



BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**BİREYLERDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE
OBEZİTE FARKINDALIĞININ SAĞLIK İNANÇ MODELİNE
GÖRE İNCELENMESİ**

Neriman AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA

BURDUR-2024

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

BİREYLERDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE
OBEZİTE FARKINDALIĞININ SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE
İNCELENMESİ

Neriman AKSOY
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA

Üye: Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Üye: Prof. Dr. Murat KAYALAR

BURDUR-2024

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne göre hazırlamış olduğum “BİREYLERDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE OBEZİTE FARKINDALIĞININ SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE İNCELENMESİ” adlı tezin hazırlanması sürecinde akademik ve etik kuralları ihlal etmediğimi, tezimin özgün olduğunu, başvurduğum kaynakları metin içinde, dipnotlarda ve kaynakçada eksiksiz ve bilimsel kurallara uygun olarak gösterdiğimi taahhüt ederim.

Neriman AKSOY

03.06.2024

TEŞEKKÜR

Zaman zaman zorlandığım, çok fazla bilgi ve tecrübe edindiğim, çok değerli bulduğum bir yolculuğun sonuna gelmiş bulunmaktayım. Bu yolculuk benim için ifade etmeye çalıştığım kelimelerden çok daha fazlası aslında. Öncelikle yolculuğumun her aşamasında samimiyeti ve alçakgönüllülüğüyle desteğini benden esirgemeyen, iyi hissetmemi ve başardığımı söyleyerek motive olmamı sağlayan, bilgi, tecrübe ve önerileri ile çalışmamın son haline gelmesine katkıda bulunan ve her daim yanımda olan kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA'ya çok teşekkür ederim.

Araştırma tez savunması sürecinde katılımları ve önerileri ile destek sağlayan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ramazan ERDEM ve Sayın Prof. Dr. Murat KAYALAR'a, tez çalışması sürecinde desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Arş. Gör. Servet ALP'e katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans sürecinde yolumun kesiştiği, yol arkadaşlığı yaptığım, hüznü de mutluluğu da beraber paylaştığım değerli hocam Sayın Arş. Gör. Sultan Ümran KAYA'ya varlığı ve desteği için minnettarım. Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) kapsamında, çalışmanın yürütülmesinde desteğini ve tecrübelerini esirgemeyen Şube Müdürü Sayın Beytullah USLU'ya da ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans yolculuğu boyunca onlardan çaldığım zamana rağmen, destekledikleri hiç esirgemeyen aileme, sevgili eşim Doç. Dr. Nazım AKSOY'a ve çocuklarım Alper ve Kerem'e, aynı zamanda uzakta olsalarda, sürekli yanımda olduklarını hissettiğim ve güç aldığım sevgili anneme, babama ve kardeşlerime de çok teşekkür ederim.

Son olarak, araştırmaya katılmayı kabul ederek zamanını harcayan, beni destekleyen değerli katılımcılara da çok teşekkürler.

Neriman AKSOY

Burdur, 2024

(AKSOY, Neriman, *Bireylerde Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Obezite Farkındalığının Sağlık İnanç Modeline göre İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Burdur, 2024*¹)

ÖZET

Bu çalışmada bireylerin, obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumları, obezite farkındalığı ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı düzeyini belirlemek, aralarındaki ilişkiyi saptamak, sosyodemografik özelliklerine göre farklılıklarını ortaya koymak ve obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumlar ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasındaki ilişkide obezite farkındalığının aracı etkisini saptamak amaçlanmıştır. Araştırma evreni Burdur ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireylerden oluşturmaktadır. Amaçlı örneklem yöntemi ile %95 güven aralığında ± 5 hata payı ile 550 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” ve “Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği”, “Obezite Farkındalığı Ölçeği” ve sosyodemografik sorular yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %37,5’i aşırı kilolu, %20,7’si ise obezdir. Katılımcıların sağlık inanç ve tutumları incelendiğinde ciddiye algısının en yüksek ortalamaya sahip olduğu, akabinde yarar ve duyarlılık algılarının geldiği görülmektedir. Sağlığın önemi ve engel algısı ise düşük ortalamaya sahiptir. Katılımcıların obezite farkındalığının yüksek, sağlık hizmeti talep erteleme davranışının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlığın önemi ve ciddiye algısı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında düşük düzeyde negatif, engel algısı ile düşük düzeyde pozitif ilişki tespit edilmiştir. Obezite farkındalığının sağlığın önemi, duyarlılık algısı ve yarar algısı ile düşük düzeyde pozitif, ciddiye algısı ile orta düzeyde pozitif, engel algısı ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ile düşük düzeyde negatif ilişki saptanmıştır. Obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumlar, obezite farkındalığı aracılığıyla sağlık hizmeti talep erteleme davranışını etkilemektedir. Obezite konusunda bireylerin sağlığın önemine dair farkındalıklarının artırılması ve engel algılarının belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Aşırı Kilo, Obezite, Obezite Farkındalığı, Sağlık Hizmeti Talebi, Sağlık İnanç, Sağlık İnanç Modeli*

¹Bu Araştırma Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje Numarası: 0863-YL-23

ABSTRACT

In this study, it is aimed to determine the level of individuals' health beliefs and attitudes regarding obesity, obesity awareness and health service request postponement behavior, to determine the relationship between them, to reveal their differences according to their sociodemographic characteristics, and to determine the mediator of obesity awareness in the relationship between health beliefs and attitudes regarding obesity and healthcare request postponement behavior. The aim was to determine its effect. The research population consists of individuals aged 18 and over living in Burdur province. With the purposeful sampling method, 550 people were reached with a margin of error of ± 5 within a 95% confidence interval. The data collection tools in the research include the "Obesity Health Belief Model Scale" and "Health Service Demand Postponement Behavior Scale", "Obesity Awareness Scale" and sociodemographic questions. 37.5% of the individuals participating in the research are overweight and 20.7% are obese. When the health beliefs and attitudes of the participants are examined, it is seen that the perception of seriousness has the highest average, followed by the perceptions of benefit and sensitivity. The perception of the importance of health and obstacles has a low average. It was determined that the participants' awareness of obesity was high and their health service demand postponement behavior was at a medium level. According to the results of the correlation analysis, a low-level negative relationship was found between the perception of the importance and seriousness of health and health service demand postponement behavior, and a low-level positive relationship was found between the perception of obstacle. A low level positive relationship was found between obesity awareness and the importance of health, sensitivity perception and benefit perception, a moderate positive relationship with the perception of seriousness, and a low level negative relationship with the perception of obstacle and health service request postponement behavior. Health beliefs and attitudes regarding obesity affect healthcare demand postponement behavior through obesity awareness. It is recommended that studies be carried out to increase individuals' awareness of the importance of health regarding obesity and to determine their perception of obstacles.

Keywords: *Overweight, Obesity, Obesity Awareness, Health Service Demand, Health Belief, Health Belief Model*

²This Research was supported by Mehmet Akif Ersoy University Scientific Research Projects Unit. Project Number: 0863-YL-23

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

OBEZİTE

1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi	6
1.2.1. Obezitenin Dünyada Görülme Sıklığı	6
1.2.2. Obezitenin Türkiye’de Görülme Sıklığı.....	11
1.3. Obezitenin Etiyolojisi (Nedenleri).....	15
1.4. Obezite ile İlgili Hastalıklar.....	18
1.5. Obezite Tedavisi	19
1.5.1. Diyet Tedavisi	20
1.5.2. Fiziksel Aktivite	21
1.5.3. Bilişsel Davranışçı Terapi	22
1.5.4. İlaç Tedavisi	23
1.5.5. Cerrahi Tedavi	23
1.6. Obezite Farkındalığı	24

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İNANÇ MODELİ

2.1. Sağlık İnanç Modelinin Tanımı	27
2.2. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri	29
2.2.1. Bireysel Özellikler.....	30
2.2.2. Algılar.....	30
2.2.2.1. Algılanan Duyarlılık.....	30

2.2.2.2. Algılanan Ciddiyet	31
2.2.2.3. Algılanan Engeller	32
2.2.2.4. Algılanan Yararlar.....	32
2.2.2.5. Öz Yeterlilik.....	33
2.2.2.6. Sağlık Motivasyonu	33
2.2.3. Eylem İpuçları	33
2.3. Obez Bireylerin Kilo Vermeye Yönelik Tutum ve İnançlarının Sağlık İnanç Modeli'ne Göre İncelenmesi	34

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

3.1. Sağlık Hizmeti Kullanımı	37
3.1.1. Sağlık Hizmeti Kullanımında Talep Erteleme	38
3.2. Obezite ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı	39
3.3. Türkiye'de Obezite konusunda Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Yapılan Çalışma ve Politikalar.....	40

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	43
4.2. Araştırmanın Konusu ve Önemi	43
4.3. Araştırmanın Hipotezleri ve Araştırma Modeli	44
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	49
4.5. Araştırmanın Etik İlkeleri	50
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	50
4.7. Araştırmanın Varsayımları	50
4.8. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	50
4.8.1. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ).....	51
4.8.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (STEÖ).....	52
4.8.3. Obezite Farkındalığı Ölçeği (OFÖ).....	52
4.8.4. Kişisel Bilgi Formu	53
4.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	54
4.9.1. Ölçeklere İlişkin Doğrulamalı Faktör Analizi Bulguları	54
4.9.1.1. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)	55
4.9.1.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (STEÖ)	57
4.9.2. Ölçeklere ve Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları	60

4.9.3. Ölçeklere İlişkin Normal Dağılım Bulguları	61
---	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. Tanımlayıcı Bulgular	62
5.2. Değişkenlere Ait Fark Analizi Bulguları	67
5.2.1. Obezite Sağlık İnanç Modeline İlişkin Fark Analizi Bulguları	67
5.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Fark Analizi Bulguları	79
5.2.3. Obezite Farkındalığına İlişkin Fark Analizi Bulguları	84
5.3. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları (Çoklu Korelasyon Analizi)	85
5.4. Aracı Etki Analizi	88
5.5. Araştırmaya İlişkin Hipotez Sonuçları	95

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA

6.1. Tartışma	98
---------------------	----

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar	112
7.2. Öneriler	116
KAYNAKÇA	120
EKLER	132
Ek-1 Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Raporu	132
Ek-2 Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Raporu	133
Ek-3 Anket Formu	134
ÖZGEÇMİŞ	138

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMOS	: Analysis of Moment Structures
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BODPOD	: Hava Değişim Pletismograf
CFI	: Comparative Fit Index
CMIN	: Minimum Discrepancy
DALY	: Disability-Adjusted Life Year
DEXA	: Dual Enerji X-Ray Absorbsiyometri
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Goodness of Fit Indices
HBM	: Healty Belief Model
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus
IBM SPSS	: International Business Machines the Statistical Package for the Social Sciences
KKH	: Konjenital Kalp Hastalığı
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
MR	: Manyetik Rezonans
NHANES	: National Health and Nutrition Examination Survey
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development,
OFÖ	: Obezite Farkındalığı Ölçeği
OSAS	: Erkeklerde Maksimum Ekspiratuvar Akış Hızında Azalma

OSİMÖ	: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PCOS	: Polikistik Over Sendrom
PCR	: Polymerase Chain Reaction- Polimeraz Zincir Reaksiyonu
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
STEÖ	: Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Ölçeği
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	: Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOAD	: Türkiye Obezite Profili Çalışması ve Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri 2011 Araştırması
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: World Health Organization
Vd.	: Ve Diğerleri
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Yetişkinlerde Obezite Sınıflandırması	5
Tablo 2: Türkiye’de Yetişkinlerde Yapılmış Obezite Çalışmaları	12
Tablo 3: Sağlık İnanç Modeli Potansiyel Değişim Stratejileri	33
Tablo 4: Aşırı Kilolu ve Obez Bireylere SİM Anahtar Bileşenlerini Uygulama Örneği	34
Tablo 5: OSİMÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları	48
Tablo 6: STEÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları	50
Tablo 7: Maddelerin Örneklem Büyüklüğü Testi	50
Tablo 8: Obezite Farkındalığı Ölçeği Keşfetici Faktör Analizi Bulguları	51
Tablo 9: Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Araştırmalarında Kullanılan Uyum İndekslerine İlişkin İyi ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	53
Tablo 10: Doğrulamalı Faktör Analizine Ait Uyum İyiliği Değerleri	58
Tablo 11: Ölçek ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları	58
Tablo 12: Ölçeklere ait Verilerin Normal Dağılım Bulguları (N=550)	59
Tablo 13: Sosyodemografik Değişkenlere Ait Araştırma Sonuçları (N:550)	60
Tablo 14: BKİ Değerleri ile Bireysel Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırıldığı Ki-Kare Testi Sonuçları (N=550)	64
Tablo 15: Araştırma Değişkenlerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N:550)	64
Tablo 16: OSİMÖ Sağlığın Önemi Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)	66
Tablo 17: OSİMÖ Sağlığın Önemi Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskal Wallis H testi)	66
Tablo 18: OSİMÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)	68
Tablo 19: OSİMÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskal Wallis H testi)	68

Tablo 20: OSİMÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)	70
Tablo 21: OSİMÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskall Wallis H testi)	71
Tablo 22: OSİMÖ Engel Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)	73
Tablo 23: OSİMÖ Engel Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskall Wallis H testi)	74
Tablo 24: OSİMÖ Yarar Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)	75
Tablo 25: OSİMÖ Yarar Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskall Wallis H testi)	75
Tablo 26: STEÖ ve Alt Boyutlarının Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Bulguları (t testi)	78
Tablo 27: STEÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ F testi)	79
Tablo 28: Obezite Farkındalığının Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (T testi/ANOVA testi)	82
Tablo 29: OSİMÖ Alt Boyutları, STEÖ ve Alt Boyutları ile Obezite Farkındalığına Ait Çoklu Korelasyon Analizi Bulguları	85
Tablo 30: Sağlığın Öneminin, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri	88
Tablo 31: Ciddiyet Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri	90
Tablo 32: Duyarlılık Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri	91
Tablo33: Engel Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri	92
Tablo 34: Yarar Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri	94
Tablo 35: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları	96

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Yetişkinler Arasında Aşırı Kilo (Obezite Dâhil) Oranları, 2014 ve 2019	8
Şekil 2: Yetişkinler Arasında Cinsiyete göre Aşırı Kilo (Obezite Dâhil) Oranları, 2019	9
Şekil 3: 15 Yaş ve Üzeri Bireysel Bildiri / Ölçülen Yetişkin Aşırı Kilo ve Obezite Oranları OECD 2019-2022	10
Şekil 4: TÜİK Genel Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022 [15+ yaş]	13
Şekil 5: TÜİK Kadın Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022 [15+ yaş]	13
Şekil 6: TÜİK Erkek Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022 [15+ yaş]	14
Şekil 7: Aşırı Kilo ve Obezite Kaynaklı Hastalıklar	18
Şekil 8: SİM Bileşenleri ve Bağlantıları	29
Şekil 9: Araştırma Modeli	46
Şekil 10: OSİM Birinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları	54
Şekil 11: OSİM İkinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları	55
Şekil 12: STE Birinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları	56
Şekil 13: STE İkinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları.	57
Şekil 14. Sağlığın Önemi ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı İlişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü	89
Şekil 15. Ciddiyet Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı İlişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü	91
Şekil 16. Duyarlılık Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı İlişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü	92
Şekil 17. Engel Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı İlişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü	93
Şekil 18. Yarar Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı İlişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü	95

GİRİŞ

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış gösteren, 21. yüzyılın küresel boyutta en önemli halk sağlığı sorunu olan Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık açısından risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz M. , 2021, s. 2). Obezite aynı zamanda diyabet, metabolik sendrom, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar da dahil olmak üzere çok sayıda kronik hastalığın oluşmasında rol oynayan, temel yaşam tarzı hastalıklarından biridir (Darıcı, 2019, s. 18). Obezite, günümüzde hala yeterince anlaşılamamış, karmaşık, çok faktörlü birçok nedeni içinde barındıran bir hastalıktır. Obezitenin oluşumunu; psikolojik, genetik, çevresel, fiziksel, hormonal, sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra aşırı beslenme, yetersiz fiziksel aktivite gibi birçok etmen etkilemektedir (Aygün, 2021, s. 408; Yaralı, 2018, s. 2; WHO, 2021).

Obezitenin erken tespit ve teşhisinde farkındalık önemli bir unsurdur. Obezite farkındalığı kilo vermeyi kolaylaştıran, obeziteye bağlı morbiditeyi ve mortaliteyi azaltan, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir olgudur. Obezite konusunda farkındalık oluşmaması durumunda, obez yetişkinler de vücut ağırlığının kişisel farkındalığı ile gerçek beden ağırlığı arasında dikkate değer bir tutarsızlık oluşmaktadır (Gerretsen, ve diğerleri, 2018, s. 39). Aşırı kilolu veya obez bireylerin kendi durumlarının farkında olmaması önemli bir sorun olup bireylerin önlem almada gecikmesine neden olmaktadır (Ural , ve diğerleri, 2018, s. 589). Aynı zaman da obezite konusunda farkındalığın artması ve obeziteyi kronik bir hastalık olarak görmek; sağlık hizmeti sağlayıcılarının, obezite ile bağlantılı yan etkileri engellemesine ve obeziteyi daha erken teşhis ve de tedavi etmesine imkân sağlayacaktır. Obezite farkındalığı düzeyindeki artış, bireylerin alacağı sağlık hizmeti kalitesini de aynı düzeyde etkileyecektir (Terzi D. , Şahin Kaya, Terzi, & Ege Gündüz, 2021, s. 710).

Obezitenin tedavisinden ziyade obeziteden korunmak için gerekli önlemlerin alınması, davranış değişikliğine gidilmesi daha çok önem taşımaktadır. Sağlığın korunması, bireylerin sağlıkları ile ilgili tedbirlerin alınması aynı zamanda sağlıkları önünde tehdit oluşturan engellerin belirlenip ortadan kaldırılması, fiziksel ve sosyal çevrenin uygun hâle getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı koruyucu davranışların gelişmesinde kültür, inanç, aile yapısı, politik unsurlar, ekonomik nedenler ve sosyal

çevremiz gibi birçok etmen etkilidir ve bu faktörler dikkate alınarak önlemlerin alınması gerekmektedir (Kuloğlu, Yalçın, & Helvacı, 2022, s. 117-118; Bostan, Örsal, & Karadağ, 2016, s. 103)

1950'li yıllarda, ABD Halk Sağlığı Servisi için çalışan sosyal psikologlar, koruyucu sağlık davranışlarını denemek ve tahmin etmek için Sağlık İnanç Modelini geliştirmişlerdir (Wayne, LaMorte, & PhD, 2022). Bilim insanları Sağlık İnanç Modelini (SİM), koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında ve bu davranışların belirleyicilerinin öngörülmesinde, bireylerin davranışlarını tahmin etmeye yönelik bir araç olarak kullanmışlardır (Karayurt'tan aktaran, Çenesiz, & Atak, 2007, s. 427). Sağlık inancı, kişilerin sağlıklı olması veya hastalık durumu ile ilgili düşünce ve davranışlarını ifade etmektedir. Bireylerin sağlıkla ilgili inançları neticesinde sağlık davranışları pekişmekte, sağlık inancı, bireyin sağlığının olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmesini sağlamaktadır. Sağlık İnanç Modeli ile bireylerin davranışlarını etkileyen inançları ve tutumları tespit edilerek, sağlıklı insan davranışları önündeki engeller belirlenebilir ve doğru davranış değişiklikleri ile bireylerin sağlıklarını korumaları ya da iyileştirmeleri sağlanabilmektedir (Kaya, Moçoşoğlu, & Sevim, 2021, s. 2348).

Obezite vücudun hemen hemen tüm fizyolojik fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen, önemli bir halk sağlığı tehdididir (Chooi, Ding, & Magkos, 2019, s. 6). Bu nedenle obezite tedavisinde erken teşhis ve tedavinin önemi aşîkârdır. Ülkemizde obezite konusunda Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmalar yapılmaktadır. Obez bireylerin herhangi bir sağlık sorunu oluşmadan sağlık hizmeti kullanımını talep etmedikleri ve ertelemeyi tercih ettikleri görülmektedir. Obezite konusunda sağlık hizmeti kullanımını talep erteleme davranışının toplumdaki düzeyinin belirlenmesi, nedenleri ve çözümü konusunda çalışmaların yapılması önem teşkil etmektedir.

Bu çalışmada bireylerin, obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumları, obezite farkındalığı ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı düzeyini belirlemek, aralarındaki ilişkiyi saptamak, sosyodemografik özelliklerine göre farklılıklarını ortaya koymak ayrıca obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumlar ile sağlık hizmetli talep erteleme davranışı arasındaki ilişkide obezite farkındalığının aracı etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Çalışmada Sağlık İnanç Modeli'nin obeziteye uyarlanmış hali “Obezite Sağlık İnanç Modeli” kullanılmış, bireylerin obezite konusunda sağlık inanç ve tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma 7 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde obezite tanımı ve sınıflandırması, obezite epidemiyolojisi, obezite etiyolojisi, obezitenin neden olduğu hastalıklar, obezitenin tedavisi, obezite farkındalığı yer almaktadır. İkinci bölümde, sağlık inanç modelinin tanımı, sağlık inanç modelinin bileşenleri, obez bireylerin kilo vermeye yönelik tutum ve inançlarının sağlık inanç modeline göre incelenmesine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmeti kullanımında talep erteleme davranışı, obezite ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı, Türkiye’de obezite konusunda Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan çalışma ve politikalara ilişkin literatür bilgisi sunulmuştur. Dördüncü bölümde araştırmanın amacı, araştırmanın konusu ve önemi, araştırmanın hipotezleri ve modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmanın etik ilkeleri, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın varsayımları, araştırmanın veri toplama aracı ve yöntemi, verilerin analizi ve değerlendirilmesi yer almaktadır. Beşinci bölümde araştırmanın bulguları, altıncı bölümde tartışma ve son olarak yedinci bölümde sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

OBEZİTE

1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bedenimizde aşırı miktarda ve sağlığını bozacak seviyede yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz M. , 2021, s. 2). Diğer bir ifadeyle: “*Obezite; bedenin yağ kütlelerinin, yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır*” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Temel halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen obezite, dünya çapında ölümlerin en önemli beşinci nedenidir (Safaei, Sundararajan, Driss, Boulila, & Shapi'i, 2021, s. 104754).

Bireylerin günlük enerji ihtiyaçları cinsiyet, yaş, hastalık durumu, fiziksel özellikleri ya da yaptıkları işlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Vücudumuzda enerji alımı ve bu enerjinin harcanması arasındaki dengenin bozulmasının sonucunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır. Yağ ve şeker oranı yüksek ve enerjisi yoğun olan gıdaların alımının artması, birçok çalışma biçiminin giderek daha hareketsiz hale gelmesi, değişen ulaşım koşulları ve artan kentleşme nedeniyle fiziksel hareketsizlikteki artış vücuttaki yağ oranının artmasını tetiklemektedir (WHO, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği değerlere göre, yetişkin bireylerde Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerlerinin 25 ila 29,9 arasında olması aşırı kilolu, 30 ve üzerinde olası ise obezite olarak kabul edilmektedir (Okunogbe , ve diğerleri, 2022, s. 1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obezite sınıflandırmasını, BKİ'ye göre belirlemektedir. BKİ, yetişkinlerde aşırı kilonun ve obezitenin sınıflandırılarak standart ölçümünü sağlayan, uluslararası kabul görmüş boy-ağırlık indeksidir (Ahmet & Naji, 2021, s. 40; WHO, 2021). BKİ, bireyin kilogram (kg) cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boyunun karesine (m²) bölünmesiyle hesaplanır (Can, 2021, s. 6). $BKİ = \frac{Vücut\ Ağırlığı}{(Boy\ uzunluğu)^2}$

Aşırı kiloluluk ve obezitenin belirlenmesinde BKİ dışında, bel ve kalça çevresi ölçümü, ultrason, vücut yoğunluğu immersiyon, pletismograf, potasyum izotopu, absorpsiyometre (DEXA), biyoelektrik impedans, deri kıvrımları ölçümü gibi farklı

yöntemler de uygulanmaktadır (Arık, 2021, s. 466; Turan, 2017, s. 6). Obezitenin ölçümünde bedendeki yağ miktarını direkt ölçen yöntemlerin kullanılması daha doğrudur ancak bu yöntemlerin kullanılmasının zor ve maliyetli olması sebebiyle, daha kolay, daha hızlı ve diğer yöntemlerle benzer sonuçları veren BKİ yaygın olarak kullanılmaktadır (Turan, 2017, s. 4). DSÖ'ne göre Yetişkinlerde Obezite Sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yetişkinlerde Obezite Sınıflandırması

Beden Kitle İndeksi	Obezite Derecesi
18,50 kg/m ² ile 24,99 kg/ m ² arası	Normal aralık
25 kg/m ² ve üzeri	Fazla kilolu
25 kg/m ² ile 29,9 kg/ m ² arası	Preobez
30 kg/m ² ve üzeri	Obez
30 kg/m ² ile 34,9 kg/ m ² arası	1. Evre
35 kg/m ² ile 39,9 kg/ m ² arası	2. Evre
40 kg/ m ² ve üzeri	3. Evre (Morbid Obez)
50 kg/ m ² ve üzeri	4. Evre (Süper Obez)

Kaynak: (Yıldırım Y. , 2021, s. 3; Arık, 2021, s. 466).

BKİ, kadınlarda ve erkeklerde farklı değerlendirilmektedir. Kadınlarda vücut ağırlığının %20-25'ini, erkeklerde ise %15-18'ini yağ dokusu oluşturmakta olup bu değer erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması durumunda obezite ortaya çıkmaktadır. BKİ sınıflandırmaları hamilelerde, yaşlılarda, çocuklarda, profesyonel sporcularda veya yüksek düzeyde kas kütlesine sahip bireylerde, böbrek ve kalp yetmezliği gibi ödeme sebep olan rahatsızlıklarda, vücuttaki yağ ve kas kütlesini ölçmemesi sebebiyle yanılabileceğinden kullanılması tavsiye edilmemektedir. Daha doğru bir sonuç elde edebilmek için, BKİ başka yöntemlerle birlikte değerlendirilmelidir (Marques , Peralta , Naia , Loureiro , & de Matos , 2018, s. 299; Can, 2021, s. 6).

Obezitenin değerlendirilmesinde başvurulan diğer bir yöntem ise bel çevresi ölçümüdür. Bel çevresi ölçümünün kadınlarda 80 cm, erkeklerde ise 94 cm ve üzerinde olması hastalık tehlikesi ile bağlantılı kabul edilirken, aynı zamanda kadınlarda 88 cm. erkeklerde 102 cm ve üstü bel çevresi kalınlığına sahip bireyler, abdominal obez olarak kabul edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; Yıldırım Y. , 2021, s. 3).

Vücuttaki yağ oranının dağılımına göre obezite değerlendirildiğinde 2 tip obezite sınıflandırması bulunmaktadır. Yağ oranı bel ve çevresinde yoğunlaşmışsa Android obezite (abdominal, erkek tipi), yağ oranı daha çok basen, kalça bölgesinde artış

gösterdiyse Jinekoid obezite (armut tipi, kadın tipi) olarak tanımlanmaktadır. Android obezite; diyabet, insülin direnci ve kardiyovasküler hastalık riskinin yüksek olduğu, tehlikeli kabul edilen elma tipi vücut şeklini ifade etmektedir. Bel çevresi ölçümünün kalça çevresi ölçümüne oranı vücut tipini belirlemektedir. Erkeklerde bu oran 1,0'den, kadınlarda da 0,9'dan yüksek olursa 'android obezite', belirtilen oranlardan düşük olursa 'jinekoid obezite' olarak ifade edilmektedir (Gülcan & Özkan, 2006, s. 185).

Vücuttaki yağ oranını ölçmek için BODPOD yöntemi, Dual Enerji X-ışını Absorptiometrisi (DEXA), Manyetik Rezonans (MR) vücut analizi ve Biyoelektrik empedans analizi yöntemleri de kullanılabilmektedir (Yaralı, 2018, s. 5).

1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite geçmiş dönemlerde refah, sağlık ve gücü temsil etmekte iken, 1980'li yıllardan itibaren tedavi gerektiren, toplumsal boyutta bir sağlık problemi haline gelmiştir (Beyaz Sipahi, 2021, s. 548). Tüm dünyayı etkileyen bulaşıcı hastalıklar ve yetersiz beslenme gibi sorunların yerini almaya başlayan obezite, önemli küresel problemlerden biri olarak görülmektedir. Dünya genelinde, DSÖ 2021 verilerine göre, 1975 yılından günümüze kadarki geçen sürede neredeyse 3 katına çıkmıştır. Günümüzde ülkemiz de dâhil olmak üzere dünyada obezite salgınından söz edilmektedir (Ertem, 2017, s. 22; Yılmaz & Sarı, 2022, s. 8).

1.2.1. Obezitenin Dünyada Görülme Sıklığı

Obezite, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde salgın haline gelmiş, görülme sıklığı yani diğer bir ifadeyle prevalansı her yıl, dünya genelinde her yaş grubunda artan, bireylerin yaşam süresini ve kalitesini negatif yönde etkileyen ciddi bir kronik hastalıktır. Aynı zaman da önlenabilir, erken ölümlerin sigaradan sonra ikinci sebebidir (Yılmaz M. , 2021, s. 2; WHO, 2021).

Avrupa ve dünya çapındaki popülasyonlarda yapılan araştırmalar aşırı kilo ve obezite prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir. 2014 yılında Avrupa'daki ülkelerde yetişkinlerde aşırı kilo ve obezite prevalansı %53,1 olarak belirlenmiştir. 20 Avrupa ülkesinde yetişkin aşırı kilolu ve obezite prevalansının araştırıldığı bir araştırma, aşırı kilonun en yüksek prevalansının Çek Cumhuriyeti (%45,2), Macaristan (%43,7) ve Litvanya'da (%41,7) olduğunu göstermektedir. Obezite için Slovenya (%20,8), Estonya

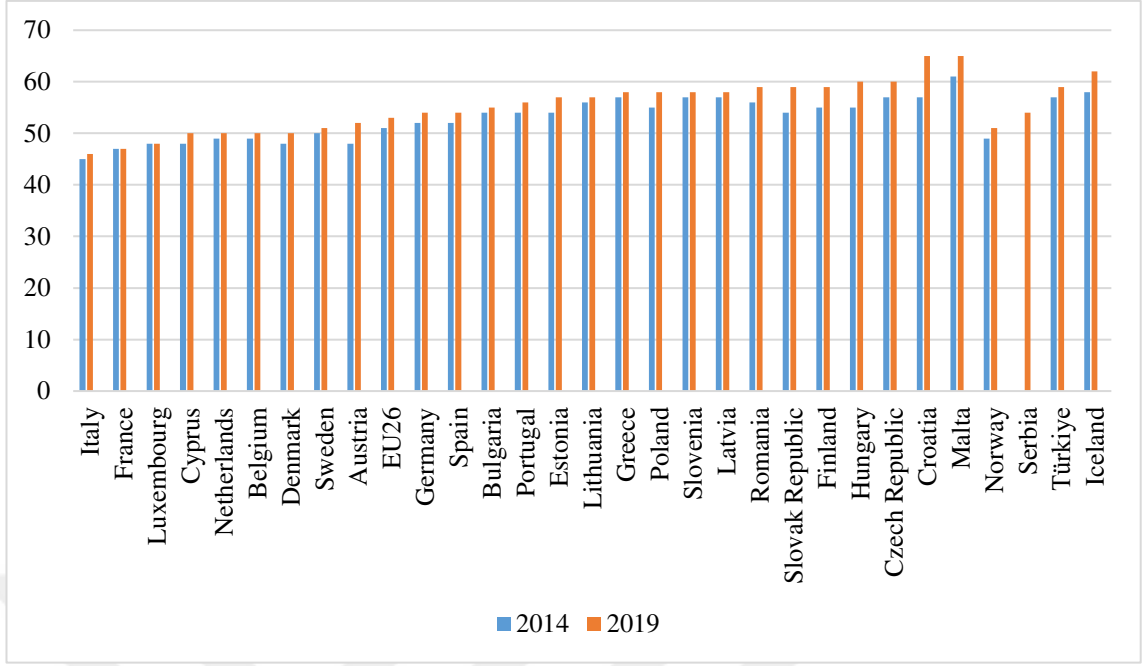
(%19,7) ve Birleşik Krallık (%19,2) en yüksek prevalansa sahip ülkelerdir (Marques , Peralta , Naia , Loureiro , & de Matos , 2018, s. 295).

2016 yılında yapılan araştırmada elde edilen verilere bakıldığında 18 yaş ve üstü yetişkinlerin %39'u (erkeklerin %39'u ve kadınların %40'ı) fazla kilolu, %13'ü (erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i) ise obezdir. Aynı yıl yapılan ölçümlere göre dünyada 5-19 yaş arası aşırı kilolu veya obez olan çocuk ve ergen sayısı 340 milyonun üzerinde tespit edilmiştir. Aynı zamanda 18 yaş ve üstü yaklaşık 1,9 milyar yetişkinin fazla kilolu ve en az 650 milyon bireyin obez olduğu belirlenmiştir (Ahmet & Naji, 2021, s. 38; WHO, 2021). Dünyada her yıl aşırı kilo ve obezite sebebiyle yaklaşık 2,8 milyon insan hayatını kaybetmektedir (Ural , ve diğerleri, 2018, s. 578).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi tarafından yürütülen, 2017–2018 Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketi'nin (NHANES) sonuçlarına göre 20 yaş ve üzerindeki ABD'li yetişkinlerin tahmini %42,5'inin obez olduğu, bu oranın % 9'unun morbid obezite düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Can, 2021, s. 9; Fryar, Carroll, & Afful, 2020, s. 1).

Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) verilerine bakıldığında, obezitenin yetişkinlerde en az Japonya da (%3,7) görüldüğü ve sonrasında Güney Kore, İtalya ve İsviçre'nin onu takip ettiği görülmektedir. Yetişkinlerde obezitenin en yüksek görüldüğü ülke ise %38,2 oranıyla ABD' dir. ABD'yi Meksika, Yeni Zelanda ve Bulgaristan takip etmektedir. Türkiye'nin obezite oranı ise %22,3 olarak belirlenmiştir ve bu oran OECD ülkeleri ortalamasının üzerindedir (OECD, 2017, s. 3).

Ülkelerin 2014 ve 2019 yılları obezite dahil aşırı kilo oranları Şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 1. Yetişkinler Arasında Aşırı Kilo (Obezite Dâhil) Oranları, 2014 ve 2019

Kaynak: (OECD/European Union, 2022, s. 123)

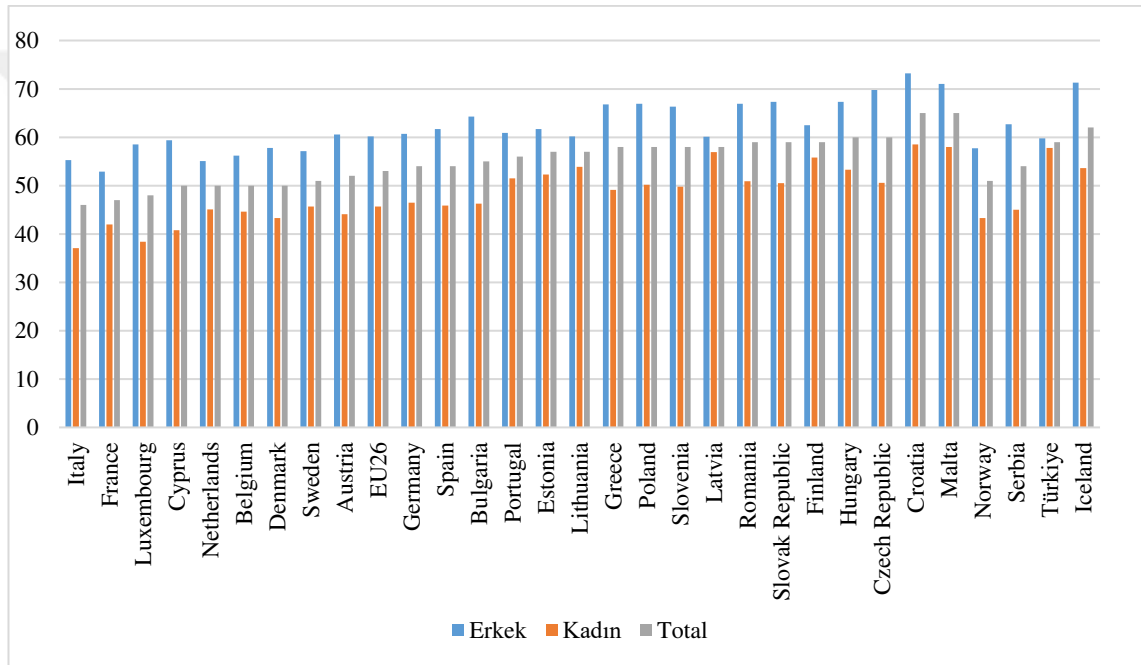
Çoğu AB ülkesinde yetişkinlerin yarısından fazlası aşırı kilolu veya obezdir. 2014 ve 2019 yıllarına ait aşırı kilo oranlarına bakıldığında, Fransa ve Lüksemburg'un sabit kaldığı, bu ülkelerin dışında hemen hemen tüm ülkelerde oranlarda artış olduğu görülmektedir. En büyük artışlar, Avusturya, Hırvatistan, Finlandiya, Macaristan ve Slovak Cumhuriyeti'nde tespit edilmiştir.

Türkiye'de ise aşırı kilolu ve obezite düzeyinin oransal olarak %57'den %59'a yükseldiği görülmektedir (OECD/European Union, 2022, s. 122-123).

Lanset dergisinin DSÖ (2024) ile ortak yürüttükleri yeni bir araştırma sonucuna göre yayınladıkları raporda, aşırı kilo ve obezite oranlarının yetişkinlerde ve çocuklarda artmaya devam ettiği ifade edilmektedir. 1990 yılından 2022 yılına kadar, obeziteyle yaşayan 5-19 yaş arası çocuk ve ergenlerin yüzdesi küresel olarak (%2'den %8'e) dört kat artarken, obeziteyle yaşayan 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin sayısının (%7'den %16'ya) iki kattan fazla arttığı belirlenmiştir. Araştırmaya göre, 2022 yılında yetişkinlerin %43'ünün (erkeklerin %43'ü ve kadınların %44'ü) yani 2,5 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu ve dünyadaki yetişkinlerin %16'sının (890 milyon) obeziteyle yaşadığı görülmektedir. Aynı yıl 5 yaş altı 37 milyon çocuk, 5-19 yaş arası 390 milyondan fazla çocuk ve ergen aşırı

kilolu olarak tespit edilmiş, bunlardan 160 milyonu obez olarak belirlenmiştir. 5-19 yaş arası çocuk ve ergenler arasında aşırı kiloluluk prevalansı (obezite dahil) 1990'da sadece %8 iken, bu oran 2022'de %20'ye yükselmiştir. Artış, erkek ve kızlarda benzer şekilde meydana gelmiş, 2022 yılında kızların %19'u ve erkeklerin %21'i fazla kilolu olarak tespit edilmiştir. 1990 yılında 5-19 yaş arası çocuk ve ergenlerin yalnızca %2'si (31 milyon genç) obez iken, 2022 yılına gelindiğinde çocuk ve ergenlerin %8'i (160 milyon genç) obez olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre dünya da sekiz kişiden biri obezite ile yaşamaktadır (WHO, 2024).

