Kırsal | 27 | 90,00 | 3 | 10,00 | - | - | p=0,117 | 3 | 60,00 | - | - | 2 | 40,00 | p=0,932 |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiç | 8 | 80,00 | 2 | 20,00 | - | - | $x^2$=6,984 | 6 | 85,70 | - | - | 1 | 14,30 | $x^2$=1,231 |
| 1 Kez | 39 | 88,60 | 4 | 9,10 | 1 | 2,30 | p=0,137 | 18 | 90,00 | 1 | 5,00 | 1 | 5,00 | p=0,873 |
| >1 Kez | 30 | 66,70 | 11 | 24,40 | 4 | 8,90 | | 10 | 83,30 | 1 | 8,30 | 1 | 8,30 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Var | 67 | 78,80 | 14 | 16,50 | 4 | 4,70 | $x^2$=0,398 | 31 | 91,20 | 2 | 5,90 | 1 | 2,90 | $x^2$=8,562 |
| Yok | 10 | 71,40 | 3 | 21,40 | 1 | 7,10 | p=0,820 | 3 | 60,00 | - | - | 2 | 40,00 | p=**0,014*** |

0-2 puan: yetersiz okuryazarlık, 3-4 puan: sınırda okuryazarlık, 5-6puan: yeterli okuryazarlık Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p*<0,05

Kadın katılımcıların sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölümünden aldığı puan ile yaş ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek katılımcılarda ise yaş ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Katılımcıların yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanlarının yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma ve kronik hastalık durumları ile ilişkisi Tablo 26'da gösterilmektedir.

**Tablo 26. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanı ile ilişkisi**

| Parametre | TOPLAM PUAN | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| **Yaş** | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-24 | - | - | 4 | 40,00 | 6 | 60,00 | | - | - | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | |
| 25-34 | - | - | 2 | 25,00 | 6 | 75,00 | $x^2$=10,311 | - | - | 1 | 33,30 | 2 | 66,70 | $x^2$=7,079 |
| 35-44 | 3 | 18,80 | 5 | 31,30 | 8 | 50,00 | p=0,244 | 1 | 11,10 | 5 | 55,60 | 3 | 33,30 | p=0,528 |
| 45-54 | 8 | 21,60 | 14 | 37,80 | 15 | 40,50 | | 3 | 33,30 | 2 | 22,20 | 4 | 44,40 | |
| 55-64 | 9 | 32,10 | 11 | 39,30 | 8 | 28,60 | | 7 | 43,80 | 5 | 31,30 | 4 | 25,00 | |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul | 19 | 41,30 | 21 | 45,70 | 6 | 13,00 | | 5 | 45,50 | 4 | 36,40 | 2 | 18,20 | |
| Ortaokul | - | - | 2 | 22,20 | 7 | 77,80 | | 3 | 37,50 | 5 | 62,50 | - | - | |
| Lise | 1 | 4,80 | 8 | 38,10 | 12 | 57,10 | $x^2$=44,831 | 2 | 20,00 | 1 | 10,00 | 7 | 70,00 | $x^2$=15,867 |
| Lisans | - | - | 4 | 18,20 | 18 | 81,80 | **p=0,000*** | 1 | 11,10 | 3 | 33,30 | 5 | 55,60 | **p=0,044*** |
| Y. Lisans | - | - | - | - | - | - | | - | - | 1 | 100 | - | - | |
| Doktora | - | - | 1 | 100,00 | - | - | | - | - | - | - | - | - | |
| **Yaşadığı Yer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kent | 13 | 18,80 | 19 | 27,50 | 37 | 53,60 | $x^2$=10,531 | 5 | 21,70 | 7 | 30,40 | 11 | 47,80 | $x^2$=3,519 |
| Kırsal | 7 | 23,30 | 17 | 56,70 | 6 | 20,00 | **p=0,005*** | 6 | 37,50 | 7 | 43,80 | 3 | 18,80 | **p=0,005*** |
| **Tıbbi Beslenme Tedavisi Alma Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Hiç | 4 | 40,00 | 4 | 40,00 | 2 | 20,00 | $x^2$=5,855 | 3 | 42,90 | 2 | 28,60 | 2 | 28,60 | $x^2$=1,563 |
| 1 Kez | 10 | 22,70 | 17 | 38,60 | 17 | 38,60 | p=0,210 | 6 | 30,00 | 7 | 35,00 | 7 | 35,00 | p=0,815 |
| >1 Kez | 4 | 13,30 | 15 | 33,30 | 24 | 53,30 | | 2 | 16,70 | 5 | 41,70 | 5 | 41,70 | |
| **Kronik Hastalık Durumu** | | | | | | | | | | | | | | |
| Var | 18 | 21,20 | 30 | 35,30 | 37 | 43,50 | $x^2$=0,473 | 10 | 29,40 | 13 | 38,20 | 11 | 32,40 | $x^2$=0,480 |
| Yok | 2 | 14,30 | 6 | 42,90 | 6 | 42,90 | p=0,789 | 1 | 20,00 | 1 | 20,00 | 3 | 60,00 | p=1,469 |

0-11 puan: yetersiz okuryazarlık, 12-23 puan: sınırda okuryazarlık, 24-35 puan: yeterli okuryazarlık Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p*<0,05

Çalışmaya dâhil edilen kadın ve erkek katılımcıların yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanları ile eğitim durumları ve yaşadıkları yer arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,05$), diğer parametrelere göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracından alınan toplam puanının BKİ sınıflamasına göre değerlendirmesi Tablo 27'de gösterilmektedir.

**Tablo 27. BKİ sınıflamasına göre yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanının değerlendirilmesi**

| BKİ | Kadın (n=99) | | | | | | | Erkek (n=39) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p | Yetersiz | | Sınırda | | Yeterli | | $x^2$ p |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| Zayıf | - | - | - | - | 1 | 100,00 | $x^2$=15,896 p=0,103 | - | - | 1 | 50,00 | 1 | 50,00 | $x^2$=8,647 p=0,556 |
| Normal Kilolu | - | - | - | - | 3 | 100,00 | | - | - | 1 | 100,00 | - | - | |
| Fazla Kilolu | 3 | 37,50 | 1 | 12,50 | 4 | 50,00 | | 1 | 16,70 | 3 | 50,00 | 2 | 33,30 | |
| I.Derece obez | 7 | 16,70 | 15 | 35,70 | 20 | 47,60 | | 7 | 43,80 | 2 | 12,50 | 7 | 43,80 | |
| II.Derece Obez | 4 | 14,30 | 11 | 39,30 | 13 | 46,40 | | 2 | 25,00 | 4 | 50,00 | 2 | 25,00 | |
| III.Derece Obez | 6 | 35,30 | 9 | 52,90 | 2 | 11,80 | | 1 | 16,70 | 3 | 50,00 | 2 | 33,30 | |

0-11 puan: yetersiz okuryazarlık, 12-23 puan: sınırda okuryazarlık, 24-35 puan: yeterli okuryazarlık, BKİ: Beden kütle indeksi, Grup içi analiz: ki-kare test analizi, p<0,05

Cinsiyete göre çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanı ile BKİ sınıflandırması arasında fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanlarının bazı antropometrik ölçümlere göre değerlendirilmesi Tablo 28'de gösterilmektedir.

**Tablo 28. Katılımcı bireylerin bazı antropometrik ölçümlere göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanlarının değerlendirilmesi**

| Parametre | YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRME ARACI TOPLAM PUANLARI | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın (n=99) | | | | | Erkek (n=39) | | | | |
| | Yetersiz[1] X±SS | Sınırda[2] X±SS | Yeterli[3] X±SS | # | & | Yetersiz[1] X±SS | Sınırda[2] X±SS | Yeterli[3] X±SS | # | & |
| **Yaş (yıl)** | 52,55±6,75 | 47,14±12,86 | 42,35±12,20 | $x^2$=10,587 **p=0,005*** | $p^{1-2}$=0,241 **$p^{1-3}$=0,001*** **$p^{2-3}$=0,049*** | 54,27±6,36 | 46,71±12,25 | 44,93±12,89 | $x^2$=3,404 p=0,182 | - |
| **Vücut Ağırlığı (kg)** | 91,47±13,04 | 95,75±15,61 | 86,10±13,22 | $x^2$=6,040 **p=0,049*** | $p^{1-2}$=0,473 $p^{1-3}$=0,249 **$p^{2-3}$=0,013*** | 94,43±12,09 | 101,01±37,23 | 96,96±24,69 | $x^2$=0,007 p=0,997 | - |
| **Olmak İstediği Vücut Ağırlığı (kg)** | 71,50±9,88 | 70,22±8,12 | 66,26±7,49 | $x^2$=6,496 **p=0,039*** | $p^{1-2}$=0,714 $p^{1-3}$=0,056 **$p^{2-3}$=0,023*** | 74,09±8,31 | 74,00±13,01 | 74,5±13,88 | $x^2$=0,051 p=0,975 | - |
| **BKİ (kg/m²)** | 36,69±5,39 | 37,03±7,41 | 33,01±5,52 | $x^2$=7,107 **p=0,029*** | $p^{1-2}$=0,675 **$p^{1-3}$=0,022*** **$p^{2-3}$=0,033*** | 33,69±4,42 | 34,98±12,12 | 33,31±6,58 | $x^2$=0,049 p=0,976 | - |
| **Bel Çevresi (cm)** | 126,55±17,04 | 127,03±24,65 | 114,35±18,93 | $x^2$=5,841 p=0,054 | - | 141,27±36,43 | 130,86±45,22 | 134,57±37,50 | $x^2$=0,690 p=0,708 | - |
| **Kalça Çevresi (cm)** | 122,25±12,55 | 124,66±21,40 | 113,98±13,84 | $x^2$=6,859 **p=0,032*** | $p^{1-2}$=0,797 **$p^{1-3}$=0,049*** **$p^{2-3}$=0,020*** | 118,73±19,64 | 122,29±36,10 | 118,57±20,82 | $x^2$=0,337 p=0,845 | - |
| **Bel/Kalça Oranı** | 1,03±12,00 | 1,02±0,10 | 0,99±0,13 | $x^2$=1,521 p=0,467 | - | 1,17±0,18 | 1,06±0,15 | 1,14±0,19 | $x^2$=1,681 p=0,431 | - |

0-11 puan: yetersiz okuryazarlık, 12-23 puan: sınırda okuryazarlık, 24-35 puan: yeterli okuryazarlık, BKİ: Beden Kütle İndeksi, Gruplar arası analiz: #:Kruskal Wallis test, &:Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Çalışmaya katılan kadın bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça yaş, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ ve kalça çevre düzeyleri azalmaktadır ($p<0,05$). Erkek bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyleri ise hiçbir parametreyi etkilememektedir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan kadın bireylerin YBODA toplam ve bölüm puanlarının yaş, eğitim ve medeni durum, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, BKİ, kronik hastalık ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumları ile ilişkisi Tablo 29'da gösterilmektedir.

**Tablo 29. Cinsiyete göre çalışmaya katılan kadın bireylerin bazı demografik özellik ve antropometrik ölçümlerinin YBODA toplam ve bölüm puanları ile ilişkisi**

| Parametre | Kadın (n=99) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Genel Beslenme Bilgisi | Okuduğunu Anlama | Besin Grupları | Porsiyon Miktarları | Sayısal OY Ve Gıda Etiketi Okuma | Toplam |
| **Yaş** | r=-0,299** **p=0,005** | r=-0,277** **p=0,006** | r=-0,090 p=0,377 | r=-0,171 p=0,900 | r=-0,440** **p=0,000** | r=-0,314** **p=0,002** |
| **Eğitim Durumu** | r=0,495** **p=0,000** | r=0,460** **p=0,000** | r=0,335** **p=0,001** | r=0,293** **p=0,003** | r=0,684** **p=0,000** | r=0,620** **p=0,000** |
| **Medeni Durum** | r=-0,036 p=0,726 | r=0,043 p=0,672 | r=-0,074 p=0,467 | r=-0,031 p=0,760 | r=-0,057 p=0,578 | r=-0,032 p=0,751 |
| **Yaşadığı Yer** | r=-0,311** **p=0,002** | r=-0,238* **p=0,018** | r=-0,054 p=0,592 | r=-0,112 p=0,269 | r=-0,281** **p=0,005** | r=-0,274** **p=0,006** |
| **Vücut Ağırlığı** | r=-0,253* **p=0,012** | r=-0,180 p=0,075 | r=-0,074 p=0,467 | r=0,022 p=0,829 | r=-0,021* **p=0,046** | r=-0,214* **p=0,033** |
| **Olmak İstediği VA** | r=-0,298** **p=0,003** | r=-0,196 p=0,051 | r=-0,048 p=0,638 | r=-0,103 p=0,310 | r=-0,247* **p=0,014** | r=-0,240* **p=0,017** |
| **Boy Uzunluğu** | r=0,059 p=0,563 | r=0,218* **p=0,030** | r=0,182 p=0,072 | r=0,072 p=0,479 | r=0,217* **p=0,031** | r=0,199* **p=0,048** |
| **BKİ** | r=-0,250* **p=0,012** | r=-0,257* **p=0,010** | r=-0,151 p=0,136 | r=-0,026 p=0,797 | r=-0,287** **p=0,004** | r=-0,285** **p=0,004** |
| **Bel Çevresi** | r=-0,230* **p=0,022** | r=-0,255* **p=0,011** | r=-0,159 p=0,116 | r=0,008 p=0,934 | r=-0,266** **p=0,008** | r=-0,271** **p=0,007** |
| **Kalça Çevresi** | r=-0,207* **p=0,040** | r=-0,213* **p=0,034** | r=-0,200* **p=0,047** | r=0,046 p=0,654 | r=-0,183 p=0,070 | r=-0,243* **p=0,016** |
| **Bel/Kalça Oranı** | r=-0,098 p=0,336 | r=-0,144 p=0,154 | r=-0,002 p=0,981 | r=-0,022 p=0,830 | r=-0,196 p=0,051 | r=-0,123 p=0,277 |
| **KH Durumu** | r=0,035 p=0,730 | r=0,041 p=0,685 | r=0,078 p=0,442 | r=0,034 p=0,740 | r=-0,014 p=0,888 | r=0,048 p=0,637 |
| **TBT Alma Durumu** | r=0,064 p=0,531 | r=0,116 p=0,253 | r=-0,060 p=0,558 | r=-0,137 p=0,178 | r=0,083 p=0,415 | r=0,017 p=0,869 |

