



T.C. ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI



**BURSA İLİ MERKEZ İLÇELERİNDEKİ SAĞLIKLI YAŞAM
MERKEZLERİNİN OBEZİTE DANIŞMA BİRİMLERİNİ
TERCİH EDEN BİREYLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ
İLE BESLENME OKURYAZARLIKLARI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

EDA ÜNAL

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2018





T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**BURSA İLİ MERKEZ İLÇELERİNDEKİ SAĞLIKLI YAŞAM
MERKEZLERİNİN OBEZİTE DANIŞMA BİRİMLERİNİ TERCİH
EDEN BİREYLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ İLE
BESLENME OKURYAZARLIKLARI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

EDA ÜNAL

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

DOÇ. DR. AYSEL ÖZDEMİR

BURSA-2018

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Bursa İli Merkez İlçelerindeki Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini Tercih Eden Bireylerin Beden Kitle İndekleri ile Beslenme Okuryazarlıkları Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Adı Soyadı

Doğru ÜNAL

Tarih ve İmza

20.06.2018



SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Eda ÜNAL tarafından hazırlanan "Bursa İli Merkez İlçelerindeki Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini Tercih Eden Bireylerin Beden Kitle İndekleri İle Beslenme Okuryazarlıkları Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans tezi 26/06/2018 günü, 11:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Üye	Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK
Üye	
Üye	

İmza



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve
..... sayılı toplantısında alınan numaralı
kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali AYDOĞDU
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

20.06.2018

Adı Soyadı: Eda ÜNAL

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Bursa İli Merkez İlçelerindeki Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini Tercih Eden Bireylerin Beden Kitle İndekleri ile Beslenme Okuryazarlıkları Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

İmza:



İÇİNDEKİLER

Dış kapak	
İç kapak	
ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY... ..	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU... ..	IV
İÇİNDEKİLER... ..	V
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET	VIII
1.GİRİŞ... ..	1
2.GENEL BİLGİLER... ..	6
2.1. Temel Besin Öğeleri... ..	7
2.1.1. Karbonhidratlar	7
2.1.2. Yağlar... ..	8
2.1.3. Proteinler	8
2.1.4. Vitaminler ve Mineraller	9
2.1.5.Su	9
2.2. Besin Grupları ve Tüketilmesi Gereken Miktarları	10
2.2.1. Süt ve süt ürünleri grubu.....	11
2.2.2. Et-Yumurta- Kurubaklagil Grubu.....	11
2.2.3. Sebze ve Meyve Grubu... ..	11
2.2.4. Ekmek ve Tahıl Grubu... ..	12
2.3. Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Önemi... ..	12
2.4. Okuryazarlığın Tanımı.....	13
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	14
2.4.2. Beslenme Okuryazarlığı... ..	14
2.4.3. Sağlık okuryazarlığı ve Beslenme okuryazarlığının sağlık açısından önemi	14
2.5. Obezite Tanımı	16
2.5.1. BKİ Tanımı.....	17
2.5.2. Etiyolojisi... ..	18
2.5.3. Epidemiyolojisi	19
2.5.4. Obezite-Fazla Kilolu Olmanın Sağlık Üzerine Etkileri ve Hastalık Yükü.....	21
2.6. Sağlıklı Yaşam... ..	22
2.6.1. Sağlıklı yaşamda beslenme okuryazarlığı, yeterli ve dengeli beslenme ve obezite.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi... ..	24
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.5. .Veri Toplama Araçları	24
3.5.1.Araştırmaya Katılan Bireylerin Veri Toplama Formu	25
3.5.2. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (YBOYDA)	25

3.6. Veri toplama Yöntemi ve süresi.....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.8.Araştırmanın sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	43
6. KAYNAKLAR	60
7. SİMGELER ve KISALTMALAR	69
8. EKLER.....	70
9. TEŞEKKÜRLER	85
10. ÖZGEÇMİŞ.....	86



TÜRKÇE ÖZET

Araştırma Bursa ili merkez ilçelerindeki Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini Tercih eden bireylerin beden kitle indeksleri ve beslenme okuryazarlıkları düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tipte yapıldı. Veriler 195 kişiden Kişisel Bilgi Formu ve Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı ile toplandı. İstatistik anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $43.17 \pm 10,5$ yıl, beslenme okuryazarlığı puan ortalaması (Ort \pm Ss) $28,00 \pm 3,16$, BKİ'i ortalaması (Ort \pm Ss) $31,74 \pm 4,41$, bel çevresi ortalaması (Ort \pm Ss) $100,79 \pm 10,38$ cm'dir. Araştırmaya katılan bireylerin değerlendirme aracının tüm bölümlerinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde %94,4' ünün yeterli düzeyde olduğu tespit edildi. Araştırmamızda BKİ ile beslenme okuryazarlığı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edildi ($p < 0.05$). Benzer çalışmaların daha büyük örneklem grupları ile tekrarlanması beslenme okuryazarlığı ve BKİ arasındaki korelasyonun belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Planlı eğitim toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde ve beslenme okuryazarlığının artmasına katkı sağlayacağı düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: BKİ, toplum beslenmesi, beslenme okuryazarlığı, bulaşıcı olmayan hastalık.

İNGİLİZCE ÖZET

RELATIONSHIP BETWEEN BODY MASS INDEX AND NUTRITION LITERACY AMONG INDIVIDUALS WHO PREFER TO GO TO HEALTHY LIFE CENTERS' OBESITY CONSULTATION DEPARTMENTS IN CITY OF BURSA

This research was done with people who prefer to go to three different Healthy Life Centers' Obesity Consultation Departments in city of Bursa. Study design was cross-sectional type. Data were collected from 195 people using sosyo-demographic information form and Nutrition Literacy Scale for adults. The average age of the people was $43,17 \pm 10,15$ years and BMI was calculated as $31,74 \pm 4,41$ and average waist circumference was measured as $100,79 \pm 10,38$ cm. According to results obtained from Nutrition Literacy Scale it was determined that subjects have sufficient (%94,4) knowledge on nutrition. In this study negative correlation was found between BMI and nutrition literacy ($p < 0,05$) of subjects. Repeating this study with large samples in order to determine correlation between nutritional literacy and BMI. Planned education will be valuable intervention to increase health status of the society and nutrition literacy.

Key words: BMI, society nutrition, nutrition literacy, non-infectious disease

1.GİRİŞ

İnsan ömrünün uzaması dünya nüfusunun giderek yaşlanmasına yol açmaktadır. Bu durum bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır. Dünyada kronik hastalıklı birey sayısının artması ve sağlıklı insan gücünün azalması, küresel ölçekte bir sorun olarak görülmektedir. Bu yüzden sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve hastalıkların oluşmasına katkıda bulunan risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik mücadeleler önemli hale gelmiştir. Ülkeler bu durum karşısında çeşitli stratejiler geliştirerek mücadele girişimleri başlatmıştır. Sağlıksız beslenmenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması bu girişimlerdenidir. Eski çağlardan beri beslenme, nedenleri farklılaşsa da toplumlar için hep önemli olmuştur. Günümüz koşullarında beslenmenin önemli olmasının nedenleri beslenmeye bağlı oluşan obezite, zayıflık, diyabet, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, vitamin ve mineral yetersizliği veya fazlalığına bağlı sorunlar olup bu sorunlarında küresel boyutlara ulaşmasıdır. Beslenmeyle ilgili sağlık sorunlarının önlenmesi ve azaltılması için, yeterli ve dengeli beslenmenin öğretilmesi ve öğrenilmesi, günlük yaşantıda bu beslenme alışkanlığının sürdürülmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi öneriler bulunmaktadır (Kankaya, 2017; Tsigos ve ark., 2008; Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013; WHO, 2017b).

Beslenme gelişi güzel bir tüketim şekli değildir. Beslenme, büyüme ve gelişme için temel besin gruplarından karbonhidratların, yağların, proteinlerin, vitaminlerin/minerallerin ve suyun, besin değerleri bozulmadan, bilinçli şekilde alınması ve vücut tarafından kullanılmasıdır (Çayır ve ark., 2011). Beslenme, bilinçsiz veya kontrolsüz bir şekilde yapıldığında tek etken veya çoklu etkenlerden biri olarak hastalık oluşturabilmektedir. Örneğin; günümüzde beden gereksiniminden fazla beslenmeye bağlı oluşan obezite kardiyovasküler hastalıkların gelişimi için bağımsız bir risk faktörü iken, hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus ve bazı malign hastalıkların gelişimini etkileyen faktörlerden biridir. Ayrıca bu hastalıklara

bağlı gerçekleşen ölümlerle de ilişkisinin olduğu ifade edilmektedir (Martin-Rodriguez ve ark., 2015; Martin ve ark., 2015; Uğur ve ark., 2016).

Yanlış beslenmenin sonucunda oluşan artmış beden kitlesi, bulaşıcı olmayan birçok hastalık için majör risk faktörüdür. Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, anjina, kalp krizi, kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölümler) başta olmak üzere, diyabetes mellitus (tip 2 diyabet), kas iskelet sistemi hastalıkları (özellikle osteoartrit, dejeneratif eklem hastalıkları), bazı kanser hastalıkları (endometriyal, meme, over, prostat, karaciğer, safra kesesi, böbrek ve kolon), solunum bozuklukları(özellikle obstruktif uyku apne sendromu) gibi ekonomik yükü ağır olan kronik hastalıklar ve artmış mortaliteden sorumludur (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013; Uğur ve ark., 2016; WHO, 2017b; Wolin ve ark., 2010).

Dünya genelinde obezite 1975'den 2016'ya kadar 3 kat artış göstererek epidemik boyutlara ulaşan, 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olmuştur (Martin ve ark., 2015; WHO, 2017b). Dünyada 2030 yılına kadar yaklaşık olarak yetişkinlerin %50'sinin obez olacağı ve bir pandemi oluşturacağı beklenmektedir (Paley ve Johnson, 2018). Dünya genelinde 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %39'u aşırı kilolu (%39'u erkek ve %40'ı kadın) ve %13'ü(%11'i erkek ve %15'i kadın) obez olarak tespit edilmiştir (WHO, 2017b). Dünya Sağlık Örgütü tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çok uluslu İzlenmesi)çalışmasında 10 yıl içinde obezite prevalansında %10-30'luk bir artış olduğunu göstermektedir (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). Avrupa Sağlık Görüşme Araştırması (EHIS), Avrupa'da 19 üye ülkede 2008-2009 yılında 15 yaş üzeri fazla kiloluluk ve obezite oranını incelemiştir. Bu araştırmada fazla kiloluluk ve obezite oranının kadınlarda %36,9-56,7, erkeklerde %51-69,3 arasında değiştiği rapor edilmiştir (European social statistics, 2013). Garawi ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada Suudi Arabistan'daki yetişkinlerde obezite prevalansının giderek arttığını ve kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu göstermiştir. Obezite prevalansının 90'lı yılların başında %20,8 iken, 2005'te %36,2 ulaştığını ve 10 yıldan fazla bir süre içinde %74'lük bir artış gösterdiğini tespit etmişlerdir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA- 2010) sonuçlarına göre 19 yaş ve üzeri bireylerin %34,6'sının

fazla kilolu ve %30,3'ünün obez olduğu tespit edilmiştir. Obez bireylerin %20,5'i erkek ve %41'i kadınlardan oluşmaktadır. 2010'da yapılan TURDEP (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması) II sonucuna göre obezite prevalansı %31,2 olup erkeklerde %27 oranında, kadınlarda %44 oranında saptanmıştır. Genel olarak Türk toplumunda erişkinlerin 2/3'ünün kilolu veya obez olduğunu göstermektedir ("TURDEP II sonuçlarının özeti," 2010). TURDEP I'den 12 yıl sonra prevalansın erkeklerde %107, kadınlarda %34 ve genelde ise %40 arttığı bildirilmiştir (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2016 verilerine göre 15 yaş üzeri bireylerde obezite prevalansı %19,6, kadınların %30,1'i fazla kilolu ve %23,9'u obez, erkeklerin %38,6'sı fazla kilolu ve %15,2'si obez, olarak tespit edilmiştir (TÜİK,2016). Obezite, doğrudan ve dolaylı yollarla toplumsal ve ekonomik etkileri olan bir sorun oluşturur. Obezite tedavi edilmediğinde veya dikkate alınmadığında yaşam süresini kısaltan, yaşam kalitesini bozan ve ülke ekonomisinde ciddi anlamda maliyeti arttıran sorun oluşturmaktadır (Obezite ile mücadele el kitabı, 2013). Obeziteyle ilişkili birçok araştırma yapılmış olmakla birlikte, obezitenin ekonomiyle ilişkili kısmıyla az sayıda araştırmalar vardır (Zanganeh ve ark., 2018). Dee ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada obezitenin doğrudan ve dolaylı olarak ülke ekonomisine etkisinin sonuçları; Kanada'da 7,3 milyar Euro ülke ekonomisinin %54'ünün, Almanya'da 11,01 milyar Euro ile ülke ekonomisinin %51'inin, İsviçre'de 1,9 milyar Euro ile ülke ekonomisinin %50'sinin, ABD'de 51,92 milyar Euro ile %59'unun, İsveç 0,54 milyar Euro ile %58'ini etkilediğini göstermektedir. Amerika'da yıllık sadece obezite ve beraberinde getirdiği diyabet, kardiyovasküler hastalık, bazı kanser hastalıklarının tedavisi için yüz milyarlarca dolar harcandığı 2008 de 147 milyar dolar obeziteyle ilgili tıbbi harcamaların 2018'de 344 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Landsberg ve ark., 2013).

Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik 2004 çalışmasına göre; obezitenin önlenmesiyle ölümler ve hastalık yüğü sırasıyla erkeklerde %11,1 ve %6,7, kadınlarda %15,8 ve %7,9 azalacağını göstermiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2006).

Gelişmiş dünyada metabolik sendrom insidansındaki artışın başlıca faktörleri sedanter yaşam tarzı, düzenli egzersiz eksikliği ve obezitenin artmasıdır. Metabolik

sendromun azaltılması bu üçlü etkinin birlikte ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetleri profesyonelleri için temel zorluk metabolik sendrom tedavisi için profilaktik olarak kullanılan programlara bireylerin katılımını sağlamak ve motive edilmeleridir. Fiziksel aktivite için optimal doz ve egzersiz tipi tam olarak bilinmemekle birlikte metabolik sendromu tersine çevirmek için egzersiz programlarının kullanımını destekleyen orta düzeyde kanıt bulunmaktadır (Paley ve Johnson, 2018). Obezite ve obezitenin beraberinde getirdiği bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için bireylerin besin, besin öğeleri, kalori hesaplama, besin etiketi okuyabilme, besinlerle ilgili birçok materyali değerlendirme ve okuması, analiz etmesi ve matematiksel işlem yapması için istek, bilgi, beceri, tutum, karar alma ve davranış geliştirme bileşenlerine ihtiyacı vardır (Aktaş ve Özdoğan, 2016; Çoşkun ve Kayışoğlu, 2016; Vidgen ve Gallegos, 2014; Zoellner ve ark., 2009). Bu nedenle obezitenin önlenmesi ve obeziteli bireylerin kilo kaybının sağlanması için yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması ve bir yaşam şekline dönüştürülmesini gerektirmektedir (Obezite ile Mücadele el kitabı, 2013). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında ülkemizde obezitenin okuryazar olmayan bireylerde daha fazla olduğunu göstermektedir (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). Toplumların sağlıklı nesillere sahip olabilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesini bilen, beslenme okuryazarlığı bilincinin kazandırıldığı bireylere ihtiyacı vardır (Aihara ve Minai, 2011; Aktaş ve Özdoğan, 2016). Beslenme okuryazarlığıyla ilgili yapılmış birçok araştırma vardır. Bu araştırmalardan bazıları BKİ ile beslenme okuryazarlığı arasında ilişki (O'Brien, 2007; Zoellner, 2009) gösterirken bazıları BKİ ile beslenme okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (Cunha ve ark., 2014; Lassetter ve ark., 2015; Mearns ve ark., 2017; Spexoto ve ark., 2015; Valmorbida ve ark., 2017).

Ülkemizde beslenme okuryazarlığı alanında yetişkinlerle yapılan çalışma Cesur'un 2014 de yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada beslenme okuryazarlığı ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmalar genelde beslenme davranışları ve beslenme bilgisi ve gıda tüketim güvencesiyle ilgili çalışmalardır. Beslenme okuryazarlığın bir bölümü olan etiket okumayla ilgili çok çalışma mevcuttur (Aygen, 2012; Çoşkun ve Kayışoğlu, 2016; Güneş ve ark., 2014; Onurlubaş ve Gürler, 2016).

Günümüzde ığ gibi büyüyen obezite ve beraberinde getirdiği bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış, yaşam kalitesini düşüren ve ölüm riskini arttıran bir sonuç oluşturmaktadır. İnsan sağlığını tehdit eden bu durum ülke ekonomisine büyük yükler getirmektedir. Bu yüzden obezite ile mücadele yapılacak her türlü katkı bu risklerin azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu mücadele stratejilerinden biride yeterli ve dengeli beslenmeyi öğretmek ve alışkanlık haline getirmektir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonellerince BKİ takiplerinin yapılması ve sağlık eğitimlerin verilmesi bu konuda bireylerin farkındalığının oluşmasına büyük katkı sağlayacaktır. Beslenme okuryazarlığı kazanmış bireyler sayesinde küresel sorun olan beslenmeyle ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıklarda olumlu değişimler olacağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

Bireyin, ailenin ve toplumun sağlıklı, üretken, ekonomik ve sosyal yönden refah içinde bir nesil olarak yaşayabilmesinde beslenme oldukça önemlidir. Maslow'un insan ihtiyaçları teorisinin ilk basamağında yer alan beslenme, bireyin vücudunun fizyolojik işleyişini devam ettirebilmesi için hava, su, uykuyla beraber karşılanması zorunlu gereksinimlerdendir. Ancak bu temel ihtiyaçlar karşılandığında beden, ruhen, zihinsel, sosyal ve entelektüel yönden tam bir esenlikten bahsetmek bireyler ve toplumlar için doğru olmaktadır. Bu bağlamda beslenme, bireylerin büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürdürebilmesi için, temel besin öğelerinin yaşına ve özel durumuna göre yeterli miktarlarda uygun zamanlarda bilinçli bir şekilde tüketilmesidir (Çayır ve ark., 2011). Geçmişte besine ulaşımın kısıtlı olması, besin çeşitliliğinin az olması, alım gücünün olmaması, pişirme, saklamadaki bilgi eksikliğinden kaynaklı besin kayıpları ve çoklu sebeplerden kaynaklı yetersiz beslenme toplumlar için önemli olmuştur. Beslenmenin yetersiz veya aşırı olması başta özellikli risk grupları olmak üzere herkes için bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Aşırı beslenmeye bağlı oluşan sağlık riskleri başta gelişmiş ülkeler olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde artarak, küresel boyut kazanmıştır. Teknolojik gelişmelerde artma, besinlere ulaşımında kolaylık, besinlerin daha ucuz alınması, refah düzeyinin yükselmesi, işlenmiş gıda tüketiminin artması, kültürlerarası etkileşimin yaygınlaşması, fast food beslenme tarzı, beslenme bilgisinde eksiklik ve hareketsiz yaşam gibi çoklu sebepler toplumlarda obeziteyi kaygı verici boyutlara taşımaktadır. Obezite ve neden olduğu kronik hastalıklardan korunabilmek için beslenme hatalarından kaynaklı yanlışların düzeltilmesi, yeterli ve dengeli beslenme şeklini alışkanlık haline getirmesi ve fiziksel aktivitelerin artırması oldukça önemlidir. Sağlıklı beslenme için bireyin yaşına, cinsiyetine, çalışma ve özel durumuna uygun vücudun ihtiyacı olan besin öğelerinden yeterli ve dengeli miktarlarda alması gereklidir (Baysal,1999; Dölekoğlu ve Yurdakul, 2004; Kutlu ve Çivi, 2009; WHO, 2017b).

2.1. Temel Besin Ögeleri

Besin, bitki ve hayvan dokularının yenilebilir kısımlarıdır ve yaşam için vücudumuza gerekli besin ögelerini içerir. Besinlerin içinde değişik oranlarda organik ve inorganik besin ögeleri vardır. Bu besin ögeleri vücudumuzun çalışabilmesi için gerekli enerjiyi sağlar ve vücudun yapılanması, onarımı ve yıkımı için gerekli temel moleküllerdir. Beslenmeyle ilgili araştırmalar, insanın sağlıklı doğup büyüme ve gelişmesi ve üretken olarak uzun süre kaliteli yaşam sürdürebilmesi için 70'den fazla besin ögesine ihtiyacı vardır. Besin ögelerini genel olarak karbonhidratlar, yağlar, proteinler, vitaminler, mineraller ve su'dan oluşmaktadır. Bu besin ögelerinden herhangi biri alınmadığında, eksik alındığında ya da fazla alındığında büyüme ve gelişmede farklılıklara yol açarak sağlığı olumsuz etkilemektedir (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÖBR), 2015; Baysal, 1999).

2.1.1. Karbonhidratlar

Vücudun optimum çalışabilmesi için günlük enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmaktadır. Yetişkin insan vücudundaki toplam karbonhidrat miktarı %1'in altındadır (Baysal, 1999). Karbonhidratlar besinlerde monosakkarit, disakkarit, olisakkarit ve polisakkarit olarak çeşitli formlarda bulunurlar. Polisakkarit gibi kompleks şekerlerin sindiriminin uzun olması kan şekerini birden yükseltmemesi ve doyumluk hissi için diğer karbonhidratlara oranla alınması tercih edilmektedir (Öçal, 2015).

Vücut enerji ihtiyacını karşılamak için ilk karbonhidratları kullanmaktadır. Beyin hücreleri ise enerji için yalnızca karbonhidratları kullanır. Günlük diyetle karbonhidrat alınması bu bakımdan önemlidir. Karbonhidratlar enerji dışında kan şekerinin dengelenmesinde, hücreler arasında su ve sodyum dengesinde, bağırsakların peristaltik hareketlerini artırarak atık maddelerin uzaklaştırmasında, protein ve yağlarla beraber hücre zarının yapısında görev alırlar. Tatlarının hoş olması çabuk, enerjiye çevrilmesi, günlük yediğimiz besinlerde hemen hemen hepsinde bulunması bireylerce tüketimini artırmaktadır. Karbonhidratların rafine edilmiş formları ve fazla enerji veren türleri obezite ve beraberinde getirdiği insülin direnci, dislipidemi gibi sağlık sorunlarına yol açtığından dolayı dikkatli

tüketilmelidir. Los Angeles bölgesinde yapılan bir kohort tip araştırmada früktozun pankreas kanseri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Nothlings ve ark., 2007). Akdeniz ülkelerinde rafine edilmiş unlarla beslenen bireylerle yapılan çalışmada mide, kolorektal, meme, üst sindirim sistemi ve troid kanserleri riskini artırdığı gösterilmektedir. Sebze, meyve ve kabuğu ayrılmamış tahıl ve baklagillerde bulunan karbonhidratların posalı olması kabızlığı önleyerek bağırsakların düzenli çalışmasını sağlamaktadır (evik ve Pirinçci, 2017).

