

Obezite Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Beslenme Tutumu İlişkisinin Değerlendirilmesi

Valuation of the Relationship of Health Literacy and Healthy Eating Attitude in Obesity

Aslı Çın[®], Tolga Akkan[®], Murat Dağdeviren[®], Tijen Şengezer[®], Mustafa Altay[®]

Atf/Cite as: Çın A, Akkan T, Dağdeviren M, et al. Obezite hastalarında sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı beslenme tutumu ilişkisinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(4):154-163.

ÖZ

Amaç: Çalışmamızın amacı; obeziteli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek, sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarını değerlendirmek ve bunlar arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışmamız, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmaya 284 obeziteli gönüllü dahil edildi. Çalışmaya katılanların sosyo-demografik verileri toplandıktan sonra sağlık okuryazarlığı düzeyleri Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkiye uyarlaması (ASOY-TR) ile değerlendirildi. Bununla beraber, katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumunu değerlendirmek için Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 284 gönüllünün 174'ü (%61,3) kadın, 110'u (%38,7) erkekti. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri kategorize edildiğinde; %31'inin sağlık okuryazarlığı "yetersiz" seviyede, %37,7'sinin "sorunlu/sınırlı" seviyede, %21,1'inin "yeterli" seviyede ve %10,2'sinin "mükemmel" seviyede olduğu görüldü. Katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları $72,1 \pm 11,2$ idi ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum "yüksek" düzeyde idi. Katılımcıların obezite sınıflarına göre SBİTÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Obezite sınıflarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırıldığında sınıf 3 obeziteli bireylerin sağlık okuryazarlığı toplam puanlarının ($32,0 \pm 9,5$) sınıf 2 obeziteli bireylerin puanlarından ($28,0 \pm 8,2$) anlamlı yüksek olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda obeziteli bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu, sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının ise yüksek olduğu görüldü. Ayrıca beden kitle indeksi, eğitim durumu, daha önce kilo vermek için diyet yapma durumu ve SBİTÖ toplam puanlarının sağlık okuryazarlığını arttırmada anlamlı bir fark oluşturdukları görüldü.

Anahtar kelimeler: Obezite, sağlıklı beslenme, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

Objective: The aim of our study; to measure the health literacy levels of individuals with obesity, to evaluate their attitudes towards healthy eating and to reveal whether there is any relationship between them.

Methods: 284 obese volunteers were included in the study. After the socio-demographic data of the participants were collected, their health literacy levels were evaluated with the European Health Literacy Scale Turkish version (HLS-TR-Q). In addition, the Attitudes Towards Healthy Eating Scale (ATHES) was applied to evaluate the participants' attitudes towards healthy eating.

Results: Of the 284 volunteers participating in the study, 174 (61.3%) were female and 110 (38.7%) were male. When the participants' health literacy levels were categorized; It was observed that 31% of them had "inadequate" health literacy, 37.7% had a "problematic/limited" level, 21.1% had a "sufficient" level and 10.2% had an "excellent" level. The total mean score of the participants from the ATHES was 72.1 ± 11.2 , and the attitude towards healthy eating was at a "high" level. A statistically significant difference was not found when the total mean scores of ATHES were compared according to the obesity classes of the participants. When health literacy levels were compared according to obesity classes, it was seen that the total health literacy scores of individuals with class 3 obesity (32.0 ± 9.5) were significantly higher than those of individuals with class 2 obesity (28.0 ± 8.2).

Conclusion: In our study, it was seen that the health literacy levels were low and their attitudes towards healthy eating were high in obese individuals. In addition, it was seen that body mass index, education status, dieting to lose weight before and ATHES total scores made a significant difference in increasing health literacy.

Keywords: Healthy eating, health literacy, obesity

Received/Geliş: 11.12.2022

Accepted/Kabul: 24.12.2022

Publication date: 31.12.2022

Corresponding Author:

M. Dağdeviren

ORCID: 0000-0003-4715-2557

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören

Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Endokrinoloji ve Metabolizma

Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

✉ muratdagdeviren61@hotmail.com

A. Çın

ORCID: 0000-0003-2787-2071

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören

Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

T. Akkan

ORCID: 0000-0003-1531-0004

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören

Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Endokrinoloji ve Metabolizma

Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

T. Şengezer

ORCID: 0000-0002-3200-8926

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören

Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

M. Altay

ORCID: 0000-0003-2074-4384

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören

Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Endokrinoloji ve Metabolizma

Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Obezite, vücuda besin yoluyla alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan, vücut yağ kütlesinin artması veya anormal dağılımı sonucu oluşan kronik bir hastalıktır.^[1] Obezite; fizyolojik, metabolik, genetik, sosyo-kültürel ve davranışsal faktörlerin etkileşimi sonucu geliştiği düşünülen multifaktöriyel bir durumdur.^[2]

Obezite ve beraberinde getirdiği sağlık problemleri tüm dünyada hızla artmaktadır. Dünya Obezite Federasyonu'nun (WOF) tahminlerine göre bu artış eğiliminde 2025 yılına kadar her beş yetiştikten birinin obeziteden etkilenmesi beklenmektedir.^[3] Tedavi edilmemiş obezite sonucunda diyabet, hipertansiyon, karaciğer hastalıkları, kanser, fiziksel travma ve sakatlanma görülme oranları artmaktadır.^[4]