**VA:** Vücut ağırlığı, **OY:** Okuryazarlık, **BKİ:** Beden Kütle İndeksi, **KH:** Kronik Hastalık, **TBT:** Tıbbi Beslenme Tedavisi, **r:** Spearman korelasyon katsayısı, r*: p<0,05, r**: p<0,01

Çalışmaya katılan kadın bireylerin genel beslenme bilgisi puanları yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; okuduğunu anlama puanları yaş, yaşadığı yer, BKİ, bel ve kalça çevresi ile negatif, eğitim durumu ve boy uzunluğu ile pozitif; besin grupları puanları kalça çevresi ile negatif, eğitim durumu ile pozitif; porsiyon miktarı puanları eğitim durumu ile pozitif; sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma puanları yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı ve olmak istediği ağırlık, BKİ, ve bel çevresi ile negatif, eğitim düzeyi ve boy uzunluğu ile pozitif; toplam puanı ise yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı ve olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevresi ile negatif, eğitim durumu ve boy uzunluğu ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan erkek bireylerin YBODA toplam ve bölüm puanlarının yaş, eğitim ve medeni durum, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, BKİ, kronik hastalık ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumları ile ilişkisi Tablo 30'da gösterilmektedir.

**Tablo 30. Cinsiyete göre çalışmaya katılan erkek bireylerin bazı demografik özellik ve antropometrik ölçümlerinin YBODA toplam ve bölüm puanlarının ile ilişkisi**

| Parametre | Erkek (n=39) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Genel Beslenme Bilgisi | Okuduğunu Anlama | Besin Grupları | Porsiyon Miktarları | Sayısal OY Ve Gıda Etiketi Okuma | Toplam |
| **Yaş** | r=-0,292<br>p=0,071 | r=-0,181<br>p=0,270 | r=-0,252<br>p=0,212 | r=-0,158<br>p=0,336 | r=-0,385*<br>**p=0,015** | r=-0,354*<br>**p=0,027** |
| **Eğitim Durumu** | r=0,490**<br>**p=0,002** | r=0,289<br>p=0,075 | r=0,127<br>p=0,440 | r=0,140<br>p=0,396 | r=0,399*<br>**p=0,012** | r=0,396*<br>**p=0,013** |
| **Medeni Durum** | r=-0,040<br>p=0,810 | r=-0,081<br>p=0,623 | r=-0,263<br>p=0,105 | r=-0,139<br>p=0,400 | r=-0,215<br>p=0,189 | r=-0,209<br>p=0,201 |
| **Yaşadığı Yer** | r=-0,494**<br>**p=0,001** | r=-0,351*<br>**p=0,029** | r=-0,046<br>p=0,782 | r=-0,311<br>p=0,054 | r=-0,277<br>p=0,087 | r=-0,375*<br>**p=0,019** |
| **Vücut Ağırlığı** | r=0,087<br>p=0,600 | r=0,107<br>p=0,518 | r=-0,039<br>p=0,812 | r=0,055<br>p=0,738 | r=-0,080<br>p=0,628 | r=0,031<br>p=0,854 |
| **Olmak İstediği VA** | r=0,200<br>p=0,222 | r=0,205<br>p=0,210 | r=-0,163<br>p=0,322 | r=0,198<br>p=0,226 | r=-0,140<br>p=0,397 | r=0,048<br>p=0,774 |
| **Boy Uzunluğu** | r=0,187<br>p=0,254 | r=-0,042<br>p=0,801 | r=0,027<br>p=0,869 | r=0,288<br>p=0,075 | r=0,134<br>p=0,416 | r=0,133<br>p=0,420 |
| **BKİ** | r=0,031<br>p=0,853 | r=0,108<br>p=0,515 | r=-0,055<br>p=0,738 | r=-0,031<br>p=0,851 | r=-0,157<br>p=0,339 | r=-0,023<br>p=0,891 |
| **Bel Çevresi** | r=0,088<br>p=0,592 | r=0,143<br>p=0,387 | r=-0,124<br>p=0,451 | r=0,046<br>p=0,782 | r=-0,126<br>p=0,443 | r=-0,008<br>p=0,962 |
| **Kalça Çevresi** | r=0,152<br>p=0,356 | r=0,149<br>p=0,364 | r=-0,093<br>p=0,573 | r=0,078<br>p=0,636 | r=-0,131<br>p=0,427 | r=0,033<br>p=0,840 |
| **Bel/Kalça Oranı** | r=0,014<br>p=0,931 | r=0,119<br>p=0,470 | r=-0,101<br>p=0,539 | r=0,060<br>p=0,718 | r=-0,056<br>p=0,733 | r=-0,014<br>p=0,932 |
| **KH Durumu** | r=0,229<br>p=0,162 | r=0,129<br>p=0,434 | r=-0,091<br>p=0,580 | r=0,086<br>p=0,603 | r=0,448**<br>**p=0,004** | r=0,171<br>p=0,297 |
| **TBT Alma Durumu** | r=0,161<br>p=0,328 | r=0,132<br>p=0,423 | r=-0,202<br>p=0,217 | r=-0,194<br>p=0,237 | r=0,168<br>p=0,306 | r=0,008<br>p=0,964 |

**VA:** Vücut ağırlığı, **OY:** Okuryazarlık, **BKİ:** Beden Kütle İndeksi, **KH:** Kronik Hastalık, **TBT:** Tıbbi Beslenme Tedavisi, **r:** Spearman korelasyon katsayısı, r*: p<0,05, r**: p<0,01

Çalışmaya katılan erkek bireylerin genel beslenme bilgisi puanları; yaşadığı yer ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; okuduğunu anlama puanları; yaşadığı yer ile negatif; sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma puanları; yaş ile negatif, eğitim düzeyi ve kronik hastalık durumu ile pozitif; toplam puanları ise yaş ve yaşadığı yer ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$). Besin grupları ve porsiyon miktarları bölüm puanları ile bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik ölçeği bölüm ve toplam puanları ve beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı bölüm ve toplam puanı arasındaki ilişki Tablo 31'de gösterilmektedir.

**Tablo 31. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı bölümleri ve diyet özetkinlik inançları ölçeği bölümleri puan değerlendirilmesi**

| Ölçek Bölümleri | Genel İnançlar Puanı | | | Tıbbi İnançlar Puanı | | | Kontrol-Hazırlık Puanı | | | Toplam Puanı | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Düşük | Yüksek | Z | Düşük | Yüksek | Z | Düşük | Yüksek | Z | Düşük | Yüksek | Z |
| | XX±SS | XX±SS | p | XX±SS | XX±SS | p | XX±SS | XX±SS | p | XX±SS | XX±SS | p |
| **Genel Beslenme Bilgisi** | 4,92±2,68 | 7,79±1,98 | **Z=-6,000 p=0,000*** | 5,91±3,30 | 6,55±2,67 | Z=-0,550 p=0,582 | 5,65±2,69 | 7,87±2,18 | **Z=-4,776 p=0,000*** | 4,69±2,60 | 7,67±2,10 | **Z=-6,124 p=0,000*** |
| **Okuduğunu Anlama** | 2,24±1,40 | 4,32±1,52 | **Z=-6,784 p=0,000*** | 3,45±1,75 | 3,38±1,80 | Z=-0,108 p=0,914 | 2,75±1,71 | 4,40±1,42 | **Z=-5,292 p=0,000*** | 2,22±1,51 | 4,13±1,54 | **Z=-6,169 p=0,000*** |
| **Besin Grupları** | 5,18±3,29 | 8,74±1,89 | **Z=-6,774 p=0,000*** | 4,18±3,31 | 7,39±3,01 | **Z=-3,128 p=0,002*** | 6,13±3,23 | 8,76±2,34 | **Z=-5,422 p=0,000*** | 4,65±3,17 | 8,74±1,82 | **Z=-7,391 p=0,000*** |
| **Porsiyon Miktarları** | 1,02±0,95 | 1,54±0,86 | **Z=-3,455 p=0,000*** | 0,91±0,94 | 1,34±0,93 | Z=-1,556 p=0,120 | 1,12±0,89 | 1,60±0,93 | **Z=-3,048 p=0,002*** | 0,94±0,90 | 1,54±0,88 | **Z=-3,768 p=0,000*** |
| **Sayısal Okur Yazarlık ve Gıda Etiketi Okuma** | 0,82±0,95 | 2,21±1,64 | **Z=-5,406 p=0,000*** | 1,18±1,25 | 1,62±1,55 | Z=-0,823 p=0,411 | 1,32±1,55 | 2,02±1,41 | **Z=-3,372 p=0,001*** | 0,85±0,96 | 2,06±1,65 | **Z=-4,572 p=0,000*** |
| **Toplam** | 14,16±6,00 | 24,70±4,89 | **Z=-8,006 p=0,000*** | 15,64±7,13 | 20,34±7,48 | **Z=-2,039 p=0,041*** | 16,94±7,32 | 24,81±4,93 | **Z=-5,814 p=0,000*** | 13,35±5,86 | 24,21±5,01 | **Z=-8,077 p=0,000*** |

0-71 puan: düşük genel inanç, 72+ puan: yüksek genel inanç, 0-17 puan: düşük tıbbi inanç, 18+ puan: yüksek tıbbi inanç, 0-20 puan: düşük kontrol-hazırlık inancı, 21+ puan: yüksek kontrol-hazırlık inancı, 0-110 puan: düşük özetkinlik, 111+ puan: yüksek özetkinlik, Gruplar arası analiz: Mann Whitney U testi, *p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği tıbbi inanç bölüm puanı YBODA'nın genel beslenme bilgisi, okuduğunu anlama, porsiyon miktarları ve sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölümleri üzerinde etkisi olmayıp (p>0,05), YBODA geri kalan tüm bölüm ve toplam puanlarının diyet özetkinlik inançları ölçeği diğer bölüm ve toplam puanlarını yükseltmektedir. Beslenme okuryazarlığı arttıkça diyet özetkinlik inançları da artmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı ve diyet özetkinlik inançları ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 32'de gösterilmektedir.

**Tablo 32. Çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı ve diyet özetkinlik inançları ölçeği puanları arasındaki ilişki**

| Ölçek Bölümleri | Genel İnançlar | | Tıbbi İnançlar | | Kontrol-Hazırlık | | Toplam Puan | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | r | p | r | p | r | p | r | p |
| **Genel Beslenme Bilgisi** | 0,582 | **0,000*** | 0,266 | **0,002** | 0,475 | **0,000*** | 0,563 | **0,000*** |
| **Okuduğunu Anlama** | 0,624 | **0,000*** | 0,251 | **0,003*** | 0,520 | **0,000*** | 0,589 | **0,000*** |
| **Besin Grupları** | 0,660 | **0,000*** | 0,530 | **0,000*** | 0,508 | **0,000*** | 0,690 | **0,000*** |
| **Porsiyon Miktarları** | 0,311 | **0,000*** | 0,108 | 0,208 | 0,312 | **0,000*** | 0,316 | **0,000*** |
| **Sayısal Okuryazarlık ve Gıda Etiketi Okuma** | 0,513 | **0,000*** | 0,209 | 0,140 | 0,320 | **0,000*** | 0,469 | **0,000*** |
| **Toplam Puanı** | 0,756 | **0,000*** | 0,424 | **0,000*** | 0,581 | **0,000*** | 0,747 | **0,000*** |

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

Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği tıbbi inançlar bölüm puanları ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı porsiyon miktarları, sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanları dışında, diyet özetkinlik inançları ölçeği ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının diğer toplam puan ve alt bölümleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).