2019 yılı Yetişkinler de Aşırı Kilo ve Obezite Oranları Şekil 2’de sunulmuştur.

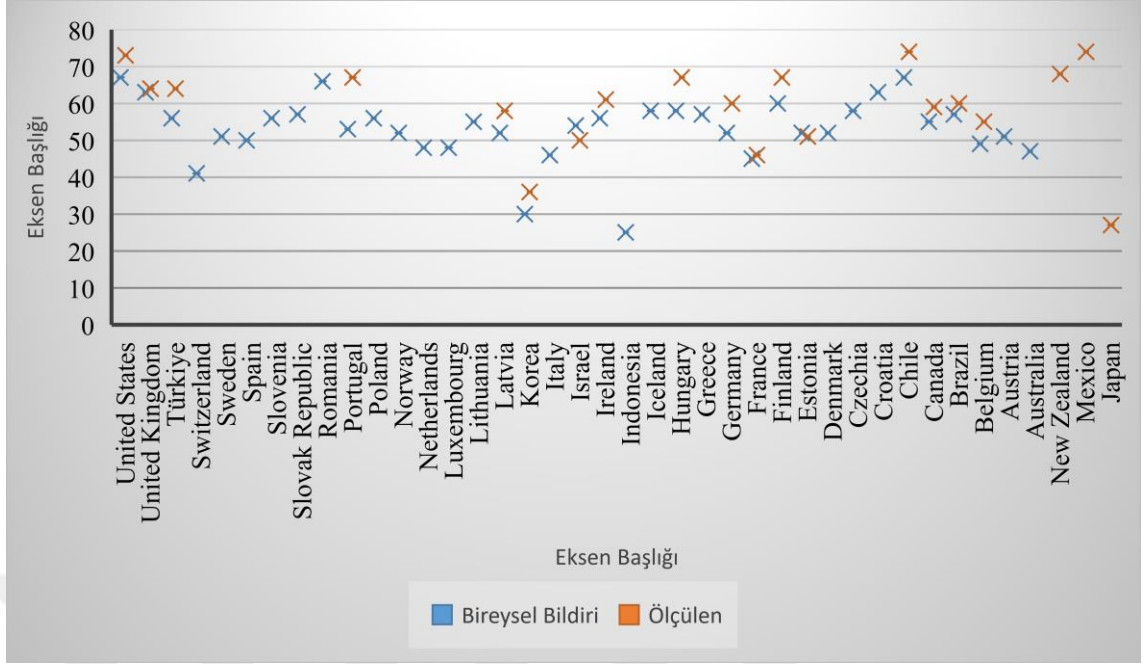


Şekil 2. Yetişkinler Arasında Cinsiyete göre Aşırı Kilo (Obezite Dâhil) Oranları, 2019

Kaynak: (OECD/European Union, 2022, s. 123).

Tüm AB ülkelerinde erkeklerin aşırı kilolu veya obez olma olasılığı kadınlardan daha yüksektir. Cinsiyetler arasındaki en büyük fark özellikle Lüksemburg ve Çek Cumhuriyeti’nde görülmektedir (OECD/European Union, 2022, s. 123)

OECD 2024 aşırı kilo ve obezite verilerine bakıldığında, ülkelerden elde edilen 15 yaş ve üstü en son ölçümlere ait veriler Şekil 3’de yer almaktadır.



Şekil 3. 15 Yaş ve üzeri Bireysel Bildiri / Ölçülen Yetişkin Aşırı Kilo ve Obezite Oranları OECD 2019-2022 (Veriler derlenerek araştırmacı tarafından hazırlanmıştır).

Kaynak: (OECD, 2024) ¹

OECD 2019-2022 yıllarını kapsayan güncel verilerine bakıldığında, aşırı kilo ve obezitenin 15 yaş ve üstü nüfus yüzdesinin en az Japonya’da (%27,2) görüldüğü ve sonrasında Güney Kore (%36,7), Fransa (%45,3) ve İtalya (%46,2)’nin onu takip ettiği görülmektedir. Yetişkinlerde obezitenin en yüksek görüldüğü ülke ise %74,1 oranıyla Meksika’dır. Akabinde, Yeni Zelanda (%68,1) ve Şili (%67,7) takip etmektedir (OECD, 2024).

Aşırı kilonun yaygınlığı bölgelere göre değişiklik göstermekte olup bu oran, Güneydoğu Asya Bölgesi ve Afrika Bölgesi’nde %31 iken Amerika Bölgesi’nde %67’dir. Günümüzde dünyada Güneydoğu Asya Bölgesi ve Sahra Altı Afrika Bölgesi dışındaki tüm bölgelerde, zayıf kilolulardan daha fazla obez birey bulunmaktadır. Obezite bir zamanlar yalnızca yüksek gelirli ülkelerde görülen bir sorun olarak kabul edilirken, bugün bazı alt-orta gelirli ülkeler dünya çapında aşırı kilo ve obezitenin en yaygın olduğu ülkeler

¹ OECD Data 2024 Overweight or obese population web sayfasında yer alan Bireysel Başvuru ve Ölçme yöntemi ile elde edilen veriler araştırmacı tarafından düzenlenerek hazırlanmıştır. Bilgi paylaşımı yapılan ülkelerin tamamının verileri elde edilen yöntemler dikkate alınarak dâhil edilmiştir.

arasında yer almaktadır. Afrika'da 5 yaş altı aşırı kilolu çocukların sayısı 2000 yılından bu yana yaklaşık % 23 artmıştır. 2022 yılında aşırı kilolu ya da obeziteyle yaşayan 5 yaş altı çocukların neredeyse yarısı Asya'da yaşamaktadır. Dünya çapında incelendiğinde, aşırı kilo ve obezitenin, zayıf kilodan daha fazla ölümle bağlantılı olduğu görülmektedir (WHO, 2021; WHO, 2024)

Obezite prevalansı, sadece bölgeler ve ülkeler arasında değil aynı zamanda ırklar ve etnik gruplar arasında da değişmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar; medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyokültürel faktörlerle, cinsiyet, yaş gibi demografik faktörlerin beraberinde beslenme alışkanlıklarının, alkol ve sigara tüketimiyle beraber fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin ve biyolojik faktörlerin de obezitenin oluşumunda etkili olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 2; Erem, ve diğerleri, 2004, s. 1118).

1.2.2. Obezitenin Türkiye’de Görülme Sıklığı

Obezite görülme sıklığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır. Bu artışı belirlemek amacıyla bazı çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Türkiye’de yetişkinlerde obezite prevalansını büyük çapta araştıran dört çalışma bulunmaktadır. Bunlar *Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP,1997-1998) Çalışması*, *Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA,1999-2000)*, *Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF,2000,2003)*, *TOAD-Türkiye Obezite Profili Çalışması ve Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri 2011 Araştırmasıdır* (T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013, s. 29)

TEKHARF çalışması Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında 30 yaş üstü erkeklerin %25,2’si, kadınların ise %44,2’si obez olarak belirlenmiştir. Orta yaş ve yaşlı gruplarda yapılan çalışmalarda kadınlarda obezite prevalansında önemli ölçüde artış görülmüştür. TOHTA çalışmasında obezite görülme sıklığının kadınlarda erkeklere oranla 1.8 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. TURDEP I-II çalışmaları 12 yıl ara ile gerçekleştirilmiş, TURDEP I sonucuna göre obezite prevalansı 20 yaş üzeri erkeklerde %12.9, kadınlarda %29,9, genel obezite oranı %22,3 olarak belirlenmiştir. TURDEP II çalışması sonuçlarına göre obezite görülme sıklığı 2010 yılında %40 artarak %31.2 düzeylerine kadar ulaşmıştır. Abdominal obezite sonucuna göre ise obezite prevalansı %34,3 olarak tespit edilmiş, bu

oran erkeklerde %16,9, kadınlarda %48,4 olarak belirlenmiştir. Türkiye de 15-49 yaş kadınları kapsayan, 5 yılda bir tekrarlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre kadınlarda obezitenin arttığı belirlenmiş, 15-49 yaş grubu kadınlarda, 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla fazla kiloluluk ve obezite sıklığında son 10 yılda %5,1 artış gözlemlenmiştir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 yılı sonuçlarına göre aşırı kilolu bireylerin prevalansı %34,6, obez bireylerin prevalansı ise % 30,3'tür. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 51-64 yaş arası yetişkinlerde obezite, 65 yaş ve üstü yetişkinlerde de aşırı kiloluluk oranı yüksektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 20).

Türkiyede obezite alanında yapılan çalışmalar ve çalışmalara ait veriler Tablo 2'de özetlenmiştir.

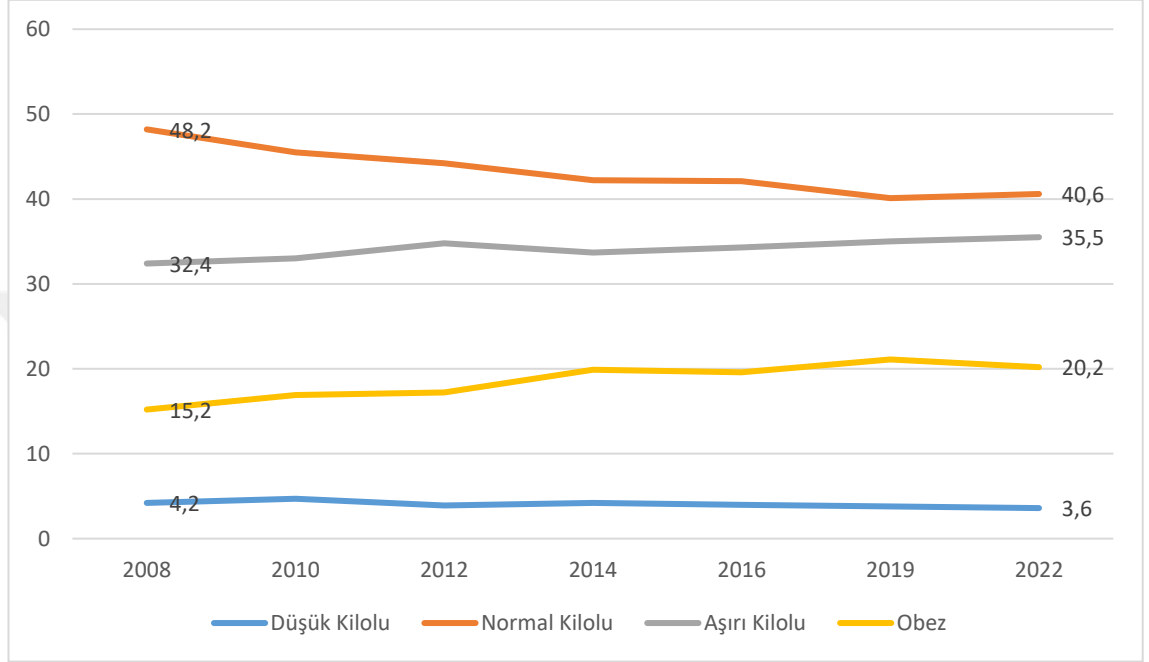
Tablo 2. Türkiye’de Yetişkinlerde Yapılmış Obezite Çalışmaları

Çalışma/ Yazar	Yapıldığı Yer/Yıl	Katılımcı Sayısı/Yaş Grubu	Obezite Prevalansı (%)
Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-I (TURDEP-I)/ Satman ve ark.	15 il, 540 merkez/1997-1998	24788 (K: 13708, E: 11080)/≥20 yaş	Genel: 22,3 (K: 29,9 / E: 12,9)
Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri (TOHTA)/Yumuk ve ark.	Türkiye/1999-2000	23888 (K: 6969, E: 169191)/≥20 yaş	Genel: 19,4 (K: 24,3 / E: 14,4)
Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri (TEKHARF)/Onat ve ark.	6 il/2000 6 il/2003	3681/≥30 yaş 2269/≥30 yaş	(K: 43,0 / E: 21,1) (K: 44,2 / E: 25,2)
Balçova Kardiyovasküler Hast Çalışması/Ünal ve ark.	Balçova/2007	16080 (K: 10528, E: 5552)/≥30 yaş	Genel: 39,1 (K: 44,2 / E: 29,4)
Türkiye Sağlık Araştırması/ TUIK	Türkiye/2008 Türkiye/2010 Türkiye/2012	≥15 yaş	Genel:15,2 (K:18,5 / E: 12,3) Genel:16,9 (K: 21,0 / E: 13,2) Genel:17,2 (K: 20,9 / E: 13,7)
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)	81 il, 600 merkez/2010	4853 (K: 3038, E: 1815)/≥19 yaş	Genel: 30,3 (K: 41,0 / E: 20,5)
TURDEP-II/Satman ve ark.	15 il, 540 merkez/2010	26499 (K: 16696, E: 9327)/≥20 yaş	Genel: 31,2 (K: 44,0 / E: 27,0)
Doğan ve ark.	Afyonkarahisar/2010	1947/≥18 yaş:	Genel: 31,7 (K: 39,8 / E: 20,7)
Kutlutürk ve ark.	Tokat/2011	1095 (K: 554, E: 541)/≥18 yaş	Genel: 23,4 (K: 33,6 / E: 12,9)

Aydın ve ark.	Melen/2012	2222 (K: 1418, E: 804)/Ort. 50 yaş	Genel: 43,3 (K: 53,1 / E: 26,9)
Ustu ve ark.	Tokat/2012	5162 (K: 1885, E: 3277)/≥18 yaş	Genel: 29,5 (K: 22,3 / E: 33,6)

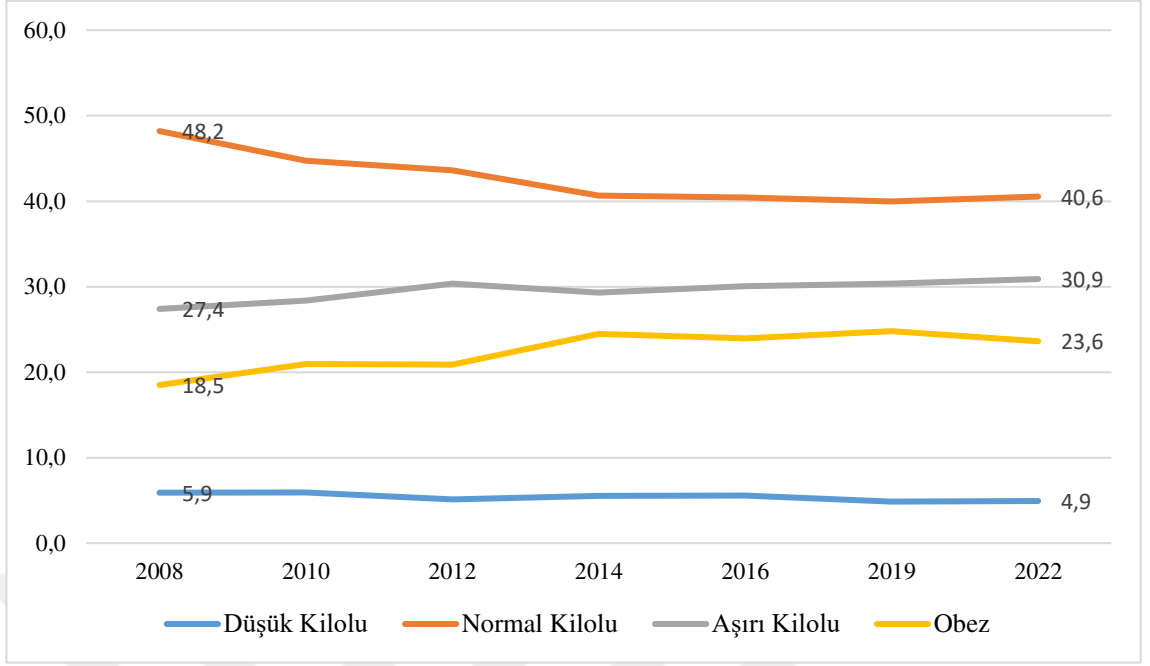
Kaynak: (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019, s. 13).

Türkiye İstatistik Kurumuna ait Genel ve Cinsiyete göre Aşırı Kilo ve Obezite Oranları Şekil 4, Şekil 5 ve Şekil 6’da yer almaktadır.



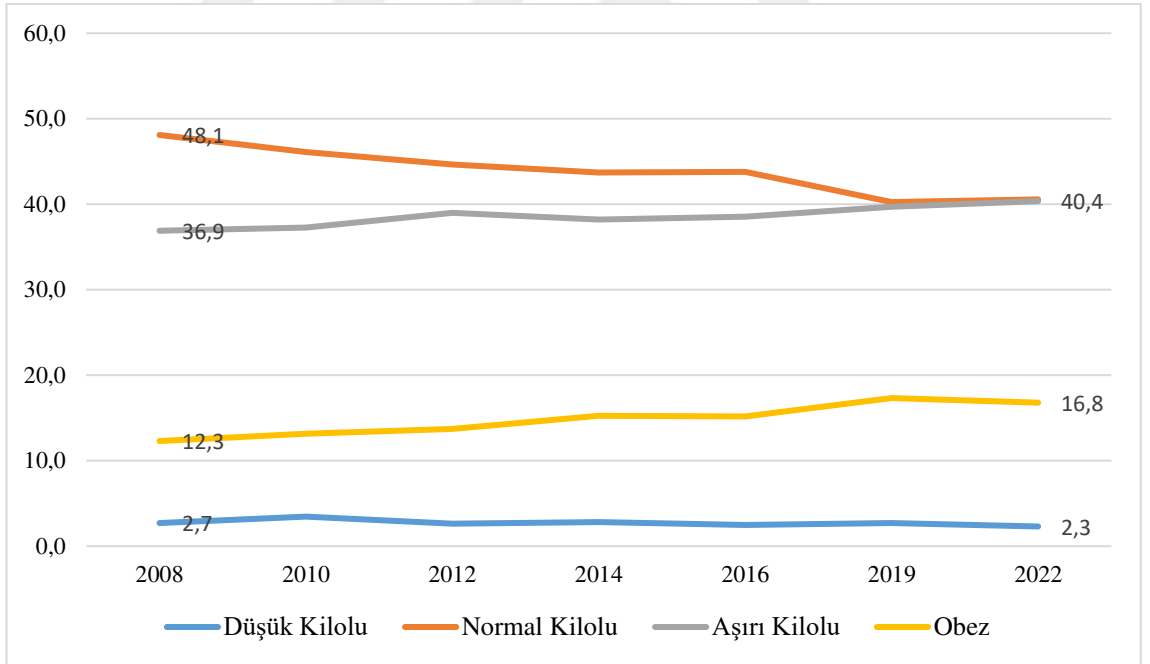
Şekil 4. TÜİK Genel Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022 [15+ yaş]

Kaynak: (TÜİK, 2023).



Şekil 5. TÜİK Kadın Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022 [15+ yaş]

Kaynak: (TÜİK, 2023).



Şekil 6. TÜİK Erkek Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022 [15+ yaş]

Kaynak: (TÜİK, 2023).

Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması sonuçlarına göre boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan vücut kitle indeksi değerleri incelendiğinde, 2022 yılında 15 yaş ve üzeri bireylerin % 20,2'sinin obez, % 35,6'sının ise aşırı kilolu olduğu

belirlenmiştir. Obez bireylerin oranı cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların %23,6'sının obez ve % 30,9'unun aşırı kilolu, erkeklerin % 16,8'inin obez ve % 40,4'ünün aşırı kilolu olduğu görülmektedir (TÜİK, 2023).

1.3. Obezitenin Etiyolojisi (Nedenleri)

Obezite, günümüzde hâlâ yeterince anlaşılamamış, karmaşık, çok faktörlü birçok nedeni içinde barındıran bir hastalıktır. Obezitenin oluşumunu; psikolojik, genetik, çevresel, fiziksel, hormonal, sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra aşırı beslenme, yetersiz fiziksel aktivite gibi birçok etmen etkilemektedir ve bu faktörlerin çoğu bireyin kontrolü dışındadır (Aygün, 2021, s. 408; Yaralı, 2018, s. 2; WHO, 2021).

Obeziteye neden olan risk faktörleri gruplandırıldığında değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri olarak sigara-alkol tüketimi, aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, evlilik, eğitim düzeyi, doğum sayısı, fiziksel aktivitenin azalması, psikolojik faktörler, sosyo-kültürel faktörler ve ilaçlar olarak sayılabilmektedir. Menopoz, cinsiyet, genetik etmenler ve yaş ise değiştirilemez faktörlerdir (Turan, 2017, s. 9).

Yetişkin obezitesi ile ilgili bireysel hastalık olasılığı, aşırı obezite oranına sahip bölgelerdeki kaynaklar değerlendirildiğinde, sosyoekonomik ve çevresel faktörlerin “obezojenik” ortamlardaki etkisine de işaret etmektedir. Bireylerde, toplumlarda ve farklı ortamlarda obezite olasılığını artıran obezojenik ortam, yerel olarak uygun fiyatlarla sağlıklı sürdürülebilir gıdanın bulunabilirliğini sınırlayan yapısal faktörlerle, tüm insanların günlük yaşamında güvenli ve kolay fiziksel hareketliliğin olmamasıyla ve gıda eksikliğiyle ilişkilidir (WHO, 2024). Genetik ve yaşam tarzına bağlı faktörler obez olma olasılığını etkileyebilirken, obez kişilerin belirli bölgelerde/bağamlarda kümelenmesi, çevresel ve sosyoekonomik nedenleri veya obezojenik ortamları işaret edebilir. Örneğin bireyin yaşam sürdüğü coğrafya çok soğuk iklime sahipse birey kapalı ortamlarda daha çok vakit geçirmek durumunda kalabilir. İş ortamında sağlıklı besin tüketmek yerine fast food ürünlerin satıldığı alışveriş merkezlerinin varlığı kişiyi bu ürünlere yönlendirebilir ya da fiziksel hareket gerektirmeyen bir işte çalışmakta obezojenik bir ortam oluşmasına sebep olabilmektedir (Zhang, ve diğerleri, 2020, s. 3-5).

Birçok düşük ve orta gelirli ülke, yetersiz beslenmenin çifte yüküyle karşı karşıyadır. Bu ülkelerin bulaşıcı hastalıklar ve yetersiz beslenme sorunlarıyla uğraşmaya

devam ederken, aynı zamanda obezite ve aşırı kilo gibi bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerinde de hızlı bir artış yaşadığı görülmektedir. Aynı ülkede, aynı toplulukta ve aynı hanede yetersiz beslenme ve obezitenin bir arada bulunması yaygın bir durum haline gelmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki çocuklar, doğum öncesi, bebek ve küçük çocuk beslenmesindeki yetersizliğe karşı daha savunmasızdır. Aynı zamanda, bu çocuklar yüksek yağlı, yüksek şekerli, yüksek tuzlu, enerji yoğun ve mikrobeyin açısından fakir olan, genellikle maliyeti daha düşük ama aynı zamanda besin kalitesi açısından da daha düşük gıdalara maruz kalmaktadırlar. Bu beslenme kalıpları, düşük düzeydeki fiziksel aktiviteyle birlikte çocukluk çağı obezitesinde keskin artışlara neden olurken, yetersiz beslenme sorunları da çözümsüz kalmaktadır (WHO, 2024).

Obezitenin sosyo-ekonomik etkileri incelendiğinde, gelişmekte olan Tayland gibi ülkelerde, sosyo-ekonomik durumu yüksek kesimlerin obezite oranı, daha fazla gıda alabilme ya da gıda alımına daha yüksek bütçe ayırabilmeleri ve daha az egzersiz yapmaları nedeniyle yüksektir. Gelişmiş ülkelere bakıldığında sosyo-ekonomik durumu düşük olan bireylerin, düşük fiyatlı, enerji içeriği yüksek ve sağlıklı olmayan gıdaları fazla tüketmeleri nedeniyle obezite oranının yüksek olduğu görülmektedir. Sosyo-ekonomik durumun artışıyla birlikte sağlıklı, daha kaliteli gıdaya ulaşım artmaktadır (Beyaz Sipahi, 2021, s. 549; McLaren , 2007, s. 35). Ülkemiz özellikleri bakımından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin her ikisinin de özelliklerini taşımakta olup kırsal-kentsel yerleşim oranı, coğrafi bölge durumu ve sosyo-ekonomik durumlara göre farklılık göstermektedir (Yılmaz M. , 2021, s. 4).

Aşırı kilo ve obezite gelişimindeki önemli bir bileşen de, bireyin genetik yatkınlığıdır. Obezitenin gelişiminde % 25-40 oranında etkili olan genetik yatkınlık iştah, açlık, tokluk ve nihayetinde gıda alımının düzenlenmesinde güçlü bir rol oynamaktadır (Turan, 2017, s. 10; Serter, 2003, s. 27; Pantenburg , ve diğerleri, 2012, s. 6). Genetik olarak obeziteyi tetikleyen, vücutta aşırı yağ birikmesine sebep olan genlerin etkisinin bir araya gelmesi sonucunda obezite gelişmektedir. Leptin, leptin reseptörü, proopiomelanokortin, prohormon dönüştürücü 1, melanokortin 4 reseptörü, tek fikirli homolog 1, beyin kaynaklı nörotrofik faktör ve nörotrofik tirozin kinaz reseptörü tip 2 geninin obeziteye neden olan genler olduğu bildirilmiştir (Mahmoud, Kimonis, & Butler, 2022, s. 1). Bu genlerin vücuttaki etkisini; iştahı, vücudun enerji kullanımı ya da vücudun

besinleri dağıtma şeklini değiştirerek gösterdiği düşünülmektedir (Gülcan & Özkan, 2006, s. 187).

Obezite oluşumunda diğer bir etken psikolojik ya da çevresel faktörler nedeniyle, uzun süre strese maruz kalma sonucu oluşan kronik stres durumudur. Stres, parasempatik sinir sisteminde doygunluğu engelleme ve açlığı teşvik etme şeklinde bir değişikliğe neden olabilmekte, strese maruz kalan birey ne yediğini ya da ne kadar yediğini umursamadan besinleri tüketebilmekte ve bu durum bireyde kilo artışına neden olabilmektedir (Turan, 2017, s. 11).

Obezitenin nedenlerine bakıldığında bazı hatalı yeme davranışları da dikkat çekmektedir. Bu davranışların en önemlilerine örnek olarak aşağıda belirtilen davranışları gösterebiliriz.

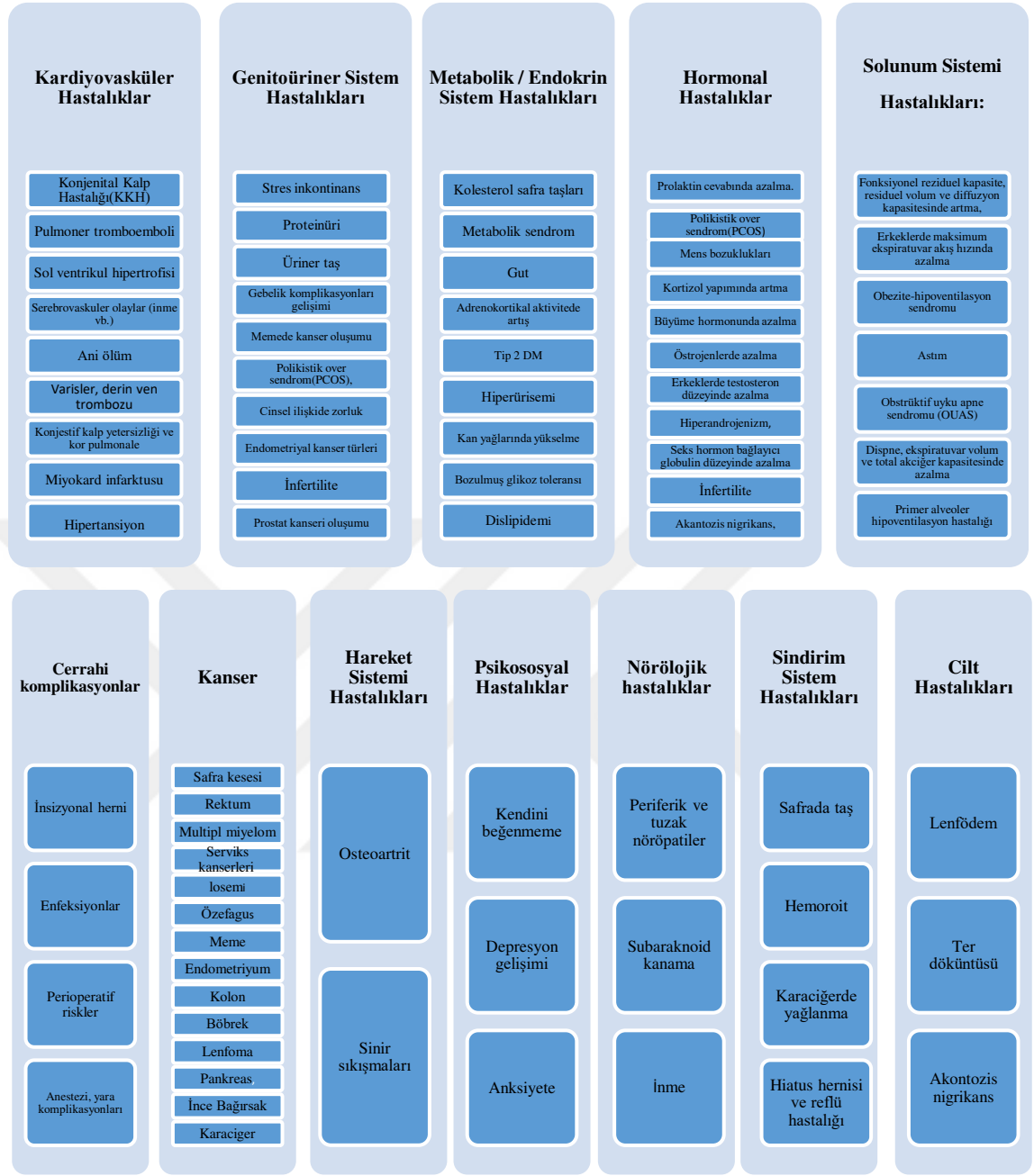
- Sık sık davetlere, ziyafetlere katılmak ve verilen ikramlardan tüketmek,
- Uzun süre sofrada kalmak ve normal tüketmemiz gerekenden daha fazla besin tüketmek,
- Geceleri uyanıp besin tüketmek,
- Akşam eve gelindiğinde yemek zamanına kadar atıştırmalıklar tüketip sonrasında yemek yemek ve yemek sonrası yatana kadar sürekli bir şeyler atıştırmak
- Öğünleri atlayıp öğün aralarında devamlı bir şeyler tüketmek,
- Suyu az tüketmek ya da hiç tüketmemek, onun yerine şeker katkılı, yüksek enerjili içecekleri tüketmek,
- Sağlıklı besinler yerine fast food tarzı, enerji yoğunluğu yüksek hazır gıdaları tercih etmek,
- Yemek esnasında cep telefonu ile ilgilenmek, televizyon izlemek ve kitap okumak gibi farklı aktivitelerle uğraşmak,
- Stres, öfke ve sıkıntı durumlarında çok fazla besin tüketmek,
- Az çiğnemek, büyük lokmalar almak, hızlı yemek, kaşığı çatalı elimizden bırakmamaktır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019, s. 63).

Yetişkinlerde görülen obezite, çocukluk dönemindeki beslenme alışkanlıklarımızla da bağlantılıdır ve obezitenin temeli çocuk yaşlarda atılmaktadır (Arık, 2021, s. 465). Yapılan çalışmalar anne sütüyle beslenen çocuklarda obezite prevalansının daha düşük olduğunu göstermiş, DSÖ ve UNICEF aracılığıyla aktarılan raporlarda anne sütünün, kronik hastalık ve obezite riskini kısa ve uzun dönemde azalttığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

1.4. Obezite ile İlgili Hastalıklar

Aşırı kilo ve obezite, bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre Avrupa'da, iskemik kalp hastalıklarının %35'i, Tip 2 diyabetin %80'i, hipertansiyonun %55'i obezite kaynaklıdır (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2012, s. 16). Aşırı kilolu ve obez bireylerde yapılan araştırmalara göre, kronik hastalık görünme oranı %47,8 olarak tespit edilmiş, bu oran kadın bireylerde %44,4 iken erkek bireylerde %33,7 olarak belirlenmiştir. Yine yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzeri obez bireylerde kronik hastalık görülme oranı %44,5 olarak tespit edilmiştir (Ünveren, Harmancı , & Kayhan , 2021, s. 263). 2019 yılında, normal değerlerin üzerindeki Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerlerinin neden olduğu, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler, nörolojik bozukluklar, kronik solunum hastalıkları ve sindirim bozuklukları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH), tahmini 5 milyon ölüme neden olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2024).

Aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu hastalıklar Şekil 7'de yer almaktadır.



Şekil 7. Aşırı Kilo ve Obezite Kaynaklı Hastalıklar

Kaynak: (Darıcı, 2019, s. 18; Turan, 2017, s. 14-15; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 6)

Ayrıca horlama problemi de obezite ile bağlantılı olarak gelişmekte, obezite vücudumuzdaki her sistemi etkilemektedir.

1.5. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisi istikrar ve mücadele gerektiren uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu nedenle obezite tedavisinden daha önemlisi obeziteden korunmak olmalıdır. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki obezite, yetişkin dönemi obezitesine zemin hazırlamakta

olduğundan, korumanın çocukluk çağlarından başlaması önem arz etmektedir. Obezite tedavisi ile mortalitenin, oluşabilecek ya da mevcut hastalık risklerinin azalması, hastalıkların iyileşmesi ve sonuç olarak kişinin yaşam kalitesinin yükselmesi hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Obezite tedavisinde çok yönlü bir protokol hazırlanmalı ve multidisipliner yaklaşılmalıdır (Baltacı , Ünalacak , Kara , & Sarıgüzel , 2015, s. 97). Obeziteyi etkileyen çevresel, davranışsal, genetik, kültürel birçok faktör vardır ve bunlardan genetik dışındakiler değiştirilebilir. Hastaların ağırlıklarının %5-10'luk kaybı diyabet, hipertansiyon gibi sağlık risklerini azaltmaktadır. Obezite tedavisinde ilk ay 2 kg, ilk 6 ayda toplam kilodan %5'lik azalma başarı ölçütü olarak belirlenmiştir (Özyiğit, 2021, s. 182).

Obezite tedavisinde kullanılan teknikler beş ana başlıkta toplanmaktadır.

1.5.1. Diyet Tedavisi

Obezite tedavisinde diyet önemli bir yer tutmaktadır. Aşırı kilolu ve obez bireylere diyet uygularken kişinin bireysel aktivite düzeyine, eğitim durumuna, beslenme alışkanlıklarına, diğer ek hastalık durumuna, sosyal, kültürel özelliklerine ve daha önceki diyet uygulamalarına göre kişiselleştirilmiş kalori kısıtlı ve dengeli bir diyet oluşturulmalıdır. Aynı zamanda diyet kolay uygulanabilir, güvenli ve ucuz olmalıdır. Hesaplanan günlük kalori miktarının 500-1000 kcal/gün (ya da %30) azaltılması, ortalama haftada 0,5-1 kg kayba neden olmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019, s. 71; Baltacı , Ünalacak , Kara , & Sarıgüzel , 2015, s. 97).

Bireylerin doğru beslenme alışkanlığı kazanması ve bunu sürdürmesini sağlayabilmek için uygulanacak diyet dengeli ve yeterli beslenme kurallarına uygun olmalıdır. Bireyin normal kiloya (18,50 kg - 24,99 kg) ulaşması hedeflenmeli, ideal kiloya ulaştığında bu kilo korunmalı ve tekrar kilo alınması önlenmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Yapılan birçok araştırmanın sonucuna göre çeşitli ABD'li kuruluşlar tarafından ilan edilen diyet tavsiyeleri uygulandığında, ABD'de morbidite ve mortalitenin ana nedenleri olan kalp hastalığı, kanser, diyabet ve obezite gelişme riskinin azaldığı belirlenmiştir. Diyet tavsiyeleri aşağıda maddeler halinde sunulmuştur (Deckelbaum, ve diğerleri, 1999, s. 454).

- Yağ, özellikle doymuş yağ ve kolesterol alımının azaltılması,

- Meyve, sebze ve tam tahıl tüketiminin artırılması,
- Yiyeceklerin çeşitlendirilmesi,
- Tuz, sodyum ve şeker tüketiminin orta seviyede tutulması,
- Alkollü içecekler kullanılıyorsa ölçülü bir şekilde kullanılması,
- Arzu edilen kiloyu korumak için ya da ideal kiloya ulaşmak için uygun miktarda kalori tüketimi ve düzenli aktivite şeklindedir.

Beslenme tedavisinde bireyin enerji ihtiyacı bazal metabolizma hızının üstünde olmalıdır. Diyetin karbonhidrat içeriği günlük enerjinin % 50-55'ini kapsamalı, basit karbonhidrat tüketimi azaltılmalı, kompleks karbonhidratlar tüketilmelidir. Protein içeriği enerji kaynağının %15-20'sini oluşturmali ve kaliteli protein kaynakları tüketilmelidir. Bunun yanında posalı besinlerin tüketilmesi artırılmalı, tuz tüketimi 5gr'ın altında olmalı ve günde en az 2 litre su içilmelidir (Baltacı , Ünalacak , Kara , & Sarıgözel , 2015, s. 97). Ayrıca gıda endüstrisi de sağlıklı beslenmeyi teşvik etmede önemli bir rol oynamalıdır. Gıda endüstrisi alanında, işlenmiş gıdaların yağ, şeker ve tuz içeriğini azaltmak, sağlıklı ve besleyici seçimlerin tüm tüketiciler için erişilebilir ve karşılanabilir olmasını sağlamak, şeker, tuz ve yağ oranı yüksek, özellikle çocuklara ve gençlere yönelik gıdaların pazarlanmasının kısıtlanması gibi çalışmalar uygulanmalıdır (WHO, 2021).

1.5.2. Fiziksel Aktivite

Obezite artışının en önemli nedenlerinden biri yaygınlaşan hareketsiz yaşam tarzıdır. Sağlıklı yaşam tarzının temel unsuru düzenli fiziksel aktivitedir ve bir toplumda fiziksel aktivitede artış, sağlık harcamalarında ciddi anlamda azalmaya neden olmakta, ülkelerin ekonomisine de büyük ölçüde katkı sağlamaktadır. Türkiye'de yürütölen Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (2002-2004) sonuçlarına göre iskemik inmeye bağılı 10.269 ölümin ve iskemik kalp hastalığına bağılı 31.519 ölümin yeterli fiziksel aktivite ile önleneyeğı belirlenmiştir. Yeterli fiziksel aktivite, önlenebilir hastalık yüğü açısından değerlendirildiğinde, iskemik inmeye bağılı 101.578 sakatlığa bağılı kaybedilen yaşam yılı (DALY), şeker hastalığına bağılı 37.456 DALY, iskemik kalp hastalığına bağılı 300.850 DALY, toplamda ise 464.627 DALY engellenebilmektedir. Bu sonuç tüm hastalık yüğünün %4,3'üne denk gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 20).