İlk kez 1974 yılında Simonds tarafından ortaya konulan sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri ve bireyler arasındaki etkileşimi ele alan ve önemi her geçen gün daha çok anlaşılan bir kavramdır.^[5] Sağlık okuryazarlığı en geniş ifadeyle bireylerin sağlık bilgilerini anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için bilgi, motivasyon ve erişim kabiliyetlerini, günlük yaşamda sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi, yaşam kalitesinin korunması ve artırılması için sağlığın teşviki ve geliştirilmesini içerir.^[6] Sağlık okuryazarlığı sağlık sistemini doğru anlama ve yorumlama becerisini, sağlık profesyonelleri ile doğru iletişim kurabilme becerisini, alınan sağlık bilgilerini doğru ve etkin kullanabilmeyi kapsar.^[7] Düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerinin ilaç uyumunda azalma, hastalık hakkında bilgi eksikliği, öz bakım yetersizliği ve tedavi sonuçlarında azalma gibi sorunları beraberinde getirdiği görülmektedir.^[8]

Sağlıklı beslenme; sağlığı sürdürmek, geliştirmek ve hayat kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin maddelerinin yeterli miktarda ve uygun zamanda alınmasıdır.^[9] Beslenme sorunları ve yanlış beslenme alışkanlıkları obezite oluşumundaki en önemli nedenlerdendir. Bu nedenle obezite hastalarının beslenme tutumlarını belirlemek de önemlidir.

Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı ile birçok kronik hastalığın ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle; obezitenin farkındalığı ve tedavisinde ve de sağlıklı

beslenme tutumu konusunda sağlık okuryazarlığının önemli olabileceğini düşünerek bu çalışmayı planladık.

Bu çalışmada amacımız, obeziteli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek, sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarını değerlendirmek ve bunlar arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamız 10.07.2020-10.07.2021 tarihleri arasında 12 ay süreyle yürütülmüş olan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini hastanemiz Aile Hekimliği ve Endokrinoloji polikliniklerine başvuran obeziteli bireylerden oluşmaktadır.

Çalışmaya, dâhil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 284 obezite hastası dâhil edildi.

Araştırmaya dâhil etme kriterleri; 18-65 yaş arasında olmak ve beden kitle indeksi (BKİ) ≥ 30 kg/m² olmasıdır. Dışlama kriterleri ise obeziteye neden olan ve tanı konulmuş hastalıkların (Cushing Sendromu, Santral Sinir Sistemi hastalıkları, ilaçlar gibi) olmasıdır.

Çalışmamızın verileri, çalışmaya katılan bireylere ait sosyo-demografik bilgileri içeren formun, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) ve Sağlıklı Beslenme Tutumu Ölçeği'nin (SBİTÖ) yüz yüze cevaplandırılması ile elde edilmiştir.

Katılımcılara uygulanan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 47 sorudan oluşan beşli likert tipinde bir ölçektir. ASOY-TR, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmış halidir. Bu anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Okyay ve Abacıgil tarafından yapılmıştır.^[10] Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içeren 12 boyuttan oluşmaktadır.

ASOY-TR ölçeğinde her madde; 1=Çok Zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok Kolay olacak şekilde dört derecelidir. "Bilmiyorum" ifadesi için beş kodu kullanılmıştır.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan sıfır-50 arası değer olacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir.

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

Ölçekte “sıfır” en düşük sağlık okuryazarlığını, “50” en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Hesaplanan formül yardımıyla dört boyut (genel toplam, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

Sıfır-25 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı
>25-33 puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
>33-42 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı
>42-50 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı

Katılımcılara uygulanan SBİTÖ ise 21 madde ve dört faktörden oluşmaktadır. Anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Demir ve ark. tarafından yapılmıştır.^[11] Anketteki dört faktör; beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme ve kötü beslenmedir. Beşli likert tipinde ölçekte olumlu maddelere ait derecelendirme “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklindedir. Olumlu tutum maddeleri; 1, 2, 3, 4 ve 5; olumsuz tutum maddeleri ise 5, 4, 3, 2 ve 1 şeklinde puanlanmıştır.

SBİTÖ’den alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105’tir. Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi elde edilen puana göre beş kategoride değerlendirilmiştir. Buna göre;

21 puan: Çok düşük
22-42 puan: Düşük
43-63 puan: Orta
64-84 puan: Yüksek
85-105 puan: İdeal düzeyde yüksek sağlıklı beslenmeye ilişkin tutuma sahip olduğu şeklinde açıklanır.

Obezite tanısı ve sınıflaması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımlayarak standardize ettiği BKİ ile yapılmıştır. Kilo analizi, üretici firmanın talimatlarına uygun şekilde bir TANITA TBF 215 cihazı ile yapıldı ve kilogram (kg) olarak belirlendi. Boy ölçümü ise, kişi düz bir düzlem üzerinde iken, başı Frankfort yatay

düzleminde, bacakları birbirine değecek ve sırtı, kalçaları ve topukları duvara dayalı olacak şekilde dururken ölçüldü. Ölçüm sonrasında BKİ, vücut ağırlığının (kg), boyun karesine (m²) oranı ile hesaplandı. Buna göre BKİ ≥ 30 kg/m² olması obezite olarak kabul edildi.

BKİ 30-34,9: Sınıf 1 obezite
BKİ 35-39,9: Sınıf 2 obezite
BKİ \geq 40: Sınıf 3 obezite

Çalışmaya başlamadan önce lokal etik komiteden (08.07.2020 tarih ve 15/2138 karar numarası) onay alındı. Çalışmamıza katılan gönüllülerden aydınlatılmış onam alındı.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17,0 programı (IBM Inc., CA, ABD) yardımıyla gerçekleştirildi.

Bulgular sayı, yüzde ortalama (Ort.) ve standart sapma (SS) olarak sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro-Wilk testleri yapıldı.

Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum puanlarının obezite sınıfı, daha önce diyet yapıp yapmadığı, daha önce egzersiz yapıp yapmadığı, kilo vermek amacı ile ilaç kullanıp kullanmadığı, daha önce diyetisyene gidip gitmediği, diyetisyene gitme sıklığı, cinsiyet, eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. İki den fazla sayıdaki grupların karşılaştırılmasında oluşan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Bonferroni post-hoc karşılaştırma analizi kullanıldı.

Numerik değişkenler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon analizi ile incelendi. İncelenen bağımsız değişkenlerin iyi ve kötü olarak gruplandırılmış okuryazarlık durumu ile olan bağımsız ilişkileri lojistik regresyon analizi ile incelendi. Regresyon modeline yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir durumu, ek hastalık varlığı, kaç yıldır obezite hastası olduğu, daha önce kilo vermek amacıyla diyet yapma durumu, ailede obezite hastası varlığı, daha önce diyetisyene gitme durumu ve SBİTÖ toplam puanı enter metodu ile konuldu.

İstatistiksel önemlilik düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine dair bulgular

Katılımcıların %61,3'ü (n=174) kadın, %38,7'si (n=110) erkekti. Yaş ortalamaları $43,3 \pm 13,8$ yıl idi. Kadınların BKİ ortalaması $36,1 \pm 4,8$ kg/m², erkeklerin BKİ ortalaması $34,1 \pm 3,5$ kg/m² ve tüm katılımcıların BKİ ortalaması $35,3 \pm 4,1$ kg/m² idi (Tablo 1).

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları Tablo 2'de verilmiştir.

Katılımcıların %58,1'i [n=165 (89 kadın, 76 erkek)] sınıf 1 obez, %27,8'i [n=79 (53 kadın, 26 erkek)] sınıf 2 obez, %14,1'i [n=40 (32 kadın, 8 erkek)] ise sınıf 3 obez idi.

Katılımcıların eğitim düzeylerinin, mesleklerinin ve aylık gelirlerinin obezite sınıflarına göre dağılımları Şekil 1, Şekil 2 ve Şekil 3'de verilmiştir.

Katılımcıların yaklaşık yarısının ek hastalıkları vardı (%55,3). En sık görülen hastalıklar sırasıyla yüksek tansiyon (%30,3), diyabet (%20,4) ve hiperlipidemi (%16,2) idi. Katılımcıların büyük çoğunluğu sigara (%69,4) ve alkol (%86,3) kullanmamaktaydı.

Katılımcıların çoğunluğu (%39,4) 10 yıldan uzun süredir obezite hastası idi. %13'ü 1 yıldan kısa süredir, %22,2'si 1-5 yıl arasında, %25,4'ü ise 5-10 yıl arasında bir süredir obezite hastasıydı.

%58,5'i daha önce kilo vermek amacı ile diyet yapmış, %55,6'sı daha önce kilo vermek amacıyla egzersiz yapmış, %13'ü ise daha önce kilo vermek amacıyla ilaç kullanmıştı. %52,1'inin ailesinde de obezite hastası bulunmaktaydı.

Katılımcıların %40,8'i (%14,8'i bir kez, %18,7'si bir-beş kez arası ve %7,4'ü beşten fazla kez) daha önce diyetisyene gitmişti.

Araştırmaya dâhil edilen hastaların %99,3'ü obezite cerrahisi geçirmemişti.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bulgular

Çalışmaya katılan obezite hastalarının ortalama sağlık okuryazarlığı toplam puanları $29,3 \pm 9,2$ ile sınırlı/

Tablo 1. Katılımcıların yaş ve fiziksel özellikleri

Değişken		n	Min.	Max.	Ortalama±SS
Yaş (yıl)	Kadın	174	18	65	44,2±13,0
	Erkek	110	18	65	41,9±15,0
	Toplam	284	18	65	43,3±13,8
Boy (cm)	Kadın	174	150	180	160,5±6,2
	Erkek	110	155	198	175,0±7,7
Kilo (kg)	Kadın	174	70	150	93,0±13,6
	Erkek	110	73	145	104,5±14,1
BKİ (kg/m ²)	Kadın	174	30,0	54,7	36,1±4,8
	Erkek	110	30,0	47,9	34,1±3,5
	Toplam	284	30,0	54,7	35,3±4,1

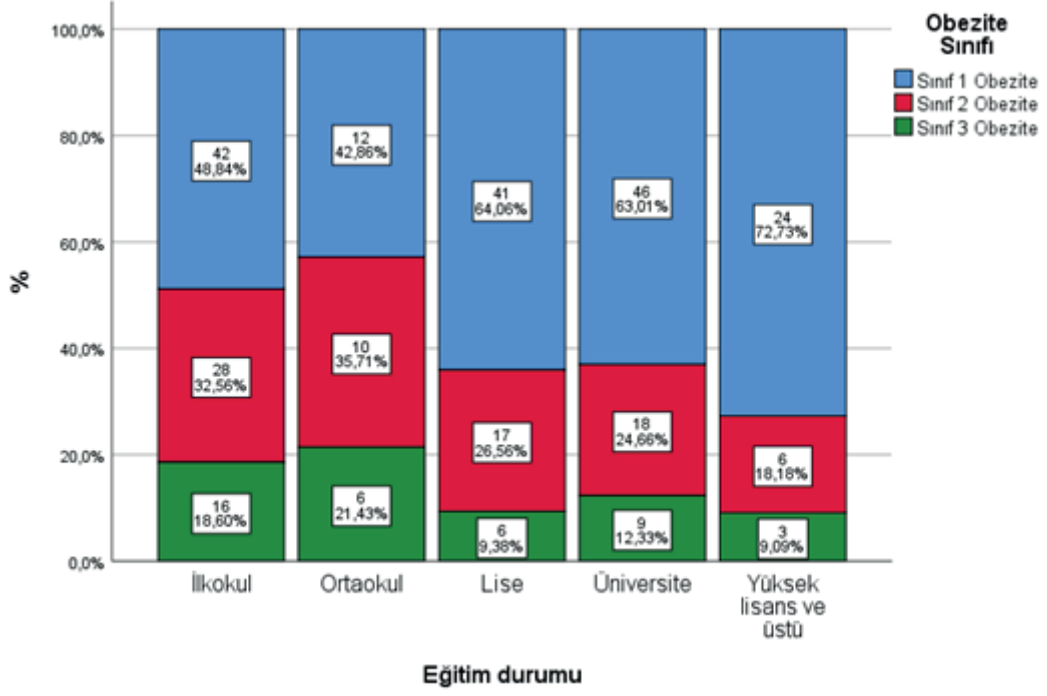
Kısaltmalar: cm: Santimetre, kg: Kilogram, m: Metre, SS: Standart sapma