2.1.2.Yağlar

Yağlar yapısındaki bileşenlere göre doymuş yağ asitleri, tekli doymuş yağ asitleri ve çoklu doymuş yağ asitleri olarak sınıflandırılırlar. Yağlar mideye doygunluk hissi verir acıkmamızı engeller, vücut ısısının regölasyonunu sağlar, ısı kaybını engeller, organlara bariyer görevi görür ve onları dış etkilerden korur .Yağlar hücre zarının, prostaglandin ve steroidlerin yapı taşıdır. Ayrıca esansiyel yağ asitleri ve yağda özünen A, D, E, K vitaminlerinin taşınması vücuda alınması ve kullanılmasında görevlidirler. Yağlar katabolize edildiğinde aynı porsiyondaki, protein ve karbonhidratlardan iki kat enerji sağladığı için tüketiminde dikkat edilmelidir.

Yetişkin insan vücudunun ortalama yağ oranı %18'dir ve kadınların vücudunda erkeklerden daha fazla yağ bulunmaktadır. Vücuttaki yağ oranı kadınlarda %28'i, erkeklerde %25'in üstünde olması obezite açısından önemlidir. Yağların hem obeziteye sebep olması hem de damarlarda arterioskleroz oluşumuna neden olduğu bilindiğinden diyetle sınırlı alınmalıdır (Öçal, 2015; TÖBR, 2015; Yücel, 2015).

2.1.3. Proteinler

Vücudun temel yapı taşı olan proteinler insan vücudunda %16 oranında bulunmaktadır. Büyüme, gelişme, üreme yani kısacası hayatta kalmak için dışardan almamız gereken en önemli besin ögesidir. Proteinler hücre ve dokuların yapı taşıdır. Proteinlerin görevleri vücudumuzda çeşitlidir. Proteinler hücre ve dokuların yapı taşıdır. Onarıcı olarak yıpranan dokuların yeniden yapılmasından sorumludur.

Bağıışıklık sistemindeki antikorlarla vücudun koruyucusudur. Düzenleyici olarak enzim ve hormonların yapısında bulunurlar (Öçal, 2015; TÖBR, 2015; Yücel, 2015). Kılıç ve ark. (2013) yüksek protein içerikli diyetin sıçan böbrek ve karaciğer dokularında yaşa bağılı etkisini araştırdıkları deneysel çalışmasında yüksek protein diyeti uygulamasında karaciğer sinozoidlerde genişleme, hepatosit sitoplazmalarındaki vakuolizasyon ve özellikle böbrek dokularında hem glomerül yapısını hem de tübül yapısını etkilediğini tespit etmişlerdir. Yüksek protein alımı idrarda çok fazla kalsiyum atılımına sebep olmaktadır (Baysal, 1999).

2.1.4. Vitaminler ve Mineraller

Vücudumuzun eksiksiz tam anlamıyla çalışabilmesi için en az protein, karbonhidrat ve yağlar kadar önemli olan vitamin ve mineraller vücutta az miktarlarda bulunmasına rağmen vücuttaki rollerine göre hayati öneme sahip maddelerdir. Vitaminlerin bazıları koenzim şeklinde bazıları da hormonlara benzeyen rolleriyle biyokimyasal tepkimelerin düzenlenmesiyle ilgilidirler. Genel anlamda vitaminler; büyümeye, gelişmeye yardımcı, sinir ve sindirim sisteminin tam çalışabilmesi, besin öğelerinin uygun kullanılması ve vücut direncinden sorumludur (Baysal, 1999; Öçal, 2015; Yücel, 2015).

Yetişkinlerin vücudunda ortalama %6 oranında mineral bulunmaktadır. Mineraller pozitif ve negatif yüklere sahiptirler. Mineraller hücrenin oksijenizasyonundan, sodyum/ potasyum dengesinden, sinir iletiminden, kasların uyarılmasından, enzim regülasyonundan sorumludur. Ayrıca kemiklerin, dişlerin ve enzimlerin yapısında bulunurlar. Başlıca mineraller kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, klor, magnezyum, manganez, kükürt, demir, bakır, iyot, çinko, flor, kobalt, krom, selenyum, molibden ve silikondur (Baysal, 1999; TÖBR, 2015).

2.1.5. Su

Su yaşam için önemli maddelerin başında gelir. Belirli miktarda vücuda alınması gereklidir. Günlük vücudumuza almamız gereken su oranı 2,5 litredir. Fetüs yaklaşık %90 civarında sudan oluşur erişkin bir bireyin su oranı ise %60 civarındadır ve yaşlılıkla beraber bu oran giderek azalmaya başlar. Vücudumuzdaki %60'lık suyun %10'u değışik sebeplerden kaybedildiğinde vücut dengesi bozulmaya yaşam

tehlikeye girmeye başlar. Kaybedilen su tekrar yerine konulmazsa ölümlerle karşı karşıya kalına bilinir. Su vücutta besinlerin sindirimi, sindirilen besin öğelerinin dokulara taşınması, emilimi, atıklarının uzaklaştırılması, eklemlerin kayganlığının sağlanması, vücut ısısının düzenlenmesi, elektrolitlerin dengelenmesinden ve vücut hücrelerinin yaşamı için ortam oluşturmakla görevlidir (Baysal,1999; TÖBR, 2015).

2.2. Besin Grupları ve Tüketilmesi Gereken Miktarlar

Besinler içerdiği besin öğeleri açısından birbirinden ayrışır. Fakat bazı besinler, içerik açısından benzer olduklarından birbirlerinin tamamlayıcısı olabilirler. Beslenmeyle ilgili çalışmalar başladıktan sonra beslenme bilimcileri besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamışlardır. Besin grupları yeterli ve dengeli beslenmeye olanak sağlayacak nitelikte dört grupta toplanmaktadır. Her gruptan besinler seçmek ya da o besinin alternatifini bilmek günlük beslenme planlarının yapılmasında büyük kolaylık sağlamaktadır.

Sağlığın korunması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için vücuda alınması zorunlu besin öğelerinin doğal besinlerden karşılanması ve çeşitliliğinin artırılması diyetin kalitesi açısından önemlidir (TÖBR, 2015).



<http://www.galatatip.com.tr/i/335x335x1/images/56dd692da2451.jpg> .(11.12.2017)

Yonca hayatta şansı ve mutluluğu simgelemektedir. Yoncanın yapraklarının kalp biçiminde ifadesi edilmesi kalp sağlığının önemini ve sevgiyi anlatmaktadır. Yaprakları çevreleyen zeytin dalları barışı temsil etmenin yanında, dünyaca ünlü beslenme uzmanları tarafından sağlıklı kabul edilen Akdeniz diyetinin vazgeçilmesi olan zeytinyağını temsil ettiği için seçilmiştir.

Ülkemizde (özellikle çocuk, gebe, emzikli ve yaşlı grupları) süt ve türevleri çok az tüketildiğinden bu grubun öneminin vurgulanması için üst yaprak olarak gösterilmiştir (TÖBR, 2015).

2.2.1. Süt ve süt ürünleri grubu

Süt, yoğurt, peynir, süt tozları ve kefir bu gruba girer. Bu grup kalsiyum, protein, B2 vitamini (riboflavin), B12 vitamini gibi besin öğelerini sağlar. Tüketilen miktar; yaş, cinsiyet ve fizyolojik duruma (büyüme ve gelişme dönemi, gebelik ve emzirme dönemi, yaşlılık vb.) göre değişiklik göstermekle tüm yaş grupları her gün en az iki su bardağı süt grubu ürünleri tüketmelidir. Süt yerine aynı miktar yoğurt ya da iki kibrit kutusu kadar beyaz peynir yenilebilir. Yetişkin bir birey günlük 2-3 porsiyon süt grubu tüketmelidir. Yani bir öğün peynir, bir öğünde süt ya da yoğurt alındığında bu gereksinim karşılanmış olur (TÖBR, 2015).

2.2.2. Et-Yumurta- Kurubaklagil Grubu

Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek gibi kurubaklagiller ve ceviz, fındık, fıstık, badem gibi kuru yemişler yer alır. Kuru yemişler diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu gruptaki besinler protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller, B6, B12, B1 ve A vitaminleri ile posa açısından zengindir. Bu gruptan alınması gereken günlük porsiyon en az iki porsiyondur (TÖBR, 2015).

2.2.3. Sebze ve Meyve Grubu

Bitkilerin yenilebilen kısmı sebze ve meyveler grubunu oluşturur. Sebze ve meyve grubunun önemli bir kısmı sudur. Günlük protein, yağ ve enerji kısmına çok az katkı sağlarlar. Bu grup vitamin ve mineral kaynağıdır. A vitaminin ön ögesi beta-karoten, E, C, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve

antioksidan içeren bileşiklerden zengindir. Yeterli ve dengeli beslenmek için bu gruptan günde en az 3-5 porsiyon yemek gereklidir (TÖBR, 2015).

2.2.4. Ekmek ve Tahıl Grubu

Tahıllar toplumumuzun temel besin grubudur. Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içindedir. Tahıl ve tahıl ürünleri özellikle B1(tiamin), B12; B grubu vitaminleri, E vitamini, et ve süt grubundan azımsanmayacak kadar protein, karbonhidrat (nişasta, lif) ve yağ içerdiklerinden sağlık açısından önemli besinlerdir. Bu gruptan günde ortalama 4-6 porsiyon almak gereklidir (TÖBR, 2015).

2.3. Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Önemi

Obezite ve kronik hastalıklar dünya çapında giderek artmakta ve artan ölüm oranlarından sorumlu olmaktadır. Bu artış ülkelerin ve bireylerin sağlık harcamalarını artırmakta ve mali olarak zorlamaktadır. Araştırmalar artan obezite ve kronik hastalıkların gelişiminde beslenmenin önemli olduğunu göstermektedir. Hem kronik hastalık gelişimini engellemek hem de gelişen hastalığın ilerlememesini durdurabilmenin en etkili değiştirilebilir yolu bireylere yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmaktan geçmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme vücudun enerji ve işleyişini karşılayabilecek besin öğelerinin hangisi olacağını ve günlük bu besin öğelerinden ne kadar alınması gerektiğini bilmekten geçmektedir. Bilgi eksikliği yeterli ve dengeli beslenmenin hatalı olmasında önemli bir faktördür. Bu yüzdendir ki yeterli ve dengeli beslenme anne karnında başlayıp yaşam boyu sağlığın devamlılığı ve hastalıkların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Kanıta dayalı bilimsel araştırmalar göstermiştir ki, insanın büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için 70'e yakın besin ögesine gereksinimi olduğu ve bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir (Baysal,1999; TÖBR, 2015; Yücel, 2015).

Ülkemiz, beslenme yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüm sergilemektedir. Türkiye'de kadınların iş ortamına dahil olmasıyla en önemli öğün olan kahvaltının genelde atlanması, yemeklerin evde değil dışarılarda yenilmesi, globalleşmenin yemek kültürüne etkisi

sonucu ayak üstü yeme alışkanlığının giderek hakim olması, fastfood tarzı yiyeceklerin cazip hale getirilmesi özellikle şehir yaşamında obezite ve kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Bazı kırsal ve ekonomik şartların düşük olduğu bölgelerde yetersiz beslenme sonucu malnütrisyonlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Bir yandan yetersiz beslenme sonucu gelişen malnütrisyon, bir yandan da karbonhidrat ağırlıklı beslenme sonucu artan obezite ve beraberinde ilişkilendirilen kronik hastalıklar ülkemizin şu an ve gelecekteki sağlığını tehdit eden konular olacak gibi gözükmemektedir (Ulas ve ark., 2016).

2.4. Okuryazarlığın Tanımı

21. yüzyıl hedeflerinin arasında önemsenen üzerinde durulan önemli bir konu sağlıklı yaşam ve sağlığın geliştirilmesidir. Sağlıklı yaşam ve sağlığın geliştirilmesinde toplum liderleri artan sınırsız bilgi ve teknoloji karşısında bireylerin sağlık terimlerini anlama ve sağlık okuryazarlığı kazandırılmasında birtakım düzenlemeler ile toplumu bilinçlendirmekle yükümlüdürler. Bireyin kendi sağlığıyla ilgili bilgisinin olması, bu bilgiyi hayatına entegre edebilmesi ve sağlığıyla ilgili sorumluluk alabilmesi için belli düzeyde okuryazarlığın olması gereklidir. Okuryazarlık kavramı; bireylerin karşılıklı olarak birbirlerini anlama ve onlarla iletişim kurabilmesi için yeterli düzeyde okuma ve yazma becerisine ulaşabilmesidir. (Balçık ve ark., 2014). Daha kapsamlı okuryazarlık ise bireyin okuma, yazma ve sayıları kullanabilme, bilgiyi elde edebilme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyabilme ile karar verme ve problem çözme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark., 2001). UNESCO (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)' ya göre de okuryazarlık; farklı türdeki kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ki bu yetenek bireylerin topluma entegrasyonunu sağlamak, bireyin bilgisini ve yeteneğini geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermek ve sürekli öğrenmeyi içermektedir (UNESCO, 2004).

2.4.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramını, Dünya Sağlık Örgütü, Tıp Enstitüsü (IOM) Amerikan Tıp Birliği (AMA) değişik ifadelerle tanımlamışlardır. Bu tanımlamalara göre bireylerin uygun sağlık kararlarını almada, sağlık bilgisine ve sağlık hizmetleri çerçevesindeki işlevlere erişebilmede, bilgiyi anlamada, kavramada işlemede, kullanmada ve davranışa çevirebilmede kabiliyetleri konusunda bilişsel ve sosyal becerileridir (Balçık ve ark., 2014; Nielsen-Bohlman ve ark., 2004; Sorensen ve ark., 2013).

2.4.2. Beslenme Okuryazarlığı

Literatürde bazı araştırmacılar beslenme okuryazarlığı bazılarını da gıda okuryazarlığı terimlerini kullanmayı seçmişlerdir. Gıda ve beslenme okuryazarlığı; gıda ve beslenme ile ilgili bilgilere erişme, analiz etme, yorumlama, sağlıklı kararlar alabilme kapasitesi; sağlıklı beslenmeyi geliştirme, sürdürme, çeşitlendirme uygun porsiyonda sağlıklı besin seçme ve tüketme ile diyet kalitesini koruma, gıda sisteminin işleyişini değerlendirme ile gıda güvencesinin sağlanması ve sürdürülmesi için gerekli olan, istek, bilgi, beceri, tutum, karar alma ve verme davranış ve yeteneklerin bileşimidir (Aktaş ve Özdoğan, 2016; Vidgen ve Gallegos, 2014; Zoellner ve ark., 2009).

2.4.3. Sağlık okuryazarlığı ve Beslenme okuryazarlığının sağlık açısından önemi

Bireylere Sağlık okuryazarlığı ve Beslenme okuryazarlığının kazandırılması, sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için gereklidir. Sağlık okuryazarlığın düşük olduğu toplumlarda hastalıkların kontrol edilmesinde güçlükler, yaşanan komplikasyonlarda artma, yaşam kalitesinde azalma, tedaviye uyum sorunu, alınan ve verilen hizmetlerden memnuniyetsizlik, koruyucu sağlık bakımından daha az yararlanabilme gibi sorunlar oluşmaktadır (Al Sayah ve Williams, 2012). Kobayashi ve ark. (2014)'nın İngiltere'de 50 yaş ve üzeri yetişkinlerde ulusal kolon kanseri tarama programında bireylerin evlerine tarama ile ilgili yazılı materyal gönderilmiş olmasına rağmen katılımın az olduğu ve sınırlı sağlık okuryazarlığının taramalar önünde bir engel olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık ve beslenme okuryazarlığı yükselen toplumlarda, bireylerin sağlıklarıyla ilgili bilgilerinde ve sağlığın kültürel ve çevresel belirleyicilerin farkındalığı artmaktadır. Sağlık bilgileri artan bireyler sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar alarak kendi sağlıklarından sorumlu olabilmekte ve kendileri için sağlıklı yaşam tarzını seçebilmektedirler. Sağlık okuryazarlığın artması ile büyük çoğunluğu sağlıklı bireylerden oluşan toplumda gereksiz antibiyotik kullanımı olmayacak, acilin gereksiz meşguliyeti önlenmiş olacak, kliniğe yatış oranları azalacak böylece hem ülke ekonomisine hem de insan yaşamının kalitesine katkıda bulunulacaktır. Eichler ve ark. (2009) tarafından Norveç, İtalya, Kanada, Bermuda, Meksika ve Amerika'daki 2340 çalışmanın analizleri sonucunda, sınırlı sağlık okuryazarlığının kişi başına yıllık 143-7,798 dolar arasında değişen ek harcama getirdiğini saptamıştır. Ayrıca artan okuryazarlık bireylerin sağlık profesyonelleri ile anlamlı ilişkiler kurmasına olanak sağlamakta ve sağlık kararlarında aktif rol almaları yolunu açmaktadır (Sorensen ve ark., 2013). Bilimsel gerçekler yetersiz ve aşırı beslenmenin çeşitli sağlık sorunları gelişiminde kritik rol oynadığını göstermektedir. Dünyada çeşitli sebeplerden ötürü özellikle değişen yeme alışkanlıklarıyla vücut kitle indeksinin yükselmesi, artan yağ oranıyla kalp damar hastalıkları, bazı kanserler, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülmesinde artma ve ölümlerden sorumlu olma, bu hastalıkların uzun ve maliyetli tedavileri ayrıca dünyanın giderek yaşlanıyor olması beslenme okuryazarlığının önemini gündeme daha da taşımaktadır (Aihara ve Minai, 2011; Aktaş ve Özdoğan, 2016).

Beslenme ve sağlık alanındaki birçok bilgiye kitap, gazete, radyo, televizyon ile ulaşırken günümüzde internetin mobil olarak hayatımıza girmesiyle beslenme ve sağlık haberleri ile ilgili doğru ya da yanlış birçok bilgi edinime erişim çok hızlı oldu. Özellikle medyadaki reklamlar kararsız tüketicileri, çocukları ve kadınları etkilediği yönündedir (Özdemir ve Tokol, 2008; Pettigrew ve ark., 2013).

Gıda ve beslenme okuryazarlık düzeyini artırarak, sağlıklı beslenmeyle ilgili farkındalık oluşturma, gıda ve beslenmeyle ilgili doğru bilgiye ulaşımı sağlama, medya ve beslenmeyle ilgili ve rehberlerdeki mesajları doğru anlayabilme eleştirel bakabilmeyi sağlama, sağlıklı besin seçimi ve tüketimini sağlama, enerji ve besin ögesinden ne kadar gerektiğini hesaplayabilme, besin etiketini anlama ve kullanabilme kabiliyeti kazandırma, besinlerin hazırlanması, pişirilmesi, saklanması

ile ilgili bilgi ve beceriye sahip bireyler yetiştirerek sağlıklı nesillere ulaşabileceğiz (Benn, 2014; Cimbaro, 2008; Pendergast ve Dewhurst, 2012; Vidgen ve Gallegos, 2014; Zoellner ve ark., 2009).

2.5. Obezite Tanımı

Obezite DSÖ tarafından sağlığı bozacak düzeyde vücutta aşırı yağ miktarının artması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2017b). Başka bir ifadeyle yiyeceklerle alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olması sonucu ideal vücut ağırlığının %20'sinden fazlasına sahip olma ile karakterize genetik ve çevresel faktörlere bağlı kronik metabolik psikolojik bir hastalıktır (Akbulut ve Rakıcioğlu, 2010; Kankaya ve Karadakovan, 2017; Tam ve Çakır, 2012). Obezite karmaşık etiyolojiye ve patogeneze bağlı çoklu sağlık riskleri ve sosyal sonuçları olan ciddi boyutta artan bir halk sağlığı sorunudur (Arıkan, 2013; Lewis ve ark., 2010). Hareketsiz yaşam tarzı, gelişen gıda teknolojilerinin insanlara sunduğu paketlenmiş ürünler, hızlı-hazır beslenmenin yaygınlaşması gibi değişen beslenme alışkanlıkları, gıda endüstrisinde büyümeye bağlı fiyatların düşmesi, yaş, cinsiyet, gibi demografik faktörler, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyokültürel faktörler ve biyolojik faktörler obeziteden sorumludur (Arıkan, 2013; Ayyıldız ve Demirli, 2015).

Abdominal santral obezite vücudun bel-karın bölgesindeki yağ dokusu birikimini, gluteal-femoral obezite ise yağın daha çok vücudun alt bölümünde toplanmasıdır (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). Özellikle abdominal obezite; hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet, kalp yetmezliği, inme, koroner arter mortalitesi ve morbitidesi için önemli bir risk faktörüdür (Demerath ve ark., 2008). Dünyadaki ölümlerin 5. sıradaki temel nedenidir. Oysaki kötü beslenme ve hareketsiz yaşam, dünyadaki sigaradan sonra önlenebilir 2. ölüm nedenidir (Arıkan, 2013).

2.5.1. BKİ Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak beden kitle indeksi (BKİ) kullanılmaktadır. On sekizinci yüzyılda AdolpheQuetelet vücut ağırlığının boyun karesine bölünmesi olarak tanımlamıştır ($BKİ = \text{Ağırlık (kg)}/\text{Boy (m}^2\text{)}$). Beden kitle indeksine göre obezite tanımlamaları: $BKİ < 18,5$ düşük kilolu, $18,5 \leq BKİ < 24,9$ normal kilolu, $25,0 < BKİ < 29,9$ fazla kilolu, $30,0 < BKİ$ obez ve $40,0 < BKİ$ morbid obez şeklindedir (WHO, 2017a) .

Tablo 1. Beden kitle indeksi sınıflaması DSÖ,

BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ)	
Zayıf	<18,5
Normal Kilolu	18,5 – 24,9
Fazla Kilolu (Pre-obez)	25,0 – 29,9
Obez	$\geq 30,0$
Sınıf 1	30,0 – 34,9
Sınıf 2	35,0 – 39,9
Sınıf 3 (morbid)	≥ 40

BKİ obezitenin değerlendirilmesinde sık kullanılan, ucuz, invaziv olmayan ve basit bir yöntemdir. Vücut yağ düzeyi ile yüksek oranda korelasyon göstermektedir (Kutlu ve Cihan, 2017; Menke ve ark., 2007). BKİ değeri tüm vücut şişmanlığı konusunda bilgi verir. Fakat beden yağ ve yağsız kütle ayrımı ve yağ kütlesinin dağılımı konusunda bilgi vermez. Abdominal santral obezite vücudun bel karın bölgesinde yağ dokusunun birikimi, gluteal femoral obezite ise yağın vücudun alt bölümünde birikmesidir. Kilo normal olsa bile abdominal obezite kardiyovasküler olaylara neden olan aterosklerozun ve bazı kanser türlerinin artmış riski ile ilişkilendirilmektedir (Bilge ve ark., 2016). Bel çevresi ölçümü santral obezitenin değerlendirilmesinde iyi bir ölçümdür. Bel çevresi ölçümü, ayakta iken alt kosta seviyesi ile krista iliaka anterior süperior hizası arası mesafenin orta noktasından yapılmalıdır. Eşik değer kadınlarda 80 cm erkeklerde 94 cm olup, kadınlarda 88 cm erkeklerde 102 cm üzerindeki değerler kardiyovasküler hastalık için yüksek risk kabul edilmektedir (Emanuela ve ark., 2012; Perk ve ark., 2012; Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). Santral obezitenin değerlendirilmesinde bel/kalça oranı da yine son zamanlar da kullanılan bir diğer yöntemdir. Bel çevresi ölçümünün basenin en geniş hizasından ölçülen değere

bölünmesiyle hesaplanır. Bel/kalça oranı kadınlarda $\geq 0,85$ ve erkeklerde $\geq 0,90$ olduğunda santral obeziteden bahsedilmektedir (Du ve ark., 2014).

