

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**YETİŞKİN TIP II DİYABETLİ BİREYLERDE GIDA GÜVENLİĞİ
BİLİNÇ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN
YEME FARKINDALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Naz DİLBAZ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Beslenme ve Diyetetik Programı

NİSAN, 2025

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**YETİŞKİN TIP II DİYABETLİ BİREYLERDE GIDA GÜVENLİĞİ
BİLİNÇ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN
YEME FARKINDALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Naz DİLBAZ
Y2216.050005

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Beslenme ve Diyetetik Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Berkin ÖZYILMAZ KIRCALI

NİSAN, 2025

TEZ SINAV TUTANAĞI

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jüri üyeleri önünde, 09.04.2025 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Elif Naz Dilbaz'ın tezi hakkında oy birliği * ile başarılı ** kararı verilmiştir.

JÜRİ

1. Üye (Tez Danışmanı) : Dr. Öğr. Üye Berkin KIRCALI
2. Üye : Dr. Öğr. Üye Başak ÖNEY
3. Üye : Doç. Dr. Can ERGÜN

ONAY

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararı

(*) Oybirliği/Oyçokluğu hâli yazı ile yazılacaktır.

(**) Kabul kararı hâli yazı ile yazılacaktır.

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yetişkin Tıp II Diyabetli Bireylerde Gıda Güvenliği Bilinç Düzeyi ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yeme Farkındalıkları Üzerine Etkisinin İncelenmesi ” başlıklı çalışmanın, proje aşamasından sonuçlanmasına kadar geçen tüm süreçlerde bilimsel etik ve akademik geleneklere uygun şekilde hazırlandığını beyan ederim. Çalışmamda, yalnızca Kaynakça bölümünde belirtilen eserlerden yararlanılmış olup, bu kaynaklara gerekli atıflar yapılmıştır. (09/04/2025)

Elif Naz DİLBAZ

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmam süresince değerli bilgisi, akademik rehberliği ve desteğiyle yolumu aydınlatan, tecrübelerini benimle paylaşarak gelişimime katkı sağlayan, çalışmamın yürütülme sürecinde gösterdiği sabır ve yönlendirmeleri için kıymetli danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Berkin Özyılmaz Kırçalı'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte bana destek veren, akademik gelişimime katkıda bulunan tüm hocalarıma ve bugünlere gelmemde emeği geçen değerli akademisyenlere teşekkür ederim. Doğduğum andan itibaren yanımda olan, maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen, bana güven aşılayan sevgili annem Raziye DİLBAZ, babam Mehmet Emin DİLBAZ ve kıymetli ablalarımın minnettarım.

Gerek ihtiyaç duyduğumda gerekse her koşulda sevgi ve desteklerini hissettiren kıymetli dostlarıma ve adını sayamadığım, üzerimde emeği olan herkese içtenlikle teşekkür ederim.

Nisan, 2025

Elif Naz DİLBAZ

YETİŞKİN TIP II DİYABETLİ BİREYLERDE GIDA GÜVENLİĞİ BİLİNÇ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN YEME FARKINDALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Diyabet, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu etkileyen kronik bir hastalık olup, bu süreçte gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı önemli bir rol oynamaktadır. Gıda güvenliği tutumu, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmesine katkıda bulunurken, sağlık okuryazarlığı, hastalık yönetimi ve bilinçli sağlık kararları alma süreçlerini desteklemektedir. Bu bağlamda, bireylerin diyabet yönetimindeki davranışlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi önemlidir.

Bu çalışma, Çanakkale'nin Biga ilçesinde yaşayan Tip II diyabetli bireylerde gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme farkındalıklarına etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Biga Devlet Hastanesi Diyabet Polikliniği'ne başvuran 209 Tip II diyabetli birey üzerinde yürütülen kesitsel bir çalışma olup, katılımcılara demografik bilgi formu, Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği (GGTÖ), Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ve Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ) uygulanmıştır. Verilerin analizinde frekans analizi, t-testi, ANOVA, Spearman korelasyon ve çoklu regresyon yöntemleri kullanılmıştır.

Katılımcıların %74,2'si kadın ve %45,9'u 65 yaş ve üzerinde, %69,9'u evli ve %53,6'sı ilkokul mezunudur. Analiz sonuçları, erkek katılımcıların gıda güvenliği ve yeme tutumları konusunda daha bilinçli olduklarını, ancak sağlık okuryazarlığı düzeylerinde cinsiyet farkı olmadığını göstermektedir. Yaş, sağlık okuryazarlığı ve yeme farkındalığı üzerinde belirleyici bir faktör olup, genç yaş grubunda daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyleri tespit edilmiştir. Medeni durum ve eğitim düzeyinin ise yeme tutumları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Katılımcıların gıda güvenliği tutumları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeylerinin, ailede diyabet hastası olma durumu ve diyabet hastası olma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Pearson korelasyon analizi, gıda güvenliği tutumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunduğunu göstermektedir.

Regresyon analizi, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığının yeme tutumları üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Bu iki değişken, yeme tutumlarındaki varyansın %29,4'ünü açıklamaktadır. Sonuçlar, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, bireylerin sağlıklı yeme tutumlarını geliştirmede önemli faktörler olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, literatürde yer alan benzer çalışmalarla uyumlu olup, diyabet yönetiminde gıda güvenliği ve sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıp II Diyabet, Besin Güvenliği, Sağlık Okuryazarlığı, Yeme Farkındalığı

INVESTIGATION OF THE IMPACT OF FOOD SAFETY AWARENESS LEVEL AND HEALTH LITERACY LEVELS ON EATING AWARENESS IN ADULT TYPE II DIABETIC INDIVIDUALS

ABSTRACT

Diabetes is a chronic disease that affects individuals' quality of life and health status, and in this process, food safety awareness and health literacy play a significant role. While food safety awareness contributes to the development of healthy eating habits, health literacy supports disease management and the process of making informed health decisions. In this context, it is important to examine the factors affecting individuals' behaviors in diabetes management.

This study was conducted to evaluate the impact of food safety awareness and health literacy levels on eating awareness among individuals with Type II diabetes living in the Biga district of Çanakkale. The research was designed as a cross-sectional study involving 209 individuals with Type II diabetes who applied to the Diabetes Clinic of Biga State Hospital. Participants were administered a demographic information form, the Food Safety Attitude Scale (FSAS), the Adult Health Literacy Scale (AHLS), and the Four-Factor Eating Awareness Scale (FF-EAS). For data analysis, frequency analysis, t-test, ANOVA, Spearman correlation, and multiple regression methods were used.

Of the participants, 74.2% were female, 45.9% were aged 65 and above, 69.9% were married, and 53.6% were primary school graduates. The analysis results indicate that male participants were more conscious of food safety and eating attitudes; however, no gender differences were found in health literacy levels. Age was identified as a determining factor in health literacy and eating awareness, with younger age groups exhibiting higher levels of health literacy. Marital status and education level did not show a significant impact on eating attitudes.

It was determined that participants' food safety attitudes, health literacy levels, and eating awareness levels did not differ significantly according to the presence of diabetes in the family or the duration of diabetes. Pearson correlation analysis revealed a significant positive relationship between food safety awareness and health literacy.

Regression analysis demonstrated that food safety awareness and health literacy have significant effects on eating attitudes. These two variables explained 29.4% of the variance in eating attitudes. The findings reveal that food safety awareness and health literacy levels play a critical role in fostering healthy eating attitudes among individuals. These results align with similar studies in the literature and underscore the importance of food safety and health literacy in diabetes management.

Keywords: Type II Diabetes, Food Safety, Health Literacy, Eating Awareness

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xii
I. GİRİŞ	1
A. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	5
II. GENEL BİLGİLER.....	7
A. Diyabetin Tanımı	7
B. Diyabet Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi.....	8
C. Diyabet'in Sınıflandırılması	10
D. Tip II Diyabet	11
E. Tip II Diyabet' in Tanımı	11
F. Tip II Diyabet'in Epidemiyoloji ve Etiyolojisi.....	13
G. Tip II Diabetes Mellitus'un Semptomları	14
H. Tip II Diyabet için Risk Faktörleri	15
İ. Tip II Diyabette Kullanılan Tedavi Yöntemleri	16
J. Tip II Diyabette Tıbbi Tedavi.....	16
1. İnsülin salgılanmasını uyaran ilaçlar	17

2. İnsülin duyarlılığını artıran ilaçlar	18
3. Alfa-glukosidaz inhibitörleri.....	18
4. İncretin mimetik ilaçlar.....	19
K. Tip II Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisi	19
L. Tip II Diyabette Fiziksel Egzersiz Terapisi	20
M. Tip II Diyabet Tedavisinde Eğitimi	21
N. Gıda Güvenliğinin Önemi Ve Tanımı	23
O. Gıda Bilinç Düzeyi Sağlık Üzerine Olası Etkileri	25
P. Sağlık Okuryazarlığı.....	26
1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi Ve Tanımı.....	26
2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Üzerine Etkileri	27
R. Yeme Farkındalığı	29
1. Diyabetli Bireylerde Yeme Farkındalığı Tanımı ve Önemi	29
2. Diyabetli Bireylerde Yeme Farkındalığı İle İlgili Güncel Bilgiler	30
III. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	31
A. Yöntem ve Amaç	31
B. Araştırma Yeri, Zamanı ve Özellikleri	32
C. Evren ve Örneklem	32
D. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	32
E. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
F. Araştırmanın Etik Kuralları	33
G. Veri Toplama Yöntem	33
1. Demografik Form.....	33
2. Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği (GGTÖ).....	34
3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ):	34
4. Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ).....	35

H. İstatistiksel Analiz	36
IV. BULGULAR.....	38
A. Demografik Bilgiler.....	38
B. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	40
C. Ölçeklerden Elde Edilen Puan Ortalamalarının Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi	41
V. TARTIŞMA	64
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
VII.KAYNAKLAR	73
EKLER.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	95

KISALTMALAR LİSTESİ

4F-YFÖ	: 4 Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği
ADA	: Amerikan Diyabet Derneği
APG	: Açlık Plazma Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
F	: Tek yönlü Varyans Analizi
FAO	: Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diyabet
GGBS	: Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi
GIP	: Gastrik İnhibitör Polipeptit veya Glikoza Bağımlı İnsülinotropik Polipeptit
GLP-1	: Glukagon Benzeri Polipeptit-1 Dipeptidil Peptidaz IV (DPP-IV)
HbA1C	: Hemogloblin A1C
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
n	: Popülasyon Sayısı
NES	: Gece Yeme
OAD	: Oral Antibiyotik İlaçlar
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
p	: Anlamlılık Değeri
SPSS	: Statistics Package for Social Sciences
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
Tip II DM	: TİP 2 Diyabet
TURTEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi

WHO : Dünya Sağlık Örgütü
YSOÖ : Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği



ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. Diyabet Kriterlerinin Tanımı.....	8
Çizelge 2. Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı	38
Çizelge 3. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı	39
Çizelge 4. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	40
Çizelge 5. Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları.....	41
Çizelge 6. Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları	43
Çizelge 7. Medeni Duruma Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları	45
Çizelge 8. Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumlarının Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları	47
Çizelge 9. Katılımcıların Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları	48
Çizelge 10. Katılımcıların Yeme Farkındalığı düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları	49
Çizelge 11. Ailede Diyabet Hastası Olma Durumuna Göre T-Testi Sonuçları.....	51
Çizelge 12. Diyabet Hastası Olma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları.....	53
Çizelge 13. Ölçek Puanları Arası İlişkiye Yönelik Bulgular	56
Çizelge 14. Gıda Güvenliği Tutum Düzeyleri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yeme Tutumları Üzerindeki Etkisi	62

I. GİRİŞ

Diyabet, insülin eksikliği veya insülin direncine bağlı olarak gelişen hiperglisemi sonucu, protein, yağ ve karbonhidrat metabolizmasında bozukluklara sebep olan bir hastalık türüdür (Özdemir vd., 2009).

Uluslararası Diyabet Federasyonunun 2021 yılında yayımladığı rapora göre; 2014'de, 18 yaş üstü yetişkinlerin yüzde sekiz buçukunda diyabet olduğu rapor edilmiştir. 2019 yılında ise diyabetin doğrudan 1,5 milyon ölüme sebep olduğu ve gerçekleşen ölümlerin %48'inin 70 yaş altındaki bireylerde meydana geldiği belirlenmiştir. gerçekleştiği belirtilmiştir. Aynı raporda, böbrek hastalığına bağlı 460.000 ölümün diyabet kaynaklı olduğu ve kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık %20'sinin yüksek kan glikozu seviyeleri nedeniyle meydana geldiği ifade edilmiştir (IDF Diabetes Atlası, 2021).

Diyabetin prevalansı ile ilişkili yapılan çalışmalar incelendiğinde; dünya genelinde her 10 yetişkinden birinin diyabet tanısı aldığı ve yetişkin nüfusunun en az beşte birinde diyabet hastası olan ülke sayısının giderek arttığı bildirilmiştir. 2000 yılındaki ilk baskıdan itibaren, 20-79 yaş aralığındaki yetişkinler arasında tahmin edilen diyabet prevalansı üç katı aşan bir artış göstermiştir. O dönemde dünya nüfusunun %4,6'sına karşılık gelen 151 milyon olan diyabetli yetişkin sayısı, günümüzde %10,5'e denk gelen 537 milyona ulaşmıştır. Yeterli önlemler alınmazsa, diyabetli sayısının 2030 yılı itibarıyla 643 milyona (%11,3) ve 2045 yılına kadar 783 milyona (%12,2) çıkacağı öngörülmektedir (IDF Diyabet Atlası, 2021).

1997-1998 yıllarında Türkiye'de gerçekleştirilen Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nın (TURDEP-I) sonuçlarına göre, toplumda tip II diyabet prevalansı %7,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) oranı ise %6,7 olarak belirlenmiştir. Bu veriler, Türkiye'de tip II diyabet ve BGT'nin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. TURDEP-I çalışması, Türkiye'deki diyabet epidemiyolojisi hakkında önemli bilgiler sağlamış

ve sonraki yıllarda yapılan araştırmalara zemin hazırlamıştır. Bu çalışma, diyabetin erken teşhis ve tedavi önemini vurgulamakta ve toplumda diyabet farkındalığını artırmaya yönelik çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. 2009 yılında gerçekleştirilen Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nın (TURDEP-II) sonuçlarına göre, ülke genelinde 20 yaş ve üzeri 26.499 birey incelenmiştir. Bu çalışma, tip II diyabet sıklığının значительным ölçüde arttığını ve %16,5'e ulaştığını göstermiştir. Yaşa göre standardize edilmiş oran ise %13,7 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, tip II diyabet prevalansının kadınlarda (%17,2) erkeklere (%16,0) oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. TURDEP-II çalışması, Türkiye'de tip II diyabet prevalansının önemli ölçüde arttığını ve bu durumun halk sağlığı açısından ciddi bir sorun teşkil ettiğini göstermektedir. Çalışmanın sonuçları, diyabetin erken teşhis ve tedavi önemini vurgulamakta ve toplumda diyabet farkındalığını artırmaya yönelik çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek prevalans, cinsiyet farklılıklarının diyabet gelişimi üzerindeki etkilerini araştırmanın önemini göstermektedir. 2019 yılında Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuç raporunda ise diyabetin en sık ölüm nedenleri arasında 8.sırada olduğu, prediyabet sıklığının ise %28,7 olduğu bildirilmiştir (TBSA, 2019).

Diyabet, hiperglisemi ile karakterize edilen, kompleks ve heterojen bir grup metabolik bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu kronik durum, insülin sekresyonundaki defektler, insülin etkisindeki bozukluklar veya her ikisinin kombinasyonu sonucu ortaya çıkar. İnsülin, glikozun hücrelere taşınmasını sağlayarak kan şekerini düzenleyen temel bir hormondur. Diyabetin temel özelliği, glikoz metabolizmasının bozulması ve buna bağlı olarak hiperglisemi (kan şekerinin yüksekliği) gelişmesidir. Yapılan kapsamlı araştırmalar, uzun süreli ve kötü kontrol edilen diyabetin, başta böbrekler, gözler, sinirler ve kardiyovasküler sistem olmak üzere çeşitli organ ve dokularda ciddi hasarlara yol açabileceğini göstermektedir. Bu komplikasyonlar arasında nefropati (böbrek işlev bozukluğu), retinopati (gözde görme kaybına yol açan hasar), nöropati (sinir hasarı), kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi, felç vb.) ve ayak ülserleri sayılabilir. Diyabet, aynı zamanda enfeksiyonlara karşı vücudun direncini de azaltarak, enfeksiyon riskini artırabilir (Kleinberger et al., 2015).

Diyabet tedavisinde temel amaç, kan şekerini normal sınırlarda tutmak ve komplikasyonların gelişimini önlemektir. Bu amaçla, yaşam tarzı değişiklikleri (beslenme, egzersiz, kilo kontrolü), ilaç tedavisi (oral antidiyabetikler, insülin) ve gerektiğinde cerrahi yöntemler (obezite cerrahisi) kullanılabilir. Ancak, birçok monoterapi (tek ilaçla tedavi) yaklaşımının zamanla yetersiz kaldığı ve kan şekeri kontrolünün sağlanamadığı görülmektedir. Bu durum, diyabetin ilerleyici bir hastalık olduğunu ve tedavi stratejilerinin zaman içinde değiştirilmesi ve kişiselleştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Kleinberger et al., 2015).

Diyabet; Tip I diyabet, Tip II diyabet, gestasyonel diyabet ve hastalığa özgü sekonder gelişen diyabet olmak üzere derecelendirilmektedir. Tip I diyabet, pankreastaki beta hücre fonksiyon bozukluğu sonucu ortaya çıkan bir diyabet türü olarak tanımlanmaktadır. Tip I Diyabetin en majör komplikasyonlarından biri ketoasidoz olup, bu komplikasyonun Tip I diyabetli bireylerde otoimmüniteden kaynaklandığı bildirilmiştir. Tip II diyabet, genellikle yetişkinlerde görülen insülin direnci veya insülin salgılanma bozukluklarından kaynaklanan bir diyabet türü olarak ifade edilmektedir (Akalın, 2022).

Gestasyonel diyabet, gebelik sırasında ilk kez tanısı konulan glikoz intoleransı olarak tanımlanır. Gebelik hormonlarının insülin direncini artırması nedeniyle ortaya çıkar ve anne ile fetus için risk taşır. Doğum sonrası genellikle glikoz toleransı normale dönse de, gestasyonel diyabet geçiren kadınların Tip II diyabet geliştirme riski yüksektir (Sağun, 2023). Sekonder diyabet, başka bir hastalığın ya da durumun sonucu olarak gelişir. Pankreatit, Cushing sendromu veya hemochromatosis gibi metabolik bozukluklar, uzun süreli steroid kullanımı ya da pankreasın cerrahi olarak çıkarılması bu duruma neden olabilir. Bu diyabet türü, altta yatan hastalığın yönetimine bağlı olarak şekillenir ve bireysel tedavi planları gerektirir (Popoviciu et al., 2023).

Uluslararası Diyabet Federasyonunun 2015 yılında yayımladığı rapora göre; Diyabet tedavisi, hastanın semptomlarını azaltmayı veya hafifletmeyi, komplikasyonları izlemeyi ve yaşam tarzını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla tıbbi bakım, egzersiz ve fiziksel aktivite, farmakolojik tedavi ve diyet tedavisini iyileştirilmesi gerektiği bildirilmiştir (IDF Diyabet Atlası, 2015).

Anoop ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, Güney Asya toplumlarında sıkça görülen aşırı visseral yağlanma ve artan hepatik lipid birikiminin, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) ile ilişkili olduğu ve bu durumun Tip II diyabet ile kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca, tedavi sürecinde planlanan diyetlere uyulmaması, egzersiz programlarına bağlı kalınmaması ve bu konulardaki farkındalık eksikliğinin, tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkileyen temel zorluklar arasında yer aldığı ifade edilmiştir.

Araştırmalar, sağlık okuryazarlığının diyabetli hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı, diyabetli hastalar arasında çok yaygındır; bu durumun, diyabet konusunda farkındalığın azalması ve diyabetin daha az anlaşılmasının yanı sıra retinopati ve düşük kan glikoz kontrolü gibi sonuçlarla da ilişkili olduğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyindeki artışların, hastaların eğitim ve bilgiyi düzeyini artırarak, bu bireylerde sağlık hedeflerine ulaşmak için gerekli becerileri ortaya çıkarabileceği bildirilmiştir (Pourhabibi et al., 2022).

Gıda güvenliği, bireylerin gıda kaynaklı enfeksiyonlardan korunması ve sağlıklı gıdalara erişebilmesi için hayati bir rol oynar. Yetersiz gıda güvenliği uygulamaları, kaliteli ve güvenli gıdaya erişimde güçlükler, gıda zehirlenmelerindeki artış ve bağışıklığı zayıf bireylerde enfeksiyon riskinin yükselmesi gibi ciddi sonuçlar doğurur. Küresel ısınma, sosyoekonomik dengesizlikler ve piyasa fiyatlarındaki dalgalanmalar, gıda güvenliği standartlarının uygulanmasını güçleştiren önemli faktörler arasında yer almaktadır (Koç vd., 2015). Bu durum, bağışıklık sistemi zayıflamış gruplar, özellikle diyabet hastaları için daha büyük bir tehdit oluşturur. Diyabetli bireyler, bağışıklık sistemlerinin zayıf olması nedeniyle gıda kaynaklı enfeksiyonlara karşı yüksek risk altındadır ve çoğu bu risklerin farkında değildir. Bu nedenle, artan risklerinin ve gerekli gıda güvenliği uygulamalarının bilincinde olmaları gerekir. Araştırmalar, hedefli müdahalelerin tüketici gıda güvenliği eğitimi için en etkili yöntem olduğunu göstermektedir. Bağışıklığı zayıflamış, diyabetli kişilerin enfeksiyon riskini anlamalarını sağlayan müdahaleler, bu grubun risk azaltıcı gıda güvenliği uygulamalarını benimsemesine yardımcı olabilir (Evans et al.,2020). Özellikle DM'li bireylerde enfeksiyon riskini azaltmak ve hastalığın yönetimine

katkıda bulunmak için gıda güvenliği uygulamalarının yaygınlaştırılması ve kişiye özel eğitim programlarının geliştirilmesi büyük önem taşır.

Gıda güvenliği bilincinin yanı sıra yeme farkındalığının artması da, diyabet hastalarının beslenme düzenlerini iyileştirmede kritik bir unsurdur. Yeme farkındalığı, bireylerin sağlıklı besin seçimlerini teşvik ederek duygusal ya da aşırı yeme davranışlarını azaltmalarına ve daha dengeli bir diyet sürdürmelerine yardımcı olabilir. Bu durum, enerji alımını azaltmak, kilo yönetimini desteklemek ve diyabet komplikasyonlarının önlenmesine katkıda bulunmak açısından önemli bir müdahale yöntemi olarak değerlendirilmektedir (Miller et al., 2014). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, yeme farkındalığının genç yetişkinlerde BKİ ve Tip II diyabet geliştirme riski ile önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Çiçek, 2021). Bu sonuçlar, yeme farkındalığının diyabet riskini azaltmaya yönelik eğitim ve müdahaleler için bir temel oluşturabileceğini göstermektedir.

literatürde sağlık okuryazarlığı ve Yeme farkındalığı için geliştirilen ölçekler bulunmasına rağmen, gıda güvenliği bilinç düzeyi için geliştirilen ölçeğe rastlanmamıştır. Yapılan kapsamlı literatür incelemesinde de diyabetli bireyler ile gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı, yeme farkındalığı ve gıda güvenliği bilinç düzeyi konularını içeren bir çalışma bulunamamıştır. Bu doğrultuda, gıda güvenliği bilinci ile ilgili ileriye dönük ölçek çalışmalarının gerçekleştirilmesine ihtiyaç vardır.

A. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu çalışma, Tip II diyabetli yetişkin bireylerde gıda güvenliği bilinci ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini saptamak ve bu değişkenlerin yeme farkındalığı üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla tasarlanmıştır.

Çalışmada, katılımcılardan bilgi toplamak amacıyla dört farklı ölçüm aracı kullanılmıştır. İlk olarak, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla bir demografik bilgi formu uygulanmıştır. İkinci olarak, gıda güvenliği bilincini ve tutumlarını ölçmek için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Üçüncü olarak, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek amacıyla Yetişkin Sağlık

Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) uygulanmıştır. Son olarak, bireylerin yeme farkındalığı düzeylerini ve buna ilişkin tutumlarını çok boyutlu olarak incelemek için Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ) kullanılmıştır. Bu ölçüm araçları aracılığıyla elde edilen veriler, istatistiksel yöntemler ile analiz edilmiş ve araştırmanın temel hipotezleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu süreç, çalışmanın temel amacına ulaşılması ve elde edilen sonuçların güvenilirliğinin artırılması için sistematik bir şekilde planlanmıştır.