Fiziksel aktivite eksikliği hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ölkelerde, özellikle büyük şehirlerdeki yoksul insanlar arasında yaygın ve hızla artan bir sorun,

küresel bir sağlık tehlikesidir (WHO, 2003, s. 3). Bireyin düzenli olarak egzersiz yapması insülin direncini azaltır, hareket esnekliği sağlar, dislipidemiye olumlu etki eder, kas gücünü artırır, bel çevresini azaltır, osteoporozu önler, zayıflamaya yardımcı olur, hipertansiyon, aterosklerotik kalp damar hastalığı, diyabet gibi daha birçok hastalığın olma riskini azaltır. Düşük kalorili diyetler uygulamadan orta ya da yüksek düzeyde aerobik fiziksel aktivite sonucunda, aşırı kilolu ya da obez bireylerde depolanan yağ dokusunda azalma sağlanmış aynı zamanda kardiyovasküler risk etkenleri üzerinde pozitif etkisi belirlenmiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019, s. 73).

Bireylere uygulanan egzersiz tedavisinin temel ilkeleri; hafta da 5 gün mümkünse her gün, 20-30 dk günde 2 kez ya da 40-60 dk günde 1 kez, günlük yaşam aktivitelerini artırma, yürüyüş ya da direnç egzersizleri şeklinde, en üst oksijen tüketiminin % 50-70'i olarak ifade edilmiştir. Tavsiye edilen beslenme programı uygulanabilir, bireye özgü, bireyin günlük yaşam alışkanlıklarıyla uyumlu ve eğlenceli olmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

1.5.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

Obezite tedavisinde obeziteye neden olan tutum ve davranışların değiştirilmesi önem arz etmektedir. Davranış değişikliği tedavisi, fiziksel aktivite ya da beslenme konusunda yanlış bilinen davranışların doğru olanlarla değiştirmesini ya da yanlış davranışların azaltılmasını, pozitif davranışların pekiştirilerek yaşam biçimi haline gelmesini hedefleyen tedavi çeşididir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Klinisyenin hastaya dürtülerini kontrol etme, gerçekçi bir vücut ağırlığı hedefi belirleme, gereksiz yeme davranışını başka davranışlarla değiştirme noktalarında beceri kazanma ve kendi kendisini izleme noktasında tecrübe kazanmasını sağlayacak şekilde davranması önemlidir. Aynı zamanda motive edici ve olumlu yaklaşım tedavinin başarısını da yükseltmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019, s. 79).

Davranış değişikliği tedavisinin aşamaları aşağıda yer almaktadır (Darıcı, 2019, s. 25-26; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019, s. 77-78).

- 1.Kendini izleme,
- 2.Uyaran kontrolü,

3. Alternatif davranış geliştirme,
4. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme,
5. Bilişsel yeniden yapılandırma,
6. Sosyal destektir.

1.5.4. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi obez hastalarda beslenme şeklinde ve yaşam biçiminde değişiklikler yapılmasına rağmen kilo veremeyen bireylere hekimler tarafından tavsiye edilmektedir. Tavsiye edilirken hastanın ek hastalıkları ve bireysel özellikleri dikkate alınmalı, hastanın tedavi öncesi gebelik durumu netleştirilmeli ve gebelik söz konusu ise tedavi ertelenmelidir. Tedavinin 6-12 aylık bölümünde vücut ağırlığının en fazla %10'luk kısmının verildiği görülmektedir. Obezite ilacının düşük yan etkili olması, etkili ve güvenli olması, kilo vermeyi sağlaması ve verilen kilonun devamını sağlaması, bağımlılığa neden olmaması, etkisine tolerans geliştirilmemesi, vücut sistemlerine toksik etkilerinin olmaması gerekir (Özyiğit, 2021, s. 182).

İlaç tedavisinin etkili olabilmesi için, yanında egzersiz ve medikal diyet tedavisi de uygulanmalı ve hasta belli aralıklarla kontrole gelmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

1.5.5. Cerrahi Tedavi

Obez bireylerde diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kalıcı ve önemli kilo kaybı elde edilmediğinde cerrahi yollara başvurulmaktadır. Tıbbi kaynaklara bakıldığında bireyin BKİ <35'in üzerinde ise ya da birey olması gereken kilonun 45 kg üzerinde ise ve klinik olarak şikâyetleri bulunuyorsa, yaşam tarzı değişiklikleri veya diyet ile kalıcı kilo vermelerinin mümkün olmadığı görülmektedir. Bu nedenle obezitenin cerrahi tedavisi (bariatrik cerrahi) önem teşkil etmektedir (Bozbora, 2008, s. 361).

Obezite cerrahisi uzun vadeli etkili bir seçenektir ancak uygun hastaların yalnızca %1-2'si ameliyat olmakta, obez hastaların çoğunluğu tedavi edilmemektedir. Endoskopik bariatrik ve metabolik tedaviler (EBMT'ler), obezite tedavisi için tıbbi ve cerrahi müdahaleler arasındaki boşluğu doldurmak için geliştirilmiş minimal invaziv prosedürlerdir (Singh , ve diğerleri, 2022, s. 252).

Obezitenin cerrahi tedavisinde sonucun başarılı olabilmesi için bariatrik cerrah dışında psikiyatrist, diyetisyen, endokrinolog ve anesteziistin bir arada çalışması gerekir (Bozbora, 2008, s. 361). Bariatrik cerrahide amaç, yiyeceklerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltarak, alınan yiyeceklerle vücutta oluşan enerjinin azaltılmasını sağlamaktır. Cerrahi de kullanılan yöntemler gastropласти, biliopankreatik diversiyon, duodenal switch, Roux-en-Y gastrik bypass, sleeve gastrektomi, gastrik balon ve ayarlanabilir gastrik band şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; Kahraman, 2014, s. 12).

BKİ 40 kg/ m² ve üzeri bireylere morbid obez teşhisi konulmaktadır. Morbid obezite cerrahisinde ameliyat için gereken şartlar aşağıda sunulmuştur (Bozbora, 2008, s. 361).

- Hormonal hastalıkların bulunmaması,
- Alkol ve ilaç bağımlılığının olmaması,
- Girişim riskinin kabul edilebilir olması,
- 18-50 yaş aralığında olmak,
- Hastanın uygulanacak yöntemi anlaması ve ameliyattan sonra uyum sağlayabilecek durumda olması,
- BKİ 40 kg/ m² ve üzeri olmak ya da 30-40 arasında olup eşlik eden kronik hastalıkların olması (diyabet, artrit, hipertansiyon, uyku apnesi sendromu).
- En az 5 yıldır obezitenin var olması şeklindedir.

1.6. Obezite Farkındalığı

Obezitenin erken tespit ve teşhisinde farkındalık önemli bir unsurdur. Farkındalık durumu; mevcut algılara ve deneyimlere anlık olarak, yargılayıcı ve reaktif olmayan bir şekilde, tam anlamıyla dikkat çekmeyi sağlayan kararlı, psikolojik ve bilişsel beceriler olarak tanımlanabilir (Tezcan Doğru , 2022, s. 2). Obezite farkındalığı kilo vermeyi kolaylaştıran, obeziteye bağlı morbiditeyi ve mortaliteyi azaltan, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir olgudur. Obezite konusunda farkındalık oluşmaması durumunda, obez yetişkinler de vücut ağırlığının kişisel farkındalığı ile gerçek beden ağırlığı arasında dikkate değer bir tutarsızlık oluşmaktadır (Gerretsen, ve diğerleri, 2018, s. 39). Aşırı kilolu veya obez bireylerin kendi durumlarının farkında olmaması önemli bir

sorun olup bireylerin önlem almada gecikmesine neden olmaktadır (Ural , ve diğerleri, 2018, s. 589).

Obezite konusunda farkındalığın artması ve obeziteyi kronik bir hastalık olarak görmek; sağlık hizmeti sağlayıcılarının, obezite ile bağlantılı yan etkileri engellemesine ve obeziteyi daha erken teşhis ve tedavi etmesine imkân sağlayacaktır. Kısaca özetlemek gerekirse, obezite farkındalığı düzeyindeki artışın, bireylerin alacağı sağlık hizmeti kalitesini aynı düzeyde etkileyebileceği ifade edilebilir (Terzi D. , Şahin Kaya , Terzi , & Ege Gündüz , 2021, s. 710). Obezite konusunda farkındalık sahibi olmayan bireylerden oluşan bir grup ile bilinçli bireylerden oluşan diğer bir grubun karşılaştırıldığı bir araştırma da bilinçli bireylerin çoğunun obeziteyi bir hastalık olarak kabul ettiği tespit edilmiştir (Alasmari , Al-Shehri , Aljuaid , Alzaidi , & Alswat , 2017, s. 523).

Farkındalık bireyin hastalık hakkında bilgi sahibi olması ya da kendi hastalığının bilincinde olup öznel bir farkındalık oluşturması gibi çok yönlü bir yapıdır. Öznel hastalık farkındalığı; bireyin obeziteyi kabulü, obezite ile bağlantılı semptomları, olumsuz sağlık sonuçlarını bilmesi ve bilgi derecesinden bağımsız olarak yaşam tarzı değişikliklerine ihtiyaç duymasını kapsamaktadır. Öznel hastalık farkındalığı 4 aşamadan oluşur. Bunlar: (1)*Genel Hastalık Farkındalığı* (ör. "Fazla kiloluyum"),(2) *Hastalığa dair doğru belirtilere vurgu* (örn. "Kilomdan dolayı düzenli olarak sırt ağrım oluyor"),(3) *Tedavi İhtiyacı Farkındalığı* (ör. "Sağlıklı beslenmekten fayda görürüm") (4)*Olumsuz Sonuçların Farkındalığı* (ör, "Kilo vermezsem şeker hastası olabilirim") şeklindedir. Bu anlayış, farklı ülkelerde hastalık farkındalığını değerlendirmek için bir model oluşmaktadır. Örneğin, obeziteye sahip olduğunu kabul eden bir birey, aynı zamanda diyet ve diğer yaşam tarzı değişikliklerine olan ihtiyacını reddedebilir (Gerretsen, ve diğerleri, 2018, s. 39).

Obezite konusunda farkındalık oluşması, yaşam kalitesini artırmak, obezite ile bağlantılı hastalıkların risklerini azaltmak ve bireylerin kilolarının kontrolünü sağlamak açısından da önemlidir. Toplumda obezitenin kontrolünü sağlamak için plan ve politikaların geliştirilmesi ve bu plan ve politikaların acil olarak eyleme dönüştürülmesi ile farkındalık sağlanabilir (Yıldırım, Şimşek, & Kartal, 2022, s. 604). Burada asıl soru yetişkinlerin aşırı kilolu ya da obez olduklarını bilip bilmemeleri ile ilgilidir. Yetişkinlerin kilo durumu kategorilerini doğru bir şekilde algılayıp algılamadıkları ve zayıf, normal

kilolu, aşırı kilolu veya obez olarak sınıflandırılmak için hangi değerlere sahip olmaları gerektiği konusunda farkındalıklarının ölçüldüğü bir çalışmada, obez kadınların %22,2'sinin, obez erkeklerin ise yalnızca %6,7'sinin kendilerini doğru bir şekilde, obez olarak sınıflandırdığı belirlenmiştir. Ortalama olarak, normal kilolu kadın ve erkeklerin, obez olarak sınıflandırılmak için ne kadar kilo almaları gerektiğine ilişkin değerlendirmelerinde gerçeğe yakın tahminlerde bulundukları, obez kadın ve erkeklerin miktarı fazla tahmin ettikleri görülmektedir. Normal kilolu kadınlar $28,9 \text{ kg/m}^2$ BMI ile obez olacağını düşünürken, obez kadınlar $38,2 \text{ kg/m}^2$ BMI ile obez olacağını belirtmişlerdir. Tahminler, normal kilolu ve obez erkekler için sırasıyla $30,2 \text{ kg/m}^2$ ve $34,5 \text{ kg/m}^2$ olarak ifade edilmiştir. Obez yetişkinlerin kendilerini doğru bir şekilde obez olarak sınıflandıramamaları, obezite ile ilgili sağlık mesajlarının göz ardı edilmesine ve kilo vermek için motivasyon eksikliğine neden olabilmektedir (Truesdale & Stevens , 2008, s. 188). Bireyin aşırı kilolu veya obez olduğunu kabul etmemesi diğer bir tabirle bozulmuş obezite farkındalığı; kilo kontrolü takibi ile doğru ağırlık algısı oluşturmak, tedaviye uyum ve sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri sağlamak adına bir engel teşkil etmektedir (Gerretsen, ve diğerleri, 2018, s. 39).

Obezite konusunda farkındalık kazanma, bireylerin bedenlerindeki kilo yönetimini ve onların yaşam kalitesini artıracaklarını göstermektedir. Obezite çocukluk dönemindeki yanlış beslenme sonucunda da gelişebileceğinden ebeveynler de çocukların sağlıklı gelişmesinde önemli rollere sahiptir. Ebeveynlerin düşüncelerini, davranışlarını anlamak, obezite önleme müdahalelerinin etkinliği için önemlidir. Tabii ki çocukların yeme davranışları söz konusu olduğunda bağımsız düşünceler geliştirebilecekleri ve gerektiğinde karar verici oldukları gerçeği de dikkate alınmalıdır (Bozbulut , Ertaş Öztürk , Döğer , Bideci , & Köksal, 2020, s. 432)

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İNANÇ MODELİ

2.1.Sağlık İnanç Modelinin Tanımı

Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1950'lerin başında ABD Halk Sağlığı Servisi'nde görevli sosyal bilimciler tarafından, insanların hastalıkları önleme stratejilerini ve hastalığın erken teşhisi için tarama testlerini benimsemedeki başarısızlığını anlamak amacıyla geliştirilmiş psikososyal bir modeldir (Wayne, LaMorte, & PhD, 2022)

1950'li yıllarda bireylerin Tüberkülozlu hastaların tıbbi teşhisi amacıyla uygulanan göğüs röntgeni uygulamasını yeterince kullanmadıkları tespit edilmiştir. SİM, sosyal psikologlar tarafından, ücret talep edilmeden yapılan taramalara insanların niçin gerekli başvuruda bulunmadıklarını belirlemek, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (Aydoğdu & Bahar, 2011, s. 35). Ayrıca erken teşhisin önemini vurgulamak, erken müdahale ile önlenabilir sağlık riskleri hakkında bilgilendirmek, ilgili konu hakkında farkındalık oluşturmak hedeflenmiştir (Green, Murphy, & Gryboski, 2020, s. 211). SİM, zamanla hastaların, semptomlara, konulan teşhislere tepkileri ve tıbbi tedavilere uyumu içinde kullanılmış ve model genişletilmiştir (Yıldırım Y. , 2021, s. 17).

SİM, bir kişinin sağlık davranışlarını değiştirme isteğinin öncelikle sağlık algılarından kaynaklandığı teorisine dayanmaktadır. Rosenstock'a göre SİM, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde bireysel motivasyonun sağlık davranışları üzerindeki etkisini belirlemektedir (Rosenstock , Strecher , & Becker , 1988, s. 177).

SİM sağlık, sağlığı etkileyen inançlar ve inançların dışa yansması olarak ifade edilen davranış kavramından oluşmaktadır. WHO'ne göre sağlığın tanımı “*Sadece hastalığın olmaması değil aynı zamanda sosyal, zihinsel ve fiziksel olarak tam bir iyilik halinde olabilme*” şeklinde açıklanmıştır (Kaya, Moçoşoğlu, & Sevim, 2021, s. 2347). İnanç ise bireylerin yaşamlarındaki bir yönle ilgili tutum ve algılarından kaynaklanan, devamlılık gösteren duygular olarak tanımlanmaktadır (Peker & Zengin, 2019, s. 47). Sağlığımız, kalıtsal özelliklerimizin yanında, bireysel kararlarımızı etkileyen sağlıkla ilgili tutum, davranış ve inançlarımızdan da etkilenmektedir. Sağlık inancı genel olarak

bireylerin sağlıklı ya da hastalıklı olma durumuna ait davranış, tutum ve düşüncelerinin aktarımıdır ve inançlarımız davranışlarımızı, davranışlarımız da iyi ya da kötü şekilde sağlığını şekillendirmektedir. SİM, bireylerin sağlık davranışlarının önünde engel olan inanç ve tutumların, nelerin cesaret verdiğinin ve nelerin caydırıcı olduğunun tespiti ile ona uygun bir tedavi veya uygun bir eğitim verilebileceğini savunmaktadır (Kaya, Moçoşoğlu, & Sevim, 2021, s. 2348).

SİM, bilim adamlarının koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında ve bu davranışların belirleyicilerinin öngörülmesinde, bireylerin davranışlarını tahmin etmeye çalışmak için kullandıkları bir araçtır (Çenesiz & Atak , 2007, s. 427). Sağlığın korunması, bireylerin sağlıkları ile ilgili tedbirlerin alınması aynı zamanda sağlıkları önünde tehdit oluşturan engellerin belirlenip ortadan kaldırılması, fiziksel ve sosyal çevrenin uygun hâle getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı koruyucu davranışların gelişmesinde kültür, inanç, aile yapısı, politik unsurlar, ekonomik nedenler ve sosyal çevremiz gibi birçok etmen etkilidir ve bu faktörler dikkate alınarak önlemlerin alınması gerekmektedir (Kuloğlu, Yalçın, & Helvacı, 2022, s. 117-118; Bostan, Örsal, & Karadağ, 2016, s. 103).

Bireylerin sağlığı koruyucu davranışları sergileyebilmeleri için bazı etmenler gerekir. Bunlar aşağıdaki sıralanmıştır (Özmen, 2004, s. 39).

- 1) Bahsedilen hastalığa duyarlı olduğunu bilme,
- 2) Harekete geçmeyi sağlayan bilgilere maruz kalma,
- 2) Hasta olduklarında hayatlarının kısıtlanacağı gerçeği,
- 3) Hastalığın ciddi bir şekilde yaşamlarını olumsuz etkileyeceğine dair inanç,
- 4)İyileşmek için çok fazla çaba gerektiğine inanmadır.

SİM, sağlık davranışı araştırmalarında, sağlıkla ilgili davranışların değiştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla sık kullanılmaktadır. Ayrıca sağlık eğitimlerinin ne kadar etkili olduğunu anlayabilmek için geliştirilip uygulanmış olup, sağlıklı olmanın insanlar için neyi ifade ettiğinin ortaya çıkarılmasını da sağlamaktadır (Sağlam & Tavman, 2021, s. 678).

Sağlık inanç modeline göre bireyin davranış değişikliği için hazır olup olmadığını iki boyut belirlemektedir (Wayne, LaMorte, & PhD, 2022; Rosenstock, 1974, s. 98-99).

Bu boyutlar:

- 1) Hastalıktan kaçınma arzusu ya da hastalık oluşmuşsa iyileşme arzusu,
- 2) Belirli bir sağlık eyleminin hastalığı önleyeceği veya iyileştireceği inancı şeklindedir.

Nihayetinde, bireyin hareket tarzı genellikle kişinin sağlık davranışıyla ilgili yararlar ve engeller hakkındaki algılarına bağlıdır.

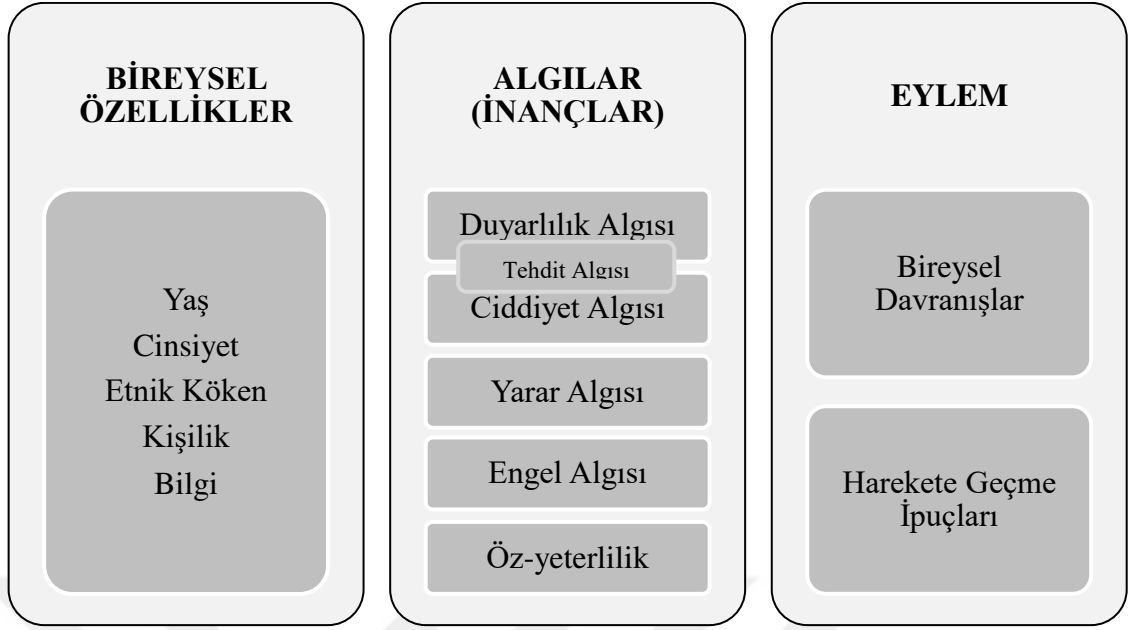
SİM, osteoporozun önlenmesi, kendi kendine meme muayenesi uygulaması, HIV/AIDS'in önlenmesi, diyabet ile ilgili uygulamaları yararlı bulma, tüberküloz tarama programlarına katılım, mamografi çektirilmesi, serviks ve kolorektal kanser taramaları gibi çeşitli koruyucu sağlık davranışlarının incelenmesinde uygulanmıştır (Tuncay Yılmaz , Demirhan , Şahin , & Kaplan , 2019, s. 39). Ülkemizde de ebeveynlerin sağlıkla ilgili inançlarının çocuklarının sağlığı üzerindeki etkilerinin incelenmesi, KKMM (kendi kendine meme muayenesi) konusunda farkındalık ve mamografi uygulaması, diyabet, Covid 19 aşılara karşı tutum, sigarayı bırakma davranışı, obezite ve osteoporoz gibi daha birçok araştırma da da yer almaktadır (Karayurt'tan aktaran, Çenesiz, & Atak, 2007, s. 432).

Sağlıkla ilgili davranışları açıklamaya, tahmin etmeye ve etkilemeye yönelik girişimlerin geçmişine bakıldığında SİM, diğer herhangi bir teoriden daha fazla araştırma üretmiştir ve kullanımı sıklıkla önemli sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır (Rosenstock , Strecher , & Becker , 1988, s. 18).

2.2. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri (Temel Yapıları)

Sağlık İnanç Modelinin, bireylerin hastalığı önleme, tarama ve kontrol etmek için harekete geçip geçmeyeceğine dair kararlarını tahmin etmeyi sağlayan birkaç temel kavram, ana bileşeni bulunmaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, 2005, s. 13).

SİM Bileşenleri ve Bağlantıları Şekil 8'de sunulmuştur.



Şekil 8. SİM Bileşenleri ve Bağlantıları

Kaynak: (Kılınç & Gür, 2018, s. 470)

2.2.1. Bireysel Özellikler (Sosyo-Demografik Faktörler)

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gibi sosyo-demografik faktörler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını dolaylı da olsa etkilemekte, eğitim, gelir düzeyi arttıkça ve yaş ilerledikçe sağlığı koruyucu davranışları sergileme olasılığı bireylerde artmaktadır (Aydoğdu & Bahar, 2011, s. 35-36).

2.2.2. Algılar (İnançlar)

Teori ilk geliştirildiğinde algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, yarar algısı ve engel algısı, modelin ana ilkelerini oluşturmaktadır. Daha sonra sağlık inancı teorisyenleri, sağlık davranışına karar vermede bir faktör olarak öz-yeterlik ve eylem ipuçları kavramlarını eklemişlerdir. Sağlık İnanç Modeli zamanla orijinal özelliklerinden farklı olarak bazı değişikliklere uğramıştır (Topçuoğlu , 2022, s. 30).

2.2.2.1. Algılanan Duyarlılık (Yatkınlık)

Algılanan duyarlılık bireyin bir hastalığa veya hastalığa yakalanma riskine ilişkin öznel algısını, kişinin hasta olma riskini değerlendirmesini yani istenmeyen bir sonucun farkına varmasını ifade eder (Wayne, LaMorte, & PhD, 2022; Green, Murphy, & Gryboski, 2020, s. 212).

Araştırmalar, hastalığa karşı algılanan duyarlılığın koruyucu sağlık davranışlarının önemli bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Bireyler risk altında olduklarına inanmadıkça sağlık davranışlarını değiştirmeyeceklerdir. Örneğin, grip olacağını düşünmeyen bireylerin yılda bir kez grip aşısı olma olasılığı daha düşüktür. Cilt kanserine yakalanma ihtimalinin düşük olduğunu düşünen kişilerin güneş koruyucu kullanma veya güneşe maruz kalmayı sınırlama olasılığı da daha azdır ya da akciğer kanseri riski taşıdıklarını düşünmeyen gençlerin sigarayı bırakma olasılıklarının düşük olması da algıladıkları duyarlılıkla bağlantılıdır (Boskey , 2022).

2.2.2.2. Algılanan Ciddiyet

Algılanan ciddiyet, bireyin hastalığın istenmeyen sonucunu ve olası sonuçların ciddiyetini değerlendirmesi durumu şeklinde ifade edilebileceği gibi aynı zamanda bireyde tehdit edici sağlık riskinin yarattığı endişe şeklinde de tanımlanabilir (Green, Murphy, & Gryboski, 2020, s. 212; Kahraman, Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi, 2014, s. 16). Bireylerin ciddiyet algısında geniş bir çeşitlilik vardır. Kişi ciddiyeti değerlendirirken sıklıkla sakatlık, ölüm gibi tıbbi sonuçları ya da iş ve aile hayatı gibi sosyal sonuçları dikkate alır (Wayne, LaMorte, & PhD, 2022). Örneğin, solunum yolu hastalıkları bireyler tarafından çok fazla önemsenmeyen ve ciddiye alınmayan, birkaç günlük istirahatle geçeceği düşünülen rahatsızlıklardır. Fakat bireyin astım rahatsızlığı varsa grip onun için daha ciddi bir hastalık algısı oluşturur (Gördes Aydoğdu & Bahar , 2011, s. 36).

Yapılan bir dizi çalışmaya göre, algılanan ciddiyet riskinin tek başına, insanların koruyucu sağlık davranışlarına yönelmelerinde en zayıf yordayıcı olduğunu göstermiştir (Boskey , 2022).

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyetin bir arada değerlendirilmesi **algılanan tehdit** olarak tanımlanır. Algılanan tehdidin oluşmasında çevresel faktörler (medya, medikal merkezlerden gelen uyarıcılar, kitle iletişim araçlarının kampanyaları, arkadaş ya da aile bireylerinden birinin hastalığı, vb.) ve kişisel faktörler (demografik, sosyo-psikolojik durum vb.) etkili olmaktadır (Özmen, 2004, s. 41). SİM'in uygulandığı çalışmalara genel olarak bakıldığında, değişime yönelik ilk motivasyon etkeninin belli bir durumun (obezite), algılanan tehdit ya da riskinin düzeyi olduğu görülmektedir. Bu düzey yüksekse davranış değişikliği oluşması daha kolaydır (Daddario , 2007, s. 363).

2.2.2.3. Algılanan Engeller

Teşvik edilen eylem ya da yeni davranışı kişinin benimsemesini engelleyen etkilere ilişkin değerlendirmesi, başka bir ifadeyle bireyin önerilen bir sağlık eylemini gerçekleştirmenin önündeki engeller hakkındaki duygularını ifade eder (Green, Murphy, & Gryboski, 2020, s. 212).

İnsanların sağlık davranışlarını değiştirmemelerinin en önemli nedenlerinden biri, bunu yapmanın zor olacağını düşünmeleridir. Sağlık davranışlarını değiştirmek çaba, para ve zaman gerektirebilir. Yaygın olarak algılanan engeller; davranış değişikliğinin çaba seviyesi, tehlike düzeyi, sosyal sonuçları, acı verici olması vb. şeklindedir. Örneğin, öğlen araları bir çalışma ofisindeki herkes sigara içerse, bireyin sigara kullanımını azaltması çok zor olabilir. Sağlıklı davranışlara yönelik algılanan engellerin, insanların sağlıklı davranışlarda bulunmaya istekli olup olmadıklarının en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu gösterilmiştir (Boskey , 2022).

2.2.2.4. Algılanan Yararlar (Faydalar)

Algılanan yararlar teşvik edilen eylemi benimsemenin olumlu sonuçlarına ilişkin bireyin değerlendirmesi, diğer bir ifadeyle bireyin hastalık tehdidini azaltmak veya hastalığı iyileştirmek için mevcut çeşitli eylemlerin etkililiğine ilişkin algısını ifade etmektedir. Bireyin gerçekleştirdiği eylem, hem algılanan duyarlılığın hem de algılanan yararın dikkate alınmasına ve değerlendirilmesine dayanır. Öyle ki kişi tarafından davranış değişikliği, yararlı olarak algılanırsa önerilen sağlık eylemini kabul edecektir. Algılanan faydalar tutarlı bir şekilde davranışın en güçlü belirleyicilerden biridir (Wayne, LaMorte, & PhD, 2022; Green, Murphy, & Gryboski, 2020, s. 212-213).

Birey, düzenli egzersiz yapmanın ve sağlıklı beslenmenin kalp hastalığını önleyebileceğine inanırsa, bu inanç bu davranışların algılanan faydalarını artırır. Kişiler, kendilerine bireysel bir faydası olmadığını düşündükleri takdirde aşı olmak istemeyeceklerdir. Aynı şekilde birey, sigarayı bırakmanın, hayatlarını bir şekilde iyileştireceğini düşünmüyorsa, muhtemelen sigarayı bırakmayacaktır (Boskey , 2022).

Koruyucu sağlık davranışlarının gelişmesinde ve de bireyin davranış değişikliğine gitmesindeki en önemli etkeni, engel algısı ile yarar algısı arasındaki fark oluşturmaktadır. Duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısı, algılanan engellerin etkisinin

azalmasını sağlarsa, davranış değişikliğine gidilebilmektedir (Bulduk, Yurt, Dinçer , & Ardıç , 2015, s. 29).

2.2.2.5. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik, bir kişinin bir davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirme yeteneğine olan güven düzeyini ifade eder. SİM'e 1988 yılında eklenmiş olan öz yeterlilik kavramı, bir kişinin sağlıkla ilgili bir değişiklik yapma yeteneğine olan inancına bakar. Bireyin bir şeyi yapma yeteneğine olan inancının, onu gerçek anlamda yapabilmesi üzerinde muazzam bir etkisi bulunmaktadır. Bireysel öz yeterliliği geliştirmenin yollarını bulmak, sağlıkla ilgili davranışlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olmaktadır. Yapılan bir çalışma, emzirme konusunda daha fazla öz-yeterlik duygusuna sahip kadınların bebeklerini daha uzun süre emzirme olasılığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Boskey , 2022; Loke & Chan , 2013, s. 681).

2.2.2.6. Sağlık Motivasyonu

Sağlık motivasyonu kavramı 1988 yılında Becker ve Rosenstock tarafından modele sonradan eklenmiştir. Sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik genel davranış ve niyet oluşturma arzusu motive olma durumu olarak ifade edilmektedir (Tuna , ve diğerleri, 2014, s. 3228).

2.2.3. Eylem İpuçları

SİM'e göre bazen bireyin davranış değişikliğine gidebilmesi için sadece istemesi yeterli değildir. Harekete geçme ipuçları, sağlıkta değişiklik yapma isteği uyandıran dış olaylardır. Başka bir ifade ile harekete geçme ipucu, önerilen bir sağlık eylemini kabul etmek için karar verme sürecini tetiklemesini sağlayan, bireyin sağlık değişikliği yapmak istemesinden, gerçekten değişikliği yapmaya geçmesine yardımcı olan uyarıcılardır. Bu ipuçları göğüs ağrısı, hırıltılı solunum gibi iç uyarıcılar şeklinde olabileceği gibi, başkalarından tavsiye alma, aile üyesinin hastalığı, gazete makalesi gibi dış uyarıcılar şeklinde de olabilmektedir (Boskey , 2022; Wayne, LaMorte, & PhD, 2022).

Bir kişi, algılanan faydaları elde etmek için sağlık davranışını değiştirmeye hazırsa, kitle iletişim araçları, akran eğitimi, tanıtım mesajları ve diğer müdahaleler ile yani eylem ipuçları aracılığıyla hazır olmayı açık davranışa dönüştürebilir. Hastane randevularından önce sağlık hizmeti talep edenlere gönderilen SMS'lerin kaçırılan

randevu sayısını %25-%28 oranında azalttığı tespit edilmiştir (Serim & Küçükşenel , (2020). Davranışsal İktisat ve Dürtme: Sağlık Politikaları Özelinde Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2022, s. 546).

Bu ipuçları, özellikle, emniyet kemeri takmamak, aşırı yemek yemek ya da hiç yemek yememek, sigara içmek gibi sağlıksız davranışlar alışkanlık haline geldiğinde önemlidir. Bireylerin riskler, faydalar ve engellerle ilgili algıları, harekete geçmeye hazır olup olmadıklarını belirler (Green, Murphy, & Gryboski, 2020, s. 211-212).

SİM'i uygulama aşamasında izlenecek bazı stratejiler bulunmaktadır. Uygulamayı kolaylaştıran bu stratejiler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo.3).

Tablo 3. SİM Potansiyel Değişim Stratejileri

Kavram	Tanımlama	Potansiyel Değişim Stratejileri
Algılanan Duyarlılık	Bir duruma yakalanma ihtimali hakkındaki inançlar	Hangi grupların risk altında olduğunu ve risk düzeylerini tanımlayın. Risk bilgilerini, bireyin özellikleri veya davranışlarına göre bir sisteme dönüştürün. Bireyin kendi risk algısını doğru bir şekilde geliştirmesine yardımcı olun.
Algılanan Ciddiyet	Bir durumun ciddiyeti ve sonuçları hakkındaki inançlar	Bir koşulun önerilen eylem ve sonuçlarını belirtin.
Algılanan Faydalar	Riski veya ciddiyeti azaltmak için harekete geçmenin etkililiği hakkındaki inançlar	Yapılacakların ve potansiyel olumlu sonuçların neler olacağı ve sonuçların nasıl, nerede ve ne zaman alınacağını açıklayın.
Algılanan Engeller	Hazırlanma ve harekete geçmek için psikolojik hazır oluş hakkındaki inançlar	Doğru bilgilerle ilgili güvence sunun, teşvik edin, yanlış bilgiler hakkında yardımda bulunun.
Eylem ipuçları	Değişime hazır olmayı etkinleştiren faktörler	Değişimin nasıl olacağı hakkında bilgiler aktarın, tanıtımlar yapın Değişime hazır olmak için farkındalık oluşturun ve hatırlatma sistemleri kullanın.
Öz yeterlilik	Kişinin harekete geçmek için yeteneğine güvenmesi	Aşamalı şekilde hedefe ulaşmaya çalışın. Eylem gerçekleştirme konusunda eğitim ve rehberlik sağlayın. Sözlü pekiştirme yapın. İstenilen davranışları sergileyin.

Kaynakça: (U.S. Department of Health and Human Services, 2005, s. 14).

2.3. Obez Bireylerin Kilo Vermeye Yönelik Tutum ve İnançlarının Sağlık İnanç Modeli'ne Göre İncelenmesi

Obezite biyolojik, psikolojik, hormonal, genetik birçok nedene bağlı olarak gelişebilen çok boyutlu bir hastalıktır. Bu çok boyutlu oluşu obezitenin anlaşılabilmesi ve tedavi edilebilmesi açısından zorluklar oluşturmaktadır. Obezite, tedavisi uzun zaman

alabilen ancak tedavi edildiğinde de iyileşebilen bir hastalıktır. Obezitenin oluşumunda bireyin yanlış yaşam biçimi ve davranışlarının rolü büyüktür. Hastalığın tedavisinin merkezinde davranış değişikliğine gidilmesi yer almalı, egzersiz, diyet ve ihtiyaç durumunda farmakolojik ya da cerrahi tedaviler düşünülmelidir (Baltacı , Ünalacak , Kara , & Sarıgüzel , 2015, s. 96).

Davranış değişikliğinin gerçekleştirilebilmesi için, eski alışkanlıklarla ilgili, hayatın normal akışını engelleyen, ağırbaşan bir sorun, yeterince iyi bir neden olmalıdır. Bireylerde davranış değişikliğini sağlamak amacıyla çeşitli modeller geliştirilmiştir ve bu modeller daha uzun ve daha sağlıklı yaşam hedeflerine ulaşabilmek amacıyla kilo alımını önlemek ve sonradan oluşan fazla kilo kaybına yardımcı olmak için önemlidir (Daddario , 2007, s. 363). Bu modellerden biri olan SİM, sağlık eğitimi ve insanları daha sağlıklı yaşamları benimsemeye teşvik etmeyi amaçlayan özel müdahalelerin bir kombinasyonundan oluşur (Romano & Scott , 2014, s. 708). Aynı zamanda davranış değişikliği oluşmasındaki işlem sürecini ve sağlık üzerinde inancın etkilerini inceleyen bir adrestir.

SİM'e göre, hastalıklara karşı algılanan duyarlılık, hastalık önleme ve tedavi arama davranışlarını artırır. Bir bireyin tedavi arayışındaki ön koşul, kendi obezitesi ve bunun tıbbi riskleri hakkında farkındalık sahibi olmasıdır (Bozbulut , Ertaş Öztürk , Döğer , Bideci , & Köksal, 2020, s. 434). SİM Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık eğitimleri ve de sağlığa yönelme ile ilgili alanlarda kendini kanıtlamış modellerden biri olarak önerilmektedir (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2012, s. 22). SİM, ayrıca, sağlık çalışanlarının, hastaların sağlık davranışlarını daha iyi anlamalarına ve tahmin etmelerine de yardımcı olabilmektedir (Ahmet & Naji, 2021, s. 39).

Tablo 4'de aşırı kilolu ve obez bireylere SİM'in bileşenlerinin uygulama örneği yer almaktadır.

Tablo 4. Aşırı Kilolu ve Obez Bireylere Sağlık İnanç Modeli Anahtar Bileşenlerini Uygulama Örneği

<i>Bileşenler</i>	<i>Sorular</i>
Algılanan Duyarlılık	Sizce kilolu görüntünüzde hangi sağlık riskleri var?
Algılanan Ciddiyet	Eğer kilo veremezseniz ne yapmayı düşünüyorsunuz?
Eylemin Algılanan Faydaları	Kilo vermenin nasıl fayda sağlayacağını düşünüyorsunuz?
Harekete Geçmenin Önündeki Engeller	Kilo vermenizi engelleyen nedir?
Eylem İpuçları	Kilo vermeniz için sizi ne motive eder?

Kaynakça: (Kelly K. T., 2004).