2.5.2. Etiyolojisi

Obezite multifaktöriyel kompleks bir etiyojiden oluşmaktadır. Obezitenin etiyojisinde genetik, metabolik, fizyolojik, psikolojik, kültürel, enerji alımı ile harcanması arasında dengesizlik, beslenme ve fiziksel aktivite gibi davranışsal ve sosyoekonomik düzey düşüklüğü gibi çevresel birçok sebep sorumlu tutulmaktadır (Jequier, 2002).

Araştırmalar vücut ağırlığı ve genetik mekanizmalar arasında ilişkili olduğunu göstermiştir. Genetik etkiler bazal metabolizma üzerinde kişiden kişiye değişkenlik göstermekte ve bu yüzden bazı kişiler obeziteye daha yatkındır. Obez anne babanın çoğunun obez olma durumu %80 iken, normal kiloya sahip anne babanın çocuğunun obez olma oranı %15'tir (Eker ve Şahin, 2002). Yapılan çeşitli araştırmalar obezitenin patogenezisinde genetiğin etkisinin olduğunu göstermektedir (Benzinou ve ark., 2008; Farooqi ve ark., 2000; Rankinen ve ark., 2006). Çevresel faktörlerin etkisiyle oluşan obezite aşırı beslenme ile fiziksel hareket azlığının sonucunda gelişmektedir. Ravelli ve arkadaşları (1976) tarafından yapılan çalışmada prenatal ve erken postnatal dönemde açlığa maruz kalmış 300.000 erkek çocuğunun sonraki dönemde obez olup olmadıkları araştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda son 6 ayda aç kalan gebelerin erkek çocukları obez ve metabolik sendromlu, gebeliğin son üç ayında ve yaşamın ilk aylarında açlığa maruz kalan erkek çocukların yaşlılarına göre daha zayıf yetişkinler olduğu saptanmıştır. Bu çalışma malnütrisyon ve obezite gelişmesine beslenmenin etkisini gösteren önemli bir araştırmadır.

Obezite %35 kalıtım, %15 genler ve %50 çevresel faktörler ve yaşam stiline etkisiyle oluşmaktadır. Bu verilere bakıldığında obeziteye yol açan etkenlerin bir kısmı doğuştan obezite yatkınlık oluştururken, bir kısmı da önlenemez sonradan kazanılan çevresel faktörlerdir (Nazlıcan, 2008).

Bunların dışında obezite yaşla beraber artmakta, 25-34 yaş arasında en yüksek seviyede, kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranlarda görülmektedir (Garawi ve ark., 2015; Nazlıcan, 2008).

Obezite nedenleri içinde doğum sayısı, doğumlar arası süre, evlilik, sigarayı yeni bırakmak ve alkol alımı, bazı endokrin hastalıklar metabolik sendrom, diyabetes mellitus, hipotroidi, polikistikover sendromu, cushing sendromu, büyüme hormonundaki yetersizlik, D vitamini eksikliği, cinsiyet hormonundaki seks hormon azlığı gibi genetik, metabolik, hormonal, hipotalamik, psikolojik etmenler özellikle metabolizmayı bozan bazı ilaçlar antipsikotikler, glukokortikoidler, anabolizan steroidler ve sosyoekonomik, sosyokültürel faktörlerde yer almaktadır (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013).

Obezitenin değiştirilebilir en önemli nedenlerinden biri beslenmedir. Beslenmedeki hatalı davranışlar obezite başta olmak üzere birçok hastalık için risk faktörüdür. Beslenmedeki hatalar bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu hatalar büyük porsiyon ve fast food beslenme, basit karbonhidrat yiyeceklerin mevcudiyeti, yüksek kalorili içecekler ve yağlı yiyeceklerin çok tüketilmesi, dışarıda yeme alternatiflerin artması ayrıca öğün atlamak, öğün aralarında yağlı karbonhidratlı besinleri tüketmek, hızlı yemek, gece yemek, aşırı alkol tüketmek olarak sıralanabilir (Emanuela ve ark., 2012; WHO, 2017b).

2.5.3. Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere obezite gün geçtikçe artmaya devam etmektedir. Obezite 1975'ten 2016 yılına kadar yaklaşık üç kat artmıştır. Dünya da 2016'da 18 yaş ve üzeri erişkinlerde 1,9 milyardan fazla kilolu bulunmaktadır ve bunların 650 milyonundan fazlası obezdır. Yani 2016'da 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %39'u aşırı kilolu ve %13'ünü obez olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2017b).

DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış olduğu bildirilmiştir (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı 2013). Dünya geneline bakıldığında fazla kilolu ve obezite prevalansının en yüksek olduğu bölge Amerika, en düşük olduğu bölge Güneydoğu Asya'dır. Avrupa, Amerika ve Doğu Akdeniz kadınların %50'sinden fazlasının fazla kilolu olduğu, tüm bölgelerde obezite prevalansının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (WHO, 2018). Artmış vücut kitle indeksinin yaygınlığı ülkelerin gelir düzeyleri ne kadar yüksekse o kadar yükselmektedir. Yüksek ve orta gelirli ülkelerde aşırı kilolu

olma oranı, düşük ve orta gelirli ülkelerden iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde obezite her iki cinsiyette yüksek olup, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazladır (WHO, n.d.). Robertson ve ark. (2007) Avrupada obezite prevalansının arttığını ve özellikle doğu Avrupa bölgelerinde, düşük ekonomik seviyeli etnik gruplar arasında daha fazla arttığını göstermişlerdir. Yine aynı çalışmada anne ve babanın (özellikle annenin) obez olması ergen ve çocukluk çağı obezite gelişimini desteklediği tespit edilmiştir. Gençlerin yaşlılara göre daha fazla obez olması da katkılı, hormonlu beslenme kültürü ve fiziksel aktivite azlığına bağlanmaktadır. Avrupa popülasyonunda erkeklerin yaklaşık%20-25'i, kadınların %40-50'si obezite riskiyle karşı karşıya kaldığı çalışmanın bir başka bulgusudur. Roskam ve ark. (2009) çeşitli ülkelerde obezite durumunu tespit etmek için yaptığı çalışmada %11 ile obezitenin yüksek olduğunu sonucuna ulaştılar. Obezite erkeklerde en düşük Fransa'da %6,0, en yüksek İngiltere'de 21,6 oranlarında; kadınlarda ise en düşük İtalya'da %5,0, en yüksek İngiltere'de 23,3 oranında tespit edildi.

Gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer alan Türkiye'de de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelere çok farklı değildir, dünya geneliyle paralel seyir göstererek obezite oranı %30 gibi belirgin bulunmuştur. Toplam 24,788 kişinin tarandığı TURDEP- I çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde obezite oranı %22,3 düzeyinde tespit edilmiştir. Bu çalışma obezite oranı kadınlarda %30, erkeklerde %13, prevalansın 30'lu yaşlarda arttığı 45-65 yaşları arasında zirve yaptığı görülmüştür. Ülke genelinde obezite prevalansına bakıldığında doğu bölgelerinde daha az, kentsel alanda %23,8 ve kırsal alanda %19,6 olarak tespit edilmiştir. Santral obezite (bel çevresi kadında>88 cm, erkekte>102 cm) prevalansı genelde %35 olarak olmakla kadınlarda %49, erkeklerde %17 tespit edilmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998'de %22,3 olan obezite prevalansı ciddi bir oranda artarak 2010 yılında %31,2'ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %34 artarak %44'e, erkeklerde %107 artarak %27'ye yükseldiği bildirilmiştir (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). Sağlık Bakanlığınca yapılan TBSA- 2010 sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde obezite oranı %30,3 iken bu oran erkeklerde %20,5 ve kadınlarda%41 olarak bulunmuş

ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). 2016 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasında BKİ'ne göre 15 yaş üzeri bireylerin %19,6 sinin obez olduğu belirtilmiştir. Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde kadınların %23,9'unun obez, %30,1'inin ise fazla kilolu olduğu, erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15,2 ve %38,6 olduğu saptanmıştır (TÜİK 2016).

2.5.4. Obezite-Fazla Kilolu Olmanın Sağlık Üzerine Etkileri ve Hastalık Yükü

Obezite; yan etkileri ile doku ve organları olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini bozan, yaşam süresini kısaltan, getirdiği hastalık yükü ile çağın çözümlenmesi gerekli en önemli sağlık sorunları arasındadır.

Giderek yaşlanan bir dünya popülasyonu ile karşı karşıya kalan sağlık belirleyicileri obezitenin getirdiği bulaşıcı olmayan hastalıkların hem maliyet yükü hem de sağlıklı yaşam kaybı yüküyle mücadele etmek zorundadırlar.

Her yıl yaklaşık 2,8 milyon kişi fazla kilolu ve obeziteye bağlı olarak ölmektedir. Bunlara ek olarak fazla kilolu olmak kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, kanser (meme, prostat, kolon, endometrium), Tip 2 Diabetes Mellitus (DM), osteoartrit, safra taşı, uyku apnesi, solunum yetersizliği, kas-iskelet sorunlarının görülme sıklığını arttırmakta ve psikolojik, psikososyal sorunlar gibi bazı sağlık sorunlarını da ağırlaştırmaktadır (Obezite ile Mücadele el kitabı, 2013). Obezite bağımsız olarak kardiyovasküler hastalık için tek başına risk faktörüdür. 21 kohort çalışmanın meta-analizinde BKİ'deki her 5 birimlik artış koroner kalp hastalığı riskinde %29'luk artışa denk geldiği gösterilmiştir (Bogers ve ark., 2007). Martin-Rodriguez ve ark. (2015)'nin çalışmasında aşırı kilo ve obezitenin glikoz intoleransı, dislipidemi, tip 2 diyabet, hipertansiyon, osteoartrit, böbrek yetmezliği ve depresyonla pozitif ilişkisini göstermektedir. BKİ ile koroner arter hastalığı (KAH), inme ve diyabet mortalitesi arasında doğrusal bir ilişki vardır (Martin ve ark., 2015). Metabolik sendrom prevalansı giderek artan obezite epidemileri ile birlikte artmıştır. Uluslararası Diyabet Vakfı (IDF), metabolik sendrom da altta yatan risk faktörü insülin direncinin yanı sıra abdominal obezite olarak göstermiştir (Martin ve ark., 2015). Epidemiyolojik ve bazı klinik çalışmalar obezitenin belirleyicisi olan BKİ ve bel çevresinin bazı kanser türleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Garg ve ark., 2014;

Vucenik ve Stains, 2012). Yüksek vücut kitle indeksi ilişkilendirilen kanserler den ölümlerin erkeklerde %14, kadınlarda %20 olduğu tahmin edilmektedir (Calle ve ark., 2003). Wolin ve ark. (2010) “Million women study” çalışmalarında kadınlarda 17 spesifik kanser türünden 10’nun endometriyal, özefagus adenokarsinomu, lösemi, multipl miyelom, non-Hodgkin’s lenfoma, over, renal, pankreatik, postmenapozal meme kanseri ve kolon kanseri BKİ ile ilişkili olduğunu ve obezitenin bu kanser riskini artırdığını göstermektedir. Obezite meme kanserlerinin %9’u, endometriyal kanserlerinin %39 böbrek kanserlerinin %25 özafagial kanserlerinin %37 ve kolon kanserlerinin ise %11’inin nedenleri arasında ve tüm kanser vakalarının ise yaklaşık %20’sine neden olduğu tahmin edilmektedir (Wolin ve ark., 2010). Kanserli olmayan 900.000 yetişkini kapsayan 16 yıllık prospektif bir çalışmada 57,145 kanserden ölüm görülmüştür. Normal kilolulara göre BKİ>40 kg/m² olan bireylerde kanserden ölüm oranlarında erkeklerde %52 ve kadınlarda %62’lik artış tespit edilmiştir (Calle ve ark., 2003).

Batı ülkelerinde safra kesesi hastalıklarının sık görülmektedir. Obezite safra kesesinde kolesterol taşlarının oluşumunda ve artmış BKİ de semptomatik safra kesesi hastalıkları için risk faktörüdür (Stender ve ark., 2013). Türkiye Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik 2004 çalışmasına göre; obezitenin önlenmesi ile ölümler erkeklerde %11,1 ve kadınlarda ise%15,8 azalmaktadır. Erkeklerde önlenilecek hastalık yükü %6,7 iken kadınlarda%7,9’dur (Obezite ile Mücadele el kitabı, 2013).

2.6. Sağlıklı Yaşam Tanımı

Sağlıklı yaşam biçimi, sağlığı etkileyen tüm davranış, inanç ve sosyal kültürel örüntüler üzerinde kontrol sahibi olmayı ve mevcut sağlık durumunu yükseltmeyi hedefleyen davranışları içermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; bireylerin mevcut iyilik hallerinin korunması ve daha iyi seviyeye yükseltilmesine hizmet eden davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Tedik, 2017).

26.1. Sağlıklı yaşamda beslenme okuryazarlığı, yeterli ve dengeli beslenme ve obezite

Sağlık insanın var olduğu sürece çok konuşulacak üzerinde politikalar yürütülecek en temel insan hakkıdır. Sağlıkta her zaman hedeflenen en üst esenlik halidir. Günümüz yüzyılında üzerinde dikkatle durduğu sağlığın geliştirilmesidir. Sağlığın geliştirilmesinde sağlık hizmetlerinin sunumundaki kalite kadar, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarıdır. Hem sağlık belirleyicileri hem de bireyler açıısından önemli olan sağlığının bozulmadan devam ettirilmesi ve sağlıklı yaşlanmadır. Bireyler kendi sağlıklarını etkileyecek her türlü davranışı kontrol etmeleri, sağlıklarını koruyucu ve yükseltici davranışları seçerek yaşam biçimi haline getirmeleri gerekmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, düzenli egzersiz yapma, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk alması ve sağlık ve beslenme okuryazarlığı olarak sıralayabiliriz (Aksoy ve Uçar, 2015).

Beslenme, büyüme, gelişme, yaşam fonksiyonları için gerekli bir ihtiyaçtır. Aşırı ve yanlış beslenme sonucu tüm dünya obezite salgınıyla mücadele etmektedir. Beraberinde getirdiği pek çok hastalıkla bireylerin yaşam kalitesini azaltmakta ve ölümlere yol açmaktadır. Bunun yanında hem insan gücü kaybı hem de kronik hastalıkların tanı, tedavi ve bakım maliyeti ülkelerin ekonomilerini ciddi anlamda külfet getirmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında olan yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırılması obeziteden kaynaklı olumsuzlukların önemli ölçüde azalmasına katkı sağlayacaktır (Çayır ve ark., 2011; Tedik, 2017).

Yeterli ve dengeli beslenme davranışının kazandırılabilmesi için öncelikle bireylerin sahip oldukları yaşam biçimi davranışları ve beslenme bilgilerinin belirlenmesi gerekmektedir. Böylece bireylerin mevcut yaşam biçimi davranışları ve bilgilerinin saptanması ile gereksinimleri doğrultusunda beslenme eğitimleri birinci basamakta planlanmalıdır. Planlanan etkin ve yaygın eğitimlerle bireyleri obeziten korunmak için beslenme okuryazarı yaparak besin, besin ögesi, besin grupları, porsiyonlar, kalori hesaplama etiket okuyabilme yeteneğiyle neyi ne zaman nasıl yiyeceğini bilmesi ve yeterli ve dengeli beslenme davranışı kazandırma amaçlanmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Sekli

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15 Kasım 2017 -15 Şubat 2018 tarihleri arasında Bursa ili Merkez ilçeleri Osmangazi, Nilüfer, Yıldırım Sağlıklı Yaşam Merkezleri Obezite Danışma Birimlerinde, bu birime ilk kez başvuran kişilere yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Bursa ili merkez ilçeleri Osmangazi, Nilüfer, Yıldırım sağlıklı yaşam merkezlerinin obezite birimine ilk defa başvuran 195 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçimindeki kriterler; birime ilk kez başvuran 18-64 yaş arası, en az ilkokul mezunu, iletişim ve kendini ifade etme problemi olmayan, onamları alınmış kişiler olacaktır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Bursa İli T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan 15.11.2017-15.02.2018 tarihlerinde izinler alınmıştır. Uludağ üniversitesi Etik İzin 03.10.2017 tarihinde izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmanın amaçları açıklanarak, onamları alınmış ve sonrasında veriler toplanmıştır (EK 1).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatürler doğrultusunda oluşturulan sosyo- demografik veri formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Cesur (2013) tarafından yapılmış “Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı” (YBOYDA) kullanılmıştır.

3.5.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Veri Toplama Formu

Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri, var olan kronik hastalıkları, beslenme ve diğer alışkanlıklarını içeren toplam 46 soru oluşturmaktadır (EK 2)

3.5.2. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı (YBOYDA)

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Cesur (2013) tarafından yapılan “Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı”(YBOYDA) 35 sorudan ve 5 bölümü içermektedir. Birinci bölüm genel beslenme bilgisi, ikinci bölüm okuduğunu anlama ve yorumlama, üçüncü bölüm besin grupları, dördüncü bölüm porsiyon miktarları, beşinci bölüm gıda etiketi okuma ve basit hesap yapma kabiliyeti ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Doğru yanıtlanan her soru bir puan, yanlış cevaplanan ve boş bırakılan sorular ise 0 puandır. Değerlendirme aracından alınabilecek toplam puan 35’dir. Toplam puan üzerinden 0-11 puan arası yetersiz, 12-23 puan arası sınırdaki, 24-35 puan arası yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi olarak ifade edilmektedir. (EK 3)

3.6. Veri toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırmanın verileri 15 Kasım 2017 -15 Şubat 2018 tarihleri arasında Bursa ili Merkez ilçeleri Osmangazi, Nilüfer, Yıldırım Sağlıklı Yaşam Merkezleri Obezite Danışma Birimlerine ilk kez başvuran kişililerden toplanmıştır. Araştırma verileri 46 sorudan oluşan anket formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Cesur (2013) tarafından yapılan “ Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı” (YBOYDA) 35 sorudan ve 5 bölümü içermektedir. Birinci bölüm genel beslenme bilgisi, ikinci bölüm okuduğunu anlama ve yorumlama, üçüncü bölüm besin grupları, dördüncü bölüm porsiyon miktarları, beşinci bölüm gıda etiketi okuma ve basit hesap yapma kabiliyeti ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Doğru yanıtlanan her soru bir puan, yanlış cevaplanan ve boş bırakılan sorular ise 0 puandır. Değerlendirme aracından alınabilecek toplam puan 35’dir. Toplam puan üzerinden 0-11 puan arası yetersiz, 12-23 puan arası sınırdaki, 24-35 puan arası yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyi olarak ifade edilmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin boy, kilo, bel çevresi, kalça çevresi, kan basıncı ve nabız ölçümleri araştırmacı tarafından ölçülüp kaydedilecektir. Ölçümleri gerçekleştirilen bireylere kişisel bilgileri içeren

anket formu ve sağlık okuryazarlık değerlendirme aracı verilerek, dikkatlice okuyup doldurmaları istenmiştir. Ölçümlerin gerçekleştirilmesi ve anket sorularının birey tarafından cevaplandırılma süresi ortalama 45-50 dakika sürmektedir. Bireylere ait bilgilerin bir kısmı (kullanılan ilaçlar vb.) kurumdaki dosyalarından toplanacaktır. Bireylerin obezite durumu Sağlık Bakanlığı beden kitle indeksi (BKİ) ile değerlendirilecektir.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız değerkenleri; bireyin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, yerleşim yeri, alışkanlıkları, yeterli ve dengeli beslenmeye ilişkin bilgi düzeyleri, kronik hastalıkları,

Bağımlı değerkenler; beden kitle indeksleri ve YBOYDA değerlendirme aracı puanla

Araştırmada toplanan veriler SSPS- 20 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanarak yapılmıştır. Bulgular sayı ve yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde değerlendirilmiştir. İstatiksel analizlerde non parametrik testlerden Kruskal Wallis ve man whitney u testi ve spearman kolerasyon analizi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.

3.8.Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın Bursa ili Merkez ilçeleri Osmangazi, Nilüfer, Yıldırım Sağlıklı Yaşam Merkezleri Obezite Danışma Birimlerine başvuran kişilere de yapılmış olması, bu birimler başvuran bireylerin çoğunluğunun kadınlarda oluşması ve diğer kilo problemi olan bireylere ulaşılmamış olması sınırlılık getirmektedir.

4.BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır. Bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları (Ort \pm Ss) 43.17 \pm 10,5 yıl, beslenme okuryazarlığı puan ortalaması (Ort \pm Ss) 28,00 \pm 3,16, BKİ’i ortalaması (Ort \pm Ss) 31,74 \pm 4,41, kadınların BKİ’i ortalaması (Ort \pm Ss) 31,84 \pm 4,53, erkeklerin BKİ’i ortalaması (Ort \pm Ss) 30,59 \pm 2,36, bel çevresi ortalaması (Ort \pm Ss) 100,79 \pm 10,38 cm, kalça çevresi ortalaması (ort \pm Ss) 116,82 \pm 11,80 cm’dir. Araştırmaya katılan bireylerin %92,3’ü kadın ve %83,6’sı evlidir. Ailelerinin bölgesel olarak dağılımları incelendiğinde; %48,2’sinin Marmara, %20,5’inin Karadeniz, %12,3’ünün İç Anadolu, %12,3’ünün Doğu Anadolu, %5,6’sının Ege, %0,5’inin Güney Doğu ve Akdeniz Bölgesinden olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında; %33,3’ünün ilkokul mezunu olduğu, %26,7’sinin lise, %24,1’inin üniversite ve %15,9’unun ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin eşlerinin çoğunluğunun (%34,1) Üniversite mezunu olduğu, sırasıyla %29,5’inin lise, %22,2’inin ilkokul, %13,1 inin ortaokul ve %1,1’inin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Bireylerin kendi ifadelerine göre ekonomik durumlarına bakıldığında; çoğunluğu orta düzeyde (%50,3) olup, %43,6’sı iyi düzeyde, %3,6’sının kötü ve %2,6’sının çok iyi olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin meslek durumları incelendiğinde; %53,3’nün çalışmadığı, %16,4’ünün memur, %7,7’sinin işçi, %2,1’inin serbest meslek ve %20,5’inin emekli/öğrenciler olduğu görülmektedir. Bireylerin çoğunluğunun (%97,4) sağlık güvencesi bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %45,6’sının kronik hastalığı, % 4,6’sının besin alerjisi olduğu, %7,2’sinin gıda takviyesi kullandığı, %15,9’unun çay, kahve ve sigara gibi alışkanlığının bulunduğu tespit edilmiştir. Bu bireylerin öğünlerinde en çok %94,9’unun akşam öğününe dikkat ettiği görülmekte olup %19,0’ının fast foot beslenmeyi tercih ettikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %61,5’i obez, %35,4’ü fazla kilolu ve %3,1 normal kilodur.