Bu araştırma, Tip II diyabet tanısı almış olan yetişkin bireylerde gıda güvenliği bilinci ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme tutum ve davranışları üzerindeki etkisini araştırarak önemli katkılar sunabilir. Elde edilecek bulgular, gıda güvenliği bilinci ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi vurgulayarak, diyabet yönetimi ve sağlıklı yaşam için toplumun genel sağlık bilincini artırılmasına katkıda bulunabilir.

Bu çalışmanın temel hipotezleri aşağıdaki gibidir;

H0: Gıda güvenliği bilinç düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri, Yetişkin tip II diyabetli bireylerin yeme tutumları ve beslenme davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkiye sahip değildir.

H1: Gıda güvenliği bilinç düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri, Yetişkin tip II diyabetli bireylerin yeme tutumları ve beslenme davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkiye sahiptir.

II. GENEL BİLGİLER

A. Diyabetin Tanımı

Diyabet, insülin sekresyonunun bozulması, insülin etkinliğinin azalması veya her ikisinin birlikte olduğu durumlarla ilişkilendirilen, özellikle hiperglisemi, karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasında bozukluklar ve ileri derecede gelişmiş ateroskleroz gibi mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları olan kronik bir metabolik hastalıktır (Poznyak et al., 2020).

İnsülin eksikliği, diyabetin belirgin bir işareti olan hiperglisemiye yol açmaktadır. Diyabet tedavi edilmediğinde, vücuttaki birçok organ zarar görür ve kardiyovasküler hastalıklar, sinir hasarı, böbrek hasarı ve görme bozuklukları gibi ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir (Diabetes Complications, 2022). Ancak, doğru tedavi yöntemleri ve uygun diyabet yönetimi ile bu komplikasyonların ortaya çıkması geciktirilebilir ya da tamamen önlenir.

Diyabetin tipik klinik belirti ve bulguları arasında polidipsi (yoğun susama hissi), poliüri (sık idrara çıkma), polifaji (aşırı besin tüketme), halsizlik gibi yaygın semptomlar yer almaktadır (James et al., 2003).

Diyabet tanısı, açlık plazma glikozu (APG), oral glikoz tolerans testi (OGTT)'nde 2. saat plazma glikozu ve Hemogloblin A1c (HbA1c) gibi çeşitli plazma glikoz düzeyi kriterlerine dayanır. Bu kriterler, diyabet tanısı koymak için genellikle eşit derecede uygun kabul edilir. Açlık plazma glikozu, en az 8 saatlik açlıktan sonra ölçülen kan şekeri düzeyidir ve 126 mg/dL veya üzerinde ise diyabet tanısı konulabilir. Oral glikoz tolerans testi, 75 gram glikoz içeren bir içecek içildikten 2 saat sonra ölçülen kan şekeri düzeyidir ve 200 mg/dL veya üzerinde ise diyabet tanısı konulabilir. Hemogloblin A1c ise son 2-3 ayın ortalama kan şekeri düzeyini gösteren bir kan testidir ve %6.5 veya üzerinde ise diyabet tanısı konulabilir. Diyabet tanısı koymak için genellikle bir test yeterli olsa da, bazı durumlarda (özellikle sınırda değerler tespit edildiğinde) tanı doğrulamak için ek testler yapılabilir. (Ada, 2024).

Çizelge 1. Diyabet Kriterlerinin Tanımı

Açlık Kan Glikoz Değeri (APG)	≥ 126 mg/dl
-Sekiz saatlik açlık periyodu sonrası	
Oral Glukoz Tolerans Testi'nde ikinci saat plazma glukozu	≥ 200 mg/dl
-75 gr glikoz yükleme testinin (OGTT) 2. saatin değeri	
Rastlantısal Plazma Glukozu	≥ 200 mg/dl
Diyabete ait herhangi bir diyabet semptomu ile birlikte (gıda alımından bağımsız)	
HbA1c	$\geq \%6,5$ olması

Diyabet tanısı koymak için bu kriterlerden herhangi birinin karşılanması yeterlidir. Yani, bir kişide açlık plazma glukozu yüksekse, oral glikoz tolerans testinde 2. saat glukoz düzeyi yüksekse veya HbA1c değeri yüksekse, bu kişiyi diyabet tanısı konulabilir (IDF, 2021):

HbA1c, son 2-3 ayın ortalama kan şekeri düzeyini gösteren bir kan testidir. Bu özelliği sayesinde, diyabetin teşhisinde ve takibinde önemli bir rol oynar. Uluslararası standartlara uygun yöntemlerle ölçüldüğünde tanı testi olarak kabul edilir. Ne yazık ki, ülkemizde HbA1c ölçüm testleri henüz tam olarak standartlaştırılmamıştır. Bu durum, farklı laboratuvarlarda yapılan ölçümler arasında farklılıklar olmasına neden olabilir. Bu nedenle, Türkiye'de HbA1c tek başına bir tanı testi olarak kullanılmamalıdır. Anemi, hemoglobinopati, gebelik veya antioksidan kullanımı gibi durumlarda HbA1c testi tanı amacıyla güvenilir değildir (Turkdiab, 2019).

B. Diyabet Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2021 yılı raporuna göre, 2014 yılında on sekiz yaş üzeri bireylerin %8,5'inde diyabet olduğu belirtilmiştir. 2019 yılında ise diyabetin 1,5 milyon ölümün doğrudan nedeni olduğu ve bu ölümlerin %48'inin 70 yaşından önce gerçekleştiği bildirilmiştir. Aynı raporda yine böbrek hastalığı nedeniyle 460.000 ölümün diyabetten kaynaklandığı ve kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık %20'sinin yüksek kan glukozu düzeyleri nedeniyle olduğu belirtilmektedir. (IDF Diyabet Atlası, 2021)

Diyabetin prevalansı ile ilişkili yapılan çalışmalar incelendiğinde; dünya genelinde her 10 yetişkinden birinin diyabet tanısı aldığı ve yetişkin nüfusunun en az beşte birinde diyabet tanısı olan ülke sayısının giderek arttığı bildirilmiştir. O dönemde prevalans tahminleri küresel nüfusun %4,6'sına denk gelen 151 milyon

bireyken, bugün %10,5'e karşılık gelen 537 milyon bireye çıktığı rapor edilmiştir. Eğer yeterli önlemler alınmazsa, 2030 yılına kadar diyabetli birey sayısının ülke nüfusunun %11,3'üne denk gelen 643 milyona ulaşacağı; trendler devam ederse, 2045 yılına kadar ise %12,2'lik bir oran ile 783 milyon bireye ulaşabileceği öngörülmektedir (IDF Diyabet Atlası, 2021). Bu veriler, diyabet yönetimi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesinin aciliyetini vurgulamaktadır.

Diyabetin küresel ölçekteki bu yükselişi, Türkiye'deki diyabet prevalansına ilişkin verilerle de paralellik göstermektedir. 1997-1998 yıllarında TURDEP-I çalışmasına göre tip II diyabet prevalansı %7,2, BGT sıklığı ise %6,7 olarak belirlenmiştir. 2009 yılında yapılan TURDEP-II araştırmasında ise, ülke genelinde 20 yaş ve üzeri 26.499 birey üzerinde gerçekleştirilen analizler sonucunda, tip II diyabet oranında belirgin bir artış olduğu görülmüş (%16,5; yaşa göre standardize edilmiş %13,7) ve bu sıklığın kadınlarda (%17,2) erkeklerden (%16,0) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 2019 yılında Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuç raporunda ise diyabetin en sık ölüm nedenleri arasında 8.sırada olduğu, prediyabet sıklığının ise %28.7 olduğu bildirilmiştir (TBSA, 2019).

Diyabet ve glukoz metabolizmasına ilişkin hastalıkların tanımı ve sınıflandırılmasında yıllar içinde önemli gelişmeler ve güncellemeler yapılmıştır. Özellikle 1997 yılında Amerikan Diyabet Derneği (ADA), diyabetin tanı ve sınıflandırılması için yeni kriterler belirlemiş ve bu kriterler, alanın standardizasyonuna katkı sağlamıştır. Bu gelişmenin ardından, 1999 yılında WHO, ADA'nın kriterlerini küçük revizyonlarla kabul etmiş ve bu doğrultuda kapsamlı bir rapor yayımlamıştır. WHO'nun 1999 raporu, diyabetin etiyolojik çeşitliliklerini ele alarak hastalık evrelemesini detaylandırmış ve diyabeti; insülin gerektirmeyen, insülin kontrolü gerektiren ve sağkalım için insülin gerektiren diyabet olarak sınıflandırmıştır. Ayrıca bu dönemde, "insülin bağımlı diyabet" ve "insülin bağımlı olmayan diyabet" gibi ifadeler, modern terminolojiye uygun olarak Tip I ve Tip II diyabet olarak yeniden adlandırılmaya başlanmıştır. Bu değişiklikler, diyabetin hem klinik yönetiminde hem de bilimsel iletişimde bir standart oluşturmayı hedeflemiştir (TEMD, 2022).

Genel kabul gören, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) 'ın Diyabet sınıflandırmasında dört ana klinik tip bulunmaktadır: Tip I diyabet, tip II diyabet

ve GDM ana formlar olarak kabul edilirken, diğer özel diyabet tipleri ise spesifik formları olarak tanımlanmaktadır (Association, 2023).

C. Diyabet'in Sınıflandırılması

ADA 2023 kılavuzlarına göre diyabet, genellikle dört ana kategori altında sınıflandırılmaktadır:

Tip I Diyabet: Tip I diyabet, genellikle otoimmün mekanizmalarla ilişkili beta hücre hasarı sonucu ortaya çıkar ve total insülin yetersizliği ile karakterizedir. Bu tür diyabet, sıklıkla çocukluk veya genç erişkinlik döneminde teşhis edilmekle birlikte her yaşta görülebilir.

Tip II Diyabet: Tip II diyabet, insülin direncinin eşlik ettiği ve beta hücrelerinde insülin salınımındaki azalma ile ilerleyen bir durumdur. Genellikle yetişkin bireylerde ortaya çıkar, ancak son yıllarda genç nüfusta da görülme sıklığı artmıştır.

Gestasyonel Diyabet (GDM): Gestasyonel diyabet, gebeliğin 2. veya 3. üçüncü üç aylık döneminde saptanan ve gebelik öncesinde belirgin olmayan bir diyabet türü olarak tanımlanmaktadır. Genellikle doğumdan sonra glikoz toleransı normale döner. Ancak, bu bireylerde Tip II diyabet geliştirme riski yüksektir.

Diğer Spesifik Diyabet Tipleri: Bu kategori, diyabetin daha nadir görülen formlarını içerir ve çeşitli etiyolojik faktörlerle ilişkilidir:

- **İnsülin Etkisindeki Genetik Defektler:** İnsülinin etkili bir şekilde kullanılamamasına yol açar.
- **Pankreasın Ekzokrin Doku Hastalıkları:** Pankreatit veya pankreas cerrahisi sonrası görülen diyabet.
- **Endokrinopatiler:** Cushing sendromu, akromegali gibi hormonal bozukluklarla ilişkili diyabet.
- **İlaç veya Kimyasal Ajanlar:** Kortikosteroidler veya tiazidler gibi ilaçlar, kimyasal maddeler diyabet gelişimine neden olabilir.
- **İmmün Aracılıklı Nadir Diyabet Formları:** Spesifik otoimmün mekanizmalarla ilişkili diyabet tipleri.

- Diyabetle İlişkili Genetik Sendromlar: Down sendromu, Turner sendromu gibi genetik hastalıklarla ilişkili diyabet.
- Enfeksiyonlar: Bazı viral veya bakteriyel enfeksiyonların tetiklediği diyabet formları.

Bu sınıflama, hem diyabetin etiyolojik farklılıklarını anlamayı hem de tedavi planlamasında rehber olmayı sağlamaktadır. (Ada, 2023; Temd, 2022)

D. Tip II Diyabet

Diyabet, karmaşık ve multifaktöriyel bir metabolik bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Genetik yatkınlığı bulunan bireylerde, çevresel faktörlerin (obezite, fiziksel aktivite eksikliği, sağlıklı beslenme gibi) etkisiyle ortaya çıkan hastalık sürecinde, insülin direnci, beta hücre fonksiyon bozukluğu ve artmış hepatik glukoz üretimi olmak üzere üç temel metabolik bozukluğun önemli roller oynadığı kabul edilmektedir. Bu metabolik bozukluklar, diyabetin patogenezinde kilit noktalardır ve birbirleriyle etkileşim içinde hastalığın ilerlemesine katkıda bulunmaktadır. Erişkin nüfus içinde en sık rastlanan metabolik hastalık, tip II diyabetir. Tip II diyabet genellikle orta ve ileri yaş gruplarında görülse de, yaşam tarzındaki değişimler nedeniyle, son yıllarda bu durum gençlerde ve çocuklarda daha sık rastlanan bir şekilde gözlemlenmektedir. (Olgun vd., 2011).

E. Tip II Diyabet' in Tanımı

Tip II Diyabet (T2DM), tüm diyabet vakalarının %90'ından fazlasını oluşturan ve genellikle obezite, yetersiz fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleriyle ilişkilendirilen kronik bir hastalıktır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Tip II diyabet, pankreasın β hücreleri tarafından insülin hormonunun yeterince üretilmemesi veya vücutta insüline karşı düşük yanıt (insülin direnci) gelişmesi sonucu ortaya çıkar. Bu durum, insülin salınımının azalması ya da insülinin etkisiz kalmasıyla sonuçlanabilir ve genetik faktörler ile çevresel etmenlerin etkileşimiyle karmaşık bir patogeneze sergiler (Galicia et al., 2020).

Tip II diyabet, hem akut metabolik sorunlara hem de uzun vadeli ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Uzun dönemde koroner kalp hastalığı, periferik arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık gibi makrovasküler komplikasyonların

yanı sıra, nefropati ve retinopati gibi mikrovasküler hasarlar da görülmektedir. Tip II diyabet'nin nedenleri arasında insülin salgılanmasının tamamen veya kısmen yetersiz olması, insülin etkisinin bozulması ya da insülin molekülünde yapısal anormallikler yer alır. Bu durum, heterojen bir tablo sergileyerek genetik faktörlere ve bireysel klinik özelliklere göre çeşitlilik gösterir ve bir sendrom olarak değerlendirilir (Ağırman vd., 2018).

Tip II diyabet'nin sinsi doğası nedeniyle hiperglisemi genellikle erken dönemde belirti vermemekte ve semptomlar yavaş ilerlemektedir. Bu durum, bireylerin hastalıklarını fark etmeden yaşamlarına devam etmelerine yol açar. Erken tanının konulamaması ise hastalığın ilerleyerek ciddi komplikasyonlara neden olma riskini artırmaktadır (IDF, 2020). Bu noktada, Tip II diyabet' nin etkin bir şekilde yönetilebilmesi için yaşam tarzı değişiklikleri, medikal tedaviler ve erken müdahale büyük önem taşımaktadır. Ancak, bu süreçlerin başarısı, bireylerin farkındalık düzeyine ve tedaviye uyumuna bağlıdır. Dolayısıyla, toplum genelinde Tip II diyabet' in risk faktörleri ve belirtileri hakkında farkındalık yaratmak, hastalığın hem önlenmesinde hem de kontrolünde kritik bir rol oynamaktadır.

Tip II diyabet'in oluşumunda genetik predispozisyon ile çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, hareketsiz yaşam tarzı, obezite, hava kirliliği, sigara kullanımı ve düzensiz, sağlıksız beslenme gibi değiştirilebilir risk faktörlerinin Tip II diyabet gelişimindeki belirgin etkisi özellikle vurgulanmaktadır (Bellou et al., 2018). Bu faktörler, hastalığın önlenabilir bir boyuta taşınabileceğini göstermekte ve bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmeye teşvik edilmesi gerektiğini işaret etmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite, diyabet yönetiminde temel unsurlardan biri olup, glisemik kontrolü iyileştirdiği ve komplikasyonları önlemeye yardımcı olduğu yapılan araştırmalarla desteklenmektedir. Bu doğrultuda, Baykal ve arkadaşlarının (2015) çalışması, Türkiye'deki bireylerin egzersiz yapma sıklığının, Türkiye'deki diğer çalışmalara kıyasla daha fazla olduğunu ancak Batı ülkelerindeki oranlara göre daha düşük seviyede kaldığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, Türkiye'de fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi gerektiğini ve bu yönde uygulanacak politikaların diyabet yönetimine önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

Günümüzde, diyabetin toplum sağlığı üzerindeki yükü giderek artmaktadır. Barışlın ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, Türkiye’de Tip II diyabet’ nin toplumun yaklaşık %15’ini, yani 8 milyon kişiyi etkilediği ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği belirtilmiştir. Diyabetin hızlı yükselişi, genellikle tanının gecikmesi, sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması ve komplikasyon riskinin artması gibi ciddi sorunlara yol açmaktadır.

Bu bağlamda, gelecek perspektifi olarak diyabetin önlenmesi ve yönetiminde sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yaygınlaştırılması kritik bir öneme sahiptir. Özellikle fiziksel aktivitenin artırılması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi ve diyabet riskine karşı toplumda farkındalık oluşturulması, gelecek nesillerin diyabet riskinden korunması için hayati bir stratejidir. Risk taşıyan bireylerin düzenli olarak tespit edilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması ve toplum temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması, diyabetle mücadelenin etkili bir şekilde yürütülmesini sağlayabilir. Bu nedenle, diyabet yönetimi ve önleme çalışmaları, gelecekte halk sağlığı politikalarının merkezinde yer almalıdır.

F. Tip II Diyabet’in Epidemiyoloji ve Etiyolojisi

Tip II diyabet, günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar (BNH) arasında en sık karşılaşılan ve en hızlı yaygınlaşan sağlık sorunlarından biridir. IDF’nin 2021 yılında yayımladığı verilere göre, dünya genelinde diyabet tanısı almış kişi sayısı 463 milyon olarak belirlenmiştir. Ayrıca, bu rakamın mevcut eğilimler devam ederse 2045 yılına kadar %50 oranında artış göstererek 700 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021). Bu durum, diyabetin yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda küresel sağlık sistemleri ve ekonomik yapılar üzerinde de büyük bir yük oluşturduğunu göstermektedir.

IDF’nin 2021 raporu, diyabetin sadece yaygınlığı değil, ölüm oranları ve komplikasyonlarıyla da küresel sağlık açısından kritik bir sorun olduğunu vurgulamaktadır. Rapora göre, 2014 yılında 18 yaş ve üzeri bireylerin %8,5’inde diyabet tespit edilmiştir. Daha çarpıcı bir şekilde, 2019 yılında diyabetin doğrudan 1,5 milyon ölüme yol açtığı ve bu ölümlerin %48’inin 70 yaşından önce gerçekleştiği ifade edilmiştir. Ayrıca, diyabetin böbrek hastalığı nedeniyle gerçekleşen 460.000 ölüme ve kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık %20’sinde

yüksek kan glikozu düzeylerinin önemli bir neden olduğu belirtilmiştir (IDF Diyabet Atlası, 2021). Bu veriler, diyabetin yalnızca bireylerin yaşam kalitesini düşüren bir hastalık olmadığını, aynı zamanda erken ölümler ve komplikasyonlarla küresel bir sağlık krizi yarattığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, diyabetin önlenmesi ve yönetimi, sağlık politikalarının öncelikli hedeflerinden biri olmalıdır.

1997-1998 yıllarında ülkemizde yapılan TURDEP-I çalışmasına göre, tip II diyabet prevalansı %7,2 ve bozulmuş glukoz toleransı (BGT) oranı %6,7 olarak saptanmıştır. 2009'da yapılan TURDEP-II araştırmasında ise, 20 yaş ve üstü 26.499 kişi incelenmiş, tip II diyabet oranının önemli ölçüde arttığı (diyabet oranı: %16,5; yaşa göre standardize edilmiş: %13,7) ve kadınlarda (erkeklerde %16,0; kadınlarda %17,2) daha yaygın olduğu saptanmıştır. 2019 yılında Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuç raporunda, diyabetin en sık ölüm nedenleri arasında 8. sırada olduğu ve prediyabet sıklığının %28,7 olduğu bildirilmiştir (TBSA, 2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı ve WHO ortak çalışmaları kapsamında hazırlanan "Türkiye Diyabet Programı 2015-2020" raporuna göre, Türkiye'nin 2035 yılı itibarıyla diyabet prevalansı en yüksek olan ilk on ülke arasında yer alacağı öngörülmektedir. Bu öngörü, Türkiye'nin diyabetle ilgili ciddi bir halk sağlığı sorunu ile karşı karşıya olduğunu ve gelecekte bu sorunun daha da derinleşebileceğini ortaya koymaktadır (TBSA, 2015-2020).

Raporda belirtilen bu durum, diyabetin kontrol altına alınması, farkındalık çalışmalarının artırılması ve etkili önleme stratejilerinin uygulanması gerekliliğini vurgulamaktadır. Özellikle yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi, risk gruplarının düzenli olarak taranması ve toplum genelinde sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yaygınlaştırılması, bu sorunun çözümüne yönelik hayati adımlar olarak değerlendirilmektedir.

G. Tip II Diabetes Mellitus'un Semptomları

Diyabet belirtilerini klasik ve nadir belirtiler olarak iki ana başlık altında incelemek mümkündür. Buna göre, klasik belirtiler (TEMD, 2022);

Klasik belirtiler:

- Normalden daha sık idrara çıkma ihtiyacı hissetmek, özellikle geceleri idrara kalkma durumunda artış olması
- Sürekli olarak susama hissi duymak ve bol miktarda su içme ihtiyacı hissetmek
- Normalden daha fazla yemek yeme isteği veya tam tersi, iştah kaybı yaşamak
- Dinlenmeye rağmen sürekli olarak yorgun hissetmek, enerji eksikliği yaşamak
- Ağızda kuruluk hissi
- Gece boyunca sık sık idrara çıkma (Noktüri)

Daha nadir görülen diyabet belirtileri:

- Görme bulanıklığı
- Nedeni açıklanamayan kilo kaybı
- Sürekli enfeksiyonlar ve tekrarlayan mantar enfeksiyonları
- Kaşıntı

H. Tip II Diyabet için Risk Faktörleri

Tip II diyabetin gelişiminde hem önlenabilir hem de önlenemeyen risk faktörleri rol oynamaktadır. Önlenabilir risk faktörleri arasında artan vücut kitle indeksi (VKİ), yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, hipertansiyon, sigara kullanımı ve alkol tüketimi yer almaktadır. Önlenemeyen risk faktörleri ise yaş, genetik yatkınlık, etnik köken, daha önce gestasyonel diyabet geçirmiş olmak ve düşük doğum ağırlığı gibi unsurlardır (Deshpande et al., 2008).

Yapılan araştırmalar, yaşam tarzı değişiklikleri ve önlenabilir risk faktörlerinin kontrolü ile diyabet riskinin %44-58 oranında azaltılabileceğini göstermektedir (Yağci, 2017). Tip II diyabet gelişme riski yaşın ilerlemesi, obezite, fiziksel aktivite eksikliği, sigara ve alkol kullanımı gibi faktörlerle artış göstermektedir. Bunun yanı sıra, hipertansiyonu veya dislipidemisi olan

bireylerde, gestasyonel diyabet öyküsü bulunan kadınlarda ve bazı ırksal veya etnik gruplarda daha sık rastlanmaktadır (Alqadi, 2024).

Sigara ve alkol kullanımı, Tip II diyabet gelişimini etkileyen önemli önlenabilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle diyabetli bireylerde alkol tüketimi önerilmemektedir; çünkü alkol alımı, glisemik kontrolü olumsuz etkileyerek hipoglisemi veya kontrolsüz hiperlipidemi gibi sağlık sorunlarına yol açabilir (TEMD, 2020).

Epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin Tip II diyabet için en önemli risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Obezite, insülin direncinin gelişimini hızlandırabilir ve hastalığın ilerlemesine katkıda bulunabilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre diyabet hastalarının yaklaşık %90'ında Tip II diyabet gelişimi, aşırı vücut ağırlığıyla ilişkilendirilmektedir (Wu et al., 2014).

Bu risk faktörlerine ek olarak, ailede diyabet öyküsü, prediyabet, kardiyovasküler hastalık öyküsü, Polikistik Over Sendromu (PCOS), insülin direnci varlığı, bazı ilaçların kullanımı, şizofreni öyküsü, sedanter yaşam tarzı ve organ yetmezliği gibi durumlar da Tip II diyabet riskini artırmaktadır. Bu tür risk faktörlerinden bir veya birkaçı bulunan bireylerin, hastalığın erken teşhisi ve tedavisi için tarama testleri yaptırmaları önerilmektedir (Gümüş vd., 2014).