ABD’nde Afrikalı-Amerikalı aşırı kilolu ve obez kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma sonuçlarına göre kilo vermenin faydaları arasında sağlık sorunları riskinin azalması, fiziksel görünümün iyileşmesi ve hayatı dolu dolu yaşama algılanırken, engeller arasında motivasyon eksikliği, güvenilir diyet bilgisi ve sosyal destek eksikliği algılanmaktadır. Kilo vermeye motive eden faktörler arasında sağlık sorunu tanısı almış olmak, fiziksel görünüm ve kıyafetten tasarruf etmek yer almıştır. Öz yeterlilik konusunda öncelikle hayal kırıklığı yaratan bir diyet geçmişinin etkili olduğu görülmektedir (James, Pobee, Oxidine, Brown, & Joshi, 2012, s. 664).

Ülkemizde Dedeli (2010) tarafından geliştirilen Obezite Sağlık İnanç Modeli ölçeği ile SİM, Obeziteye uyarlanmıştır. Ölçek yoluyla bireylerin kilo vermeye yönelik inanç ve tutumları belirlenmektedir. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır.

SİM obez bireylere uygulandığında;

Sağlığın önemi; bireyin sağlıklı olma davranışını gerçekleştirebilmesi sağlayacak inanç ve tutumlarıdır.

Algılanan duyarlılık; obezitenin dünya çapında bir sağlık sorunu olduğu, bu durumun farklı komplikasyonlara ve başka sağlık sorunlarına neden olabileceğine dair algıladıkları hassasiyet

Algılanan ciddiyet; bu komplikasyonların ve yapılacak tedavinin sonuçlanacağı ile ilgili algılanan inançlar

Algılanan yarar; kiloların verilmesi hususundaki önerilerin yararlı olacağına dair inanç

Algılanan engel; kiloların verilmesi hususunda algılanan güçlükler şeklindedir (Dedeli , 2010, s. 149).

Sağlık İnanç Modeline göre, aşırı kilolu ve obez bireyler, aşırı kilo ve obezitenin önemli bir rahatsızlık olduğuna, bu durumun daha ciddi sorunlara neden olabileceğine, önlerindeki engellerin düşündükleri kadar zor olmadığına ve doktor kontrolünde kilo vermenin sağlıkları için yarar sağlayacağına inanırlarsa kilo verme konusunda daha fazla davranış değişikliğine gideceklerdir (Dedeli , 2010, s. 98).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

3.1. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık hizmetleri, sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında yürütülen bireylerin ve toplumun sağlığını koruyan ve tedavi eden tıbbi faaliyetlerin tümüdür (Arefnya, 2018, s. 28). Çoban'a göre *“Sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyi olma halini ortaya koyabilmesi için yapılan her türlü hizmet”* olarak tanımlanabilmektedir (Çoban, 2009, s. 11). Sağlık hizmetleri neredeyse tüm bireylerin tüketme ihtimalinin yüksek olduğu, bir hastalık ya da kaza meydana geldiğinde oluşan sorunların çözülebilmesi için talep edilen hizmetlerdir (Leibowitz, 2004, s. 664). Sağlık hizmetleri kullanımı, ülkelerin sağlık reformlarının yapılandırılmasında ve sağlık sistemi performansının değerlendirmesinde önemli bir yere sahip olan bireylerin en doğal sosyal haklarından biridir (Arefnya, 2018, s. 44).

Toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişen sağlık sektöründe, kısıtlı kaynakların etkili bir şekilde kullanılması önem arz etmektedir (Kernick, 2005, s. 710). Sağlık hizmetleri önceden tahmin edilememe, belirsizlik altında seçim ve asimetrik bilgi gibi niteliklerinden dolayı diğer mal ve hizmetlerden ayrı tutulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin öncelikli amacı bireysel ve toplumsal koruma sağlamaktır. Tedavi etmek sonrasında gelmektedir. Sağlığın korunması sadece bireysel değil toplumsal sağlığı da etkilemekte, hasta her birey topluma sosyal bir maliyet yüklemekte, toplumu da riske atmaktadır (Karaca & İnan , 2022, s. 44).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonraki tanı-teşhis ve tedavi süreçlerini kapsamaktadır ve koruyucu sağlık hizmetlerine oranla daha fazla örgütlenme ve maliyet gerektirir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise bireyin ruhsal ve bedensel olarak başkalarına bağımlı olmadan yaşaması ve kazalar ya da oluşan hastalıklar sonucunda meydana gelen sakatlıkların rutin yaşamını etkilememesi için uygulanan hizmetlerdir (Yaylalı, Kaynak, & Karaca, 2012, s. 564; Hayran & Sur, 1998, s. 19).

Sağlığın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hizmetleri, bireylerin hastalık risklerine karşı korunması, stres kontrolü, sağlık bilinci oluşturmak için eğitim, davranış

biçimlerinin ve yaşam tarzının değiştirilmesi gibi daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri amacıyla sağlık durumlarının iyileştirilmesine ve bu durumun kontrol altına alınmasına yönelik hizmetleri içermektedir. Kişilerin sağlık kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (Somunoğlu, 2012, s. 13; Topçu , 2021, s. 49).

Kısacası; sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hizmetleri olmak üzere 4 gruba ayrılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik ve bireye yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireysel sağlık hizmetlerini, ana sağlık merkezi, sağlık ocağı, gezici sağlık birimi; çevresel sağlık hizmetlerini, halk sağlığı laboratuvarları, çevre sağlık birimi, okul sağlığı birimleri oluşturmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta ve yatakta tedavi hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Ayakta tedavi hizmetleri; poliklinik, özel muayenehaneler, evde bakım, acil servis, yatakta tedavi hizmetleri; terminal dönem bakım merkezi, hastane bakım merkezi birimlerinden oluşmaktadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri; evde bakım, rehabilitasyon merkezi ve hastanelerde uygulanmaktadır. Sağlığı geliştirici hizmetler ise ana çocuk sağlığı merkezi, sağlık eğitim merkezi ve spor tesislerinden oluşmaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010, s. 35).

3.1.1.Sağlık Hizmeti Kullanımında Talep Erteleme

Sağlıklı olmak, sağlıklı yaşamak her bireyin doğal hakkıdır. Ancak sağlıklı olma durumu zaman içerisinde hastalıklara yerini bırakabilmektedir. Hastalık durumunda bireyler sağlık hizmeti talebinde bulunurlar. Sağlık hizmetleri talebi, “*belirli bir dönemde tüketicilerin satın almak istedikleri toplam sağlık hizmetleri miktarı*” olarak tanımlanmaktadır (Yaylalı, Kaynak, & Karaca, 2012, s. 564). Sağlık hizmeti talebi tedaviye yönelik olabileceği gibi bilgi aktarımı ve destek amacıyla da olabilmektedir (Mills & Gilson, 1988, s. 44). Talep çoğunlukla hasta tarafından başlatılır ve doktorlar bu talebi karşılamak için belirli kalitedeki tedaviyi sağlarlar. Tercih kısmında doktorların yönlendirmeleri ve yapılan uygulamalar etkili olmaktadır (Mutlu & Işık, 2005, s. 80-81).

Sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörlere bakıldığında ulaşımın etkili olduğu, ulaşım süresi uzadıkça sağlık hizmeti talebinin azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte bireyin sağlık güvencesi durumu, sağlık hizmeti sunan kurumun fiziki altyapısı ve temizliği ve hane halkı çocuk sayısında artışın da etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca

kentlerde yaşayan bireylerle ilgili yapılan araştırma sonuçlarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi de Sağlık hizmeti talebini etkilemektedir (Karaca & İnan , 2022, s. 45,47).

Bireyler sağlık hizmeti talebinde bulunabilecekleri gibi, semptomları kötüleşmediği sürece sağlık hizmeti taleplerini erteleyebilirler. Erteleme, gerekli ve önemli görevlerin başlatılmasını ve/veya tamamlanmasını geciktirme şeklindeki öz düzenleme güçlükleriyle karakterize edilen yaygın bir sorundur (Sirois, 2007, s. 16).Sağlık hizmeti talebini erteleme, bireylerde fiziksel hastalılara, anksiyete, depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklara, daha çok stres ve sağlık sorununa neden olmaktadır (Soyler , Uyar , Kirac, Yılmaz , & Ciftci-Kirac , 2022, s. 284).

Uzun süreli tedavi gerektiren kronik hastalığa sahip bireylerin tahminen %30 ile %50'si gereken ilaçları reçete edildiği gibi uygulamamakta ve tedavi için gerekli talimatlara uyum sağlamamaktadır. Bu durum daha düşük yaşam kalitesine, tıbbi malzeme ve ilaç israfına, hastalık ve ölüm oranlarının artmasına, tekrar tekrar hastaneye başvurulmasına ve sonuç olarak verimlilik kaybına yol açmaktadır (Serim & Arıkan , 2021, s. 1362).

3.2. Obezite ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı

Obezite vücudun hemen hemen tüm fizyolojik fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen, önemli bir halk sağlığı tehdididir (Chooi, Ding, & Magkos, 2019, s. 6). Bu nedenle obezite tedavisinde erken teşhis ve tedavinin önemi aşikârdır.

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sağlık hizmeti başvuru sıklığı ile vücut ağırlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelendiğinde az sayıda çalışmanın bulunduğu görülmektedir. Çalışmalar, obezite rahatsızlığı olan bir kadının, sağlık hizmeti kullanımının gerekli olduğunu hissetmesi durumunda, sağlık hizmeti sunucuları tarafından kilosundan dolayı önyargılı bir davranışa ya da sözlü bir olumsuz müdahaleye maruz kalmasının, sağlık bakımını ertelemesine veya tedaviden kaçınmasına neden olabileceğini göstermektedir (Pantenburg , ve diğerleri, 2012, s. 2; Drury & Louis , 2002, s. 555). Sağlık personelinin obezite ön yargısı, obez bireylerin sağlık kurumlarına başvurması konusunda istekli olmamalarına sebep olmaktadır (Terzi D. , Şahin Kaya, Terzi, & Ege Gündüz, 2021, s. 709).

Olson, Schumaker ve Yawn (1994) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre kilo kaygısından dolayı katılımcıların %12,7'sinin doktor randevularını geciktirdiği veya iptal ettiği tespit edilmiştir. BKİ temel alınarak obez olarak sınıflandırılan katılımcıların %32'si randevu sırasında tartılacaklarını bildikleri için doktor randevularını geçiştirdiklerini veya iptal ettiklerini ifade etmişlerdir. Randevularını geciktiren veya iptal eden katılımcıların %55'i 2.derece obez (BKİ > 35) bireylerden oluşmaktadır. Doktor randevularının geciktirilmesi veya iptal edilmesinin nedenleri olarak kilolarından utanma (%72), doktor randevuları sırasında tartılacaklarını bilme (%13) ve doktora gitmeden önce kilo vermeyi planlama (%63,8) şeklinde ifade edilmiştir (Drury & Louis , 2002, s. 555). Genel olarak çalışmalar değerlendirildiğinde vücut ağırlığı arttıkça sağlık hizmeti kullanımının azaldığı ve erteleme davranışının arttığı görülmektedir.

3.3. Türkiye’de Obezite konusunda Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Yapılan Çalışma ve Politikalar

Obezitenin giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi, tüm dünyada obezite ile mücadele çalışmalarının artmasına neden olmuştur. 2022 yılında, 75. Dünya Sağlık Asamblesi gerçekleştirilmiştir. Üye devletler DSÖ’nün “Obeziteyi Durdurmaya Yönelik Hızlandırma Planı” nı kabul etmişlerdir ve günümüzde 31 hükümet, planı uygulayarak obezite salgınının durdurulmasına öncülük etmektedir.

DSÖ'nün obeziteyi durdurmaya yönelik hızlandırma planında yer alan temel müdahaleler aşağıdaki şekildedir (WHO, 2024).

- Emzirmenin teşviki, korunması ve desteklenmesi de dâhil olmak üzere, 1. günden itibaren sağlıklı uygulamaları destekleyen eylemler,
- Yiyecek ve içeceklerin çocuklara zararlı şekilde pazarlanmasına ilişkin düzenlemeler,
- Okulların yakınında yağ, şeker ve tuz oranı yüksek ürünlerin satışını düzenlemeye yönelik girişimler de dâhil olmak üzere okul gıda ve beslenme politikaları,
- Sağlıklı beslenmeyi teşvik etmeye yönelik maliyet ve fiyatlandırma politikaları,
- Besin etiketleme politikaları,

- Sağlıklı beslenme ve egzersiz konusunda halk eğitimi ve bilinçlendirme kampanyaları,
- Okullarda fiziksel aktivite standartları,
- Obezitenin önlenmesi ve yönetimi faaliyetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu şeklindedir.

Hiçbir şey yapılmazsa aşırı kilo ve obezitenin küresel maliyetinin 2030 yılına kadar yılda 3 trilyon ABD Dolarını, 2060 yılında ise 18 trilyon ABD Dolarını aşacağı tahmin edilmektedir (Okunogbe , ve diğerleri, 2022, s. 1; WHO, 2024).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlık sistemine yüklemiş olduğu maliyet göz önüne alındığında, obezite ile mücadele hususunda koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük önem teşkil ettiği görülmektedir. 2016 yılında bulaşıcı olmayan hastalıkların Türk ekonomisine toplam ekonomik maliyeti 69,7 milyar TL kadardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 22). Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında obezite konusunda yerel ve ulusal düzeyde politik istek ve kararlılığın sağlanması amacıyla stratejiler ve hedefler belirlenmiştir. Bu kapsamda Şubat 2010 da Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı yayınlanmış, 2010-2014 yılları arasında obeziteyi önlemeyle ilgili bilgilendirme kamuoyuna sunulmuştur. Amaç ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği içinde obezitenin önlenmesi ve azaltılması için mücadele etmektir. Program içerik olarak obezite dışında beslenme ve egzersiz gibi konularla ilgili planları da kapsadığından Eylül 2010 tarihinde “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” Eylem Planı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yeniden yapılandırılmış ve hazırlanan yeni stratejik plan ile uyumlu olması amacıyla 2013-2017 ve 2019- 2023 dönemleri için de güncellenmiştir. Genel olarak değerlendirdiğimizde program; yerel ve ulusal düzeyde politik istek ve kararlılığın sağlanması, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında toplumun, çeşitli araçları kullanılarak obezite, fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme konularında bilinçlendirilmesi, gerekli mevzuat düzenlemelerinin ve işbirliklerinin yapılması, obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik gerekli tedbirlerin alınması, izleme, değerlendirme çalışmaları ve farkındalık çalışmalarını içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 15; Ünlü & Deniz, 2022, s. 68-69).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılından itibaren uygulanan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Yetişkinlik ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2019-2023) adı altında günümüzde de güncellenerek uygulanmaktadır. Obezite ile mücadele de ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından ulusal sağlık politikasına ilişkin çeşitli çalışmalar yayınlanmıştır. Obezitenin diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu "*Sağlık 21 Herkes İçin Sağlık*" programında vurgulanmıştır. Pek çok kronik hastalık için risk faktörü olan obezitenin önlenmesi için ulusal bir programın hazırlanması hususu "*Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı*" nda belirtilmiştir. "*Toplumu sağlıklı beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek ve bilinçlendirmek, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak için destekleyici çevrelerle programlar oluşturmak*" Sağlık Bakanlığı 2013-2017 yılı Stratejik Planında hedeflenmiştir. Aynı zamanda Obezitenin diyabet için bir risk faktörü olması nedeni ile Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014) ve Türkiye Diyabet Programı (2015-2020) kapsamında obezite ile mücadele edilmektedir. Ayrıca obezitenin önemli bir sağlık sorunun olması nedeniyle okul öncesi ve okul dönemi çocuklarına, gençlere düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılması, yeterli ve dengeli beslenme konuları programa dâhil edilmiş, 2010-2014 ve 2014-2017 yıllarında güncellenerek uygulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 3).

Türkiye beslenme konusunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sorunlarını birlikte kapsayan bir görünüme sahiptir. Mevsimlere, kentsel-kırsal yerleşim yerlerine, bölgelere ve sosyo-ekonomik düzeye göre toplumun beslenme durumu önemli derecede değişiklik göstermekte, bireylerin gelir dağılımındaki dengesizlik, beslenme konusunda oluşan problemlerin artışı ve niteliği konusunda etkin rol oynamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013, s. 24).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma kapsamında araştırmanın amacı ve türü, araştırmanın konusu ve önemi, araştırmanın hipotezleri, modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmanın etik ilkeleri, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın varsayımları, veri toplama aracı ve yöntemi, verilerin analizi ve değerlendirilmesi yer almaktadır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma nicel, açıklayıcı ve kesitseldir. Bu çalışmada bireylerin, obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumları, obezite farkındalığı ve sağlık hizmeti talep erteleme davranışı düzeyini belirlemek, değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak, sosyodemografik özelliklerine göre farklılıklarını ortaya koymak ve obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumlar ile sağlık hizmetli talep erteleme davranışı arasındaki ilişkide obezite farkındalığının aracı etkisini saptamak amaçlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Aşırı kilo ve obezite 21.yüzyılın önemli bir sağlık sorunudur. Bu sağlık sorunu beraberinde birçok rahatsızlığın oluşumuna neden olmaktadır. Bireylerin obezite konusunda sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık hizmeti kullanımı taleplerini ertelemeleri konusundaki tutumları ile ilgili olarak ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sınırlı çalışma olduğu görülmektedir. Obezitenin önlenmesinde bireylere koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması ve uygulanmasının önemi büyüktür. Bu kapsamda istenen davranışların oluşması için bireyin mevcut sağlık inanç ve tutumlarının tespiti yol gösterici olacaktır. Sağlık inanç ve tutumların belirlenmesinde Sağlık İnanç Modeli (SİM) yıllardır kullanılmaktadır. SİM bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini, hastalıkların teşhisi için gerekli tarama testlerini kullanmadaki isteksizliklerinin nedenini, bireylerin hastalık önleme konusundaki yaklaşımlarını belirlemede yardımcı olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planında (2019–2023), sadece sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesiyle topluma sağlıklı bir hayat sağlanamayacağı, sağlıklı bir yaşam için

bireylerin kendi sağlığının farkında olması, olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmesi ve sağlık hizmetlerini talep etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Obeziteden uzak bir hayat sürdürebilmek için de aynı şekilde obezite ile ilgili farkındalık sahibi olmak, olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmek ve sağlık hizmetlerini talep etmek çok büyük önem arz etmektedir. Obezite, sağlık yönetimi alanında daha fazla araştırılması gereken bir konudur. Sunulan sağlık hizmetlerin etkinliği, politikaların etkisi ve toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri genellikle halk sağlığı kapsamına girmesine rağmen, sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili olması nedeniyle sağlık yönetimi için özgün ve güncel bir araştırma alanı oluşturmaktadır.

4.3.Araştırmanın Hipotezleri ve Araştırma Modeli

Obezite Sağlık İnanç Modeli OSİM, Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı STED şeklinde kısaltılarak hipotezlerde kullanılmıştır.

H1:OSİM alt boyutu sağlığın önemi, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H2: OSİM alt boyutu ciddiye algısı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H3: OSİM alt boyutu duyarlılık algısı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H4: OSİM alt boyutu engel algısı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H5: OSİM alt boyutu yarar algısı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H6: Katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme

Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H7: Katılımcıların STED alt boyutu bireysel çare arama davranışı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H8: STED alt boyutu kaçınma davranışı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H9: STED alt boyutu harekete geçmeme davranışı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı: Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H10: Katılımcıların obezite farkındalığı, sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Ha: Cinsiyet, Hb: Yaş, Hc: Medeni Durum, Hd: Çocuk Sahibi Olma Durumu, He: Eğitim Durumu, Hf: Meslek Durumu, Hg: Gelir Durumu, Hh: Sigara Kullanımı, Hı:

Sosyal Güvence Durumu, Hi: Beden Kitle İndeksi, Hj: Bireyin Kilo Değerlendirme Durumu, Hk: Bireyin Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Hl: Kronik Hastalık Durumu, Hm: Spor Yapma Durumu, Hn: Diyet Yapma Durumu, Ho: Diyet Sonucu Kilo Durumu

H11: OSİM sağlığın önemi alt boyutu ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H11a: OSİM sağlığın önemi alt boyutu ile STE bireysel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H11b: OSİM sağlığın önemi alt boyutu ile STE kaçınma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H11c: OSİM sağlığın önemi alt boyutu ile STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H12: OSİM alt boyutu ciddiye algısı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H12a: OSİM alt boyutu ciddiye algısı ile STE bireysel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H12b: OSİM alt boyutu ciddiye algısı ile STE kaçınma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H12c: OSİM alt boyutu ciddiye algısı ile STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H13: OSİM alt boyutu duyarlılık algısı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H13a: OSİM alt boyutu duyarlılık algısı ile STE bireysel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H13b: OSİM alt boyutu duyarlılık algısı ile STE kaçınma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H13c: OSİM alt boyutu duyarlılık algısı ile STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H14: OSİM alt boyutu engel algısı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H14a: OSİM alt boyutu engel algısı ile STE bireysel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H14b: OSİM alt boyutu engel algısı ile STE kaçınma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H14c: OSİM alt boyutu engel algısı ile STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H15: OSİM alt boyutu yarar algısı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H15a: OSİM alt boyutu yarar algısı ile STE bireysel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H15b: OSİM alt boyutu yarar algısı ile STE kaçınma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H15c: OSİM alt boyutu yarar algısı ile STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H16a: Sağlığın önemi, H16b: ciddiyet algısı, H16c: duyarlılık algısı, H16d: engel algısı ve H16e: yarar algısının, obezite farkındalığı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

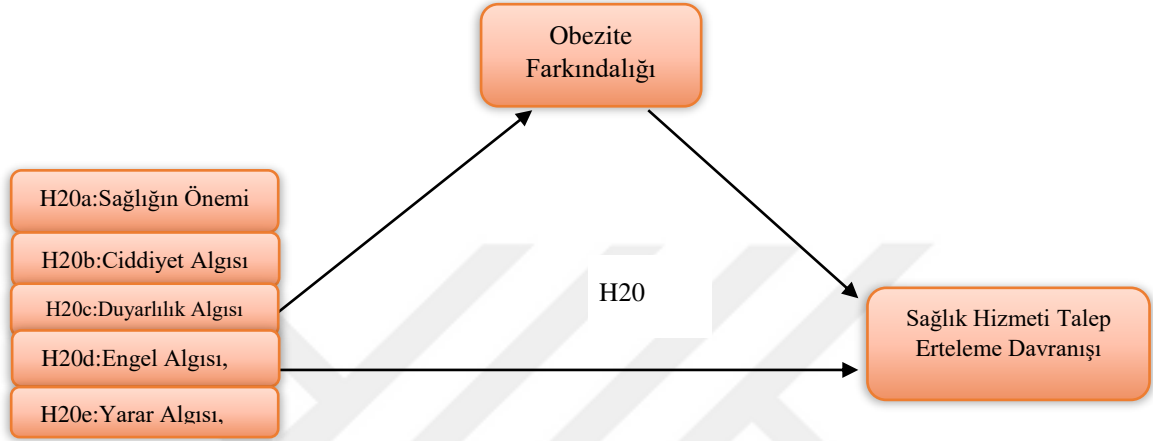
H17: Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ve boyutları H17a: bireysel çare arama, H17b: kaçınma ve H17c: harekete geçmeme ile obezite farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H18: OSİM boyutları H18a: Sağlığın önemi, H18b: ciddiyet algısı, H18c: duyarlılık algısı, H18d: engel algısı ve H18e: yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H19:STED ve boyutları H19a: bireysel çare arama, H19b: kaçınma ve H19c: harekete geçmeme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırma Modeline ait Hipotez

H20: OSİM boyutları H20a: sağlığın önemi, H20b:ciddiyet algısı, H20c:duyarlılık algısı, H20d: engel algısı ve H20e:yarar algısının obezite farkındalığı aracılığı ile sağlık hizmeti talep erteleme davranışı üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır.



Şekil 9. Araştırma Modeli

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Burdur ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya amaçlı örnekleme yöntemi ile Burdur ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler dâhil edilmiştir. TÜİK 2021 verilerine göre Burdur ili merkez ilçesi nüfusu 117.189 bireyden oluşmaktadır. Bu kapsamda %5 hata toleransı, %95 güven aralığında 383 kişilik bir örnekleme ulaşılmasının yeterli olacağı görülmektedir (Gürbüz & Şahin , 2018, s. 130). Gönüllülük esasına dayalı olarak toplamda 563 bireye ulaşılmıştır. Elde edilen veriler kontrol edilerek veri temizleme işlemi yapılmış, işlem sonrası 13 anket formu elenerek toplamda 550 katılımcıya ait anket formu araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verileri Mayıs-Eylül 2023 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır.

4.5. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni (Etik Kurul Tarih 02.11.2022. Toplantı No:2022/11 Karar No: GO 2022/911) alınmıştır (EK:1). Araştırma verileri Burdur Toplum Sağlığı Merkezi Obezite Birimi'nden ve Burdur halkından eş zamanlı olarak toplanmıştır. Burdur İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli kurum izni alınmış (Tarih:09.12.2022 Sayı:49810142/806.002.02) ve ekte sunulmuştur (EK:2). Katılımcılara araştırmaya katılmakta özgür oldukları, kendilerine ait bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı ve gerektiğinde, görüşmeyi istedikleri an sonlandırabilecekleri hususunda bilgilendirme yapılmış, “bilgilendirilmiş onam” etik ilkelerine uyulmuştur. Ayrıca araştırma da kullanılan ölçeklerle ilgili gerekli izinler yazarlardan alınmıştır.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Burdur ilinde yaşayan, 18 yaş ve üzeri bireyleri kapsamaktadır. Bu nedenle Türkiye'deki diğer illere genelleme yapılması söz konusu değildir.

Ayrıca birçok çalışmada başarı ile kullanılan Sağlık İnanç Modeli'nin birtakım sınırlamaları bulunmaktadır. SİM, sağlık davranışlarını etkileyen bazı bireysel faktörleri yeterince ele almamaktadır. Sosyal değişkenler de dâhil olmak üzere çevresel faktörlerin bir kişinin sağlık seçimlerini nasıl etkilediğini değerlendirmemekle birlikte herkesin hastalık ya da sağlıkla ilgili eşit bir şekilde bilgiye ulaşım sağladığını kabul etmektedir (Boskey , 2022).

4.7. Araştırmanın Varsayımları

Burdur ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireylerin anket sorularına verdikleri cevapların gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.

4.8. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırma da veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, “Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği”, ikinci bölümde “Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği” ve “Obezite Farkındalığını Ölçeği” ve üçüncü bölümde ise sosyo-demografik soruların (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum vb.) bulunduğu “Kişisel Bilgi Formu” bulunmaktadır. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 32 maddeden, Sağlık Hizmeti Talep

Erteleme Davranışı Ölçeği 11 maddeden, Obezite Farkındalığı Ölçeği 6 maddeden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formunda 20 soru bulunmaktadır. Anket formunda toplamda 69 soru yer almaktadır.

4.8.1. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ), Dedeli (2010) tarafından bireylerin kilo vermeye yönelik inanç ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0.80 olan ölçek, toplam 32 maddeden oluşmaktadır. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği toplam puan olarak değerlendirmeye alınmamaktadır. Bu nedenle her alt boyut ayrı ayrı hesaplanarak değerlendirilmektedir. OSİM Ölçeğinin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; sağlığın önemi, duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve engel algısıdır.

Tablo 5. OSİMÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları

OSİMÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Toplam Puanları (mini-max)	İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Sağlığın Önemi	8 (1,2,3,4,5,6,7,8)	8-40	0.65
Algılanan Ciddiyet	4 (9,10,11,17)	4-20	0.74
Algılanan Duyarlılık	4 (12,13,14,16*)	4-20	0.62
Algılanan Engel	8 (15,18,19,20,23,29,30,31)	8-40	0.85
Algılanan Yarar	8 (21,22,24,25,26,27,28,32)	8-40	0.72
OSİMÖ Genel Toplam	32	-	0,80

*Ters soru

Ölçek 5'li likert tipte olup, ölçekte sağlığın önemi alt boyutu için; (1) Hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Sık, (4) Çok sık, (5) Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Algılanan duyarlılık, ciddiye, engel ve yarar algıları için; (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanıp değerlendirilmekte ve hesaplamalar buna göre yapılmaktadır.

Ölçekteki maddelerden 8'i (1,2,3,4,5,6,7,8) sağlığın önemi, 4'ü (9,10,11,17) ciddiye algısı, 4'ü (12,13,14,16) duyarlılık algısı, 8'i (15,18,19,20,23,29,30,31) engel algısı ve 8'i (21,22,24,25,26,27,28,32) de yarar algısı alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekte 16.soru ters sorudur. Sağlığın önemi boyutu katılımcıların sağlığına verdikleri önemin hangi düzeyde olduğunu, duyarlılık algısı katılımcıların obeziteye kaynaklı gelişebilecek sağlık sorunları ve komplikasyonlara kendilerini hangi düzeyde yatkın bulduklarını, engel algısı katılımcıların obeziteye yönelik sağlık tavsiyelerini gerçekleştirmede algıladıkları engellerin hangi düzeyde olduğunu, ciddiye algısı

katılımcıların obeziteyi hangi düzeyde ciddi bir hastalık olarak gördüklerini, yarar algısı katılımcıların obeziteyi yönettiklerinde sağlıkları bakımından elde edecekleri faydaların ne düzeyde farkında olduklarını belirlemektedir.

4.8.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (SHTEÖ)

Söyler ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen “Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği” (SHTEÖ) 11 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Boyutları; kendi kendine/bireysel çare arama (1-3), kaçınma (4-7) ve harekete geçme (8-11) şeklindedir. Ölçekte 10. soru ters sorudur. Ölçek 5’li likert yapıda olup, (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kısmen katılıyorum, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alpha Katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 5, minimum puan 1’dir. Puanlar yükseldikçe sağlık hizmeti talep erteleme davranışının arttığını ifade etmektedir. SHTEÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. SHTEÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları

STEÖ ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Kendi Kendine Çare Arama	3 (1,2,3)	0,73
Kaçınma	4 (4,5,6,7)	0,80
Harekete Geçmeme	4 (8,9,10*,11)	0,73
STE Ölçeği	11	0,85

*Ters soru

4.8.3. Obezite Farkındalığı Ölçeği

Obezite farkındalığını ölçmeye yönelik maddeler Kafkas ve Özen’in (2014) “Obezite Farkındalık Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması” ile Arslan ve arkadaşlarının (2020) “Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik Farkındalıkları” başlıklı araştırmalarından yararlanılarak belirlenmiş, uzman araştırmacılara kapsam geçerliliği ile ilgili danışılarak 6 maddede karar kılınmıştır. Yapı geçerliliğini ölçmek amacıyla keşfedici faktör analizi yapılmış (Tablo 8) ve iç tutarlılığı ölçek amacıyla cronbach alfa değerine bakılmıştır (Tablo 11). Belirlenen ifadeler Varimax faktör matrisi tablosuna bakarak faktör yapısını bozan bir ifade çıkarılmıştır. Sonuç olarak obezite farkındalığı ölçmek amacıyla kullanılan beş madde tek bir boyutta yüklenmiştir. Verilerin Faktör analizine uygunluğu, örneklem büyüklüğü yeterliliği ve değişkenler arası korelasyonun

anlamlılığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Testi yapılmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Maddelerin Örneklem Büyüklüğü Testi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,809
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1035,126
	S.d.	10
	Sig.	,000

KMO değeri 0.5-0.7 arası orta 0.7-0.8 arası iyi, 0.8-0.9 arası çok iyi ve 0.9 ve üzeri süper olarak sınıflandırılmıştır (Kaiser , 1974, s. 35). Yapılan analiz sonucunda KMO değeri 0,809 olarak tespit edilmiş ve veri setinin faktör analizi için iyi uyum gösterdiği belirlenmiştir. Bartlett's Testi sonuçlarına bakıldığında ise değişkenler arası korelasyonun $P < 0,01$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Obezite Farkındalığı Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi Bulguları

Faktörler	Faktör Yüğü	Kümülatif Yüğü	Varyans Açıklama
Obezitenin nedenleri arasında kötü beslenme alışkanlıkları (her gün abur cubur yemek, yüksek karbonhidratlı, şekerli gıdalar ya da asitli içecekler tüketmek vs.) önemli bir rol oynamaktadır.	0,713	50,50	50,50
Sağlıklı bir birey olmak için normal bir kiloda olmak önemlidir.	0,700	66,26	
Kilo kontrolü için düzenli fiziksel aktivite yapmak gerektiğinin farkındayım	0,751	76,44	
Hareketsiz yaşam önemli bir obezite nedenidir.	0,741	90,17	
Aşırı şişman ve obez bireylerin, kilolarıyla ilgili olarak diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişmesinde daha yüksek risk altında olduğunun farkındayım	0,643	100	

İfadeler ve faktör yükleri Tablo 8’de sunulmuştur. Faktör varyansın %50,50’sini açıklamaktadır. Ölçekteki maddeler (1) Hayır, (2) Bilmiyorum, (3) Evet şeklinde kodlanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 3, minimum puan 1’dir. Puanlar yükseldikçe obezite farkındalığının arttığını ifade etmektedir.

4.8.4. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek durumu, sigara kullanımı, sosyal güvence, boy, kilo, BKİ, kronik hastalık durumu, kronik hastalık mevcut ise hangi hastalık olduğu, spor ve diyet yapma durumu, diyet yapıldıysa yapılan süre, diyetin yapılma şekli ve diyetin sonucunu belirleyen sorular yer almaktadır. Ayrıca “Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?”

“Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?” şeklinde yöneltilen sorular ile birlikte toplamda 20 adet soru bulunmaktadır.

4.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizi International Business Machines The Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) 25.0 paket programı, Jamovi programı ve Analysis of Moment Structures (AMOS) programları ile gerçekleştirilmiştir. SPSS 25.0 paket programı ile sosyodemografik değişkenlere ait frekans analizi, fark analiz, geçerlilik, güvenilirlik analizleri, korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Jamovi programı ile aracı etki analizi, AMOS 23.0 paket programı ile ise ölçeklerin yapı geçerliliğini saptamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Araştırmada sosyodemografik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir.

Öncelikli olarak verilerin analizinde normallik dağılımları değerlendirilmiştir. Normallik dağılımının değerlendirilmesinde çarpıklık ve basıklık değerleri esas alınmıştır. Aynı zamanda ölçeklere ait güvenilirlik (cronbach alfa) değerlerine bakılmıştır.

Verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda bağımsız iki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklemde t-testi, üç ya da daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise çoklu grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis H testi ile analizler gerçekleştirilmiştir. Çoklu gruplarda anlamlı farklılık saptanması durumunda karşılaştırmaların değerlendirilmesinde post-hoc testlerine başvurulmuştur. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon analizi ve bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin üçüncü bir değişken aracılığı ile gerçekleşmesi durumunun analizi amacıyla aracı etki analizleri de kullanılmıştır.

4.9.1. Ölçeklere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Sosyal bilimlerde ölçümün geçerliliğini ve kalitesini belirlemek amacıyla faktör analizi kullanılmaktadır. Analizin amacı boyut indirgemedir. Faktör analizi keşfedici ve doğrulayıcı olmak üzere ikiye ayrılır. Keşfedici faktör analizi bir dilden başka bir dile çevrilmiş veya yeni oluşturulmuş bir ölçeğin ifadelerinin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı, Doğrulayıcı Faktör Analizi ise daha önceden kullanılmış olan bir ölçeğin, yeni bir araştırmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uyup uymadığını,

uygunluk durumunda, uygunluk derecesini denetlemeyi sağlamaktadır (Yaşlıoğlu, 2017, s. 75).

Araştırmada daha önceden kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliği Doğrulayıcı Faktör Analizi ile sağlanmıştır. Yapı geçerliliğini sağlamak için yapılan analiz sonucunda oluşturulan model uyum iyiliği değerleri, mükemmel ve kabul edilebilir uyum ölçütleri aşağıdaki Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Araştırmalarında Kullanılan Uyum İndekslerine İlişkin İyi ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri

Uyum İndeksleri	İyi Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri
χ^2	P>0,05 (anlamsız) olmalı	
χ^2/df	$\chi^2/df < 3$	$3 < \chi^2/df < 5$
GFI	GFI>0,95	GFI>0,90
AGFI	GFI>0,95	GFI>0,90
SRMR	SRMR<0,05	SRMR<0,08
RMSEA	RMSEA<0,05	RMSEA<0,08
CFI	CFI>0,95	CFI>0,90
NNFI=TLI	NNFI>0,95	NNFI>0,90
NFI	NFI>0,95	NFI>0,90
IFI	IFI>0,95	IFI>0,90

(Sd:serbestlik derecesi; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; GFI: Goodness of Fit Index; AGFI: Adjustment Goodness of Fit Index; CFI:Comparative Fit Index; IFI:Incremental Fit Index; NFI:Normed Fit Index; TLI: Tucker Lewis Index;NNFI-TLI; Non-Normed Fit Index)

Kaynak: (Gürbüz & Şahin , 2018, s. 345)

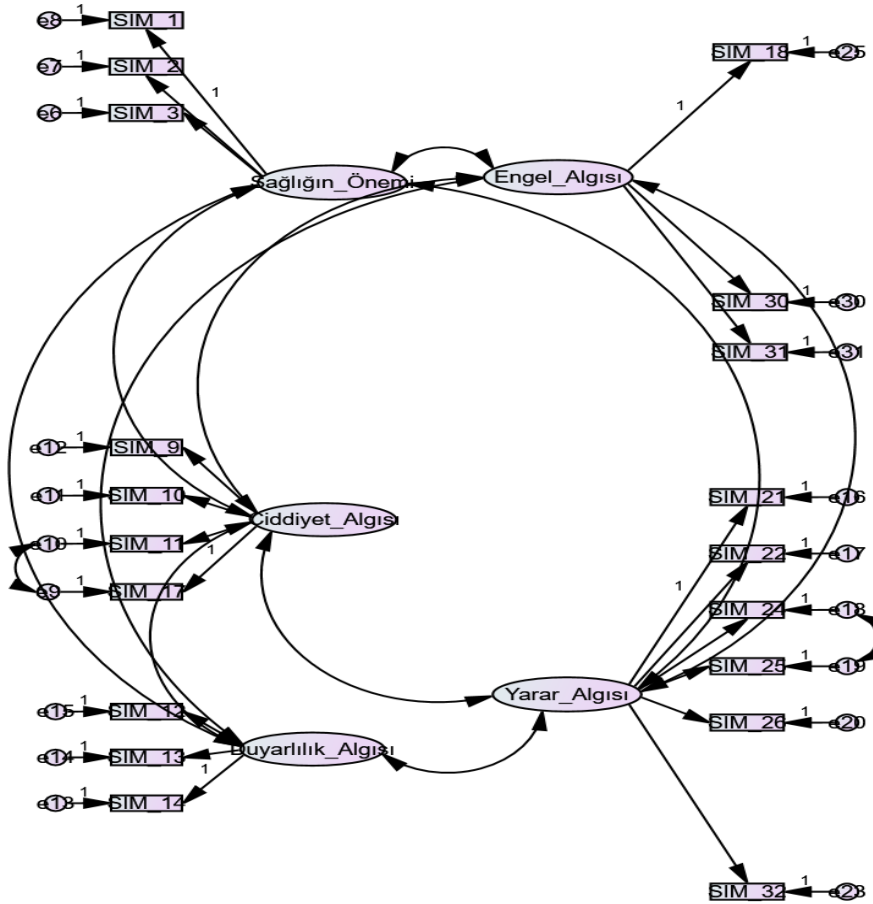
4.9.1.1. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİM)

OSİMÖ Doğrusal Faktör Analizinde AMOS 23.0 paket programı kullanılmıştır. OSİMÖ, 5 alt boyut ve toplamda 32 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada 550 katılımcıdan elde edilen verilerin normal dağılım göstermesi ve ölçeğin 5’li likert yapıda olması nedeniyle maksimum olabilirlik yöntemi uygulanmıştır. Yapı geçerliliğini sağlamak için yapılan analiz sonucunda oluşturulan model uyum iyiliği değerleri (CMIN/DF, SRMR, GFI, CFI, RMSEA vb.) incelenmiştir.