Bireylerin %37,9'u fiziksel aktivite yapmakta olup, %33,8'i yürüyüş ve %4,1'i şiddetli egzersiz yaptığını ifade etmektedir.



Tablo 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin Tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=195)

Özellikler	(Ort ±SS)	n	%
Yaş	43,17 ±10,5		
YBOY Puan	28,00±3,16		
BKİ	31,74 ± 4,41		
Kadın BKİ	31,84±4,53		
Erkek BKİ	30,59±2,36		
Bel çevresi	100,79 ±10,38		
Kalçaçevresi	116,82±11,80		
Cinsiyet			
Kadın		180	92.3
Erkek		15	7.7
Medeni Durum			
Evli		163	83.6
Bekâr		20	10.3
Dul/Ayrılmış		12	6.2
Ailenin Geldiği Bölge			
Marmara		94	48.2
Karadeniz		40	20.5
İç Anadolu		24	12.3
Doğu Anadolu		24	12.3
Ege		11	5.6
Akdeniz		1	0.5
Güneydoğu Anadolu		1	0.5
Eğitim Durumu			
İlkokul mezunu		65	33.3
Ortaokul mezunu		31	15.9
Lise mezunu		52	26.7
Yüksekokul/Üniversite		47	24.1
Eşinin Eğitim Durumu			
Okuryazar değil		2	1.1
İlkokul mezunu		39	22.2
Ortaokul mezunu		23	13.1
Lise mezunu		52	29.5
Yüksekokul/Üniversite		60	34.1
Ailenin Gelir Durumu*			
Çok iyi		5	2.6
İyi		85	43.6
Orta		98	50.3
Kötü		7	3.6
Meslek			
Çalışmıyor		104	53.3
İşçi		15	7.7
Memur		32	16.4
Serbest Meslek		4	2.1
Diğer(Emekli, öğrenci) vb		40	20.5
Sağlık Güvencesi Durumu (Evet)		190	97.4
Kronik Hastalığı (Evet)		106	54.4
Besin alerjisi (Evet)		9	4.6
***Gıda takviyesi kullanımı(Evet)		15	7.2
Alışkanlıkları****(Evet)		31	15.9
Günlük öğünlerine dikkat etme durumu			
Sabah Kahvaltısı		170	87.2
Oğle Yemeği		81	41.5
Akşam yemeği		185	94.9
Fast-food		37	19.0
BKİ Normal		6	3.1
BKİ Fazla kilolu		69	35.4
BKİ Obez		120	61.5
Fiziksel aktivite yapıyor		74	37.9
Şiddetli fiziksel aktivite yapıyor		8	4.1
Orta dereceli aktivite yapıyor		10	5.2
Yürüyüş yapıyor		66	33.8
TOPLAM		195	100

Bireyin ifadesine göre işaretlenmiştir. ****Birden çok seçenek işaretlenmiştir.***** B12,Dvitamini, demir preperatları, folik asit, omega 3, K vitamini ve multivitamin

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin YBOY Değerlendirme Aracı bölümlerinden aldıkları puanların dağılımı(n=195)

Bölümler	Yetersiz		Sınırdan		Yeterli	
	n	%	n	%	n	%
Tüm Bölümler	0	0	11	5,6	184	94,4
Alt Bölümler						
Birinci Bölüm (Genel beslenme bilgisi)	0	0	23	11,8	172	88,2
İkinci Bölüm (Okuduğunu anlama ve yorumlama)	1	0,5	34	17,4	160	82,1
Üçüncü Bölüm (Besin grupları)	0	0	0	0	195	100
Dördüncü Bölüm (Porsiyon Miktarları)	130	66,7	46	23,6	19	9,7
Beşinci Bölüm (Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık)	82	42,1	72	36,9	41	21

Araştırmaya katılan bireylerin “Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı”(YBOY) bölümlerinden aldıkları puanlar doğrultusunda dağılımları görülmektedir (Tablo 4.2). Bireylerin değerlendirme aracının tüm bölümlerinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde %94,4’ünün yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin “Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı” alt bölümlerinden aldıkları puanlara göre; birinci bölümde yer alan genel beslenme bilgisinin %88,2’ini, ikinci bölümde yer alan okuduğunu anlama ve yorumlama sorularının %82,1’ini, üçüncü bölümde yer alan besin grupları ile ilgili soruların tamamını bilerek yeterli puan aldığı saptanmıştır. Dördüncü bölümde yer alan porsiyon miktarları ile ilgili soruların %9,7’ sini ve beşinci bölümde yer alan gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık ile ilgili soruların %21’inde yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyinde bilgilerinin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranına göre BKİ ve YBOY puanları arasındaki korelasyon

	BKİ	YBOY Puanı	YBOY1 Puanı	YBOY2 Puanı	YBOY3 Puanı	YBOY4 Puanı	YBOY5 Puanı
BKİ		r =-0,242** p=0,001	r=-0,182* p=0,011	r=-0,168* p=0,019	r=-0,082 p=0,253	r=-0,120 p=0,094	r=-0,218** p = 0 , 0 0 2
Bel çevresi (cm)	r=0,777** p=<0,001	r =-0,196** p=0,006	r =-0,131 p=0,068	r=-0,150* p=0,037	r=-0,197** p=0,006	r=<0,001 p=0,996	r=-0,152* p=0,033
Kalça çevresi (cm)	r=0,782** p=<0,001	r=-0,239** p=0,001	r=-0,173* p=0,016	r=-0,170* p=0,017	r=-0,214** p=0,003	r=-0,025 p=0,727	r=-0,177* p=0,013
Bel/Kalça oranı	r=-0,033 p=0,647	r =0,145* p =0,044	r=0,146* p=0,042	r=0,032 p=0,662	r=0,059 p=0,410	r=0,064 p=0,372	r=0,136 p=0,058

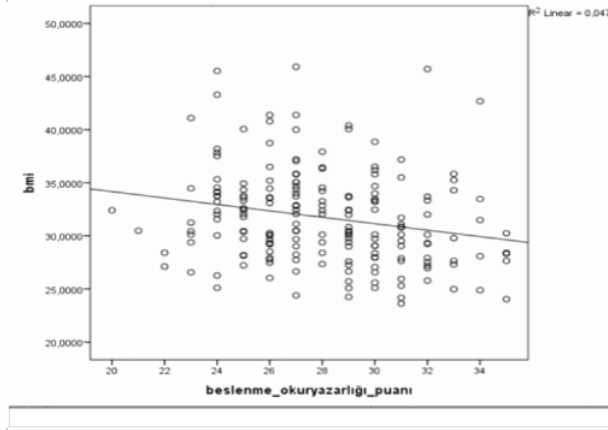
Spearman's rho test. *p<0.05, **p<0.01.
YBOY:Genel beslenme puanı
YBOY1:Genel beslenme bilgisi
YBOY2:Okuduğunu anlama ve yorumlama
YBOY3:Besin grupları
YBOY4:Porsiyon Miktarları
YBOY5:Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık

Tablo 4.3'de Araştırmaya katılan bireylerin BKİ ile YBOY genel puanı, genel beslenme bilgisi, okuduğunu anlama ve yorumlama, gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Beslenme okuryazarlığı arttıkça BKİ'nin azaldığı saptanmıştır (r =-0,242, p=0,001).

Bel çevresi ile YBOY, YBOY2, YBOY3, YBOY5 bölüm puanlarıyla arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,196, p=0,006; r=-0,150, p=0,037; r=-0,197, p=0,006; r=-0,152, p=0,033). Kalça çevresi ile YBOY, YBOY1, YBOY2, YBOY3, YBOY5 bölüm puanlarıyla yapılan korelasyon analiz sonuçlarına göre istatistik açıdan negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,239, p=0,001; r=-0,173, p=0,016; r=-0,170, p=0,017; r=-0,214, p=0,003; r=-0,177, p=0,013). Bel /kalça oranı ile YBOY, YBOY1 bölüm puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (r =0,145, p =0,044; r=0,146, p=0,042).

Bel çevresi ve kalça çevresi ile BKİ arasında pozitif yönlü güçlü anlamlı ilişki varken (r=0,777, p=<0,001; r=0,782, p=<0,001); bel/kalça oranı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (r=-0,033, p=0,647).

Grafik 4.1 BKİ göre YBOY genel puan düzeyleri



Grafik 4.1'e göre BKİ ve YBOY genel puanı arasında negatif yönlü zayıf ilişki vardır.

Tablo 4.4. Bireylerin Tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ ve Beslenme okuryazarlığı puanlarının korelasyonu

	BKİ	YBOY Puanı	YBOY1 Puanı	YBOY2 Puanı	YBOY3 Puanı	YBOY4 Puanı	YBOY5 Puanı
Yaş	r=0,150* p=0,036	r=-0,291** p<0,001	r=-0,196** p=0,006	r=-0,154* p=0,032	r=-0,031 p=0,663	r=-0,124 p=0,085	r=-0,325** p<0,001
Cinsiyet	r=-0,075 p=0,300	r=0,034 p=0,634	r=-0,032 p=0,662	r=0,022 p=0,764	r=-0,084 p=0,241	r=-0,011 p=0,879	r=0,129 p=0,072
Ekonomik Durumu	r=0,166 p=0,020	r=-0,343** p<0,001	r=-0,412** p<0,001	r=-0,194** p=0,007	r=0,010 p=0,889	r=-0,166* p=0,020	r=-0,271** p<0,001
Eğitim Düzeyi	r=-0,224** p=0,002	r=0,673** p<0,001	r=0,497** p<0,001	r=0,407** p<0,001	r=0,223** p=0,002	r=0,339** p<0,001	r=0,614** p<0,001
Eşinizin Eğitim Düzeyi	r=-0,202** p=0,007	r=0,617** p<0,001	r=0,472** p<0,001	r=0,353** p<0,001	r=0,227** p=0,002	r=0,365** p<0,001	r=-0,511** p<0,001
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	r=-0,234 p=0,083	r=0,343** p=0,010	r=0,216 p=0,109	r=0,299* p=0,025	r=0,143 p=0,292	r=0,240 p=0,075	r=0,330* p=0,013

*Bireyin ifadesi. Spearman'ın sıralı test. *p<0,05, **p<0,01.

YBOY:Genel beslenme puanı

YBOY1:Genel beslenme bilgisi

YBOY2:Okuduğunu anlama ve yorumlama

YBOY3:Besin grupları

YBOY4:Porsiyon Miktarları

YBOY5:Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık

Tablo 4.4'de Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ile BKİ ve YBOY puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonuçları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (r=0,075, p= 0,300). Bireylerin yaşı ile BKİ arasındaki korelasyon analizinde pozitif zayıf anlamlı ilişki (r=0,150;

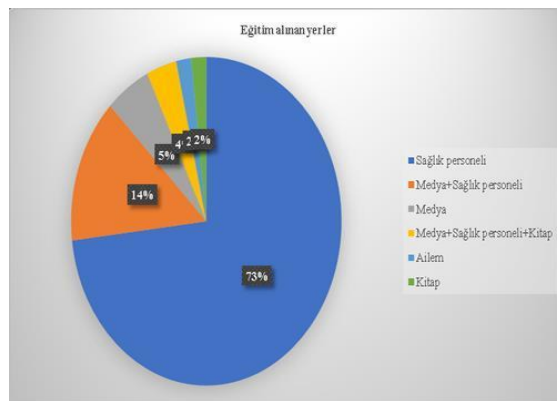
p=0,036) ve yaş ile YBOY genel puanı, genel beslenme bilgisi, okuduğunu anlama, gıda ve sayısal okuryazarlık puanları arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,291$, $p<0,001$; $r=-0,196$, $p=0,006$; $r=-0,154$, $p=0,032$; $r=-0,325$, $p<0,001$).

Ailenin gelir durumu ile BKİ arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönlü anlamlı ilişki ($r=0,166$, $p=0,020$) ve gelir durumu ile YBOY puanı, genel beslenme bilgisi ve okuduğunu anlama, porsiyon miktarları ve gıda ve sayısal okuryazarlık arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,343$, $p<0,001$; $r=-0,412$, $p<0,001$; $r=-0,194$, $p=0,007$; $r=-0,166$, $p=0,020$; $r=-0,271$, $p<0,001$).

Bireylerin eğitim düzeyleri ve eşlerinin eğitim düzeyleri ile BKİ puanları arasında istatistik açıdan negatif yönlü anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim seviyesi ve eşin eğitim seviyesi arttıkça BKİ azalmaktadır ($r=-0,224$, $p=0,002$; $r=-0,202$, $p=0,007$). Eğitim düzeyi ve eşin eğitim düzeyi ile YBOY genel puanları arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bireyin ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça beslenme okuryazarlığının arttığı saptanmıştır ($r=0,673$, $p<0,001$; $r=0,617$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan bireylerin beslenme konusunda eğitim alma durumları ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=-0,234$, $p=0,083$). Beslenme eğitim alma durumu ile YBOY genel puanı, okuduğunu anlama, gıda ve sayısal okuryazarlık bilgisi pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Beslenme eğitimi alanların beslenme okuryazarlığı genel puanının arttığı saptanmıştır ($r=0,343^{**}$; $p=0,010$; $r=0,299^*$, $p=0,025$; $r=0,330^*$; $p=0,013$).

Grafik 4.2 Eğitim alınan yerlerin dağılımı



Grafik 4.2'ye göre bireylerin eğitim aldığı yerlerin başında %73 ile sağlık çalışanları gelmekte onu sırasıyla %14 ile medya+sağlık personeli, %5 ile medya, %4 ile sağlık personeli+medya+kitap, %2 ile aile, %2 ile kitap izlemektedir.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık ve sürekli kullandıkları ilaçlara göre BKİ ve Beslenme Okuryazarlığı puan ortalamaları (n=195)

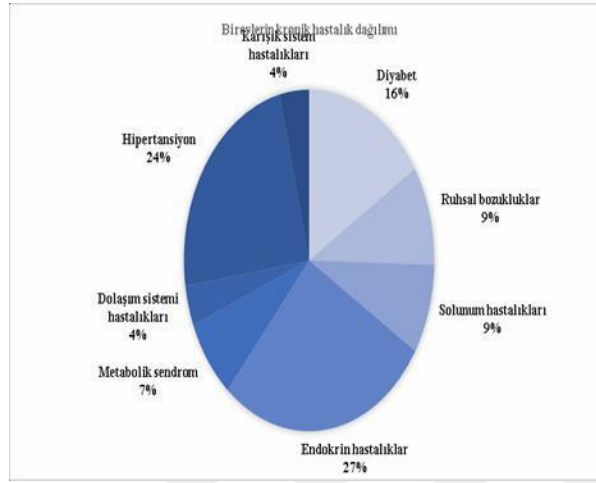
Kronik Hastalık durumu	BKİ	YBOY	YBOY1 Puanı	YBOY2 Puanı	YBOY3 Puanı	YBOY4 Puanı	YBOY5 Puanı
Median	32,02	27,00	9,00	5,00	10,00	1,00	3,00
Minimum	24,24	20	7,00	2,00	8,00	1,00	,00
Maximum	45,90	35	0,00	6,00	10,00	3,00	6,00
Median	30,38	29,00	9,00	5,00	10,00	1,00	3,00
Minimum	23,62	22	6,00	3,00	8,00	,00	,00
Maximum	45,52	35	0,00	6,00	10,00	3,00	,00
P=	0.059	0,022	0,020	0,047	0,293	0,788	0,006
Sürekli ilaç kullanma durumu							
Median	32,19	27,00	9,00	5,00	10,00	1,00	3,00
Minimum	24,24	20	7,00	2,00	8,00	1,00	,00
Maximum	45,90	35	0,00	6,00	10,00	3,00	6,00
Median	30,26	29,00	9,00	5,00	10,00	1,00	3,00
Minimum	23,62	22	6,00	3,00	8,00	,00	,00
Maximum	45,52	35	10,00	,00	10,00	3,00	6,00
P=	0,028	0,029	0,174	0,014	0,893	0,990	0,006

Mann-Whitney U Test p<0,05
YBOY:Genel beslenme puanı
YBOY1:Genel beslenme bilgisi
YBOY2:Okuduğunu anlama ve yorumlama
YBOY3:Besin grupları
YBOY4:Porsiyon Miktarları
YBOY5:Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık.

Tablo 4.5'de Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamış (p=0.059) olup, beslenme okuryazarlığı genel bölüm puanı, alt bölümlerden birinci, ikinci ve beşinci bölüm puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,022; p=0,020; p=0,047; p=0,006).

Sürekli ilaç kullanma durumu ile BKİ, YBOY genel puanı, ikinci ve beşinci bölüm puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,028; p=0,029; p=0,014; p=0,006).

Grafik 4.3 Kronik hastalık dağılımı



Grafik 4.3'e göre bireylerin %27'si endokrin hastalıklar, %24'ü hipertansiyon, %16'sı diyabet, %9'u ruhsal bozukluklar, %9'u solunum hastalıkları, %7'si metabolik sendrom, %4'ü dolaşım sistemi hastalıkları, %4'ü karışık sistem hastalıklarına sahip.

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan bireylerde beslenmenin anlamına göre "BKİ ve Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı"ndan aldıkları puanların ortalamaları (n=195)

Beslenmeyi ifade etme durumu	BKİ	YBOY Puanı	YBOY1 Puanı	YBOY2 Puanı	YBOY3 Puanı	YBOY4 Puanı	YBOY5 Puanı
1.Besinlerin tüketimi (n:50)							
Median	31,63	26,00	8,00	5,00	9,00	1,00	2,00
Minimum	25,09	20	6,00	3,00	8,00	1,00	0,00
Maximum	45,52	33	10,00	6,00	10,00	3,00	6,00
2.Protein, mineral ve vitaminden zengin besin tüketimi (n:58)							
Median	29,76	29,00	9,00	6,00	10,00	1,00	3,00
Minimum	24,24	24	7,00	2,00	9,00	1,00	0,00
Maximum	42,67	35	10,00	6,00	10,00	3,00	6,00
3.Vücutun enerji ihtiyacını karşılamak için besin tüketimi (n:87)							
Median	32,40	27,00	9,00	5,00	10,00	1,00	3,00
Minimum	23,62	23	7,00	4,00	8,00	0,00	0,00
Maximum	45,90	35	10,00	6,00	10,00	3,00	6,00
P=	0,016	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,032	0,004
1-2li grup p=	0,006	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,206	0,002
1-3lü grup p=	0,648	0,014	0,019	0,095	<0,001	0,233	0,174
2-3 lü grup p=	0,022	0,001	0,003	0,001	0,593	0,010	0,016

*Bireyin beslenme anlayışı, Kruskal Wallis-HTest, , Mann-Whitney U Test p<0,05

YBOY:Genel beslenme puanı

YBOY1:Genel beslenme bilgisi

YBOY2:Okuduğunu anlama ve yorumlama

YBOY3:Besin grupları

YBOY4:Porsiyon Miktarları

YBOY5:Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık

Tablo 4.6'da Bireylerin kendi ifadelerine göre beslenmenin anlamı ile BKİ; YBOY puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,016$; $<0,001$; $<0,001$; $<0,001$; $<0,001$; $0,032$; $0,004$).

1-2'li grup: Beslenmeyi besinlerin tüketimi olarak ifade eden grupla beslenmeyi protein, mineral ve vitaminden zengin besin tüketimi olarak ifade eden grubun BKİ'si arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,006$).

1-3'lü grup: Beslenmeyi besinlerin tüketimi olarak ifade eden grupla beslenmeyi vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için besin tüketimi olarak ifade eden grubun BKİ'si arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,648$).

2-3'lü grup: Beslenmeyi protein, mineral ve vitaminden zengin besin tüketimi olarak ifade eden grupla beslenmeyi vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için besin tüketimi olarak ifade eden grubun BKİ'si arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,022$).