İ. Tip II Diyabette Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Diyabet tedavisinde başarının anahtarı, medikal müdahalelerin yanı sıra beslenme düzenlemeleri, düzenli fiziksel hareket ve hastalık hakkında kapsamlı eğitimin entegre edilmesidir; bu yaklaşım, kan glikozu kontrolünü uzun vadeli olarak iyileştirmek için yaşam tarzı değişikliklerini temel almaktadır (Turan vd., 2015).

J. Tip II Diyabette Tıbbi Tedavi

Tip II diyabet tedavisinde, yaşam tarzı değişiklikleri yanı sıra oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) kullanılmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri, Tip II diyabet tedavisinin temelini oluşturur ve genellikle ilaç tedavisine başlanmadan önce veya ilaç tedavisine ek olarak uygulanır. Bu değişiklikler, kan şekeri düzeylerini kontrol altında tutmaya ve diyabetin komplikasyonlarını önlemeye

yardımcı olmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri yeterli olmadığında veya kan şekeri düzeyleri çok yüksek olduğunda, oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) tedaviye eklenir. OAD'ler, kan şekerini düşürmeye yardımcı olan farklı mekanizmalara sahip ilaçlardır. (Çubuk vd., 2015).

a) İnsülin salgılanmasını uyaran ilaçlar (Garipoğlu vd., 2014)

- Sülfonilüreler: En sık kullanılan insülin salgılatıcı ilaçlardır. Glibenklamid, glimepirid, gliklazid gibi etken maddeleri içerirler.
- Glinidler (Meglitinidler): Repaglinid ve nateglinid gibi etken maddeleri içerirler. Sülfonilürelere benzer şekilde insülin salgısını artırır, ancak daha kısa etkilidirler.

b) İnsülin duyarlılığını artıran ilaçlar

- Biguanidler (Metformin): Karaciğerin glikoz üretimini azaltarak ve insülinin etkisini artırarak kan şekerini düşürür. İlk basamak tedavide sıklıkla tercih edilir.
- Tiazolidinedionlar (Glitazonlar): Pioglitazon ve rosiglitazon gibi etken maddeleri içerirler. Yağ ve kas hücrelerinde insülin duyarlılığını artırarak kan şekerini düşürürler. Ancak, kalp yetmezliği riskini artırabildikleri için dikkatli kullanılmalıdırlar.

c) Alfa-glukosidaz inhibitörleri

d) İncretin mimetik ilaçlar

- Dipeptidil Peptidaz-4 (DPP-4) Enzim İnhibitörleri: Sitagliptin, vildagliptin, saksagliptin ve linagliptin gibi etken maddeleri içerirler. DPP-4 enzimini inhibe ederek incretin hormonlarının düzeyini artırır.
- Glukagon Benzeri Peptid-1 (GLP-1) Reseptör Agonistleri: Ekzenaid, liraglutid, dulaglutid ve semaglutid gibi etken maddeleri içerirler. GLP-1 reseptörlerini aktive ederek insülin salgısını artırır ve glukagon salgısını azaltır.

1. İnsülin salgılanmasını uyaran ilaçlar

Sülfonilüreler, hipoglisemik ilaçlar arasında ilk kez kullanılan gruptan biri olup, pankreastan insülin salınımını artırarak glikoz seviyelerini düşürme

mekanizmasına sahiptirler (Garipoğlu vd., 2014). Bu ilaçlar, ATP'ye bağımlı potasyum kanallarına özgü reseptörlere bağlanarak pankreasın beta hücrelerinden insülin salınımını tetiklemektedir. Ancak, sülfonilürelerin etkili olabilmesi için pankreasın insülin salgılayabilme kapasitesine sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle, tüm sülfonilüreler Tip I diyabet tedavisinde etkili değildir (Özyardımcı, 2010).

Glinidler, pankreas beta hücrelerinden insülin salgılanmasını teşvik eden hipoglisemik ilaçlar arasında yer almaktadır. Mekanizmaları, sülfonilürelere benzer şekilde çalışmakta olup, ATP'ye bağımlı potasyum kanalları yoluyla insülin salgısının ilk aşamasını başlatmaktadır. Ancak, bu etkiyi farklı reseptörler aracılığıyla gerçekleştirmektedirler. Bu özellikleri nedeniyle, glinidlerin etkisinin hızlı başladığı, ancak kısa süreli olduğu belirtilmektedir (Özyardımcı, 2010).

2. İnsülin duyarlılığını artıran ilaçlar

Dünya genelinde biguanidler grubundan yalnızca metformin kullanılmakta olup, Türkiye'de de bu ilaç yaygın olarak kullanılmaktadır (Garipoğlu vd., 2014). Metformin, karaciğerde glukoneogenezi ve glikojenolizi inhibe ederek kan glukoz seviyelerinin düşürülmesine katkıda bulunmaktadır. Diğer diyabet ilaçlarından farklı olarak, kilo alma riski taşımamakta; aksine, hafif bir vücut ağırlığı kaybını destekleyebilmekte veya vücut ağırlığının sabit kalmasına yardımcı olabilmektedir (Özyardımcı, 2010).

Tiazolidinedionlar, periferik kas ve yağ hücrelerinde insülin hassasiyetini artıran hipoglisemik ilaçlar arasında yer almaktadır. Bu ilaçlar, yağ hücrelerinde preadipositlerin, insülin hassasiyeti yüksek olan adipositlere dönüşümünü teşvik etmektedir. Aynı zamanda serbest yağ asidi düzeylerini ve hepatik glukoz üretimini azaltmaktadırlar. Ancak, glitazonların sıvı tutulumuna ve ödeme yol açabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle, özellikle insülinle birlikte kullanıldığında, kalp yetmezliği olan hastalarda glitazonların kullanımı önerilmemektedir (Ayvaz vd., 2010).

3. Alfa-glukosidaz inhibitörleri

Alfa-glukosidaz inhibitörleri, ince bağırsakta bulunan α -glukosidaz enzimlerini bloke ederek karbonhidratların emilimini yavaşlatır. Bu ilaçlar,

genellikle yemek sonrası kan şekeri seviyelerini kontrol etmek için kullanılır. Alfa-glukosidaz inhibitörleri arasında akarboz, miglitol ve vogliboz bulunur, ancak Türkiye'de sadece akarboz mevcuttur (Garipoğlu vd., 2014).

4. İncretin mimetik ilaçlar

İncretinler, gastrik inhibitör polipeptit (GIP) ve glukagon benzeri polipeptit-1 (GLP-1) olmak üzere iki ana hormondan oluşmakta ve gıda alımıyla birlikte karbonhidratlara yanıt olarak ince bağırsak K ve L hücrelerinden salgılanmaktadır. Bu hormonlar, pankreastan insülin salınımını artırmakta, mide boşalmasını yavaşlatmakta, Tip II diyabetli bireylerde yemek sonrası artan glukagon salınımını baskılamakta ve merkezi sinir sistemi üzerinde besin alımını azaltıcı etkiler göstermektedir. Tip II diyabetin patofizyolojisindeki önemli faktörlerden biri, inkretin hormonlarının düzeyinde azalma olmasıdır.

İncretinler, yemek yedikten sonra ince bağırsaktan salgılanan ve insülin salgısını artıran hormonlardır. En önemli inkretinler Glukagon Benzeri Peptid-1 (GLP-1) ve Glukoz Bağımlı İnsülinotropik Polipeptit'tir (GIP). Bu hormonlar, pankreastaki beta hücrelerini uyarak insülin salgısını artırır ve kan şekerinin yemeklerden sonraki yükselişini kontrol altında tutmaya yardımcı olurlar. Ayrıca, glukagon salgısını baskılayarak karaciğerin glikoz üretimini azaltırlar. İncretin mimetik ilaçlar ise bu hormonların etkilerini taklit ederek veya bu hormonların parçalanmasını engelleyerek Tip II diyabet tedavisinde kullanılırlar. Bu ilaçlar, glukozu bağımlı olarak insülin salgısını artırdıkları için hipoglisemi riskini artırmazlar. (Sağlık Bakanlığı, 2012).

K. Tip II Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabet yönetiminin temel unsurlarından biri tıbbi beslenme tedavisi (TBT) olup, bireyin kan glikozu ve metabolik değerlerini hedeflenen seviyelere ulaştırmayı, diyabete bağlı komplikasyonların önlenmesini ve tedavisini amaçlamaktadır. TBT, Tip II diyabet yönetiminde kritik bir rol oynar ve başarısı, bireyin özelliklerine göre kişiselleştirilmesine bağlıdır. Her bireyin yaşam tarzı, alışkanlıkları ve ihtiyaçları farklı olduğundan, TBT de kişiye özel olarak tasarlanmalıdır. (TEMD, 2019). Bu bütüncül yaklaşım, Tip II diyabetin etkili yönetimi ve komplikasyonların önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır.

Yapılan araştırmalara göre, diyabetli bireylerin günlük enerji alımlarının yaklaşık %45'inin karbonhidratlardan, yaklaşık %40'ının yağlardan ve yaklaşık %20'sinin (yaklaşık %18) proteinlerden karşılanması önerilmektedir. Ancak, karbonhidrat, protein ve yağ oranlarının her birey için sabit bir yüzdede belirlenmesi mümkün değildir. Beslenme tedavisi, bireyin mevcut yeme düzeni, tercihleri ve alışkanlıkları dikkate alınarak, bireysel ihtiyaçlar doğrultusunda şekillendirilmelidir. Diyabetli bireyle işbirliği içinde belirlenen bu hedefler, bireyin hem kan glikoz kontrolünü sağlamasına hem de yaşam kalitesini artırmasına destek olmaktadır (TEMD, 2013).

Sonuç olarak, diyabet tedavisinin temel hedefleri arasında hastalığın yol açabileceği komplikasyonların önlenmesi ya da en azından ertelenmesi ve hastaların yaşam kalitesinin korunması yer alır. 2015 yılında ADA ile Avrupa Diyabet Araştırmaları Birliği tarafından yayımlanan "Tip II Diyabetli Bireylerde Hiperglisemi Yönetimi" isimli rapor, tedavi süreçlerinde hastaların bireysel ihtiyaçlarının ön planda tutulmasını ve glisemik hedeflerin kişiye özel belirlenmesini vurgulamıştır. Bu bağlamda, hastalara sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını benimsemeleri için gereken destek sağlanmalıdır. Bu destek; uygun bir diyabet diyeti, düzenli fiziksel aktivite, kilo yönetimi, sigara kullanımının sonlandırılması ve psikolojik destek gibi çeşitli alanları kapsamalıdır (Davies vd., 2018) .

L. Tip II Diyabette Fiziksel Egzersiz Terapisi

Diyabet yönetiminde günlük egzersiz yapmak, tedavinin kritik bir parçasıdır. Son dönemde gerçekleştirilen araştırmalar, fiziksel aktivitenin diyabet kontrolünde faydalı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan epidemiyolojik araştırmalar ise düzenli fiziksel hareketin eksikliğinin, glukoz toleransının bozulması riskini artırarak Tip II diyabetin ortaya çıkışını hızlandırdığını belgelemiştir (Kreig, 2006) .

Düzenli egzersiz, Tip II diyabet yönetiminde önemli bir bileşen olup, glisemik kontrolü geliştirdiği, kardiyovasküler risk faktörlerini azalttığı, vücut ağırlık kaybına katkı sağladığı ve bireylerin genel refahını artırdığı bilinmektedir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin, yüksek risk grubundaki bireylerde Tip II diyabet gelişimini önlemede etkili olduğu gösterilmiştir. Komplikasyonu olmayan

ve glisemik kontrolü iyi olan bireyler, boş zaman aktiviteleri, eğlence sporları ve yarışmalar da dahil olmak üzere her düzeyde fiziksel aktiviteyi güvenle gerçekleştirebilmektedir. Bu kapsamda, düzenli egzersiz, bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini destekleyen ve diyabet yönetimini optimize eden bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, tıbbi tedavi (insülin/ilaç tedavisi ve tıbbi beslenme tedavisi) ile birlikte uygulandığında, düzenli egzersiz güvenli ve etkili bir yönetim stratejisi sunmaktadır (TEMD, 2013, s. 71).

Her diyabet hastasına, mevcut sağlık durumuna uygun şekilde bireyselleştirilmiş bir fiziksel aktivite rutini önerilmektedir. Bu yaklaşım, genel sağlığın iyileştirilmesi, kilo kontrolü sağlanması ve diyabet yönetimine katkıda bulunması gibi önemli avantajlar sunmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, insülin duyarlılığını artırarak insülin direncini düşürebilmekte ve böylece Tip II diyabet riskini azaltmada etkili olabilmektedir. Ancak, egzersiz sırasında olası risklerin minimize edilmesi için belirli güvenlik önlemlerine uyulması önemlidir. Egzersiz öncesinde bireyin sağlık durumu değerlendirilerek, gerekli önlemler alınmalı ve uygun egzersiz türleri belirlenmelidir. Egzersiz sırasında bireylerin kendilerini izlemeleri ve olası hipoglisemi veya diğer komplikasyonları önlemek için uygun destek almaları gereklidir. Egzersiz sonrasında ise bireylerin dinlenmeleri ve kan glukoz seviyelerini kontrol etmeleri önerilmektedir. Bu bütüncül yaklaşım, diyabet yönetiminde fiziksel aktivitenin etkin ve güvenli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktadır (TEMD, 2013, s. 76).

M. Tip II Diyabet Tedavisinde Eğitimi

Eğitim, diyabet tedavisinin ve yönetiminin temel bir parçasıdır. Amacı, kısa vadeli akut komplikasyon riskini azaltmak, kronik komplikasyonları engellemek ve gelecekteki bakım harcamalarını azaltmaktır (Steinsbekk et al., 2012).

Tip II diyabet tanısı konulan hastalar, tanı anından itibaren eğitim programlarına dahil edilmeli ve sürekli olarak takip edilmelidir. Akpınar, 2012 araştırması, yeni tanı konmuş diyabet hastalarına sağlanan eğitimin, uzun süredir diyabeti olan hastalara verilen eğitimden daha etkili olduğunu ve olumlu sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Akpınar, 2012).

Yuan ve arkadaşlarının (2014) çalışması, diyabetli bireylere düzenli olarak verilen eğitimlerin, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesi, metabolik kontrol parametrelerinin iyileştirilmesi, diyabete yönelik olumlu tutumların teşvik edilmesi ve pozitif öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesine önemli katkılar sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlar, diyabet yönetiminde eğitim programlarının kritik bir rol oynadığını ve bireylerin yaşam kalitesini artırmada etkili bir araç olduğunu ortaya koymaktadır (Yuan et al., 2014).

Bir araştırmada, diyabetli bireylerde öz yönetim eğitiminin vücut ağırlığı, glisemik kontrol ve diğer metabolik parametreler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, eğitim grubundaki bireylerin HbA1c seviyelerinde ve vücut ağırlıklarında kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Öz yönetim eğitiminin sonucunda metabolik değerlerdeki iyileşmelerin, ateroskleroz ve kalp-damar hastalığı riskini azaltabileceği belirtilmiştir (IDF, 2019:72-73).

Eğitimle, tip II diyabetli bireylere kazandırılması amaçlanan bilgi ve beceriler şunlardır (IDF, 2018):

1. Sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemi ve kilo kaybı için uygun beslenme alışkanlıklarının oluşturulması.
2. Fiziksel aktivitenin artırılması ve düzenli egzersiz yapmanın önemi.
3. Kan glikozu düzeylerinin kendi kendine izlenmesi ve ölçülmesi.
4. Kullanılan antidiyabetik ilaçların ne zaman alınması gerektiği ve uygun dozajların belirlenmesi.
5. Diyabetin doğal seyri nedeniyle insüline ihtiyaç duyulabileceği konusunda bilgilendirme.
6. Diyabetin eşlik eden diğer sağlık sorunlarını nasıl etkileyebileceği.
7. İnsülin enjeksiyonu yapma teknikleri ve uygulama yerlerinin öğretilmesi.
8. Hipoglisemi belirtileri ve acil tedavi yöntemlerinin öğretilmesi.
9. Mikro ve makrovasküler komplikasyonlardan korunma stratejileri.
10. Ayak bakımının önemi ve diyabetle ilişkili ayak sorunlarının önlenmesi.

11. Ek hastalıklar ve özel durumlar altında diyabet yönetiminin nasıl düzenleneceği, sağlık ekibine ne zaman başvurulması gerektiği konularında bilgilendirme.

12. Üreme çağındaki kadın diyabet hastalarının gebelikten korunma yöntemlerinin ve gebelik sırasında glisemik kontrolün öneminin vurgulanması.

N. Gıda Güvenliğinin Önemi Ve Tanımı

Gıda güvenliği, gıdaların fiziksel, kimyasal ve biyolojik açıdan tüketim için güvenli hale getirilmesini ve aynı zamanda besin değerlerinin korunmasını amaçlayan üretim süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Karabal, 2019).

Gıda güvenliği ve beslenme kavramları birbiriyle sıkı sıkıya ilişkili olup, sağlıklı bir beslenme ancak gıda güvenliğinin sağlanmasıyla mümkün olabilmektedir. Gıda güvenliğinin eksikliği, bireylerin yeterli ve dengeli beslenememesine yol açarak beslenme yetersizliklerine sebep olmaktadır. Bununla birlikte, iklim değişikliği, göçler, artan nüfus, ülkelerin politika ve ekonomideki dengesizlikleri gibi küresel faktörler, gıda fiyatlarının artmasına, gıda israfının büyümesine ve tarım arazilerinin miras yoluyla bölünmesine neden olmaktadır. Bu durum, gıda güvenliğinin sağlanamamasıyla sonuçlanarak hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ciddi etkiler yaratmaktadır. FAO'nun 2022 yılı raporuna göre, dünya genelinde 3,1 milyar insan sağlıklı besinlere ulaşamamakta ve 2030 yılına kadar yaklaşık 670 milyon kişinin açlık riskiyle karşı karşıya kalabileceği öngörülmektedir (FAO, 2022). Bu veriler, gıda güvenliği konusundaki sorunların yalnızca bireylerin sağlık ve beslenme durumunu değil, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmayı da tehdit ettiğini ortaya koymaktadır. Gıda güvenliğinin sağlanması, bu sorunların çözümünde kilit bir role sahiptir ve politikalarla desteklenmesi gereken bir öncelik alanı olarak değerlendirilmelidir.

Gıda güvenliği, gıda endüstrileri ve tüketici pazarlarında potansiyel tehlikelerin önlenmesine yönelik olarak izlenmesi gereken belirli prosedürleri kapsamaktadır. Bu prosedürler, gıda üretiminden tüketime kadar olan süreçte güvenliği sağlamak için kritik öneme sahiptir. Gıda güvenliği kapsamındaki temel unsurlar arasında, gıda etiketlemesi, gıda hijyeni, pestisit kalıntılarının kontrolü,

ithalat ve ihracata ilişkin hükümet politikaları ve yönergeleri, biyoteknoloji politikaları, güvenlik sertifikasyon sistemleri ve pazardan tüketiciye kadar olan uygulamalar yer almaktadır. Ayrıca, tüketicilerin pazarlarda sunulan gıdaların güvenliğine ilişkin algıları ve düşünceleri de bu prosedürlerin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bununla birlikte, gıda güvenliği konusundaki endişeler çoğunlukla gıdanın hazırlanması, saklanması ve tüketiciye sunulmasıyla ilgili süreçlere odaklanmaktadır. Özellikle bu aşamalarda hijyen ve güvenlik standartlarının sağlanması, hem halk sağlığının korunması hem de tüketici güveninin artırılması açısından kritik bir öneme sahiptir (Thapa et al., 2020).

2011 yılında Türkiye'de Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından hayata geçirilen Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi (GGBS), gıda güvenliğini temin etmek ve vatandaşların güvenilir gıdaya erişimini kolaylaştırmak amacıyla oluşturulmuş önemli bir platformdur. GGBS, internet tabanlı bir veri kayıt sistemi olarak tasarlanmış olup, Türkiye'deki tüm gıda işletmelerini, bu işletmelere uygulanan denetimleri, alınan numuneleri, numunelerin analiz sonuçlarını, işletmelere uygulanan idari yaptırımları ve ithalat-ihracat kayıtlarını kapsamlı bir şekilde kaydeder. Bu sistem, gıda güvenliği alanında şeffaflığı ve izlenebilirliği artırmayı hedeflemektedir. GGBS sayesinde, gıda işletmeleriyle ilgili detaylı bilgilerle (işletme adı, adresi, faaliyet alanı vb.), yapılan denetimlerin tarihlerine ve sonuçlarına, alınan numunelerin analiz raporlarına ve uygulanan yaptırımlara kolayca erişilebilir. Bu sayede, tüketiciler gıda ürünleri hakkında daha bilinçli kararlar verebilirken, gıda işletmeleri de denetim süreçleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirler. GGBS'nin temel işleyişi şu şekildedir: Kontrol görevlileri, gıda işletmelerine yaptıkları denetimler sırasında elde ettikleri verileri (denetim tarihi, numune bilgileri, analiz sonuçları vb.) GGBS'ye girerler. Bu veriler, merkezi bir veri tabanında toplanır, derlenir ve analiz edilerek raporlar oluşturulur. Bu raporlar, gıda güvenliği politikalarının oluşturulmasında, risk analizlerinin yapılmasında ve denetim stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynar. (Anonim, 2022).

Yapılan raporlamalar ve artan farkındalık çalışmaları ile birlikte, gıda talebini oluşturan tüketicilerin bilinç düzeylerinde de önemli bir artış gözlemlenmektedir. Tüketicilerin gıda satın alırken güvenlik unsurlarına dikkat etmeleri, gıda üreticilerini daha sıkı güvenlik standartlarına uymaya teşvik

etmektedir. Bu durum, gıda üretim zincirinde güvenlik önlemlerinin daha yaygın bir şekilde uygulanmasını sağlamaktadır. Tüketicilerin gıda güvenliğiyle ilgili bilinç düzeylerinin tespit edilmesi, güvenlik standartlarını daha etkin bir şekilde hayata geçirmek için kritik bir adım olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, gıda güvenliğini etkileyen unsurların doğru bir şekilde belirlenmesi ve bu unsurlara uygun politikaların, kampanyaların ve eğitim programlarının hızla uygulamaya konulması, toplum sağlığını koruma ve tüketici güvenliğini artırma açısından kaçınılmaz bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (Başer vd., 2022).

O. Gıda Bilinç Düzeyi Sağlık Üzerine Olası Etkileri

Gıda güvenliği, gıda kaynaklı hastalıkların önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır ve halk sağlığının korunmasında temel bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Toplumların gıda güvenliği hakkındaki bilinç düzeyleri, bireylerin bu konuda sergiledikleri tutum ve davranışları doğrudan etkilemekte ve güvenli gıda tüketimine yönelik farkındalıklarını şekillendirmektedir (İstanbulgil vd., 2019).

Gıda güvenliği ile ilgili devam eden sorunlar, bireylerin kaliteli ve yeterli gıdaya erişimini engelleyerek beslenme kaynaklı hastalıkların ortaya çıkma riskini artırmaktadır. Gıda kaynaklı risklerin azaltılabilmesi ve bu sorunların etkili bir şekilde yönetilebilmesi için üretici ve tüketicilerin gıda hakkındaki bilgi düzeyleri kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Gıda güvenliği konusunda bilinçli bir toplum oluşturmak, hem halk sağlığını koruma hem de gıda tedarik zincirindeki güvenlik standartlarını yükseltme açısından temel bir gerekliliktir.

Gözener ve arkadaşlarının (2009) Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği, 208 kişilik bir örneklem kullanılarak öğrencilerin gıda güvenliği konusundaki bilgi düzeyleri ve güvenli gıdaya yönelik tutumları incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin %75'i gıda güvenliği kavramını bilmekte, %76.92'si tükettikleri gıdaları sağlık açısından riskli bulmakta ve %65.87'si güvenli gıdaya fazladan ödeme yapmaya istekli olduklarını belirtmektedir. Bu çalışma, genç bireylerin gıda güvenliği konusunda genel bir farkındalığa sahip olduklarını, ancak demografik faktörlerin

bu farkındalık üzerinde sınırlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. (Gözener vd., 2009).