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları

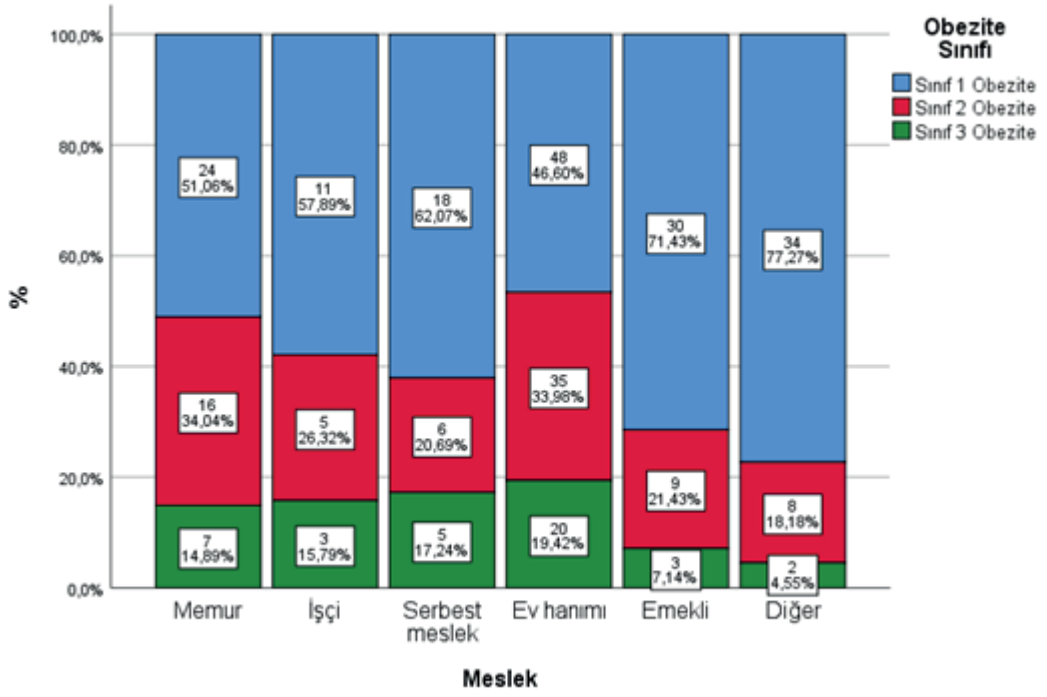
Değişken	Grup	n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	174	61,3
	Erkek	110	38,7
Medeni Durum	Evli	204	71,8
	Bekâr	58	20,4
	Dul	22	7,7
Çocuk Sayısı	0	77	27,1
	1	42	14,8
	2	75	26,4
	3	55	19,4
	4 ve Üstü	35	12,3
Eğitim Durumu	İlkokul	86	30,3
	Ortaokul	28	9,9
	Lise	64	22,5
	Üniversite	73	25,7
	Yüksek Lisans ve Üstü	33	11,6
Meslek	Memur	47	16,5
	İşçi	19	6,7
	Serbest Meslek	29	10,2
	Ev Hanımı	103	36,3
	Emekli	42	14,8
	Diğer	44	15,5
Aylık Gelir Durumu	Asgari Ücretten Düşük	66	23,2
	Asgari Ücret	61	21,5
	2500-5000 TL	91	32,0
	5000 TL Üzeri	66	23,2

sorunlu seviyede idi. Alt boyutlara bakıldığında; tedavi ve hizmet alt boyutuna ilişkin ortalama puan $31,3 \pm 9,1$ ile sınırlı/sorunlu seviyede, hastalıklardan korunma alt boyutuna ilişkin ortalama puan $29,1 \pm 9,9$ ile sınırlı/sorunlu seviyede, sağlığın geliştirilmesi alt boyutuna ilişkin ortalama puan $27,3 \pm 10,5$ ile sınırlı/sorunlu seviyede idi.