Protein, mineral ve vitamin yönünden zengin besin tüketimi olarak algılayan grup, beslenmeyi besinlerin tüketilmesi ve vücudun enerji ihtiyacı için besin tüketimi olarak algılayan gruptan BKİ bakımından fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin Yemek yeme ile ilişkili bazı davranışlarının BKİ ve Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığına göre dağılımları

Beslenme öğün alışkanlıkları	Evet (n) %	P BKİ	P YBOY Puanı	P YBOY1 Puanı	P YBOY2 Puanı	P YBOY3 Puanı	P YBOY4 Puanı	P YBOY5 Puanı
Kahvaltı öğünü	170 87,2	p=0,161	p=0,347	p=0,794	p=0,665	p=0,153	p=0,504	p=0,494
Öğle öğünü	81 41,5	p=0,193	p=<0,001	p=<0,001	p=0,014	p=0,171	p=0,017	p=0,009
Akşam Öğünü	185 94,9	p=0,741	p=0,711	p=0,935	p=0,443	p=0,011	p=0,295	p=0,756
Fast food	37 19	p=0,003	p=0,018	p=0,335	p=0,707	p=0,684	p=0,298	p=0,001
Yemek yerken dikkat ettikleri durumlar								
Hızlı yememeye	70 35,9	0,023	0,108	0,215	0,009	0,289	0,806	0,319
Sebze ağırlıklı beslenme	111 56,9	0,180	0,088	0,209	0,792	0,999	0,494	0,035
Fazla miktarda yememe	99 50,8	0,003	0,001	0,008	0,002	0,073	0,121	0,016
Sıvı şeyler içmeye	124 63,6	0,389	0,579	0,746	0,790	0,051	0,858	0,197
Asitli içecek tüketmeme	162 83,1	0,176	0,478	0,772	0,460	0,717	0,366	0,032
Fast food beslenmeme	157 80,5	0,093	0,076	0,383	0,765	0,512	0,971	0,020
Şekerli gıda tüketmeme	106 54,4	0,103	0,150	0,070	0,003	0,447	0,471	0,835
Unlu, hamur işi vb. yememe	61 31,3	0,003	0,001	0,008	0,013	0,391	0,030	0,076
Beyaz et ağırlıklı beslenme	95 48,7	0,010	0,963	0,498	0,756	0,092	0,687	0,258
Aşırı yemek yediklerini düşündüklerinde duyguları ve uyguladıkları girişimler								
Suçluluk hissedirim	164 84,1	0,530	0,007	0,023	0,079	0,188	0,195	0,248
Kendi kendimi Kustururum	1 0,5	0,985	0,379	0,277	0,790	0,667	0,677	0,287
Fiziksel aktiviteyi arttırırım	44 22,6	0,947	0,024	0,173	0,140	0,144	0,062	0,206
*Kilo kontrolü girişimleri								
Diyetisyene gittim	72 36,9	0,010	0,110	0,377	0,022	0,975	0,059	0,620
Farklı diyet uyguladım kendimce	123 63,1	0,291	0,686	0,564	0,460	0,883	0,989	0,730
Hiç diyet uygulaması yapmadım	37 19,1	0,021	0,136	0,227	0,910	0,970	0,360	0,053
Kilolarımla ilgili sıkıntı hissetmedim	31 15,9	0,280	0,931	0,797	0,792	0,601	0,759	0,267
Fiziksel aktivite/spor	87 44,6	0,664	0,006	0,113	0,012	0,116	0,069	0,040

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin Yemek yeme ile ilişkili bazı davranışlarının BKİ ve Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığına göre dağılımları (Devamı)

Aktarlardan aldıklarını kullanmak	59 30,3	0,178	0,015	0,101	0,017	0,539	0,004	0,257
Doktor önerisi olmadan zayıflatma ilaçları kullanma	10 5,1	0,009	0,510	0,393	0,901	0,465	0,086	0,874
Zayıflama için ameliyat yaptırmak	4 2,1	0,167	0,031	0,035	0,132	0,695	0,608	0,088
Yakınlarında obezite olan	104 53,3	0,003	0,200	0,125	0,463	0,713	0,930	0,176

*Bireyler birden çok seçenek işaretlemişlerdir. Mann-Whitney U Test $p < 0,05$

YBOY: Genel beslenme puanı

YBOY1: Genel beslenme bilgisi

YBOY2: Okuduğunu anlama ve yorumlama

YBOY3: Besin grupları

YBOY4: Porsiyon Miktarları

YBOY5: Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık

Tablo 4.7’de Bireylerin yemek yeme ile ilişkili davranışlarından düzenli kahvaltı etme alışkanlığı ile beslenme okuryazarlığı genel puanı ve BKİ ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p = 0,347$; $0,161$). YBOY puanları (YBOY üçüncü bölüm hariç $p = 0,171$) ile düzenli öğle yemeği yapma arasında anlamlı ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,014$; $p = 0,017$; $p = 0,009$) ilişki saptanmıştır. Düzenli öğle yemeği alışkanlığı ile BKİ ($p = 0,193$) arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Düzenli akşam yemeği alışkanlığı ile BKİ ve YBOY puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p = 0,741$; $p = 0,711$). Fast food besin tüketimi ile BKİ, YBOY genel puanı ve beşinci bölüm puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p = 0,003$; $0,018$; $0,001$).

Bireylerin yemek yerken dikkat ettiği durumlar ile BKİ ve YBOY’ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; yemeğini hızlı yeme ile BKİ ve YBOY ikinci bölüm puanı arasında anlamlı bulunmuştur ($p = 0,023$; $p = 0,009$). Bireylerin fazla miktarda yemek yememe durumuna dikkat etmesi ile BKİ ve YBOY genel puanı, birinci, ikinci, beşinci bölüm puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p = 0,003$; $p = 0,001$; $p = 0,008$; $p = 0,002$; $p = 0,016$). Bireylerin sebze ağırlıklı beslenme; asitli içecekler tüketmeme; fast food beslenmeme durumlarına dikkat etme durumu ile YBOY beşinci bölüm puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($0,035$; $0,032$; $0,020$). Bireylerin çok şekerli gıdalar tüketmeme dikkat etme durumu ile YBOY ikinci bölüm puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p = 0,003$). Unlu hamur işi yememeye dikkat etme durumu ile BKİ ve YBOY genel puanı, birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü puanları arasında istatistiki anlamlı ilişki saptanmıştır ($p = 0,003$;

$p=0,001$; $p=0,008$; $p=0,013$; $p=0,030$). Beyaz et ağırlıklı beslenmeyle dikkat etme durumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,010$).

Bireylerin aşırı yemek yediklerini düşündüklerinde yaptıkları girişimler ile BKİ ve YBOY' puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin aşırı yemek sonrasında suçluluk hissetmesi ile YBOY genel puanı ve birinci bölüm puanı anlamlıdır ($p=0,007$, $p=0,023$). Kişilerin aşırı yediğinde fiziksel aktivitemi artırırım ifadesi ile YBOY genel puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,024$).

Bireylerin kilo kontrolü girişimleri ile BKİ 'i arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin diyetisyene gittim; hiçbir diyet yapmadım; doktor tavsiyesi olmadan zayıflama ilacı kullandım girişimleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,010$; $p=0,021$; $p=0,009$). Bireylerin diyetisyene gitmekle YBOY ikinci bölüm puanıyla anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,022$).

Fiziksel aktivite/spor yaptım ifadeleri ile YBOY puanı, YBOY ikinci bölüm puanı, YBOY beşinci bölüm puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,006$; $p=0,012$; $p=0,040$).

Aktarlardan aldığım formları kullandım ifadesi ile YBOY, YBOY ikinci bölüm puanı, YBOY dördüncü bölüm puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p= 0,015$; $p=0,017$; $p=0,004$).

Zayıflamak için ameliyat olanlar ile YBOY, YBOY birinci bölüm puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,031$; $p=0,035$).

Yakınlarında obezite olma durumu ile BKİ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($p=0,003$) olduğu, YBOY genel puanı ve alt bölüm puanlarıyla aralarında ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p=0,200$; $p=0,125$; $p=0,463$; $p=0,713$; $0,930$; $0,176$).

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin Beslenme alışkanlığının değişimine etki eden faktörler ve SYM gelme nedenlerine göre BKİ ve Beslenme Okuryazarlığı puan ortalamalarının dağılımı (n=195)

*Beslenme alışkanlığının değişimini etkileyen faktörlerin durumu	Evet N	%	P BKİ	P YBOY Puanı	P YBOY1 Puanı	P YBOY2 Puanı	P YBOY3 Puanı	P YBOY4 puanı	P YBOY5 puanı
Televizyon programları	53	27,2	0,933	<0,001	0,014	0,002	0,750	0,495	<0,001
Gazete	11	5,6	0,056	0,081	0,667	0,015	0,257	0,728	0,149
Kitaplar	24	12,3	0,740	<0,001	<0,001	<0,001	0,019	0,013	<0,001
İnternet	51	26,2	0,027	<0,001	<0,001	<0,001	0,016	0,065	<0,001
Komşular	73	37,4	0,061	<0,001	0,001	<0,001	0,301	0,001	<0,001
Arkadaşlar	105	53,8	0,708	0,356	0,896	0,029	0,481	0,280	0,379
Aileler	41	21,0	0,895	0,253	0,454	0,902	0,211	0,143	0,157
*SYM gelme nedenleri									
Kendimi iyi hissetme	167	85,6	0,125	0,229	0,481	0,614	0,996	0,208	0,349
Sağlık problemleri yaşama	89	45,6	0,003	0,061	0,002	0,140	0,447	0,370	0,181
Doktor tavsiyesi	47	24,1	0,043	0,011	0,008	0,009	0,039	0,934	0,164
Kendimi kilolu hissetme	171	87,7	0,001	0,912	0,476	0,169	0,983	0,500	0,612
Yakınlarım istemesi	37	19,0	0,063	0,774	0,721	0,683	0,150	0,360	0,527
Sağlığımı koruma	185	94,9	0,373	0,768	0,883	0,186	0,721	0,653	0,272

Mann-Whitney U Test p<0,05.

YBOY:Genel beslenme puanı

YBOY1:Genel beslenme bilgisi

YBOY2:Okuduğunu anlama ve yorumlama

YBOY3:Besin grupları

YBOY4:Porsiyon Miktarları

YBOY5:Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık

*Bireylerden birden çok seçenek işaretlemişlerdir. SYM (sağlıklı yaşam merkezi).

Tablo 4.8.'de Beslenme alışkanlığı değişiminde televizyon programlarının etkisinin olduğunu ifade edenler ile BKİ arasında ilişki saptanmamış (p=0,933) olup, YBOY genel puanı ile ve alt bölümlerden birinci, ikinci, beşinci bölüm puanları ile anlamlı ilişki saptanmıştır (p=<0,001; p=0,014; 0,002; <0,001).

Beslenme alışkanlığı değişiminde kitapların etkisinin olduğunu ifade edenlerde YBOY ve alt bölüm puanlarıyla anlamlı ilişkisi saptanmıştır (p=<0,001; p=<0,001; p=<0,001; p=0,019; p=0,013; p=<0,001).

Beslenme alışkanlığı değişiminde internetten yararlanmanın etkili olduğunu ifade edenlerde BKİ (p=0,027) ve YBOY puanları (p=<0,001; p=<0,001; p= <0,001; =0,016; p= <0,001), dördüncü bölüm puanı (p=0,065) hariç anlamlı ilişki saptanmıştır.

Komşulardan edilen bilgilerle YBOY puanları (p=<0,001; p=0,001; p<0,001; p=0,001; p=<0,001), üçüncü bölüm puanı (p=0,301) hariç anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sağlıklı yaşam merkezlerine başvurma nedenlerinden kendini iyi hissetme, yakınlarım istemesi, sağlığa koruma anlamsız bulunurken; sağlık problemleri yaşama BKİ ile anlamlı (p=0,003) iken, YBOY puanları ikinci bölüm (p=0,002) puanı hariç anlamsız bulunmuştur. Doktor tavsiyesiyle bu merkeze başvuran kişiler BKİ (p=0,043) ve YBOY genel puanı (p=0,011), YBOY1(p=0,008), YBOY2 (p=0,009), YBOY3(p=0,039) puanları anlamlıdır. Kendimi kilolu hissettiğim için başvuruların BKİ ile anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin Kişilerarası ilişki ve iletişime göre BKİ parametrelerin dağılımı Tablo 17 BKİ 'ne göre aşağıdaki parametrelerin dağılımı

Kişilerarası ilişkilerdeki durumu	BKİ				
	n	Median	Minimum	Maximum	p
Güçlük çekmiyorum	171	31,48	24,03	45,90	0,885*
Güçlük çekiyorum aile içi	19	30,83	23,62	40,79	
Güçlük çekmiyorum aile dışı	5	30,11	27,31	38,73	
Stresli durumda yeme davranışı					
Etkilenmez	23	32,38	24,16	40,00	0,318*
İştahım azalır	40	30,26	24,388	45,52	
İştahım artar	132	31,36	23,62	45,90	
En fazla besin tüketilen öğün					
Kahvaltı	45	30,79	23,62	45,52	0,882*
Öğle yemeği	15	29,62	26,63	40,79	
Akşam yemeği	131	31,11	24,24	45,90	
Gece uyumadan önce	4	32,19	30,11	33,98	
Kişilerarası iletişim durumu					
İletişimde zorluk çekmeyen	71	30,79	24,24	45,70	0,446**
İletişimde zorluk çeken	124	31,17	23,62	45,90	
Gece uykusu saati					
22.00	16	29,73	23,62	43,28	0,154*
23.00	50	32,21	24,38	41,38	
24.00	106	30,40	24,03	45,90	
00.00'dan sonra	23	32,38	25,59	45,70	
Uyku Durumu					
Sorun yok	81	30,42	24,03	42,67	0,084**
Sorun var	114	31,99	23,62	45,90	

*Kruskal Wallis-HTest, ** Mann-Whitney U Test p<0,05

YBOY:Genel beslenme puanı

YBOY1:Genel beslenme bilgisi

YBOY2:Okuduğunu anlama ve yorumlama

YBOY3:Besin grupları

YBOY4:Porsiyon Miktarları

YBOY5:Gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık

Tablo 4.9’ da kişilerarası ilişkilerde günlük yaşanan alanla BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,885). Bireylerin stresli olduğu zamanlardaki yeme davranışlarıyla BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,318). En fazla besin tüketilen öğünle BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,882). Bireylerin kendini tanımlamalarına göre kişilik özellikleri ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,446). Akşam saat kaçta yatağa gitmekle BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,154). Uyku durumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,084).

Tablo 4.10. BKİ ile yapılan fiziksel aktivite süresi arasındaki ilişki

BKİ	r	p
Düzenli fiziksel aktivite yapma	r=0,013	p=0,853
Şiddetli fiziksel aktivite gün	r=0,766*	p=0,027
Şiddetli fiziksel aktivite dakika	r=-0,245	p=0,558
Orta dereceli aktivite gün	r=0,505	p=0,136
Orta dereceli aktivite dakika	r=0,760*	p=0,011
Yürüyüş haftada	r=-0,125	p=0,306
Yürüyüş dakika	r=0,275*	p=0,022

Spearman’s rho test. *p<0.05.

Tablo 4.10’da Düzenli fiziksel aktivite yapma ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Haftada değişik sıklıkla yapılan fiziksel aktivite, orta dereceli aktivitenin dakikasıyla bireylerin BKİ değerleri pozitif yönde yüksek korelasyon gösterdiği; yapılan yürüyüşün dakikasıyla bireylerin BKİ değerleri arasında ise pozitif yönde zayıf anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p<0,05)

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Günümüzde obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle sağlığı bozulmuş bireylerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Sağlığı bozulmuş kişilerin hem kendileri hem de toplum için ekonomik bir yük oluşturduğu bilinen bir gerçektir. Toplumların bu durumla mücadele etmek için geliştirdiği çeşitli eylem planları bulunmaktadır. Bu planlarının uygulanabilmesi için toplumun demografik özelliklerinin bilinmesi son derece önemlidir ve hareket planlarının buna göre tasarlanması oldukça büyük önem taşımaktadır (Tedik,2017).

Türkiye istatistik kurumu (2017) verilerine göre Türkiye nüfusunun%67,9'u 15-64 yaş grubu bireylerden oluşmaktadır. Bu nüfusun %68,4'ü erkek ve %67,4'ü ise kadındır. Bu çalışmada bireylerin %92,3'ü kadınlardan oluşmaktadır. Bunun nedeninin araştırma yapılan merkezlere başvuruların çoğunun kadınlardan oluşması olarak düşünülmüştür. Kadınların obeziteyi bir sağlık sorunu olarak görmeleri, beden algısı ve rahatsızlıklarını erkeklerden daha fazla önemsemeleri, onların bu merkezlere daha yoğunlukla başvurduklarını düşündürmektedir (Ata ve ark., 2014). Obezite yaşla birlikte artış göstermektedir. Bu menapoz (Çayır ve ark., 2011; Kaner ve ark., 2017) gibi birçok fizyolojik değişikliğe bağlanmaktadır. Bu çalışmada bireylerin yaş ortalamaları $43.17 \pm 10,5$ yıl olarak hesaplanmamıştır. Bu sonuç araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalamalarının yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmamıza katılan kadınların %33,3'si ilkokul mezunudur ve %83,6'sının evli olduğu görülmektedir. Bireylerin BKİ'i ortalaması $31,74 \pm 4,41$, bel çevresi ortalaması $100,79 \pm 10,38$ cm, kalça çevresi ortalaması $116,82 \pm 11,80$ cm'dir. Araştırmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $31,84 \pm 4,53$, erkeklerin ise $30,59 \pm 2,36$ 'dır. Bireylerin %94,9'u akşam yemeğinde yediklerine dikkat ettiği, %61,5'inin obez olduğu, %19,0'ının fast food ile beslenmeyi tercih ettiği ve %62,1 fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Bireylerin %48,2'sinin ailesi Marmara

Bölgesindeki başka bir ikametgahtan Bursa'ya yerleşmişlerdir. Bireyler %50,3'ü gelir düzeyini orta olarak tanımlamıştır. %53,3'ü bir işte çalışmamaktadır. %97,4'ünün sağlık güvencesi mevcuttur. Araştırmaya katılan bireylerin %45,6'sının tanılanmış bir kronik hastalığı vardır ve %27'sinde endokrin sisteme ait bir hastalığın bulunmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre 35-44 yaş grubundaki kadınların %54,1-54,5 ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir. Bu sonuca göre araştırmamıza katılan kadınların eğitim düzeyi Türkiye geneline göre yüksek bulunmuştur. Bu oranın yüksek olması Marmara Bölgesinde uzun süredir yaşamakta olan ailelerin katılımının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Çünkü Batı bölgesindeki kadınların ilkokul mezunu olma oranı TNSA (2013) göre %35,8 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar bizim çalışmamızdaki okuryazarlık oranıyla benzerlik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılı verilerine göre 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %13'ü obezdir. Türkiye İstatistik Kurumu (2016) 15 yaş üzeri bireylerin %19,6'sının obez olduğunu bildirmiştir. Ulas ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmada bireylerin 23,0'ının obez olduğu belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda obezite oranının %28- %43,9 arasında değiştiği görülmektedir (Arıkan, 2013; Avcı ve Erdoğan, 2015; Bertoli ve ark., 2017; Bilge ve ark., 2016; Kaner ve ark., 2017; Kiadaliri ve ark., 2015).

Kiadaliri ve ark. (2015)'nin Tahran da 1535 yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların, %13,1 'inin obez olduğu; Bertoli ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada bu oranın %39,9; Kaner ve ark. (2017)'nin 1117 kadınla yaptığı çalışmada ise obezite oranını %71,3 olarak belirlemişlerdir. Arslan (2018)'nin akademisyenler üzerine çalışmasında ise obezite oranı %6,7'tir. Bu çalışmada bireylerin %61,5'inin obez olduğu görülmektedir. Bireylerin BKİ'i ortalaması $31,74 \pm 4,41$, bel çevresi ortalaması $100,79 \pm 10,38$ cm, kalça çevresi ortalaması $116,82 \pm 11,80$ cm'dir. Araştırmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $31,84 \pm 4,53$, erkeklerin ise $30,59 \pm 2,36$ 'dır. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda BKİ dağılımı değerlendirildiğinde bu obezite oranının yüksek olması büyük olasılıkla örneklemimizi oluşturan grubun sağlıklı yaşam merkezlerinin obezite birimine

başvuran bireylerden seçilmiş olmasıyla açıklanabilir. Örnekleme oluşturan bireylerin çoğunluğunun cinsiyetinin kadın olması, evli ve doğum yapmış olmaları, bir işte çalışmamaları gibi faktörlerin yanı sıra fazla glikozun dokularda yağ şeklinde depolanmasından kaynaklanabilir. Toplumumuzda ve araştırmamızda obezite oranının yüksek olması; beslenme alışkanlığımızın kültürel olarak karbonhidratlı ağırlıklı olması, kadınların unlu ve hamurlu gıda tüketme alışkanlıkları, şehir yaşamının olumsuz bir getirisi olan fast food tarzı beslenmeye yönelme ve sedanter yaşam tarzından kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması yüksektir ve çoğunluğunun kronik hastalığı mevcuttur. Kronik bir hastalığın varlığının santral obeziteye de neden olduğu bilinmektedir (Emanuela ve ark., 2012). Çalışmadan obezite ile ilgili olarak elde edilen sonuçlar örneklemedeki bireylerin kronik hastalığının varlığı ile de açıklanabilir.

Sağlıklı beslenme davranışlarının gösterilmesinde beslenme okuryazarlığı büyük önem taşımaktadır. Gıda ve beslenme okuryazarlığı bireylerin sağlıklı beslenme, besin seçimi, besin tüketimi konusunda bilgi, tutum, beceri sahibi olmalarını, doğru kararlar vermelerini, doğru davranış doğru alışkanlıklar sergilemelerinde oldukça etkilidir.

Ahirai ve Minai (2011)'nin yaşlı Japon halkının beslenme okuryazarlığı düzeyleriyle ilgili çalışmasında katılımcıların %30,7'sinin yeterli, %66,3'ünün ise sınırdaki bilgi düzeyine sahip olduklarını göstermiştir. Lassetter ve ark. (2015)'nin Amerika'da yerli Hawaii ve Pasifik Adalarına sağlık okuryazarlığı aracını kullanarak yaptıkları çalışmada bireylerin %54,7'si yeterli, %45,3'ü sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğunu belirlemişlerdir. Zoellner ve ark. (2009)'nin Amerika'nın aşağı Mississippi Delta bölgesinde yaptıkları çalışmalarında bireylerin %24'ünün yetersiz, %28'inin sınırlı %48'inin yeterli beslenme okuryazarlığına sahip olduklarını bulmuşlardır. Ülkemizde ise Cesur (2014)'un Sivas ilinde yaptığı çalışmasında bireylerin %79,8'inin yeterli beslenme okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan bireylerin %94,4'ü yeterli düzeyde beslenme okuryazarlığına sahiptir. Bu sonuç daha önce yapılmış çalışmalara göre oldukça yüksektir. Beslenme okuryazarlığı düzeyi toplumların beslenme kültürü, sosyo-

ekonomik düzeyleri, araştırmaya katılan bireylerin yaşı, besinlere ulaşma ve besinler hakkında edindikleri bilginin kaynağına bağılı olarak farklılık gösterebilmektedir. Lassetter ve ark. (2015)'nin tarafından yapılan çalışmada beslenme okuryazarlığı puan farklılığı etkileyen faktörlerin etnik köken, yıllık hane halkı geliri, eğitim düzeyi ve yaştan kaynaklı olduğunu ifade etmektedir. Bizim çalışmamızda beslenme okuryazarlığı puanlarının diğerk çalışmalardan yüksek olması, araştırmaya katılan bireylerin beslenme ile ilgili sorunlarının olması ve bu sorunlarına çözüm için bir sağıık kuruluşuna başvurmuş olmaları nedeni ile bu konudaki farkındalıklarının artmış olmasından kaynaklanabilir. Cesur, (2014)'un yaptığı çalışmada bireylerin YBOY alt bölümlerinden genel beslenme bilgisi %66,5; okuduğunu anlama ve yorumlama %79,3; besin grupları %87,2; porsiyon miktarları %11,7; gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık %9,5 yeterli düzeyde tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda Cesur'un çalışmasıyla benzer olarak bireylerin genel beslenme bilgisi %88,2; okuduğunu anlama %82,1; besin grupları %100; porsiyon miktarları %9,7; gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık %21 tespit edilmiştir. Bulduğumuz sonuca göre bireylerin çoğunluğu temel beslenme bilgisine sahip olduğu, okuduğunu anlayıp yorumlayabilme ve temel besin gruplarını bilme oranları yüksektir. Bireylerin çoğunluğu temel besin gruplarından günlük tüketilecek porsiyon miktarlarını, gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık gerektiren hesaplamaları bilmemektedir. Cowburn ve Stockley (2005)'nin çalışmasında Kanadalı yaşlı bireylerin porsiyon büyüklüğü ve bir porsiyondaki besin ögesinin içeriğinin hesaplanmasında zorluk yaşadığını ortaya koymuştur. Lassetter ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada sağıık okuryazarlığı ölçeğine verilen cevaplar en doğrudan en az doğruya göre sıralandığında matematiksel hesaplamalar gerektiren sorulara verilen doğru yanıt oranı en düşük (%46-65,8) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da bireylerin %94, 4'ünün yeterli düzeyde olmasına rağmen YBOY gıda etiketi ve sayısal okuryazarlık alt ölçeği bölümlerinden ancak %21'inin yeterli düzeyde puan almasını matematiksel hesaplamalarda zorlandıklarını göstermektedir. Coşkun ve Kayıoğlu (2016)'nin yaptığı çalışmada bireylerin gıdaları satın alırken; besinlerin besleyici özelliklerine dikkat ettiklerini fakat porsiyon miktarına dikkat etme oranının çok düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu sonuçlara bakıldığında yemek yerken porsiyondan daha çok, karında tokluk hissinin oluşmasıyla beslenmenin bitirildiğini ve yeme esnasında

porsiyona dikkat edilmediğini düşündürmektedir. Böyle bir durumda beden gereksiniminde fazla beslenmenin aslında porsiyon bilgisinin olmaması ve porsiyon hesaplamasının yapılamamasının bir sonucu olduğu düşünülebilir. Bireylerin beden ihtiyaçları doğrultusunda porsiyon miktarı ve porsiyon miktarının hesaplamaları öğretilerek obezite riskinin azaltılması sağlanabilir.