Gıda güvenliği farkındalığının yanında, gıda ve sağlık arasındaki biyolojik etkileşimler de giderek artan bir ilgi alanı oluşturmaktadır. Özellikle bitkiler ve hayvanlar arasındaki hormonal etkileşimler, hem tarım hem de insan sağlığı açısından önemli bir araştırma konusu olarak öne çıkmaktadır. Yapılan bir başka çalışma, bitkilerdeki hayvansal hormonların ve hayvanlardaki bitkisel hormonların karşılıklı etkileşimlerine, bunların stres toleransı ve fizyoloji üzerine etkilerine odaklanmaktadır. Araştırmalar, hem bitkilerde hem de hayvanlarda hormonların etkileşim içinde olduğunu ve bu etkileşimin geniş bir spektrumda hormonal düzenlemeyi içerdiğini ortaya koymaktadır. Hayvan hormonlarının bitkilerle etkileşimi, bitkilerin büyümesini ve çevresel streslere direncini iyileştirebilirken, bitkisel hormonlar hayvanların üreme ve idrar yolları üzerinde olumsuz etkiler gösterebildiği gözlenmiştir. Özellikle, bitkisel hormonların hastalıklara direnç sağlama kabiliyeti, nörodejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanser ve diyabet gibi durumlar karşısında önem kazanmaktadır. Bu etkileşimler, hücre döngüsü, enerji metabolizması ve enzim aktivitesi üzerinden meydana gelmektedir. Bu alanlarda yapılan araştırmaların derinleştirilmesi, insan sağlığı ve tarımın ilerlemesi açısından önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir (Cheng et al., 2024)

P. Sağlık Okuryazarlığı

1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi Ve Tanımı

Sağlık okuryazarlığı kavramı, ilk olarak 1974 yılında Scott Simonds'un "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" adlı eserinde kullanılmıştır. Simonds, bu kavramla bireylerin sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve bu bilgileri sağlıklı ilgili kararlarında kullanma yetkinliklerini ifade etmeyi amaçlamıştır (Yalçın vd., 2014).

Başlangıçta, sağlık okuryazarlığı, "sağlığı için bireyin yetenekleri" ifadesiyle tanımlanmış ve bireyin sağlıkla ilgili bilgiye erişme ve bu bilgiyi kullanma kapasitesine atıfta bulunulmuştur. Ancak, 1993'te Nutbeam ve Wise tarafından "bireyin sağlığı için gerekli olan bilgiye ulaşması, bu bilgiyi anlaması

ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" şeklinde yeniden tanımlanmıştır. Bu tanım, bilgiye erişim, anlamlandırma ve davranış geliştirme unsurlarını vurgulayarak, günümüzdeki tanımlamaların temelini oluşturmuştur (Çopurlar vd., 2016).

Türkiye'de son yıllarda sağlık okuryazarlığına verilen önem artmış ve bu konuda çeşitli çalışmalar başlatılmıştır. 2012 yılında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından "Sağlık Okuryazarlığı alıştayını" düzenlenmiştir. Bu alıştayın amacı, sağlık okuryazarlığını artırmak için stratejiler geliştirmektir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve çeşitli üniversiteler, sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla ortak projeler yürütmektedir. Bu işbirlikleri, toplumun sağlık bilgisine erişimini ve bu bilgiyi kullanma yeteneğini artırmayı hedeflemektedir (Çopurlar vd., 2016).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı, "Herkes için sağlık" vizyonuyl, sağlık okuryazarlığını artırarak toplum sağlığını geliştirmeyi amaçlamıştır. Bu kapsamda belirlenen bazı stratejik hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını artırmak yer almaktadır. Bu kapsamda, ADÜ Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile iç birliği yapılarak TSOY-32 için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı,2016).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, bireylerin sağlık bilgilerini anlamada zorluk yaşamalarına, sağlıkla ilgili prosedürleri yerine getirmede güçlük çekmelerine ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamalarına yol açabilmektedir. Bu durum, sağlıkla ilgili mesajların anlaşılmasını zorlaştırarak bireylerin kendi tıbbi sorunlarını çözme becerilerini kısıtlamaktadır. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların yaygınlaşması, hastalık belirtilerinin yetersiz tanınması gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Sadeghi vd.,2013).

2. Yetersiz Sağlık Okuryazarlılık Düzeyinin Sağlık Üzerine Etkileri

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanma becerisidir. Bu beceri, tarama testlerinin ne olduğunu, neden yapılması

gerektiğini, sonuçlarını nasıl yorumlayacaklarını anlamayı da içerir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, tarama testleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilirler. Bu durum, tarama testlerinin önemini anlamamalarına, testlere katılmaya istekli olmamalarına veya test sonuçlarını doğru bir şekilde yorumlayamamalarına neden olabilir. İngiltere'deki kolon kanseri tarama programında, bireylere evlerine tarama hakkında bilgi veren yazılı materyaller gönderilmektedir. Ancak, bazı bireylerin hala tarama yaptırmaması, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir. (Davis vd., 1996). Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki bu durumla açıklanabileceği vurgulanmaktadır.

Ryman ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışma, yetişkin kanser popülasyonunda sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendiren mevcut literatürün sistematik bir incelemesini içermektedir. Çalışma, PRISMA beyanına uygun olarak yürütülmüş ve Aralık 2009 ile Eylül 2023 tarihleri arasında altı farklı veri tabanında yapılan kapsamlı bir literatür taramasını kapsamaktadır. Bu süreçte, sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla dokuz farklı ölçüm aracı kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, incelenen çalışmaların %11,9 ila %86'sında sınırlı sağlık okuryazarlığının tespit edildiğini ve bu durumun yıllık gelir, eğitim düzeyi, etnik köken, kırsal bölgede yaşama gibi sosyodemografik faktörlerle ve çoklu eşlik eden hastalıklarla ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışma, sınırlı sağlık okuryazarlığının kanser popülasyonunda yaygın olduğunu ve sağlık eşitliğini sağlamak için bu faktörlerin günlük uygulamalarda dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, sosyodemografik faktörlerin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin bilinmesinin, kanser tedavisine uyumu artırabileceği, yaşam kalitesini iyileştirebileceği ve fiziksel ile duygusal sıkıntının azaltılmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahalelerin önemine işaret etmekte ve bu müdahalelerin, özellikle risk gruplarına odaklanılarak ele alınmasının gerekliliğini göstermektedir (Ryman et al., 2024).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile hemoglobin A1C arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma, düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların glisemik kontrollerinin daha zayıf olduğunu ve hemoglobin A1C seviyelerinin, normal

sağlık okuryazarlığına sahip hastalara kıyasla iki kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (Schillinger et al., 2002).

Tip II diyabet hastalarında yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, hastalığın kontrol altına alınmasında ve komplikasyonların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, araştırmalar Tip II diyabetli hastaların çoğunda sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik daha fazla çalışmanın ve müdahalenin gerekli olduğunu göstermektedir (Suchada et al., 2024).

Tip II diyabetli hastalarda sağlık okuryazarlığı, hastalığın kontrol altına alınmasına ve komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ancak tip II DM'li hastaların çoğunda sağlık okuryazarlığı yetersizdir; bu nedenle sağlık okur yazarlılığının daha da iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir (Suchada et al., 2024)

Yapılan bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin, glisemik kontrolün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi açısından bağımsız bir belirleyici olduğu ortaya konulmuştur. Çalışma, sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarla daha etkili iletişim kurmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu stratejilerin hem hasta-klinisyen düzeyinde hem de hasta-sistem düzeyinde uygulanması önem arz etmektedir. Ayrıca, bu yaklaşımların, sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların ihtiyaçlarını ve yeterliliklerini daha derinlemesine anlamaya dayalı olarak geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Sayın vd., 2019).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili yazılı materyalleri okuyup anlamalarını ve bu bilgilere göre hareket etmelerini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda, yazılı belgelerin sağlık okuryazarlığı seviyelerine uygun şekilde hazırlanması ve toplumun sağlık okuryazarlığını artıracak girişimlerin hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Nielsen et al., 2004).

R. Yeme Farkındalığı

1. Diyabetli Bireylerde Yeme Farkındalığı Tanımı ve Önemi

“Mindfulness” yeme davranışlarına yansıdığına, “Bilinçli Yemek” veya “Farkındalıklı Yeme” olarak tanımlanır. Mindfulness uygulamaları birçok sağlık

durumu için kullanılsa da, mindful yeme özellikle porsiyon kontrolünü sağlayarak yeme bozuklukları ve kilo yönetiminde önemli rol oynamaktadır (Köse vd., 2016).

Her ne kadar sınırlı sayıda çalışma, klinik olmayan popülasyonlarda farkındalık, yeme davranışları ve kilo durumu arasındaki ilişkiyi araştırmış olsa da, farkındalık oluşturmak yeme bozukluklarının tedavisinde başarıyla uygulanan bir taktiktir. Kesitsel çalışmalardan elde edilen ilk bulgular, farkındalığın ve kolaylaştırdığı psikolojik ve davranışsal süreçlerin, enerji tüketimiyle bağlantılı yeme davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini öne sürmektedir (Beshara et al., 2013).

Bu bağlamda, diyetisyenler tarafından sağlanan beslenme danışmanlığı ve tıbbi beslenme tedavisi, Tip II diyabetli bireylerde klinik sonuçların iyileştirilmesinde etkili bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Diyabet yönetiminde yeme farkındalığının teşvik edilmesi, bireylerin beslenme alışkanlıklarını düzenlemesine, porsiyon kontrolü sağlamasına ve enerji alımını yönetmesine yardımcı olabilmektedir. Özellikle, bireylere bilinçli yeme stratejilerinin öğretilmesi, hem diyabetin kontrolünde hem de komplikasyonların önlenmesinde önemli katkılar sağlayabilir (Salvia et al., 2023)..

2. Diyabetli Bireylerde Yeme Farkındalığı İle İlgili Güncel Bilgiler

Farkındalıklı yeme, yemek yerken veya besinlerle ilgili durumları yargılamadan fark etmeyi içeren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, genellikle kilo yönetimi programlarının bir parçası olarak veya bağımsız bir kilo kaybı stratejisi olarak kullanılır, diyet yapmanın reddedildiği sezgisel yeme pratiklerinden farklıdır. Farkındalıklı yeme, belirli besinlerin tüketiminin azalması ve açlık kan glikozu seviyelerinde gözlemlenen düşüşler gibi hem diyet değişiklikleri hem de fizyolojik iyileşmelerle ilişkilidir. Bu yaklaşım, yeme davranışlarını daha bilinçli bir şekilde yönetmek ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmek isteyenler için etkili bir yöntem sunmaktadır (Bennett et al., 2022).

Bir çalışmada, diyabetli bireyler üzerinde uygulanan farkındalık temelli müdahalelerin, müdahale almayanlara kıyasla depresyon, stres ve anksiyete semptomlarını önemli ölçüde azalttığı ve sağlık durumlarında iyileşmeler sağladığı gözlemlenmiştir. Ancak, genel sağlık profili üzerinde olumlu

iyileşmeler sağlanmasına rağmen, farkındalık temelli müdahale olan grupta diyabet parametrelerinden biri olan HbA1c seviyelerinde anlamlı bir değişim olmamış, kontrol grubunda ise HbA1c düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir. Müdahale olan grupta beklenen sağlık etkisinin olmaması, katılımcıların zayıf glisemik kontrol göstermeleri ile ilişkilendirilmiştir (Van et al., 2013).

Bir çalışmada, farkındalıklı yeme, obezite ve Tip II diyabet riski arasındaki ilişkiler, genç yetişkinlerde incelenmiştir. Kes ve Çiçek'in (2021) gerçekleştirdiği kesitsel korelasyonel araştırmada, 800 üniversite öğrencisinin farkındalıklı yeme düzeyleri, vücut kitle indeksleri (VKİ) ve Tip II diyabet geliştirme riskleri değerlendirilmiştir. Çalışma, farkındalıklı yemenin VKİ ve Tip II diyabet riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Farkındalıklı yeme puanlarının artmasının, daha düşük VKİ ve azalan diyabet riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma ayrıca, cinsiyet farklılıklarına dayalı olarak farkındalıklı yeme düzeylerini incelemiştir. Kadınların yemek kontrolü, farkındalıklı yeme ve bilinçli beslenme gibi alt ölçeklerde daha yüksek puanlar aldığı, erkeklerin ise duygusal yeme davranışlarında daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, genç yetişkinlerin düşük meyve-sebze tüketimi ve yüksek fiziksel inaktivite oranları gibi sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarının, uzun vadede diyabet ve obezite riskini artırabileceği vurgulanmıştır. Bu bulgular, farkındalıklı yeme alışkanlıklarının geliştirilmesinin, bireylerin sağlıklı beslenme davranışlarını teşvik ederek obezite ve diyabet gibi kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir (Kes ve Çiçek, 2021).

III.GEREÇ VE YÖNTEMLER

A. Yöntem ve Amaç

Bu çalışma, hastalardan elde edilen verilerin incelendiği kesitsel bir çalışmadır. Tip II Diyabet tanısı olan bireylerin gıda bilinç düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeme farkındalıkları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yüz yüze anket çalışması şeklinde yürütülmüştür.

B. Araştırma Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, Biga Devlet Hastanesinde Diyabet Polikliniğine başvuran Tip II diyabet tanılı hastalar ile Mayıs-Ağustos 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanarak yürütülmüştür.

C. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Mayıs 2024 ile Ağustos 2024 tarihleri arasında Biga Devlet Hastanesi Diyabet Polikliniğine başvuran, yaşları 26 ile 82 arasında değişen Tip II diyabet tanılı bireylerden oluşmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış olup, gönüllülük olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 209 Tip II diyabet tanılı yetişkin birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın kesitsel olmasının nedeni, Tip II diyabet polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmak isteyen katılımcı sayısının belirsiz ve sınırlı olmasıdır. Bu nedenle, belirli bir zaman diliminde, örneklem seçim kriterlerine uygun katılımcılara ulaşılmıştır. Araştırmada kullanılan "Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği", "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" (YSOÖ) ve "Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği" (4F-YFÖ), daha önce Tip II diyabetli hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmaların bulgularına dayanarak yapılan power analiz sonuçlarına göre, bu araştırma için 200 örneklemin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Araştırma toplam 209 kişi ile yapılmıştır.

D. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri:

18 yaşın üzerinde olmak

Tip II diyabetli olmak

Belirli bir eğitim düzeyine sahip olmak

Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

Biga Devlet Hastanesi diyabet polikliniğine başvurmuş olmak

Dışlanma Kriterleri:

18 yaş altındaki bireyler

Tip II Diyabet tanısı almamış bireyler

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

4.Biga Devlet Hastanesi diyabet polikliniğine başvurmamış olmak

E. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızın sonuçları, Biga Devlet Hastanesinde çalışmaya katılmayı kabul eden Diyabet polikliniğine başvuran Tip II Diyabet tanılı hasta verileri ile sınırlıdır. Tip II Diyabet hastalarının anket için doğru yanıtlar verdiği varsayılmıştır.

F. Araştırmanın Etik Kuralları

Bu çalışma, 28.03.2023 tarihinde İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2024/04 karar numarasıyla etik açıdan onaylanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Biga Devlet Hastanesi'nden gerekli izin belgeleri alınmıştır. Anketler uygulanmadan önce Biga Devlet Hastanesi Diyabet Polikliniğine başvuran Tip II Diyabet hastaları bilgilendirilmiş gönüllü onam formu okutulmuş ve onayları alınmıştır.

G. Veri Toplama Yöntem

Araştırmada veriler, yüz yüze görüşmeler ve anketler aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada, katılımcılara genel bilgilerin sorulduğu demografik form, Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği 2014, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ve Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ) uygulanmıştır.

1. Demografik Form

Anket formunun bu bölümünde; Yetişkin Tip II Diyabetli bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kan bağı olan bireylerde diyabet tanısı olup olmadığı ve kaç yıldır diyabet hastası olduğu gibi genel sağlık durumu bilgilerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

2. Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği (GGTÖ)

Bu araştırmada, katılımcıların gıda güvenliği tutumlarını değerlendirmek amacıyla Kocaman ve Şanlıer (2014) tarafından geliştirilen "Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği" kullanılmıştır.

Memiş'in (2009) çalışmasında belirtildiği gibi, Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği oluşturulurken başlangıçta 30 maddelik ifadeler hazırlanmıştır. Bu ifadeler, olumlu ve olumsuz tutumları dengeli bir şekilde dağıtarak bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. 243 kişilik bir örneklem üzerinde yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda 12 ifade ölçekten çıkarılmış ve toplam 18 ifadeden oluşan nihai tutum ölçeği oluşturulmuştur. Bu süreç, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olmasını sağlamak amacıyla titizlikle yürütülmüştür. GGTÖ, 9 olumlu ve 9 olumsuz olmak üzere toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Üçlü Likert tipi bir ölçek olarak yapılandırılan bu ölçekte, "Katılıyorum"=3 puan, "Kısmen Katılıyorum"=2 puan ve "Katılmam"=1 puan şeklinde derecelendirme yapılmıştır. Pilot çalışmanın sonuçlarına göre, ölçek iki faktör altında toplanmıştır: 9 ifade "önemseme" ve 9 ifade "özümseme" faktörlerini oluşturmuştur. GGTÖ'nin KMO değeri 0.87 olarak bulunmuştur. I. Faktör için alfa katsayısı 0,83, II. Faktör için 0,78 ve toplam alfa değeri 0,85 olarak tespit edilmiştir (Kocaman & Şanlıer, 2014).

3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ):

Bu çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek amacıyla YSOÖ kullanılmıştır. Ölçek, Sezer ve Kadioğlu (2014) tarafından Türk toplumuna uygun bir sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirme aracı oluşturmak ve bu aracın psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

Sezer ve Kadioğlu'nun bu çalışması, İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası toplam 381 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Ölçek taslağı, literatür taraması sonucunda hazırlanmış ve kapsam geçerliliği değerlendirilmek üzere 7 uzman görüşüne sunulmuştur. Ölçeğin pilot uygulaması ise 30 kişilik bir grup üzerinde yapılmıştır. Güvenirlik ve geçerlik analizleri sonucunda, YSOÖ'nün 23 maddeden oluşan nihai formu elde edilmiştir (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

YSOÖ'nün güvenilirliği, Cronbach alfa katsayısı ile 0,77 ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı ile 0,87 olarak belirlenmiştir. Bu değerler, ölçeğin tutarlı ve güvenilir sonuçlar verdiğini göstermektedir. Kapsam geçerliliği indeksi %90,71 olup, faktör analizi sonucunda toplam varyansın %60,68'ini açıklayan 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu da ölçeğin, sağlık okuryazarlığı konusundaki farklı boyutları iyi bir şekilde kapsadığını göstermektedir. YSOÖ, yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve 23 maddeden oluşmaktadır. Bu sorular, bireylerin sağlık bilgilerini ne kadar iyi anladıklarını ve uygulayabildiklerini değerlendirmeye yöneliktir. Soruların dağılımı şu şekildedir: 13 evet/hayır sorusu, 4 boşluk doldurma sorusu, 4 çoktan seçmeli soru ve 2 eşleştirme sorusu şeklindedir

Bu araştırmada, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla bir ölçek kullanılmıştır. Veriler, katılımcıların kendi beyanlarına dayalı olarak toplanmış ve ölçek uygulanmadan önce maddelerin anlaşılabilirliği küçük bir grup üzerinde ön test edilmiştir. Verilerin analizinde kapsam geçerliliği, faktör analizi, iç tutarlılık katsayısı ve madde-toplam puan korelasyon analizi kullanılmıştır. YSOÖ'nün Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,71 olarak belirlenmiş ve Bartlett küresellik testi $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. YSOÖ'nün toplam varyansın %60,68'ini açıklayan 8 faktörlü yapısı, faktör analizinde öz değeri 1'in üzerinde olan faktörlerle belirlenmiştir. Bu yapı, ölçeğin sağlık okuryazarlığını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. (Sezer vd., 2014).

4. Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ)

Bu çalışmada amacıyla "Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı katılımcıların yeme farkındalığını ölçmek Ölçeği" (4F-YFÖ) kullanılmıştır. Ölçek, (Carrière et al., 2022) tarafından geliştirilmiş, Hamurcu ve arkadaşları (Hamurcu vd., 2023) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, yeme farkındalığını tepkisizlik, yargılamama, içsel farkındalık ve dışsal farkındalık olmak üzere dört alt faktörde değerlendiren 29 maddelik, 5'li Likert tipinde bir ölçektir.

4F-YFÖ'nün Türkçeye uyarlanması için yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları kapsamında ölçek, 2021-2022 akademik yılında 300 katılımcıya

uygulanmıştır. Katılımcılar, Google Formlar üzerinden yapılandırılmış anketler aracılığıyla 4F-YFÖ'yü doldurmuşlardır.

Pilot çalışmada, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu ve madde çıkartılmadan geçerlik analizine uygun olduğu belirlenmiştir. Bu, ölçeğin tutarlı ve güvenilir sonuçlar verdiğini göstermektedir. KMO değeri 0,890 olarak bulunmuş ve Bartlett küresellik testi sonuçları ($\chi^2=2496,114$, $p<0,001$) anlamlı çıkmıştır. Bu değerler, ölçeğin örneklem yeterliliğinin yüksek olduğunu ve faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Açıklayıcı faktör analizinde (AFA), faktör yüklerinin 0,30'un üzerinde ve öz değerlerinin 1'den büyük olduğu dört faktörlü bir yapı ortaya çıkmış ve bu yapı toplam varyansın %57,3'ünü açıklamıştır. Bu, ölçeğin sağlık okuryazarlığını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA), uyum iyiliği indeksleri RMSEA=0,013, CFI=0,981, GFI=0,966, NFI=0,948, AGFI=0,961 ve χ^2 /serbestlik derecesi=1,021 olarak belirlenmiştir. Bu indeksler, ölçeğin model uyumunun iyi olduğunu ve verilerin modele iyi uyduğunu göstermektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,933 olup, ölçeğin çok yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. Bu, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ve maddelerin birbirleriyle tutarlı olduğunu göstermektedir.

4F-YFÖ, her biri 5'li Likert tipi bir formatla derecelendirilen 29 maddeden oluşmaktadır. Her madde, "Asla" (1 puan) ile "Çok Sık" (5 puan) arasında puanlanmakta ve olumsuz ifadeler tersine puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan, 29 ile 145 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha yüksek düzeyde yeme farkındalığını işaret etmektedir. 4F-YFÖ, tepkisizlik, yargılamama, içsel farkındalık ve dışsal farkındalık olmak üzere dört alt boyutu içermektedir ve her alt boyut için ayrı puan hesaplanabilmektedir. Ölçek, herhangi bir kesme noktası içermemekle birlikte, alınan puanın artması yeme farkındalığının düzeyinin de arttığını göstermektedir. Bu özellikleriyle ölçek, bireylerin yeme farkındalığını değerlendirmek ve farkındalık düzeylerini ölçmek için etkili bir araç olarak kullanılmaktadır (Hamurcu vd., 2023).

H. İstatistiksel Analiz

Bu bölümde, çalışmanın amacına ulaşmak için toplanan verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler ve elde edilen bulgular ayrıntılı bir şekilde

sunulmaktadır. Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 yazılımı kullanılmıştır. Analizlerde kullanılan istatistiksel yöntemler şunlardır: Katılımcıların demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılım varsayımını test etmek amacıyla her bir ölçek ve alt boyutları için çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. George ve Mallery (2019) tarafından belirtildiği üzere, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması, verilerin normal dağılım gösterdiğini kabul etmek için yeterlidir. Bu çalışmada, tüm ölçek ve alt boyutlar için hesaplanan çarpıklık ve basıklık değerleri bu aralık içinde bulunmuştur. Bu nedenle, parametrik testlerin uygulanması uygun görülmüştür. Katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeylerinin cinsiyet ve ailede diyabet hastası olma durumuna göre incelemek için bağımsız gruplar t-testi kullanılmıştır. Katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeylerinin yaş, medeni durum, eğitim durumu ve diyabet hastası olma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonuçlarının anlamlı çıktığı durumlarda farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Scheffe testi uygulanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayılarının yorumlanmasında $r \leq 0,30$ düşük düzeyde ilişki, $0,30 < r < 0,70$ orta düzeyde ilişki ve $0,70 \leq r < 1$ yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edilmiştir. Gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme farkındalığı üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak yeme farkındalığı, bağımsız değişkenler olarak ise gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri alınmıştır..

IV. BULGULAR

A. Demografik Bilgiler

Bu bölümde, çalışmaya katılan Tip II diyabet hastalarının demografik özelliklerinin frekans analizi sonuçları sunulmaktadır. Çizelge 2, demografik değişkenlere göre dağılımı göstermektedir.

Çizelge 2. Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	155	74,2
	Erkek	54	25,8
Yaş	26-39 yaş	27	12,9
	40-64 yaş	86	41,1
	65+ yaş	96	45,9
Medeni Durum	Bekar	18	8,6
	Evli	146	69,9
	Dul	45	21,5
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	17	8,1
	Okur-yazar	26	12,4
	İlkokul mezunu	112	53,6
	Ortaokul mezunu	15	7,2
	Lise ve dengi mezunu	16	7,7
	Yüksekokul-üniversite mezunu	23	11
Toplam		209	100

Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, %74,2'sinin kadın, %25,8'inin ise erkek olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre dağılımda, 26-39 yaş grubunda %12,9 (n=27), 40-64 yaş grubunda %41,1 (n=86) ve 65+ yaş grubunda %45,9 (n=96) katılımcı bulunmaktadır.