# TARTIŞMA

Sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve kronik hastalıkların önlenmesinde beslenmenin rolü büyüktür (89). Bu rol beslenme ile ilişkili kronik hastalıkların (obezite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar ve inme gibi) tedavi ve yönetiminde daha da belirleyicidir. Ülkemizde beslenme yetersizliği ve mikrobesin öğe eksiklikleri ile beslenmeyle ilintili kronik hastalıklar başlıca sağlık problemleridir. Bu sorunların üstesinden gelinebilmesi için toplumun beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi gerekmektedir (90). Beslenme alışkanlıkları ve sağlığın iyileştirilmesi; sosyal yönünün yanı sıra bireylerin besin/yiyecek ile ilgili beceri ve yeteneklerinin geliştirilmesi çok yönlü bir olgudur (89). Birey ve toplum sağlığını artırmanın itici güçlerinden biri de beslenme/gıda okuryazarlığıdır (91). Öz yeterlilik; bireyin yeteneklerinin öne çıkmasıyla, bireyin kendi becerisi ile neler yapabileceğine odaklanması ve belirlenen hedefe ulaşmada engelleri kaldırmayı amaçlayan kavramdır (91,92). Beslenme ve öz yeterlilik ise; bireylerin sağlıklı besin seçimi, satın alınması, hazırlanması ve tüketimi ile ilgili becerilerini kullanabilmelerini ifade ederek, sağlıklı yaşamın anahtarıdır (75). Bu çalışma; tıbbi beslenme tedavisi önerilen bireylerin beslenme okuryazarlık ve diyet özetkinlik inançları düzeylerini değerlendirmek üzere Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği'ne başvuran 138 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Dünya'daki ölümlerin (DSÖ 2018) %71'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu hastalıklar başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere; kanser, diyabet ve solunum yolu hastalıkları gibi hastalıklardır (35). Bu hastalıklar 2012 yılında ABD'de 4,5 milyon ölüme neden olmuş ve bu ölümlerin 1,5 milyonu ise 30-69 yaş arasında gerçekleşmiştir (93). Ülkemizde ise en önemli ölüm nedenlerini (TÜİK, 2016)

kardiyovasküler hastalıklar (%39,80), kanser (%19,70) ve solunum sistemi hastalıkları (%11,90) oluşturmaktadır (94). Yukarıdaki bilgilere benzer şekilde; bu çalışmaya katılan bireylerde en sık diyabet (%39,90) ve hipertansiyon (%26,90) hastalıkları bulunmaktadır (Bkz. Tablo 7). Çalışmaya dâhil edilen bireylerin %12,30'u daha önce hiç tıbbi beslenme tedavisi almadığını ifade etmiş olup, %46,40'ı ise sadece bir kez, %41,30'u ise birden fazla kez tıbbi beslenme tedavisi aldığını bildirmiştir. (Bkz. Tablo 8).

Obezitenin tanısı ve sınıflamasında kullanılan en yaygın yöntemlerden biri BKİ'dir. Obezite ile ilişkili diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riski BKİ≥25 kg/m² olmasıyla artmaktadır (95). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD 2015) ülkeleri genelinde, yetişkin populasyonun %19,50'sinin BKİ ortalaması ≥25 kg/m²'dir. Bu oran Kore ve Japonya'da %6,00'dan az olmakla birlikte; Macaristan, Yeni Zelanda, Meksika ve ABD'de %30,00'dan fazladır. Avustralya, Kanada, Şili, Güney Afrika ve İngiltere'de ise her dört yetişkinden biri obezdir (96). Ülkemizde TURDEP II Çalışması'na göre obezite prevalansı %32,00 olup, erişkin bireylerin 2/3'ü kilolu veya obez olduğu saptanmıştır (97). Bu çalışmalara benzer olarak çalışmamıza dâhil edilen kadın ve erkek bireylerin ortalama BKİ değerleri sırasıyla 34,60±6,48 kg/m² ve 34,01±8,41 kg/m²'dir (Bkz. Tablo 9). Kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu I. derece obez olup (%42,00), bunu sırasıyla II. derece (%26,00) ve III. derece obezite (%16,70) düzeyleri takip etmektedir (Bkz. Tablo 10).

Bel ve kalça çevre ve oranları abdominal yağlanmayı yansıtan diğer önemli bir belirteçtir. Vücutta yağ miktarının artması ile hastalık riskinin arttığı ifade edilmektedir (15). Gezer (98) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmaya göre; diyabet riski açısından bel/kalça oranı yüksek olan bireylerin düşük olan bireylere göre daha yüksek risk altında olduğu saptanmıştır ve bel/kalça oranı ile diyabet riski arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Yardımcı ve ark. (99) tarafından yetişkin 650 kadın birey ile yapılan çalışmada ise kadınların %80,60'ı bel/kalça oranlarına göre sağlık riski açısından yüksek riskli düzeyde bulunmuştur. Zileli ve ark. (100) tarafından 336 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada ise; kız öğrencilerin %61,40'ının, erkek öğrencilerin %36,40'ının bel/kalça oranına göre sağlık açısından yüksek risk düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada yukarıdaki çalışmalara paralel olarak; katılımcıların bel/kalça oranlarına göre sağlık riskleri değerlendirildiğinde kadın bireylerin %94,90'nı ve erkek bireylerin %82,10'unun bel/kalça oranı yüksek risk düzeyinde olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 11). Diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında bu çalışmada bel/kalça oranlarına göre yüksek sağlık riski taşıyan bireylerin oranının her iki cinsiyette de daha fazla olduğu görülmektedir. Bu farkın, bu çalışmadaki örneklemin diyet

polikliniğine başvuran bireylerden oluşması ve dolayısıyla katılımcıların başvurma nedenlerinin büyük oranda vücut ağırlığı yönetimi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bandura'nın geliştirdiği ve sosyal öğrenme kuramına dayanan öz yeterlilik inancı, bireylerin sahip oldukları bilgi ve becerileri etkin biçimde kullanabilmeleri için, kendilerine güven duymaları gerektiğini ifade etmektedir (101). Al-Khawaldeh ve ark. (102) tarafından 223 diyabetli birey ile yürütülen çalışma; öz yeterliliği yüksek olan diyabetli bireylerin, diyabeti daha iyi yönettiğini saptamıştır. Azar (103) tarafından öğretmen adayları ile yapılan çalışmada ise; katılımcıların cinsiyete göre öz yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte öz yeterlilikleri yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği genel inançlar, tıbbi inançlar, kontrol-hazırlık inançları bölüm ve toplam puanları sırasıyla 75,06±17,20 (yüksek), 27,00±4,70 (yüksek), 19,00±5,95 (düşük) ve 119,76±24,39 (yüksek)'dır (Bkz. Tablo 12). Azar'ın bulgularına benzer olarak bu çalışmada da katılımcıların yüksek düzeyde diyet özetkinlik inanç düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumu, yaş, yaşadığı yer ve kişisel tecrübeler öz yeterliliği etkileyen bazı faktörlerdir (104). Gedik (105) tarafından diyabetli bireyler ile yapılan çalışmada; bireylerin eğitim durumu, yaş, yaşadığı yer ve cinsiyet ile özetkinlik puanı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Gao ve ark. (106) tarafından yapılan çalışmada; bireylerin özetkinlik puanları ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmada ise; kadın bireylerin genel inançlar bölüm puanı ile eğitim düzeyi ve yaşadığı yer arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi ve kentte yaşam arttıkça genel inancında arttığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 13). Gao ve ark ve Gedik'in çalışmalarından farklı olarak bu çalışmada bireylerin tıbbi beslenme tedavisi alma durumuna göre diyet özetkinlik düzeyleri değerlendirilmiştir. Tıbbi inançlar bölüm puanının erkek bireylerde; tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tıbbi beslenme tedavisi alma durumu arttıkça tıbbi inancında arttığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 14). Kadın katılımcıların kontrol-hazırlık bölüm puanı ile eğitim düzeyi ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi ve kentte yaşam arttıkça kontrol-hazırlık inancının da yükseldiği tespit edilmiştir (Bkz. Tablo15). Özetkinlik düzeyi güçlendikçe, başarısızlıkların olumsuz etkisi de azalmaya başlar (107). Bu çalışmada (Bkz. Tablo 16); kadın katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile yalnızca eğitim düzeyleri arasında bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın bireylerin eğitim düzeyi arttıkça diyet özetkinlik inançları ölçeği

toplam puanı da artmaktadır. Erkek katılımcılarda ise parametreler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Yüksek BKİ; meme, kolon/rektum, endometrium, böbrek, özofagus (adenokarsinom) ve pankreas gibi kanser türleri, böbrek hastalıkları ve erken ölüm riskini artırmaktadır (108). Usta Yeşil Balkan (109) tarafından diyabetli bireyler ile yapılan çalışmada; katılımcıların BKİ sınıflaması ile özetkinlik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde bu çalışmada (Bkz. Tablo17); cinsiyete göre çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik toplam puanı ile BKİ sınıflandırması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Özetkinlik düzeyi yaşam süresinden etkilenebilmektedir. Stipek ve Daniels (110) tarafından öğrencilerle yapılan çalışmada; yaş ilerledikçe öğrencilerin özetkinlik düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Kulakçı ve ark. (10) tarafından 287 yaşlı birey ile yapılan bir çalışmada ise; bireylerin öz yeterlilik algısı ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi düzeyleri karşılaştırılmış ve yaşlı bireylerin öz yeterliliğinin cinsiyet ve yaş ile ilişkili olmadığı yalnız eğitim durumundan etkilendiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise (Bkz. Tablo 18); kadın katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile yalnızca ortalama yaşları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadın bireylerin yaşlarının artmasıyla diyet özetkinliği inancının azaldığı saptanmıştır. Erkek katılımcıların ise ortalama yaş ve yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin eğitim düzeyinin artması, bireyin bilgiye ulaşımını ve farkındalığını artırarak bireylerin özetkinliğini de artırabilmektedir (105). Tekin-Yanık (111) tarafından diyabetli bireylerle yapılan çalışmada; bireylerin özetkinlikleri ile cinsiyet, medeni durum, meslek, ailede birlikte yaşadığı birey ve BKİ gibi parametreler arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), eğitim durumu ve özetkinlik düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça özetkinlik düzeylerinin de arttığını ifade etmiştir. Bu çalışmada farklı olarak (Bkz. Tablo 19); kadın bireylerin genel inanç puanları; yaş, BKİ, bel ve kalça çevreleri ölçümü ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; tıbbi inanç puanları eğitim düzeyi ile pozitif; kontrol-hazırlık inancı puanları yaş ile negatif, eğitim düzeyi ve boy uzunluğu ile pozitif; toplam puan yaş, BKİ, bel ve kalça çevreleri ölçümü ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$). Erkek bireylerin ise tıbbi inanç puanı; medeni durum ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ile negatif ilişkilidir ($p<0,05$). Çalışmalar karşılaştırıldığında bulgulardaki farklılığın nedeni; bu çalışmanın örnekleminin yaş ortalamasının Tekin-Yanık'ın örnekleminin yaş ortalamasından daha düşük olması olabileceği gibi, bu çalışmadaki katılımcıların BKİ ortalamalarının Tekin-Yanık'ın örnekleminkinden daha yüksek olmasından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Beslenme okuryazarlık düzeyi bireylerin besin seçimi, besin etiketlerini algılama ve değerlendirme, besin güvenliği ve beslenme önerilerine uyma durumlarını etkilemektedir (112). Hoseini ve ark. (113) tarafından 340 erkek sporcu öğrenci ile yapılan çalışma; öğrencilerin %42,44'ünün yetersiz düzeyde, %32,17'sinin orta düzeyde ve %25,39'unun yeterli düzeyde beslenme okuryazarlık bilgisine sahip olduğunu göstermiştir. Kalkan (114) tarafından genç-yetişkin bireyler ile yapılan çalışmaya göre ise; kadın katılımcıların beslenme okuryazarlık düzeyi, erkek katılımcılardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yukarıdaki çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada; bireylerin beslenme okuryazarlığı sınır düzeyindedir (kadın=20,47±7,50 erkek=18,66±7,55). Kadın katılımcıların %20,20'si yetersiz, %36,40'ü sınırlı, %43,40'ı yeterli beslenme okuryazarlık düzeyine sahiptir. Erkek katılımcıların ise %28,20'si yetersiz, %35,90'ı sınırlı, %35,90'ı yeterli beslenme okuryazarlık düzeyine sahiptir (Bkz. Tablo 20). Bu farklılığın nedeninin ise; katılımcıların yaş ortalamaları ve eğitim düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin sahip olduğu beslenme bilgisi diyet kalitesini artırmaktadır (115). Cesur ve Sümer (116) tarafından yetişkin bireyler ile yapılan çalışmada; kadınların erkeklere ve ilkokul mezunu bireylerin üniversite mezunlarına göre beslenme okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Yukarıdaki çalışmayla paralel olarak bu çalışmada; kadın ve erkek bireylerin genel beslenme bilgisi bölüm puanı ile eğitim düzeyi ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin eğitim düzeyi ve kentte yaşam düzeyi arttıkça genel beslenme bilgisinin de yükseldiği tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 21).

Okuma becerisi; bilgi toplumunun bir ferdi olan çağdaş bireyin, karşılaştığı zorluklar ile baş edebilmesi ve yeni durumları kavrayabilmesi için gerekli olan bilgiye ulaşmasını sağlamaktadır. Okuma becerisi; bu bilgiyi önceki bilgileriyle ilişkilendirmeyi ve gerektiğinde kullanmayı sağlayan önemli bir yetidir (117). Ündey (118) tarafından diyabetli bireyler ile yapılan çalışma; bireylerin eğitim düzeyi ve beslenme okuryazarlığı okuduğunu anlama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bu çalışmada benzer olarak; kadın bireylerin okuduğunu anlama bölüm puanı ile eğitim düzeyi ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, erkek bireylerde ise yalnızca yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların eğitim düzeyi ve kentte yaşam düzeyi arttıkça okuduğunu anlama becerisinin de arttığı, erkeklerin ise yalnızca kentte yaşam düzeyinin artmasıyla okuduğunu anlama becerisinin arttığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 22).