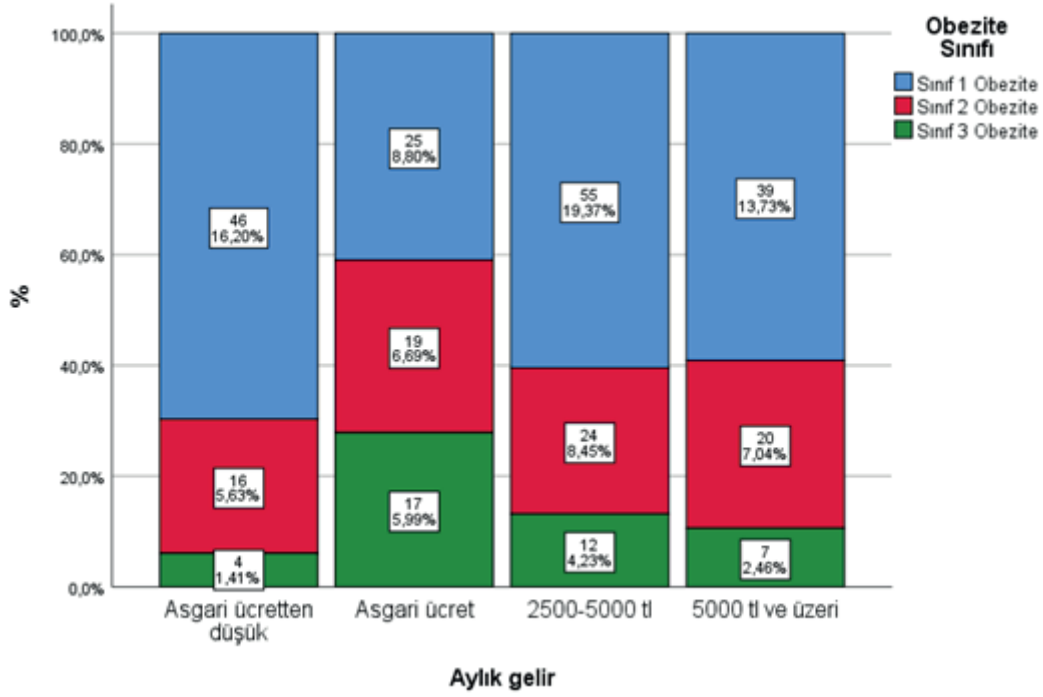
Çalışmaya katılan obezite hastalarının %31'inin sağlık okuryazarlığı "yetersiz" seviyede idi. ASOY-TR toplam puan ve alt boyutlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı Tablo 3'te görülmektedir.



Şekil 1. Katılımcıların eğitim düzeylerinin obezite sınıfına göre dağılımları



Şekil 2. Katılımcıların mesleklerinin obezite sınıflarına göre dağılımları



Şekil 3. Katılımcıların aylık gelirlerinin obezite sınıflarına göre dağılımları

Tablo 3. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı

Değişken	Okuryazarlık Seviyesi	N	Yüzde (%)
ASOY-TR Tedavi ve Hizmet Boyutu	Yetersiz	67	23,6
	Sorunlu/Sınırlı	101	35,6
	Yeterli	79	27,8
	Mükemmel	37	13,0
ASOY-TR Hastalıklardan Korunma Boyutu	Yetersiz	92	32,4
	Sorunlu/Sınırlı	100	35,2
	Yeterli	61	21,5
	Mükemmel	31	10,9
ASOY-TR Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	Yetersiz	116	40,8
	Sorunlu/Sınırlı	86	30,3
	Yeterli	55	19,4
	Mükemmel	27	9,5
ASOY-TR Toplam Puan	Yetersiz	88	31,0
	Sorunlu/Sınırlı	107	37,7
	Yeterli	60	21,1
	Mükemmel	29	10,2

Kısaltmalar: ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması

Çalışmaya katılan obezite hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin obezite sınıflarına göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; tedavi ve hizmet alt boyutu ile hastalıklardan korunma alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadı. Sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda grupların istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği görüldü ($p=0,017$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında, sınıf 3 obezite hastalarının puanlarının sınıf 2 obezite hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,014$).

ASOY-TR toplam puanlarında obezite sınıflarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği görüldü ($p=0,037$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında sınıf 3 obezite hastalarının puanlarının sınıf 2 obezite hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,032$).

Çalışmaya katılan obezite hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha önce kilo vermek amacı ile diyet yapma, egzersiz yapma, ilaç kullanma ve diyetisyene başvurma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Tablo 4'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan obezite hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin diyetisyene gitme sıklığına göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde hem toplam puanda hem de tedavi ve hizmet boyutu, hastalıklardan korunma boyutu ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda grupların istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği görüldü (sırasıyla; $p=0,003$, $p=0,009$, $p=0,007$ ve $p=0,002$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında daha önce beşten fazla kez diyetisyene giden grubun puan ortalamalarının hem toplamda hem de bütün alt boyutlarda sadece bir kez giden gruptan ve bir-beş kez arası giden gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4. Sağlık okuryazarlığına ilişkin puanların daha önce kilo vermek amacı ile diyet yapma, egzersiz yapma, ilaç kullanma ve diyetisyene gitme durumlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Daha önce diyet yapma	N	Ortalama±SS	p değeri
ASOY-TR Tedavi ve Hizmet Boyutu	Evet	166	33,0±8,5	p=0,001
	Hayır	118	29,0±9,4	
ASOY-TR Hastalıklardan Korunma Boyutu	Evet	166	30,6±9,5	p=0,002
	Hayır	118	27,1±10,2	
ASOY-TR Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	Evet	166	28,3±10,2	p=0,096
	Hayır	118	26,0±10,7	
ASOY-TR Toplam Puan	Evet	166	30,6±8,7	p=0,005
	Hayır	118	27,3±9,6	
Değişken	Daha önce egzersiz yapma	N	Ortalama±SS	p değeri
ASOY-TR Tedavi ve Hizmet Boyutu	Evet	158	33,3±8,7	p<0,001
	Hayır	126	28,9±9,0	
ASOY-TR Hastalıklardan Korunma Boyutu	Evet	158	31,1±9,3	p<0,001
	Hayır	126	26,6±10,1	
ASOY-TR Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	Evet	158	29,0±10,0	p=0,001
	Hayır	126	25,2±10,6	
ASOY-TR Toplam Puan	Evet	158	31,1±8,7	p<0,001
	Hayır	126	26,9±9,3	
Değişken	Daha önce ilaç kullanma	N	Ortalama±SS	p değeri
ASOY-TR Tedavi ve Hizmet Boyutu	Evet	37	34,1±8,4	p=0,054
	Hayır	247	30,9±9,1	
ASOY-TR Hastalıklardan Korunma Boyutu	Evet	37	32,0±10,0	p=0,030
	Hayır	247	28,7±9,8	
ASOY-TR Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	Evet	37	29,1±10,8	p=0,207
	Hayır	247	27,1±10,4	
ASOY-TR Toplam Puan	Evet	37	31,7±9,3	p=0,068
	Hayır	247	28,9±9,2	
Değişken	Daha önce diyetisyene başvuru	N	Ortalama±SS	p değeri
ASOY-TR Tedavi ve Hizmet Boyutu	Evet	116	33,7±8,9	p=0,001
	Hayır	168	29,7±8,9	
ASOY-TR Hastalıklardan Korunma Boyutu	Evet	116	31,6±9,3	p=0,001
	Hayır	168	27,4±10,0	
ASOY-TR Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	Evet	116	29,2±10,4	p=0,013
	Hayır	168	26,0±10,3	
ASOY-TR Toplam Puan	Evet	116	31,5±8,8	p=0,001
	Hayır	168	27,7±9,1	