Medeni durum dağılımı açısından bakıldığında, katılımcıların %69,9'u (n=146) evli, %8,6'sı (n=18) bekar ve %21,5'i (n=45) dul olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu ise katılımcıların %8,1'inin (n=17) okur-yazar olmadığını, %12,4'ünün (n=26) okur-yazar olduğunu, %53,6'sının (n=112) ilkokul mezunu olduğunu, %7,2'sinin (n=15) ortaokul mezunu olduğunu, %7,7'sinin (n=16) lise

ve dengi okul mezunu olduğunu ve %11'inin (n=23) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğunu göstermektedir.

Bu bölümde, çalışmaya katılan Tip II diyabet hastalarının tanıtıcı bilgilerinin frekans analizi sonuçları sunulmaktadır. Çizelge, katılımcıların ailelerinde diyabet hastalığının bulunma durumu ve diyabet hastası olma sürelerine göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 3. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Kan bağıınız olan bireylerde (ailenizde) diyabet hastası var mı?	Var	148	70,8
	Yok	61	29,2
Diyabet hastası olma süresi	2 yıl ve az	42	20,1
	3-5 yıl	52	24,9
	6-9 yıl	21	10
	10 yıl ve üzeri	94	45
Toplam		209	100

Bu araştırmaya katılan 209 diyabet hastasının tanıtıcı bilgileri incelendiğinde, önemli bulgular elde edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%70,8, n=148) ailesinde diyabet hastası bulunduğu tespit edilmiştir. Bu durum, diyabetin genetik yatkınlığının önemini vurgulamaktadır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%29,2, n=61) ise ailesinde diyabet hastası olmadığını belirtmiştir. Bu da diyabetin sadece genetik faktörlerle değil, çevresel faktörlerle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Diyabet hastası olma süresi de incelendiğinde, katılımcıların dağılımının farklılık gösterdiği görülmektedir. Katılımcıların %20,1'i (n=42) 2 yıl ve daha az süredir diyabet hastasıyken, %24,9'u (n=52) 3-5 yıl süredir diyabet hastasıdır. Katılımcıların %10'u (n=21) 6-9 yıl süredir diyabet hastasıyken, en büyük grup olan %45'i (n=94) 10 yıl ve daha uzun süredir diyabet hastasıdır. Bu bulgu, diyabetin kronik bir hastalık olduğunu ve uzun yıllar boyunca bireylerin yaşamını etkileyebileceğini göstermektedir. Hastalık süresinin uzunluğu, diyabetin komplikasyonlarının gelişme riskini de artırabileceği unutulmamalıdır. Bu veriler, diyabetin yaygınlığı ve hastalığın seyri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Ailede diyabet öyküsünün yaygınlığı, genetik faktörlerin rolünü vurgularken, uzun süredir diyabet hastası olanların sayısının yüksek olması, hastalığın kronik yapısını ve uzun süreli takip gerekliliğini ortaya koymaktadır.

B. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde, çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile elde edilen verilerin dağılımları sunulmaktadır. Çizelge 4.3, her bir ölçek ve alt boyutlarına ait verilerin dağılım değerlerini göstermektedir.

Çizelge 4. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek	N	Ort	Std. Sapma	Median	Min	Max	Basıklık	Çarpıklık
Önemseme	209	11,15	3,23	9	9	23	1,549	1,57
Özümseme	209	12,54	3,48	11	9	25	1,376	1,426
Gıda Güvenliği Tutumu	209	23,69	6,13	22	18	48	1,541	1,867
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı	209	12,69	2,86	12	3	20	0,129	0,248
Tepkisizlik	209	32,02	5,59	34	16	41	-0,893	-0,023
Yargılamama	209	24,27	5,88	24	13	40	0,174	-0,657
İçsel Farkındalık	209	14,93	5,16	14	6	30	0,621	-0,242
Dışsal Farkındalık	209	18,64	5,45	20	6	30	-0,299	-0,511
4F-YFÖ	209	89,85	8,82	90	66	115	0,065	0,058

Ölçeklerin genel dağılımı incelendiğinde, "Önemseme" alt boyutunun ortalama değeri 11,148, standart sapması 3,2258, median değeri 9, minimum değeri 9 ve maksimum değeri 23 olarak belirlenmiştir. Basıklık değeri 1,549 ve çarpıklık değeri 1,57'dir. "Özümseme" alt boyutunun ortalama değeri 12,541, standart sapması 3,4751, median değeri 11, minimum değeri 9 ve maksimum değeri 25'tir. Basıklık değeri 1,376 ve çarpıklık değeri 1,426 olarak tespit edilmiştir. Gıda Güvenliği Tutumu için ortalama değer 23,689, standart sapma 6,1342, median 22, minimum 18 ve maksimum 48'dir. Basıklık değeri 1,541 ve çarpıklık değeri 1,867'dir.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı için ortalama değer 12,694, standart sapma 2,8575, median 12, minimum 3 ve maksimum 20'dir.

4F-YFÖ alt boyutlarından "Tepkisizlik" alt boyutunun ortalama değeri 32,019, standart sapma 5,5867, median değeri 34, minimum değeri 16 ve maksimum değeri 41'dir. "Yargılamama" alt boyutunun ortalama değeri 24,268, standart sapma 5,8782, median değeri 24, minimum değeri 13 ve maksimum

değeri 40'tır. "İçsel Farkındalık" alt boyutunun ortalama değeri 14,928, standart sapma 5,1562, median değeri 14, minimum değeri 6 ve maksimum değeri 30 olarak belirlenmiştir. "Dışsal Farkındalık" alt boyutunun ortalama değeri 18,636, standart sapma 5,4457, median değeri 20, minimum değeri 6 ve maksimum değeri 30 olarak bulunmuştur. Genel olarak 4F-YFÖ'nün ortalama değeri 89,852, standart sapma 8,8183, median değeri 90, minimum değeri 66 ve maksimum değeri 115 olarak belirlenmiştir.

George ve Mallery (2019)'e göre, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması, verilerin normal dağılım gösterdiğini kabul etmek için yeterlidir. Bu duruma göre araştırmada kullandığımız ölçeklere ait çarpıklık kat sayıları ve basıklık kat sayıları incelendiğinde ölçeklerin normal dağılım özelliği gösterdiği var sayılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler normal dağılım şartı isteyen parametrik analizler ile gerçekleştirilmiştir.

C. Ölçeklerden Elde Edilen Puan Ortalamalarının Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumları, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri ve Yeme Farkındalığı düzeyleri cinsiyet değişkenine göre incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 5. Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları

Ölçek	Cinsiyet	N	Ort	Std. Sapma	t	df	p
Önemseme	Kadın	155	10,74	2,86	-3,204	207	0,002*
	Erkek	54	12,33	3,89			
Özümseme	Kadın	155	12,14	3,11	-2,858	207	0,005*
	Erkek	54	13,69	4,19			
Gıda Güvenliği Tutumu	Kadın	155	22,88	5,45	-3,318	207	0,001*
	Erkek	54	26,02	7,35			
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı	Kadın	155	12,81	2,94	0,966	207	0,335
	Erkek	54	12,37	2,59			
Tepkisizlik	Kadın	155	31,79	5,57	-1,017	207	0,310
	Erkek	54	32,69	5,63			
Yargılamama	Kadın	155	24,23	6,02	-0,175	207	0,861
	Erkek	54	24,39	5,51			
İçsel Farkındalık	Kadın	155	14,82	5,04	-0,516	207	0,606
	Erkek	54	15,24	5,52			
Dışsal Farkındalık	Kadın	155	18,18	5,43	-2,066	207	0,040*
	Erkek	54	19,94	5,31			
4F-YFÖ	Kadın	155	89,01	8,45	-2,355	207	0,019*
	Erkek	54	92,26	9,48			

*p<0,05

Verilen tablo, katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre nasıl farklılaştığını göstermektedir. Tablo incelendiğinde;

- Kadın katılımcıların ($10,74 \pm 2,86$) "Önemseme" puanları erkek katılımcılara ($12,33 \pm 3,89$) göre anlamlı derecede daha düşüktür, $t(207) = -3,204$, $p = 0,002$.
- Kadın katılımcıların ($12,14 \pm 3,11$) "Özümseme" puanları erkek katılımcılara ($13,69 \pm 4,19$) göre anlamlı derecede daha düşüktür, $t(207) = -2,858$, $p = 0,005$.
- Kadın katılımcıların ($22,88 \pm 5,45$) " Gıda Güvenliği Tutumu " puanları erkek katılımcılara ($26,02 \pm 7,35$) göre daha düşüktür, $t(207) = -3,318$, $p = 0,001$.
- Kadın katılımcıların ($12,81 \pm 2,94$) " Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı " puanları erkek katılımcılara ($12,37 \pm 2,59$) göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,966$, $p = 0,335$.
- Kadın katılımcıların ($31,79 \pm 5,57$) "Tepkisizlik" puanları erkek katılımcılara ($32,69 \pm 5,63$) göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = -1,017$, $p = 0,310$.
- Kadın katılımcıların ($24,23 \pm 6,02$) "Yargılamama" puanları erkek katılımcılara ($24,39 \pm 5,51$) göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = -0,175$, $p = 0,861$.
- Kadın katılımcıların ($14,82 \pm 5,04$) "İçsel Farkındalık" puanları erkek katılımcılara ($15,24 \pm 5,52$) göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = -0,516$, $p = 0,606$.
- Kadın katılımcıların ($18,18 \pm 5,43$) "Dışsal Farkındalık" puanları erkek katılımcılara ($19,94 \pm 5,31$) göre anlamlı derecede daha düşüktür, $t(207) = -2,066$, $p = 0,040$.
- Kadın katılımcıların ($89,01 \pm 8,45$) "4F-YFÖ" toplam puanları erkek katılımcılara ($92,26 \pm 9,48$) göre anlamlı derecede daha düşüktür, $t(207) = -2,355$, $p = 0,019$.

Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumları, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri ve Yeme Farkındalığı düzeyleri yaş değişkenine göre incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 6. Yaşa Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Yaş	N	X	Ss	F	p	Fark (Post Hoc Scheffe)
Önemseme	26-39 yaş	27	11,22	3,32	0,826	0,439	Yok
	40-64 yaş	86	10,81	3,04			
	65+ yaş	96	11,43	3,37			
	Toplam	209	11,15	3,23			
Özümseme	26-39 yaş	27	13,00	4,48	1,371	0,256	Yok
	40-64 yaş	86	12,07	3,32			
	65+ yaş	96	12,83	3,27			
	Toplam	209	12,54	3,48			
GGTÖ	26-39 yaş	27	24,22	7,39	1,263	0,285	Yok
	40-64 yaş	86	22,88	5,70			
	65+ yaş	96	24,26	6,12			
	Toplam	209	23,69	6,13			
YSOÖ	26-39 yaş	27	14,19	2,69	4,495	0,012	26-39 yaş ile 40-64 yaş (p=0,014); 26-39 yaş ile 65+ yaş (p=0,033)
	40-64 yaş	86	12,36	2,84			
	65+ yaş	96	12,57	2,81			
	Toplam	209	12,69	2,86			
Tepkisizlik	26-39 yaş	27	29,30	6,46	3,789	0,024	26-39 yaş ile 40-64 yaş (p=0,035); 26-39 yaş ile 65+ yaş (p=0,039)
	40-64 yaş	86	32,48	5,19			
	65+ yaş	96	32,38	5,51			
	Toplam	209	32,02	5,59			
Yargılamama	26-39 yaş	27	23,22	6,68	0,611	0,544	Yok
	40-64 yaş	86	24,65	5,82			
	65+ yaş	96	24,22	5,72			
	Toplam	209	24,27	5,88			
İçsel Farkındalık	26-39 yaş	27	16,41	5,88	1,375	0,255	Yok
	40-64 yaş	86	14,88	5,17			
	65+ yaş	96	14,55	4,91			
	Toplam	209	14,93	5,16			
Dışsal Farkındalık	26-39 yaş	27	18,22	5,65	0,113	0,894	Yok
	40-64 yaş	86	18,60	5,90			
	65+ yaş	96	18,78	5,00			
	Toplam	209	18,64	5,45			
4F-YFÖ	26-39 yaş	27	87,15	11,26	1,605	0,203	Yok
	40-64 yaş	86	90,62	8,57			
	65+ yaş	96	89,93	8,20			
	Toplam	209	89,852	8,82			

Katılımcıların yaş grupları değişkenlerine (26-39 yaş, 40-64 yaş ve 65+ yaş) göre, araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puan ortalamaları tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, bazı ölçeklerde yaş grupları değişkenine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur.

Önemseme: Yaş grupları arasında "Önemseme" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0,826, p=0,439). Bu,

farklı yaş gruplarındaki bireylerin gıda güvenliği konusuna benzer düzeyde önem verdiğini göstermektedir.

Özümseme: Yaş grupları arasında "Özümseme" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,371$, $p=0,256$). Bu da gıda güvenliği bilgisini özümseme düzeyinin yaşla ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

GGTÖ: Yaş grupları arasında "GGTÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,263$, $p=0,285$). Bu sonuç, genel gıda güvenliği tutumunun da yaşla anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir.

Yargılamama: Yaş grupları arasında "Yargılamama" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,611$, $p=0,544$). Bu, yeme farkındalığının yargılamama boyutunun yaşla ilişkili olmadığını göstermektedir.

İçsel Farkındalık: Yaş grupları arasında "İçsel Farkındalık" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,375$, $p=0,255$). Bu da yeme farkındalığının içsel farkındalık boyutunun yaşla ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Dışsal Farkındalık: Yaş grupları arasında "Dışsal Farkındalık" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,113$, $p=0,894$). Bu sonuç, yeme farkındalığının dışsal farkındalık boyutunun da yaşla anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir.

4F-YFÖ: Yaş grupları arasında "4F-YFÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,605$, $p=0,203$). Bu da genel yeme farkındalığı düzeyinin yaşla anlamlı bir ilişkisi olmadığını düşündürmektedir.

YSOÖ: Yaş grupları arasında "YSOÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4,495$, $p=0,012$). Scheffe testi sonucuna göre, 26-39 yaş grubu ($X=14,19$) ile 40-64 yaş grubu ($X=12,36$) arasında ($p=0,014$) ve 26-39 yaş grubu ($X=14,19$) ile 65+ yaş grubu ($X=12,57$) arasında ($p=0,033$) anlamlı farklar bulunmaktadır. Bu sonuç, 26-39 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tepkisizlik: Yaş grupları arasında "Tepkisizlik" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,789$, $p=0,024$). Scheffe testi sonucuna göre, 26-39 yaş grubu ($X=29,30$) ile 40-64 yaş grubu ($X=32,48$) arasında ($p=0,035$) ve 26-39 yaş grubu ($X=29,30$) ile 65+ yaş grubu ($X=32,38$) arasında ($p=0,039$) anlamlı farklar bulunmaktadır. Bu bulgu, 26-39 yaş grubundaki bireylerin tepkisizlik düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumları, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri ve Yeme Farkındalığı düzeyleri medeni durum değişkenine göre incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 7. Medeni Duruma Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Medeni Durum	N	X	Ss	F	p	Fark
Önemseme	Bekar	18	10,94	3,02	0,742	0,477	Yok
	Evli	146	11,01	3,21			
	Dul	45	11,67	3,36			
	Toplam	209	11,15	3,23			
Özümseme	Bekar	18	12,28	3,66	0,244	0,783	Yok
	Evli	146	12,48	3,48			
	Dul	45	12,84	3,44			
	Toplam	209	12,54	3,48			
GGTÖ	Bekar	18	23,22	6,13	0,528	0,590	Yok
	Evli	146	23,49	6,09			
	Dul	45	24,51	6,33			
	Toplam	209	23,69	6,13			
YSOÖ	Bekar	18	13,00	2,72	0,456	0,635	Yok
	Evli	146	12,76	2,87			
	Dul	45	12,36	2,89			
	Toplam	209	12,69	2,86			
Tepkisizlik	Bekar	18	31,06	5,73	0,411	0,664	Yok
	Evli	146	32,00	5,78			
	Dul	45	32,47	4,90			
	Toplam	209	32,02	5,59			
Yargılamama	Bekar	18	25,61	7,66	1,929	0,148	Yok
	Evli	146	23,75	5,83			
	Dul	45	25,42	5,07			
	Toplam	209	24,27	5,88			
İçsel Farkındalık	Bekar	18	13,67	4,96	0,655	0,521	Yok
	Evli	146	15,12	5,11			
	Dul	45	14,80	5,43			
	Toplam	209	14,93	5,16			
Dışsal Farkındalık	Bekar	18	17,56	6,55	0,386	0,680	Yok
	Evli	146	18,75	5,37			
	Dul	45	18,71	5,32			
	Toplam	209	18,64	5,45			
4F-YFÖ	Bekar	18	87,89	11,07	1,194	0,305	Yok
	Evli	146	89,62	9,04			
	Dul	45	91,40	6,86			
	Toplam	209	89,85	8,82			

Katılımcıların medeni durum değişkenlerine (Bekar, Evli, Dul) göre, araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmiştir. Tablo incelendiğinde:

Önemseme: Medeni durum grupları arasında "Önemseme" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,742$, $p=0,477$). Bu, farklı medeni durumlardaki bireylerin gıda güvenliği konusuna benzer düzeyde önem verdiğini göstermektedir.

Özümseme: Medeni durum grupları arasında "Özümseme" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,244$, $p=0,783$). Bu da gıda güvenliği bilgisini özümseme düzeyinin medeni durumla ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Gıda Güvenliği Tutumu (GGTÖ): Medeni durum grupları arasında "GGTÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,528$, $p=0,590$). Bu sonuç, genel gıda güvenliği tutumunun da medeni durumla anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı (YSOÖ): Medeni durum grupları arasında "YSOÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,456$, $p=0,635$). Bu, farklı medeni durumlardaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin benzer olduğunu düşündürmektedir.

Tepkisizlik: Medeni durum grupları arasında "Tepkisizlik" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,411$, $p=0,664$). Bu, yeme farkındalığının tepkisizlik boyutunun medeni durumla ilişkili olmadığını göstermektedir.

Yargılamama: Medeni durum grupları arasında "Yargılamama" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,929$, $p=0,148$). Bu sonuç, yeme farkındalığının yargılamama boyutunun da medeni durumla ilişkili olmadığını göstermektedir.

İçsel Farkındalık: Medeni durum grupları arasında "İçsel Farkındalık" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,655$, $p=0,521$). Bu da yeme farkındalığının içsel farkındalık boyutunun medeni durumla ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Dışsal Farkındalık: Medeni durum grupları arasında "Dışsal Farkındalık" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,386$, $p=0,680$). Bu sonuç, yeme farkındalığının dışsal farkındalık boyutunun da medeni durumla anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir.

4F-YFÖ: Medeni durum grupları arasında "4F-YFÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,194$, $p=0,305$). Bu da genel yeme farkındalığı düzeyinin medeni durumla anlamlı bir ilişkisi olmadığını düşündürmektedir.

Bu bulgular, medeni durumun katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların gıda güvenliği tutumları eğitim durumu değişkenine göre incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 8. Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumlarının Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Eğitim Durumu	N	X	Ss	F	p	Fark
Önemseme	Okur-yazar değil	17	11,59	3,28	0,962	0,442	Yok
	Okur-yazar	26	10,08	2,02			
	İlkokul	112	11,09	3,17			
	Ortaokul	15	11,40	3,54			
	Lise ve dengi	16	12,00	4,24			
	MYO-üniversite	23	11,57	3,55			
	Total	209	11,15	3,23			
Özümseme	Okur-yazar değil	17	13,41	4,14	1,273	0,277	Yok
	Okur-yazar	26	12,27	3,21			
	İlkokul	112	12,09	2,88			
	Ortaokul	15	13,53	4,47			
	Lise ve dengi	16	12,88	4,30			
	MYO-üniversite	23	13,52	4,40			
	Total	209	12,54	3,48			
GGTÖ	Okur-yazar değil	17	25,00	6,60	1,043	0,394	Yok
	Okur-yazar	26	22,35	4,60			
	İlkokul	112	23,18	5,49			
	Ortaokul	15	24,93	7,44			
	Lise ve dengi	16	24,88	8,37			
	MYO-üniversite	23	25,09	7,50			
	Total	209	23,69	6,13			

Önemseme: Eğitim durumu grupları arasında "Önemseme" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,962$,

p=0,442). Bu, farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin gıda güvenliği konusuna benzer düzeyde önem verdiğini göstermektedir.

Özümseme: Eğitim durumu grupları arasında "Özümseme" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=1,273, p=0,277). Bu da gıda güvenliği bilgisini özümseme düzeyinin eğitimle ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Gıda Güvenliği Tutumu (GGTÖ): Eğitim durumu grupları arasında "GGTÖ" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=1,043, p=0,394). Bu sonuç, genel gıda güvenliği tutumunun da eğitimle anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir. Bu bulgular, eğitim durumunun katılımcıların gıda güvenliği tutumları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. Özellikle eğitim durumuna göre "Önemseme", "Özümseme" ve "Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği (GGTÖ)" puanları arasında anlamlı farklar tespit edilmemiştir.

Bu analiz sonuçları, gıda güvenliği tutumlarının eğitim durumuyla anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir. Bu, farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin gıda güvenliği konusunda benzer tutumlara sahip olduğunu düşündürmektedir. Ancak, bu konuda daha detaylı araştırmalar yapılması, eğitim durumunun bu konular üzerindeki potansiyel etkilerini daha iyi anlamak açısından önemlidir.

Katılımcıların yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri eğitim Durumu değişkenine göre incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 9. Katılımcıların Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Eğitim Durumu	N	X	Ss	F	p	Fark
YSOÖ	Okur-yazar değil	17	12,71	2,14	2,336	0,053	Yok
	Okur-yazar	26	12,88	3,60			
	İlkokul	112	12,21	2,65			
	Ortaokul	15	13,13	3,54			
	Lise ve dengi	16	13,06	2,43			
	MYO-üniversite	23	14,30	2,72			
	Total	209	12,69	2,86			

Bu bulgu, katılımcıların eğitim seviyelerinin yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki göstermediğini ortaya koymaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmaması ($F=2,336$, $p=0,053$), farklı eğitim seviyelerine sahip bireylerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanma becerileri arasında belirgin bir farklılık olmadığını düşündürmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının sadece eğitim seviyesiyle sınırlı olmadığını, çeşitli sosyoekonomik, kültürel ve kişisel faktörlerin de etkili olabileceğini göstermektedir. Bireylerin sağlık bilgilerine erişimi, bu bilgilere yönelik tutumları, sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıkları ve genel yaşam tarzları gibi faktörler de sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyebilir.

Bu sonuç, sağlık okuryazarlığını geliştirme çabalarının sadece eğitim seviyesine odaklanmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Toplumun her kesimine yönelik, farklı ihtiyaçları ve özellikleri dikkate alan sağlık okuryazarlığı programları ve iletişim stratejileri geliştirilmelidir. Bu programlar, sağlık bilgilerinin daha anlaşılır bir şekilde sunulmasını, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasını ve bireylerin sağlıkla ilgili karar alma becerilerinin güçlendirilmesini hedeflemelidir.

Katılımcıların yeme farkındalığı düzeyleri eğitim durumu değişkenine göre incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 10. Katılımcıların Yeme Farkındalığı düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Eğitim durumu	N	X	Ss	F	p	Fark
Tepkisizlik	Okur-yazar değil	17	33,94	4,31	2,33	0,054	Yok
	Okur-yazar	26	31,42	6,63			
	İlkokul	112	32,61	5,25			
	Ortaokul	15	28,33	6,26			
	Lise ve dengi	16	32,13	4,00			
	MYO-üniversite	23	30,74	6,38			
	Total	209	32,02	5,59			
Yargılamama	Okur-yazar değil	17	25,71	5,42	0,9	0,482	Yok
	Okur-yazar	26	25,42	5,15			
	İlkokul	112	24,34	5,69			
	Ortaokul	15	23,73	6,92			
	Lise ve dengi	16	22,44	5,63			
	MYO-üniversite	23	23,17	7,25			
	Total	209	24,27	5,88			

Çizelge 10. (devamı) Katılımcıların Yeme Farkındalığı düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Eğitim durumu	N	X	Ss	F	p	Fark
İçsel Farkındalık	Okur-yazar değil	17	13,65	4,01	0,627	0,679	Yok
	Okur-yazar	26	14,62	4,93			
	İlkokul	112	14,77	5,13			
	Ortaokul	15	15,80	4,92			
	Lise ve dengi	16	16,38	5,99			
	MYO-üniversite	23	15,43	5,95			
	Total	209	14,93	5,16			
	Okur-yazar değil	17	15,47	4,72	1,863	0,102	Yok
Dışsal Farkındalık	Okur-yazar	26	19,15	5,45			
	İlkokul	112	18,52	5,64			
	Ortaokul	15	20,27	4,96			
	Lise ve dengi	16	20,44	4,26			
	MYO-üniversite	23	18,65	5,42			
	Total	209	18,64	5,45			
	Okur-yazar değil	17	88,76	8,59	0,539	0,747	Yok
4F-YFÖ	Okur-yazar	26	90,62	7,51			
	İlkokul	112	90,23	8,99			
	Ortaokul	15	88,13	7,21			
	Lise ve dengi	16	91,38	9,16			
	MYO-üniversite	23	88,00	10,47			
	Total	209	89,85	8,82			

Tepkisizlik: Eğitim durumu grupları arasında "Tepkisizlik" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=2,33$, $p=0,054$). Bu, farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin yemek yerken ne kadar tepkisiz oldukları arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir.