Yeterli ve dengeli beslenebilmek ve besin çeşitliliğini sağlayabilmek için besin gruplarından yararlanmak en doğru yöntemlerden biridir (15). Abeywickrama ve ark. (119) tarafından 120 katılımcı ile yapılan çalışmada; çalışmaya katılan bireylerin günlük

%54,20'sinin balık, %12,50'sinin yumurta, %7,50'sinin et ve et ürünleri tükettiği, meyve tüketiminin %10,00'dan az olduğu ayrıca katılımcıların %50,00'den fazlasının nişastalı sebzeler, yeşil yapraklı sebzeler veya süt ve süt ürünleri tüketmediği tespit edilmiştir. Dahası bireylerin günlük karbonhidrat, protein ve yağlardan gelen enerji oranlarının sırasıyla %72,18, %10,62 ve %17,20 olduğu saptanmıştır. Schwingshackl ve ark. (120) tarafından yapılan tip 2 diyabet riskinin besin grupları ile ilişkisini araştıran bir meta-analiz çalışmasında; tam tahıl ürünlerinin, süt ürünlerinin, sebze ve meyvelerin tüketimini artırmanın yanı sıra kırmızı et, işlenmiş et ürünleri, şeker ve tatlandırıcı ilaveli içeceklerin tüketiminin azaltılmasının tip 2 diyabet riskini %81,00'e kadar azalttığı ortaya konmuştur. Ündey (118) tarafından diyabetli bireyler ile yapılan çalışma; katılımcıların eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı ile besin grupları bilgisi arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir ($p>0,05$). Bu çalışmada farklı olarak besin grupları puanı cinsiyete göre değerlendirildiğinde (Bkz. Tablo 23); kadın katılımcıların besin grupları bölüm puanı ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe besin grupları bilgisinin de arttığı ve erkeklerde ise bu durumun değişmediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Porsiyon büyüklüğü enerji alımı üzerinde büyük önem taşımaktadır. Porsiyon büyüklüğü arttıkça besin alımı artmakta, besin alımının artması ise enerji alımını da artırmaktadır. Bu duruma "porsiyon büyüklüğü etkisi" denir (121). Ündey (118) tarafından yapılan çalışmada bireylerin beslenme okuryazarlığı porsiyon miktar puanları ile kronik hastalık durumu, eğitim düzeyleri ve yaşları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yukarıdaki çalışmadan farklı olarak bu çalışmada (Bkz. Tablo 24); kadın bireylerin porsiyon miktar bölüm puanı ile yalnızca eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın katılımcıların eğitim düzeyi yükseldikçe porsiyon miktar bilgisi de artmaktadır. Erkek katılımcılarda ise bu parametreler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu farklılığın nedeni ise; bu çalışmada örneklemin cinsiyete göre değerlendirilmesi, eğitim düzeyinin yüksek olması ve yaş ortalamasının daha düşük olması olarak değerlendirilmektedir.

Etiket bir ürünü tanımlayan, ürünün üretildiği yer, cins ve fiyatını belirtmek için kullanılan bir araçtır. Grunert ve ark. (122) İngiltere'de bireylerin %52'sinin, İrlanda'da %65'inin, İsveç'te %50'sinin, Fransa'da %63'ünün, Portekiz'de %44'ünün ve İtalya'da %31'inin besin etiketlerini her zaman okuduklarını saptamışlardır. Gül ve ark. (123) tarafından 19-44 yaş arası 410 kadın katılımcı ile yapılan besin etiketi okuma alışkanlıkları çalışmasında; katılımcıların %60,70'inin ürün satın alırken besin etiketlerini okuduğunu belirtmişlerdir. Etiketi en çok okunan besin grubunun "süt ve süt ürünleri" olduğu

belirtilirken, en çok okunan bilginin ise "son kullanma tarihi" olduğu bulunmuştur. Güneş ve ark. (60) tarafından 313 katılımcı ile yapılan çalışma; katılımcıların %15'inin hiç etiket okuma alışkanlığının bulunmadığını saptamıştır. Ayrıca eğitim düzeyi yükseldikçe etiket okuma alışkanlığının da arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmada benzer şekilde (Bkz. Tablo 25); kadın katılımcıların sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanı ile yaş ve eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulunurken, erkek katılımcılarda ise yaş ve kronik hastalık durumu ile bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın katılımcıların sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bilgisi yükseldikçe eğitim düzeyi artmakta ve yaşı azalmaktayken, erkek katılımcıların ise puanı arttıkça yaş ve kronik hastalık varlığının azaldığı saptanmıştır. Ayrıca erkek katılımcı sayısının az olması eğitim düzeyine göre anlamlı bir sonuç bulmayı elverişsiz kılmıştır.

Beslenme okuryazarlığı; tüketicilerin besin/besin öğesi, besin grupları ve beslenme ile ilişkili çeşitli bilgileri kavrayabilme ve değerlendirebilmeleri için oldukça önemlidir (4). Ünal (124) tarafından yapılan çalışmada; katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça, beslenme okuryazarlık puanının da arttığı ifade edilmiştir. Yukarıdaki çalışmaya paralel olarak bu çalışmada (Bkz. Tablo 26); katılımcıların yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı toplam puanı ile eğitim düzeyi ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların eğitim düzeyi ve kentleşmesi arttıkça yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanı da yükselmektedir.

Yüksek BKİ'nin yetersiz beslenme okuryazarlığı dışında başka birçok nedeni vardır. Brien ve ark. (125) tarafından yapılan beden kütle indeksi ve beslenme okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi araştıran 145 katılımcının bulunduğu çalışmada; katılımcıların yüksek düzeyde beslenme bilgisine sahip olmalarına rağmen, BKİ ile beslenme okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yukarıdaki çalışmaya benzer olarak bu çalışmada (Bkz. Tablo 27); katılımcıların yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı puanı ile BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yeterli düzeyde beslenme bilgisi; ideal vücut ağırlığının korunması, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile olumlu beslenme davranışları sergilemek için gereklidir (126). Vishkaee ve ark. (127) tarafından 302 (obez=172 zayıf=130) katılımcı ile yapılan çalışmaya göre obez ve zayıf hastaların beslenme bilgi düzeyleri ile vücut kompozisyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu çalışmada benzer olarak (Bkz. Tablo 28); katılımcıların beslenme okuryazarlık düzeyleri arttıkça; yaş, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ ve kalça çevre düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Erkek bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyleri bu antropometrik ölçümlerini etkilememektedir ($p>0,05$).

Beslenme davranışı; birçok faktörden etkilenen oldukça karmaşık bir olgudur (4). Valmórbida ve ark. (128) tarafından 263 katılımcı ile yapılan katılımcıların beslenme bilgi düzeyi ile BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranının karşılaştırıldığı çalışmada; kadın katılımcıların beslenme bilgi düzeyinin erkek katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu ve katılımcıların beslenme bilgi düzeyleri arttıkça BKİ, bel çevresi, bel/kalça düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmaya benzer olarak bu çalışmada (Bkz Tablo 29); kadın katılımcıların genel beslenme bilgisi puanları; yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; okuduğunu anlama puanları yaş, yaşadığı yer, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile negatif, eğitim durumu ve boy uzunluğu ile pozitif; besin grupları puanları; kalça çevresi ile negatif, eğitim durumu ile pozitif; porsiyon miktarı puanları eğitim durumu ile pozitif; sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma puanları; yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı ve olmak istediği ağırlık, BKİ, ve bel çevresi ile negatif, eğitim düzeyi ve boy uzunluğu ile pozitif; toplam puanı ise yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı ve olmak istediği ağırlık, BKİ, bel ve kalça çevresi ile negatif, eğitim durumu ve boy uzunluğu ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların ise (Bkz Tablo 30); genel beslenme bilgisi bölüm puanları ile eğitim durumu arasında pozitif; yaşadığı yer arasında negatif; okuduğunu anlama bölüm puanı ile yaşadığı yer arasında negatif; sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanı ile eğitim durumu ve kronik hastalık durumu arasında pozitif; yaş ile negatif; yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanı ile eğitim düzeyi arasında pozitif; yaş ve yaşadığı yer ile negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Besin grupları ve porsiyon miktar puanları ile diğer parametreler arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Güçlü bir özetkinlik; bireyin sağlıklı yiyecekleri satın alma, hazırlama ve tüketme yeteneğini sınırlandırabilecek engelleri aşmasını sağlamaktadır (75). Luszczynska ve ark. (129) tarafından 182 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; vücut ağırlığının kontrolü ve beslenme davranışlarında özetkinliğin önemli rolü olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$). Yukarıdaki çalışmaya benzer olarak bu çalışmada (Bkz. Tablo 31); diyet özetkinlik inançları ölçeği genel inançlar puanı ile beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının tüm bölüm ve toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça genel inançlarının da arttığı tespit edilmiştir. Tıbbi inançlar bölüm puanı ile yalnızca besin grupları ve toplam puan arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların besin grupları bilgisi ve beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça tıbbi

inançlarının da arttığı bulunmuştur. Kontrol-hazırlık inançları puanı ile yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının toplam ve alt bölüm puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların beslenme okuryazarlık düzeyi yükseldikçe kontrol-hazırlık inançlarının da yükseldiği tespit edilmiştir. Diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam ve alt bölüm puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça diyet öz etkinliğinin de arttığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu çalışmada ( Bkz. Tablo 32); yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı porsiyon miktarları ve sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölümleri ile diyet özetkinlik inançları ölçeği tıbbi inançlar bölümü arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının ve diyet özetkinlik inançları ölçeğinin diğer tüm bölümler arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

# SONUÇLAR

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği'ne başvuran gönüllü bireyler üzerinde gerçekleşmiştir. Çalışma sonunda aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

1- Katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği; genel inançlar, tıbbi inançlar, kontrol-hazırlık inançları bölümü ve ölçek toplam puanları sırasıyla 75,06±17,20 (yüksek), 27,00±4,70 (yüksek), 19,00±5,95 (düşük), 119,76±24,39 (yüksek) bulunmuştur.

2- Kadın bireylerin genel inanç bölüm puanları ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$); yaş, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Erkek bireylerin genel inanç puanları ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

3- Erkek katılımcıların tıbbi inanç puanı ile yalnızca tıbbi beslenme tedavisi alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$); yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, kronik hastalık durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Kadın bireylerin tıbbi inanç puanı ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4- Kadın katılımcıların kontrol-hazırlık puanı ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$); yaş, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Erkek katılımcıların kontrol-hazırlık puanı ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme

tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

5- Kadın bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,05$); yaş, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Erkek bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

6- Cinsiyete göre çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik toplam puanı ile BKİ düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

7- Çalışmaya katılan kadın bireylerin yalnızca yaşa göre diyet özetkinlik inançları toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$); vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri, bel/kalça oranı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkek bireylerin diyet özetkinlik inançları toplam puanı ile yaş, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri, bel/kalça oranı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

8- Çalışmaya katılan kadın bireylerin genel inanç puanları yaş, BKİ, bel ve kalça çevreleri uzunluğu ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; tıbbi inanç puanları eğitim düzeyi ile pozitif; kontrol-hazırlık inancı puanları yaş ile negatif, eğitim düzeyi ve boy uzunluğu ile pozitif; toplam puan yaş, BKİ, bel ve kalça çevreleri uzunluğu ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$). Erkek bireylerin ise tıbbi inanç puanları; medeni durum ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ile negatif ilişkilidir ($p<0,05$).

9- Çalışmaya dâhil edilen kadın ve erkek katılımcıların besin grupları bölüm puanları yeterli, sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanları ise yetersiz düzeydedir. Diğer bölümlerden alınan puanlar ise her iki cinsiyet için sınır düzeyindedir.

10- Kadın ve erkek bireylerin genel beslenme bilgisi bölümü puanları ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,05$); yaş, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

11- Kadın katılımcıların okuduğunu anlama puanı ile eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$); yaş, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkek bireylerin okuduğunu anlama puanı ile yalnızca yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunurken

($p<0,05$); yaş, eğitim durumu, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

12- Çalışmaya katılan kadın bireylerin besin grupları bölüm puanları ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,05$); yaş, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Erkek katılımcılarda ise besin grupları bölüm puanları ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

13- Çalışmaya dâhil edilen kadın bireylerin porsiyon miktarı bölüm puanı ile yalnızca eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$); yaş, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkek bireylerin ise porsiyon miktarı bölüm puanı ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

14- Kadın katılımcıların sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanı ile yalnızca yaş ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,05$); yaşadığı yer, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkek katılımcılarda ise yaş ve kronik hastalık durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilirken ($p<0,05$); eğitim durumu, yaşadığı yer ve tıbbi beslenme tedavisi alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

15- Çalışmaya dâhil edilen kadın ve erkek katılımcıların yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanları ile yalnızca eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,05$); yaş, tıbbi beslenme tedavisi alma durumu ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

16- Cinsiyete göre çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanı ile BKİ düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

17- Çalışmaya katılan kadın bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça; yaş, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ ve kalça çevre düzeyleri azalmaktadır ($p<0,05$). Erkekler bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyleri ise; yaş, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile bel/kalça oranını etkilememektedir ($p>0,05$).

18- Çalışmaya katılan kadın bireylerin genel beslenme bilgisi puanları yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; okuduğunu anlama puanları yaş, yaşadığı yer, BKİ, bel ve kalça çevreleri

ile negatif, eğitim durumu ve boy uzunluğu ile pozitif; besin grupları puanları kalça çevresi ile negatif, eğitim durumu ile pozitif; porsiyon miktarı puanları eğitim durumu ile pozitif; sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma puanları yaş, yaşadığı yer, vücut ağırlığı ve olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ ve bel çevresi ile negatif, eğitim düzeyi ve boy uzunluğu ile pozitif; toplam puanı ise yaş, yaşadığı yer, vücut ve olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile negatif, eğitim durumu ve boy uzunluğu ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$).