OSİMÖ Birinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları Şekil 10’da sunulmuştur Yapılan analiz sonucunda model tarafından üretilen düzeltme indeksleri (Modification indices) incelenmiş, aynı boyut altındaki maddelerden modele en yüksek katkıyı sağlayan maddeler, kovaryans denilen iki yönlü oklar ($\leftrightarrow$) tarafından bağlanmış

ve model tekrar hesaplanmıştır. Hesaplamanın akabinde düzeltme indeksleri (Modification indices) tekrar incelenmiştir. Sonuç olarak SİM11↔SİM17, SİM24↔SİM25 maddeleri kovaryanslar ile birbirine bağlanmıştır.

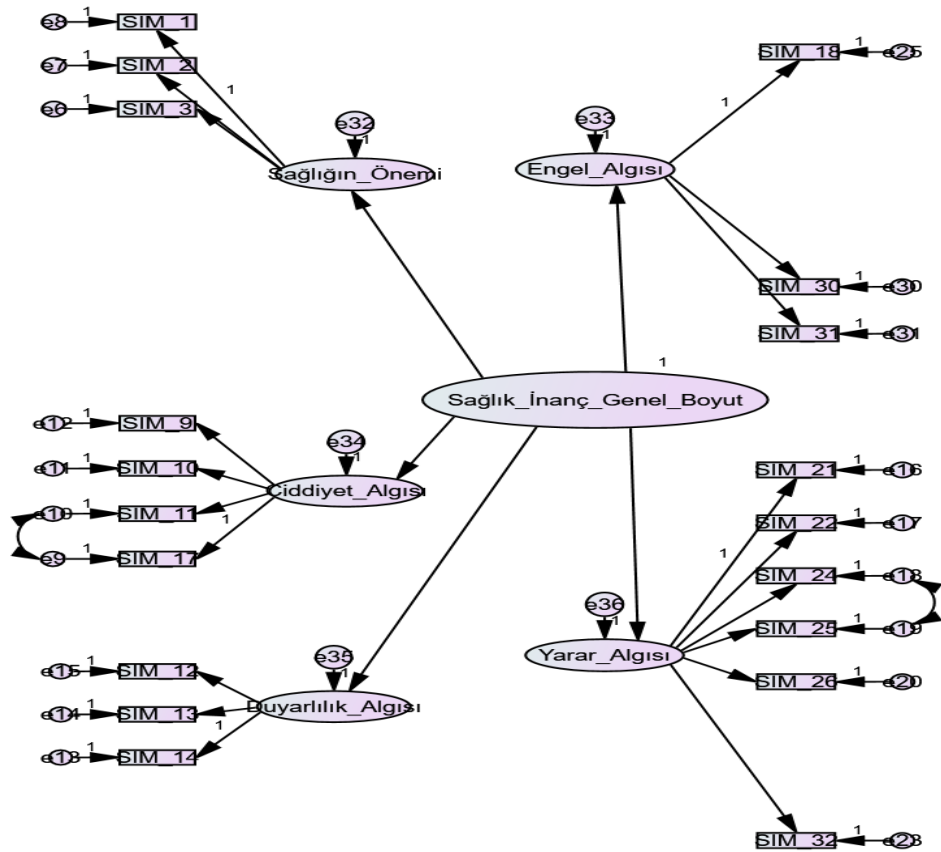
Ayrıca AMOS çıktı dosyasında ifadelerin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları katsayıları incelenmiştir. Birinci düzey DFA sonuçlarına bakıldığında kabul edilebilir model uyum indeks değerlerine ulaşabilmek için ve düşük faktör yüküne sahip olması (%30 ve altında) nedeniyle 11 madde “SME 8 (,228), SME7 (,306), SME5 (,289), SME6 (,304), SME15 (,336), SME20 (,307), SME29 (,344), SME23 (357), SME4 (,338), SME19 (,397), SME27 (,386,)” ve yüksek hata terimi göstermesi nedeniyle “SME28” modelden çıkarılmıştır. Birinci düzey DFA sunucunda uyum iyiliği indeks değerleri (χ^2 [140, N=550] = 3435.780; $p < .01$; $\chi^2/sd = 2.472$; GFI = .939; CFI = .937; RMSEA = .052; SRMR = .046) 5 boyutlu modelin elde edilen veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alan yazınında ifade edilen eşik değerlerin üzerinde olduğu belirlenmiştir.



Şekil 10. OSİM Birinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları

Şekil 11’de Sağlık İnanç Genel Boyutu, 5 alt boyut ve toplamda 19 madde ile birincil düzey doğrulayıcı faktör yapısı analiz edilmiştir. Birincil düzey doğrulayıcı faktör analizinde yapılan tüm işlemler, ikincil düzey doğrulayıcı faktör analizinde tekrarlanmıştır. Modele “Sağlık İnanç Genel Boyut” adında yeni bir örtük değişken eklenmiştir. Analiz sonucunda AMOS çıktı dosyasında model tarafından üretilen düzeltme indeksleri incelenmiş, herhangi bir düzeltme işlemi model tarafından önerilmemiştir.

İkinci düzey DFA sonucunda tespit edilen uyum iyiliği indeks değerleri (χ^2 [145, N =550] = 3435.780; $p < .01$; $\chi^2/sd = 2,573$; GFI = . 934; CFI =.930; RMSEA =.054; SRMR =.054) tavsiye edilen 5 boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve de uyum iyiliği değerlerinin alan yazınında ifade edilen eşik değerlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

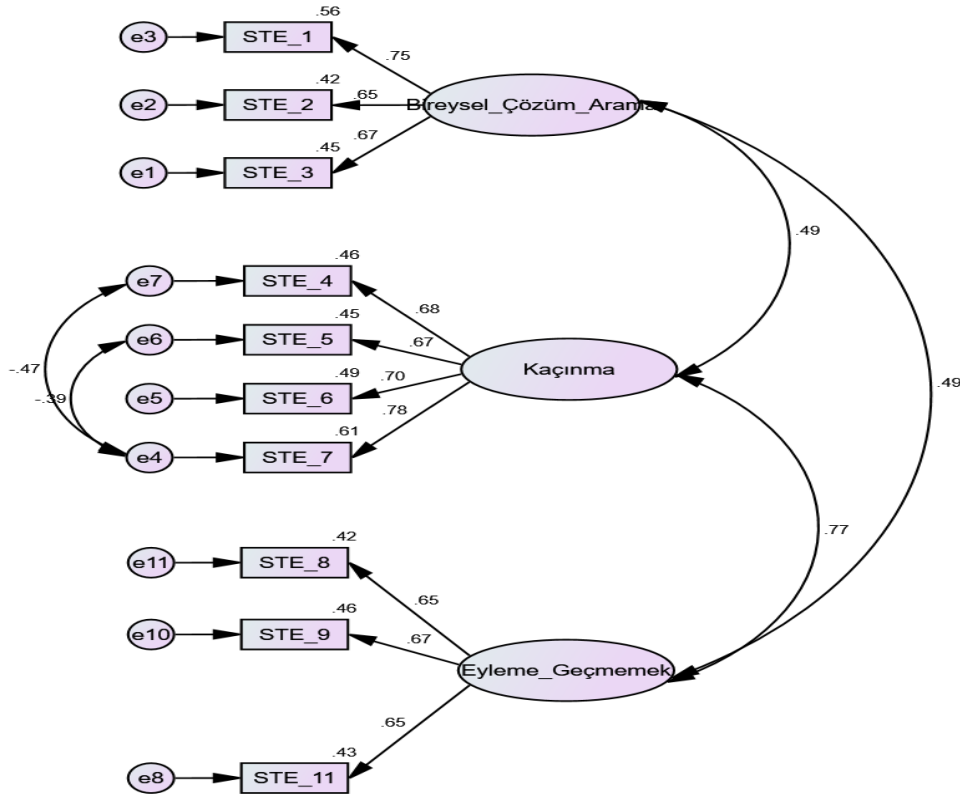


Şekil 11. OSİM İkinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları

4.9.1.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği (SHTE)

STEÖ Doğrusal Faktör Analizinde AMOS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Yapı geçerliliğini sağlamak için yapılan analiz sonucunda oluşturulan model uyum iyiliği değerleri (CMIN/DF, SRMR, GFI, CFI, RMSEA vb.) incelenmiştir.

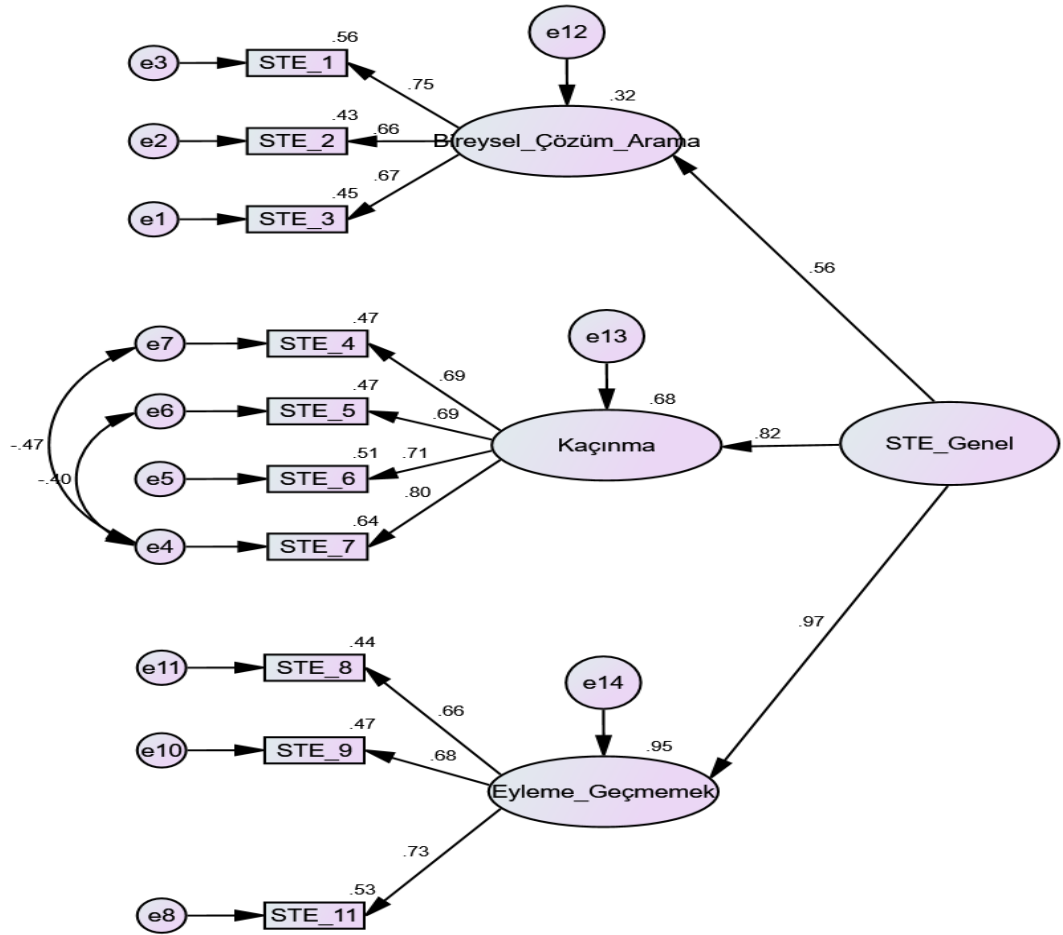
Şekil 12’de STE Birinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları yer almaktadır. STE Ölçeği 3 alt boyut ve toplamda 11 maddeden oluşmaktadır. Araştırma da 550 katılımcıdan elde edilen verilerin normal dağılım göstermesi ve ölçeğin 5’li likert yapıda olması nedeniyle maksimum olabilirlik yöntemi uygulanmıştır. Birinci düzey DFA sonuçlarına göre STE10 (,370) faktör yükü düşük olduğu için analiz dışında tutulmuştur. Birinci düzey DFA sunucunda uyum iyiliği indeks değerleri (χ^2 [30, N =550] = 1647.257p< .01; χ^2/sd = 4,209; GFI = .956; CFI =.940; RMSEA =.076; SRMR =.049) 3 boyutlu modelin elde edilen veri ile uyumlu olduğu ve uyum iyiliği değerlerinin alan yazınında ifade edilen eşik değerlerin üzerinde olduğu belirlenmiştir.



Şekil 12. STE Birinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 13’de STE Genel, 3 alt boyut ve toplamda 10 madde ile birincil düzey doğrulayıcı faktör yapısı analiz edilmiştir. Birincil düzey doğrulayıcı faktör analizinde yapılan tüm işlemler, ikincil düzey doğrulayıcı faktör analizinde tekrarlanmıştır. Modele “STE_Genel ” adında yeni bir örtük değişken eklenmiştir. Analiz sonucunda modelde herhangi bir işlemin yapılmasına gerek kalmamıştır.

İkinci düzey DFA sonucunda tespit edilen uyum iyiliği değerleri (χ^2 [31, N =550] = 1647.257; $p < .01$; $\chi^2/sd = 4.555$; GFI = .950; CFI =.931; RMSEA =.080; SRMR =.058) tavsiye edilen 3 boyutlu modelin veri ile uyumlu olduğu ve de uyum iyiliği değerlerinin alan yazınında ifade edilen eşik değerlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 13. STE İkinci Düzey Doğrusal Faktör Analizi Sonuçları.

Araştırma da kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla yapılan DFA sonucunda modelin doğrulanabilir olup olmadığını gösteren model uyum iyiliği indeksleri ve değerleri Tablo 10’da sunulmuştur. Elde edilen sonuca göre ölçek yapılarının geçerli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Doğrulamalı Faktör Analizine Ait Uyum İyiliği Değerleri

	χ^2	df	p	χ^2 / df	GFI	CFI	SRMR	RMSEA
Kabul Edilebilir Değerler			$P \geq .05$	$3 \leq \chi^2 / df \leq 5$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\leq .08$	$\leq .08$
^a SİM	346.126	140	,000	2.47	,93	,93	,04	,05
^a STE	126.265	30	,000	4.20	,95	,94	,04	,07
^b SİM	373.108	145	,000	2.57	,93	,93	,05	,05
^b STE	141.200	31	,000	4.55	,95	,93	,05	,08

^a: Birinci Düzey Çok Faktörlü DFA; ^b: İkinci Düzey Çok Faktörlü DFA

4.9.2. Ölçeklere ve Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları

Likert türü veya daha fazla derecelendirme içeren ölçeklerdeki iç tutarlılığı belirlemede Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmaktadır (Karagöz Y. , 2021, s. 19). Tablo 11’de görüldüğü üzere 32 maddeden oluşan OSİMÖ, yapılan DFA sonucunda 19 maddeye indirgenmiştir. Aynı şekilde 11 maddeden oluşan STEÖ, yapılan DFA sonucunda 10 maddeye indirgenmiş, ters soru ölçekten çıkarılmıştır.

Tablo 11. Ölçek ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Güvenirlilik Katsayıları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	İç Tutarlılık Katsayısı (α)
OSİMÖ Genel	19	0,78
Sağlığın Önemi	3	0,67
Algılanan Ciddiyet	4	0,72
Algılanan Duyarlılık	3	0,70
Algılanan Engel	3	0,65
Algılanan Yarar	6	0,85
STEÖ Genel	10	0,82
Bireysel Çare Arama	3	0,72
Kaçınma	4	0,75
Harekete Geçmeme	3	0,69
Obezite Farkındalığı	5	0,81

Cronbach alfa değeri, 0,80-1,00 arası yüksek güvenilirlik, 0,60-0,80 arası ise oldukça güvenilir olarak ifade edilmektedir (Özdamar , 2004, s. 23). OSİMÖ genel ortalaması 0,78 ve alt boyutları sırasıyla sağlığın önemi 0,67; algılanan ciddiyet 0,72; algılanan duyarlılık 0,70; algılanan engel 0,65 olarak belirlenmiştir. Sonuçların oldukça güvenilir olduğu, algılanan yarar alt boyutunun ise 0,85 değeri ile yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir.

STEÖ ve alt boyutları değerlendirildiğinde STEÖ genel ortalamasının 0,82 ile yüksek güvenilirlikte olduğu, alt boyutlarının ise sırasıyla bireysel çare arama 0,72; kaçınma 0,75; harekete geçmeme 0,69 değeri ile güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca obezite farkındalığına ait iç tutarlılık katsayısı 0,81 belirlenmiş ve yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir.

4.9.3. Ölçeklere İlişkin Normal Dağılım Bulguları

Verilerin normal dağılımı, sayısal verilerin analizinin yapılabilmesinin şartlarından biridir. Verilerin normal dağılım göstermemesi analiz sonuçlarının yanlış çıkmasına neden olmaktadır (Karagöz Y. , 2021, s. 315).

Her ne kadar verilerin normal dağılımını belirlemek amacıyla Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerine gerek duyulsa da bu testlerin likert tipi ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermemesi, büyük veri setlerinde normalliği reddetme eğilimine girmesi sebebiyle temel alınmamaktadır (Uysal & Kılıç, 2022, s. 223). Normallik testi için kullanılan bir diğer ölçü basıklık-çarpıklık değerleridir. Ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin normal dağılımın tespiti için daha güvenilir olan çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir.

George ve Mallery (2010)'e göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2,0 ile -2,0 arasında bulunması verilerin normal dağıldığını göstermektedir.

Tablo 12'da ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin normal dağılım bulguları yer almaktadır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin kabul edilebilir -2 ila +2 aralığında olduğu ve parametrik testin temel varsayımının karşılandığı görülmektedir.

Tablo 12. Ölçeklere ait Verilerin Normal Dağılım Bulguları (n=550)

Boyutlar	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
SİM Sağlığın Önemi	,504	-,266
SİM Ciddiyet Algısı	-1,342	1,867
SİM Duyarlılık Algısı	-,776	,273
SİM Engel Algısı	,110	-,515
SİM Yarar Algısı	-,905	,276
STED Genel	,376	-,101
STED Bireysel Çare Arama	,292	-,596
STED Kaçınma	,407	-,745
STED Harekete Geçmeme	,475	-,196
Obezite Farkındalığı	-1,610	1,885

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bulgular bölümünde, sosyodemoğrafik soruları kapsayan tanımlayıcı bulgular, değişkenlere ait fark analizi bulguları (T testi, ANOVA, Kruskal Wallis H.), korelasyon analizi, aracılık etki analizi, araştırmanın hipotez sonuçları ve araştırmanın son modeli yer almaktadır.

5.1.Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma kapsamında katılımcılara ait sosyo-demografik sorulara ait veriler Tablo 13’de sunulmuştur. Yaş kategorisi Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) belirlemiş olduğu yaş aralığı dikkate alınarak belirlenmiştir.

Tablo 13. Sosyodemoğrafik Değişkenlere Ait Araştırma Sonuçları (N:550)

Değişkenler	Özellik	N	Yüzde (%)
Yaş Dağılımı	18-24	137	24,9
	25-34	124	22,5
	35-44	139	25,3
	45-55	101	18,4
	55-64	28	5,1
	65-74	16	2,9
	75 ve üzeri	5	0,9
Cinsiyet Durumu	Kadın	344	62,5
	Erkek	206	37,5
Medeni Durum	Evli	315	57,3
	Bekâr	235	42,7
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	238	43,3
	1	83	15,1
	2	158	28,7
	3	53	9,6
	4 ve üzeri	18	3,3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	4	0,7
	İlkokul	42	7,6
	Ortaokul	42	7,6
	Lise	136	24,7
	Üniversite(Ön lisans-Lisans)	303	55,2
	Yüksek lisans-Doktora	23	4,2
Meslek durumu	İşim yok	22	4,0
	Ev Hanımı	60	10,9
	Kamu Personeli	176	32,0
	Öğrenci	115	20,9
	Esnaf	44	8,0
	İşçi	59	10,7
	Emekli	28	5,1
	Serbest Meslek	16	2,9
	Diğer	30	5,5
Gelir düzeyi	8.506TL ve daha az	108	19,6

	8.507-11.800TL	98	17,8
	11.801-16.000TL	78	14,2
	16.001-20.000TL	76	13,8
	20.001-24.000TL	74	13,5
	24.001TL ve üzeri	116	21,1
Sigara Kullanımı	Evet. Kullanıyorum	226	41,1
	Hayır. Bıraktım	97	17,6
	Hayır. Hiç kullanmadım.	227	41,3
Sosyal güvence durumu	Var	475	86,4
	Yok	75	13,6
Beden Kitle İndeksi	Düşük Kilolu	17	3,1
	Normal Kilolu	213	38,7
	Toplam	230	41,8
	Pre-obez	206	37,5
	1. Derece Obez	93	16,9
	2. Derece Obez	17	3,1
	3. Derece Obez	4	0,7
	Toplam	320	58,2
Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Zayıf	38	6,9
	Normal kilolu	310	56,4
	Fazla kilolu	187	34,0
	Obez	15	2,7
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?	Evet	347	63,1
	Hayır	45	8,2
	Bilmiyorum	158	28,7
Kronik hastalığınız var mı?	Evet	123	22,4
	Hayır	427	77,6
Cevabınız evet ise (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)	Diyabet	26	21,1
	Koroner Kalp Hastalıkları	18	14,6
	Hipertansiyon	33	26,8
	Yüksek Kolesterol	13	10,5
	Astım	41	33,3
	Diğer	33	26,8
Spor yapma alışkanlığınız	Düzenli	102	18,5
	Nadiren	289	52,6
	Hiç	159	28,9
Diyet yapma durumunuz	Evet	73	13,3
	Hayır	335	60,9
	Nadiren	127	23,1
	Diyeti bıraktım	15	2,7
Cevabınız evet ise diyet süreniz	1 aydan az	7	7,8
	1-3 aya kadar	27	30,0
	3-6 aya kadar	28	31,1
	6 ay-1 yıla kadar	8	8,9
	1 yıl ve üzeri	20	22,2
Diyet yaptıysanız/yapıyorsanız	Halk sağlığı kurumundan diyetisyenlik hizmeti aldım.	21	9,9
	Devlet/Şehir hastanesinden diyetisyenlik hizmeti aldım.	22	10,4
	Özel bir diyetisyenden hizmet aldım.	51	24,0
	Arkadaşımdan aldığım liste ile diyet yaptım	10	4,7
	Kendime göre internet vb. araştırmalar ile diyet yaptım	108	51,0
Diyet sonucu kilo durumunuz	Kilo verdim	162	72,3
	Kilo aldım	14	6,3

	Kilom değişmedi	48	21,4
	Ortalama ± Standart Sapma		
Yaş	36,55±13,128		
Boy	166,81± 0,095		
Kilo	73,11 ±15,768		

Ankete katılanların yaş dağılımı incelendiğinde; 139 bireyin (%25,3) 35-44 yaş aralığında, 137'sinin (%24,9) 18-24 yaş aralığında, 124'ünün (%22,5) 25-34 yaş aralığında, 10'unun (%18,4) 45-55 yaş aralığında, 28'inin (%5,1) 55-64 yaş aralığında, 16'sının (%2,9) 65-74 yaş aralığında, 5 bireyin ise (%0,9) 75 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan 550 bireyin 344'ü (%62,5) kadın, 206'sı ise (%37,5) erkektir.

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 315'i (%57,3) evli, 235'i (%42,7) ise bekârdır.

Çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde 238'inin (%43,3) çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların 158'inin (%28,7) 2 çocuğu, 83'ünün (%15,1) 1 çocuğu, 53'ünün (9,6) 3 çocuğu ve 18'inin (%3,3) 4 ve üzeri çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde, 303 (%55,2) bireyin üniversite mezunu, 136'sının (%24,7) lise mezunu, 42'sinin (%7,6) ortaokul mezunu, 42'sinin (%7,6) ilkokul mezunu, 23'ünün (%4,2) yüksek lisans-doktora mezunu ve 4'ünün (%0,7) ise okuryazar olmadığı görülmektedir.

Meslek durumuna göre katılımcıların 176'sını (%32,0) devlet memuru, 115'ini (%20,9) öğrenci, 60'ını (%10,9) ev hanımı, 59'unu (%10,7) işçi, 44'ünü (%8,0) esnaf, 28'ini (%5,1) emekli, 22'sini (%4,0) işsiz, 16'sını (%2,9) serbest meslek ve 30'unu (%5,5) diğer meslekler oluşturmaktadır.

Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde, 116'sının (%21,1) 24.001TL ve üzeri, 108'inin (%19,6) 8.506TL ve daha az, 98'inin (%17,8) 8.507-11.800TL arasında, 78'inin (%14,2) 11.801-16.000TL arasında, 76'sının (%13,8) 16.001-20.000TL arasında, 74'ünün (%13,5) 20.001-24.000TL arasında gelire sahip olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 227'si (%41,3) hiç sigara kullanmadığını, 226'sı (%41,1) sigara kullandığını, 97'si (%17,6) ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir.

Sosyal güvence durumuna göre katılımcıların 475'inin (%86,4) sosyal güvencesi bulunmakta, 75'inin (%13,6) ise bulunmamaktadır.

Beden Kitle İndeksi dağılımına göre katılımcıların 213'ü (%38,7) normal kilolu, 206'sı (%37,5) aşırı kilolu (pre-obez), 93'si (%16,9) 1. derece obez, 17'si (%3,1) 2. derece obez, 17'si (% 3,1) düşük kilolu ve 4'ü (%0,7) 3. derece obezdir.

Katılımcıların 310'u (%56,4) kendisini normal kilolu olarak değerlendirirken, 187'si (%34,0) fazla kilolu, 38'i (%6,9) zayıf, 15'i (%2,7) ise obez olarak değerlendirmiştir. Ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının fazlalığı konusunda katılımcıların, 347'si (%63,1) evet fazladır, 158'si (%28,7) bilmiyorum ve 45'i (%8,2) ise hayır fazla değildir şeklinde ifade etmişlerdir.

Katılımcıların 123'ünün (%22,4) kronik hastalığı bulunmakta, 427'sinin (%77,6) ise hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığa sahip katılımcıların 41'i (%33,3) astım, 33'ü (%26,8) hipertansiyon, 26'sı (%21,1) diyabet, 18'i (%14,6) koroner kalp hastalıkları, 13'ü (%10,5) yüksek kolesterol ve 33'ü (%26,8) diğer rahatsızlıklardan mustarip olduklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların 289'u (%52,5) nadiren spor yaptıklarını, 159'u (%28,9) spor yapmadıklarını, 102'si (%18,5) ise düzenli olarak spor yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların diyet yapma durumu incelendiğinde 335'inin (%60,9) diyet yapmadığı, 127'sinin (%23,1) nadiren yaptığı, 73'ünün (%13,3) diyet yaptığı ve 15'inin (%2,7) diyeti bıraktığı belirlenmiştir. Diyet yapan katılımcıların 28'i (%31,1) 3-6 aya kadar, 27'si (%30,0) 1-3 aya kadar, 20'si (%22,2) 1 yıl ve üzerinde, 8'i (%8,9) 6 ay-1 yıla kadar, 7'si (%7,8) ise 1 aydan az diyet yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca diyet yapan katılımcıların 108 'ünün (%51,0) kendine göre internet vb. araştırmalar ile diyet yaptığı, 51'inin (%24,0) özel bir diyetisyenden hizmet aldığı, 22'ünün (%10,4) devlet/şehir hastanesinden diyetisyenlik hizmeti aldığı, 21'unun (%9,9) halk sağlığı kurumundan diyetisyenlik hizmeti aldığı, 10'sinin (%4,7) ise arkadaşlarından aldığı liste ile diyet yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların diyet sonrası kilo durumu incelendiğinde 162'sinin (%72,3) kilo verdiği, 48'inin (%21,4) kilosunun değişmediği ve 14'ünün (%6,3) ise kilo aldığı görülmektedir.

Katılımcıların yaş ortalaması $36,55 \pm 13,128$ yıl, boy ortalaması $166,81 \pm 0,095$ cm, vücut ağırlığı ortalaması ise $73,11 \pm 15,768$ kg olarak belirlenmiştir.

Tablo 14. BKİ değerleri ile Bireysel Değerlendirme sonuçlarının Karşılaştırıldığı Ki-Kare Testi Sonuçları(550)

BKİ	Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?				Ki-Kare Toplam
	Zayıf	Normal Kilolu	Aşırı Kilolu	Obez	
18,5 ve altı (Zayıf Normal)	13	4	0	0	17
18,5-24,9 Normal Kilolu	23	173	17	0	213
25,0-29,9 Aşırı Kilolu (Preobez)	2	112	90	2	206
30,0-34,9 Şişman 1. Derece	0	21	65	7	93
35,0-39,9 Şişman 2. Derece	0	0	13	4	17
40 ve üzeri Şişman 3. Derece(Morbid obez)	0	0	2	2	4
Toplam	38	310	187	15	550

Katılımcıların Beden Kitle İndeksi değerleri ile “Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna vermiş oldukları yanıtların karşılaştırıldığı Ki- Kare analizi sonuçları Tablo 14’de yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre 18,5 ve altı (Zayıf Normal) kilolu bireylerin 4’ünün kendisini normal kilolu, normal kilolu 213 bireyden 23’ünün zayıf kilolu, 17’sinin aşırı kilolu olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Aşırı kilolu bireylere bakıldığında 206 bireyden 2’sinin kendini zayıf kilolu, 112’sinin normal kilolu ve 2’sinin de kendini obez olarak değerlendirdiği, 1. derece obez 93 bireyden 21’inin kendisini normal kilolu olarak değerlendirirken, 65 bireyin aşırı kilolu olarak değerlendirdiği, 2. derece obez 17 bireyden 13’ü, 3. derece obez 4 bireyden 2’si yine kendisini aşırı kilolu olarak ifade ettiği görülmektedir.

Tablo 15. Araştırma Değişkenlerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n:550)

Ölçek-Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
OSİM Ölçeği Alt Boyutları				
ÖSİM Ölçeği	1,79	4,48	3,551	0,546
Sağlığın Önemi	1,00	5,00	2,577	0,964
Ciddiyet Algısı	1,25	5,00	4,378	0,697
Duyarlılık Algısı	1,00	5,00	3,724	0,994
Engel Algısı	1,00	5,00	2,751	0,983
Yarar Algısı	1,00	5,00	3,800	0,966
STE Ölçeği ve Alt Boyutları				
STE Ölçeği	1,00	5,00	2,467	0,814
Bireysel Çare Arama	1,00	5,00	2,555	1,037
Kaçınma	1,00	5,00	2,373	1,020
Harekete Geçmeme	1,00	5,00	2,504	0,989
Obezite Farkındalığı	1,00	3,00	2,721	0,431

Tablo 15’de katılımcıların Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği toplam puan ve alt boyutlarına ait almış oldukları puanların dağılımı yer almaktadır. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin toplam puan olarak değerlendirmeye alınmaması nedeniyle sadece alt boyutları incelenmiştir. Alt boyutlardan sağlığın önemi alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 2,577’dir. Ciddiyet algısı alt boyutu puanları; minimum 1,25; maksimum 5,00 ve ortalaması 4,378’dir. Duyarlılık algısı alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 3,724’dir. Engel algısı alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 2,751’dir. Yarar algısı alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 3,800’dir. Katılımcıların ciddiye algısı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Duyarlılık ve yarar algılarının ortalamasının üzerinde, sağlığın önemi ve engel algılarının ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

İkinci ölçek olarak Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği genel puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 2,467’dir. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği alt boyutları incelendiğinde bireysel/kendi kendine çare arama alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 2,555’dir. Kaçınma alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 2,373’dir. Son olarak da harekete geçmeme alt boyutu puanları; minimum 1,00; maksimum 5,00 ve ortalaması 2,555’dir. Ölçek ve alt boyutları değerlendirildiğinde orta değerlerde oldukları görülmektedir. Ayrıca obezite farkındalığı tek boyut olarak değerlendirilmekte olup minimum 1,00; maksimum 3,00 ve ortalaması 2,721 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların obezite farkındalığı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

5.2. Değişkenlere Ait Fark Analizi Bulguları

5.2.1. Obezite Sağlık İnanç Modeline İlişkin Fark Analizi Bulguları

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin toplam ölçek puan ortalaması hesaplanmamaktadır. Bu nedenle OSİMÖ’nin sağlığın önemi, ciddiye algısı, duyarlılık algısı, engel algısı ve yarar algısı alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Tablo 16. OSİMÖ Sağlığın Önemi Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)

Medeni durum	Sağlığın Önemi			t-test	
	N	X	SS	t	p
Evli	315	2,66	0,97	t:2,339;	p:0,020
Bekâr	235	2,46	0,93		

Sosyal Güvence Durumu					
Var	475	2,59	0,98	t:0,90	p:0,369
Yok	75	2,48	0,83		
Kronik Hastalık Durumu					
Var	123	2,61	0,95	t:0,52	p:0,599
Yok	427	2,56	0,96		

OSİMÖ sağlığın önemi alt boyutunun medeni durum, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna ilişkin bağımsız örneklem T testi sonuçları incelendiğinde, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Evli bireylerin sağlığın önemi düzeyleri ($\bar{X}=2,66$) bekâr bireylere oranla daha yüksektir ($\bar{X}=2,46$). Sosyal güvence durumu ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Elde edilen sonuçlara göre H1c hipotezi kabul edilirken, H11 ve H11 hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 17. OSİMÖ Sağlığın Önemi Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları(ANOVA/ Kruskall Wallis H testi)

	Sağlığın Önemi			ANOVA/F test		
	N	X	SS	F	p	Post-Hoc Analizi
Çocuk Durumu				KruskallWH		
Yok	238	2,47	,96	14,837	0,005	3>1
1	83	2,59	1,00			
2	158	2,79	,94			
3	53	2,47	,88			
4 ve üzeri	18	2,29	,86			
Meslek Durumu				KruskallWH		
İşim yok	22	2,51	,78	16,711	0,019	3>6
Ev hanımı	60	2,45	,90			
Kamu personeli	176	2,81	,99			
Öğrenci	115	2,45	1,00			
Esnaf	44	2,55	,82			
İşçi	59	2,35	,88			
Emekli	28	2,55	1,11			
Serbest meslek	16	2,39	,92			
Diğer	30	2,54	,91			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?				Anova		
Evet	347	2,71	,99	11,708	0,000	1>3
Hayır	45	2,57	1,01			
Bilmiyorum	158	2,27	,80			
Spor Yapma Durumu				Anova		
Düzenli	102	2,56	1,16	3,428	0,033	2>3
Nadiren	289	2,66	,88			
Hiç	159	2,42	,94			
Diyet Yapma Durumu				KruskallWH		
Evet	73	2,62	,98	26,276	0,000	3>2
Hayır	335	2,42	,93			
Nadiren	127	2,91	,93			
Diyeti Bıraktım	15	2,93	,97			

Tablo 17’de katılımcıların sağlığın önemine ilişkin düzeylerinin farklı değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan parametrik testlerden tek yönlü ANOVA/F testi ve nonparametrik testlerden Kruskal Wallis H testi sonuçları yer almaktadır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre katılımcıların sağlığın önemi düzeyleri çocuk sahibi olma durumu, meslek durumu, obezite farkındalığı, spor ve diyet yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Katılımcıların analiz sonuçları değerlendirildiğinde çocuk sahibi olma durumuna ilişkin sağlığın önemi düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Çocuk sahibi olma durumu değişkenine ait elde edilen sonuçların arasındaki dağılımın homojen olmaması nedeniyle nonparametrik testlerden Kruskal Wallis H testi uygulanmış ve farkın kaynağını belirlemek amacıyla post hoc testlerinden Games Howell testi uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre 2 çocuk sahibi bireylerin ($\bar{X}=2,79$), çocuk sahibi olmayan bireylere ($\bar{X}=2,47$) oranla sağlığın önemi düzeyleri daha yüksektir. Meslek durumu düzeyleri incelendiğinde işçilerin sağlığın önemi düzeyleri ($\bar{X}=2,35$), kamu personelinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($\bar{X}=2,81$). Katılımcıların “Ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?” sorusu ile farkındalık düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda sağlığın önemi düzeyi ile “Ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?” sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Varyans homojenliği sağlanamadığından yapılan Games Howell testi sonucuna göre evet diyenlerin sağlığın önemi düzeyleri ($\bar{X}=2,71$) bilmiyorum diyenlere oranla yüksek olarak tespit edilmiştir ($\bar{X}=2,27$). Spor yapma durumu değerlendirildiğinde nadiren spor yapan bireylerin ($\bar{X}=2,66$), hiç spor yapmayan bireylere oranla sağlığın önemi düzeyleri yüksek bulunmuştur ($\bar{X}=2,42$). Katılımcıların diyet yapma durumu değerlendirildiğinde nadiren diyet yapanların ($\bar{X}=2,91$) diyet yapmayanlara ($\bar{X}=2,42$) oranla sağlığın önemi düzeyleri daha yüksektir. Analiz sonuçlarına göre H1d, H1f, H1k, H1m, H1n hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 18. OSİMÖ Ciddiyet Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi).

Ciddiyet Algısı				t-test	
Medeni durum	N	X	SS	t	p
Evli	315	4,44	0,64	t: 2,46	p:0,014
Bekâr	235	4,29	0,75		
Sosyal Güvence Durumu					
Var	475	4,41	0,66	t:2,81	p:0,006

Yok	75	4,13	0,83		
Kronik Hastalık Durumu					
Var	123	4,45	0,67	t:1,35	p:0,176
Yok	427	4,35	0,70		

OSİMÖ ciddiye algısı alt boyutunun medeni durum, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna ilişkin bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde medeni durum ve sosyal güvence durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$).