Yargılamama: Eğitim durumu grupları arasında "Yargılamama" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,9$, $p=0,482$). Bu da farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin yemeklerini yargılama düzeylerinin benzer olduğunu düşündürmektedir.

İçsel Farkındalık: Eğitim durumu grupları arasında "İçsel Farkındalık" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,627$, $p=0,679$). Bu sonuç, farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin yemek yerken içsel sinyallere ne kadar dikkat ettikleri arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir.

Dışsal Farkındalık: Eğitim durumu grupları arasında "Dışsal Farkındalık" ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır

($F=1,863$, $p=0,102$). Bu da farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin yemek yerken dışsal faktörlerden (ortam, sosyal etkileşim vb.) ne kadar etkilendiği arasında belirgin bir fark olmadığını düşündürmektedir.

4F-YFÖ (Toplam Yeme Farkındalığı): Eğitim durumu grupları arasında "4F-YFÖ" ölçeğinden alınan toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,539$, $p=0,747$). Bu sonuç, genel yeme farkındalığı düzeyinin eğitimle anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir.

Bu analiz sonuçları, yeme farkındalığının eğitim durumuyla anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermektedir. Bu, farklı eğitim seviyelerindeki bireylerin yeme alışkanlıkları ve bu alışkanlıklara yönelik farkındalıklarının benzer olduğunu düşündürmektedir. Ancak, bu konuda daha detaylı araştırmalar yapılması, eğitim durumunun bu konular üzerindeki potansiyel etkilerini daha iyi anlamak açısından önemlidir.

Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumlarının, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı düzeylerinin ve Yeme Farkındalığı düzeylerinin ailede diyabet hastası olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterip-göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 11. Ailede Diyabet Hastası Olma Durumuna Göre T-Testi Sonuçları

Ölçek	Durum	N	Ort	Std. Sapma	t	df	p
Önemseme	Var	148	11,30	3,28	1,04	207	0,299
	Yok	61	10,79	3,09			
Özümsenme	Var	148	12,62	3,50	0,524	207	0,601
	Yok	61	12,34	3,43			
Gıda Güvenliği Tutumu	Var	148	23,92	6,19	0,843	207	0,400
	Yok	61	23,13	6,02			
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı	Var	148	12,80	2,85	0,868	207	0,386
	Yok	61	12,43	2,88			
Tepkisizlik	Var	148	32,32	5,26	1,232	207	0,219
	Yok	61	31,28	6,30			
Yargılamama	Var	148	23,91	5,70	-1,366	207	0,173
	Yok	61	25,13	6,25			
İçsel Farkındalık	Var	148	14,98	5,08	0,224	207	0,823
	Yok	61	14,80	5,37			
Dışsal Farkındalık	Var	148	18,86	5,38	0,917	207	0,360
	Yok	61	18,10	5,62			
4F-YFÖ	Var	148	90,07	8,91	0,568	207	0,571
	Yok	61	89,31	8,65			

* $p<0,05$

Tablo incelendiğinde;

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($11,30 \pm 3,28$) "Önemseme" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($10,79 \pm 3,09$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 1,04$, $p = 0,299$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($12,62 \pm 3,50$) "Özümseme" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($12,34 \pm 3,43$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,524$, $p = 0,601$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($23,92 \pm 6,19$) "Gıda Güvenliği Tutumu" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($23,13 \pm 6,02$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,843$, $p = 0,400$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($12,80 \pm 2,85$) "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($12,43 \pm 2,88$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,868$, $p = 0,386$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($32,32 \pm 5,26$) "Tepkisizlik" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($31,28 \pm 6,30$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 1,232$, $p = 0,219$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($23,91 \pm 5,70$) "Yargılamama" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($25,13 \pm 6,25$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = -1,366$, $p = 0,173$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($14,98 \pm 5,08$) "İçsel Farkındalık" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($14,80 \pm 5,37$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,224$, $p = 0,823$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($18,86 \pm 5,38$) "Dışsal Farkındalık" puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($18,10 \pm 5,62$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,917$, $p = 0,360$.

Ailede diyabet hastası olan katılımcıların ($90,07 \pm 8,91$) "4F-YFÖ" toplam puanları, ailede diyabet hastası olmayan katılımcıların ($89,31 \pm 8,65$) puanlarına göre anlamlı bir fark göstermemektedir, $t(207) = 0,568$, $p = 0,571$.

Bu bulgular, ailede diyabet hastası olma durumunun katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların Gıda Güvenliği Tutumlarının, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı düzeylerinin ve Yeme Farkındalığı düzeylerinin diyabet hastası olma süresine göre ANOVA analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Çizelge 12. Diyabet Hastası Olma Süresine Göre Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Değişken	Kategori	N	X	Ss	F	p	Fark
Önemseme	2 yıl ve az	42	10,83	3,11	0,178	0,911	Yok
	3-5 yıl	52	11,25	3,04			
	6-9 yıl	21	11,10	2,93			
	10 yıl +	94	11,24	3,47			
	Toplam	209	11,15	3,23			
Özümseme	2 yıl ve az	42	12,50	3,60	0,446	0,72	Yok
	3-5 yıl	52	12,79	3,33			
	6-9 yıl	21	11,76	3,02			
	10 yıl +	94	12,60	3,61			
	Toplam	209	12,54	3,48			
GGTÖ	2 yıl ve az	42	23,33	5,86	0,248	0,862	Yok
	3-5 yıl	52	24,04	5,67			
	6-9 yıl	21	22,86	5,59			
	10 yıl +	94	23,84	6,66			
	Toplam	209	23,69	6,13			
YSOÖ	2 yıl ve az	42	12,90	2,71	0,572	0,634	Yok
	3-5 yıl	52	12,31	2,45			
	6-9 yıl	21	12,43	3,53			
	10 yıl +	94	12,87	2,98			
	Toplam	209	12,69	2,86			
Tepkisizlik	2 yıl ve az	42	32,38	5,78	0,397	0,756	Yok
	3-5 yıl	52	32,50	4,91			
	6-9 yıl	21	31,19	6,36			
	10 yıl +	94	31,78	5,72			
	Toplam	209	32,02	5,59			
Yargılamama	2 yıl ve az	42	22,90	6,04	1,52	0,21	Yok
	3-5 yıl	52	25,12	6,15			
	6-9 yıl	21	23,14	5,45			
	10 yıl +	94	24,66	5,69			
	Toplam	209	24,27	5,88			
İçsel Farkındalık	2 yıl ve az	42	15,10	5,37	0,456	0,714	Yok
	3-5 yıl	52	14,33	4,91			
	6-9 yıl	21	15,81	5,23			
	10 yıl +	94	14,99	5,22			
	Toplam	209	14,93	5,16			
Dışsal Farkındalık	2 yıl ve az	42	18,88	5,30	1,144	0,332	Yok
	3-5 yıl	52	19,33	5,74			
	6-9 yıl	21	16,76	4,15			
	10 yıl +	94	18,56	5,57			
	Toplam	209	18,64	5,45			
4F-YFÖ	2 yıl ve az	42	89,26	10,00	1,306	0,274	Yok
	3-5 yıl	52	91,27	8,64			
	6-9 yıl	21	86,90	8,17			
	10 yıl +	94	89,99	8,44			
	Toplam	209	89,85	8,82			

Tablo incelendiğinde:

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Önemseme" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,178$, $p=0,911$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Özümseme" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,446$, $p=0,720$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği (GGTÖ)" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,248$, $p=0,862$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,572$, $p=0,634$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Tepkisizlik" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,397$, $p=0,756$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Yargılamama" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,52$, $p=0,210$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "İçsel Farkındalık" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,456$, $p=0,714$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Dışsal Farkındalık" ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,144$, $p=0,332$).

Katılımcıların diyabet hastası olma sürelerine göre "Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ)" toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,306$, $p=0,274$).

Bu bulgular, diyabet hastası olma süresinin katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Araştırmada, yeme tutumu, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bu analiz, iki değişken arasındaki ilişkinin yönünü (pozitif veya negatif) ve gücünü (düşük, orta, yüksek) belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir istatistiksel yöntemdir. Korelasyon katsayısının yorumlanması konusunda farklı görüşler bulunsa da, genel olarak aşağıdaki aralıklar kabul görmektedir:

Düşük Düzeyde İlişki ($r \leq 0,30$): Değişkenler arasında zayıf bir ilişki olduğunu gösterir. Bir değişken artarken diğ erinin de arttığı veya azaldığı yönünde kesin bir yargıda bulunmak zordur.

Orta Düzeyde İlişki ($0,30 < r < 0,70$): Değişkenler arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu gösterir. Bir değişken artarken diğ erinin de arttığı veya azaldığı yönünde daha güçlü bir kanıt sunar.

Yüksek Düzeyde İlişki ($0,70 \leq r < 1$): Değişkenler arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösterir. Bir değişken artarken diğ erinin de arttığı veya azaldığı yönünde kuvvetli bir kanıt sunar.

Bu aralıklara göre, korelasyon katsayısının mutlak değeri arttıkça ilişki gücü de artmaktadır. Pozitif değ erler, değişkenler arasında doğru orantı olduğunu (bir değişken artarken diğ eri de artar), negatif değ erler ise ters orantı olduğunu (bir değişken artarken diğ eri azalır) gösterir.

Araştırmada elde edilen korelasyon katsayıları, yeme tutumu, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkilerin gücünü ve yönünü belirlememize yardımcı olacaktır. Örneğ in, yeme tutumu ile gıda güvenliği tutumu arasında pozitif ve yüksek bir korelasyon katsayısı bulunması, yeme tutumu arttıkça gıda güvenliği tutumunun da arttığını gösterir.

Çizelge 13. Ölçek Puanları Arası İlişkiye Yönelik Bulgular

	Önems eme	Özüms eme	Gıda Güvenliği Tutumu	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı	Tepkisizli k	Yargılama ma	İçsel Farkındalık	Dışsal Farkınd alık	4F - YF Ö
Önemseme	r 1								
Özümseme	p ,796** 0,000	1							
Gıda Güvenliği Tutumu	r ,942** p 0,000	,953** 0,000	1						
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı	r ,312** p 0,000	,345** 0,000	,347** 0,000	1					
Tepkisizlik	r ,143* p 0,039	,219** 0,001	,193** 0,005	0,045 0,513	1				
Yargılamama	r ,270** p 0,000	,340** 0,000	,324** 0,000	,164* 0,018	,440** 0,000	1			
İçsel Farkındalık	r ,177* p 0,011	0,062 0,375	0,123 0,077	,318** 0,000	-,536** 0,000	-,322** 0,000	1		
Dışsal Farkındalık	r ,224** p 0,001	,154* 0,026	,197** 0,004	,136* 0,050	-,341** 0,000	-,209** 0,002	,406** 0,000	1	
4F-YFÖ	r ,477** p 0,000	,466** 0,000	,497** 0,000	,377** 0,000	,402** 0,000	,604** 0,000	,236** 0,001	,445** 0,000	1

r:Pearson korelasyon katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

Bu çalışma, katılımcıların çeşitli psikolojik ve davranışsal özelliklerini ölçmek amacıyla kullanılan ölçekler arasındaki ilişkileri derinlemesine incelemektedir. Pearson korelasyon analizi ile elde edilen bulgular, bu özellikler arasında anlamlı ve çeşitli düzeylerde ilişkiler olduğunu göstermektedir. Ölçekler arasında anlamlı ilişki tespit edilen durumlar;

Gıda Güvenliği Tutumu ile Anlamlı İlişkiler

Gıda Güvenliği Tutumu ile Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,347$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliğine önem veren bireylerin aynı zamanda sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri daha kolay anladığı ve bu bilgileri kendi yaşamlarına uygulayabildiği düşünülmektedir.

Gıda Güvenliği Tutumu ile Tepkisizlik arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,193$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusunda bilinçli olan bireylerin, yemek yerken daha az tepkisel davrandığını göstermektedir. Tepkisizlik, açlık hissi gibi içsel sinyallere daha duyarlı olmayı ve duygusal açlıkla yemek yememeyi ifade eder.

Gıda Güvenliği Tutumu ve Yargılamama arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,324$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusunda bilinçli olan bireylerin, yedikleri yemekleri veya kendi yeme alışkanlıklarını daha az yargıladığını göstermektedir. Yargılamama, yeme deneyimine açık ve kabul edici bir yaklaşıma sahip olmayı ifade eder.

Dışsal Farkındalık ve Gıda Güvenliği Tutumu arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,197$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusunda bilinçli olan bireylerin, yemek yerken çevresel faktörlere (ortam, sunum vb.) daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

4F-YFÖ ve Gıda Güvenliği Tutumu arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,497$, $p < 0,01$). Bu, genel olarak yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin, gıda güvenliği konusunda da bilinçli olduğunu göstermektedir.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ile Anlamlı İlişkiler

Önemseme ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,312$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusuna önem veren bireylerin aynı zamanda sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Gıda güvenliği konusunda bilinçli olan bireylerin, sağlıkla ilgili bilgilere daha fazla önem verdiği ve bu bilgileri araştırarak öğrenmeye daha istekli olduğu düşünülmektedir.

Özümseme ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,345$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri özümseyen bireylerin aynı zamanda sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri daha kolay özümsemediği ve bu bilgileri kendi yaşamlarına uygulayabildiği düşünülmektedir.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ve Yargılamama arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,164$, $p < 0,05$). Bu, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, yedikleri yemekleri veya kendi yeme alışkanlıklarını daha az yargıladığını göstermektedir. Yargılamama, yeme deneyimine açık ve kabul edici bir yaklaşıma sahip olmayı ifade eder.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ve İçsel Farkındalık arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,318$, $p < 0,01$). Bu, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, açlık, tokluk gibi içsel sinyallerine daha duyarlı olduğunu göstermektedir. İçsel farkındalık, bedenin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına dikkat etmeyi ifade eder.

Dışsal Farkındalık ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,136$, $p < 0,05$). Bu, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, yemek yerken çevresel faktörlere (ortam, sunum vb.) daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

4F-YFÖ ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,377$, $p < 0,01$). Bu, genel olarak yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin, sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

4F-YFÖ ile Anlamlı İlişkiler

4F-YFÖ ve Önemseme arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,477$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda gıda güvenliği konusuna önem verdiğini göstermektedir. Yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin, sağlıklı ve güvenli gıdalar tüketmeye daha özen gösterdiği düşünülmektedir.

4F-YFÖ ve Özümseme arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,466$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda gıda güvenliği ile ilgili bilgileri özümlediğini göstermektedir. Yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri araştırarak öğrendiği ve bu bilgileri kendi yaşamlarına uygulayabildiği düşünülmektedir.

4F-YFÖ ve Gıda Güvenliği Tutumu arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,497$, $p < 0,01$). Bu, genel olarak yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin, gıda güvenliği konusunda da bilinçli olduğunu göstermektedir.

4F-YFÖ ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,377$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, sağlıklı beslenme ve yeme farkındalığı ile ilgili bilgilere daha kolay ulaştığı ve bu bilgileri kendi yaşamlarına uygulayabildiği düşünülmektedir.

4F-YFÖ ve Tepkisizlik arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,402$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda yemek yerken daha az tepkisel davrandığını göstermektedir. Tepkisizlik, açlık hissi gibi içsel sinyallere daha duyarlı olmayı ve duygusal açlıkla yemek yememeyi ifade eder.

4F-YFÖ ve Yargılamama arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,604$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda yedikleri yemekleri veya kendi yeme alışkanlıklarını

daha az yargıladığını göstermektedir. Yargılamama, yeme deneyimine açık ve kabul edici bir yaklaşıma sahip olmayı ifade eder.

4F-YFÖ ve İçsel Farkındalık arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,236$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda açlık, tokluk gibi içsel sinyallerine daha duyarlı olduğunu göstermektedir. İçsel farkındalık, bedenin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına dikkat etmeyi ifade eder.

4F-YFÖ ve Dışsal Farkındalık arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,445$, $p < 0,01$). Bu, yeme farkındalığı yüksek olan bireylerin aynı zamanda yemek yerken çevresel faktörlere (ortam, sunum vb.) daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

Önemseme ile Anlamlı İlişkiler

Önemseme ve Tepkisizlik arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,143$, $p < 0,05$). Bu, gıda güvenliği konusuna önem veren bireylerin aynı zamanda yemek yerken daha az tepkisel davrandığını göstermektedir.

Önemseme ve Yargılamama arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,270$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusuna önem veren bireylerin aynı zamanda yedikleri yemekleri veya kendi yeme alışkanlıklarını daha az yargıladığını göstermektedir.

Önemseme ve İçsel Farkındalık arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,177$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusuna önem veren bireylerin aynı zamanda açlık, tokluk gibi içsel sinyallerine daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

Önemseme ve Dışsal Farkındalık arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,224$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği konusuna önem veren bireylerin aynı zamanda yemek yerken çevresel faktörlere (ortam, sunum vb.) daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

Özümseme ile Anlamlı İlişkiler

Özümseme ve Tepkisizlik arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,219$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri

özümseyen bireylerin aynı zamanda yemek yerken daha az tepkisel davrandığını göstermektedir. Tepkisizlik, açlık hissi gibi içsel sinyallere daha duyarlı olmayı ve duygusal açlıkla yemek yememeyi ifade eder. Gıda güvenliği konusunda bilgili ve bilinçli olan bireylerin, yeme davranışlarını daha iyi kontrol edebildiği düşünülmektedir.

Özümseme ve Yargılamama arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,340$, $p < 0,01$). Bu, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri özümseyen bireylerin aynı zamanda yedikleri yemekleri veya kendi yeme alışkanlıklarını daha az yargıladığını göstermektedir. Yargılamama, yeme deneyimine açık ve kabul edici bir yaklaşıma sahip olmayı ifade eder. Gıda güvenliği konusunda bilgili ve bilinçli olan bireylerin, kendilerine ve başkalarına karşı daha şefkatli bir yaklaşım sergilediği düşünülmektedir.

Dışsal Farkındalık ve Özümseme arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,154$, $p < 0,05$). Bu, gıda güvenliği ile ilgili bilgileri özümseyen bireylerin aynı zamanda yemek yerken çevresel faktörlere (ortam, sunum vb.) daha duyarlı olduğunu göstermektedir. Gıda güvenliği konusunda bilgili ve bilinçli olan bireylerin, yemek yeme ortamına ve sunumuna daha fazla dikkat ettiği düşünülmektedir.

Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Puanlarının Yordamasına İlişkin Regresyon Analiz Sonuçları

Bu bölümde, yetişkin tip II diyabetli bireylerin yeme tutumları üzerinde gıda güvenliği tutum düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin etkilerini incelemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları sunulmuştur. Analiz kapsamında, yeme tutumları bağımlı değişken olarak ele alınmış ve Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği (4F-YFÖ) toplam puanı kullanılarak ölçülmüştür. Bağımsız değişkenler olarak ise katılımcıların gıda güvenliği tutum düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiştir. Gıda güvenliği tutum düzeyleri Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği (GGTÖ) ile, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ile ölçülmüştür. Bu analiz, gıda güvenliği tutum düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme tutumları üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Çizelge 14. Gıda Güvenliği Tutum Düzeyleri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yeme Tutumları Üzerindeki Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	65,814	2,685		24,512	0,000		
Gıda Güvenliği Tutumu	0,716	0,192	0,232	3,722	0,000	0,377	0,251
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı	0,546	0,082	0,416	6,664	0,000	0,497	0,421
R=0,542	R ² =0,294						
F=42,938	p=0,000						

Gıda güvenliği tutum düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme tutumları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, bu iki değişken birlikte yeme tutumları ile anlamlı bir ilişki ($R=0,542$, $R^2=0,294$) sergilemiştir ($F=42,938$, $p=0,000$). Söz konusu iki değişken, yeme tutumları puanlarındaki değişimin %29,4'ünü açıklamaktadır.

Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri göz önüne alındığında, yordayıcı değişkenlerden hem Gıda Güvenliği Tutumu ($p=0,000$) hem de Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ($p=0,000$) değişkenlerinin yeme tutumları üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu görülmektedir. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre, istatistiksel olarak anlamlı yordayıcı değişkenlerin, yeme tutumları üzerindeki önem durumları, Gıda Güvenliği Tutumu ($\beta=0,232$) ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ($\beta=0,416$) şeklindedir.

Anlamlı yordayıcı değişkenler ile yeme tutumları arasındaki ilişkilere bakıldığında, Gıda Güvenliği Tutumu ile $r=0,377$, diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde $r=0,251$ düzeyinde korelasyon gözlenmektedir. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ile $r=0,497$, diğer yordayıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde $r=0,421$ düzeyinde korelasyon gözlenmektedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, yeme tutumlarını yordayan regresyon denklemi şu şekildedir:

$$4F\text{-}YF\ddot{O} \text{ toplam puanı} = (0,716 \times GGT\ddot{O}) + (0,546 \times YSO\ddot{O}) + 65,814$$

Bu denklemde, her bağımsız değişkenin katsayısı, o değişkenin yeme tutumları üzerindeki etkisini göstermektedir.



V.TARTIŞMA

Bu çalışmada, Tip II diyabet hastalarının yeme farkındalıkları, gıda güvenliği tutumları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve bu ilişkilerin demografik değişkenler çerçevesinde değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Çalışmamızın bulguları, mevcut literatürde yer alan diğer araştırmalarla karşılaştırılarak değerlendirildiğinde, bazı önemli benzerlikler ve farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, demografik değişkenlerin, özellikle cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyinin, yeme farkındalıkları ve sağlık okuryazarlığı üzerinde belirgin etkiler yarattığını göstermektedir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, erkek katılımcıların gıda güvenliği tutumları ve yeme farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Önceki araştırmalar, cinsiyetin gıda güvenliği bilinci ve sağlık farkındalığı üzerindeki etkisini farklı şekillerde ortaya koymaktadır. Örneğin, Başer ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların gıda güvenliği bilincinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Mannucci ve arkadaşları (2002), Tip II diyabetli ve diyabetli olmayan obez bireyleri içeren üç farklı grup üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, kadınların genel sağlık bilgisi ve farkındalığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmada ayrıca, kadın katılımcıların yeme bozuklukları, diyet bilinci ve sağlık farkındalığı konularında erkeklere kıyasla daha bilinçli oldukları tespit edilmiştir.

Bununla birlikte, araştırmamızda kadın ve erkek katılımcılar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, sağlık okuryazarlığının cinsiyet bazında genellenebilir bir değişken olmayabileceğini ve bireylerin eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum, kişisel sağlık deneyimleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir. Bu bulgu, RobotSarpoooshi ve arkadaşlarının (2020) çalışmasıyla karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Söz konusu araştırmada, kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve erkeklere

kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın bulguları, cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinin sabit ve kesin bir faktör olmadığını, farklı örneklem grupları ve bağlamsal değişkenlere göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Yaş değişkeni, yeme tutumları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çalışmamızda, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinde bir düşüş gözlemlenmesine rağmen, yeme farkındalığı düzeylerinde genel olarak belirgin bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak, Tepkisizlik boyutunda yaşın artması ile birlikte anlamlı bir artış gözlemlenmiştir, bu da yaşlı bireylerin yeme konusunda daha az tepkisel ve daha temkinli davrandığını göstermektedir. Gıda güvenliği tutumlarında ise yaşa bağlı olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, literatürde yer alan önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında kısmen paralellik göstermektedir. Sayın ve arkadaşlarının (2019) çalışması, yaş ilerledikçe yeme farkındalığında bir düşüş yaşandığını ortaya koymuştur ($r=-0.259$, $p<0.05$). Ancak, çalışmamızda genel yeme farkındalığında belirgin bir düşüş gözlemlenmemiş, yalnızca Tepkisizlik boyutunda bir artış tespit edilmiştir. Bu farklılık, araştırma kapsamındaki örneklem gruplarının özelliklerinden veya kullanılan değerlendirme ölçeklerinden kaynaklanabilir.

Öte yandan, gıda güvenliği tutumları ile yaş arasındaki ilişkiye dair farklı bulgular mevcuttur. Uğur Başer ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, yaş faktörünün de gıda güvenliği bilinci üzerinde etkili olduğu ve yaş ilerledikçe bireylerin daha yüksek bir bilinç düzeyine sahip olma olasılıklarının arttığı ifade edilmiştir. Çalışmamızda ise yaş değişkeninin gıda güvenliği tutumları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı gözlemlenmiştir. Bu durum, çalışmamızda yer alan bireylerin eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu veya yaş grubuna göre gıda güvenliği konusundaki farkındalıklarının farklılaşmamasından kaynaklanabilir.