19- Çalışmaya katılan erkek bireylerin genel beslenme bilgisi puanları; yaşadığı yer ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif; okuduğunu anlama puanları yaşadığı yer ile negatif; sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma puanları yaş ile negatif, eğitim düzeyi ve kronik hastalık durumu ile pozitif; toplam puanları ise yaş ve yaşadığı yer ile negatif, eğitim düzeyi ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$). Besin grupları ve porsiyon miktarları bölüm puanları ile bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

20- Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği tıbbi inanç bölüm puanının genel beslenme bilgisi, okuduğunu anlama, porsiyon miktarları ve sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölümleri üzerinde etkisi olmayıp ($p>0,05$), yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı diğer tüm bölüm ve toplam puanları diyet özetkinlik inançları ölçeği diğer tüm bölüm ve toplam puanlarını yükseltmektedir ($p<0,05$). Beslenme okuryazarlığı arttıkça diyet özetkinlik inançları da artmaktadır.

21- Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği tıbbi inançlar bölüm puanları ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı porsiyon miktarları, sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanları dışında, diyet özetkinlik inançları ölçeği ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının diğer toplam puan ve alt bölümleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

## ÖNERİLER

1- Sağlıklı bir yaşam tarzı ile yeterli ve dengeli beslenme; kronik hastalık gelişimi, önlenmesi ve yönetiminde elzemdir. Yeterli ve dengeli beslenme bireye özgü enerji ve besin çeşitliliği ile sağlanmaktadır. Sağlıklı bir yaşam için besin çeşitliliğinin yanı sıra besinleri doğru hazırlama ve pişirme yöntemleri de oldukça önemlidir. Yeterli ve dengeli bir beslenmenin sağlandığı sağlıklı bir yaşam tarzı kronik hastalıkları büyük ölçüde önleyebilmesine rağmen birey kronik hastalıklara yakalanabilmektedir. Diyetisyenler tarafından bireylerin kronik hastalık durumları, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzları ve aldıkları medikal tedavi göz önünde bulundurularak hazırlanan, bireylere besinlerin doğru

hazırlama ve pişirme yöntemlerinin öğretildiği, bireyselleştirilmiş tıbbi beslenme tedavisi ile bireylerin var olan kronik hastalıklarının yanı sıra hastalık riskleri de yönetilip kontrol altına alınabilmektedir.

2- Tıbbi beslenme tedavisine uyumda sahip olunan özetkinlik duygusu, beslenme bilgisi ile doğrudan ilişkilidir. Bireylerin beslenme bilgi düzeyleri arttıkça özetkinlikleri yani beslenme tedavisine uyumları da artmaktadır. Beslenme bilgisini artırmanın en önemli yolunun ise beslenme eğitimi olduğu açıktır. Bireylere verilecek doğru bir beslenme eğitimi; bireylerin hem beslenme tedavisine uyumunu kolaylaştıracak hem de bireyin beslenme tedavisini uygulayabileceğine dair inancını artırabilecektir.

3- Bireylerin sahip olduğu beslenme bilgisini hangi kaynaktan aldığı çok önemlidir. Tıbbi beslenme tedavisine uyumda karşılaşılan zorlukların aşılması ve tedaviye uyumun devam etmesi için beslenme eğitimini doğru bir kaynaktan almanın sağlık açısından yararı büyüktür. Günümüzde beslenme eğitimi ve beslenme ile ilgili önerileri alabileceğimiz en yakın ve en güvenilir kaynağın diyetisyenler ve sağlık profesyonellerinin olduğu, beslenme bilgilerinin diyetisyenler tarafından sağlanması sağlığa giden en kısa ve güvenilir kaynak olarak önerilmektedir.

# ÖZET

Bu araştırma, Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği'ne herhangi bir kronik hastalık nedeniyle tıbbi beslenme tedavisi almak için başvuran gönüllü bireylerin katılımıyla yürütülmüştür. Çalışmada tıbbi beslenme tedavisi alması gereken bireylerin beslenme okuryazarlığı ve diyet özetkinlik inançlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tüm bireylere demografik özellikler, antropometrik ölçümler, yetişkinler için beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı ve diyet özetkinlik inançları ölçeğini içeren anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Kadın ve erkek katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı sırasıyla 120,23±25,72 ve 118,58±20,87'dir. Diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ile sadece kadın katılımcıların; yaş, eğitim durumu, BKİ, bel ve kalça çevreleri ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmaya dâhil edilen bireylerin beslenme okuryazarlığı her iki cinsiyet için sınır düzeyindedir. Çalışmaya katılan kadın bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyi arttıkça; yaş, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ ve kalça çevre düzeyleri azalmakta olup ($p<0,05$), erkeklerde ise bu etki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kadın katılımcıların beslenme okuryazarlık puanı ile yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, vücut ağırlığı, olmak istediği vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevreleri arasındaki ilişki anlamlı olup ($p<0,05$), erkek katılımcılarda; yaş, eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin diyet özetkinlik inançları ölçeği ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının diğer toplam puan ve alt bölümleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak bireylerin beslenme okuryazarlık düzeyleri yükseldikçe diyet özetkinlik inançları da yükselmekte ve böylece tıbbi beslenme tedavisini sürdürebileceklerine dair inançları da artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler**: Beslenme Okuryazarlığı, Diyet Özetkinlik, Tıbbi Beslenme Tedavisi

# ASSESSMENT OF NUTRITION LITERACY AND DIET SELF-EFFICACY BELIEFS IN ADULT INDIVIDUALS RECEIVING MEDICAL NUTRITION THERAPY: EXAMPLE OF ISPARTA

## SUMMARY

This research was carried out with the participation of volunteer individuals who applied to Isparta City Hospital Diet Polyclinic for medical nutrition treatment due to any chronic disease. In this study, it was aimed to evaluate the nutritional literacy and diet self-efficacy beliefs of individuals who should receive medical nutrition therapy. A questionnaire including demographic characteristics, anthropometric measurements, nutritional literacy assessment tool for adults and diet self-efficacy beliefs scale was applied face to face. The total score of diet self-efficacy beliefs scale of female and male participants is 120,23±25,72 and 118,58±20,87 respectively. A significant correlation was found with the total score of diet self-efficacy beliefs scale only with the age, education level, BMI, waist and hip circumference of female participants ($p<0,05$). Nutrition literacy of the individuals included in the study is at the limit level for both sexes. As the nutritional literacy level of female individuals participating in the study increases; age, body weight, body weight she want to be, BMI and hip circumference levels decrease ($p<0,05$), but this effect was not observed in men ($p>0,05$). The relationship between the nutritional literacy score of women participants and their age, education, place of residence, body weight, body weight they want to be, BMI, waist and hip circumference is significant ($p<0,05$). A significant relation was found between age, education level and place of residence in male participants ($p<0,05$). The relationship between female participants nutritional literacy score and age, educational status, place of

residence, body weight, body weight they want to be, BMI, waist and hip circumference is significant ($p<0.05$). A significant relation was found between age, education level and place of residence in male participants ($p<0.05$). A positive correlation was found between the diet self-efficacy beliefs scale of the individuals participating in the study and other total scores and subsections of the nutritional literacy assessment tool in adults. As a result; as the nutritional literacy levels of individuals increase, their diet self-efficacy beliefs also increase, thus increasing their belief that they can continue medical nutrition therapy.

**Key Words:** Nutritional Literacy, Dietary Self-Efficacy, Medical Nutrition Therapy

# KAYNAKLAR


1. Kutluay Merdol T. Beslenme antropolojisine giriş. Beslenme Antropolojisi-I. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2012. s.1-5.

2. Selimoğlu E, Bektaş Y, Özkoçak V, Gültekin T. Beslenme şeklinin zaman içindeki tarihsel yolculuğu. SETSCI Conference Indexing System 2018;3:390-398.

3. Vorster HH. Introduction to human nutrition: a global perspective on food and nutrition. In: Gibney JM, Lanham-New AS, Cassidy A, Vorster HH (Eds.). Introduction to human nutrition. 2nd ed. United Kingdom: Blackwell Publ; 2009. p.1-11.

4. Aktaş N, Özdoğan Y. Gıda ve beslenme okuryazarlığı. Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Derg 2016;20(2):146-153.

5. Sahle BW, Chen W, Melaku YA, Akombi BJ, Rawal LB, Renzaho AMN. Association of Psychosocial Factors With Risk of Chronic Diseases: A Nationwide Longitudinal Study. Am J Prev Med 2020;58(2):39−50.

6. Sevinç S, Argon G. Kalp hastalarında beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinde öz-yeterlilik ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güveniliği. Ege Üniv Hemş Fak Derg 2014;30(2):19-33.

7. Conner M, Norman P, Bell R. The theory of planned behavior and healthy eating. Health Psychology 2002;21(2):194-201.

8. Yüksel D. Sağlık Psikolojisinde Tedavi Motivasyonu Açısından Diyet Davranışları: Diyet Özyeterlik İnançları Ölçeği'nin Geliştirilmesi Ve Psikometrik Özellikleri (tez). İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2014.

9. Travis T. Patient perceptions of factors that affect adherence to dietary regimens for diabetes mellitus. Diabetes Edu. 1997;23(2):152-156.

10. Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniv Hemş Yüksekokulu Elektronik Derg 2012;5(2):53-64.

11. Baysal A. Beslenme (On Beşinci Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2014.

12. World Health Organization. What is the WHO definition of health?. Geneva World Health Organization, 2020. Erişim: https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions Erişim Tarihi: 15.04.2020

13. World Health Organization. Noncommunicable diseases/Unhealthy diet. Geneva World Health Organization, 2020. Erişim: http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/causes/unhealthy-diets.html Erişim Tarihi: 17.04.2020

14. Stea TH, Hovdenak IM, Rønnestad J, Rennestraum K, Vik NF, Klepp KI et al. Effects of 1 y of free school fruit on intake of fruits, vegetables, and unhealthy snacks: 14 y later. Am J Clin Nutr 2018;108:1309–15.

15. Türkiye Beslenme Rehberi 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara; 2016.

16. Deveci B, Deveci B, Avcıkurt C. Yeme davranışı: gastronomi ve mutfak sanatları öğrencileri üzerine bir araştırma (Eating behavior: an ınvestıgatıon on gastronomy and culınary arts pupils). Journal of Tourism and Gastronomy Studies 2017;5/3:118-134.

17. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2015. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü: Ankara; 2015.

18. Raynor HA, Vadiveloo M. Understanding the relationship between food variety, food ıntake, and energy balance. Nutrition and Food Sciences Faculty Publications 2018;7:68.

19. Alasfoor D, Rajab H, Al-Rassasi B. Food Based Dietary Guidelines Technical background and description task force for the development and implementation of the Omani Food Based Dietary Guidelines 2008.

20. Alphan Tüfekçi E. Beslenmeye bağlı kronik hastalıkların önlenmesinde yeterli dengeli ve sağlıklı beslenmenin önemi ve temel ilkeler. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi (İkinci baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2014. s.3-33.

21. Chagas CEA, Rogero MM, Martini LA. Evaluating the links between intake of milk/dairy products and cancer. Nutrition Reviews 2012;70(5):294–300.

22. Tong X, Dong JY, Wu ZW, Li W, Qin LQ. Dairy consumption and risk of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of cohort studies. European Journal of Clinical Nutrition 2011;65: 1027–1031.

23. Martin Cabrejas MA. Legumes: an overview. Food Chemistry, Function and Analysis. 2019;8:1-18

24. Erbersdobler HF, Barth AC, JahreisG. Legumes in human nutrition. Nutrient content and protein quality of pulses. Ernahrungs Umschau 2017; 64(9):134–139.

25. Ayenigbara I. The role of healthy nutrition and diet in the prevention of noncommunicable diseases among the aged. Geriatric Care 2019; 5(1):4-8

26. Basiak Rasala A, Rozanska D, Zatonska K. Food groups in dietary prevention of type 2 diabetes. Rocz Panstw Zakl Hig 2019;70(4):347-357.

27. Cheung STY, Cheng EPC, Tang JYT. An investigation of fruits and vegetables consumption among university students in Hong Kong. Working Paper Series 2016;11(4):1-23.

28. Huang T, Xu M, Lee A, Cho S, Qi L. Consumption of whole grains and cereal fiber and total and cause-specific mortality: prospective analysis of 367,442 individuals. BMC Medicine 2015;13(1):2-9.

29. Rebello CJ, Greenway FL, Finley JW. Whole grains and pulses: a comparison of the nutritional and health benefits. Journal of agricultural and food chemistry 2014; 62(29):7029-7049.

30. Koehler P, Wieser H. Chemistry of cereal grains. In: Gobbetti M, Ganzle M (Eds.). Handbook on Sourdough Biotechnology. London: Springer Science-Business Media; 2013; ch 2,11-45.

31. Zhou SS, Zhou Y. Substitution of whole grains for refined grains: a means to avoid excess B-vitamin intake. The American Journal Of Clinical Nutrition 2017; 106(3):946-947.

32. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Erkoç Y, Yardım N (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara; 2011.

33. Bergamin A, Mantzioris E, Cross G, Deo P, Garg S, Hill AM. Nutraceuticals: reviewing their role in chronic disease prevention and management. Pharmaceutical Medicine 2019; 33:291–309.

34. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2017;390:1151-1210.

35. World Healty Organization. Noncommunicable diseases. Geneva World Health Organization, 2018. Erişim: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Erişim tarihi: 20.03.2020

36. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2019;30626

37. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Üner S, Balcılar M, Ergüder T (Editörler). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi: Ankara; 2018.

38. Neuhouser ML. The importance of healthy dietary patterns in chronic disease prevention. Nutrıtıon Research 2019;70:3-6.

39. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

40. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü: Ankara; 2006

41. Roberts CK, Barnard RJ. Effects of exercise and diet on chronic disease. J Appl Physiol 2005;98(1):3–30.

42. Warburton DER, Bredin SSD. Reflections on physical activity and health: what should we recommend?. Canadian Journal of Cardiology 2016;32:495-504.