Analiz sonucunda evli bireylerin ciddiye algısının ($\bar{X}=4,44$) bekâr bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($\bar{X}=4,29$). Sosyal güvence durumu incelendiğinde sosyal güvencesi olan bireylerin ciddiye algısı düzeyi ($\bar{X}=4,41$), sosyal güvencesi olmayan bireylere göre yüksek olarak belirlenmiştir ($\bar{X}=4,13$). Kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Yapılan T testi sonuçlarına göre H2c, H2ı hipotezleri kabul edilmiş, H2l hipotezi ise reddedilmiştir

Tablo 19. OSİMÖ Ciddiye Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskal Wallis H testi)

Ciddiye Algısı				ANOVA/F test		
	N	X	SS	F	p	Post-Hoc Analizi
Yaş				KruskalWH		
18-24	137	4,25	,79	18,488	0,005	3>1
25-34	124	4,29	,70			
35-44	139	4,52	,59			
45-54	101	4,48	,64			
55-64	28	4,29	,76			
65-74	16	4,31	,67			
75 ve üzeri	5	4,10	,37			
Çocuk Durumu				KruskalWH		
Yok	238	4,27	,76	12,025	0,017	3.2>1
1	83	4,51	,56			
2	158	4,48	,60			
3	53	4,31	,69			
4 ve üzeri	18	4,34	,99			
Eğitim Durumu				Anova		
Okuryazar Değil	4	3,37	,75	3,543	0,004	2.4.5.6.>1
İlkokul	42	4,41	,66			
Ortaokul	42	4,23	,72			
Lise	136	4,26	,72			
Üniversite	303	4,44	,67			
Yüksek Lisans/Doktora	23	4,47	,68			
Gelir Durumu				Anova		
8.506TL ve daha az	108	4,31	,72	2,845	0,015	6>1.4
8.507-11.800TL	98	4,33	,73			
11.801-16.000TL	78	4,33	,74			

16.001-20.000TL	76	4,27	,74			
20.001-24.000TL	74	4,35	,62			
24.001TL ve üzeri	116	4,58	,58			
Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?				Anova		
Zayıf	38	4,08	,93	2,925	0,033	2.3>1
Normal Kilolu	310	4,37	,67			
Aşırı Kilolu	187	4,42	,65			
Obez	155	4,56	,78			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?				Anova		
Evet	347	4,48	,65	11,585	0,000	1>2.3
Hayır	45	4,14	,62			
Bilmiyorum	158	4,21	,75			

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ciddiyet algısı düzeyinin çeşitli değişkenlere ilişkin fark analizi sonuçları Tablo 19’da sunulmuştur. Analizler sonucunda yaş, çocuk durumu, gelir durumu ve obezite farkındalığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Yaş değişkeni TÜİK verilerine göre belirlenmiştir. Gruplar arasında farklılıkların yüksek olması nedeniyle nonparametrik test uygulanmıştır. Yapılan Kruskal Wallis H testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Yapılan Games-Howell testi sonucu 35-44 yaş ciddiyet algısı düzeyi ($\bar{X}=4,52$), 18-24 yaş düzeyinden yüksek olarak tespit edilmiştir ($\bar{X}=4,25$).

Çocuk sahibi olma durumu değerlendirildiğinde yapılan Kruskal Wallis H testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0,05$) ve farklılığı belirlemek amacı ile yapılan Games Howell testi sonucu, 1 ve 2 çocuk sahibi bireylerin ($\bar{X}=4,51$), ($\bar{X}=4,48$) çocuk sahibi olmayan bireylere göre ciddiyet algısının yüksek olduğu belirlenmiştir ($\bar{X}=4,27$).

Analiz sonucuna göre katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, okuryazar olmayan bireylerin ciddiyet algısı düzeyleri ($\bar{X}=3,37$), ilkokul ($\bar{X}=4,41$), lise ($\bar{X}=4,26$), üniversite ($\bar{X}=4,44$) ve yüksek lisans/doktora ($\bar{X}=4,47$) eğitimi alan bireylerden düşüktür.

Katılımcıların gelir durumu değerlendirildiğinde yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için varyans homojenliği sağlandığından post hoc testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Katılımcılardan 8.506TL ve daha az ($\bar{X}=4,31$) ve 16.001-20.000TL gelire sahip ($\bar{X}=4,27$) bireylerin ciddiyet algısı düzeyi, 24.001TL ve üzeri gelire sahip bireylerden düşük olarak belirlenmiştir ($\bar{X}=4,58$).

Katılımcıların “*Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?*” sorusuna verdikleri cevap değerlendirildiğinde normal kilolu ($\bar{X}=4,37$) ve aşırı kilolu ($\bar{X}=4,42$) olduğunu ifade eden bireylerin ciddiye algısı düzeyi, zayıf ($\bar{X}=4,08$) olduğunu ifade eden bireylerden yüksek olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların “*Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?*” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde yapılan ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Varyans homojenliği sağlanamadığı için farklılığın tespiti için Games Howell testi yapılmıştır. Ülkemizde obez birey sayısının fazla olduğunu ifade eden bireylerin ($\bar{X}=4,48$), obezitenin fazla olmadığını ifade eden ($\bar{X}=4,14$) ve bilmiyorum ($\bar{X}=4,27$) diyenlere oranla ciddiye algısı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucunda H2b, H2d, H2e, H2j, H2k, H2g hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 20. OSİMÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları(t testi)

	Duyarlılık Algısı			t-test	
Medeni durum	N	X	SS	t	p
Evli	315	3,84	0,95	t:3,19	p:0,001
Bekâr	235	3,56	1,02		
Sosyal Güvence Durumu					
Var	475	3,69	1,01	t:-1,54	p:0,123
Yok	75	3,88	0,87		
Kronik Hastalık Durumu					
Var	123	3,97	0,95	t:3,17	p:0,002
Yok	427	3,65	0,99		

OSİMÖ duyarlılık algısı alt boyutunun medeni durum, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna ilişkin bağımsız örneklem T testi sonuçları incelendiğinde medeni durum ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Sosyal güvence durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Analiz sonuçlarına göre evli bireylerin duyarlılık algısı düzeyi ($\bar{X}=3,84$), bekâr bireylerden yüksektir ($\bar{X}=3,56$). Aynı zamanda kronik hastalığa sahip bireylerin duyarlılık algısı düzeyi ($\bar{X}=3,97$), kronik hastalığı olmayan bireylerden yüksektir

($\bar{X}=3,65$). Analiz sonuçlarına göre H3c ve H3l hipotezleri kabul edilirken, H3ı hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 21. OSİMÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskal Wallis H testi)

Duyarlılık Algısı				ANOVA/F test		
	N	X	SS	F	p	Post-Hoc Analizi
Yaş	KruskalWH					
18-24	137	3,47	1,03	27,446	0,000	4.3>1, 3>1.2,
25-34	124	3,61	,95			
35-44	139	3,96	,91			
45-54	101	3,88	1,00			
55-64	28	3,94	,88			
65-74	1	3,37	1,01			
75 ve üzeri	5	3,40	1,29			
Çocuk Durumu	KruskalWH					
Yok	238	3,53	1,02	18,479	0,001	5.2.3>1
1	83	3,80	,93			
2	158	3,89	,98			
3	53	3,78	,91			
4 ve üzeri	18	4,14	,81			
Meslek Durumu	KruskalWH					
İşim yok	22	3,62	,92	15,346	0,032	3>4
Ev hanımı	60	3,74	1,00			
Kamu personeli	176	3,91	,96			
Öğrenci	115	3,51	1,00			
Esnaf	44	3,66	,76			
İşçi	59	3,66	1,08			
Emekli	28	3,64	,96			
Serbest meslek	16	3,31	1,33			
Diğer	30	3,94	,92			
Beden Kitle İndeksi	KruskalWH					
18,5 ve altı(Zayıf Normal)	17	2,86	1,26	32,544	0,000	5>1.2.3 4>1.2.3
18,5-24,9 Normal Kilolu	213	3,57	1,03			
25,0-29,9 Fazla Kilolu(Preobez)	206	3,73	,94			
30,0-34,9 1. Derece Obez	93	4,08	,83			
35,0-39,9 2. Derece Obez	17	4,29	,61			
40 ve üzeri - 3.Derece Obez(Morbid Obez)	4	3,91	,50			
Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?	KruskalWH					
Zayıf	38	3,38	1,05	39,880	0,000	4>1.2 3>1.2
Normal Kilolu	310	3,55	1,03			
Aşırı Kilolu	187	4,02	,82			
Obez	155	4,46	,60			
Diyet Yapma Durumu	KruskalWH					
Evet	73	3,86	,89	11,845	0,008	3>2
Hayır	335	3,61	1,01			
Nadiren	127	3,92	,95			
Diyeti Bıraktım	15	3,80	,99			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?	Anova					
Evet	347	3,84	,98	7,413	0,001	1>3
Hayır	45	3,55	,80			
Bilmiyorum	158	3,50	1,02			

Spor Yapma Durumu	Anova					
Düzenli	102	3,44	1,04	5,837	0,003	3>1
Nadiren	289	3,74	,96			2>1
Hiç	159	3,86	,98			

Tablo 21’de Sağlık İnanç Modeli Ölçeği duyarlılık algısı alt boyutunun çeşitli değişkenlere ilişkin fark analizi sonuçları sunulmuştur. Analizler sonucunda yaş, çocuk durumu, meslek durumu, beden kitle indeksi, kilo değerlendirme durumu, obezite farkındalığı, spor ve diyet yapma durumu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Yaş grupları ile ilgili olarak yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre olarak anlamlı farklılık belirlenmiş ($p<0,05$), farkın tespiti içinde Games Howell testi yapılmıştır. 45-54 ($\bar{X}=3,88$) ve 35-44 ($\bar{X}=3,96$) yaş gruplarında duyarlılık algısı 18-24 ($\bar{X}=3,47$) yaş grubu bireylerden yüksektir. Aynı zamanda 35-44 ($\bar{X}=3,96$) yaş grubu bireylerin duyarlılık algısının, 25-34 ($\bar{X}=3,61$) yaş grubu bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre çocuk durumu değerlendirildiğinde yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gruplar arası farkın tespiti amacıyla Games Howell testi yapılmış ve test sonucuna göre çocuk sahibi olmayan bireylerin ($\bar{X}=3,53$), duyarlılık algısı, 1 ($\bar{X}=3,80$), 2 ($\bar{X}=3,89$), 4 ve üzeri ($\bar{X}=4,14$), çocuk sahibi bireylerden düşük olarak belirlenmiştir. Çocuk sahibi olmanın duyarlılık algısını artırdığı, artan çocuk sayısı ile duyarlılık düzeyinde de artış görülmektedir. Katılımcıların meslek durumu değerlendirildiğinde yapılan testler (Kruskal Wallis H, Games Howell) sonucunda kamu personelinin duyarlılık düzeyinin ($\bar{X}=3,91$), öğrencilerden ($\bar{X}=3,51$), yüksek olduğu belirlenmiştir.

BKİ değerlerine göre yapılan Kruskal Wallis H testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Games Howell testi sonucuna göre BKİ, 35,0-39,9 2. derece obez bireylerin duyarlılık algısı ($\bar{X}=4,29$), 18,5 ve altı (zayıf normal) ($\bar{X}=3,96$), 18,5-24,9 normal kilolu ($\bar{X}=3,57$) ve 25,0-29,9 fazla kilolu (preobez) ($\bar{X}=3,96$) bireylerden daha yüksektir. Aynı zamanda 30,0-34,9 1. derece obez bireylerin duyarlılık algısı ($\bar{X}=4,08$), 18,5 ve altı (zayıf normal) ($\bar{X}=3,96$), 18,5-24,9 normal kilolu ($\bar{x}=3,57$) ve 25,0-29,9 fazla kilolu (preobez) ($\bar{X}=3,96$) bireylerden daha yüksektir.

“Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Obez ($\bar{X}=4,46$) ve aşırı kilolu ($\bar{X}=4,02$) olduğunu ifade eden bireylerin duyarlılık algısı düzeylerinin zayıf ($\bar{X}=3,38$) ve normal kilolu ($\bar{X}=3,55$) bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların diyet yapma durumu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Diyet yapmayan bireylerin ($\bar{X}=3,61$) duyarlılık algısı, nadiren ($\bar{X}=3,92$) de olsa diyet yapan bireylerden daha düşüktür.

Analiz sonuçlarına göre katılımcıların “Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?” sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre evet diyenlerin duyarlılık algısı düzeyi ($\bar{X}=3,84$), bilmiyorum ($\bar{X}=3,50$) diyenlerden daha yüksektir.

Katılımcıların spor yapma durumu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Spor yapmayanların ($\bar{X}=3,86$) ve nadiren spor yapanların ($\bar{X}=3,74$) duyarlılık algısı düzeyleri, düzenli ($\bar{X}=3,44$) spor yapanlardan daha yüksektir.

Araştırma analiz sonuçlarına göre H3b, H3d, H3f, H3i, H3k, H3n, H3j, H3m hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 22. OSİMÖ Engel Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (t testi)

Medeni durum	Engel Algısı			t-test	
	N	X	SS	t	p
Evli	315	2,74	1,00	t:-0,21	p:0,834
Bekâr	235	2,76	0,94		
Sosyal Güvence Durumu					
Var	475	2,76	0,99	t:0,50	p:0,611
Yok	75	2,69	0,93		
Kronik Hastalık Durumu					
Var	123	2,81	0,94	t:0,78	p:0,432
Yok	427	2,73	0,99		

Tablo 22’de OSİMÖ engel algısı alt boyutunun medeni durum, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna ilişkin bağımsız örneklem T testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Analiz sonuçlarına göre H4c, H4ı ve H4l hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 23. OSİMÖ Engel Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ Kruskall Wallis H testi)

Engel Algısı			ANOVA/F test		
	N	X	SS	F	p
“Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?”				KruskallWH	
Zayıf	38	2,63	1,06	12,052	0,007
Normal Kilolu	310	2,66	1,02		3>2
Aşırı Kilolu	187	2,93	0,85		
Obez	15	2,57	1,24		
Spor Yapma Durumu				Anova	
Düzenli	102	2,44	,95	6,708	0,001
Nadiren	289	2,78	,94		2>1
Hiç	159	2,88	1,02		3>1

Tablo 23’de Sağlık İnanç Modeli Ölçeği engel algısı düzeyinin çeşitli değişkenlere ilişkin fark analizi sonuçları sunulmuştur. Analizler sonucunda kilo değerlendirme ve spor yapma durumu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Katılımcıların “Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verdiği cevaplar değerlendirildiğinde, aşırı kilolu bireylerin engel algısı düzeyinin ($\bar{X}=2,93$), normal kilolu bireylerden ($\bar{X}=2,66$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bireylerin spor yapma durumu incelendiğinde spor yapmayanların ($\bar{X}=2,88$) ve nadiren spor yapanların ($\bar{X}=2,78$) duyarlılık algısı düzeyleri, düzenli ($\bar{X}=2,44$) spor yapanlardan daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre H4j ve H4m hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 24. OSİMÖ Yarar Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları(t testi)

Yarar Algısı			t-test	
Medeni durum	N	X	SS	t
Evli	315	3,91	0,89	t:3,15
Bekâr	235	3,64	1,03	p:0,002
Sosyal Güvence Durumu				
Var	475	3,82	0,96	t:1,44
Yok	75	3,65	0,99	p:0,149
Kronik Hastalık Durumu				
Var	123	4,04	0,83	t:3,54
Yok	427	3,72	0,79	p:0,000

OSİMÖ yarar algısı alt boyutunun medeni durum, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna ilişkin bağımsız örneklem T testi sonuçları incelendiğinde medeni durum ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan elde edilen analiz sonuçlarına göre evli bireylerin yarar algısı düzeyi ($\bar{X}=3,91$), bekâr bireylerden yüksektir ($\bar{X}=3,64$). Kronik hastalığa sahip bireylerin yarar algısı düzeyi ($\bar{X}=4,04$), kronik hastalığı olmayan bireylerden yüksektir ($\bar{X}=3,72$). Analiz sonuçlarına göre H5c ve H5l hipotezleri kabul edilmiş, H5ı hipotezi ise reddedilmiştir.

Tablo 25. OSİMÖ Yarar Algısı Alt Boyutunun Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları(ANOVA/ Kruskal Wallis H testi)

	Yarar Algısı			ANOVA/F test		
	N	X	SS	F	p	Post-Hoc Analizi
Yaş	KruskalWH					
18-24	137	3,40	1,11	36,403	0,000	3.4.6>1
25-34	124	3,78	,88			
35-44	139	4,06	,83			
45-54	101	3,89	,90			
55-64	28	3,97	,83			
65-74	16	4,29	,79			
75 ve üzeri	5	3,36	1,10			
Çocuk Durumu						
Yok	238	3,62	1,02	14,555	0,006	3>1
1	83	3,89	,91			
2	158	3,97	,88			
3	53	3,81	,92			
4 ve üzeri	18	4,11	,77			
Meslek Durumu						
İşim Yok	22	3,71	,98	19,874	0,011	3>4
Ev Hanımı	60	3,71	,88			
Kamu Personeli	176	3,96	,93			
Öğrenci	115	3,51	1,05			
Esnaf	44	3,87	,79			
İşçi	59	3,85	,88			
Emekli	28	3,79	1,04			
Serbest Meslek	16	3,61	1,16			
Diğer	30	4,05	,98			
Beden Kitle İndeksi						
18,5 ve altı(Zayıf Normal)	17	2,63	1,13	43.298	0,000	6>1.2.3.4.5
18,5-24,9 Normal Kilolu	213	3,62	1,06			5>1
25,0-24,9 Fazla Kilolu(Preobez)	206	3,85	,83			4>1.2.3
30,0-34,9 1. Derece Obez	93	4,17	,67			3>1
35,0-39,9 2. Derece Obez	17	4,10	,92			2>1

40 ve üzeri - 3.Derece Obez(Morbid Obez)	4	4,91	,09			
Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?						
Zayıf	38	3,07	1,13	49,113	0,000	4>1.2
Normal Kilolu	310	3,67	1,01			3>1.2
Aşırı Kilolu	187	4,12	,67			2>1
Obez	15	4,57	,66			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?				Anova		
Evet	347	3,92	,96	7,752	0,000	1>2.3
Hayır	45	3,58	,73			
Bilmiyorum	158	3,59	,98			
Diyet Yapma Durumu				KruskalWH		
Evet	73	4,20	,62	37,351	0,000	1>2
Hayır	335	3,59	1,02			3>2
Nadiren	127	4,09	,85			
Diyeti Bıraktım	15	3,93	,73			

Tablo 25’da Sağlık İnanç Modeli Ölçeği engel algısı düzeyinin çeşitli değişkenlere ilişkin fark analizi sonuçları sunulmuştur. Analizler sonucunda yaş, çocuk sahibi olma durumu, meslek durumu, Beden Kitle İndeksi, diyet yapma durumu, “Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?” ve “Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorularına verilen cevaplara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Katılımcıların yaş değişkenine göre yarar algısı düzeyleri incelendiğinde 65-74 yaş ($\bar{X}=4,29$), 45-54yaş ($\bar{X}=3,89$) ve 35-44 yaş ($\bar{X}=4,06$) grubundaki bireylerin 18-24 yaş ($\bar{X}=3,40$) grubundaki bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaş arttıkça yarar algısının da arttığı görülmektedir.

Çocuk sahibi olma durumu düzeyi incelendiğinde, çocuk sahibi olmayan ($\bar{X}=3,62$) bireylerin, 2 çocuk sahibi ($\bar{X}=3,97$) bireylere oranla yarar algısı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Meslek durumu düzeyi incelendiğinde kamu personelinin yarar algısı düzeyinin ($\bar{X}=3,96$), öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}=3,51$).

Yarar algısı düzeyi Beden Kitle İndeksine göre incelendiğinde, 3.derece obez bireylerin yarar algısı düzeyinin ($\bar{X}=4,91$), 2. derece obez ($\bar{X}=4,10$), 1. derece obez ($\bar{X}=4,17$), aşırı kilolu ($\bar{X}=3,85$), normal kilolu ($\bar{X}=3,62$), zayıf normal ($\bar{X}=2,63$) bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir. 2. derece obez ($\bar{X}=4,10$), aşırı kilolu ($\bar{X}=3,85$) ve normal kilolu ($\bar{X}=3,62$) bireylerin yarar algısı düzeyi, zayıf normal ($\bar{X}=2,63$) bireylerden yüksektir. Aynı zamanda 1. derece obez bireylerin yarar algısı düzeyi

($\bar{X}=4,17$), fazla kilolu (preobez) ($\bar{X}=3,85$), normal kilolu ($\bar{X}=3,62$), zayıf normal ($\bar{X}=2,63$) bireylerden yüksektir. Kilo artışı ile birlikte yarar algısında da artış görülmektedir.

Katılımcıların “*Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?*” sorusuna verdikleri cevap değerlendirildiğinde aşırı kilolu ($\bar{X}=4,12$) ve obez ($\bar{X}=4,57$) olduğunu ifade eden bireylerin yarar algısı düzeyi, zayıf normal ($\bar{X}=3,07$) ve normal kiloda ($\bar{X}=3,67$) olduklarını ifade eden bireylerden yüksektir. Ayrıca normal kilolu ($\bar{X}=3,67$) olduğunu ifade eden bireylerinde yarar algısı düzeyleri, zayıf normal olduğunu ($\bar{X}=3,07$) ifade eden bireylerden yüksektir.

“*Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?*” sorusuna katılımcıların verdiği cevaplar değerlendirildiğinde hayır ($\bar{X}=3,58$) ve bilmiyorum ($\bar{X}=3,59$) diyenleri yarar algısı düzeyleri evet ($\bar{X}=3,92$) diyenlerden düşüktür.

Katılımcıların diyet yapma durumu incelendiğinde, mevcut durumda diyet yapan ($\bar{X}=4,20$) ve nadiren de olsa diyet yapan ($\bar{X}=4,09$) bireylerin yarar algısının, diyet yapmayanlara ($\bar{X}=3,59$) oranla yüksek olduğu görülmektedir.

Analiz sonuçlarına göre H5b H5d, H5f, H5i, H5k, H5j, H5n hipotezleri kabul edilmiştir.

5.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Fark Analizi Bulguları

Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı ölçeği ve alt boyutlarının çeşitli değişkenlere ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için yapılan bağımsız örneklem T testi sonuçları Tablo 26’de yer almaktadır.

Tablo 26. Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Bulguları (t testi)

	STE Ölçeği		Bireysel Çare Arama		Kaçınma		t-test Harekete Geçmeme	
	x	ss	x	ss	x	ss	X	ss
Medeni durum								
Evli	2,38	0,82	2,46	1,05	2,32	1,03	2,39	0,97
Bekâr	2,57	0,78	2,67	0,99	2,44	1,00	2,63	0,98
	t:-2,71;p:0,007		t:-2,34; p:0,020		t:-1,40;p:0,162		t:-3,04;p:0,002	

Sosyal Güvence Durumu								
Var	2,45	0,81	2,51	1,05	2,36	1,01	2,49	0,97
Yok	2,57	0,77	2,80	0,87	2,41	1,03	2,56	1,06
	t:-1,22;p:0,220		t:-2,62;p:0,010		t:-0,33;p:0,737		t:-0,51;p:0,604	
Kronik Hastalık Durumu								
Var	2,36	0,86	2,39	1,05	2,2744	1,03	2,46	1,01
Yok	2,49	0,79	2,60	1,02	2,4016	1,01	2,51	0,98
	t:-1,56;p:0,119		t:-1,98;p:0,048		t:-1,21;p:0,223		t:-0,52;p:0,598	

Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı düzeyi medeni duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcılardan elde edilen analiz sonuçlarına göre bekâr bireylerin STE düzeyi ($\bar{X}=2,57$), evli bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,38$). Katılımcıların STE düzeyi, sosyal güvence durumu ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre H6c hipotezi kabul edilmiş, H6₁, H6₁ hipotezleri ise reddedilmiştir.

STE Ölçeği alt boyutlarından bireysel çare arama düzeyine göre medeni durum, sosyal güvence durumu ve kronik hastalık durumu değişkenleri değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Elde edilen analiz sonuçlarına göre bekâr bireylerin bireysel çare arama düzeyi ($\bar{X}=2,67$), evli bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,46$). Sosyal güvencesi olmayan bireylerin bireysel çare arama düzeyi ($\bar{X}=2,80$), sosyal güvencesi olan bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,51$). Ayrıca kronik hastalığı olmayan bireylerin bireysel çare arama düzeyi ($\bar{X}=2,60$), kronik hastalığı olan bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,39$). Analiz sonuçlarına göre STE Ölçeği bireysel çare arama alt boyutu kapsamındaki H7c, H7₁, H7₁ hipotezleri kabul edilmiştir.

STE Ölçeği alt boyutlarından kaçınma düzeyine göre medeni durum, sosyal güvence durumu ve kronik hastalık durumu değişkenleri değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Bu sonuçlar ışığında H8c, H8₁, H8₁ hipotezleri reddedilmiştir.

STE Ölçeği alt boyutlarından harekete geçmeme düzeyine göre medeni durum değişkeni değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Katılımcılardan elde edilen analiz sonuçlarına göre bekâr bireylerin

harekete geçmeme düzeyi ($\bar{X}=2,63$), evli bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,39$). Sosyal güvence durumu ve kronik hastalık durumu değişkenleri değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre STE Ölçeği harekete geçmeme alt boyutu kapsamındaki H9c hipotezi kabul edilmiş, H9₁, H9₁ hipotezleri ise reddedilmiştir

Tablo 27. Sağlık Hizmeti Talep Erteleleme Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Fark Analizi Sonuçları (ANOVA/ F testi)

Sağlık Hizmet Talep Erteleleme Davranışı				ANOVA/F test		
	N	X	SS	F	p	Post-Hoc Analizi
STE ORT						
Çocuk Durumu					Anova	
Yok	238	2,55	,79	2,934	0,020	5>2
1	83	2,29	,79			
2	158	2,41	,84			
3	53	2,38	,68			
4 ve üzeri	18	2,85	,95			
STE Bireysel Çare Arama					KruskalWH	
Yaş						
18-24	137	2,80	,94	21,797	0,001	1>3.4.6
25-34	124		1,03			5>6
		2,53				
35-44	139	2,41	1,05			
45-54	101	2,41	1,00			
55-64	28	2,95	1,09			
65-74	16	1,93	,98			
75 ve üzeri	5	2,53	1,62			
Çocuk Durumu					Anova	
Yok	238	2,67	1,00	3,277	0,011	5>3
1	83	2,43	1,04			
2	158	2,43	1,08			
3	53	2,38	,86			
4 ve üzeri	18	3,11	1,16			
Meslek Durumu					Anova	
İşim Yok	22	2,66	,99	2,607	0,008	4>7
Ev Hanımı	60	2,59	1,08			
Kamu Personeli	176	2,47	1,04			
Öğrenci	115	2,85	,95			
Esnaf	44	2,56	1,12			
İşçi	59	2,38	1,02			
Emekli	28	2,16	,99			
Serbest Meslek	16	2,95	,91			
Diğer	30	2,23	1,08			
STE Kaçınma					Anova	
Gelir Durumu						
8.506TL ve daha az	108	2,51	,98	2,710	0,020	2>6
8.507-11.800TL	98	2,55	,98			
11.801-16.000TL	78	2,33	1,04			
16.001-20.000TL	76	2,23	,94			
20.001-24.000TL	74	2,47	1,05			

24.001TL ve üzeri	116	2,14	1,04			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?				Anova		
Evet	347	2,30	1,02	3,275	0,039	2>1
Hayır	45	2,68	,96			
Bilmiyorum	158	2,43	1,01			
STE Harekete Geçmeme						
Yaş				KruskallWH		
18-24	137	2,65	1,01	20,727	0,002	1.2>4
25-34	124		,96			
		2,70				
35-44	139	2,36	,94			
45-54	101	2,22	,88			
55-64	28	2,56	1,18			
65-74	16	2,45	1,19			
75 ve üzeri	5	2,40	,64			
Eğitim Durumu				Anova		
Okuryazar Değil	4	4,25	1,28	4,995	0,000	1.>2,3,4,5,6
İlkokul	42	2,22	,91			
Ortaokul	42	2,90	1,08			
Lise	136	2,40	,92			
Üniversite	303	2,51	,97			
Yüksek Lisans/Doktora	23	2,49	1,05			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?				Anova		
Evet	347	2,41	,98	4,389	0,013	2>1
Hayır	45	2,80	1,06			
Bilmiyorum	158		,95			
		2,60				

STE Ölçeği ve alt boyutlarının çeşitli değişkenlere ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla ANOVA/F testi ile Kruskall Wallis H testi ile analizler yapılmıştır (Tablo 27).

STE düzeyi çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Çocuk sayısı 4 ve üzeri olan bireylerin ($\bar{X}=2,85$) STE, tek çocuk sahibi bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,29$). Çocuk sayısındaki artış STE’nde artışa neden olmaktadır. Analiz sonucuna göre H6d hipotezi kabul edilmiştir.

STE bireysel çare arama alt boyutu düzeyi yaşa göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Yaşı 18-24 Aralığında olan katılımcıların ($\bar{X}=2,80$) bireysel çare arama davranışı, 35-44 ($\bar{X}=2,41$), 45-54 ($\bar{X}=2,41$) ve 65-74 ($\bar{X}=1,93$) aralığında olan katılımcılardan yüksektir. Ayrıca 55-64 yaş aralığındaki katılımcıların ($\bar{X}=2,95$) bireysel çare arama davranışı 65-74 ($\bar{X}=1,93$) aralığında olan katılımcılardan yüksektir. Sonuçlar değerlendirildiğinde bireysel çare

arama davranışının daha çok gençlerde (18-24) ve 55-64 yaş grubu yetişkin bireylerde görüldüğü belirlenmiştir.

STE bireysel çare arama alt boyutu düzeyi çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Çocuk sayısı 4 ve üzeri olan bireylerin ($\bar{X}=3,11$) bireysel çare arama davranışı, iki çocuk sahibi bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,43$). Çocuk sayısındaki artış bireysel çare arama davranışında artışa neden olmaktadır.

STE bireysel çare arama alt boyutu düzeyi meslek durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Öğrencilerin ($\bar{X}=2,85$) bireysel çare arama davranışı, emeklilerden yüksektir ($\bar{X}=2,16$). Burada yaş faktörünün bireysel çare arama davranışında etkili olduğu düşünülmektedir. STE bireysel çare arama alt boyutu düzeyi yaşa göre incelendiğinde elde edilen sonuç, bu görüşü desteklemektedir. Analiz sonucuna göre H7a, H7d, H7f hipotezleri kabul edilmiştir.

STE kaçınma alt boyutu düzeyi gelir duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Gelir durumu 24.001TL ve üzeri ($\bar{X}=2,14$) olan bireylerin kaçınma davranışı, gelir durumu 8.507-11.800TL ($\bar{X}=2,55$) olan bireyden düşüktür.

STE kaçınma alt boyutu düzeyi “*Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?*” sorusuna verilen cevaplar nezdinde incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Belirtilen soruya hayır ($\bar{X}=2,68$) cevabını veren bireylerin kaçınma davranışı, evet cevabını veren ($\bar{X}=2,30$) bireyden yüksektir. Sonuçlara göre H8g, H8k hipotezleri kabul edilmiştir.

STE harekete geçmeme alt boyutu düzeyi yaşa göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Yaşı 18-24 ($\bar{X}=2,65$) ve 25-34 ($\bar{X}=2,70$) yaş aralığında olan katılımcıların harekete geçmeme davranışı, 45-54 ($\bar{X}=2,22$) yaş aralığında olan katılımcılardan yüksektir.

STE harekete geçmeme alt boyutu düzeyi eğitim durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). İlkokul ($\bar{X}=2,22$), ortaokul ($\bar{X}=2,90$), lise ($\bar{X}=2,40$), üniversite ($\bar{X}=2,51$) ve yüksek lisans/doktora ($\bar{X}=2,49$) mezunu katılımcıların harekete geçmeme davranışı, okuryazar olmayan

($\bar{X}=4,25$) katılımcılardan düşüktür. Analiz sonucuna göre eğitim durumunun STE harekete geçmeme davranışı azalttığı görülmektedir.

STE harekete geçmeme alt boyutu düzeyi “*Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?*” sorusuna verilen cevaplar nezdinde incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Belirtilen soruya hayır ($\bar{X}=2,80$) cevabını veren bireylerin harekete geçmeme davranışı, evet cevabını veren ($\bar{X}=2,41$) bireyden yüksektir. Analiz sonucuna göre H9a, H9e, H9k hipotezleri kabul edilmiştir.

5.2.3. Obezite Farkındalığına İlişkin Fark Analizi Bulguları

Obezite Farkındalığının çeşitli değişkenlere ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için yapılan bağımsız örneklem T testi ve ANOVA testi sonuçları Tablo 28’de yer almaktadır.

Tablo 28. Obezite Farkındalığı Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Fark Analizi Sonuçları (T testi/ANOVA testi)

		Obezite Farkındalığı				
Medeni durum	N	X	SS	t	p	t-test
Evli	315	2,76	0,40	2,461	0,014	
Bekâr	235	2,66	0,45			
						ANOVA/F test
	N	X	SS	F		Post-Hoc
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil	4	1,65	0,55	5,629	0,000	2,3,4,5,6>1
İlkokul	42	2,80	0,32			
Ortaokul	42	2,66	0,47			
Lise	136	2,72	0,39			
Üniversite	303	2,72	0,43			
Y. Lisans/Doktora	23	2,71	0,43			
Gelir Durumu						
8.506TL ve daha az	108	2,66	0,47	2,416	0,035	6>1
8.507-11.800TL	98	2,68	0,46			
11.801-16.000TL	78	2,74	0,41			
16.001-20.000TL	76	2,68	0,44			
20.001-24.000TL	74	2,68	0,40			
24.001TL ve üzeri	116	2,83	0,35			
Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?						
Evet	347	2,77	0,40	13,907	0,000	1,3>2
Hayır	45	2,42	0,53			
Bilmiyorum	158	2,69	0,42			
Diyet Yapma Durumu						
Evet	73	2,64	0,49	3,339	0,019	3>2
Hayır	335	2,69	0,44			
Nadiren	127	2,80	0,34			
Diyeti Bıraktım	15	2,86	0,22			

Obezite farkındalığı (OF) düzeyi medeni durum değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcılardan elde edilen analiz sonuçlarına göre evli bireylerin OF düzeyi ($\bar{X}=2,76$), bekâr bireylerden yüksektir ($\bar{X}=2,66$).

Eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). İlkokul ($\bar{X}=2,80$), ortaokul ($\bar{X}=2,66$), lise ($\bar{X}=2,72$), üniversite ($\bar{X}=2,72$) ve yüksek lisans/doktora ($\bar{X}=2,71$) mezunu bireylerin obezite farkındalığı düzeyi, okuryazar olmayan ($\bar{X}=1,65$) bireylerden yüksektir. Analiz sonucuna göre eğitim durumunun obezite farkındalığını artırdığı görülmektedir.

Obezite farkındalığı düzeyi gelir duruma göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Gelir durumu 24.001TL ve üzeri ($\bar{X}=2,83$), olan bireylerin obezite farkındalığı, gelir durumu 8.506TL ve daha az ($\bar{X}=2,66$) olan bireylerden yüksektir. Analiz sonucuna göre gelir durumunun obezite farkındalığını artırdığı görülmektedir.

Obezite farkındalığı düzeyi “*Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?*” sorusuna verilen cevaplar nezdinde incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Belirtilen soruya hayır ($\bar{X}=2,42$) cevabını veren bireylerin obezite farkındalığı, evet ($\bar{X}=2,77$) ve bilmiyorum ($\bar{X}=2,69$) cevabını veren bireylerden düşüktür.

Son olarak katılımcıların diyet yapma durumuna göre obezite farkındalığı düzeyi incelendiğinde, nadiren diyet yapan ($\bar{X}=2,80$) bireylerin obezite farkındalığı düzeyinin, diyet yapmayan bireylerden ($\bar{X}=2,69$) yüksek olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre H10c, H10e, H10g, H10k, H10n hipotezleri kabul edilmiştir.

5.3. Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları (Çoklu Korelasyon Analizi)

Obezite Sağlık İnanç Modeli alt boyutları, STEÖ ve alt boyutları ve obezite farkındalığı arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan çoklu korelasyon analizi sonuçları Tablo 29’da yer almaktadır.

Tablo 29. OSİMÖ Alt Boyutları, STEÖ ve Alt Boyutları ile Obezite Farkındalığına ait Çoklu Korelasyon Analizi Bulguları

	Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	OSİM.SÖ	1									
2	OSİM.CA	0,216**	1								
3	OSİM.DA	0,188**	0,362**	1							
4	OSİM.EA		-0,154**	-0,089*	1						
5	OSİM.YA	0,138**	0,270**	0,524**		1					
6	STEÖ	-0,097*	-0,197**		0,291**		1				
7	STE.BÇA		-0,091*		0,214**		0,710**	1			
8	STE.KA	-0,102*	-0,172**		0,238**		0,873**	0,400**	1		
9	STE.HG	-0,119**	-0,209**		0,246**		0,799**	0,349**	0,600**		
10	OF	0,097*	0,371**	0,174**	-0,095*	0,161**	-0,221**		-0,213**	-0,280**	1

* p<0,05 düzeyinde anlamlı korelasyon, ** p<0,01 düzeyinde anlamlı korelasyon

OSİM genel boyut olarak değerlendirilmediğinden alt boyutlar ayrı ayrı incelenmiştir. OSİM alt boyutu sağlığın önemi ile STE ($r=-0,097$, $p<0,05$) ve alt boyutlarından kaçınma boyutu ($r=-0,102$, $p<0,05$) ve harekete geçmeme boyutu ($r=-0,119$, $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Analiz sonucuna göre H11, H11b, H11c hipotezleri kabul edilmiş, H11a hipotezi ise reddedilmiştir.

OSİM alt boyutlarından ciddiye algısı ile STE ($r=-0,197$, $p<0,01$) ve alt boyutlarından bireysel çare arama ($r=-0,091$, $p<0,05$), kaçınma ($r=-0,172$, $p<0,01$) ve harekete geçmeme boyutu ($r=-0,209$, $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre H12, H12a, H12b ve H12c hipotezleri kabul edilmiştir.

Katılımcıların OSİM alt boyutu duyarlılık algısının; STE, STE bireysel çare arama, STE kaçınma ve STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak H13, H13a, H13b, H13c hipotezleri reddedilmiştir.

OSİM alt boyutlarından engel algısı ile STE ($r=-0,291$, $p<0,01$) ve alt boyutlarından bireysel çare arama ($r=-0,214$, $p<0,01$), kaçınma ($r=-0,238$, $p<0,01$) ve harekete geçmeme boyutu ($r=-0,246$, $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Analiz sonucuna göre H14, H14a, H14b, H14c hipotezleri kabul edilmiştir.

Katılımcıların OSİM alt boyutu yarar algısının; STE, STE bireysel çare arama, STE kaçınma ve STE harekete geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak H15, H15a, H15b, H15c hipotezleri reddedilmiştir.

Katılımcıların OSİM alt boyutları sağlığın önemi ($r=0,097$, $p<0,05$), duyarlılık algısı ($r=0,174$, $p<0,01$) ve yarar algısının ($r=0,161$, $p<0,01$) obezite farkındalığı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve pozitif yönlü, ciddiye algısı ($r=0,371$, $p<0,01$) ile anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde, engel algısı ($r=-0,095$, $p<0,05$) ile ise anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Analiz sonucuna göre H16a: H16b: H16c: H16d: H16e hipotezleri kabul edilmiştir.