Ayrıca, yaşın bireylerin bilinçli yeme eğilimleri üzerindeki etkisini ele alan Danielle Aparecida Caetano Rodrigues ve arkadaşlarının (2024) çalışması, yaşlı bireylerin duygusal yeme ve dışsal tetikleyicilere karşı daha az duyarlı oldukları belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda yaş ilerledikçe Tepkisizlik boyutunun artmasıyla örtüşmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme

davranışlarında daha az dışsal uyarana tepki vermesi ve yeme konusunda daha kontrollü olmaları, genel sağlık farkındalığındaki değişimler ile ilişkili olabilir.

Medeni durum ve eğitim düzeyinin yeme tutumları ve sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisi incelendiğinde, çalışmamızda bu değişkenlerin anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak, literatürde bu konuda farklı bulgulara rastlanmaktadır Sayın ve arkadaşlarının (2019) 94 Tip II diyabetli birey üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada ve Olive ve arkadaşlarının (2024) sağlık okuryazarlığı üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada da, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgilerini daha iyi anladıkları ve bu bilgiyi günlük yaşamlarında daha etkin bir şekilde kullandıkları tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi, bireylerin sağlıklı ilgili bilgilere erişimini, bu bilgileri anlama ve uygulama becerisini artırarak daha bilinçli sağlık davranışlarının gelişmesine katkıda bulunabilir. Davood RobatSarpooshi ve arkadaşlarının (2020) çalışması, üniversite mezunu ve daha yüksek gelir seviyesine sahip bireylerin, daha yüksek sağlık okuryazarlığı ve öz bakım puanlarına sahip olduklarını göstermiştir. Aynı çalışmada, Tip II diyabet hastalarının sağlık okuryazarlık ve öz bakım davranışları ile eğitim düzeyi ve aylık gelirleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Saman Agad Hashim ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, daha yüksek eğitim düzeyine ve gelire sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı açısından daha avantajlı olduğu ve glisemik kontrol seviyelerinin daha iyi olduğu rapor edilmiştir. Bu bulgular, eğitim seviyesinin sağlık yönetimi ve farkındalık konularında kritik bir değişken olduğunu desteklemektedir.

Gıda güvenliği ve bilinçli yeme tutumları açısından da eğitim düzeyinin etkili olduğu belirtilmektedir. Uğur Başer ve arkadaşlarının (2022) yaptığı araştırmada, gelir ve eğitim seviyeleri arttıkça bireylerin gıda güvenliği farkındalıklarının da yükseldiği belirlenmiştir. Eğitimli bireylerin, gıdaların güvenliği ve hijyen standartları hakkında daha bilinçli oldukları ve bu bilgileri günlük yaşamlarına daha kolay entegre ettikleri vurgulanmıştır. Ayrıca, Danielle Aparecida Caetano Rodrigues ve arkadaşlarının (2024) çalışması, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin bilinçli yeme eğilimlerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum, eğitim düzeyi yüksek bireylerin gıda seçimleri konusunda daha dikkatli ve sağlıklı tercihler yapma eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, ailede diyabet hastası olma durumunun yeme farkındalığı, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca Diyabet hastası olma süresinin yeme farkındalığı, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde, diyabet süresinin bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisini ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Mannucci ve arkadaşlarının (2002) çalışması, diyabet süresi arttıkça bireylerin yeme ile ilgili endişelerinin azaldığını, ancak kısıtlama eğilimlerinin arttığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, uzun süre diyabetle yaşayan bireylerin zamanla daha kontrollü ve planlı bir yeme düzeni geliştirdiklerini, ancak bu süreçte gıdalarla ilgili kaygılarının azaldığını göstermektedir. Bunun nedeni, diyabet tanısı alan bireylerin zaman içinde beslenme alışkanlıklarını uyarlayarak hastalıkla yaşamayı öğrenmeleri ve belirli diyet kısıtlamalarına daha fazla uyum sağlamaları olabilir.

Bu çalışmada, yeme tutumu, gıda güvenliği bilinci ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiler incelenmiş ve elde edilen bulgular mevcut literatürle karşılaştırılmıştır. Korelasyon analizine göre, gıda güvenliği bilinci ile sağlık okuryazarlığı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,347$, $p < 0,01$). Bu bulgu, RobatSarpooshi ve arkadaşlarının (2020) çalışmasıyla uyumludur. Söz konusu çalışmada da sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin öz bakım uygulamalarına daha fazla uyum gösterdiği ve diyabet yönetiminde daha başarılı olduğu tespit edilmiştir.

Gıda güvenliği bilinci ile yeme farkındalığı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunması ($r = 0,497$, $p < 0,01$), Sayın ve arkadaşlarının (2019) çalışmasını desteklemektedir. Sayın ve arkadaşları, yeme farkındalığı yüksek bireylerin beslenme alışkanlıklarının daha sağlıklı olduğunu ve bu bireylerin açlık kan şekeri kontrolünde daha başarılı olduklarını belirtmiştir. Aynı şekilde, Petroni ve arkadaşlarının (2019) çalışması da disfonksiyonel yeme davranışlarının diyabet yönetimini olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bu bağlamda, yeme farkındalığının artmasının hem beslenme tutumlarını hem de gıda güvenliği bilincini olumlu etkileyebileceği öne sürülebilir.

Sağlık okuryazarlığının yeme farkındalığı ile pozitif ilişkili bulunması ($r = 0,377$, $p < 0,01$), Liu ve arkadaşlarının (2021) çalışmasındaki bulgularla

örtüşmektedir. Liu ve arkadaşları, bilinçli farkındalık düzeyi yüksek bireylerin beslenme kalitesinin daha iyi olduğunu ve diyabet yönetiminde daha başarılı olduklarını göstermiştir. Ayrıca, bu çalışma, depresyon ve anksiyetenin sağlık okuryazarlığı ile beslenme kalitesi arasındaki ilişkiyi doğrudan etkilemediğini ortaya koymuştur.

Regresyon analizi sonuçları, yeme farkındalığının önemli belirleyicileri arasında gıda güvenliği bilinci ($\beta = 0,232$) ve sağlık okuryazarlığının ($\beta = 0,416$) yer aldığını göstermektedir. Bu sonuç, Tehsin ve arkadaşlarının (2024) çalışmasıyla paraleldir. Tehsin ve arkadaşları, gebelik diyabeti olan kadınların beslenme farkındalıklarının sağlık eğitim programlarına bağlı olarak değişebileceğini ve daha önce gebelik komplikasyonu yaşamış bireylerin beslenme farkındalığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasının, yeme farkındalığı ve diyabet yönetiminde önemli bir iyileşme sağlayabileceğini göstermektedir.

Bununla birlikte, gıda güvenliği bilinci ile tepkisizlik ($r = 0,193$, $p < 0,01$) ve dışsal farkındalık ($r = 0,197$, $p < 0,01$) arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, Mannucci ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında belirttikleri gibi, diyabet hastalarında yeme kontrolü ile ilgili mekanizmaların karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada, Tip 2 diyabetli bireylerin kilo kaybı motivasyonlarının yüksek olmasına rağmen, yeme kısıtlama eğilimlerinin de baskın olduğu gösterilmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, sağlık okuryazarlığı, yeme farkındalığı ve gıda güvenliği bilinci arasındaki ilişkilerin güçlü olduğunu ve bu değişkenlerin diyabet yönetimi açısından kritik öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, sağlık okuryazarlığı ve gıda güvenliği bilincinin, bireylerin beslenme davranışlarını etkileyen önemli faktörler olduğu ve bu nedenle sağlık eğitim programlarında öncelikli olarak ele alınması gerektiği söylenebilir. Özellikle, diyet eğitimi ve bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin, diyabet yönetimini destekleyen önemli araçlar olduğu vurgulanmaktadır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, yetişkin tip II diyabetli bireylerin yeme tutumları üzerinde gıda güvenliği tutum düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları sunulmuştur. Bu bölümde, bulgular bölümünde yer alan tüm bulguların sonuçları detaylı bir şekilde verilmiştir.

Katılımcıların demografik bilgileri, frekans analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların %74,2'si kadın, %25,8'i erkektir. Yaş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %12,9'u 26-39 yaş aralığında, %41,1'i 40-64 yaş aralığında ve %45,9'u 65 yaş ve üzerindedir. Medeni durumlarına göre dağılımda ise %8,6'sı bekar, %69,9'u evli ve %21,5'i dul olarak belirlenmiştir. Eğitim durumlarına göre dağılımda, %8,1'i okur-yazar değil, %12,4'ü okur-yazar, %53,6'sı ilkokul mezunu, %7,2'si ortaokul mezunu, %7,7'si lise ve dengi mezunu ve %11'i yükseköğretim mezunudur.

Katılımcıların demografik özellikleri, yeme tutumları üzerinde farklı etkiler göstermiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik faktörlerin yeme tutumları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Erkek katılımcıların gıda güvenliği ve yeme tutumları konusunda daha bilinçli oldukları görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ise cinsiyete göre bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bulgular, yaşın bazı sağlık ve beslenme tutumları üzerinde etkili olduğunu, ancak tüm alanlarda belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genç yaş grubunda daha yüksek olması, genç bireylerin sağlık bilgilerini daha iyi anladıklarını ve kullandıklarını göstermektedir. Bu durum, gençlerin sağlık bilgilerine erişimlerinin daha kolay olması ve bu bilgiyi günlük yaşamlarında daha etkin bir şekilde kullanmalarıyla açıklanabilir. Tepkisizlik düzeylerinin yaş ilerledikçe artması, yaşlı bireylerin yeme davranışlarını daha kontrollü ve bilinçli bir şekilde yönettiklerini göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, bireylerin yeme konusunda daha az tepki verdiği ve daha sakin bir yeme tutumuna sahip olduğu görülmektedir.

Bulgular medeni durumun ve eğitim düzeyinin katılımcıların gıda güvenliği tutumları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Yapılan analizler sonucunda, katılımcıların gıda güvenliği tutumları, yetişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve yeme farkındalığı düzeylerinin ailede diyabet hastası olma durumuna göre anlamlı farklılıklar göstermediği belirlenmiştir. Ailede diyabet hastası olma durumundan elde edilen verilere göre; ailede diyabet hastası olma ve olmama durumunun, katılımcıların gıda güvenliği tutumları, sağlık okuryazarlığı ve yeme farkındalığı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir.

Diyabet hastası olma süresinin yeme tutumları üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç, diyabet hastası olma süresinin bireylerin yeme tutumlarını belirlemede tek başına yeterli bir faktör olmadığını göstermektedir. Diyabet yönetimi ve beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, bireylerin gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile daha yakından ilişkilidir. Diyabet hastası olma süresi, bireylerin hastalıklarını nasıl yönettiklerinden ziyade, bu süreçte edindikleri bilgi ve bilinç düzeyi ile daha fazla ilişkilidir.

Pearson korelasyon analizi sonuçları, çalışmanın temel değişkenleri arasında çeşitli düzeylerde ilişkiler olduğunu göstermiştir. Gıda güvenliği tutumu ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Benzer şekilde, yeme farkındalığı ile hem gıda güvenliği tutumu hem de sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu bulgular, bireylerin gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, sağlıklı yeme tutumlarını geliştirmede önemli rol oynadığını göstermektedir.

Regresyon analizi sonuçları, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme tutumları üzerindeki etkilerini daha detaylı bir şekilde ortaya koymuştur. Gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı birlikte ele alındığında, yeme tutumları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip oldukları görülmüştür. Bu iki değişken birlikte, yeme tutumlarındaki varyansın önemli bir kısmını açıklamaktadır. Regresyon analizi bulguları, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, bireylerin yeme tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçlar, literatürde yer alan ve gıda güvenliği ile sağlık

okuryazarlığının beslenme alışkanlıkları ve diyabet yönetimi üzerindeki olumlu etkilerini vurgulayan çalışmalarla uyumludur.

Öneriler

Bu çalışmanın bulguları ışığında, gelecekte yapılacak araştırmalar ve uygulamalar için çeşitli öneriler sunulmaktadır:

1. Daha geniş yaş grupları ve cinsiyetler arasında karşılaştırmalar yaparak, gıda güvenliği tutumları, sağlık okuryazarlığı ve yeme farkındalığı üzerindeki etkiler detaylı şekilde incelenebilir.
2. Farklı kültürel ve etnik gruplar arasında benzer araştırmalar yapılarak, kültürel faktörlerin bu değişkenler üzerindeki etkileri anlaşılabilir.
3. Uzun dönemli izleme çalışmaları ve boylamsal araştırmalar ile gıda güvenliği tutumları, sağlık okuryazarlığı ve yeme farkındalığı üzerindeki değişimlerin zaman içindeki etkileri incelenebilir.
4. Gıda güvenliği bilincini artırmak için eğitim programları uygulanabilir ve bu programların yeme tutumları üzerindeki etkileri incelenebilir.
5. Diyabetli bireylerin yaşadığı stres ve anksiyete gibi psikolojik faktörlerin gıda güvenliği tutumları ve yeme farkındalığı üzerindeki etkileri incelenebilir.
6. Diyabetli bireylerle derinlemesine görüşmeler yapılarak, gıda güvenliği tutumları ve sağlık okuryazarlığı konusundaki deneyimleri ve bu alanlardaki zorluklar daha iyi anlaşılabilir.
7. Diyabetli bireylerin grup tartışmaları yoluyla deneyimlerini paylaşmaları, ortak sorunları ve çözüm önerilerini belirlemek açısından incelenebilir.
8. Beslenme uzmanları, psikologlar, sosyologlar ve sağlık eğitimcileri gibi farklı disiplinlerden uzmanların işbirliğiyle daha kapsamlı araştırmalar yapılabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma, gıda güvenliği tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme tutumları üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Diyabetli bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmeleri için bu alanlarda

bilinçlenmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, sağlık eğitim programları ve toplumsal farkındalık kampanyaları aracılığıyla bu bilinç düzeylerinin artırılması, diyabet yönetiminde ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesinde önemli bir rol oynayacaktır.



VII. KAYNAKLAR

KİTAPLAR

GEORGE, D., & MALLERY, P. (2019). **IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference**. Routledge.

NIELSEN B.L, PANZER A.M. & KİNDİNG D.A. (Tıp Enstitüsü (ABD) Sağlık Okuryazarlığı Komitesi) (2004). **“Health Literacy: A Prescription to End Confusion.”** National Academies Press Yayınevi . Washington.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2016) **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması**. Ankara, 1 Baskı , Sağlık Bakanlığı Yayın No 1025.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019) **Glisemik Bozukluklarda Tanı, Sınıflama ve Tarama**. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Yayınları, Ankara., ss. 57.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2013) **Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu**, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Yayınları, Ankara 6. Baskı, Ankara, ss.26-71-76.

MAKALELER

AĞIRMAN E, MARANGOZ B, GENCER MZ, ARICA S & ZEGEREK K. (2018) “Tip II diyabetli hastalarda oral antidiyabetik ilaçların hba1c, obezite ve komplikasyonlar ile ilişkisi” **Medical Journal**, cilt 2 , sayı 2 ss. 93-101.

- AKALIN S. N. (2022)“ Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri”. **TEMEDergisi**, cilt 1, ss. 17-18.
- AKÇA, D., & ŞENTÜRK, S. (2020). Effect of eating attitudes of individuals with type 2 diabetes upon quality of life. **International Journal of Health Services Research and Policy**, 5(2), 99-110.
- ALQADİ, S. (2024). Diabetes Mellitus and Its Influence on Oral Health: Review. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, Volume 17, 107-120. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S426671>
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE, (2024). “Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes.” **Diabetes Care Dergisi**, cilt 47, sayı 1. Ss.20-42
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE,(2020). “ Classification and diagnosis of diabetes. “ **Standards of Medical Care in Diabetes** , cilt 43 , sayı 1, ss.14–31
- ANOOP M., JAYAWARDENA R.& ANOOP S. (2019) “Obesity in South Asia: Phenotype, Morbidities, and Mitigation.” **Curr Obes Rep. Dergisi**, cilt 1, ss. 43-52.
- ASSOCIATION, A. D. (2023). Standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. **Clinical Diabetes**, 41(1), 4-31.
- AYVAZ G. & KAN E. (2010) “Tip II Diabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar Tip II Diabetes Mellitus Tedavisi “ **Mised** , cilt 8, sayı 23-24, ss.8-12
- BARAN, Ö., TÜRKER, P., & TAYFUR, M. (2020). Tip II Diyabetik Bireylerin Beslenme Durumu, Yeme Bağımlılığı ve Farkındalığının Değerlendirilmesi. **Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 5(3), 226-242.
- BAŞER U. , KILIÇ O. & AYDIN E. G. (2022) “Tüketicilerin Gıda Güvenliği Bilinç Düzeylerini Etkileyen Faktörler: Samsun İli Örneği, Türkiye.” **Dergipark**, cilt 9, sayı 2, ss.239-244.

- BAYKAL A. & KAPUCU S., (2015) ‘‘Tip II diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi.’’ **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi**, ss. 44-58.
- BELLOU V., BELBASİS L., TZOULAKİ I. & EVANGELOU E. (2018)’’ Risk factors for type 2 diabetes mellitus: an exposure-wide umbrella review of meta-analyses.’’ **Plos One** cilt 13, sayı 3, ss.1-27.
- BENNETT B.L. & LATNER J.D. (2022)’‘Mindful eating, intuitive eating, and the loss of control over eating.’’ **Eating Behaviors**, cilt 47 , ss.1-6.
- BESHARA M., HUTCHINSON A.D. & WILSON C.(2013) ‘‘ Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults ‘‘ **Appetite**, cilt 67, ss. 25–29.
- BUTAYEVA, J., RATAN, Z. A., DOWNİE, S., & HOSSEİNZADEH, H. (2023). The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. **Journal of Diabetes**, 15(9), 724-735. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13436>
- CARRİERE, K., SHİREEN, S. H., SİEMERS, N., PREİßNER, C. E., STARR, J., FALK, C., & KNÄUPER, B. (2022). Development and validation of the four facet mindful eating scale (FFaMES). **Appetite**, 168, 105689.
- CHENG H.Y., WANG W., WANG W., YANG M.Y. & ZHOU Y.Y. (2024). ‘‘Interkingdom Hormonal Regulations between Plants and Animals Provide New Insight into Food’’ **Safety. J Agric Food Chem** . cilt 72, sayı 1, ss.4-26.
- ÇOPURLAR C.K. & KARTAL M. (2016). ‘‘What is Health Literacy? How to Measure It? Why is it Important?’’ **Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care**. cilt 10, sayı 1 ss.40-45.
- ÇUBUK G. & İNCE S.(2015) ‘‘Oral Antidiyabetik İlaçlar.’’ **Kocatepe Veteriner Dergisi**, cilt 8, sayı 1, ss.97-98-99.
- DAVİS T.C., ARNOLD C., BERKEL H.J., NANDY I., JACKSON R.H. & GLASS J.(1996).’’ Knowledge and attitude on screening

mammography among low-literate, low-income women.” **Cancer**, cilt 78, sayı 9, ss.12-20.

DESHPANDE, A. D., HARRİS-HAYES, M., & SCHOOTMAN, M. (2008). Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. **Physical therapy**, 88(11), 1254-1264.

EVANS W. E.& GWYNNE R.C. (2020). “Identifying Vulnerable Populations at Risk of Foodborne Infection: People with Diabetes Mellitus.” **Food Protection Trends Dergisi**, cilt 40, sayı 5, ss. 374–379.

GALİCİA G.U., BENİTO V.A., JEBARİ S., LARREA-SEBAL A., SİDDİQİ H., URİBE KB., OSTOLAZA H. & MARTİN C. (2020). “Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus.” **International Journal of Molecular Sciences**, cilt 21, ss.2-25.

GARİPOĞLU G. & AKBULUT G., (2014) “Tip II Diabetes Mellitus Tedavisinde Kullanılan Oral Antidiyabetikler ve Besin-İlaç, İlaç-İlaç Etkileşimleri.” **İç Hastalıkları Dergisi**, cilt 21, ss. 1-7.

GÖZENER B., ORUÇ B. E. & SAYILI M.(2009). “Gıda Güvenliği Konusunda Öğrencilerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi”, GOÜ. **Ziraat Fakültesi Dergisi**, cilt 26, sayı 2, ss. 45-53.

GURTOO A., M. S. & AP. M.K. (2019). “Level of Health Literacy Among Type 2 Diabetic Persons and its Relation to Glycemic Control” **J Assoc Physicians India**. cilt 67, sayı 4 , ss.59-62.

HAMURCU P. , KÖSE G. , ŞAHİN İ.N. & ÇELİK A. (2023). “Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.” **Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi** , cilt 8 , sayı 2 , ss. 187-198.

HASHİM, S. A., BARAKATUN-NİSAK, M. Y., ABU SAAD, H., ISMAİL, S., HAMDY, O., & MANSOUR, A. A. (2020). Association of health literacy and nutritional status assessment with glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. **Nutrients**, 12(10), 3152.

- HOOD M.M., REUTRAKUL S. & CROWLEY S.J. (2014). “Night eating in patients with type 2 diabetes. Associations with glycemic control, eating patterns, sleep, and mood.” **Appetite**, cilt 79, sayı 1, ss. 91-96
- İSTANBULLUGİL, F.R & GÜRBÜZ, Ü. (2019). “Üniversite Öğrencilerinin Gıda Güvenliği Bilinç Düzeyinin Belirlenmesi; Bişkek Örneği”, **Manas Journal of Agriculture Veterinary and Life Sciences**, cilt 9, sayı 2, ss. 85- 90.
- JAMES R. GAVİN III, MD, PHD (BAŞKAN), KGMM ALBERTİ, MD, MAYER B. DAVIDSON, MD, RALPH A. DEFRONZO, MD, ALLAN DRASH, MD , STEVEN G. GABBE, MD, SAUL GENUTH, MD, MAUREEN I. HARRİS, PHD, MPH, RİCHARD KAHN, PHD, HARRY KEEN, MD, FRCP, WILLİAM C. KNOWLER, MD, DRPH, HAROLD LEBOVİTZ, MD, NOEL K MACLAREN, MD, JERRY P. PALMER, MD, PHİLİP RASKİN, MD, ROBERT A. RİZZA, MD VE MİCHAEL P. STERN, MD. (2003). “Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus.” **Diabetes care Dergisi** , sayı: 26 cilt: 1, ss. 5–20.
- KARABAL, A.(2019). “Gıda Mevzuatı ve Gıda Güvenliği.” **International Journal of Social and Humanities Sciences (IJSHS)**, cilt 3, sayı 1, ss 179- 198.
- KES, D. & ÇİÇEK C.S. (2021). “Mindful eating, obesity, and risk of type 2 diabetes in university students: A cross-sectional study.” **In Nursing Forum** Cilt 56 , sayı, 3 , ss. 483-489.
- KLEİNBERGER J.W. & POLLIN T.I. (2015) “ Personalized medicine in diabetes mellitus: current opportunities and future prospects” **Ann N Y Acad Sci**, cilt1, ss. 45-46.
- KOCAMAN M.E. & ŞANLIER N. (2014). “Öğretmenlerin Gıda Güvenliği Bilgi Düzeylerinin Tutumlarına Etkisi.” **TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni**, cilt 13, sayı 2, ss.151-160.
- KOÇ, G. ve UZMAY, A. (2015). “Gıda Güvencesi ve Gıda Güvenliği: Kavramsal Çerçeve, Gelişmeler ve Türkiye”, **Tarım Ekonomisi Dergisi**, cilt 21, sayı 1, ss. 39-48.

- KÖSE G., TAYFUR M., BİRİNCİOĞLU İ. & DÖNMEZ A. (2016). ‘‘Yeme Farkındalığı Ölçeği’ni Türkçeye Uyarlama Çalışması.’’ **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, cilt 3, ss. 125-134.
- KREİG G.J. M. (2006). ‘‘Effects on Self Efficacy and Behavior in People With Type 2 Diabetes: Self Monitoring of Physical Activity.’’ **The Diabetes Educator**, cilt 32, sayı 1, ss.66-77.
- LİU, S., NYKLÍČEK, I., POWWER, F., SPEİGHT, J., BOT, M., NEFS, G., & SOEDAMAH-MUTHU, S. S. (2021). Mindfulness in Relation to Diet Quality in Adults with Type 1 and Type 2 Diabetes: Results from Diabetes MILES-The Netherlands. **Mindfulness**, 12(12), 2943-2954. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01754-x>
- MANNUCCI, E., TESI, F., RİCCA, V., PIERAZZUOLİ, E., BARCIULLİ, E., MORETTİ, S., Dİ BERNARDO, M., TRAVAGLINİ, R., CARRARA, S., & ZUCCHİ, T. (2002). Eating behavior in obese patients with and without type 2 diabetes mellitus. **International journal of obesity**, 26(6), 848-853.
- MİLLER C. K., KRİSTELLER J. L., HEADİNG A. & NAGARAJA H. (2014). ‘‘ Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial.’’ **Health Education & Behavior**’’ cilt 41, sayı 2, ss. 145-154.
- OLİVE, J., WONG, T. H. T., CHİK, F., TAN, S.-Y., & GEORGE, E. S. (2024). Knowledge, Attitudes, and Behaviors around Dietary Fats among People with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. **Nutrients**, 16(14), 2185.
- OLGUN N, YALIN H & DEMİR G.H.’’ Diyabetle mücadelede diyabet risklerinin belirlenmesi ve tanılama. ‘‘ **Turkish Family Physician**, cilt 2, sayı 2, ss. 41-49.
- ÖNEY, B., & ŞİŞMAN, Z. (2023). Beslenmede Güncel Bir Yaklaşım: Yeme Farkındalığı. **Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 7(2), 416-427.