43. Dietz WH, Brownson RC, Douglas CE, Dreyzehner JJ, Goetzel RZ, Gortmaker SL, et al. Chronic disease prevention: tobacco, physical activity, and nutrition for a healthy start. Jama 2016;316(16):1645-1646.

44. Kocatepe D, Tırıl A. Sağlıklı beslenme ve geleneksel gıdalar (Healthy Nutrition and Traditional Foods). Journal of Tourism and Gastronomy Studies 2015;3(1)55-63.

45. Shahrin FIM, Omar N, Daud ZAM, Zakaria FM. Factors associated with food choices among elderly: ascoping review. Mal J Nutr 2019;25(2):185-198.

46. Oostenbach LH, Slits E, Robinson E, Sacks G. Systematic review of the impact of nutrition claims related to fat, sugar and energy content on food choices and energy intake. BMC Public Health 2019;19(1):1296.

47. Velardo S. Nutrition literacy for the health literate. Journal of Nutrition Education and Behavior 2017;49(2):183.

48. Cesur B, Koçoğlu G, Sümer H. Evaluation instrument of nutrition literacy on adults (EINLA) a validity and reliability study. Integrative Food, Nutrition and Metabolism 2015; 2(1):127-130.

49. Zoellner J, Connell C, Bounds W, Crook L, Yadrick K. Nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the lower mississippi delta. Preventing Chronic Disease 2009;6(4):1-11.

50. Dallongeville J, MareÂcaux N, Cottel D, Bingham A, Amouyel P. Association between nutrition knowledge and nutritional intake in middle-aged men from Northern France. Public Health Nutrition 2000;4(1):27-33.

51. Handu DJ, Monty CE, Chmel LM. Nutrition education improved nutrition knowledge, behavior, and intention among youth in Chicago public schools. Journal of the American Dietetic Association 2008;108(9):A-91.

52. Klohe Lehman DM, Freeland-Graves J, Anderson ER, McDowell T, Clarke KK, Hanss-Nuss H, et al. Nutrition knowledge is associated with greater weight loss in obese and overweight low-income mothers. Journal of the American Dietetic Association 2006;106(1):65-75.

53. Genannt Bonsmann SS, Celemín LF, Larranaga A, Egger S, Wills JM, Hodgkins C, et al. Penetration of nutrition information on food labels across the EU-27 plus Turkey. European Journal Of Clinical Nutrition 2010;64(12):1379-1385.

54. Grunert KG, Wills J, Celemin LF, Lahteenmaki L, Scholderer J, Genannt Bonsmann SS. Socio-demographic and attitudinal determinants of nutrition knowledge of food shoppers in six European countries. Food Quality and Preference 2012;26(2):166-177.

55. Spiteri Cornish L, Caroline M. The Impact of Consumer Confusion on Nutrition Literacy and Subsequent Dietary Behavior. Psychology Marketing 2015;32(5):558–574.

56. Castellanos DC, Holcomb J. Food insecurity, financial priority, and nutrition literacy of university students at a mid-size private university. Journal of American College Health 2020;68(1):16-20.

57. Özdenk GD, Özcebe LH. Bir üniversite çalışanlarının beslenme okuryazarlığı, beslenme davranışları ve ilişkili faktörler. Turk J Public Health 2018;16(3):178-189.

58. Aıhara Y, Mınaı J. Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people. Health Promotion International 2020;26(4):421-431.

59. Gibbs H, Chapman Novakofski K. Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need. Health 2012;4(3):120-124.

60. Güneş FE, Aktaç Ş, Korkmaz BİO. Tüketicilerin gıda etiketlerine yönelik tutum ve davranışları. Akademik Gıda 2014;12(3):30-37.

61. Lin CTJ, Lee JY, Yen ST. Do dietary intakes affect search for nutrient information on food labels?. Social Science & Medicine 2004;59(9):1955-1967.

62. Anastasiou K, Millera M, Dickinsona K. The relationship between food label use and dietary intake in adults: A systematic review. Appetite 2019;138:280-291.

63. Kim SY, Nayga RM, Capps O. The effect of food label use on nutrient ıntakes: an endogenous switching regression analysis. Journal ofAgricultural and Resource Economics 2000;25(1):215-231.

64. Neuhouser ML, Kristal AL, Patterson RE. Use of food nutrition labels is associated with lower fat intake. Journal Of The American Dietetic Association 1999;99(1):45-53.

65. Lewis JE, Arheart KL, LeBlanc WG, Fleming LE, Lee DJ, Davila EP, et al. Food label use and awareness of nutritional information and recommendations among persons with chronic disease. Am J Clin Nutr 2009;90(5):1351–7.

66. Ollberding NJ, Wolf RL, Contento I. Food label use and ıts relation to dietary ıntake among US adults. Journal Of The American Dietetic Association 2010;110:1233-1237.

67. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977;84(2):191-215.

68. Pajares F. Self-efficacy beliefs in academic settings. Review of Educational Research 1996;66(4):543-578.

69. Lunenburg FC. Self-efficacy in the workplace: ımplications for motivation and performance. Internatıonal Journal Of Management, Busıness, And Admınıstratıon 2011;14(1):1-6.

70. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS (Ed.). Encyclopedia of human behavior vol.4, New York: Academic Press: 1998; p.71-81.

71. Bandura A. Self-efficacy (the exercise of control). New York: W. H. Freeman and Company 1997.

72. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American psychologist 1982;37(2):122-147.

73. Arseven A. Öz yeterlilik: bir kavram analizi. Electronic Turkish Studies 2016;11(19):63-80.

74. Schunk DH. Self-efficacy, motivation, and performance. Journal of Applied Sport Psychology 1995;7(2):112-137.

75. Perry EA, Thomas H, Samra HR, Edmonstone S, Davidson L, Faulkner A, et al. Identifying attributes of food literacy: a scoping review. Public Health Nutrition 2017;20(13):2406–2415.

76. Mckay DL, Houser RF, Blumberg JF, Goldberg JP. Nutrition ınformation sources vary with education level in a population of older adults. Journal of the Amerıcan Dıetetıc Assocıatıon 2006;106(7):1108-1111.

77. Tütüncü İ, Karaismailoğlu E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi 2013; 3(6):29-42.

78. Elmaağaçlı T. Özel Bir Hastanenin Beslenme Ve Diyet Polikliniğine Başvuran Obez Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı ; 2019.

79. Sabbao C. İlkögretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Bilgi Düzeyleri (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ana Bilim Dalı; 2003.

80. Miller LMS, Cassady DL. The effects of nutrition knowledge on food label use. A review of the literatüre. Appetite 2015;92:207-216.

81. Kutluay Merdol T. Hastaların beslenme düzenleri konusunda eğitimi. Baysal A (Editör). Diyet El Kitabı (Sekizinci Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2014. s.573-584.

82. Köksal G. Engellilerde Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Ankara; 2008.

83. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011;64(1):13-19.

84. Width M, Reinhard T. Beslenmenin değerlendirilmesi ve destek. (çeviri: B. Okan Bakır, AH Biçer). Klinik Beslenme İçin Temel Cep Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. s.3-42.

85. Kavas A, Kavas A. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyi, beslenmeye karşı tutumları ve beslenme durumları üzerine bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 1985;14:63-73.

86. Köseoğlu Ö. Tip 2 Diyabetik Bireylerde Beslenme Eğitiminin Diyabet Durumu Ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü; 2015.

87. Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. The Eurasian Journal of Medicine 2006;38:89-95.

88. Tevfikoğlu L. Parkinsonlu Hastaların Beslenme Durumu Ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı; 2007.

89. Krause1 C, Sommerhalder K, Beer Borst S, Abel T. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. Health Promotion International 2018;33(3):378–389.

90. Aktaş N, Özdoğan Y. A study of the state of knowing the nutritional literacy concept in Turkey. Researchers World 2016;7(2):46-52.

91. Rochman C, Nasrudin D , Helsy I, Hermita N, Darmalaksana W, Nasrullah. Nutrition Literacy Program for Improving Public Wellness. In Journal of Physics : Conference Series 2018;1028(1):1-7.

92. Maddux JE, Kleiman EM. Self-Efficacy A Foundational Concept for Positive Clinical Psychology. In: Wood AM, Johnson J (Eds.). The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology. $1^{st}$ed. United Kingdom: Wiley- Blackwell Publ; 2016; ch 7,89-101.

93. Pan American Health Organization. Organisation for Economic Co-operation and Development. Applying modeling to ımprove health and economic policy decisions in the americas: the case of noncommunicable diseases. Washington DC: 2015.

94. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2017;24572.

95. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. Diyabet ve obezite 2010;23(24):78-81.

96. Satman İ. Turdep-II sonuçlarının özeti. 2010

97. OECD. Obesity Update 2017. Erişim: https://www.oecd.org/health/obesity-update.htm. Erişim Tarihi: 15.05.2020

98. Gezer C. Hemşirelik bölümü öğrencilerinde bel/boy oranı ve tip 2 diyabet riski ilişkisinin değerlendirilmesi. Journal Of Food And Health Science 2017; 3(4):141-149.

99. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Ankara ili gölbaşı ilçesinde yetişkin kadınların beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümleri üzerinde bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi / J Nutr and Diet 2010;38(l-2):9-20.

100. Zileli R, Cumhur Ö, Özkamçı H, Diker G. Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ile obezite görülme sıklığı. Bilinçli Sağlıklı Yaşam Dergisi 2016;12:549-562.

101. Bolat Oİ. Öz yeterlilik ve tükenmişlik ilişkisi: lider-üye etkileşiminin aracılık etkisi. Ege Akademik Bakış 2011;11(2):255-266.

102. Al-Khawaldeha OA Al-Hassanb MA, Froelicherc ES. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes and Its Complications 2012;26(1):10-16.

103. Azar A. Ortaöğretim fen bilimleri ve matematik öğretmeni adaylarının öz yeterlilik inançları. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2010;6(12):235–252.

104. Şen Ö. Üsküdar Kadın Konukevinde Kalmış Ve Kalmakta Olan Reşit Yaşta Ve Reşit Olmadan Evlilik Yapmış Kadınlarda Özyeterlik, Benlik Saygısı Ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; 2019.

105. Gedik S. Kırsal Alanda Yaşayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Yönetiminde Öz-Etkililik Düzeyleri (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.

106. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Family Practice 2013;14(66):1-6.

107. Kavradım ST, Özer Z. Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2018;10(3):334-345.

108. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü: Ankara; 2012.

109. Usta Yeşilbalkan Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri Ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2001.

110. Sakız G. Başarıda anahtar kelime: öz-yeterlik. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013;26(1):185-209.

111. Tekin Yanık Y. Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı; 2011.

112. Chung LM. Food literacy of young adults as a predictor of their healthy eating and dietary quality. Journal of Child and Adolescent Behavior 2017;5(3):1-2.

113. Hoseini R, Hoseini Z. Investigating nutritional literacy of male student athletes contributed in 2018 Iran University Games. Journal of Health Literacy 2019; 4(1):53-59.

114. Kalkan I. The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. Nutrition Research and Practice 2019;13(4):352-357.

115. Eroğlu Y, Şentürk HE, Karacabey K. Gaziantep Üniversitesi akademik ve idari personelin beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2012;9(1):131-141.

116. Cesur B, Sümer H. Sivas il merkezi yetişkin nüfusta beslenme okuryazarlığı durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi 2014.

117. Bozkurt BÜ. Türkiye'de okuma eğitiminin karnesi: PISA ölçeğinden çıkarımlar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016;16(4):1673-1686.

118. Ündey E. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı 18-64 Yaş Arası Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Ve Öz Etkililiğin Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine Etkisi (tez). İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2019.

119. Abeywickrama HM, Swarna Wimalasiri KM, Koyama Y, Uchiyama M, Shimizu U, Chandrajith R, et al. Assessment of nutritional status and dietary pattern of a rural adult population in Dry Zone, Sri Lanka. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17(1):150.

120. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C, et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur J Epidemiol 2017;32:363–375.

121. Robinson E, Te Raa W, Hardman CA. Portion size and intended consumption. Evidence for a pre-consumption portion size effect in males?. Appetite 2015;91:83-89.

122. Grunert KG, Wills JM. A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. J Public Health 2007;15(5):385–399.

123. Gül F, Dikmen D. Kadın tüketicilerde besin etiketi okuma alışkanlıkları ve alerjen bilgi düzeyinin saptanması. Bes Diy Derg 2018;46(2):157-165.

124. Ünal E. Bursa İli Merkez İlçelerinde Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini Tercih Eden Bireylerin Beden Kitle İndeksleri ile Beslenme Okuryazarlıkları Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2018.

125. O'Brien G, Davies M. Nutrition knowledge and body mass index. Health Educatıon Research 2007;22(4):571-575.

126. Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity a comprehensive review. Circulation 2016;133(2):187-225.

127. Vishkaee KM, Rahmanini F, Elmieh A. The relationship between nutritional knowledge, body composition and physical activity level in middle-aged, obese and underweight females. Journal of Sport and Biomotor Sciences 2013;5(10):33-43.

128. Valmórbida JL, Goulart MR, Busnello FM, Pellanda LC. Nutritional knowledge and body mass index: A cross-sectional study. Revista da Associação Médica Brasileira 2017;63(9):736-740.

129. Luszczynska A, Haynes C. Changing nutrition, physical activity and body weight among student nurses and midwives: effects of a planning intervention and self-efficacy beliefs. J Health Psychol 2009;14(8):1075-84.

# ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

## ŞEKİLLER

**Şekil 1.** Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme tabağı ..... 5
**Şekil 2.** Öz yeterliliğin rolüne dikkat çeken başarı davranış modeli (73) ..... 14
**Şekil 3.** Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği skalası ..... 19

## TABLOLAR

**Tablo 1.** Haftalık fiziksel aktivite ve kronik hastalık riskinde azalma (42) ..... 9
**Tablo 2.** Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı bölümlerinden alınan puanların değerlendirilmesi ..... 18
**Tablo 3.** Dünya Sağlık Örgütü obezite sınıflandırması ..... 20
**Tablo 4.** Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Bel/Kalça Oranı sağlık risklerinin değerlendirilmesi (9) ..... 21
**Tablo 5.** Katılımcıların yaş aralıklarına göre dağılımları ..... 22
**Tablo 6.** Katılımcıların demografik özellikleri ..... 23
**Tablo 7.** Katılımcıların kronik hastalık durumlarının değerlendirilmesi ..... 23
**Tablo 8.** Katılımcıların tıbbi beslenme tedavisi alma durumları ..... 24
**Tablo 9.** Katılımcıların antropometrik ölçümleri ..... 24
**Tablo 10.** Katılımcıların DSÖ kriterlerine göre BKİ dağılımları ..... 25
**Tablo 11.** Katılımcıların cinsiyete göre bel/kalça oranları ..... 25
**Tablo 12.** Diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam ve alt bölüm puanlarının ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri ..... 25

**Tablo 13.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile genel inançlar bölüm puanının ilişkisi ..... 26
**Tablo 14**. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile tıbbi inançlar bölüm puanının ilişkisi ..... 27
**Tablo 15.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile kontrol-hazırlık inançları bölüm puanının ilişkisi ..... 28
**Tablo 16.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanının ilişkisi ..... 29
**Tablo 17.** BKİ kriterine göre diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanının değerlendirilmesi ..... 30
**Tablo 18.** Katılımcıların diyet özetkinlik inançları ölçeği toplam puanı ve değişkenler arası farklara göre değerlendirilmesi ..... 31
**Tablo 19.** Katılımcıların bazı antropometrik ve demografik özellikleri ile diyet özetkinlik inançları ölçeği bölümleri ve toplam puanı ile ilişkisi ..... 33
**Tablo 20.** Çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlık değerlendirme aracı puan ortalama, standart sapma, alt-üst değer ve okuryazarlık düzeyleri ..... 34
**Tablo 21.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile genel beslenme bilgisi bölüm puanlarının ilişkisi ..... 35
**Tablo 22.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile okuduğunu anlama bölüm puanlarının ilişkisi ..... 37
**Tablo 23.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile besin grupları bölüm puanlarının ilişkisi ..... 39
**Tablo 24.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile porsiyon miktarları bölüm puanlarının ilişkisi ..... 41
**Tablo 25.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile sayısal okuryazarlık ve gıda etiketi okuma bölüm puanlarının ilişkisi ..... 43
**Tablo 26.** Katılımcıların bazı demografik özellikleri ile yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanı ile ilişkisi ..... 45
**Tablo 27.** BKİ sınıflamasına göre yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanının değerlendirilmesi ..... 47
**Tablo 28.** Katılımcı bireylerin bazı antropometrik ölçümlere göre beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı toplam puanlarının değerlendirilmesi ..... 49
**Tablo 29.** Cinsiyete göre çalışmaya katılan kadın bireylerin bazı demografik özellik ve antropometrik ölçümlerinin YBODA toplam ve bölüm puanları ile ilişkisi ..... 51

**Tablo 30.** Cinsiyete göre çalışmaya katılan erkek bireylerin bazı demografik özellik ve antropometrik ölçümlerinin YBODA toplam ve bölüm puanlarının ile ilişkisi ..... 53
**Tablo 31.** Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı bölümleri ve diyet özetkinlik inançları ölçeği bölümleri puan değerlendirilmesi ..... 55
**Tablo 32.** Çalışmaya katılan bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı ve diyet özetkinlik inançları ölçeği puanları arasındaki ilişki ..... 56

# ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında Isparta İli Eğirdir İlçesi'nde doğdum. İlköğretimimi Eğirdir'de, lise öğretimimi Isparta'da tamamladıktan sonra 2014 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik bölümünde yükseköğrenimime başladım. 2018 yılında eğitimimi tamamlayarak diyetisyen olarak mezun oldum. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimime başladım. Mesleki tecrübe ve bilgilerimi artırmak için bir çok kongre ve sempozyuma katıldım.

# EKLER

# Ek-1 Etik Kurul Onay Formu

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ** | PROTOKOL KODU | TÜTF-BAEK 2019/373 | |
| | PROTOKOL ADI | Tıbbi Beslenme Tedavisi Alan Yetişkin Bireylerde Beslenme Okuryazarlığı ve Diyet Özetkinlik İnançlarının Değerlendirilmesi: ISPARTA ÖRNEĞİ | |
| | SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI | Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | Tek Merkez Ulusal | Çok Merkez Uluslararası |
| **KARAR BİLGİLERİ** | **Karar No: 17/05** | **Tarih:14.10.2019** | |
| | Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi İsmail Caner YAVUZ'un 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 | |
| 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 |
| Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye | Tıp Tarihi ve Etik | T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D. | K | E H | E H | |
| 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 | Mazeretli |
| 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 | Mazeretli |
| Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye | | Serbest Üye | E | E H | E H | |

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

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

## Ek 2

# BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.10.2019 tarih ve 17/05 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (AÇIK AD…….) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:**

  Tıbbi Beslenme Tedavisi Alan Yetişkin Bireylerde Beslenme Okuryazarlığı ve Diyet ÖzEtkinlik İnançlarının Değerlendirilmesi: ISPARTA ÖRNEĞİ

- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:**

  Diyete Uyumun Özetkinlik İnançları ve Beslenme Okuryazarlığı Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:**

  Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN – Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

- **Araştırmanın amacı:**

Tıbbi Beslenme Tedavisi Alan Bireylerin Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği İle Diyet Yapmalarına Engel Olan Maddeleri Belirlemek ve Beslenme Okuryazarlığı Düzeyini Saptayarak Diyet Özetkinlik İle İlişkisini Ortaya Koymak.

- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Yüksek Lisans Tez Çalışması
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**

  01/11/2019-01/04/2020 (6 ay)
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**

  138 kişi
- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:**

  01/11/2019 ve 01/04/2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran hastalarla birebir görüşme yöntemi ile anket uygulaması yapılacaktır. Uygulama gönüllülük esasına dayanmakta olup gönüllü olmayanlar çalışmaya dahil edilmeyecektir. Anketin bölümleri şu şekildedir:

  **1-**Sosyodemografik Bilgiler

  **2-**Antropometrik ölçümler

  **3-**Diyet Özetkinlik İnançları Ölçeği Maddeleri

  **4-** Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı Değerlendirme Aracı Maddeleri
- **Araştırmanın deneysel kısımları:**

  Araştırmada deneysel kısım bulunmamaktadır
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:-**
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

  1. 18 yaşından büyük olmak
  2.Okuryazar olmak
  3.Herhangi bir hastalıktan dolayı tıbbi beslenme tedavisi alma gerekliliğine sahip olmak
  4.Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:**

  Gönüllüler için doğrudan bir yarar beklenmemektedir.

- **Gönüllünün sorumlulukları:**

  Gönüllünün herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Gönüllülerin maruz kalabileceği herhangi bir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır.

- **Risklere karşı alınan önlemler:**

  Herhangi bir risk söz konusu değildir.

- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:**

  Gönüllülere alternatif bir yöntem uygulanmayacaktır.

- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:**

  Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar oluşma ihtimali olmadığından tazminat verilmeyecek ve tedavi sağlanmayacaktır.

- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar oluşma ihtimali olmadığından tazminat verilmeyecek ve tedavi sağlanmayacaktır.

- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:**

  Gönüllü istediği takdirde sebep belirtmeden araştırmaya katılımını sonlandırabilecektir.

- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Araştırmanın sonuçları tez çalışması olarak yayınlanacaktır.

- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**

  İSMAİL CANER YAVUZ / 0538 364 25 43

- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:**
  Araştırma kapsamında gönüllülerden biyolojik bir materyal elde edilmeyecektir.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

*Adı- Soyadı:*

*İmzası:*

*Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):*

.....

.....

*Tarih:*

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

*Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:*

*İmzası:*

*Tarih:*

*Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):*

*.....*

*.....*

*Tarih:*

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

*Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)*

***Görev yaptığı bölüm:***

*İmzası:*

*Tarih:*

# Ek 3-İZİN FORMU

ISPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ISPARTA VALİLİĞİ
İl Müdürlüğü Bilgi Sistemi
29.11.2019 10:36 / 16557903 / 700 / 172
0000060646704

**ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME KOMİSYONU DEĞERLENDİRME FORMU**

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi İsmail Caner YAVUZ'un **"Tıbbi Beslenme Tedavisi Alan Yetişkin Bireylerde Beslenme Okuryazarlığı ve Diyet Özetkinlik İnançlarının Değerlendirilmesi: Isparta Örneği"** konulu araştırma tezi ile ilgili çalışmasını Kasım 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi diyet polikliniğine başvuran hastalara uygulama talebi;

Retrospektif dosya taraması yapılmadan, kimlik ve kişisel bilgilerin herhangi bir yerde yayınlanmaması, kullanılmaması, bakanlığımızın izni olmadan yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında paylaşılmaması ve araştırma yapılacak bölümün kurallarına uyulması kaydı ile komisyonumuzca uygun görülmüştür.

**Komisyon Üyesi**

e-imzalıdır
Dr. Özlem DEMER DORUM
Destek Hizmetleri Başkanı

**Komisyon Üyesi**

e-imzalıdır
Op. Dr. Mehmet Zafer DİRİK
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

**Komisyon Üyesi**

e-imzalıdır
Dr. Mehmet Nazif AYDIN
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

**Komisyon Üyesi**

e-imzalıdır
Şb. Müd. Ramazan KORKMAZ
Eğitim ve İstatistik Birim Sorumlusu

**ONAY**
**…../11/2019**

e-imzalıdır
Dr. Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bb830633-fc63-49e7-893b-2b940d89bb8c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

# Ek 4-ANKET FORMU

## "TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ ALAN YETİŞKİN BİREYLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI VE DİYET ÖZ ETKİNLİK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ''ISPARTA ÖRNEĞİ"

Bu anket tıbbi beslenme tedavisi alan bireylerin diyet özetkinlik ölçeği ile diyet yapmalarına engel olan faktörleri belirlemek ve beslenme okuryazarlığı düzeyini saptayarak diyet özetkinlik inancı ile değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dâhil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.


Araştırmacı — Araştırma Sorumlusu

**Diyetisyen İsmail Caner Yavuz** — **Dr. Öğr. Üyesi Leyla Tevfikoğlu Pehlivan**


**ANKET NO:** **TARİH:**

**DEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU**

1. Cinsiyetiniz : 1. Kadın 2. Erkek 2. Doğum Tarihiniz (gün/ay/yıl)……

3. Yaşınız ……

4. Eğitim Durumunuz:

1.Okur-yazar 2.Okur-yazar değil 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu

5.Lise mezunu 6.Lisans mezunu 7.Yüksek lisans mezunu 8.Doktora mezunu

5. Medeni Durumunuz: 1.Bekâr 2.Evli 3.Boşanmış 4.Dul 5. Ayrı yaşıyor

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

Çalıştığınız iş……..

7. Sağlık güvenceniz var mı? 1. Evet 2.Hayır

8. Yaşadığınız yer : 1.Kent 2.Kırsal

**ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER FORMU**

1. Vücut ağırlığınız ……..kg

2. İdeal olarak düşündüğünüz (olmanızı istediğiniz) ağırlığınız ……..kg.

3. Boy uzunluğunuz ……(m)

4. Bel çevreniz .....cm

5. Kalça çevreniz .....cm

6 . Tanı almış olduğunuz kronik hastalığınız varsa işaretleyiniz : 1. Diyabet 2.Hipertansiyon 3.KOAH 4.Kalp hastalığı 5. Diğer(belirtiniz).....