Kısaltmalar: ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması, SS: Standart sapma

Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarla ilgili bulgular

Katılımcıların SBİTÖ toplam puan ortalaması 72,1±11,2 (kadın:72,4±12,0, erkek:71,6±10,0) idi ve sağlıklı beslenmeyle ilişkin tutum yüksek düzeydeydi.

SBİTÖ beslenme hakkında bilgi alt boyutu ortalama puanı 18,7±4,2, beslenmeye yönelik duygu alt boyutu ortalama puanı 17,2±4,8, olumlu beslenme alışkanlığı alt boyutu ortalama puanı 17,8±3,9 ve kötü beslenme alışkanlığı alt boyutu ortalama puanı 18,4±4,3 olarak bulundu. Katılımcıların obezite sınıflarına göre SBİTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hem toplam puanda hem de dört alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum arasındaki korelasyonlar

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği ve üç alt boyutu ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği ve dört alt boyutu olmak üzere dokuz değişken kullanıldı. Tüm değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu araştırıldığında normal dağılım göstermedikleri bulundu. Değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum arasındaki ilişkinin oldukça zayıf olduğu görüldü ($r=0,195$, $p=0,001$).

Bağımsız değişkenlerin ASOY-TR kategorisi sonuç ölçütüne bir arada etkilerinin incelendiği açıklayıcı bir lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Oluşturulan

Tablo 5. Lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişken	B	Wald	p	OO	%95 GA	
					Alt	Üst
Yaş (Yıl)	-0,039	3,031	0,082	0,961	0,920	1,005
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)	0,097	4,585	0,032	1,102	1,008	1,204
Cinsiyet (rk: Kadın)	0,128	0,076	0,782	1,137	0,458	2,823
Medeni durum (rk: Evli)		2,087	0,352			
Medeni durum (Dul)	-0,445	0,316	0,574	0,641	0,136	3,024
Medeni durum (Bekâr)	0,666	1,744	0,187	1,946	0,725	5,226
Eğitim durumu (rk: İlkokul)		7,841	0,098			
Eğitim durumu (Ortaokul)	1,385	4,268	0,039	3,996	1,074	14,873
Eğitim durumu (Lise)	1,387	5,154	0,023	4,001	1,209	13,243
Eğitim durumu (Lisans)	1,308	4,142	0,042	3,699	1,050	13,034
Eğitim durumu (Lisansüstü)	2,114	7,007	0,008	8,283	1,731	39,633
Meslek (rk: Memur)		3,729	0,589			
Meslek (İşçi)	-0,515	0,411	0,521	0,597	0,123	2,888
Meslek (Serbest meslek)	-1,170	2,606	0,106	0,310	0,075	1,285
Meslek (Ev hanımı)	-0,030	0,002	0,963	0,970	0,267	3,525
Meslek (Emekli)	0,115	0,025	0,875	1,122	0,267	4,711
Meslek (Diğer)	-0,575	0,910	0,340	0,563	0,173	1,834
Aylık gelir durumu (rk: <AÜ)		5,239	0,155			
Aylık gelir durumu (=AÜ)	0,436	0,658	0,417	1,547	0,539	4,442
Aylık gelir durumu (2500-5000)	0,031	0,003	0,953	1,031	0,367	2,896
Aylık gelir durumu (≥5000 TL)	1,126	3,193	0,074	3,085	0,897	10,612
Ek hastalıklarınız var mı? (rk: Var)	-0,420	1,049	0,306	0,657	0,294	1,467
Kaç yıldır obezite hastası? (rk: <1 yıl)		2,708	0,439			
Kaç yıldır obezite hastası? (1-5 yıl)	-0,770	1,885	0,170	0,463	0,154	1,390
Kaç yıldır obezite hastası? (5-10 yıl)	-0,626	1,208	0,272	0,534	0,175	1,633
Kaç yıldır obezite hastası? (>10 yıl)	-0,939	2,348	0,125	0,391	0,118	1,299
Kilo verme amacıyla diyet (rk: Evet)	1,436	8,146	0,004	4,205	1,568	11,275
Kilo verme amacıyla egzersiz (rk: Evet)	-0,700	2,508	0,113	0,497	0,209	1,181
Kilo verme amacıyla ilaç (rk: Evet)	-0,282	0,324	0,569	0,754	0,286	1,990
Ailede obezite hastası (rk: Evet)	-0,605	2,964	0,085	0,546	0,274	1,087
Daha önce diyetisyene gitme (rk: Evet)	-0,697	2,406	0,121	0,498	0,206	1,202
SBİTÖ Toplam Puanı	0,060	13,035	<0,001	1,061	1,028	1,096
Sabit	-6,751	9,755	0,002	0,001		

Bağımlı değişken: ASOY kategorisi (yetersiz/yeterli). OO: Odds oranı, GA: Güven aralığı, rk: Referans kategori, AÜ=Asgari ücret, SBİTÖ: Sağlıklı Beslenme Tutumu Ölçeği

modelin Nagelkerke R kare değeri 0,387 olarak hesaplandı. Modelin yetersiz ASOY- TR sonuç durumunu tahmin etme oranı %88,2 olarak hesaplandı.