- ÖZDEMİR İ. ve HOCAOĞLU C. (2009). “ Tip II Diyabetes Mellitus ve Yasam Kalitesi Bir Gözden Geçirme “, **Göztepe Tıp Dergisi**, cilt 24, sayı 2, ss. 7-74-77.
- ÖZYARDIMCI E. C.,(2010) “Tip II diabetes mellitusta oral antidiyabetik tedavi yaklaşımları.” **Türk Aile Hekimler Dergisi**, cilt 14, sayı 1, ss. 1-7
- PETRONİ, M. L., BARBANTİ, F. A., BONADONNA, R., BRUNO, G., CALETTİ, M. T., CROCI, M., D'EUSEBİO, C., DEI CAS, A., INVİTTİ, C., & MERLO, F. (2019). Dysfunctional eating in type 2 diabetes mellitus: A multicenter Italian study of socio-demographic and clinical associations. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, 29(9), 983-990.
- POPOVİCIU, M. S., PADURARU, L., NUTAS, R. M., UJOC, A. M., YAHYA, G., METWALLY, K., & CAVALU, S. (2023). Diabetes mellitus secondary to endocrine diseases: An update of diagnostic and treatment particularities. **International Journal of Molecular Sciences**, 24(16), 12676.
- POURHABİBİ N., MOHEBBİ B, SADEGHİ R, SHAKİBAZADEH E, SANJARİ M, TOL A. & YASERİ M. (2022) “Determinants Of Poor Treatment Adherence among Patients with Type 2 Diabetes and Limited Health Literacy: A Scoping Review.” **Hindawi Journal of Diabetes Research**, ss.10.
- POZNYAK A., GRECHKO A.V., POGGIO P., MYASOEDOV V. A., ALFIERİ V.& OREKHOV A. N. (2020) “The Diabetes Mellitus-Atherosclerosis Connection: The Role of Lipid and Glucose Metabolism and Chronic Inflammation.” **International Journal of Molecular Sciences Dergisi**. cilt 21, sayı 5, ss 2-13.
- ROBATSARPOOŞİ, D., MAHDİZADEH, M., ALİZADEH SİUKİ, H., HADDADİ, M., ROBATSARPOOŞİ, H., & PEYMAN, N. (2020). The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes. **Patient Related Outcome Measures**, Volume 11, 129-135. <https://doi.org/10.2147/PROM.S243678>

- RYMAN C., WARNICKE C., HUGOSSON S., ZAKRISSON A.B. & DAHLBERG K. (2024) "Health literacy in cancer care: A systematic review." **European Journal of Oncology Nursing**. cilt 70, ss.1-10.
- SADEGHİ S., BROOKS D., STAGG P. S. & GOLDSTEİN R. (2013). "Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD." **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. cilt 10, sayı 1, ss.72-78
- SAĞUN, E. (2023). Gestasyonel Diabetes Mellitusun Önlenmesi ve Yönetiminde Tıbbi Beslenme Tedavisinin Önemi. **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, 31(6), 461-468.
- SALVIA M.G. & QUATROMONI P.A.(2023) " Behavioral approaches to nutrition and eating patterns for managing type 2 diabetes: A review." **American Journal of Medicine Open**, cilt 9, ss.1-8.
- SAMİ, W., ALABDULWAHHAB, K. M., AB HAMİD, M. R., ALASBALİ, T. A., ALWADANİ, F. A., & AHMAD, M. S. (2020). Dietary attitude of adults with type 2 diabetes mellitus in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. **Medicina**, 56(2), 91.
- SAYIN, F. K., KUŞDEMİR, S., BÜYÜKSÜTÇÜ, G., ÇETİNKAYA, Ş. M., SEYFİ, S., & ZEREN, E. (2019). Tip II diyabetli obez bireylerin yeme farkındalığı düzeyleri ile metabolik parametreleri arasındaki ilişki. **Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi**, 3(2), 93-98.
- SCHILLİNGER D., GRUMBACH K., PIETTE J., WANG F., OSMOND D., DAHER C. (2002) " Association of health literacy with diabetes outcomes." **Jama**, cilt 288, sayı 4, ss. 475-482.
- SEZER A.& KADIOGLU H. (2014). "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. " **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, cilt 17, sayı 3 , ss.165-170.
- STEİNSBEKK A., RYGG L., LİSULO M., RİSE M. & FRETHEİM A.(2012) "Group based diabetes selfmanagement education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A

systematic review with meta-analysis.” **BMC Health Services Research**. Cilt 12, sayı 213 , ss. 2-19.

SUCHADA S., POLATHEP V., CHOOMALEE K. & NGAMCHALIEW P. (2024) “Effect of online infographics for enhancing health literacy among patients with type 2 diabetes in primary care unit during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. Randomized Controlled “ **Trial BMC Prim Care**. cilt 25, sayı 1 , ss. 87.

TEHSİN, F., ELZORKANY, K. M., ALHAFİTH, M. A., ALBEJAİS, R. A., ALRUWAYDH, A. K., ALABDALMUHSİN, A. M., & ALMUHAYTİB, F. A. (2024). Food attitude among pregnant women with type 2 diabetes in the Kingdom of Saudi Arabia. **International Journal of Medicine in Developing Countries**, 8(2), 798-798.

THAPA S.P., SHRESTHA S & ANAL A. K.(2020). “Addressing the antibiotic resistance and improving the food safety in food supply chain (farm-to-fork).” **Southeast Asia Food Control**, cilt 108, ss.106-809.

TURAN E & KULAKSIZOĞLU M. (2015) “Tip II Diyabet tedavisinde güncel yaklaşımlar” **Okmeydanı Tıp Dergisi**, cilt 31, sayı ek sayı , ss. 86-94.

VAN S.J., NYKLICEK I., POP V.J., BLONK M.C., ERDTSIECK R.J., SPOOREN P.F., TOORİANS A.W. & POUWER F. (2013) “The Effects Of A Mindfulness-Based İntervention On Emotional Distress, Quality Of Life, And Hb1c İn Outpatients With Diabetes (DiaMind).” **Diabetes Care**. cilt 36, ss. 823- 830.

WU, Y., DİNG, Y., TANAKA, Y., & ZHANG, W. (2014). Risk Factors Contributing To Type 2 Diabetes And Recent Advances İn The Treatment And Prevention. **International Journal Of Medical Sciences**, 11(11), 1185.

XİE, Z., LİU, K., OR, C., CHEN, J., YAN, M., & WANG, H. (2020). An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2

diabetes and hypertension. **BMC Public Health**, 20(1), 1227.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09274-4>

YALÇIN B. P., TAŞKAYA S. & ŞAHİN B.(2014). ‘‘ Sağlık Okur - Yazarlığı.’’
TAF Prev Med Bull. cilt 13, sayı 4, ss. 1-6.

YUAN C., LAİ C.W., CHAN L.W., CHO W.M., LAW H.K. & YİNG M.(2014)
‘‘The Effect Of Diabetes Selfmanagement Education On Body Weight, Glycemic Controland Other Metabolic Markers İn Patents With Type 2 Diabetes mellitus. ‘’ **Journal of Diabetes Research**, cilt 2014, sayı 1, ss.1-6.

ZEİDİ, I. M., MORSHEDİ, H., & OTAGHVAR, H. A. (2020). A Theory Of Planned Behavior-Enhanced İntervention To Promote Health Literacy And Self-Care Behaviors Of Type 2 Diabetic Patients. **Journal of preventive medicine and hygiene**, 61(4), E601.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

URL-1 ‘‘ IDF Diabetes Atlası (2021) ’’. Erişim Tarihi, 13 Nisan 2024. Erişim adresi,

<https://diabetesatlas.org//idfawp/resourcefiles/2021/07IDF Atlas 10th Edition 2021.pdf>

URL-2 ‘‘Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA) (2019)’’ . Erişim Tarihi, 05 Kasım 2023. Erişim adresi,

<https://www.diyetisyendunyasi.com/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-tbsa-2019-yayinlandi>

URL-3 ‘‘ IDF Diabetes Atlas (2012) ‘’ Erişim tarihi,13 Nisan 2024. Erişim adresi,

https://diabetesatlas.org/idfawfp/resourcefiles/2012/07/IDF_diabetes_atlas_seventh_edition_en.pdf

URL-4 ‘‘The International Diabetes Federation, Diabetes complications’’ (2022). Erişim tarihi, 16 Nisan 2024. Erişim adresi,

<https://www.idf.org/aboutdiabetes/complications.html>

- URL-5 TURKDİAB. ‘‘TÜRKDİAB Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2019’’ Erişim tarihi, 27.01.2023. Erişim adresi, [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet Tani ve Tedavi Rehberi 2019.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf).
- URL-6 ADA (2023) Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes2024. Erişim tarihi, 17 Nisan 2024 Erişim adresi, https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S19/148056/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes
- URL-7 Sağlık Bakanlığı(2020). OBEZİTE VE DİYABET KLİNİK REHBERİ, Erişim tarihi, 19 Nisan 2024 Erişim adresi, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayatdb/Dokumanlar/Rehberler/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi>. Pdf
- URL-8 International Diabetes Federation (IDF) (2020) **Diabetes Atlas 10th Edition: Gestational Diabetes**. Erişim tarihi, 22 Mart 2024 Erişim Adresi, <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-2-diabetes.html>
- URL-9 International Diabetes Federation (IDF) (2019) Diabetes Atlas 9th Edition: Diabetes Atlas 2019. Erişim tarihi 24 Mart 2024. Erişim adresi, [https://diabetesatlas.org/idfawp/resourceiles/2019/07/IDF diabetes atlas ninth edition en.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resourceiles/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_en.pdf).
- URL-10 ‘‘Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA) (2015-2020) ’’ . Erişim Tarihi, 23 Nisan 2023. Erişim adresi, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Programlar/Turkiye Diyabet Programi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Programlar/Turkiye_Diyabet_Programi.pdf)
- URL-11 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü **Diyabet ve beslenme**. Erişim tarihi, 24 Nisan 2024 Erişim adresi, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Diyabet ve Beslenme.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Diyabet_ve_Beslenme.pdf)
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 728 ss. 9-10

URL-12 FAO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2022,Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable, Rome: Food and Agriculture Organization. Erişim tarihi, 27 Nisan 2024. Erişim adresi, <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/67b1e9c7-1a7f-4dc6-a19e-f6472a4ea83a/content>

URL-13 Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi Çalışmaları. Tarım ve Orman Bakanlığı. Erişim tarihi: 05 Nisan 2023 Erişim adresi, <https://www.tarimorman.gov.tr/Konu/1441/gidaguenligi-bilgi-sistemi-ggbs-calismalari>.

TEZLER

ASLANTEKİN, F. (2011). Yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumları ve etkileyen faktörler: Tip II diyabetli hasta örneği [PhD Thesis, Ankara Üniversitesi (Turkey)].

MEMİş E. (2009) ‘‘ Ortaöğretim kurumlarının yemekhanelerinde çalışan personelin, öğrencilerin ve öğretmenlerin gıda güvenliği konusunda bilgi ve tutumları’’ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.

YAĞCI, S. (2017). Tip II diyabetli hastaların sağlık inancı, hastalık tutumları ve metabolik kontrolün değerlendirilmesi [Master’s Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
<https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/54567>

DiğER KAYNAKLAR

DAVİES M.J., 'ALESSİ D.A.D, FRADKİN J., KERNAN W. N., MATHİEU C., MİNGRONE G., ROSSİNG P., TSAPAS A., WEXLER D. J. & Buse J. B. (2018) ‘‘Tip II Diyabette Hipergliseminin Yönetimi, 2018. Amerikan Diyabet Derneği (ADA) ve Avrupa Diyabet Çalışmaları

Derneği (EASD) tarafından hazırlanan Uzlaşı Raporu.” **Diabetes Care.** Cilt 41, sayı 12 , ss. 2680- 2686.

(TEMĐ), T. E. ve M. D. (2020). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2020. Diyabetes mellitüs ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuz, 6, 216.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. “Glisemik Bozukluklarda Tanı, Sınıflama ve Tarama.” Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu2022, cilt 15, ss. 15-22.



EKLER

EK.1 Etik Kurul Onayı

TÜRKİYE CUMHURİYETİ İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ		THE REPUBLIC OF TURKEY İSTANBUL AYDIN UNIVERSITY	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		YETİŞKİN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE GIDA GÜVENLİĞİ BİLİNÇ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN YEME FARKINDALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19.12.2023	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.12.2023	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU (ANKET ve ÖLÇEKLER)	19.12.2023	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	DİLEKÇE (ÖN BİLGİ FORMU)	19.12.2023	
	ÇALIŞMA AKIŞ ŞEMASI	19.12.2023	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	19.12.2023	
	ARŞİV MATERYALI KULLANIMI İÇİN TAAHHÜTNAME	-	
DİĞER:	19.12.2023	Beyan Formu, Helsinki Bildirgesi, Kurum İzni, İKU Bilgilendirme Belgesi, Özgeçmişler, Literatürler	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2024/04	Tarih: 07.02.2024	
	Sayın, Dr. Öğr. Üyesi Berkin ÖZYILMAZ KIRCALI İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.02.2024 tarihinde yapılan olağan toplantısında danışmanlığını yürüttüğünüz "Elif Naz Dilbaz" isimli öğrencinize ait "YETİŞKİN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE GIDA GÜVENLİĞİ BİLİNÇ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN YEME FARKINDALIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ" konulu yüksek lisans tez çalışmanız ile ilgili alınan 2024/04 no'lu karar gereği; başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenerek etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "Oy birliği" ile karar verilmiştir. Bilgilerinize sunarım.		
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı İmza:	 Bülent TUNCER		

Beşyol Mah. İnönü Çat. No:38 Sefaköy, 34295 Küçükçekirmece / İSTANBUL

www.aydin.edu.tr 444 1 428

Ek.2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME ve DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI TEZ ÇALIŞMASI
İÇİN
HAZIRLANAN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dyt. Elif Naz DİLBaz tarafından Dr. Öğr. Üyesi Berkin ÖZYILMAZ KIRCALI danışmanlığında, “ Biga Devlet Hastanesi, Diyabet Polikliniğine Başvuran Bireylerin “Yetişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerde Gıda Güvenliği Bilinç Düzeyi ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yeme Farkındalıkları Üzerine Etkisi”adlı araştırma ile Diyabet polikliniğine başvuran bireylerin; Yetişkin diyabet hastalarının gıda güvenliği bilinç düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeme farkındalıkları üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırmaya tahmini olarak 209 kişinin gönüllü olarak katılması beklenmektedir. Sizden de yaklaşık olarak 15 dakika sürecek olan anketimize katılmanızı rica ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayandırılmış olup, katılımcı istediği zaman herhangi bir ceza ve yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmayınız. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı Dyt. Elif Naz DİLBaz

Yukarıda yazılanları OKUDUM ve ANLADIM. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul kabul ediyorum.

KATILIMCI:

:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Ek 3. Anket Formu

ANKET FORMU

GENEL BİLGİLER :

1)Ad-Soyadı :

2)Cinsiyet: Kadın /Erkek

3) Yaş: 19-25 () 26-39 () 40-64 () 65+ ()

4)Medeni Durum: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()

5) Eğitim durumu:

Okur-yazar değil () Okur-yazar() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu ()

☐Lise ve dengi mezunu () Yüksekokul-üniversite mezunu () Yüksek lisans/doktora mezunu ()

6)Kan bağınız olan bireylerde (ailenizde) diyabet hastası var mı? Evet () Hayır ()

7) Cevabınız evet ise kim?

8) Kaç yıldır diyabet hastası? (ilk tanı konulan yıl).....



Gıda Güvenliği Tutum Ölçeği

İFADELER	Katılırim	Kısmen Katılırim	Katılmam
1)Herhangi bir gıdayı tüketirken aklıma gelen en son şey hijyendir.			
2)Gıdalarda hijyen sanıldığı kadar önemli bir konu değildir.			
3)Benim için yiyeceğin lezzeti hijyenden daha önemlidir.			
4)Hijyenik olmayan bir gıdanın hastalanmama neden olacağını düşünmüyorum.			
5)Benim için yiyeceğin görüntüsü hijyenden daha önemlidir			
6)Gıdalarda hijyen konusunu önemsemiyorum.			
7)Beni hijyenden çok karnımı doyurmam ilgilendirir.			
8)Hijyenle ilgili uyarıları hiç dikkate almam.			
9)Yiyecek hazırlarken hijyene dikkat etmem.			
10)Gıda hijyeni konusundaki gelişmeleri yakından takip ederim.			
11)Gıda konusunda en çok önemsedığım konu gıdanın hijyenidir.			
12)Şartlar ne olursa olsun gıda hijyeninden vazgeçemem.			
	Katılırim	Kısmen Katılırim	Katılmam
13)Gıda hijyeni konusundaki her türlü faaliyete gönüllü olarak katılırim.			
14)Gıda konusunda hijyene uymayanları hemen uyarırım.			
15) Bir gıda ürünü tüketirken hep aklımın bir köşesinde hijyen şartlarına uygun olup olmadığı vardır.			
16) Satın aldığım ürünler markalı da olsa hijyeninden emin olmak isterim.			
17)Gıda ile ilgili hizmetlerin sunulduğu ortamlarda öncelikli dikkatimi çeken konu hijyendir.			
18)Elimde olsa tüm ürünlerin hijyenini kendim sağlamak isterdim.			

YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (YSOÖ)

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Baş dönmesi 2)Göz karması 3)Terleme 4)Baş Ağrısı 5)Halsizlik 6) Bilmiyorum
2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Baş dönmesi 2)Göz karması 3)Terleme 4)Baş Ağrısı 5)Halsizlik 6) Bilmiyorum
3. Düzenli olarak tartılır mısınız? 1.Evet 2.Hayır
4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısı kaç derece olmalıdır? 1) 36 C° üstü 2) 36.5 C° üstü 3) 37C° üstü 4)37.5 C° üstü 5)Bilmiyorum
6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Ilık duş almak/aldırmak 2)Soğuk suya tutmak 3)Başına sirkeli bez koymak 4)Acile başvurmak 5)Terletmek için üzerini örtmek 6)Kıyafetlerini çıkarmak 7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemelere soğuk kompres uygulamak 8)Bilmiyorum
7.Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Eşin korunması (geri çekme) 2)Kondom (prezervatif) 3)Ria (spiral) 4)Doğum kontrol hapları 5)Bilmiyorum
8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız? Akşam 20.00.....
9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız? Perşembe

10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?	
1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum	
11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	
1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	
1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.	
Kendi Kendine Meme Muayenesi	a.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi Tarama Testi	b.18 yaşından itibaren her ay
Pap Smear Testi	c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir
Bağırsak Kanseri Taraması	d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir
Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.	
Kendi Kendine Testis Muayenesi ()	a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi ()	b.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması ()	c.50 yaş üstü erkekler için her yıl
14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	
Dâhiliye ()	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ()	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ()	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ()	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ()	e. İç Hastalıkları
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?	
1)Evet 2)Hayır	
16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?	
1)Evet 2)Hayır	
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?	
1)Evet 2)Hayır	
18. Doktor/hemşire 'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?	
1)Evet 2)Hayır	
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?	

1)Evet 2)Hayır

20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?

1)Evet 2)Hayır

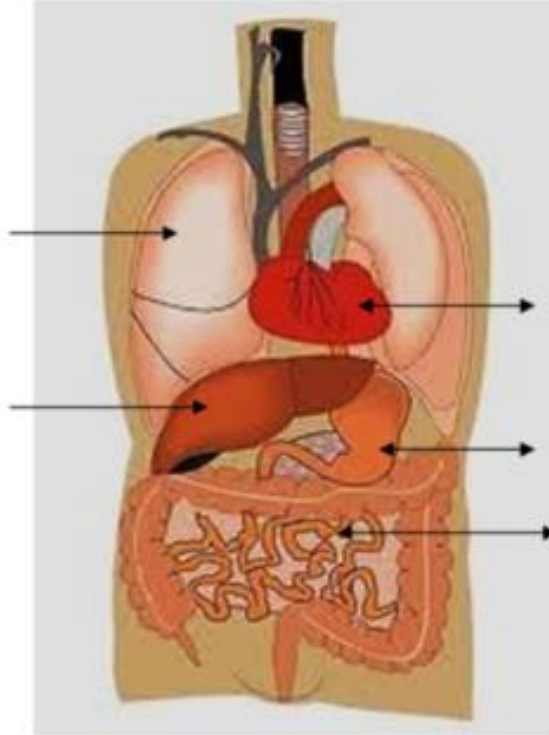
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi vs. okur musunuz?

1)Evet 2)Hayır

22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?

1)Evet 2)Hayır

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.



Dört Faktörlü Yeme Farkındalığı Ölçeği

	<i>Asla</i>	<i>Nadiren</i>	<i>Bazen</i>	<i>Sıklıkla</i>	<i>Çok sık</i>
1. En sevdiğim yiyecekler çevremde olduğunda yeme isteğimin değiştiğini fark ederim.					
2. Yeme isteğimin aşırı olduğunu fark ettiğimde sinirlenirim.					
3. Yemeyle ilgili düşüncelerimin bende yarattığı baskıyı üzerimde hissederim.					
4. Yemek kokusunun, bende yeme isteği uyandırdığını fark ederim.					
5. Fazla yediğimde kendime kızarım.					
6. Kendimi daha iyi hissetmek için yerim.					
7. Sağlıksız yiyecekler yediğimde kendime kızarım.					
8. Yemek yerken ruh halime dikkat ederim.					
9. Yemek görüntüsünün, bende yeme isteği uyandırdığını fark ederim.					
10. Duygularımı bastırmak için yiyecekleri kullanırım.					
11. Yemek yedikten sonra işlerime odaklanabilirim.					
12. Canım bir şeyler yemek istediğinde kendimi kötü biri şey yapmış gibi hissederim.					
13. Duygularım ne yiyeceğimi kontrol eder.					
14. Yediğim yiyeceklerin ruh halimi nasıl etkilediğine dikkat ederim.					
15. Yediklerimi iyi ya da kötü olarak değerlendiririm.					
16. Lezzetli bir şey gördüğümde veya kokladığımda, yeme isteğimdeki değişimi fark ederim.					
17. Rahatsız edici düşüncelerim olduğunda, yiyeceklerle kafamı dağıtırım.					
18. Yeme isteğimi iyi ya da kötü olarak değerlendiririm.					
19. Başkaları da yemek yerken, daha fazla vemeve meyilli olduğumu fark ederim.					
20. Aşırı yediğimde kendimi suçlu hissederim.					
21. Yemek yerken düşüncelerime dikkat ederim.					

22. Duygularım ne kadar yediğimi kontrol eder.					
23. Rahatsız edici duygulardan, yemek yiyerek uzaklaşıyorum.					
24. Yiyecekler hakkında belli katı düşüncelerimin olmaması gerektiğini düşünüyorum.					
25. Yemek yedikten sonra ruh halime olan etkisini fark ederim.					
26. Yemek yerken düşüncelerimden uzaklaşıyorum.					
27. Yemek hakkında konuşmanın, yeme isteğimi nasıl etkilediğini fark ederim.					
28. Rahatsız edici duygulardan yemek yiyerek kaçarım.					
29. Çevrem, yeme isteğimi nasıl etkilediğine dikkat ederim.					

ÖZGEÇMİŞ

Ad- Soyad: Elif Naz DİLBAZ

ÖĞRENİM DURUMU:

Lisans: 2019, İstanbul Aydın Üniversitesi , Beslenme ve Diyetetik

MESLEKİ DENEYİM ve ÖDÜLLER

Onlyhealth.co (Özel) (Temmuz 2021 - Eylül 2023)

Artı Bir Güzellik Merkezi (Özel) (Kasım 2020 - Temmuz 2021)

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

Dilbaz. E.N., Kırçalı B.Ö., (2024). Yetişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerde Gıda Güvenliği Bilinç Düzeyi ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Çanakkale’ye Bağlı bir Devlet Hastanesi Örneği. Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2), 56-66