7. Daha önce diyet tedavisi aldınız mı : 1. Bir defa aldım 2. Bir defadan fazla aldım 3. Hiç almadım

Sayın Gönüllü,
Sizden istenen aşağıdaki maddelerin her birini kendiniz için uygunluğu bakımından aşağıda gösterilen 5'li skala üzerinden değerlendirmenizdir. Skalada "1", "hiç uygun değil" anlamına gelirken, "5" "çok uygun" anlamını taşımaktadır:

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Hiç uygun değil/----------çok uygun

**DİYET ÖZ ETKİNLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ MADDELERİ**

1. Evdekileri diyet programıma uygun alışveriş yapmaları için ikna edebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

2. Evdekileri de diyet yapmaya yönlendirebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

3. Diyete uygun yemeği kendim pişirebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

4. Gün içerisinde diyetimi bozacak yiyeceklerden kaçınabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

5. Eve diyet dışı yiyeceklerin alınmasını önleyebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

6. Bana ikram edilen yiyecekleri diyetimi bozacaksa kabul etmeyebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

7. Evdekiler geç saatte yemek yeseler dahi ben yemeyeceğim diyebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

8. Yemek saatlerini diyet programıma uyacak şekilde düzenleyebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

9. Gece geç saatlerde yemek yemeyi engelleyebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

10. Evin dışındaki ortamlarda da diyetimi devam ettirebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

11. Kendi diyet programım dışındaki yiyecekleri başkası için pişirsem dahi yemeden durabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

12. Diyet sırasında kendi başıma tartılmak yerine yalnızca diyetisyen kontrolünde tartılmayı bekleyebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

13. Diyetle ilgili doktor randevularıma düzenli gidebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

14. Doğum günü, yılbaşı, arkadaş toplantısı gibi özel gün ya da özel kutlamalarda kendi diyet yemeğimi de yanımda getirebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

15. Diyetimi bozacak restoranlardan canım çok çekse de uzak durabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

16. Diyetisyenimle, diyet programıma dair aklıma takılan her konuyu konuşabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

17. Diyetimi bozsam dahi bunu diyetisyenimle konuşabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

18. Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü olmasa dahi o mekâna gidip yemekler konusunda kendimi kontrol edebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

19. Mekâna gitmeden önce diyete uygun menüler var mı öğrenip öyle gidebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

20. Diyette iken her gün aynada nasıl göründüğüme bakmadan durabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

21. Yediğim yiyeceklerin kalorisini hesaplayabilir ve bu şekilde kalorisi yüksek yiyeceklerden uzak durmayı başarabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

22. Diyetimi bozacak teklifler karşısında yeme isteğimi kontrol edebilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

23. Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü yoksa gitmekten vazgeçebilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

24. Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan börek, tatlı gibi yiyecekleri yemeden durabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

25. Menüdeki diyete uymayan gıdaları yemeden durmayı başarabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

26. Diyet sırasında beklenen sürede beklenen kiloyu vermemiş olsam dahi moralimi bozmadan diyetimi sürdürebilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

27. Başkalarından “kilo vermediğim”, “kilo aldığım”, “fiziksel olarak iyi görünmediğim” vb. şeklinde yorumlar işitsem dahi diyet programımı yarıda bırakmadan tamamlayabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

28. Diyete karar verdiğim anda hemen başlayabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

29. Diyete bir ara verirsem yeniden başlamakta zorluk yaşamam.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

30. Diyeti sürdürmekte zorluk çekmem.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

31. Evdekiler diyete uygun davranmasalar bile ben diyetimi sürdürebilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

32. Diyet sırasında gerekli olan tıbbi tahlilleri zamanında yaptırabilirim.

1 ( )  2 ( )  3 ( )  4 ( )  5 ( )

33. Uygulamakta olduğum diyet programı dilediğim sonucu vermese dahi diyetisyen kontrollerime gitmekten vazgeçmem.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

34. Diyetisyenim bende güven hissi uyandırmasa dahi verdiği diyet programına uyabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

35. Gideceğimiz restoranları ben seçebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

36. Diyetisyenimin bana uygun gördüğü diyet listesinde uymakta zorlanacağım herhangi bir durum varsa bunu diyetisyenimle konuşabilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

37. Komşunun getirdiği ancak diyet programıma uymayan yiyecekleri geri çevirebilirim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

## YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRME ARACI

### 1. Bölüm Genel Beslenme Bilgisi

1. Sağlık açısından en yararlı tahıl ürünü aşağıdakilerden hangisidir?

a.Makarna b.Pirinç pilavı c. Mısır unu d.Tam buğday ekmeği

2. Hangisi en sağlıklı yağ kaynağıdır?

a.Margarin b.Kuyrukyağı c.Mısır özü yağı d.Zeytinyağı

3. Diş sağlığı için hangisi gereklidir?

a.Demir b. İyot c. Sodyum d. Flor

4. Hangisi yüksek oranda tuz içeren bir besin değildir?

a.Sucuk b. Turşu c. Zeytin d. Taze bezelye

5. Kemik sağlığı için ……. gereklidir.

a.Kalsiyum b.Magnezyum c.Potasyum d.İyot

6. Yetişkinler her gün ……. su içmelidir.

a.Bir – iki bardak

b. Üç- dört bardak

c. Sekiz –on bardak

d.Susadıkça

7 . Yemekle birlikte …….. gibi içeceklerin tüketilmesi, vücudunuzun demirden yararlanmasını azaltır.

a.Portakal suyu b. Limonata c. Ihlamur d. Çay

8. …….. grip, nezle gibi hastalıklara karşı korur, diş etlerimizin daha sağlıklı olmasını sağlar.

a.C vitamini b. B vitamini c. A vitamini d. D vitamini

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

9. Ayşe Hanım'ın aldığı yiyeceklerden en erken bozulabilecek olan hangisidir?

a. Balık

b. Süt

c. Domates

d. Yumurta

10 . Balığın en geç kaç saat içinde buzdolabına konması gerekir?

a. 2 saat

b. 3 saat

c. 4 saat

d. 5 saat

**2. Bölüm (Okuduğunu Anlama)**

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

1. Sağlıklı beslenmek için et, süt gibi besinler …….tüketilmelidir.

a. Fazla
b. Yeterince
c. Az
d. Nadir

2. Olumsuz beslenme alışkanlıkları olan insanlarda …….. gibi hastalıklar gelişebilir.

a. AİDS
b. Hepatit B
c. Yüksek tansiyon
d. Kızamık

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

4. Her öğünde …… içeriğe sahip besinlerle beslenirsek sağlıklı beslenmiş oluruz.

a. Aynı
b. Çeşitli
c. Benzer
d. Az

5. Sizden sağlıklı bir besin seçmeniz istense aşağıdaki fotoğraflarda yer alan yiyeceklerden hangisini tercih edesiniz?
a.Hamburger menü b. Salata ve balık c. Kızarmış patates d.Domates soslu makarna






6. Aldığınız ürünün son kullanma tarihinin geçmiş olduğunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?

a. Tarihi çok geçmemişse kullanırım

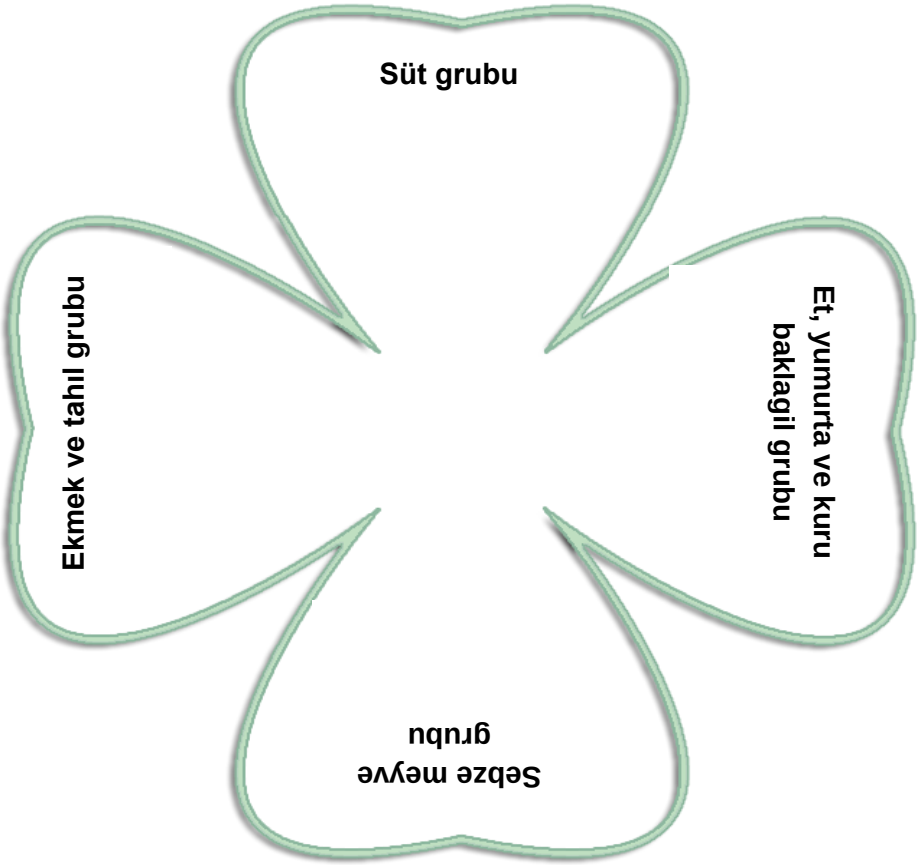
b. Üründe renk değişimi, kötü koku vb. yoksa kullanırım

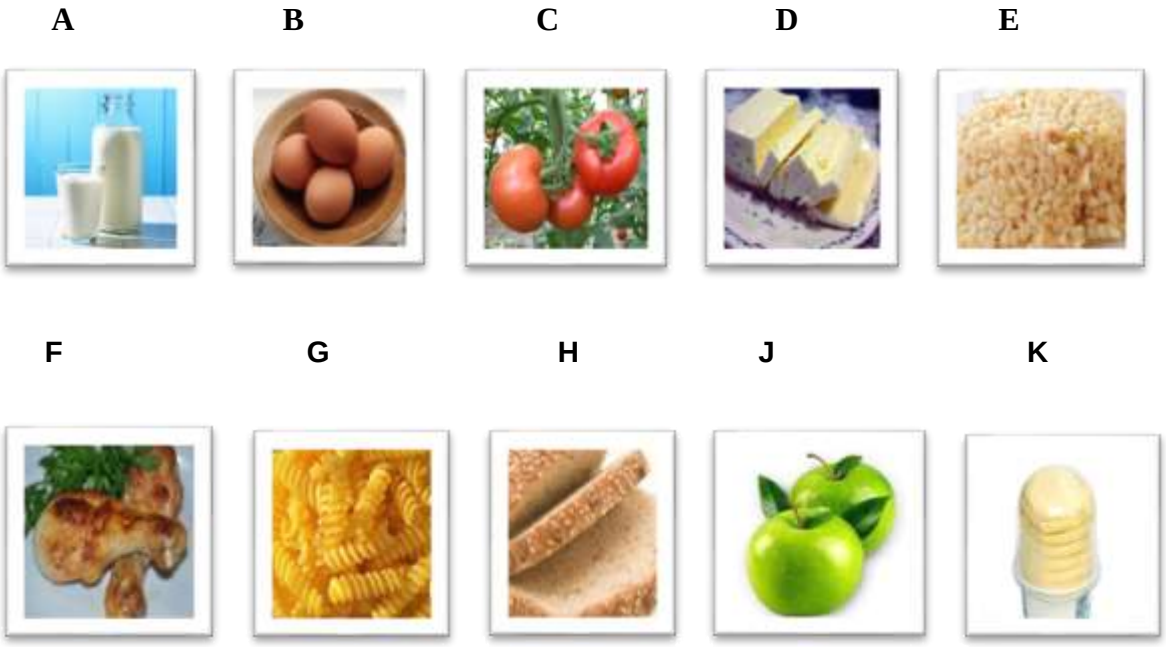
c. İade ederim ve satıcıyı uyarırım

d. Kullanmam, çöpe atarım

## 3. Bölüm (Besin Grupları)

**Resimlerle gösterilen besinlerin üzerindeki harfleri şekilde yer alan uygun besin grupları bölümüne yazınız**




**4. Bölüm (Porsiyon Miktarları)**

**Not:** Besinlerin bir porsiyon miktarları soruların yanındaki kutucuklarda belirtilmiştir.

1. Süt grubu besinler günde ……. tüketilmelidir.

a.Bir porsiyon

b.İki porsiyon

c.Dört porsiyon

d.Beş porsiyon

Süt bir su bardağı (200g)

2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir (60 g)

2. Et, yumurta, kurubaklagil grubundan günde …… tüketilmelidir.

a.Bir porsiyon

b.İki porsiyon

c.Dört porsiyon

d.Beş porsiyon

Kurubaklagil bir çay bardağı (90 g)

Et, tavuk, balık vb. 50-60 g( iki ızgara köfte kadar)

2 yumurta

3. Sağlıklı yaşam için hergün …….. kuruyemiş yenmelidir.

a. Sıfır
b. Bir avuç
c. İki avuç
d. Üç avuç

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

**5.Bölüm (Sayısal Okuryazarlık ve Gıda Etiketi Okuma)**

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

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

**1.BKİ:** **2. Değerlendirme:**

**İçindekiler: Buğday unu, bitkisel yağ, glikoz şurubu, aroma verici, tuz, şeker, peynir altı suyu tozu,domates salçası, patates unu,kabartıcılar(sodyum ve hidrojen amonyum karbonat)**
**Parti-Seri no: 100003335-5444 Üretim Yeri: Sivas Türk Malı Net: 90 g**
**Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın 2013 tarih ve 10002 sayılı izni ile üretilmiştir.**

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

3.Bu yiyecekten üç paket yediğinizde kaç kalorilik enerji almış olursunuz?

a. 1230

b. 1368

c. 410

d. 820

4. Ürünün 100 gramındaki yağ miktarının enerji değeri kaç kaloridir? (1g yağ 9 kcal)

a. 36.6 kcal

b. 155.7 kcal

c. 456 kcal

d. 173.7 kcal

5. Hangi hastalığı olanlar bu yiyeceği dikkatli tüketmelidir/fazla tüketmemelidir?

a. Kansızlık

b. Yüksektansiyon

c. Kanser

d. Kemik erimesi

6. Gıda etiketi üzerinde zorunlu olarak bulunması gereken bilgilerden hangisi yukarıdaki gıda etiketinde bulunmamaktadır?

a. Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının izni
b. Türk Standartları Enstitüsü'nün logosu
c. Son kullanma tarihi
d. Gıdanın üretildiği ülke

Anketimiz bitmiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

# Ek 5-ÖLÇEK İZİN BELGESİ

Sayın Caner Yavuz,
"Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'nı çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte aracı, yanıtlarını ve değerlendirme kriterlerini gönderiyorum. İyi çalışmalar.
Doç.Dr. Büşra CESUR
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
03462191010/3149