Bu modelde BKİ, eğitim durumu, daha önce kilo vermek için diyet yapma durumu ve SBİTÖ toplam puanı değişkenlerinin anlamlı oldukları saptandı (Tablo 5). Lisansüstü eğitimi olanlar ilkokul mezunları ile karşılaştırıldıklarında yeterli sağlık okuryazarlık olasılıklarının 8,283 kat fazla olduğu saptandı. Kilo vermek amacıyla diyet yapanların yeterli sağlık okuryazarlık olasılıklarının 4,205 kat fazla olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda obeziteli bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınırlı/sorunlu seviyede olduğu, sağlıklı

beslenmeye ilişkin tutumun ise yüksek düzeyde olduğu görüldü. BKİ, eğitim durumu, daha önce kilo vermek için diyet yapma durumu ve SBİTÖ toplam puanının ASOY-TR puanında etkili olduğu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı beslenme tutumu arasında pozitif bir ilişki olduğu görüldü.

Çalışmamızda kadın cinsiyette, ev hanımlarında, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olanlarda BKİ seviyeleri daha yüksek olarak saptandı. Sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel seviyenin düşük olması birçok kronik hastalığın hazırlayıcı faktörleri arasında yer alabilmektedir. Bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkileri sonucu ileri düzey obezite oranları artmış olabilir. Deniz ve ark'nın yaptığı erişkinlerde obezite sıklığı ve ilişkili faktörleri ele alan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınlarda, ev hanımı veya işsiz olanlarda ve de düşük eğitim seviyesi

olanlarda obezite sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.^[12]

Çalışmamızda anketlerin uygulaması sırasında birçok obeziteli bireyin obezitesinin farkında olmadığı gözlemlenmiştir. Uzun süreli obezitesi olup, tedavi amacıyla uygulanan diyet ve egzersiz gibi girişimlerin yetersiz oranda olması, katılımcıların obezite farkındalıklarının düşük olmasına bağlı olabilir. Kocaman ve ark.'nın yaptığı çalışmada obeziteli bireylerin dörtte birinin zayıflamak amaçlı herhangi bir girişimde bulunmadığı saptanmıştır.^[13]

Çalışmaya katılan obeziteli bireylerin ASOY-TR anketine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %31'i yetersiz seviyede, %37,7'si ise sorunlu/sınırlı seviyede idi. Bütün alt gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyleri benzer şekilde büyük oranda yetersiz ve sorunlu/sınırlı seviyede idi. Çalışmamızda obezite hastalarında elde ettiğimiz sağlık okuryazarlığı oranları daha önce genel toplumda yapılan çalışmalarda elde edilen oranlarla benzer olarak saptandı. Özkan ve ark.'nın 18 yaş üzeri 2139 katılımcıyla yaptıkları sağlık okuryazarlığı anketinde; katılımcıların %73,5'inin düşük düzeyde (%30,5'i yetersiz, %43'ü sorunlu/sınırlı) bir sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edildi.^[14]

Sağlık okuryazarlığı üzerine etki eden değişkenlerin bir arada incelendiği modelde eğitim düzeyi arttıkça yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı olasılığının anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin genel okuryazarlık becerilerinin, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve uygulayabilme oranlarının, farklı kaynaklardan bilgi elde ederek araştırmacı ve eleştirel bir bakış açısıyla yorum yapabilme yeteneğinin de yüksek olduğu söylenebilir. Literatür araştırmalarında eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisinin sıkça incelendiğini ve düşük eğitim düzeylerinin düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu gördük. Bu çalışmalardan birinde Kaya ve Yılmaz 382 katılımcı ile yaptıkları çalışmalarında; eğitim seviyesi ve aylık gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığını tespit ettiler.^[15] Bir diğerinde ise Teleş, kardiyoloji polikliniklerine başvuran 530 hasta ile yaptığı çalışmada; eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu tespit etti.^[16]

Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili faktörler incelendiğinde sınıf 3 obezitesi olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sınıf 2 obezitesi olanlardan daha yüksek olduğu saptandı. Çok faktörlü bileşenlerin beraber karşılaştırıldığı modelde BKİ ile sağlık okuryazarlığı

arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Sınıf 3 obezite gerek fiziksel zorlukların gerekse ek hastalıkların baş göstermesi nedeniyle hastaların obeziteli olduklarının daha çok farkında oldukları bir durumdur. Sınıf 3 obeziteli bireyler obezitenin sonuçları ile daha çok karşı karşıya kalıp, hastalıkla yüzleşmektedirler. Sınıf 3 obeziteli bireylerin sağlıkla ilgili daha fazla araştırma yapıp bilgi sahibi oldukları, sağlıkla ilgili bilgiyi öğrenmeye daha açık oldukları, tedavi ve çözüm yollarına kendi istekleri ile ulaşmak istemeleri sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmış olabilir diye düşünmekteyiz.