Toplumun sağlıklı olabilmesi toplumu oluşturan bireylerinin optimum düzeyde sağlıklı olmasıyla mümkündür. Beslenme bilgisi ve doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılması toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu kavramlar aileden temel alır, kültür örüntüleri ve eğitimle uzun bir zaman içerisinde şekillenerek davranışa dönüştürülür. Bir konu hakkında bilgili olmak, davranış ve alışkanlık kazanmak için yeterli de olmayabilir (Şanlıer ve ark., 2017). Çalışmamıza katılan bireylerin beslenme okuryazarlığı düzeyleri yüksek olmasına rağmen %61,5'i obez, %35,4'ü fazla kilolu, %3,1'i normal BKİ'ye sahiptir. Bu durum bireylerin beslenme bilgisini kullanmadıklarını göstermektedir. Çeşitli faktörlerin bunu etkilediğini (düşük gelir düzeyi, yemek yapma için zaman ayıramama, hamur işi yeme gibi edinilen alışkanlıklardan vazgeçememe, matematiksel işlem yeteneğinin olmaması vb.) düşündürmektedir. OBrien ve ark. (2007)'nin Birleşik Krallığa bağlı Kuzey İrlanda'da yaptığı çalışmada, Zollner ve ark. (2013)'nin, Aihara ve Minai (2011)'nin ve Cesur (2014)'un çalışmasında beslenme okuryazarlığı ve BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan birçok çalışmada BKİ ile beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki görülmektedir. Mearns ve ark. (2017)'nin Yeni Zelanda hemşirelik öğrencilerinin beslenme okuryazarlığı puanı ile BKİ arasında ters ilişki gösterilmiştir. Şanlıer ve ark. (2017)'nin üniversite öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmada BKİ ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları bilgisi arasında ters yönlü anlamlı ilişki tespit etmişken, BKİ ile beslenme bilgisi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Spexota ve ark. (2015)'nin Brezilya'da lisans öğrencileriyle yaptığı çalışmada %79,7'sinin beslenme bilgisi yeterli düzeyde olup %73,5'inin normal BKİ'ne sahip olduğunu bulunmuştur. Cunha ve ark. (2014)'nin Portekiz' de BKİ' nin sağlıklı beslenme okuryazarlığı açısından önemini araştırdığı çalışmasında %73,62'sinin yetersiz beslenme okuryazarlığına sahip olduğunu ve BKİ' lerinin de yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gibbs ve ark. (2017)'nin yapmış olduğu çalışmada BKİ ile beslenme okuryazarlığı arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Lassetter ve ark. (2015)'nin BKİ ve sağlık ve beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı negatif korelasyon gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda beslenme okuryazarlığı ile BKİ arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ve diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir.

Valmorbida ve ark. (2017)'nin Brezilya'da bulaşıcı olmayan obez hastaların beslenme bilgisiyle BKİ, bel çevresi, bel/kalça çevresinin karşılaştırıldığı çalışmada beslenme bilgisi ile BKİ ve bel çevresi, bel/kalça oranı ters yönlü anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Valmorbida ve ark. (2017)'nin çalışmasında bel çevresi ve bel/kalça oranı ile beslenme okuryazarlığı arasında ters yönlü anlamlı ilişki tespit edildiği ve kadınların bel çevresi ve beslenme okuryazarlığı, erkeklerin bel/kalça oranı ile beslenme okuryazarlığı anlamlı ilişki saptanmıştır. Karadağ ve ark. (2016)'nin bel çevresi ve bel/kalça oranı artıkça BKİ artmaktadır. Çalışmamızda benzer olarak beslenme okuryazarlığı artıkça bel ve kalça çevresi azalmakta olup BKİ ile bel ve kalça çevresiyle arasında pozitif yönlü güçlü ilişki saptanmıştır. Bu durumun bilgi düzeyiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar bireylerin kilo dağılımında bel ve kalça bölgesinde toplandığını göstermektedir. Bu sonuçlar bireylerin sağlık risklerini değerlendirilirken oluşabilecek komplikasyonları önlemek açısından objektif bir veri olarak kullanılabilir.

Obezite ile ilgili yapılmış çalışmalar yaş artıkça BKİ değerinin arttığını göstermektedir (Çayır ve ark., 2011; Kaner ve ark., 2017; Ulas ve ark., 2016). Kiadaliri ve ark. (2015)'nin yaptığı araştırmalarında gençlerde hafif şişman ve obezite prevalansının düşük, yaş ilerledikçe hem erkek hem de kadınlarda obezitenin arttığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda yaşla ilgili yapılmış çalışmadaki sonuçlarla benzerlik göstermekte olup, fiziksel aktivitenin yaşla azalması, enerji ihtiyacının düşmesine rağmen, besin alınımında bireylerin kalori hesaplaması yapmadan tüketime devam etmesinin bir sonucu olabilir. Çünkü yaşla beraber enerji ihtiyacı azalmakta ve alınan fazla kaloriler harcanmadığı için yağ olarak depo edilmektedir (Okyay ve ark., 2004). Çayır ve ark. (2011)'nin; Kilpi ve ark. (2014)'nin gelir düzeyi artıkça obezitenin azaldığını göstermektedir. Haynes-Maslow ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada düşük gelir olmak meyve ve sebze alımını azaltırken, kalorisi yüksek ucuz besinlerin tercih edilmesini arttırdığı tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda bu araştırmaların tersine ekonomik gelir artıkça BKİ'nin arttığı

bulunmuştur. Bu tablonun ortaya çıkmasının nedeni bireyin ekonomik durumunu kendisinin ifade etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çünkü ekonomik durum ile bağlantılı olarak besin kaynaklarının ulaşım ve tüketimi değişiklik göstermektedir. Gelir durumu azaldıkça sebze ve meyve alımı düşerken, besin değeri düşük karbonhidratlı besinlerin alımı artmaktadır. Bu durumda obezitenin gelişimi kolaylaştıran bir risk faktörü olarak sayılabilir. Yapılan çalışmalarda eğitim oranı yükseldikçe obezite oranı azaldığını göstermektedir (Çayır ve ark., 2011; Kaner ve ark., 2017; Kiadaliri ve ark., 2015; Kilpi ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda da benzer sonuç bulunmuş olup eşinin eğitim durumuyla da BKİ arasında anlamlı farklı olduğu saptamışlardır. Eğitim artıkça beslenme ve sağlık okuryazarlığının artması, kişinin sağlığından sorumluluk almasından kaynaklanıyor olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda BKİ ile cinsiyet arasında ilişkiden söz edilmektedir. Ulas ve ark. Elazığ'da (2016); kadınlardaki obezite sıklığının erkeklerden daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Aynı araştırmada erkeklerin BKİ'yi ortalaması ise kadınlardan anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Çayır ve ark. (2011)'nın; Sözmen ve ark. (2016) 'nın kadınlarda obezite oranını daha yüksek bulmuştur. Kilpi ve ark. (2014)'nın obezite oranını kadınlarda erkeklerdekini yaklaşık iki katı oranında olduğunu tespit etmişlerdir. Obezitenin cinsiyet özellikleriyle ilişkisini gösteren araştırmalarda kadınların doğum yapmaları, metabolik yapıları, çalışma koşullarının erkeklere göre daha fiziksel güç gerektirmemesi ve yaşam biçimlerinin sedanter olmasından kaynaklanıyor olabilir (Kilpi ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda cinsiyetlere göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun kadın olması böyle bir sonucun ortaya çıkmasına yol açtığı düşündürmektedir. Medeni durumun obezite ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; Kaner ve ark. (2017)'nin evli olmanın obeziteyi arttırdığı; Çayır ve ark. (2011)'nin dul ve boşanmış olmanın bekar ve evlilere göre obeziteyi arttırdığını bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çayır ve ark. (2011)'nin yaptıkları çalışmada daha önce beslenme eğitimi alma ile obezite gelişmesi arasında negatif ilişki olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Cunha ve ark. (2014)'nin, Lassetter ve ark. (2015)'nin çalışmasında yaş ile beslenme okuryazarlığı negatif ilişkili olduğu gençlerde beslenme okuryazarlığının

daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer sonuç bulunmuştur. Gençlerin yaşlılara oranlara beslenme ve gıda etiketi bilgisinin daha yüksek olması ve matematiksel işlemleri daha kolay yapıyor olmaları ve yaşlıların etiketlerde okumakta zorlanmalarından kaynaklanıyor olabilir (Çoşkun ve Kayışoğlu, 2016). Yapılan bazı çalışmalar beslenme okuryazarlığının, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile pozitif ilişkisinin olduğunu göstermektedir (Cunha ve ark., 2014; Lassetter ve ark., 2015; Zollner ve ark., 2009). Cesur, (2014)'un çalışmasında üniversite mezunları ilkokul mezunlarına oranla beslenme okuryazarlığı puanları anlamlı derece yüksek olduğu, bizde de benzer olarak ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre üniversite mezunu olanlarda anlamlı derece fark olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda bireyin ve eşin eğitim düzeyi artıkça beslenme okuryazarlığının arttığı tespit edilmiştir. Sonuçlardan da görüldüğü üzere bireylerin eğitim seviyesi beslenme okuryazarlığına yansımıştır. Beslenme okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında cinsiyetin etkisini araştıran çalışmalarda; Lassetter ve ark. (2015)'inin ve Cesur (2014)'un çalışmasında kadınların beslenme okuryazarlık puanlarının erkeklerden anlamlı derece yüksek olduğu saptanırken Zollner ve ark. (2009)'ı cinsiyet ile anlamlı ilişki olmadığını bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda beslenme okuryazarlığı ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kadınların erkeklerden beslenme okuryazarlığı puanlarının yüksek olması nedenleri; kadınların toplumsal rolleri gereği yemek yapması ve ailede birinci derecede bireylerin beslenmelerinden sorumlu tutuluyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir (Oran ve ark., 2017). Memurların diğer meslek gruplarına göre beslenme okuryazarlığının yüksek bulunması eğitim seviyesiyle ilgili olabilir. Bireyin daha önce bir beslenme sınıfına katılması hiç beslenme sınıfına katılmamış gruba göre sağlıklı beslenme okuryazar ölççeğinde verdiği doğru sayısının fazla olmasına katkıda bulunduğu tespit edilmiştir (Lassetter ve ark., 2015). Bu tespit eğitimin bilgi düzeyine pozitif katkısının olduğunu göstermektedir. Çalışmamız da benzer olarak daha önce eğitim alma ile beslenme okuryazarlığının pozitif yönlü anlamlı ilişkisi saptanmıştır. Bu sonuçlar obezitenin önlenmesinde beslenme eğitiminin olumlu katkısının olabileceğini düşündürmektedir.

Kronik hastalıkların oluşumunda sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigara, alkol kullanmamak gibi sağlıklı yaşam ilkelerine uymak gelişebilecek riski

azaltmak bakımından değerlidir (Bilir, 2014). Türkiye’de Cesur (2014)’un yaptığı çalışmada beslenme okuryazarlığı ile kronik hastalığa sahip bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda ise kronik hastalığın olması ve sürekli ilaç kullanma ile beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin diyetleri ve ilaçları konusunda eğitim almış olmalarının bir sonucu dan ve hastalıklarının yaşamlarına olumsuz etkilerini azalmak için çaba sarf etmelerinin den sağlıklarına olan ciddiyetini hem deneyimlemesinden hem de önemsemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda düzenli ilaç kullanma ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmışken, kronik hastalığa sahip bireylerin BKİ’ si arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Cesur (2014)’un araştırmasında BKİ ve kronik hastalığı olan bireyler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bizim sonucun nedeni kronik hastalığa sahip bireylerin beslenme okuryazarlığının da yüksek olması beslenmelerine dikkat ettiklerini ve bununda BKİ’lerine yansımış olduğunu düşündürüyor.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışında en önemli etkenler tütün kullanımı, yüksek BKİ ve beslenmeyle ilgili risklerdir. Bulaşıcı hastalıkların artan etkisi özellikle iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve ruhsal hastalıklarda görülmektedir(WHO,2017b).Yapılan çalışmalarda obezitenin risk faktörü olduğu ya da bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişiminden sorumlu olduğu gösterilmiştir. Bilge ve ark. (2016)’da yaptığı çalışmada bireylerin insülin direncinin %48,9 olduğu, obez kişilerde insülin direnci oranının ise %70,5 bulundu gösterilmiştir. Bir diğer çalışmada obezite prevalansı kadınlarda arttıkça metabolik sendromda artmakta olduğu tespit edilmiştir (Korkut et al., 2015). Arıkan tarafından Ankara ‘da yapılan çalışmada %47,2’si obezite ve %30,8’i kalp-damar hastalıkları, hiperlipidemi, hipertansiyon; %11,8 ‘i diyabet, %6,9’u da diğer komplikasyonlara sahip bireyler olarak belirlenmiştir (Arıkan, 2013). Suudi Arabistan’daki obezite prevalansındaki % 5’lik bir azalmanın bile 2030 yılına kadar yarım milyon diyabet vakasını önleyebildiği bildirilmiştir (Kilpi et al., 2014). Bertoli ve ark. (2017)’nın çalışmasında %39,9’u obez ve %63,6’sının yüksek bel çevresi %17,4’ünde yüksek trigliseritler, %17’sinde düşük HDL, %44,3’ünde yüksek tansiyon ve %28,7’sinde yüksek glikoz ve oliguların %27’sinde metabolik sendrom tespit edildi. Rothney ve

ark. (2013)'nın metabolik sendrom visseral yağ ile pozitif ilişkili tespit edilmiştir. Yine başka bir çalışmada obezitenin metabolik ve kardiyovasküler hastalık için risk faktörü ve özellikle visseral yağ dokunun insülin direnci ve kardiyovasküler hastalıkla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Emanuela ve ark., 2012). Çalışmamıza katılan bireylerin %54,4'ünün kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalığa sahip bireylerin sıralamasında %27'si endokrin hastalıklar, %24'ü hipertansiyon, %16'sı diyabet, %9'u ruhsal bozukluklar, %9'u solunum hastalıkları, %7'si metabolik sendrom, %4'ü dolaşım sistemi hastalıkları, %4'ü karışık sistem hastalıkları gelmektedir. Sonucumuz literatür ve günümüzdeki verileri doğrular nitelikte çıkmış gözükmektedir. Sonucun böyle olması giderek yaşlanan toplum olmamız, anne ve çocuk ölümlerini kayda değer ölçüde azaltmamız, beslenme hataları ve alışkanlıkların değişmesi, giderek sedanter yaşam tarzının seçilmesi, televizyon, internet başında zaman geçirmenin artması insanların yalnızlaşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin beslenmeyi ifade etmeleri ile BKİ ve yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Beslenmeyi protein, vitamin ve mineral bakımından zengin besin tüketmek olarak ifade eden grup besinlerin tüketilmesi ve vücudun enerji için besin tüketmek diyen gruptan anlamlı fark oluşturmuştur. Beslenme bilgisi doğru olan grubun BKİ değerleri de daha düşük, beslenme okuryazar puanı da daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Vücudun enerji dengesinin sağlanmasında beslenme temeldir. Alınan enerjinin fazla olması obeziteye neden olmaktadır. Obeziteye götüren sebeplerden en önemlileri beslenme bilgisi kadar hatalı yeme davranışları ve alışkanlıklarıdır (Karadağ ve ark.,2016).

Bu davranışlardan bir tanesi öğün atlamaktır. Karadağ ve ark. (2016)'nın çalışmasında bireylerin %46,1'i öğün atlamakta ve bireylerin %56,1'i sabah, %40,8'i öğle ve %3,2'si akşam öğününü atlamakta olduğu tespit etmişlerdir. Arslan, (2018)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %72'sinin öğün atladığını saptamıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %5,1'i akşam öğününü, %12,8'i kahvaltı öğününü, %58,5'i öğle öğününü atlamaktadır. Kahvaltı öğününün obeziteye karşı koruduğu

yapılan araştırmada tespit edilmiştir (Casazza ve ark., 2013). Barr ve ark. (2016)'nın Kanada'lı yetişkinler arasında yaptığı çalışmada, kahvaltı tüketime ile BKİ arasında anlamlı ilişkili tespit edilmemiştir. Bizim alışmamızda benzer olarak kahvaltı öğünü ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ayrıca alışmamızda öğle ve akşam öğünü ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Öğle öğünü tüketenlerin beslenme okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Fast food besinler içerdiği yüksek enerji, porsiyonlarının büyük olması, yanında patates kızartması asitli gıdaların sunulması obeziteye neden olmaktadır (Muga ve ark., 2017). Çalışmamızda bireylerin %19'u fast food beslenme alışkanlığına sahiptir. Muga ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada işlenmiş gıda ve obezite arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bizim alışmamızda da benzer olarak fast food beslenme ile BKİ ve beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Günlük meyve ve sebze tüketenler tüketmeyenlere göre daha az obez olduğu saptanmıştır (Bonauto ve ark., 2014; Muga ve ark.,2017).

Avcı ve Erdoğan (2015) 'nin çalışmasında işçilerin %35.8'i günde bir kez mutlaka hamur işi ile beslendikleri, %62'sinin günde birkaç kez tahıl tükettiklerini ortaya koymuştur. Et ve et ürünlerini ise %98'inin birkaç günde bir kez, tatlıyı %70'inin birkaç günde bir kez, %69'unun süt ve süt ürünlerini günde birkaç kez tükettiklerini tespit etmiştir. Bizim alışmamızda bireyler yemek yerken %35,9'u hızlı yememeye; %56,9'u sebze ağırlıklı beslenmeye; %50,8'i fazla miktarda yememeye; %63,6'sı sıvı şeyler içmeye; %83,1'i asitli içecek içmemeye; %80,5 fast food beslenmeye; %54,4'ü şekerli gıdalar tüketmemeye; %31,3'ü unlu hamur işi yememeye; %48,72'si beyaz et ağırlıklı beslenmeye dikkat etmekte olduğu saptanmıştır. Çayır ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada normal hızda yemek yiyenlerin %10,7'si yavaş yiyenlerin %20,6'sı ve hızlı yiyenlerin %40'ı obez olup aradaki ilişki anlamlıdır. Bu çalışmada da hızlı yememeye, fazla miktarda yememeye, unlu hamur işi yememeye ve beyaz et ağırlıklı beslenmeye dikkat etmekle BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Doğru beslenme alışkanlıklarıyla obeziteyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Fazla miktarda yememeye ve unlu hamur işi yememeye dikkat etmekle beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireyler özellikle hamur işi yememeye dikkat eden bireyler ve fazla miktarda

yememeye dikkat eden bireyler beslenme okuryazarlıkları ve eğitim seviyeleri yüksek bireyler olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların aşırı yemek yediklerinde suçluluk hissenler %84,1; kendini kusturanlar %0,5; fiziksel aktivitesini artıran bireyler %22,6 olarak tespit edilmiştir. Bireylerin aşırı yediklerini düşündüğü davranışlarla BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç bireyler suçluluk hissetse de yeme alışkanlığından vazgeçemediklerinden kaynaklanıyor olabilir ve fiziksel aktiviteyi aldıkları kaloriyi yakacak şekilde artırmadıklarından kaynaklanıyor olabilir. Bireylerin aşırı yediklerini düşündüklerinde suçluluk hissetmeleri ve fiziksel aktiviteyi artırmaları ile beslenme okuryazarlığı puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırmamızda bireylerin kilo kontrolü için yaptıkları girişimlerinden %63,1'i kendimce farklı diyet uyguladığını; %44,6'sı fiziksel aktivite/spor yaptığını; %36,9'u diyetisyene gittiğini; %30,3'u aktarlardan aldığı formları kullandığını; %19,1'i hiçbir diyet uygulamadığını; %15,9'u kilolarıyla ilgili sıkıntı yaşamadığını ve %5,1'i doktor önerisi olmadan zayıflama ilaçları kullandığını ve %2,1', zayıflamak için ameliyat geçirdiğini tespit etmiştir. Çayır ve ark. (2011)'nin çalışmasında daha önce obezite tedavisi görme, diyet yapma durumu ve türüyle obezite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da diyetisyene gitme, hiçbir diyet uygulaması yapma ve doktor önerisi olmadan zayıflama ilaçları kullanma ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel aktivite/spor yapma, aktarlardan aldıklarını kullanma ve zayıflama için ameliyat kullanma ile beslenme okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çayır ve ark. (2011)'nin çalışmasında yakınlarında obez bir kişi bulunma oranı %32,5 olduğu ve obezite ile ilişkili tespit edilmiştir. Araştırmamızda %53,3'unun yakınlarında obezite olduğu bulunmuştur. Yakınlarında obezite olanlarla ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, bu durum ailedeki beslenme kültürü ve alışkanlıkları ile ilgili ve obezitenin genetik yatkınlığını düşündürmektedir. Yakınlarında obezite olması ile beslenme okuryazarlığı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda bireylerin beslenme alışkanlığının değişiminde etkili olan faktörler değerlendirildiğinde öncelikli olarak arkadaşların (%53,8) etkili olduğu; bunu sırayla komşular (%37,4); TV (27,2); internet (%26,2) aile (%21); kitaplar (%13,3) ve gazetenin (%5,6) izlediği görülmektedir. Oran ve ark. (2017)'nin çalışmasında kadınların %54,9'u medyadaki yazı ve haberlerden etkilenerek beslenme alışkanlıklarını değiştirdiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Bizim çalışmamızda da beslenme alışkanlığının değişiminde televizyon %27,2 gibi oranda etkilidir. Bu sonucun Oran ve ark. (2017)'nin çalışmasındaki orandan düşük olması çalışmada sadece medyanın beslenme alışkanlıklarına etkisinin değerlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada beslenme alışkanlığının şekillenmesinde etkili olan tüm faktörler değerlendirilmiştir (medya, arkadaş, komşular vb.). Çalışma grubunu oluşturan bireylerin çoğunlukla zamanlarını evde geçiren ve bir işte çalışmayan kadınların yoğunlukta olduğu göz önüne alındığında geleneksel olarak daha çok arkadaş-komşu etkileşiminin yoğunluğu nedeni bireylerin yaşantılarını ve alışkanlıklarını şekillendirme eğilimi içinde oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Beslenme alışkanlığının değişiminde internetin etkili olduğu söyleyen bireylerin BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuç BKİ yüksek olan bireylerin internet aracılığı ile çözüm yolu üretmeye çalışmalarından kaynaklanabilir. Ancak internette yer alan bilgilerin güvenilirliği ile ilgi de pek çok tartışma söz konusu olduğundan, bu yaklaşımın ne derece doğru olduğu da ayrıca araştırılması gereken bir konudur.