STE ($r=-0,221$, $p<0,01$), STE kaçınma ($r=-0,213$, $p<0,01$), ve STE harekete geçmeme davranışı ($r=-0,280$, $p<0,01$) ile obezite farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen sonuca göre H17: H17b: H17c hipotezleri kabul edilmiştir. Katılımcıların STE bireysel çare arama davranışı ile obezite farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak H17a hipotezi reddedilmiştir.

OSİM alt boyutları değerlendirildiğinde sağlığın önemi ile ciddiye algısı ($r=0,216$, $p<0,01$), duyarlılık algısı ($r=0,188$, $p<0,01$) ve yarar algısı ($r=0,138$, $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Analiz sonucuna göre H18a, H18b, H18d hipotezleri kabul edilmiştir.

OSİM alt boyutları sağlığın önemi ile engel algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Sonuç olarak H18c hipotezi reddedilmiştir.

STE ölçeği genel boyutu ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde STE ve alt boyutlarından bireysel çare arama ($r=0,710$, $p<0,01$), kaçınma ($r=0,873$, $p<0,01$) ve harekete geçmeme ($r=0,799$, $p<0,01$) düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Analiz sonucuna göre H19a, H19b, H19c hipotezleri kabul edilmiştir.

5.4. Aracı Etki Analizi

Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin üçüncü bir değişken aracılığı ile gerçekleşmesi durumunun analizi Jamovi programı aracılığı ile yapılmıştır. Bağımsız değişken, bağımlı değişken üzerinde ya doğrudan (direct) ya da dolaylı (indirect) etkiye sahip olabilmektedir. Modele değişken girmediğinde bu etki toplam (total) etki olarak ifade edilmektedir. Araya eklenen diğer bağımsız değişken toplam etkinin ne kadarının dolaylı ya da doğrudan olduğunu ortaya koymaktadır (Alparslan, 2021, s. 261). Bu kapsamda araştırmada aracılık modelleri Jamovi programında yer alan “mermod” modülü ile test edilmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki üç alternatif kriterlere göre yorumlanmaktadır (Alparslan, 2021, s. 261).

- Dolaylı etki anlamlı değilse ($p>0,05$); aracılık etkisi yoktur.
- Hem dolaylı hem direkt etki anlamlı düzeydeyse ($p<0,05$); kısmi aracılık vardır.

- Dolaylı etki anlamlı olup ($p < 0,05$), direkt etki anlamlı düzeyde değilse ($p > 0,05$) tam aracılık etkisi vardır.

Anlamlılık değerlerine Aracı Etki Analizinin sonuçlarının yer aldığı “Mediation Estimates” tablosundan ulaşılır. Etki katsayıları “Path Estimates” tablosunda yer alır. Doğrudan ve dolaylı etkinin katsayıları (estimate), etkilerin gücünü anlamak için kullanılır. Estimates katsayısı 0,01’e yakınsa düşük, 0,09’a yakınsa orta, 0,25’e yakınsa yüksek etki şeklinde yorumlanır (Preacher & Kelley, 2011). Doğrudan ve dolaylı etkinin birbirlerine göre yüzdesel değerleri de tablo da yer alır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişkene olan toplam etkisinin % kaçlık kısmının dolaylı etki aracılığı ile açıklandığını ifade eder.

Araştırmada “Sağlık İnanç Modeli Boyutlarının (Sağlığın Önemi (H20a), Ciddiyet Algısı (H20b), Duyarlılık Algısı (H20c), Engel Algısı (H20d), Yarar Algısı (H20e)) obezite farkındalığı aracılığı ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde anlamlı etkisi vardır” H20 hipotezleri kurulmuştur. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği toplam puan olarak değerlendirmeye alınmamaktadır. Bu nedenle her alt boyut ayrı ayrı hesaplanarak değerlendirilmektedir (Dedeli , 2010). Hipotezlere ait bulgular ve modeller sırasıyla aşağıda verilmiştir.

Tablo 30. Sağlığın Öneminin, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri

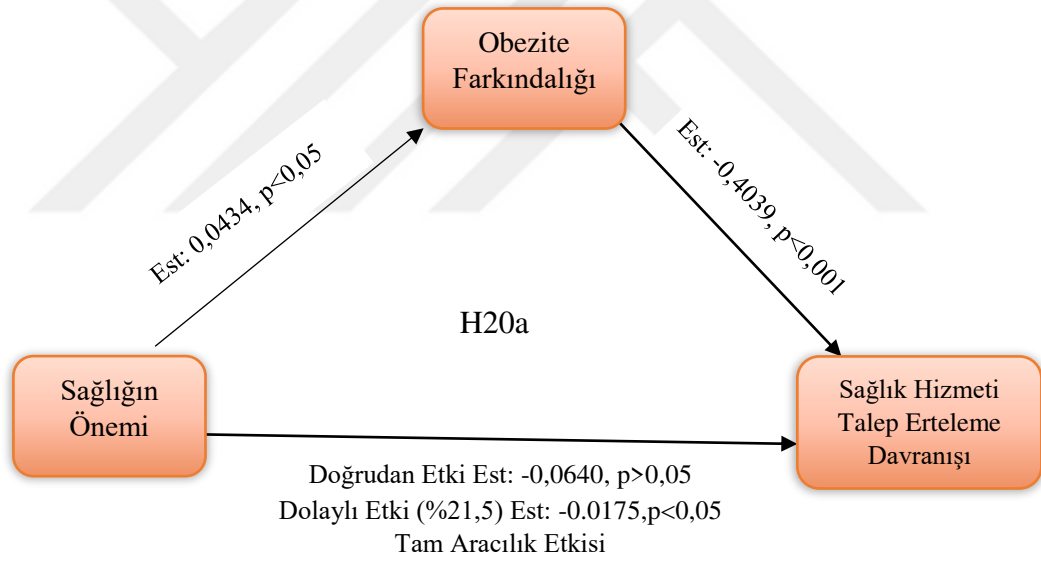
Mediation Estimates

Effect	Estimate	SE	Z	p	% Mediation
Indirect	-0.0175	0.00839	-2.09	0.037	21.5
Direct	-0.0640	0.03517	-1.82	0.069	78.5
Total	-0.0815	0.03583	-2.27	0.023	100.0

Path Estimates

			Estimate	SE	Z	p
SÖ	→	OF	0.0434	0.0190	2.28	0.022
OF	→	STED	-0.4039	0.0786	-5.14	< .001
SÖ	→	STED	-0.0640	0.0352	-1.82	0.069

Tablo 30'a göre sađlđđın önemi değişkeninin obezite farkındalığı değişkenine etkisi Est: 0,0434, $p<0,05$ düzeyindedir. Obezite farkındalığı değişkeni ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı Est: -0,4039, $p<0,001$ düzeyinde açıklamaktadır. Bu modelde sađlđđın önemi değişkeninin sağlık talebi erteleme davranışı değişkenine etkisi anlamlı görölmemiştir (Est: -0,0640, $p>0,05$). Sađlđđın öneminin sağlık hizmeti talebi erteleme davranışına etkisinde obezite farkındalığının dolaylı etkisi negatif ve anlamlıdır ($p<0,05$). Dolaylı etki (Est: -0,0175) düşük derecede kuvvetlidir. Bu durumda H20a hipotezi kabul edilmiştir. Sađlđđın öneminin sağlık hizmeti talep erteleme davranışına etkisi istatistiki açıdan anlamsız görünse de obezite farkındalığının sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarına %21,5 düzeyinde tam aracı dolaylı etkisi vardır. Bireylerin sađlđđı önemli bulmaları obezite farkındalığını arttırmakta, artan obezite farkındalığı ile birlikte bireyler daha az sağlık hizmeti talep erteleme davranışı sergilemektedir.



şekil 14. Sađlđđın Önemi ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı ilişkisinde Obezite Farkındalığının Aracılık Rolü Modeli

Tablo 31. Ciddiyet Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri

Mediation Estimates

Effect	Estimate	SE	Z	p	% Mediation
Indirect	-0.0744	0.0208	3.58	< .001	32.4

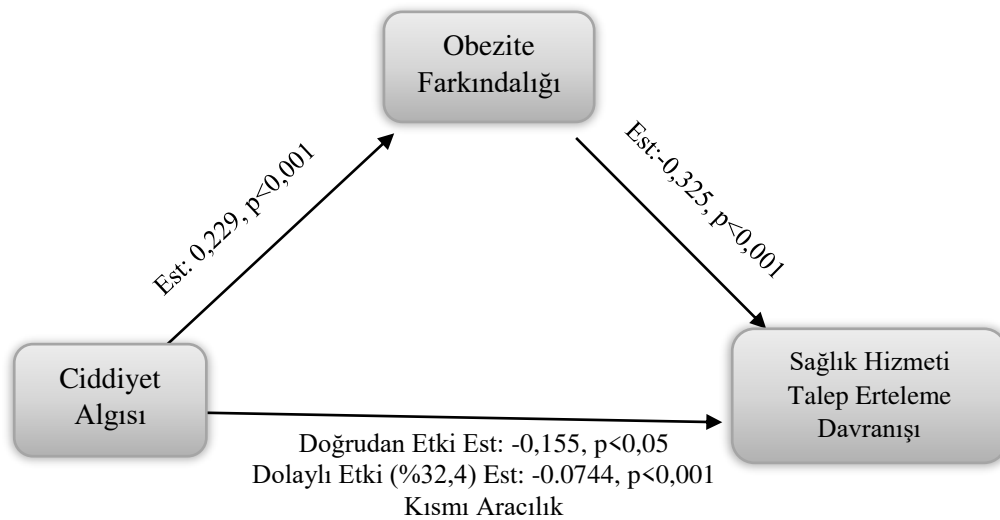
Mediation Estimates

Effect	Estimate	SE	Z	p	% Mediation
Direct	-0.1555	0.0518	3.00	0.003	67.6
Total	-0.2299	0.0488	4.71	< .001	100.0

Path Estimates

			Estimate	SE	Z	p
CA	→	OF	0.229	0.0245	9.37	< .001
OF	→	STED	0.325	0.0838	3.87	< .001
CA	→	STED	0.155	0.0518	3.00	0.003

Tablo 31'e göre ciddiye algısı değişkeninin obezite farkındalığı değişkenine etkisi Est: 0,229, $p < 0,001$ düzeyindedir. Obezite farkındalığı değişkeni ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı Est:-0,325, $p < 0,001$ düzeyinde açıklamaktadır. Bu modelde ciddiye algısı değişkeninin sağlık talebi erteleme davranışı değişkenine etkisi anlamlı görülmüştür (Est: -0,155, $p < 0,05$). Ciddiye algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışına etkisinde obezite farkındalığının dolaylı etkisi negatif ve anlamlıdır ($p < 0,001$). Dolaylı etki (Est: -0,0744) düşük derecede kuvvetlidir. Bu durumda H20b hipotezi kabul edilmiştir. Toplam etkinin (Est:-0,2299, $p < 0,05$) %32,4'lük kısmı obezite farkındalığının kısmi aracı dolaylı etkisini kapsamaktadır. Bireylerin obeziteyi ciddiye almaları obezite farkındalığını arttırmakta, artan obezite farkındalığı ile birlikte bireyler daha az sağlık talebi erteleme davranışı sergilemektedir.



Şekil 15. Ciddiyet Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı ilişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü Modeli

Tablo 32. Duyarlılık Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri

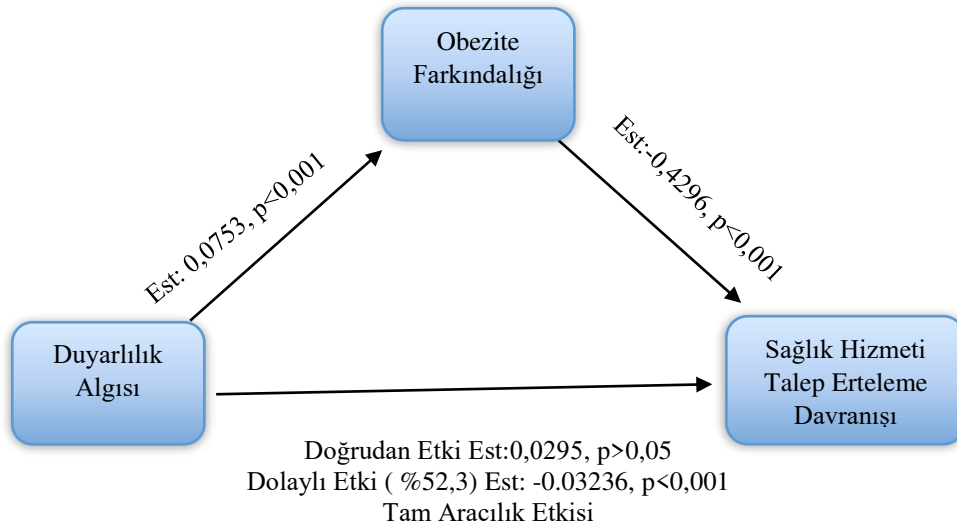
Mediation Estimates

Effect	Estimate	SE	Z	p	% Mediation
Indirect	-0.03236	0.00986	-3.2823	0.001	52.3
Direct	0.02947	0.03454	0.8532	0.394	47.7
Total	-0.00289	0.03490	-0.0828	0.934	100.0

Path Estimates

			Estimate	SE	Z	p
DA	→	OF	0.0753	0.0182	4.136	<.001
OF	→	STED	0.4296	0.0796	5.395	<.001
DA	→	STED	0.0295	0.0345	0.853	0.394

Tablo 32'ye göre duyarlılık algısı değişkeninin obezite farkındalığı değişkenine etkisi Est: 0,0753, $p < 0,001$ düzeyindedir. Obezite farkındalığı değişkeni ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı Est:-0,4296, $p < 0,001$ düzeyinde açıklamaktadır. Bu modelde duyarlılık algısı değişkeninin sağlık talebi erteleme davranışı değişkenine etkisi anlamlı görülmemiştir (Est: 0,0295, $p > 0,05$). Duyarlılık algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışına etkisinde obezite farkındalığının dolaylı etkisi negatif ve anlamlıdır ($p < 0,001$). Dolaylı etki (Est: -0,03236) düşük derecede kuvvetlidir. Bu durumda H20c hipotezi kabul edilmiştir. Duyarlılık algısının sağlık talebi erteleme davranışına etkisi istatistiki açıdan anlamsız görünse de obezite farkındalığının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışlarına %52,3 düzeyinde tam aracı dolaylı etkisi vardır. Bireylerin obeziteye karşı duyarlı olmaları obezite farkındalığını arttırmakta, artan obezite farkındalığı ile birlikte bireyler daha az sağlık talebi erteleme davranışı sergilemektedir.



Şekil 16. Duyarlılık Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı ilişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü

Tablo 33. Engel Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri

Mediation Estimates

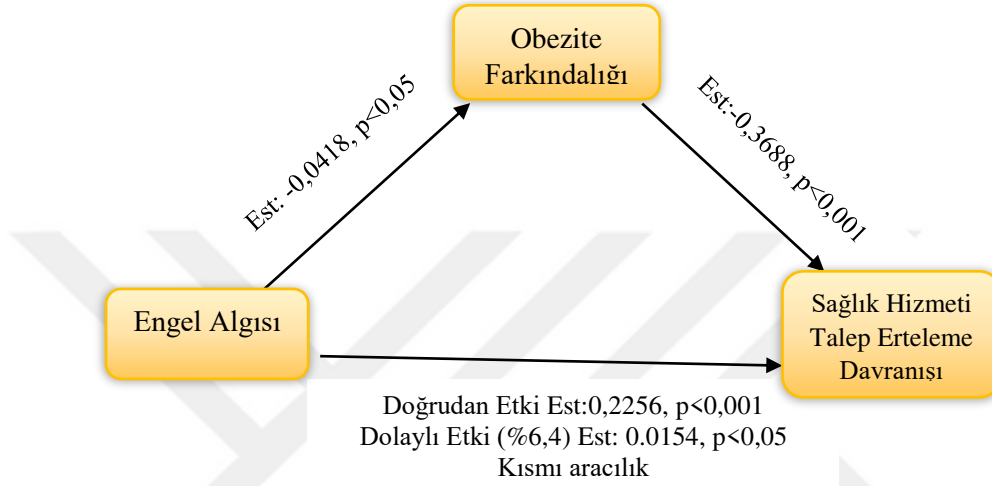
Effect	Estimate	SE	Z	p	% Mediation
Indirect	0.0154	0.00756	2.04	0.041	6.40
Direct	0.2256	0.03322	6.79	< .001	93.60
Total	0.2410	0.03377	7.13	< .001	100.00

Path Estimates

			Estimate	SE	Z	p
EA	→	OF	-0.0418	0.0186	-2.24	0.025
OF	→	STED	-0.3688	0.0757	-4.87	< .001
EA	→	STED	0.2256	0.0332	6.79	< .001

Tablo 33'e göre engel algısı değişkeninin obezite farkındalığı değişkenine etkisi Est: -0,0418, p<0,05 düzeyindedir. Obezite farkındalığı değişkeni ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı Est:-0,3688, p<0,001 düzeyinde açıklamaktadır. Bu modelde engel algısı değişkeninin sağlık talebi erteleme davranışı değişkenine etkisi anlamlı görülmüştür (Est: 0,2256, p<0,001). Engel algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışına etkisinde obezite farkındalığının dolaylı etkisi pozitif ve anlamlıdır (p<0,05).

Dolaylı etki (Est:0,0154) düşük derecede kuvvetlidir. Bu durumda H20d hipotezi kabul edilmiştir. Toplam etkinin (Est: -0,2410, $p<0,001$) %6,4'lük kısmı obezite farkındalığının kısmi aracı dolaylı etkisini kapsamaktadır. Bireylerin obezite ile mücadelede engel algıları obezite farkındalığını azaltmakta, azalan obezite farkındalığı ile birlikte bireyler daha fazla sağlık talebi erteleme davranışı sergilemektedir.



Şekil 17. Engel Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı ilişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü

Tablo 34. Yarar Algısının, Obezite Farkındalığı Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı Üzerindeki Etkileri

Mediation Estimates

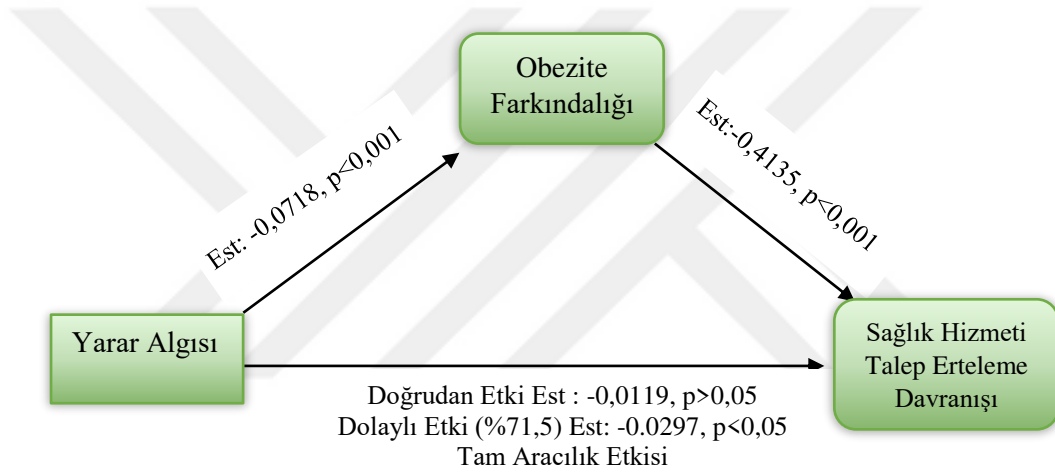
Effect	Estimate	SE	Z	p	% Mediation
Indirect	-0.0297	0.00964	-3.079	0.002	71.5
Direct	-0.0119	0.03550	-0.334	0.738	28.5
Total	-0.0415	0.03589	-1.158	0.247	100.0

Path Estimates

			Estimate	SE	Z	p
YA	→	OF	0.0718	0.0188	3.821	<.001
OF	→	STED	-0.4135	0.0795	-5.201	<.001
YA	→	STED	-0.0119	0.0355	-0.334	0.738

Tablo 34'e göre yarar algısı değişkeninin obezite farkındalığı değişkenine etkisi Est: -0,0718, $p<0,001$ düzeyindedir. Obezite farkındalığı değişkeni ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı Est:-0,4135, $p<0,001$ düzeyinde açıklamaktadır. Bu modelde

yarar algısı değişkeninin sağlık talebi erteleme davranışı değişkenine etkisi anlamlı görülmemiştir (Est: -0,0119, $p>0,05$). Yarar algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışına etkisinde obezite farkındalığının dolaylı etkisi negatif ve anlamlıdır ($p<0,05$). Dolaylı etki (Est: -0,0297) düşük derecede kuvvetlidir. Bu durumda H20c hipotezi kabul edilmiştir. Duyarlılık algısının sağlık talebi erteleme davranışına etkisi istatistiki açıdan anlamsız görünse de obezite farkındalığının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışlarına %71,5 düzeyinde tam aracı dolaylı etkisi vardır. Bireylerin yarar algıları obezite farkındalığını arttırmakta, artan obezite farkındalığı ile birlikte bireyler daha az sağlık talebi erteleme davranışı sergilemektedir.



Şekil 18. Yarar Algısı ve Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı ilişkisinde Obezite Farkındalığının Aracı Rolü

5.5. Araştırmaya İlişkin Hipotez Sonuçları

Araştırma hipotezlerine ait sonuçlar Tablo 35’de sunulmuştur.

Tablo 35. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotez No	Hipotez	Sonuç
H1c, ,H1d, H1f,H1k,H1m, H1n	OSİM alt boyutu Sağlığın Önemi; Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Meslek Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu ve Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
H1a,H1b, H1e, H1g, H1h, H1i, H1j, H1l, H1o	OSİM alt boyutu Sağlığın Önemi; Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Gelir Durumu, Sigara Kullanımı, Sosyal Güvence Durumu, Kronik Hastalık Durumu, Beden Kitle İndeksi Kilo Değerlendirme Durumu ve Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre farklılık göstermektedir.	Red

H2a, H2c, H2d, H2e, H2g, H2i, H2j, H2k	OSİM alt boyutu Ciddiyet Algısı; Yaş, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Eğitim Durumu, Gelir Durumu, Sosyal Güvence Durumu, Kilo Değerlendirme Durumu, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
H2b, H2f, H2h, H2i, H2l, H2m, H2n, H2o	OSİM alt boyutu Ciddiyet Algısı; Cinsiyet, Meslek Durumu, Sigara Kullanımı, Beden Kitle İndeksi, Kronik Hastalık Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H3a, H3c, H3d, H3f, H3i, H3j, H3k, H3l, H3m, H3n	OSİM alt boyutu Duyarlılık Algısı; Yaş, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Meslek Durumu, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Kronik Hastalık Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H3b, H3e, H3g, H3h, H3i, H3o	OSİM alt boyutu Duyarlılık Algısı; Cinsiyet, Eğitim Durumu, Gelir Durumu, Sosyal Güvence Durumu, Sigara Kullanımı, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H4j, H4m	OSİM alt boyutu Engel Algısı; Kilo Değerlendirme Durumu ve Spor Yapma Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H4a, H4b, H4c, H4d, H4e, H4f, H4g, H4h, H4i, H4j, H4k, H4l, H4n, H4o	OSİM alt boyutu Engel Algısı; Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Eğitim Durumu, Meslek Durumu, Gelir Durumu, Sigara Kullanımı, Sosyal Güvence Durumu, Beden Kitle İndeksi, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Kronik Hastalık Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H5a, H5c, H5d, H5f, H5i, H5j, H5k, H5l	OSİM alt boyutu Yarar Algısı; Medeni Durum, Kronik Hastalık Durumu, Yaş, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Meslek Durumu, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H5b, H5e, H5g, H5h, H5i, H5m, H5n, H5o	OSİM alt boyutu Yarar Algısı; Cinsiyet, Sosyal Güvence Durumu, Gelir Durumu, Eğitim Durumu, Sigara Kullanımı, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H6c, H6d	Katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışı; Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H6a, H6b, H6e, H6f, H6g, H6h, H6i, H6j, H6k, H6l, H6m, H6n, H6o	Katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışı; Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Meslek Durumu, Gelir Durumu, Sigara Kullanımı, Sosyal Güvence Durumu, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Kronik Hastalık Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H7a, H7c, H7d, H7f, H7i, H7l,	Katılımcıların STE alt boyutu Bireysel Çare Arama davranışı; Yaş, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Medeni Durum, Meslek Durumu, Sosyal Güvence Durumu, Kronik Hastalık Durumu göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H7b, H7e, H7g, H7h, H7i, H7j, H7k, H7n, H7m, H7o	Katılımcıların STE alt boyutu Bireysel Çare Arama davranışı; Cinsiyet, Eğitim Durumu, Gelir Durumu, Sigara Kullanımı, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red

H8g, H8k	Katılımcıların STE alt boyutu Kaçınma davranışı; Gelir Durumu ve Ülkede ki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir	Kabul
H8a, H8b, H8c, H8d, H8e, H8f, H8h, H8i, H8j, H8l, H8m, H8n, H8o, H8ı	Katılımcıların STE alt boyutu Kaçınma davranışı; Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Eğitim Durumu, Meslek Durumu, Sigara Kullanımı, Sosyal Güvence Durumu, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, Kronik Hastalık Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H9a, H9c, H9e, H9k	Katılımcıların STE alt boyutu Harekete Geçmeme davranışı; Yaş, Medeni Durum, Eğitim Durumu, Ülkedeki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir	Kabul
H9b, H9d, H9f, H9g, H9h, H9ı, H9i, H9j, H9l, H8m, H9n, H9o	Katılımcıların STE alt boyutu Harekete Geçmeme davranışı; Cinsiyet, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Meslek Durumu, Gelir Durumu, Sigara Kullanımı, Sosyal Güvence Durumu, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, Kronik Hastalık Durumu, Spor Yapma Durumu, Diyet Yapma Durumu, Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre farklılık göstermektedir.	Red
H10c, H10g, H10n	Katılımcıların Obezite Farkındalığı; Medeni durum, Eğitim Durumu, Gelir Durumu ve Ülkede ki Aşırı Kilolu ve Obez Birey Sayısını Değerlendirme Durumu ve Diyet Yapma Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir	Kabul
H10a, H10d, H10h, H10i, H10j, H10l, H10m: H10o	Katılımcıların Obezite Farkındalığı; Yaş, Cinsiyet, Çocuk Sahibi Olma Durumu, Meslek Durumu, Sigara Kullanımı, Sosyal Güvence Durumu, Beden Kitle İndeksi, Kilo Değerlendirme Durumu, sorusuna verilen cevap, Kronik Hastalık Durumu, Spor Yapma Durumu ve Diyet Sonucu Kilo Durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir	Red
H11, H11b, H11c	Katılımcıların OSİM alt boyutu sağlığın öneminin; STE, STE Kaçınma ve STE Harekete Geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H11a	Katılımcıların OSİM alt boyutu sağlığın öneminin, STE Bireysel Çare Arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Red
H12, H12a, H12b, H12c	Katılımcıların OSİM alt boyutu ciddiye algısının; STE, STE Bireysel Çare Arama, STE Kaçınma ve STE Harekete Geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır	Kabul
H13, H13a, H13b, H13c	Katılımcıların OSİM alt boyutu Duyarlılık algısının; STE, STE Bireysel Çare Arama, STE Kaçınma ve STE Harekete Geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Red
H14, H14a, H14b, H14c	Katılımcıların OSİM alt boyutu Engel algısının; STE, STE Bireysel Çare Arama, STE Kaçınma ve STE Harekete Geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H15, H15a, H15b, H15c	Katılımcıların OSİM alt boyutu Yarar algısının; STE, STE Bireysel Çare Arama, STE Kaçınma ve STE Harekete Geçmeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Red
H16a, H16b, H16c, H16d, H16e	Katılımcıların OSİM alt boyutları sağlığın önemi, ciddiye algısı, duyarlılık algısı, engel algısı ve yarar algısının; Obezite Farkındalığı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H17: H17b, H17c	Katılımcıların STE, STE Kaçınma ve STE Harekete Geçmeme davranışı ile Obezite Farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H17a	Katılımcıların STE Bireysel Çare Arama davranışı ile Obezite Farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Red
H18a: H18b: H18c: H18e	OSİM alt boyutu sağlığın önemi, ciddiye algısı, duyarlılık algısı ve yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır	Kabul

H18d		OSİM alt boyutları sağlığın önemi ile engel algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.	Red
H19a, H19c	H19b,	STE ölçeği genel boyutu ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde STE ve alt boyutlarından bireysel çare arama, kaçınma ve harekete geçmeme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır	Kabul
H20a, H20c, H20e	H20b, H20d,	OSİM alt boyutlarının H20a: Sağlığın Önemi, H20b: Ciddiyet Algısı, H20c: Duyarlılık Algısı, H20d: Engel Algısı ve H20e: Yarar Algısının, obezite farkındalığı aracılığı ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır.	Kabul



ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA

6.1. Tartışma

Katılımcıların %37,5'i aşırı kilolu, % 20,7'si ise obez bireylerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların %33,1'i aşırı kilolu, %17,2'si obez, erkek bireylerin %44,7'si aşırı kilolu, %26,7'si ise obezdir. Hatunoğlu ve Başar'ın (2023) yapmış oldukları çalışmaya göre katılımcıların %38,1'inin aşırı kilolu, %20,2'inin ise obez olarak belirlenmiştir. TÜİK Sağlık Araştırması sonuçlarına göre boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan vücut kitle indeksi değerleri incelendiğinde, 2022 yılında 15 yaş ve üzeri bireylerin % 20,2'sinin obez, % 35,6'sının ise aşırı kilolu olduğu belirlenmiştir. Obez bireylerin oranı cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların % 23,6'sının obez ve % 30,9'unun aşırı kilolu, erkeklerin % 16,8'inin obez ve % 40,4'ünün aşırı kilolu olduğu görülmektedir (TÜİK, 2023). Ulaşılan örnekleme Türkiye verilerine yakın bir orana ulaşılmıştır.

Katılımcıların obezite ciddiyet algısı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir ($X=4,378$). Katılımcıların ciddiyet algısının yüksek olarak belirlenmesi, obeziteyi ciddi bir hastalık olarak algıladıklarını göstermektedir. Obezite konusunda davranış değişikliğine gidilmesi hususunda elde edilen sonuç olumlu olarak değerlendirilmektedir. Mancoğlu'nun (2023) obez bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre katılımcıların ciddiyet algısı düzeylerinin en yüksek puana sahip olduğu, en düşük puana ise sağlığın önemi boyutunun sahip olduğu tespit edilmiştir. Daniel ve Messer'in 2002 yılında yapmış olduğu araştırma da yüksek ciddiyet algısı ve düşük engel algısının tedaviye uyumu artırdığı sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Ciddiyet algısından sonra ikinci sırada en yüksek puan olarak yarar algısı yer almaktadır ($X=3,800$). En az ortalamaya sahip alt boyutlar sağlığın önemi ve engel algısı olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde yapılmış benzer çalışmalarda da ciddiyet algısı ve yarar algısı düzeylerinin yüksek olduğu, engel algısının ise düşük puana sahip olduğu, elde edilen sonucun uyumlu olduğu görülmektedir (Yıldırım Y. , 2021, s. 34; Yaralı, 2018, s. 32).

Kır'ın (2003) diyabetli hastalarla ilgili yapmış olduğu çalışmada, diyabet hastalarının ciddiyet algısı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Gökdoğan ve

Akıncı'nın (2001) çalışmasına göre ise, diyabetlilerin, diyabeti ciddi bir hastalık olarak algıladıkları ve önerileri yararlı buldukları, ancak bu sonuçlara rağmen önerileri yeteri kadar uygulamadıkları tespit edilmiştir. Meme kanseri tarama davranışları üzerine yapılan başka bir çalışma da Sağlık İnanç Modeli'nin bazı bileşenleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, ciddiye algısı ve duyarlılık algısı yüksek kadınların daha fazla oranda mamografi çektiği tespit edilmiştir (Seçginli & Nahcivan, 2004, s. 288). Richardson ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre ise yüksek engel algısının, davranış değişikliğine gitme ve tedaviye uyumda başarı şansını düşürmekte olduğu belirtilmiştir.

Araştırma da sağlığın önemi düzeyinin düşük puana sahip olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuç Dedeli (2010), Yıldırım (2021) ve Yeralı'nın (2018) çalışmaları ile uyumludur. Sağlığın önemi düzeyinin düşük puana sahip olması, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada yetersiz olduklarını göstermektedir (Yıldırım Y. , 2021, s. 35).

Yaş değişkenine göre sağlık inanç ve tutumlar değerlendirildiğinde 35-44 yaş aralığındaki bireylerin ciddiye algısının, 35-44 ve 45-54 yaş aralığındaki bireylerin duyarlılık ve yarar algısının, 18-24 yaş aralığındaki bireylerden yüksek olduğu gözlemlenmiş, yaş arttıkça sağlık tutum ve inançlarda da artış tespit edilmiştir. Kır'ın (2003) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre yaş arttıkça, diyabetin ciddiye algılama puanlarında da artış olduğu belirlenmiştir. Yılmaz'ın (2023) yapmış olduğu çalışmaya göre, 46- yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının Algılanan Yarar alt boyutu ve Sağlığın Önemi alt boyutu puanının, 18-25 yaş ve 26-35 yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların obeziteye ilişkin sağlık inanç ve tutumları incelendiğinde cinsiyet değişkeni ile anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatür incelendiğinde, araştırma sonucunun benzer çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmektedir (Gökdoğan & Akıncı, 2001; Kahraman , Baş , & Akbolat , 2015; Kılınç & Gür, 2018; Kır, 2003).

Katılımcıların sağlık inanç ve tutumları, medeni durum değişkenine göre değerlendirildiğinde evli bireylerin sağlıklarını daha çok önemsedikleri, obezite konusunda duyarlılık, ciddiye ve yarar algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu

görülmektedir. Çimen ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada, medeni durum değişkeninde, yarar algısı boyutunda anlamlı farklılık bulunmuş ve evli bireylerin astım konusunda uygulanan tedavi ile ilgili yarar algısı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çimen , Akbolat , Çiftçi , Işık , & Şahin , 2012, s. 91). Korkmaz ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu benzer bir çalışma da evli bireylerin Covid 19 ciddiyet algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmaz'ın (2023) sağlık çalışanları üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre ise evli olan sağlık çalışanlarının engel algılarının, bekâr olanlara göre daha yüksek olduğu ancak bekâr bireylerin Sağlığın Önemi düzeyinin, evli bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde 2 çocuk sahibi bireylerin çocuk sahibi olmayan bireylere oranla sağlıklarını daha çok önemsedikleri ve yarar algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda 1 ve 2 çocuk sahibi bireylerin ciddiyet algısı düzeyinin ve 2, 3, 4 ve üzeri çocuğu bireylerin duyarlılık algısı düzeylerinin, çocuk sahibi olmayan bireylere oranla yüksek olduğu belirlenmiştir. Kısacası, bireylerin çocuk sahibi olmaları ile birlikte sağlık inanç ve tutumlarında artışlar gözlemlenmiş, obezite konusunda sağlıklarına verdikleri değer, ciddiyet, duyarlılık ve yarar algıları artmıştır.

Eğitim düzeyine göre sağlık inanç ve tutumlar değerlendirildiğinde, eğitim görmüş, okuryazar bireylerin (ilkokul, lise, üniversite, yüksek lisans/doktora) obezite konusunda ciddiyet algısı düzeyi, okuryazar olmayan bireylerden yüksektir. Bal'ın (2014) çalışmasın da eğitimin sağlık inançlarımızın üzerindeki olumlu etkisi görülmektedir. Haefner and Kirscht'ın (1970) kanser, tüberküloz ve kalp hastalığı ile ilgili bireylerin inançları, tedavi alma niyetleri hakkında eylem ve davranışlarının sorgulandığı bir çalışmada, eğitim düzeyi ile ciddiyet algısı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Başka bir çalışmada kadınların öğrenim düzeyi ile kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığı arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, liseyi bitirenlerde uygulama sıklığının en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Karayurt'tan aktaran, Çenesiz, & Atak, 2007, s. 429). Kahraman'ın (2014) yapmış olduğu çalışmaya göre ise sağlığın önemi ve engel algısında anlamlı farklılık bulunmuş, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlığın önemi ve engel algılarının arttığı tespit edilmiştir. Yılmaz'ın (2023) çalışmasına göre ise lise mezunu olan sağlık çalışanlarının

engel algısının, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslek durumuna göre sağlık inanç ve tutumları değerlendirildiğinde, kamu personelinin ciddiye ve yarar algısı düzeyinin, öğrencilerden yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca kamu personelinin sağlıklarını, işçi bireylerden daha fazla önemsedikleri görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında belirlenen gelir dağılımına göre en yüksek gelir düzeyine sahip (24.001 TL ve üzeri) bireylerin ciddiye algısı düzeyleri, daha az gelire sahip (8,506 ve daha az, 16,001-20,000TL) olan bireylerden yüksek olarak tespit edilmiştir. Can'ın (2021) yapmış olduğu çalışmada da gelir düzeyleri yeterli olan bireylerin ciddiye algısı ve sağlığın önemi düzeyleri yüksek olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde düşük sosyoekonomik kesimlerde obez birey sayısının fazla olduğu, düşük gelire sahip bireylerin sağlıklı gıdaya ulaşmada sorun yaşadıkları düşünülmektedir. Aydoğdu ve Bahar'ın 2011 yılında yapmış oldukları çalışma da kadınların pap smear testi yaptıran oranlarının, yoksul kadınlarda daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Mevcut çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Afrikalı Amerikan ve Hispanik nüfuslar üzerine yapılan bir araştırma da obezitenin, düşük gelirli azınlık nüfuslarda sağlıklı yaşam tarzıyla da ilişkili olarak ciddi oranda yüksek olduğu ifade edilmiştir (Romano and Scott, 2014:707).