Yine sağlık okuryazarlığı ile ilişkili faktörler incelendiğinde daha önce kilo vermek amacıyla diyet yapan, egzersiz yapan grupta sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilaç kullanan grupta ise hastalıklardan korunma alt boyutu düzeyleri yüksek bulundu. Çok faktörlü bileşenlerin karşılaştırıldığı modelde diyet yapmış olmanın anlamlı bir şekilde yeterli sağlık okuryazarlığı olasılığını arttırdığı görüldü. Obezitenin tedavisine yönelik girişimde bulunan bu grupların hastalığın farkında olduğu, bu hastalığın getirdiği veya getireceği sorunlar hakkında bilgi sahibi olduğu, hekim önerilerini önemseydiği söylenebilir.

Çalışmamızda daha önce beşten fazla kez diyetisyene gidenlerin daha az sıklıkta gidenlere göre sağlık okuryazarlığının daha üst seviyede olduğu saptandı. Tedavi amacıyla profesyonel yardıma başvurmak ve tedaviye devam etmek, tedavideki talimatları yeterli sürede ve doğru uygulayabilmek sağlık okuryazarlığının bir getirisidir.^[17]

Çalışmamızda katılımcıların SBİTÖ toplam puanlarına göre sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumu yüksek olarak bulundu. Literatürde obeziteli bireylerde sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumu ölçen çalışmaya rastlanmadı. Yetişkinlerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve zayıflama girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada obeziteli bireylerin normal ve fazla kilolu bireylerle benzer şekilde ve orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uyguladıkları görülmüştür.^[13]

Çalışmamızda sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, SBİTÖ toplam puanlarının yeterli sağlık okuryazarlığı olasılığı üzerinde olumlu etkisi olduğu görüldü. Fakat bu etki oldukça zayıf düzeydeydi. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar

elde edilmiştir. Soykan ve Şengül'ün 293 sağlık meslek lisesi öğrencisi ile yaptıkları bu çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları ile 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu tespit edildi.^[18]

Çalışmamızın kısıtlı yönlerinden bahsetmek gerekirse; zorlu pandemi ortamı ve poliklinik hizmetlerinin kısıtlı olması nedeniyle ulaşılan obezite hastalarının çoğunluğu aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Tedavi amacıyla ilaç kullanma ve obezite cerrahisi geçirme oranlarının düşük bulunması buna bağlı olabilir. Çalışmamız ülke veya il geneli yapılan bir çalışma olmayıp, çok merkezli yapılacak daha geniş çaplı araştırmalar ülke geneli durum hakkında daha iyi bilgi verebilir.

SONUÇ

Obeziteyle mücadele konusunda aile, çevre, hekimler üçgeninde her bir aktöre oldukça fazla görev düşmektedir. Özellikle birinci basamakta bireylerin obezite açısından takibi yapılmalı, obeziteden korunma ile ilgili bilgi verilmelidir. Aile içi beslenme alışkanlıkları sorgulanmalı, doğru beslenme şekilleri, fiziksel aktivite, spor ve egzersiz yapmanın önemi hatırlatılmalıdır. Tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi obeziteli bireylerin de en erken dönemde tespit edilip tedaviye yönlendirilmesi gerekmektedir. Daha sağlıklı bir toplum için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığını arttırmanın en iyi yolu ise gelecek nesillere verilecek eğitimlerdir.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (08.07.2020 - 2012-KAEK-15/2138).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Health Sciences University Keçiören Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (08.07.2020 - 2012-KAEK-15/2138).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Derg 2006;13(4):138-42.
2. İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açikel M. Obezite ve metabolik sendrom. Tıp Araştırmaları Dergisi 2008;6(3):168-74.
3. World Obesity Federation: Missing the 2025 global targets. 2020. Link: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/WOF_Missing_the_2025_Global_Targets_Report_FINAL_WEB.pdf adresinden 25.09.2021 tarihinde erişilmiştir.
4. World Obesity Federation: Clinical care for obesity 2021. Link: <https://data.worldobesity.org/publications/wof-health-systems-final.pdf> adresinden 25.09.2021 tarihinde erişilmiştir.
5. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi 2013;3:73-92.
6. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: WHO Regional Office for Europe; 2013.
7. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı/health literacy. Turk J Public Health 2014;12(1):61-8.
8. Van den Broucke S. Health Literacy: A critical concept for public health. Springer; 2014.
9. Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir? Link: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme.html> adresinden 05.06.2021 tarihinde erişilmiştir.
10. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anıl Matbaa.1. Baskı. Ankara 2016; 1-104.
11. Demir GT, Cicioğlu Hİ. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ): Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi 2019;4(2):256-74.
12. Deniz S, Oğuzöncül AF. Bir ilçede yaşayan erişkinlerde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2020;5(1):53-61.
13. Kocaman F, Telatar B. Yetişkinlerde beden kitle indeksine göre sağlıklı yaşam kalitesinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve zayıflama girişimlerinin değerlendirilmesi. TJFMPC 2020;14(4):497-506.
14. Ozkan S, Dikmen A, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and determiners of health literacy in Turkey: Asiye Ugras Dikmen. Eur J Public Health 2016;26(1):ckw175. 072.
15. Kaya M, Yılmaz Ö. Bireysel özellikler, sağlık okuryazarlığı ve genel sağlık durumu arasındaki ilişki. MAKÜ SOBED 2020;(33):113-22.
16. Teleş M. Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma. 2018.
17. Akbulut Y. Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. İçinde: F Yıldırım & A Keser (Ed), Sağlık Okuryazarlığı. 2015:113-32.
18. Soykan H, Şengül H. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi. GÜSB 2021; 10(4): 691-704.