Çalışmamızda beslenme alışkanlığının değişiminde kitaplar, internet, televizyon programları ve komşuların etkili olduğunu söyleyen bireylerin beslenme okuryazarlığı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Okuryazarlığı bilgiye ulaşma, analiz, değerlendirme yapabilme, eleştirel bir bakış açısıyla doğru olana ulaşabilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Beslenme okuryazarlığının belli bir seviyede olması kitap, internet ve televizyon programlarını ve çevreden gelen (komşulardan) bilgileri doğru tanımlayıp hayatlarına geçirmelerinin kolay olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlığın geliştirilmesi sağlığın korunması ve optimum düzeyde sürdürülmesiyle mümkündür. Yaşadığımız yüzyılda bulaşıcı olmayan hastalıkların artması ve toplumun yaşlanmasıyla sağlığın korunması ve önlenmesi daha önemlidir. Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıkla ilgili sorumluluk almaları, bu sorumluluğunu yerine getirmek için aktif rol almaları ve sağlık kurum kuruluşlarına kolayca ulaşabilmeleri, yapılan tarama programlarına katılmaları gerekmektedir (Avcı, 2016; Ertem ve ark., 2004).

Bu araştırmada bireylere sağlıklı yaşam merkezlerine gelme nedenlerini sorulduğunda %94,9'u sağlığı koruma amaçlı olduğunu söylerken, bunu sırasıyla %87,7 kendini kilolu hissetmen; %85,6'sı kendini iyi hissetmek için; %45,6'sı sağlık problemleri yaşadığı için; %24,1'i doktor tavsiyesi nedeniyle; %19'u yakınları istediği için başvurduğunu belirtmiştir. Sağlıklı yaşam merkezlerine gitme sebepleri arasında sıralanan; sağlık problemleri yaşama, doktor tavsiyesi ve kendini kilolu hissetme ile BKİ arasında anlamlı ilişki vardır. Bu sonuç bireylerin sağlık sorumluluğunun, öz yönetiminin ve öz bakımının artmış olmasından; araştırmaya katılan bireylerin kadın olması, yaş ortalamasının yüksek olması ve kronik hastalıklara sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklarda öz bakım ve öz yönetimin artışı tespit edilmiştir (Turner ve ark., 2015).

Sağlıklı yaşam merkezine doktor tavsiyesiyle gelen bireylerin beslenme okur yazarlığı puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Beslenme okuryazarlığı puanının yüksek olması doktorun tavsiyeleri ve bilgilerini doğru yorumlarına sebep oluyor olabilir.

Obeziteli bireylerde aile, iş arkadaşı, arkadaşlar ile damgalanan deneyimleme kişisel ilişkiler arasında ortaya çıkmaktadır (Puhl ve Brownell, 2006).

Çalışmamızda kişilerarası ilişkilerde çoğunluk (%87,7) sorun yaşamamaktadır. İletişimde güçlük çeken kısım daha çok (9,7) aile içi güçlük çekmektedir. Kişiler arası durumla BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin stresli olduklarında %67,7'si iştahının arttığını, %20,5'unun iştahının azaldığını ve %11,8'i ise iştahında herhangi bir değişim

olmadığını ifade ettiğini tespit etmiştir. Stresli olduğunda yeme davranışı ile BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamızdaki bireylere en fazla besin tükettiğiniz öğünün hangisi olduğunu sorduğumuzda %67,2 akşam yemeği, en az %2,1 gece uyumadan önce diye ifade etmişlerdir.

Araştırmamızdaki bireylerin %63,6'sı kişilerarası iletişimde günlük çekmektedir. Kişilerarası iletişim durumuyla BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamıza katılan bireylerin %54,3'ü gece 00.00'dan sonra uyumakta ve %58,5'u uykuda sorun yaşadığını genelde yemekten sonra uyursam nefes problemi yaşadıklarını ifade etmektedir. Canbay ve ark. (2016)'nın çalışmasında kaliteli uyku durumunun sorgulandığında şişman ve obez grubun horlama problemi zayıf ve normallere göre fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda uyku problemi yaşamakla BKİ arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Obezitenin gelişmesinde hareketsiz yaşam beslenmeden sonra en önemli etken olarak görülmekte ve obezitenin tedavisinde ve önlenmesinde fiziksel aktiviteyi artırmak temel alınmaktadır.

Avrupa 'da on ülkeyi kapsayan bir prospektif araştırmada 12 yıl boyunca takip edilen bireylerin fiziksel aktivite durumu ile bel çevresi ve BKİ karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak mortalite riskindeki en büyük azalma abdominal ve genel yağlanma düzeyleri arasındaki en düşük fiziksel aktiviteye sahip grup biraz daha aktif hale geldiğinde görülmüştür (Ekelund ve ark., 2015). Ulas ve ark. (2016)'nın çalışmasında bireylerin %58,1'nin fiziksel inaktif olduğu, erkeklerin kadınlara göre daha aktif, obez olanlar, çalışmayanlar ve eğitim düzeyi düşük olanlar daha az aktif bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda uzun süreli hareketsiz çalışan grupta ve uzun süreli çalışma saatlerinde obezite oranı yüksek tespit edilmiştir (Avcı ve Erdoğan, 2015; Bonauto ve ark., 2014). Kaner ve ark. (2017)'nin çalışmasında obez olan kadınların %85,1'i sedanter olduğunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda da bireylerin %37,9'u düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Bireylerin bir kısmı şiddetli fiziksel aktivite, bir kısmı orta dereceli aktivite, bir kısmı eş zamanlı her ikisini,

büyük bir çoğunluğu yürüyüş yapmaktadır. Çalışmamızda BKİ ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Araştırmaya katılan bireylerin düzenli aktivite yapma oranının düşük olmasından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda düzenli fiziksel aktivite yapanlar arasından günlük şiddetli fiziksel aktivite yapma sıklığı, orta dereceli aktivite ve yürüyüşün süresi ile BKİ arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Fiziksel aktivite artıkça BKİ'nin azalması beklenilmektedir. Bizim sonucumuzun pozitif çıkmasının nedeni bireylerin BKİ yüksekliğine bağlı fiziksel aktiviteyi artırmaya yeni başlamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan bireylerin obezite sıklığı %61,5'dir. Bireylerin yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracının tüm bölümlerinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde %94,4'ünün yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin "Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı" alt bölümlerinden aldıkları puanlara göre; birinci bölümde yer alan genel beslenme bilgisinin %88,2'ini, ikinci bölümde yer alan okuduğunu anlama ve yorumlama sorularının %82,1'ini, üçüncü bölümde yer alan besin grupları ile ilgili soruların tamamını bilerek yeterli puan aldığı saptanmıştır. Dördüncü bölümde yer alan porsiyon miktarları ile ilgili soruların %9,7' sini ve beşinci bölümde yer alan gıda etiketi okuma ve sayısal okuryazarlık ile ilgili soruların %21'inde yeterli beslenme okuryazarlığı düzeyinde bilgilerinin olduğu tespit edilmiştir.

BKİ ile beslenme okuryazarlığı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Beslenme bilgisinin yüksekliğiyle paralel olan BKİ oranları bireylerin beslenme bilgisini kullanmada, davranışa dönüştürmede hataları olduğunu ve bir takım beslenme bilgisi eksiklikleri olduğunu göstermektedir. Toplumla verilecek eğitimlerle bireylere porsiyon miktarları ve ürünlerdeki kalori hesaplanması öğretilerek ve davranışa dönüştürülebilmesi sağlanarak obeziten korunmak mümkün olacaktır.

Obezitede cinsiyet anlamında farklı göstergelerin olması her iki cinsiyette de sağlık problemleri için oldukça önemlidir. Basit yöntem olan BKİ'nin hesaplanması,

bel çevresinin ne anlama geldiği öğretilerek bireylerin kendi sağlık risklerini tespit etmesi obezite ve beraberinde getirdiği bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada toplum sağlığı açısından fark yaratacak sonuçlar sağlayacaktır.

Beslenme alışkanlıkları içinde öğünlere dikkat edilmesi özellikle kahvaltının atlanılmadan yenilmesi ve akşam öğününde sedanter sürece girilmesinden dolayı daha az porsiyonlarda ve daha düşük kalorili besinlerle beslenme konusunda toplum bireyleri bilinçlendirilmelidir.

Geleneksel yeme alışkanlıklarımızın doğru beslenme alışkanlıklarıyla modifiye edilmesi obezite riskinin azaltılmasında dikkat edilmesi gereken önemli bir faktördür

Fiziksel aktivite BKİ ile ters yönde ilişki gösterip BKİ'leri yüksek olanların fiziksel aktiviteyi daha da artırması gerekliliği bireylere öğretilmelidir.

Obeziteyle kronik hastalıkların beraber seyrediyor olması yaşam kalitesini düşürdüğünden obeziteyi azaltarak en azından görülme sıklığının düşürülmesi kronik hastalıklar, artan metabolik sendrom riskleriyle mücadele edilmesi bakımından oldukça önemlidir.

Bireylerin doğru beslenme konusunda bilgi alabileceği devlet destekli programların düzenlenmesi sağlanmalıdır.

6.KAYNAKLAR

- 1.Aihara Y, Minai J (2011) Barriers and catalyts of nutrition literacy among elderly Japanese people. Health promotion international 26: 421-431.
- 2.Aktaş N, Özdoğan Y (2016) Gıda ve beslenme okuryazarlığı. Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi 20: 146-153.
3. Akbulut G, Rakıcıoğlu N (2010) Derleme: şismanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi 20: 35-42.
- 4.Aksoy T, Uçar H (2015) Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 1: 53-67.
- 5.Al Sayah F, Williams B (2012) An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. Canadian Journal of Diabetes 36: 27-31.
- 6.Arıkan H (2013) Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çayyolu Semt Polikliniği diyet bölümüne başvuruda bulunan hastalarda obezite durumunun belirlenmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 10: 1651-1655.
- 7.Arslan M (2018) Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi 45: 59-69.
- 8.Ata A, Vural A, Keskin F (2014) Beden Algısı ve Obezite. Ankara Medical Journal 14: 74-84.
- 9..Avcı İ, Erdoğan T (2015) Hazelnut factory workers in working in the evaluation of the frequency of obesity and healthy life habits. TAF Preventive Medicine Bulletin 14: 364-369.
10. Avcı Y D (2016) Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin 15: 259- 266.
11. Aygen F G (2012) Attitudes and behavior of consumers related to the Inspection of food labels. Journal Business Research Turk 4: 28-54.
12. Ayyıldız Y, Demirli Y (2015) Obezite vergisine ilişkin halkın düşünceleri: Türkiye'de bir alan araştırması/Public Opinions in Obesity Tax: A Field Research in Turkey. Business and Economics Research Journal 6: 59-78.
13. Balçık P Y, Taşkaya S, Şahin B (2014). Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin 13: 321-326.

14. Barr SI, DiFrancesco L, Fulgoni VL (2016) Association of breakfast consumption with body mass index and prevalence of overweight/obesity in a nationally-representative survey of Canadian adults. *Nutrition Journal* 15: 33-41.
15. Baysal A (1999) *Beslenme*. 8. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
16. Benn J (2014) Food, nutrition or cooking literacy-a review of concepts and competencies regarding food education. *International Journal of Home Economics* 7: 13-35.
17. Benzinou M, Chevre JC, Ward KJ et al (2008) Endocannabinoid receptor 1 gene variations increase risk for obesity and modulate body mass index in European populations. *Hum Mol Genet* 17: 1916-21.
18. Bertoli S, Leone A, Krakauer NY et al (2017) Association of body shape index (ABSI) with cardio-metabolic risk factors: A cross-sectional study of 6081 Caucasian adults. *PLoSOne* 12: 1-15.
19. Bilge U, Gültekin G, Bilgin M ve ark (2016) Bir Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kırk yaş altı populasyonda obezite ve insülin direnci oranları. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi* 20: 50-53.
20. Bilir N (2014) Sağlık Okuryazarlığı. *Turk J Public Health* 12: 61-68.
21. Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen R T et al (2007) Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Archives of internal medicine* 167: 1720-1728.
22. Bonauto DK, Lu D, Fan ZJ (2014) Obesity prevalence by occupation in Washington State, Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Preventing chronic disease* 11: 1-9.
23. Branca F, Nikogosion H, Lobstein T (2008) The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response. *Medicine and Science inSportsandExercise* 40:590.
24. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K et al (2003) Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *New England Journal of Medicine* 348: 1625-1638.
- 25..Canbay Ö, Doğru E, Katayıfçı N ve ark (2016) Investigation of obesity frequency and eating habits in a university hospital professionals. *Medical Journal of Bakirköy* 12: 129-135.
26. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A et al (2013) Myths, presumptions, and facts about obesity. *New England Journal of Medicine* 368: 446-454.
27. Cesur B (2014) Sivas il merkezi yetişkin nüfusta beslenme okuryazarlığı durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi (Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
28. Cimbaro M A (2008) Nutrition literacy: Towards a new conception for home economics Education (Doctoral dissertation, University of British Columbia).

29. Cowburn G, Stockley L (2005) Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public health nutrition* 8:21-28.
30. Cunha M, Gaspar R, Fonseca S et al (2014) Implications of literacy for health for body mass index. *Atencion primaria* 46:180-186.
31. Çayır A, Atak N, Köse SK (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 64: 013-019.
32. Çevik BA, Pirinçi E (2017) Beslenme ve Kanser. *Firat Tıp Dergisi* 22: 001-007.
33. Çoşkun F, Kayışoğlu S (2016) Investigation of the effect of consumer age on food label reading habits Besin etiketi okuma alışkanlıklarına tüketici yaşının etkisinin araştırılması. *Journal of Human Sciences* 13: 4876-4890.
34. Dee A, Kearns K, O'Neill C et al (2014) The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BMC research notes* 7: 242-250.
35. Demerath EW, Reed D, Rogers N (2008) Visceral adiposity and its anatomical distribution as predictors of the metabolic syndrome and cardiometabolic risk factor levels. *The American journal of clinical nutrition* 88: 1263-1271.
36. Dölekoğlu CÖ, Yurdakul O (2004) Adana ilinde hanehalkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. *Akdeniz University Faculty of Economics & Administrative Sciences Faculty Journal/Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 4: 62-86.
37. Du N, Peng H, Chao X et al (2014) Interaction of Obesity and Central Obesity on Elevated Urinary Albumin-to-Creatinine. *Ratio PLoS One* 9:6.
38. Eichler K, Wieser S, Brügger U (2009) The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 54: 313-324.
39. Emanuela F, Grazia M, Giorgio F et al (2012). Inflammation as a Link between Obesity and Metabolic Syndrome. *Journal of nutrition and metabolism*: 476380-476380.
40. Eker E, Şahin M (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 11:246–249.
41. Ekelund U, Ward HA, Norat T et al (2015) Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC)–. *The American journal of clinical nutrition* 101: 613-621.
42. Ertem F, Sezer Ö. Üniversite 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Kendini Gerçekleştirme Engel Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, Malatya, 2004: 1-15.
43. European social statistics 2013 (2013) European social statistics 2013. <https://doi.org/10.2785/36105>. (15.02.2018).

44. Farooqi IS, Yeo GS, Keog JM et al (2000) Dominant and recessive inheritance of morbid obesity associated with melanocortin 4 receptor deficiency. *The Journal of clinical investigation* 106: 271-279.
45. Garawi F, Ploubidis GB, Devries K et al (2015) Do routinely measured risk factors for obesity explain the sex gap in its prevalence? Observations from Saudi Arabia. *BMC public health*15: 1-10.
46. Garg SK, Maurer H, Reed K et al (2014) Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 16: 97-110.
47. Gibbs HD, Ellerbeck EF, Gajewski B et al (2017) The Nutrition Literacy Assessment Instrument is a Valid and Reliable Measure of Nutrition Literacy in Adults with Chronic Disease. *Journal of nutrition education and behavior* 50: 247-257
48. Güneş FE, Aktaş Ş, Korkmaz B (2014) Tüketicilerin Gıda Etiketlerine Yönelik Tutum ve Davranışları. *Academic Food Journal/Akademik Gıda* 12: 30-37.
49. Haynes-Maslow L, Parsons S E, Wheeler S B et al (2013) Peer reviewed: a qualitative study of perceived barriers to fruit and vegetable consumption among low-income populations North Carolina, 2011 *Preventing chronic disease* 10:1-10.
50. Jéquier E (2002) Pathways to obesity. *International Journal of Obesity* 26:12-17.
51. Kaner G, Kürklü NS, Adıgüzel KT (2017) İzmir’de beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kadınlarda obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi *10: 250–257*.
52. Kankaya H, Karadakovan A (2017) Obezite ve böbrek hastalıkları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*:91.
53. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H ve ark (2016) Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal* 27: 107-114
54. Kılıç S, Ülgen P, Yıldırım F ve ark (2013) Yüksek protein içerikli diyetin sıçan böbrek ve karaciğer dokularında yaşa bağlı olası etkilerinin değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara*.
55. Kiadaliri AA, Jafari M, Mahdavi MR et al (2015) The prevalence of adulthood overweight and obesity in Tehran: findings from Urban HEART-2 study. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 29:152-160.
56. Kilpi F, Webber L, Musaigner A et al (2014) Alarming predictions for obesity and non-communicable diseases in the Middle East. *Public health nutrition*17:1078-1086.
57. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C (2014) Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine* 61:100-105.
58. Korkut Y (2015) Obez Kadınlarda Metabolik Sendrom ve Lipid Profilinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015: 40-44

59. Kutlu R, Çivi S (2009) Özel bir ilköğretim okulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve beden kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 14: 018-024.
60. Kutlu R, Cihan FG (2017) Comparison of the body compositions in obese and nonobese individuals: Can learning body compositions motivate losing weight?. *Nigerian journal of clinical practice* 20: 82-87.
61. Landsberg L, Aronne LJ, BeilinLJ at al (2013) Obesity-related hypertension: Pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment—A position paper of the The Obesity Society and the American Society of Hypertension. *Obesity* 21: 8-24.
62. Lassetter JH, Clark L, Morgan SE (2015) Health literacy and obesity among native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. *Public Health Nursing* 32: 15-23.
63. Lewis S, Thomas SL, Blood RW et al (2010) Do health beliefs and behaviors differ according to severity of obesity? A qualitative study of Australian adults. *International journal of environmental research and public health* 7: 443-459.
64. Martin KA, Mani M, Mani A (2015) New targets to treat obesity and the metabolic syndrome. *European journal of pharmacology* 763:64-74.
65. Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Martí A et al (2015) Comorbidity associated with obesity in a large population: The APNA study. *Obesity research & clinical practice* 9: 435-447.
66. Mearns G J, Chepulis L, Britnell S et al (2017) Health and nutritional literacy of New Zealand nursing students *Journal of Nursing Education* 56: 43-48.
67. Menke A, Muntner P, Wildman RP (2007) Measures of adiposity and cardiovascular disease risk factors. *Obesity* 15: 785-795.
68. Muga MA, Owili PO, Hsu C at al (2017) Dietary patterns, gender, and weight status among middle-aged and older adults in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 17: 268-277.
69. Nazlıcan E (2008) Adana ili solaklı ve karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi (Uzmanlık Tezi T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı).
70. Nielsen-Bohlman L, Kindig DA, Panzer A M (Eds.). (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press. (15.01.2018).
71. Norris S L, Lau J, Smith SJ et al (2002) Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care* 25:1159-1171.
72. Nöthlings U, Murphy SP, Wilkens LR (2007) Dietary glycemic load, added sugars, and carbohydrates as risk factors for pancreatic cancer: the Multiethnic Cohort Study—. *The American journal of clinical nutrition* 86:1495-1501.

73. NüfusveSağlıkAraştırması2013.http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf(15.01.2018).
74. Obezite İle Mücadele El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı KurumuAnkara,2013.http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/obezite_muCADELE_el_kitabi.pdf,(15.01.2018).
75. Obesity in young men afterfaminedeexposure in uteroan dearlyn fancy. RavelliGP, Stein ZA, Susser MW N Engl J Med. 1976 Aug 12: 349-53.
76. OBrien G, Davies M (2007) Nutrition knowledge and body mass index. Health Education Research 22: 571-571.
77. Onurlubaş E, Gürler AZ (2016) Gıda Güvenliği Konusunda Tüketicilerin Bilinç Düzeyini Etkileyen Faktörler. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi 33:132-141.
78. Okyay P, Güney E, Atasoylu G, Özgür B, Yeşilova O, Sarıkaya B ve ark. Aydın İli 20 Yaş Üstü Populasyonda Obezite, Hipertansiyon Ve Bozulmuş Glikoz Metabolizması Prevalansı. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 3- 6 Kasım 2004 Ankara: p. 261.
79. Oran N T, Toz H, Küçük T ve ark (2017) Medyanın kadınların beslenme alışkanlıkları, besin seçimi ve tüketimi üzerindeki etkileri. Life Sciences 12:1-13.
- 80.Öçal Ö (2015) Acıbadem Maslak Hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran 20-64 yaş arası bireylerde besin tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 81.Özdemir E, Tokol T (2008) Kadın tüketicilere yönelik pazarlama stratejileri. Anadolu University Journal of Social Sciences 8: 57–80
- 82.Paley C A, Johnson MI (2018) Abdominal obesity and metabolic syndrome: exercise as medicine.BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation 10: 7.
- 83.Pettigrew S, Tarabashkina L, Roberts M (2013) The effects of television and Internet food advertising on parents and children. Public health nutrition 16: 2205-2212.
- 84.Pendergast D, Dewhurst Y (2012). Home economics and food literacy: An international investigation. International Journal of Home Economics 5: 245-263.
- 85.Perk J, De Backer G, Gohlke H et al (2012) [InlineMediaObject not available: see fulltext.] European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Version 2012) 19: 403-488.
- 86.Puhl RM, Brownell K D (2006) Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. Obesity 14: 1802-1815.
- 87.Roskam AJR, Kunst AE, Van Oyen H (2009) Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. International journal of epidemiology 39:392-404.

88. Robertson A, Lobstein T, Knai C (2007) Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action. Brussels: European Commission.(03.01.2018).
89. Rothney MP, Xia Y, Wacker WK at al (2013) Precision of a new tool to measure visceral adipose tissue (VAT) using dual-energy X-Ray absorptiometry (DXA). *Obesity* 21: E134-E136.
90. Sözmen K, Ünal B, Ergör G ve ark (2016) Türkiye'de Antropometrik Ölçüm Yöntemlerinin Kardiyovasküler Hastalık Riski İle İlişkisi. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi* 43: 99-106.
91. Spexoto MCB, Ferin GG, Campos J ÁD B (2015) Pharmacology and biochemistry undergraduate students' concern for a healthy diet and nutrition knowledge. *Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral* 31:1813-1823.
92. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health* 13: 948.
93. Stender S, Nordestgaard BG, Tybjaerg-Hansen A (2013) Elevated body mass index as a causal risk factor for symptomatic gallstone disease: a Mendelian randomization study. *Hepatology* 58: 2133-2141.
94. Şanlıer N, Adanur E (2017) Gençlerin Beslenme ve Gıda Güvenliğine İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Evaluation of The Nutrition and Food Safety Knowledge and Behaviour of The Young 25:941–956.
95. Tam AA, Çakır B (2012) Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım Approach Of Obesity In Primary Health Care. *Ankara Medical Journal* 12: 37–41.
96. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,773, Ankara, 2013.(12.12.2017).
- 97.T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2004. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.(13.02.2018).(17.11.2017).
98. Tedik SE (2017) Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 1: 54-62.
99. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A et al (2008) Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obesity facts* 1: 106-116.
100. Turner A, Anderson JK, Wallace LM et al (2015) An evaluation of a self-management program for patients with long-term conditions. *Patient education and counseling* 98: 213-219.
101. TÜİK. (2017). Türkiye Sağlık Araştırması 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, (18854), 19–21. Retrieved from <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>.(15.01.2018).

102. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II (TURDEP II) sonuçlarının özeti. (2010). Retrieved from http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf, (15.01.2018).
103. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (2015). Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi.Hacettepe Üniversitesi.Retrieved from http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf, (11.12.2017).
104. Uğur K, Şener Y S, Özkan, Y (2016) Obezitenin Tanımı, Epidemiyolojisi ve Klinik Önemi. *Turkiye Klinikleri Journal of Cosmetic Dermatology Special Topics* 9:1-7.
105. Ulas B, Uncu F, Soyler P (2016) Prevalence of Obesity and Physical Inactivity in Individuals who applied to the Family Medicine Center: the Case of Elaziğ [Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı Ve Fiziksel İnaktivite: Elaziğ Örneği]. *Med-Science* 5: 529-38.
106. UNESCO, S. and C. O. 7. (2004) Unesco, 2004. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 160. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>. (11.12.2017).
107. Valmórbida JL, Goulart MR, Busnello FM et al (2017) Nutritional knowledge and body mass index: A cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira* 63: 736-740.
108. Vidgen H A, Gallegos D (2014) Defining food literacy and its components. *Appetite* 76:50-59.
109. WHO (2017a). WHO: Global Database on Body Mass Index. Retrieved from <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>(15.01.2018).
110. WHO (2017b). WHO | Obesity and overweight. Who. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.(15.01.2018).
111. WHO(2018)Obesity.http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/(15.01.2018).
112. Wolin KY, Carson K, Colditz GA (2010) Obesity and cancer. *The oncologist* 15: 556-565.
113. Vucenik I, Stains JP (2012) Obesity and cancer risk: evidence, mechanisms, and recommendations. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1271: 37-43
114. Young S, Macrae C, Cairns G (2001) Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Retrieved from <http://www.gov.scot/Resource/Doc/158952/0043191.pdf>(15.01.2018).
115. Yücel B (2015) Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
116. Zanganeh M, Adab P, Li B et al (2018) Protocol for a systematic review of methods and cost-effectiveness findings of economic evaluations of obesity

prevention and/or treatment interventions in children and adolescents. Systematic reviews 7: 54.

117. Zoellner J, Connell C, Bounds W et al (2009) Peer reviewed: nutrition literacy status and preferred nutrition communication channels among adults in the lower Mississippi Delta. Preventing chronic disease:6.



7. SİMGELER ve KISALTMALAR

AMA	: Amerikan Tıp Birliği
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
CM	:Santimetre
DM	:Diabetes Mellitus
EHIS	:Avrupa Sağlık G6rüşme Araştırması
IDF	:Uluslararası Diyabet Vakfı
IOM	:Dünya Sağlık Örgütü, Tıp Enstitüsü
KAH	:Koroner arter hastalığı
KG	:Kilogram
M ²	:Metrekare
MONICA Çok uluslu İzlenmesi	: Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin
SYM	:Sağlıklı Yaşam Merkezi
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TÖBR	:Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi
TURDEP Araştırması	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	:Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması
UNESCO	:Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
WHO (DSÖ)	:(Who Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
YBOYDA	:Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı

8.EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Ek 2. Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Aracı

Ek 3. Etik Kurul Onayı

Ek 4. Kurum İzni



ANKET

- 1.Yaşınız:
- 2.Cinsiyetiniz: 1. Kız 2. Erkek
- 3.Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar 3. Ayrılmış 4. Diğer...
- 4.Yaşamakta olduğunuz yer: 1.Şehir 2.İlçe 3.Köy
- 5.Ailenizin geldiği bölge hangisidir? (memleketiniz)
- 1.Marmara 2.Ege 3.İç Anadolu 4. Karadeniz 5.Akdeniz 6. Doğu Anadolu
- 7.Güney Doğu Anadolu
- 6.Eğitimi düzeyiniz : 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu
- 7.Eşinizin Eğitimi düzeyi : 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu
- 8.Aile tipiniz: 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Anne baba ayrı yaşıyor
9. Ailenizin gelir durumu size göre nasıl: 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü
10. Mesleğiniz?
- 1.Çalışmıyor 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek 5.Diğer(Yazınız).....
11. Sosyal güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 12.Beslenme sizin için ne anlam geliyor?
- 1.Besinlerin tüketilmesi 2.Protein, mineral ve vitaminlerin bakımından zengin besinleri tüketmek
- 3.Vücutumuzun enerji ihtiyacı karşılamak için besin tüketmek 4.Diğer
- 13.Beslenme konusunda eğitim aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır
14. Cevabınız evetse bu eğitimi nereden aldınız?
- 1.Doktor 2.Hemşire 3.Diyetisyen 4.Televizyon 5.İnternet 6.Kitap 7.Ailemden 8.Komşu ve tanıdıklardan 9.Diğer
- 15.Genellikle akşam saat kaçta yatağa gidersiniz?.....
- 16.Günde ortalama kaç saat uyursunuz?.....
- 17.Genellikle gece uykunuz nasıldır?
- 1.Rahatlıkla uyurum 2.Uykuya dalmakta sıkıntı yaşıyorum 3.Stresli olduğumda uyuyamam
- 4.Sabah uyandığımda dinlenmiş kalkmam 5.Diğer(açıklayınız).....
- 18.Uyku sırasında aşağıdaki durumlardan hangisiyle karşılaştınız? (Birden çok işaretleyebilirsiniz)
- 1.Çok horladığım için rahatsızlık veririm 2.Nefes almakta zorlanırım, yastığımı yükseltirim.
- 3.Yemek yedikten sonra uyusam nefes problemleri yaşıyorum 4. Solunum sıkıntısı yaşıyorum sık sık uyanırım.
- 5.Diğer(açıklayınız).....
- 19.Hangi alışkanlıklara sahipsiniz?
- 1.Sigara içiyorum (kaç adet yazınız)
- 2.Alkol kullanıyorum (miktarını ve sıklığını yazınız)
- 3.Diğer (açıklayınız).....
- 20.Kişilerarası ilişkilerinizde günlük yaşadığınız bir alan varsa işaretleyiniz. (birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz.)
1. Güçlük çekmiyorum 2. Eşimle 3. Çocuklarımla 4. İş ortamında 5. Arkadaşlarımla
6. Annemle 7. Babamla 8. Nişanlımla 9. Diğer, belirtiniz.....
- 21.Kendinizi nasıl tanımlarsınız?
- 1.Alıngan 2. İçine kapanık 3. Kolay iletişim kurabilen 4. Kolay öfkelenen 5. Stresli

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/49 p

6. Aceleci 7. Karar vermekte zorlanan 8. Diğer, belirtiniz.....

22. Stresli olduğunuzda yeme davranışınız nasıl etkilenir? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz.)

1. Etkilenmez 2. İştahım azalır 3. İştahım artar 4. Şekerli gıda tüketimim artar
 5. Öğün sayım artar 7. Çok hızlı yerim 8. Yeme konusunda kontrolsüz olurum 9. Diğer, belirtiniz...

23. Düzenli olarak kahvaltı etme alışkanlığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

24. Düzenli olarak öğle yemeği yer misiniz? 1. Evet 2. Hayır

25. Düzenli olarak akşam yemeği yer misiniz? 1. Evet 2. Hayır

26. Fast food besin tüketiminiz var mı? 1. Evet 2. Hayır

27. Bugüne kadar kilonuzla ilgili bir girişimde bulunduğunuz mu? (Birden çok seçeneğe işaretleyebilirsiniz)

1. Diyetisyene gittim 1. Evet 2. Hayır
 2. Farklı diyet uygulamalarını Kendimce uyguladım 1. Evet 2. Hayır
 3. Hiçbir diyet uygulaması yapmadım 1. Evet 2. Hayır
 4. Bu güne kadar kilolarımla ilgili sıkıntı hissetmedim 1. Evet 2. Hayır
 5. Fiziksel aktivite/ spor yaptım 1. Evet 2. Hayır
 6. Aktarlardan aldığım formları kullandım 1. Evet 2. Hayır
 7. Doktor tavsiyesi olmadan zayıflatma ilaçlarını kullandım 1. Evet 2. Hayır
 8. Ameliyat geçirdim 1. Evet 2. Hayır
 9. Diğer.....

28. Günde kaç kez bir şeyler yiyorsunuz?(ana ve ara öğünler dahil).....

29. Hangi öğünde en fazla besin tüketirsiniz?

1. Kahvaltı 2. Öğle yemeği 3. Akşam yemeği 4. Gece uyumadan önce

30. Yemek yerken hangilerini yaparsınız?(Birden çok işaretleyebilirsiniz)

1. Hızlı yememeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 2. Sebze ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 3. Fazla miktarda yememeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 4. Sıvı şeyler içmeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 5. Asitli içecekler tüketmemeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 6. Fast food beslenmeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 7. Çok şekerli gıdalar tüketmemeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 8. Unlu, hamur işi vb. yememeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 9. Beyaz et ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim 1. Evet 2. Hayır
 10. Aşırı yemek sonrasında suçluluk hissedirim. 1. Evet 2. Hayır
 11. Aşırı yemek sonrasında kendimi kustururum 1. Evet 2. Hayır
 12. Aşırı yediğimi düşündüğümde fizikse aktivitemi arttırırım. 1. Evet 2. Hayır
 13. Diğer.....

31. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

32. Cevabınız evet ise

1. Hipertansiyon 2. Diyabet 3. KOAH 4. Astım 5. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu
 6. Kanser 7. Koroner kalp hastalığı 8. Osteoporoz 9. Anemi 10. D.vit eksikliği
 11. Ruhsal Rahatsızlık 12. Diğer

33. Sürekli kullandığınız ilaç var mıdır?

1. Evet 2. Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/49

- 34.Evetse kaç tane belirtiniz.....
- 35.Besin alerjisi (süt, gluten ve diğerleri) var mıdır? 1.Evet 2.Hayır
- 36.Yakınlarınızda obezite var mıdır? 1.Evet 2.Hayır
- 37.Evetse yakınlık derecesini belirtiniz.
- 1.Anne 2.Baba 3.Kardeşler 4.Çocuklar 5.Eş
- 38.Gıda takviyesi kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
- 39.Evetse adı içeriği belirtiniz.....
40. Beslenme alışkanlığının değişiminde etkili olduğunuzu düşündüğünüz yollar nelerdir? (Birden çok işaretleyebilirsiniz)
1. Televizyon programları 1.Evet 2.Hayır
2. Gazete 1.Evet 2.Hayır
3. Kitaplar 1.Evet 2.Hayır
4. İnternet 1.Evet 2.Hayır
- 5.Komşular 1.Evet 2.Hayır
- 6.Arkadaşlar 1.Evet 2.Hayır
- 7.Aileler 1.Evet 2.Hayır
- 8.Diğer.....
- 41.Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?
- 1.Evet 2.Hayır
- 42.Fiziksel aktivite, egzersiz, spor durumu?
- Şiddetli fiziksel aktiviteler:** Zor fiziksel efor yaptığınızı ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız aktiviteler (ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme)
- Yukarıdaki açıklamaya göre şiddetli fiziksel aktivite yaptınız mı?
- 1.Evet Haftada:..... Gün:..... Dakika:..... 2.Hayır
- 43.Orta dereceli aktivite: Orta derecede fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteler (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans veya çiftler tenis oyunu gibi)
- Yukarıdaki açıklamaya göre orta dereceli aktivite yaptınız mı?
- 1.Evet Haftada:..... Gün:..... Dakika:..... 2.Hayır
- 44.Yürüyüş: Bir seferde en az 10 dakika yürüdünüz mü?
- Yukarıdaki açıklamaya göre yürüyüş yaptınız mı?
- 1.Evet Haftada:..... Gün:..... Dakika:..... 2.Hayır
45. Bu tesise başvurma nedeniniz?(Birden çok işaretleyebilirsiniz)
- 1.Kendimi iyi hissetmek 1.Evet 2.Hayır
- 2.Sağlık problemleri yaşadığım için 1.Evet 2.Hayır
- 3.Doktor tavsiyesi 1.Evet 2.Hayır
- 4.Kendimi kilolu hissettiğim için 1.Evet 2.Hayır
- 5.Yakınlarım istediği için 1.Evet 2.Hayır
- 6.Sağlığımı korumak için 1.Evet 2.Hayır
- 7.Diğer.....

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/49

46. Boyunuz.....cm
Kilonuz.....kg
Bel çevreniz.....cm
Kalça çevreniz.....cm Boy(cm):
Kan basıncı.....mmHg
Nabız.....atım/dk

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/49



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. Kuyrukyacağı 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, ekmeğe, 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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/49

- 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 sağlıklı 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 besinlertüketilmelidir.

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

2. Olumsuz beslenme alışkanlıkları olan insanlarda gibi hastalıklar gelişebilir.

- a. AIDS
- 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.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.10.2017
Karar No : 2017-14/49

- a. Aynı
- b. Çeşitli
- c. Benzer
- d. Az

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

- a. Hamburger menü
- b. Salata ve balık
- c. Kızarmış patates
- d. Domates soslu makarna



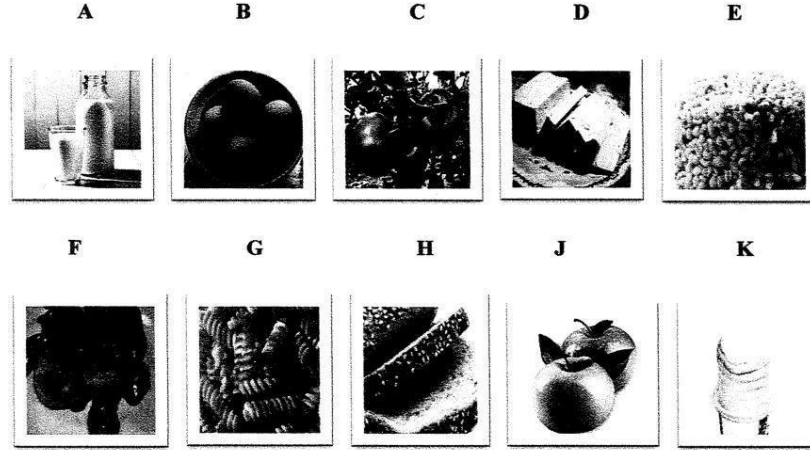
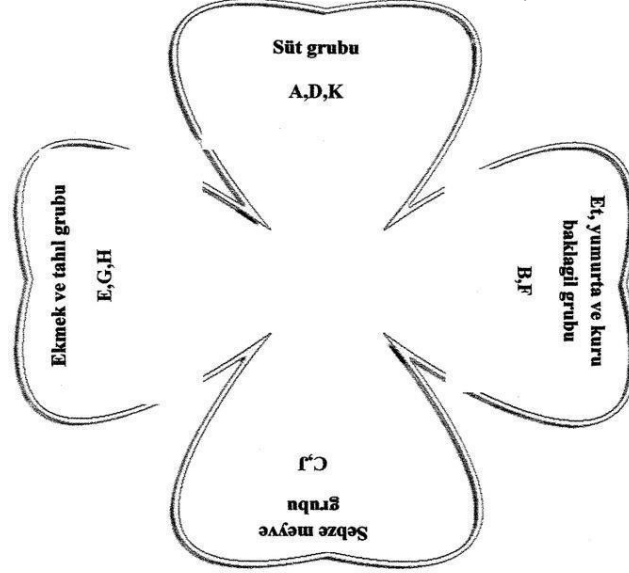
6. Aldığınız ürünün son kullanma tarihinin geçmiş olduğunu fark ettiğinizde ne yaparsınız?

- a. Tarihi çok geçmemişse kullanırım
- b. Üründe renk değişimi, kötü koku vb. yoksa kullanırım
- c. İade ederim ve satıcıyı uyarırım
- d. Kullanmam, çöpe atarım

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017/14/49

3. Bölüm (Besin Grupları)

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



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/43

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)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/43

5.Bölüm (Sayısal Okuryazarlık ve Gıda Etiket Okuma)

Beden Kitle İndeksi:	Ağırlık (kg)
	Boy uzunluğunun karesi(m²)

- 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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.10.2017
Karar No : 2017-14/43

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

- a. 36.6 kcal
- b. 155.7 kcal
- c. 456 kcal
- d. 173.7 kcal

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













- a. Kansızlık
- b. Yüksek tansiyon
- c. Kanser
- d. Kemik erimesi

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

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 03.10.2017
Karar No : 2017-14/45

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bursa ili merkez ilçelerindeki sağlıklı yaşam merkezlerinin obezite danışma birimlerini tercih eden bireylerin beden kitle indekleri ve beslenme okuryazarlıkları düzeyleri arasındaki ilişkisinin belirlenmesi						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-14/ 49			Tarih: 03 Ekim 2017			
	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,</p> <p>2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>						
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU						
ÜYELER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
14/11/2017 15:43 - 60429939 - 604.02 - E.7957



Sayı : 60429939/604.02
Konu : Araştırma İzni (Eda ÜNAL) Hk.

Sayın EDA ÜNAL

(Ertuğrul Mah. Doğanavcıoğlu Cad. No:2 Daire:14 Nilüfer/ BURSA)

İlgi : EDA ÜNAL'ın 08/11/2017 tarihli tez çalışması izin talep yazısı.

İlgi tarihli dilekçenizle; Yrd. Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR ile birlikte yapacağımız "Bursa İli merkez ilçelerindeki Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini tercih eden bireylerin beden kitle indeksleri ve beslenme okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkisinin belirlenmesi" konulu tez çalışmanızın izin talebi "Müdürlüğümüz Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu"na sunulmuştur. Komisyona sunulan dosya eklerindeki etik kurul kararı ve anket örneğinde Eda ÜNAL ismi bulunmaktayken Komisyon kararında sehven Elif ÜNAL ismi kullanılmıştır.

Tespit edilen bu yanlışlık, söz konusu çalışmanın yapılmasını geciktireceği düşünüldüğünden düzeltilmeyerek, düzeltmenin bu tebligat yazısı ile birlikte yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-izmalıdır.
Dr.Hüseyin KAPLAN
Sağlık Müdür Yardımcısı.

EK:
Araştırma İzin Talebi (Hemşire EDA ÜNAL)

Bu evrakın 5070 Sayılı Kanun Gereğince
E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur.
...../...../201.....

15 Kasım 2017 ADI SOYADI: Cengiz ŞAHİN
İMZABI :
ÜNVANI : Memur

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
A* tılı bilgi için: Z. KUŞAT

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 484a5b38-d06d-40c6-9601-8b7e1114879d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60429939/663.08
Konu : Araştırma İzin Talebi (Hemşire
Elif ÜNAL)

ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI TUTANAĞI

Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan ve Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yüksek lisans eğitimine devam eden Elif ÜNAL'ın bu Fakültede görevli Yrd. Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR ile birlikte yapacakları "Bursa İli merkez ilçelerindeki Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Obezite Danışma Birimlerini tercih eden bireylerin beden kitle indeksleri ve beslenme okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişkisinin belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans Tez Çalışması olacak araştırmaya ilişkin dosyanın, THSK'nin "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler"e uygunluğunu değerlendirmesi için Müdürlüğümüz Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu, 10.11.2017 tarihinde saat 10.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, araştırma ile ilgili olarak Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındığı ve araştırmanın ilimizde Osmangazi, Nilüfer ve Yıldırım ilçelerindeki üç Sağlıklı Hayat Merkezlerinde yapılacağı anlaşılmıştır.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Araştırmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi ve sağlıklı hayat merkezinde yürütülen faaliyetlerle verilen hizmetleri aksatmayacak bir şekilde, sağlıklı hayat merkezi yönetimi ile iş birliği içinde yürütülmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine

2. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr. M. Veysel SEYİTOĞLU
Birim Sorumlusu (Üye)

Dr. Yasemin BAŞ
Birim Sorumlusu (Üye)

Dr. Raif ÖZDEMİR
Birim Sorumlusu (Üye)

Zülkif YILMAZ
Birim Sorumlusu (Üye)

Dr. Efrail ATICI
Koordinasyon Sorumlusu
(Komisyon Başkanı)

Ahmetpaşa mah. Fevzi Çakmak cad No:53 Osmangazi / BURSA

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bu belgeyi onaylamak için buras@birs.gov.tr adresinden 484a5b38-d06d-40c6-9601-8b7e1114879d kodu ile erişebilirsiniz.

9.TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecince bilgi ve önerileriyle desteğini ve yardımlarını esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Aysel Özdemir'e onun nezdinde bugünlere gelmemde emeği olan tüm değerli hocalarıma, tez çalışmamda araştırma istatistiklerini yapan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İlker Ercan'a, araştırmamın veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen Sağlıklı Yaşam Merkezlerinde çalışan tüm sağlık personellerine; etik izin sürecinde yardımcı olan sayın Zülkif Yılmaz'a, hayatımın her döneminde sabırla, sevgiyle bana destek olan çok sevdiğim aileme sonsuz teşekkür ederim.

10.ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Çorum'da doğmuştur. Lise öğrenimini Çorum Mimar Sinan Lisesi'nde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2003-2007 yılları arasında Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksekokulunu da birincilikle tamamlamıştır.2007 yılından itibaren Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastahanesinde çalışmaktadır.