Katılımcılardan sosyal güvencesi olan bireylerin ciddiye algısı düzeyi yüksek olarak tespit edilmiştir. Sosyal güvence durumunun, bireylerin hastalıklarla ilgili ciddiye algıları üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Obez bireylerin (1. ve 2. derece obez) duyarlılık algısı düzeyi, diğer bireylerden (zayıf, normal ve fazla kilolu) yüksek olarak belirlenmiştir. Malverdy ve Kazemi'nin (2016) araştırma sonuçlarına bakıldığında BKİ ile duyarlılık algısı arasında düşük ama pozitif ilişki belirlenmiştir. BKİ arttıkça katılımcıların duyarlılık algısı da artmıştır. Elde edilen sonuç mevcut çalışma ile uyumludur. 3. Derece obez bireylerin yarar algısı düzeylerinin diğerlerinden (zayıf, normal ve aşırı kilolu, 1.ve 2 derece obez) fazla olduğu görülmektedir. Normal ve fazla kilolu, 1.ve 2. derece obez bireylerin yarar algısı düzeyi, zayıf bireylerden yüksek olarak tespit edilmiştir. Kilo artışı ile birlikte duyarlılık ve yarar algısının da arttığı görülmektedir. Can'ın (2021) yapmış olduğu çalışma sonucuna göre

BKİ arttıkça engel algısı artmış, sağlığın önemi ise azalmıştır. Kahraman ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışma da BKİ ile sağlık inanç modelinin tüm alt boyutları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Saghafi-Asl ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışma incelendiğinde BKİ ile algılanan ciddiyet arasında negatif yönlü, algılanan engel ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edildiği görülmektedir. Yine McArthur ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu araştırma sonuçlarına göre BKİ ile algılanan ciddiyet arasında negatif yönlü, algılanan duyarlılık, algılanan engeller ve algılanan fayda arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına bakıldığında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre ülkemizde aşırı kilo ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünen bireylerin sağlığın önemi ve duyarlılık algısı düzeyleri, bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade eden bireylerden yüksektir. Ülkemizde aşırı kilo ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünen bireylerin, ciddiyet ve yarar algısı düzeyleri, aşırı kilo ve obez birey sayısının fazla olmadığını düşünen ve bilmiyorum diyenlerden yüksektir. Sonuçlar obezite konusunda farkındalık sahibi bireylerin, obeziteye dair sağlık inanç ve tutumlarının (sağlığın önemi, duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısı) daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre kronik rahatsızlığı olan bireylerin %28,1'i astım, %18,8'i hipertansiyon, %10,9'u diyabet, %3,1'i koroner kalp hastalıkları, %1,6'sı yüksek kolesterol ve %37,5'i kanser, ülser gibi diğer hastalıklardan muzdariptir. Darıcı'nın (2019) yapmış olduğu çalışma da hastaların %22'sinde diyabet hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Obezite, Tip 2 diyabeti olan hastaların %65'inin etiyolojisinde bulunmakta, Tip 2 diyabete sıklıkla eşlik etmektedir (Darıcı, 2019, s. 62).

Kronik hastalığı olan bireylerin duyarlılık ve yarar algısı düzeylerinin, kronik hastalığı olmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığın varlığı bireylerde duyarlılık algısının artmasına, mevcut hastalığa karşı daha fazla duyarlı olmaya neden olmuştur. Yarar algısı düzeylerinin yüksek oluşu tedaviye uyum açısından önem arz etmektedir. Mancoğlu'nun (2023) obez bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmasına göre hastalığı olan kadınların yarar algısı düzeylerinin, önemli hastalığı olmayan kadınlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılardan önemli

hastalığı olan bireylerin sağlığın önemi düzeylerinin, önemli hastalığı olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kendisini normal ve aşırı kilolu olarak değerlendiren bireylerin ciddiye algısı, zayıf olarak değerlendiren bireylerden yüksek olarak tespit edilmiştir. Kendisini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin duyarlılık algısı, zayıf ve normal kilolu olarak değerlendiren bireylerden yüksektir. Aynı zamanda kendisini aşırı kilolu olarak değerlendiren bireylerin engel algısı, normal kilolu olarak değerlendiren bireylerden yüksek olarak belirlenmiştir. Kendisini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin yarar algısı da, zayıf ve normal kilolu olarak değerlendiren bireylerden yüksek olarak tespit edilmiştir. Yıldırım'ın (2021) araştırma sonuçları incelendiğinde kendini aşırı kilolu olarak değerlendiren bireylerin duyarlılık algısı ve engel algısı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Duyarlılık algısı düzeyinin yüksek olması bireyin obezite ile bağlantılı sağlık sorunlarına yakalanma riskine dair inançlarının yüksek olduğu, engel algısı düzeyinin yüksek olması obezite ile ilgili algılanan sorunların fazla olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Genel olarak bakıldığında kendini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin obeziteye dair sağlık inanç ve tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Ciddiyet algısı, duyarlılık ve yarar algısının, diğer bireylere oranla yüksek oluşu olumlu olarak değerlendirilirken, engel algısının yüksek oluşu sorun teşkil etmektedir. Engel algısı yüksek olduğu sürece davranış değişikliğine gidilmesi zorlaşacaktır. Engellerin belirlenip, çözümlerin üretilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Nadiren spor yapan bireylerin sağlığın önemi düzeylerinin spor yapmayan bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Spor yapmayan ve nadiren spor yapan bireylerin duyarlılık ve engel algısı düzeyleri, spor yapan bireylerden yüksektir. Yılmaz'ın (2023) yapmış olduğu çalışmaya göre egzersiz yapan obez bireylerde, duyarlılık algısı, sağlığın önemi ve yarar algısı daha yüksek, engel algısı ise daha düşük saptanmıştır. Can'ın (2021) yapmış olduğu çalışma sonucuna göre düzenli egzersiz yapan bireylerin sağlığın önemi, duyarlılık algısı, yarar algısı yüksek, engel algısı düşük çıkmıştır. İki çalışma sonucu benzerlik göstermektedir. Kahraman'ın (2014) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre de katılımcıların spor yapma alışkanlığına göre sağlık inançlarında farklılık olduğu tespit edilmiş, düzenli spor yapan bireylerin sağlığın önemi düzeyi, spor yapmayan ve nadiren spor yapan bireylerden yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların diyet yapma durumu incelendiğinde 335 bireyin (%60,9) diyet yapmadığı, 127'sinin (%23,1) nadiren diyet yaptığı, 73'ünün (%13,3) diyet yaptığı ve 15'inin (%2,7) diyeti bıraktığı belirlenmiştir.

Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin 108 'ünün (%51,0) kendine göre internet vb. araştırmalar ile diyet yaptığı, 51'inin (%24,0) özel bir diyetisyenden hizmet aldığı, 22'ünün (%10,4) devlet/şehir hastanesinden diyetisyenlik hizmeti aldığı, 21'unun (%9,9) halk sağlığı kurumundan diyetisyenlik hizmeti aldığı, 10'sinin (%4,7) ise arkadaşlarından aldığı liste ile diyet yaptığı tespit edilmiştir. Dedeli'nin (2010) yapmış olduğu çalışmaya bakıldığında bireylerin %63,2'sinin kilo vermek için herhangi bir girişimde bulunmadığı görülmektedir. Yıldırım'ın (2021) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %54,9'unun daha öncesinde kilo verme girişiminde bulunduğu, %24,6'sı diyetisyen/ aktif doktor kontrolünde olduğu belirlenmiştir. Yine Kılınç ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına göre katılımcıların %54'ünün daha önce zayıflamak için girişimde bulunduğu ve diyetisyen desteği alarak zayıflamak isteyenlerin sıklığının %40,4 olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Nadiren diyet yapan bireylerin sağlığın önemi, duyarlılık algısı düzeyleri, diyet yapan ve de nadiren diyet yapan bireylerin yarar algısı düzeyleri, diyet yapmayan bireylerden yüksektir. Sağlığının değerini bilen, obeziteye karşı duyarlı ve diyet yapmanın yararlı olacağını/olduğunu düşünen bireylerin diyet yapmaya daha eğilimli oldukları görülmektedir.

Yapılan analizler sonucunda, sağlık inanç modelinin boyutlar arası ilişki incelendiğinde en güçlü ilişki, duyarlılık algısı ve yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda duyarlılık algısı ve engel algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Ayrıca sağlığın önemi ile ciddiyet algısı, duyarlılık algısı ve yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Ciddiyet algısı ile duyarlılık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde, ciddiyet algısı ile yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde ve engel algısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

Sağlık hizmeti talep erteleme davranışı yaş değişkenine göre incelendiğinde 18-24 yaş aralığındaki bireylerin bireysel çare arama davranışının, 35 yaş ve üzeri (35-44, 45-54, 65-74) bireylerden yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca 55-64 yaş aralığındaki bireylerin bireysel çare arama davranışı 65-74 yaş grubundan yüksektir. Aynı zamanda 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki bireylerin harekete geçmeme davranışı düzeyi, 45-54 yaş grubundan yüksektir. Yaş ile birlikte katılımcılarda sağlık hizmeti talep erteleme davranışında azalma görülmektedir. Yaşlanmanın doğası gereği neden olduğu kronik hastalıkların sayısındaki artış, fiziksel kapasite de azalma, organ fonksiyonlarındaki bozulmalar ve yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler yaşlıların diğer yaşlara göre sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (Say Sahin, 2020, s. 239). TÜİK (2019) verilerine göre yatarak sağlık hizmeti alanların en çok %23,7'lik oran ile 75 yaş ve üstü bireylerden oluştuğu, 2.sırada ise %18,3'lük oran ile 65-74 yaş grubundaki bireylerin onları takip ettiği tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde mevcut araştırmanın benzer araştırma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir (Cisse, 2011; Kermani, Ghaderi, & Yousefi, 2008; Özkoç, 2013; Yaylalı, Kaynak, & Karaca, 2012).

STE, cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Thuan ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışma sonucuna göre, kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulundukları tespit edilmiştir.

Medeni durum değişkenine göre STE incelendiğinde, bekâr bireylerin sağlık hizmeti taleplerini daha çok erteledikleri özellikle sağlık hizmeti konusunda bireysel çare arama ve harekete geçmeme davranışlarını daha fazla sergiledikleri görülmektedir.

Çocuk sahibi olma değişkeni incelendiğinde 4 ve üzeri çocuk sahibi bireylerin, tek çocuk sahibi olan bireylere oranla sağlık hizmeti talebini daha çok erteledikleri, 2 çocuk sahibi olan bireylere oranla daha çok bireysel çare arama davranışına yöneldikleri görülmektedir. Karaca ve İnan'ın (2021) araştırma sonucuna göre çocuk sayısının da artışın, bireylerin sağlık taleplerini ertelemelerine neden olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısının artışını, hane halkı sayısı artışı olarak değerlendirecek olursak birey sayısındaki artış, gelir düzeyini etkileyeceğinden daha az sağlık hizmeti talep edilmesine ve bireysel çare arama davranışının artmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumu değişkenine göre çalışma sonuçları incelendiğinde, okuryazar olmayan bireylerin, SHTE harekete geçmeme davranışı düzeyi, eğitim görmüş

bireylerden (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans/doktora) yüksektir. Eğitim faktörünün sağlık hizmeti kullanımındaki etkili olduğu görülmektedir. Thuan ve arkadaşlarının (2008) araştırma sonuçlarına bakıldığında hastaların eğitiminin sağlık kararlarını önemli ölçüde etkilediği, yükseköğrenim görenlerin kendi kendine tedavi yerine sağlık hizmeti sağlayıcılardan, hizmet talep ettikleri tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin artışı, daha fazla üst düzey sağlık hizmeti talebini doğurabileceği gibi eğitim düzeyinin yükselmesiyle bireyin bilinç düzeyinin artacağı, daha sağlıklı besleneceği ve sonuç olarak daha az sağlık hizmeti talep edeceği de ön görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık hizmeti talebi üzerinde eğitim düzeyi etkisinin belirsiz olduğu ifade edilmektedir (Karaca ve İnan, 2021:44).

Meslek durumuna göre STE incelendiğinde, öğrencilerin bireysel çare arama davranışının, emeklilerden yüksek olduğu görülmektedir. Emeklilik yaşı dikkate alındığında, bireylerin bireysel çare aramalarının zor olacağı düşünüldüğünde, elde edilen sonucun tutarlı olduğu görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre gelir düzeyi olarak belirlenen zaman aralığında en yüksek gelir düzeyine sahip (24.001 TL ve üzeri) bireylerin STE kaçınma davranışı düzeyleri, 8,506-11,800TL aralığında gelire sahip olan bireylerden düşük olarak tespit edilmiştir. Gelir düzeyi arttıkça kaçınma davranışı azalmıştır. Doğan'ın (2020) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre Türkiye'de gelir düzeyinin, sağlık hizmeti talebinde doğrudan etkisi bulunduğu ve de aynı zamanda ortaya çıkan zaman maliyeti dolayısıyla da dolaylı olarak etkilediği görülmektedir. Güneş ve arkadaşlarının (2016) araştırma sonuçlarına göre hanenin aylık net geliri incelendiğinde, düşük gelir seviyesine sahip bireylerin, yüksek gelir seviyesindeki bireylere göre daha az doktora gittikleri belirlenmiştir Elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (Kutlu & Ağırbaş, 2017; Şenol, Çetinkaya, & Balcı, 2010; Yaylalı, Kaynak, & Karaca, 2012). Ayrıca Thuan ve arkadaşlarının 2008 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre de yoksullar, kendi kendine tedaviyi toplumdaki daha varlıklı bireylerden daha sık kullanma eğilimindedirler. Bazı ilaçların reçetesiz satılması, güvensizlik sorunu, ilaçların ve sağlık hizmetlerinin maliyetli oluşu bireyleri kendi kendine ilaç kullanımına yönlendirmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık hizmeti talep erteleme (STE) alt boyutundan bireysel çare arama davranışı düzeyleri yüksektir.

Analiz sonucundan da anlaşılabacağı üzere bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl finanse ettikleri, talep üzerinde önemli bir etkidir. Bireyin sosyal güvencesinin olması durumunda ödemeleri ve maliyetlerinin düşmesi, devletin belirli bir oranda sağlık hizmetleri finansmanında yer alması sağlık hizmeti talebini artırmaktadır (Karaca & İnan , 2022, s. 44).

Kronik hastalığı olan bireylerin STE bireysel çare arama davranışı düzeyleri, kronik hastalığı olmayan bireylerden daha düşüktür. Say Şahin'in (2020) yapmış olduğu araştırma sonucuna göre kronik hastalık durumunun kesinlikle sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda talebi artıran bir değişken olduğu vurgulanmıştır.

Ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının fazla olmadığını düşünen bireylerin STE kaçınma ve harekete geçmeme davranışı düzeyleri, aşırı kilo ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünenlerden yüksek olarak belirlenmiştir. Bireylerin obezite konusunda farkındalığının ve bilgi düzeyindeki artışının sağlık hizmeti talebini erteleme konusunda etkili olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışma da STE Ölçeği genel boyutu ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde STE ve alt boyutlarından bireysel çare arama, kaçınma ve harekete geçmeme arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir ilişki tespit edilmiştir.

STE ölçeği alt boyutları kendi içerisinde değerlendirildiğinde bireysel çare arama ile kaçınma ve harekete geçmeme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Ayrıca kaçınma ile harekete geçmeme boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki görülmüştür.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre bireyin sağlığına verdiği önem arttıkça sağlık hizmeti talep erteleme davranışı azalmaktadır. Bireyin obezite ile ilgili ciddiyet algısı arttıkça, hastalığı daha ciddiye aldıkça yine sağlık hizmeti talep erteleme davranışı azalmaktadır. Bireyin obezite hakkındaki engel algısı arttıkça da sağlık hizmeti talep erteleme davranışının arttığı görülmektedir.

Analiz sonuçlarına bakıldığında sağlığın önemi ve ciddiyet algısı arttıkça, sağlık hizmetinde talep erteleme davranışında azalma görülmektedir. Ancak engel algısı arttıkça sağlık hizmeti talep erteleme davranışı da artmaktadır. Engel algısının nedenlerinden biri olarak obez bireyler için sağlık personelinin tutum ve yaklaşımlarını sayabiliriz. Yapılan

bir araştırmaya göre obez kadınların, sağlık anlamında bakımının gerekli olduğunu hissetmesi sonucu sağlık kurumuna başvurduğunda, sağlık personeli tarafından kilosuna dair azarlanması ya da önyargılı davranılması durumunda, sağlık bakımını erteleyebileceği veya tedaviden kaçınabileceği belirlenmiştir (Drury & Louis , 2002, s. 554). Sağlık hizmeti talep erteleme davranışına neden olan engellerden biri de salgınlar olarak önümüze çıkmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre Covid-19 salgını başta olmak üzere salgınlar, salgına neden olan virüsün bulaşma ihtimaline karşı sağlık kurumlarının ve toplu taşımanın risk teşkil etmesi, ya da sokağa çıkma yasağının olması gibi nedenlere bağlı olarak, sağlık hizmeti talep erteleme davranışına neden olmaktadırlar (Çetin Aslan , 2022, s. 541). Yeo ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada, Covid-19 salgınının, kaynakları korumak ve viral bulaşma riskini azaltmak amacıyla elektif obezite ameliyatları da dâhil olmak üzere acil olmayan klinik randevuların ve operasyonların ertelenmesine yol açtığı ifade edilmiştir.

Obezite farkındalığı cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Alanda yapılan literatür taramasında ulaşılan sonuçlar çalışma bulgularını desteklemektedir (Alasmari , Al-Shehri , Aljuaid , Alzaidi , & Alswat , 2017; Arslan , Akkaya , & Şar , 2020; Özkan , Adıbelli , İlaslan, & Taylan, 2020; Sançar & Özcanarslan, 2021; Yıldırım, Şimşek, & Kartal, 2022). Karagöz (2020) ile Acaroğlu ve Çolakoğlu'nun (2020) yapmış oldukları çalışma sonuçlarına göre obezite farkındalığı alt boyutu puanı dikkate alındığında kadınların obezite farkındalığı, erkeklerden daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Obezite farkındalığı sigara kullanma durumuna göre incelendiğinde de anlamlı farklılık bulunamamıştır. Elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (Alasmari , Al-Shehri , Aljuaid , Alzaidi , & Alswat , 2017; Mancoğlu , 2023; Özkan , Adıbelli , İlaslan, & Taylan, 2020). Karagöz'ün (2020) çalışmasında diğerlerinden farklı olarak hiç sigara içmeyen bireylerin, sigarayı bırakan bireylere oranla obezite farkındalığının anlamlı derecede fazla olduğu belirlenmiştir

Obezite farkındalığı ile yaş ve BKİ değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde (Acaroğlu & Çolakoğlu , 2020; Günay Kara , 2017; Karagöz H. , 2020; Özkan , Adıbelli , İlaslan, & Taylan, 2020; Sançar & Özcanarslan, 2021) elde edilen sonucun, çalışma sonucunu destekler yönde olduğu

görülmektedir. Obezite farkındalığı ile BKİ arasında anlamlı farklılık olmaması, elde edilen farkındalık düzeyinin, yaşam tarzına entegre edilmemiş olduğunu düşündürmektedir.

Medeni durum değişkenine göre obezite farkındalığı incelendiğinde evli bireylerin farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumuna göre okuryazar bireylerin obezite farkındalığı düzeyinin okuryazar olmayan bireylerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Mancoğlu (2023), Acaroğlu ve Çolakoğlu (2020) ile Sançar ve Özcanarslan'ın (2021) çalışmalarına bakıldığında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Analiz sonuçlarına göre obezite farkındalığı düzeyi gelir durumuna göre incelendiğinde, çalışma kapsamında en yüksek gelir durumuna sahip (24.001 TL ve üzeri) olan bireylerin obezite farkındalığının, gelir durumu en düşük (8.506 TL ve daha az) olan bireylerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Acaroğlu ve Çolakoğlu'nun (2020) çalışmasına göre obezite farkındalığının, en yüksek gelire sahip (5501 TL ve üzeri) bireylerde, daha alt gelir gruplarına (2501-4000 TL-4001-5500 TL) sahip bireylere oranla obezite farkındalığı alt boyutuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonucun çalışma ile uyumlu olduğu görülmektedir. Gelir artışı obezite farkındalığı ile doğru orantılıdır.

Katılımcıların “Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre obezite farkındalığı incelendiğinde, belirtilen soruya hayır cevabını veren bireylerin obezite farkındalığı, evet ve bilmiyorum cevabını veren bireylerden düşük olarak tespit edilmiştir.

Diyet yapma durumuna göre obezite farkındalığı düzeyi incelendiğinde, nadiren diyet yapan bireylerin obezite farkındalığı düzeyinin, diyet yapmayan bireylerden yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Beden Kitle İndeksi değerleri ile “Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna vermiş oldukları yanıtlar karşılaştırıldığında, zayıf normal kilolu bireylerin 4'ünün kendisini normal kilolu, normal kilolu 213 bireyden 23'ünün zayıf normal, 17'sinin aşırı kilolu olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Aşırı kilolu bireylere bakıldığında 206 bireyden 2'sinin kendisini zayıf normal, 112'sinin normal kilolu ve 2'sinin de kendisini obez olarak değerlendirdiği, 1. Derece obez 93 bireyden 21'inin kendisini normal kilolu olarak değerlendirirken, 65 bireyin aşırı kilolu olarak

değerlendirdiği, 2. Derece obez 17 bireyden 13'ünün kendisini aşırı kilolu olarak değerlendirdiği, 3. Derece obez 4 bireyden 2'sinin yine kendisini aşırı kilolu olarak ifade ettiği görülmektedir. Kılınç ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışma da aşırı kilolu ve obez bireylerden %18,7'sinin kendisini normal kilolu olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Trusdale and Stevens (2008) tarafından, obezlerin obez olduğunun bilincinde olup olmadıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışma da kadınların %40,4'ünün, erkeklerin ise %51,9'unun kilo durumlarını yanlış sınıflandırdığı, çoğu obez kadın ve erkeğin kendilerini obez olarak görmediği daha çok aşırı kilolu olarak değerlendirdiği ifade edilmiştir. Suliman ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre ise katılımcıların 3/1'inden fazlasının kilolarının doğru algılamadıkları ve oldukları kilodan daha düşük kiloda olduklarını bildirdikleri ifade edilmiştir.

Katılımcılara obezite farkındalığı ile ilgili yöneltilen sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde çoğunluğun, obezitenin diyabet gibi kronik hastalıkların oluşmasında etken olduğu, hareketsiz yaşamın, fiziksel aktivitenin ve yeme faktörünün obeziteyi etkilediği, normal bir kiloda olmanın sağlıklı olmak için önemli olduğu ancak genetik faktörlerin çok etkili olmadığı konusunda görüş bildirdikleri görülmektedir. Zelenyte ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışma sonuçları incelendiğinde, mevcut çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, çok yemek yemenin ve fiziksel aktivite azlığının obeziteye sebep olduğu konusunda hemfikirken sebepler arasında genetik olabileceği konusunda hemfikir olmadıkları tespit edilmiştir. James ve arkadaşları (2012) tarafından Afrikalı-Amerikalı kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre ise katılımcıların çoğunun, kültür ve genetiğin, kendilerini obeziteye karşı daha duyarlı hale getirdiğine inandıkları ifade edilmiştir. Genetik faktörlerin obezite ile ilgili bağlantısının bireyler nezdinde belirsizliğini koruduğu görülmektedir.

Tablo 30'dan Tablo 34'e kadar sağlık inanç modelinin alt boyutları olan (sağlığın önemi, ciddiyet algısı, duyarlılık algısı, engel algısı ve yarar algısı) değişkenlerin obezite farkındalığı aracılığı ile etkisi değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, sağlık inanç modelinin her boyutunun sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde farklı etkilere sahip olduğu ve obezite farkındalığının bu ilişkide önemli bir aracılık rolü oynadığı söylenebilir.

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, tezin genel bulguları özetlenerek değerlendirilmiş ve araştırma önerileri ile politika önerileri sunulmuştur.

7.1. Sonuçlar

Katılımcıların yaş ortalaması 36,5 yıl, boy ortalaması 166,8 cm, vücut ağırlığı ortalaması ise 73,1kg olarak belirlenmiştir.

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği genel bir boyut olarak değerlendirilmediği için alt boyutlar ayrı ayrı incelenmiştir. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların obeziteye dair tutum ve inançlarının ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların obezite konusunda ciddiye algısı düzeyinin yüksek olduğu, sonrasında yarar ve duyarlılık algısının onu takip ettiği görülmektedir. Sağlığın önemi ve engel algısı düzeyi ise orta seviyededir.

Evli ve çocuk sahibi bireyler, sağlıklarını daha çok önemsemektedirler. Kamu personelinin işçilere göre, nadiren spor ve diyet yapanlar yapmayanlara göre, ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünenler bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade eden bireylere göre sağlıklarını daha çok önemsemektedirler.

Obezite konusunda evli, sosyal güvencesi olan, çocuk sahibi, eğitim almış, yüksek gelir sahibi bireylerin ciddiye algısı düzeyleri yüksektir. 35-44 yaş aralığında bireylerin ciddiye algısı düzeyi, 18-24 yaş grubu gençlere oranla yüksek olarak belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe ciddiye algısında artış gözlenmiştir. Kendisini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin ciddiye algısı düzeyi, zayıf bireylerden yüksektir. Aynı zamanda ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünen bireylerin ciddiye algısı da anlamlı şekilde yüksek olarak belirlenmiştir.

Evli, kronik hastalığı olan, çocuk sahibi bireylerin duyarlılık algısı düzeyi yüksektir. Kamu personelinin öğrencilere oranla, nadiren diyet yapanların yapmayanlara oranla, nadiren spor yapan ya da hiç yapmayan bireylerin yapanlara oranla, obez bireylerin diğer bireylere oranla duyarlılık algısı yüksektir. Ayrıca kendisine aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin, zayıf ve normal kilolu olarak değerlendiren

bireylerden, ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünen bireylerin bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade eden bireylerden duyarlılık algısı yüksektir. Son olarak 35-54 yaş aralığında olan bireylerin duyarlılık algısı düzeyi, 18 yaş üstü genç bireylerden yüksek olarak tespit edilmiştir.

Nadiren spor yapan ya da hiç yapmayanların yapanlara oranla, aşırı kilolu bireylerin normal kilolu bireylere göre engel algısı düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

Evli, kronik hastalığı olan, çocuk sahibi, diyet yapan ya da nadiren yapan bireylerin yarar algısı düzeyleri yüksektir. Kamu personelinin öğrencilere oranla, obez bireylerin diğerlerine oranla, kendisini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin zayıf ve normal kilolu olarak değerlendiren bireylere oranla, ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının fazla olduğunu düşünenlerin, bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade eden bireylere oranla yarar algısı düzeyi yüksektir. Yaşla beraber yarar algısının arttığı ancak 75 yaş ve üstü bireylerde yarar algısının düştüğü görülmektedir.

Katılımcıların STED'nin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. STED değerlendirildiğinde bekâr bireylerin ve 4 ve üzeri çocuk sahibi bireylerin STED'nin yüksek olduğu görülmektedir.

Bekâr, sosyal güvencesi olmayan, kronik hastalığı bulunmayan, 4 ve üzeri çocuk sahibi, 18-34 yaş aralığındaki bireylerin bireysel çare arama davranışını daha fazla sergiledikleri görülmektedir. Ayrıca meslek durumuna göre öğrencilerin emeklilere oranla daha çok bireysel çare aradıkları görülmektedir.

Düşük gelire sahip bireylerin yüksek gelire sahip bireylere oranla daha çok kaçınma davranışı sergiledikleri görülmektedir. Ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının az olduğunu düşünenlerin, fazla olduğunu düşünen bireylere oranla kaçınma davranışı düzeyi yüksektir.

Bekâr, okuryazar olmayan bireylerin harekete geçmeme düzeyleri yüksektir. Yaş olarak 34 yaş sonrası harekete geçmeme davranışının azaldığı görülmektedir. Ayrıca ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının az olduğunu düşünenlerin, fazla olduğunu düşünen bireylere oranla harekete geçmeme davranışı düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir.

Evli bireylerin bekâr bireylere oranla, okuryazar, eğitim almış bireylerin, okuryazar olmayan bireylere oranla ve nadiren de olsa diyet yapan bireylerin, diyet yapmayanlara oranla farkındalık düzeyleri daha yüksektir. Aynı zamanda “*Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır?*” sorusuna verilen cevaplar nezdinde bakıldığında, evet ile bilmiyorum cevabını verenlerin farkındalık düzeyi, hayır cevabını verenlere oranla yüksektir.

Bireylerin sağlıklarına verdikleri önem arttıkça sağlık hizmeti talep erteleme davranışı, alt boyutlarına bakıldığında da kaçınma ve harekete geçmeme davranışlarının azaldığı görülmektedir.

Bireylerin obezite ile ilgili ciddiyet algısı arttıkça bireysel çare arama, kaçınma ve harekete geçmeme davranışlarının kısacası sağlık hizmeti talep erteleme davranışının azaldığı görülmektedir.

Bireylerin obezite ile ilgili engel algısı arttıkça bireysel çare arama, kaçınma ve harekete geçmeme davranışlarının kısacası sağlık hizmeti talep erteleme davranışının arttığı görülmektedir. Özetleyecek olursak bireyin sağlığına verdiği önem ve obeziteye ilişkin ciddiyet algısı arttıkça, sağlık hizmeti talep erteleme davranışı azalacaktır. Ancak bireyin obezite ile ilgili algıladığı engeller artarsa sağlık hizmeti talep erteleme davranışı da artacaktır.

Bireylerin obezite konusunda farkındalığı arttıkça, sağlıklarına verdikleri önem, obeziteye ilişkin ciddiyet algısı, duyarlılık algısı ve yarar algısı artmaktadır. Aynı zamanda obezite konusunda farkındalık düzeyi arttıkça, engel algısı azalmaktadır.

Obezite konusunda farkındalık düzeyi arttıkça kaçınma, harekete geçmeme, sağlık hizmeti talep erteleme davranışında azalma görülmektedir.

Bireyin sağlığına verdiği önem arttıkça, obeziteye karşı ciddiyet ve duyarlılık algısı da artmakta ikisi birleştiğinde tehdit (risk) algısını artırmaktadır. Ayrıca yarar algısı da artmaktadır.

Bireyin, obezitenin ciddi bir hastalık olduğuna dair algısı arttığında duyarlılık düzeyi ve yarar algısı düzeyi de artmaktadır. Bu sonuç engel algısının azalmasına neden olmaktadır. Aynı şekilde obeziteye karşı bireyin duyarlılık seviyesi arttığında yarar algısı da artmakta bu durum engel algısının azalmasını sağlamaktadır.

Katılımcılardan elde edilen analiz sonuçlarına göre bireylerin sağlık hizmeti talebini ertelemeleri, bireysel olarak çare aramalarına, hastalıktan kaçınmalarına ve hastalık durumunda harekete geçememelerine neden olmaktadır.

Bireyin kendi kendine çare araması, hastalıktan kaçınmasına ve harekete geçmemesine neden olurken, kaçınma davranışı, harekete geçmesini engellemektedir. Ayrıca ülkemizde aşırı kilolu ve obez sayısının az olduğunu ifade eden bireylerin diğer bir ifade ile obezite konusunda farkındalığı az olan bireylerin sağlık hizmeti talep erteleme davranışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerde farkındalık durumunun sağlık hizmeti talebini etkilediği görülmektedir.

Sağlığın önemi, duyarlılık algısı ve yarar algısı değişkelerinin doğrudan sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Ancak bireyin obezite farkındalığındaki artış ile dolaylı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Bu durumda tam aracılık etkisi, obezite farkındalığının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerindeki etkisinin, sağlığın önemi, duyarlılık algısı ve yarar algısı ile olan ilişkideki tüm etkisini açıkladığı anlamına gelir. Obezite farkındalığının artmasıyla birlikte, bireyler daha az sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı sergilemekte ve bu etkinin sağlığın öneminde %21,5'inin, duyarlılık algısında %52,3'ünün, yarar algısında %71,5'inin obezite farkındalığı aracılığı ile gerçekleştiğini göstermektedir

Ciddiyet algısı ve engel algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Bu durum ciddiyet algısı ve engel algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışını anlamada önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Ciddiyet algısı ve engel algısı ile sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı arasındaki ilişkide obezite farkındalığı kısmi aracı etkiye sahiptir. Obezite farkındalığının artması ile birlikte sağlık hizmeti talep erteleme davranışı azalmakta ve bu etkinin %32,4'ü obezite farkındalığı tarafından açıklanmaktadır. Dolayısıyla, ciddiyet algısının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde etkisinin önemli bir bölümü obezite farkındalığı aracılığı ile gerçekleşmektedir. Engel algısında ise sağlık hizmeti talep erteleme davranışı artmakta, bu etkinin %6,4'ünün obezite farkındalığı tarafından açıklandığı görülmektedir.

Sonuç olarak, sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı tek bir değişkenden etkilenmemektedir. Bireylerin sağlık inanç ve tutumları sağlık hizmet talep etme davranışlarında oldukça etkilidir. Her değişken için farklı sonuçlar elde edilmiş olsa da

obezite farkındalığının sağlık hizmeti talebi erteleme davranışı üzerinde etkilerini açıklayıcı bir rol oynaması dikkat çekici bir bulgudur. Bu araştırma, sağlık hizmeti talebi erteleme davranışının karmaşıklığını ve etkileyen faktörlerin çeşitliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmeti talebi erteleme davranışını anlayabilmek için çoklu değişkenlerin ve aracılık etkilerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

7.2. Öneriler

Obezite, Türkiye nüfusunun önemli bir bölümünü etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların obeziteyi ciddi bir hastalık olarak gördüğü, duyarlılık seviyelerinin yüksek olduğu, sağlıklı davranış değişikliği ile yarar sağlanacağına inandıkları ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak katılımcıların sağlık hizmeti talep erteleme davranışları orta düzeydedir. Bu sonucun nedeni değerlendirildiğinde bireylerin sağlıklarına gereken önemi vermedikleri görülmektedir. Öncelikle sağlığın önemine dair toplumda farkındalık oluşturulması gerektiği düşünülmektedir. Obezitenin taşıdığı riskler, neden olduğu hastalıklarla ilgili toplum nezdinde detaylı bilgilendirilme yapılmalı, eğitimler verilmelidir. Obezite Sağlık İnanç Modelinin uygulandığı randomize çalışmalarda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde eğitimin uygulandığı gruplarda, inanç ve tutumlarda anlamlı farklılık tespit edildiği, bireylerin olumlu anlamda davranış değişikliği sergiledikleri görülmektedir. Amaç, toplumda obezite prevalansının azaltılması, neden olabileceği hastalıkların ve mortalitenin azaltılarak önüne geçilmesi ve bu duruma bağlı olarak sağlık bakım giderlerinin düşürülmesi olmalıdır.

Obezite fiziksel, psikolojik, hormonal, genetik birçok faktöre dayanmaktadır. Çok boyutlu kronik bir hastalık olmasına rağmen gerek yaşam tarzı değişiklikleri ile gerekse diyet, ilaç tedavisi ya da en son çare olarak cerrahi tedavi uygulanarak hastalığın çözümü hususunda toplum bilinçlendirilmelidir.

Obezite konusunda koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı alanında yapılan çalışmalar önem teşkil etmektedir. Öncelikle, hastalanmadan gerekli önlemlerin alınması, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerekmektedir. Gerek eğitim yoluyla gerekse toplumsal iletişim kanalları, broşürler vb. yollarla bireylere sağlıklı kiloyu, aşırı kiloyu ve obeziteyi tanımlamak, kilo vermenin hatta verilen birkaç kilonun bile sağlığa faydalarını vurgulamak, yaşam tarzı yönetimine odaklanmak, engelleri aşmanın, stresi

yönetmenin ve öz yeterliliği artırmanın yollarını bulmak, görünüşümüzün motivasyonumuz üzerindeki etkisini kabul etmek, ağırlık ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi vurgulamak, fiziksel aktivitenin önemini anlatmak ve yaşam boyu fiziksel aktiviteyi arttırmanın, sedanter yaşam tarzından uzaklaşmanın yollarını önermek, yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirmek, sadece kilo vermenin değil, genel olarak sağlıklı yaşamının önemini vurgulamak gereklidir.

Genel olarak incelendiğinde ülkemizde herhangi bir hastalık oluşmadan doktora gidilmediği görülmektedir. Bu durum tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Obezite ciddi bir hastalıktır ve çok geciktirmeden tedavi edilmelidir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında katılımcıların ciddiyet algısı düzeyi en yüksek değere sahip değişken olarak tespit edilmiştir. Akabinde yarar algısı ve duyarlılık algısı değişkenleri gelmektedir. Bu sonuçlar obezite konusundaki inanç ve tutumlar değerlendirildiğinde umut vericidir. Bireyin hastalığı bir risk, bir tehdit olarak algılaması (duyarlılık + ciddiyet algısı=tehdit algısı), davranış değişikliğine gidildiğinde yarar elde edeceğine inanması, yararların doğru anlaşılması davranış değişikliğine gidilmesini kolaylaştıracaktır.

Kendisini aşırı kilolu ve obez olarak değerlendiren bireylerin, obeziteye dair sağlık inanç ve tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Aşırı kilolu veya obez olduğunu düşünen bireylerin, bu durumun ciddiyetinin farkında oldukları, bu duruma karşı, diğer insanlardan daha fazla duyarlılık gösterdikleri, uygulayacakları yaşamsal değişikliklerin yararlı olacağına inandıkları görülmektedir. Ancak ne yazık ki engel algıları da diğer bireylerden daha fazla olarak belirlenmiştir. Bu durumda bu engellerin tespiti amacıyla yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir. Doğru sağlık davranışlarının önündeki engellerin tespitinin ve bu engellerin kaldırılmasının obezitenin azaltılması hususunda önem arz etmektedir.

Diyet yapma konusunda sağlığın önemi, duyarlılık ve yarar algısının etkili olduğu görülmektedir. Yapılacak çalışmalarda bu inanç ve tutumlara öncelik verilmesi, diyetin sağlık için önemi, diyet yapmanın yararları konusunda farkındalığın artırılması hedeflenebilir.

Katılımcılardan spor yapmayan ya da nadiren spor yapan bireylerin engel algısı düzeyinin spor yapan bireylere oranla yüksek olduğu görülmektedir. Spor yapma ya da

egzersiz yapma konusunda bireylerde engel teşkil eden durumların tespiti amacıyla çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısının az olduğunu düşünen ya da bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade eden bireylerin obezite konusundaki farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Obezite konusunda farkındalık düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmeti talep erteleme davranışının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin obezite konusunda farkındalığının ve bilgi düzeyindeki artışın sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisi dikkate alınarak buna uygun çalışmalar yapılmasının etkili olacağı kanaatindeyiz.

Katılımcıların Sağlık Hizmeti Talep Erteleme Davranışı orta düzeydedir. Sağlık hizmeti talebinin ertelenme nedenlerine bakıldığında 4 ve üzeri çocuk sahibi olmanın etkili olduğu görülmektedir. Bu durum ailelerin maddi olanaklarının kısıtlılığı, zamanla ilgili engeller, sağlık sorunları vb. nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Devletin sosyal devlet olma ilkesi gereği çok çocuklu ailelere ekonomik destekte bulunması ya da pozitif ayrıcalıklar tanınması sağlanabilir. Ayrıca aile planlaması konusunda bilgilendirmelerinde gerekli durumlarda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bireysel çare arama değişkeni değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olmayan, bireylerin, sosyal güvencesi olan bireylere oranla, daha fazla kendi kendilerine çare aradıkları görülmektedir. Bu durum hastalıkların ilerlemesine ve daha tehlikeli boyutlara ulaşmasına neden olabilmektedir. Bu konuda yine düzenlemeler yapılabilir. Ayrıca çoğunlukla öğrencilerin bireysel çare aradığı görülmektedir. Bu konuda ailelere ve eğitimcilere görevler düşmektedir.

Bireylerin düşük gelir durumuna sahip olması sağlık hizmeti talebinden kaçınmalarına neden olmaktadır. Sağlık hizmetinin bireylere eşit olarak sağlanması, ulaşılabilir olması önem arz etmektedir.

Sağlık hizmeti talebinde, bireyin okuryazar olmaması durumu harekete geçmesini engellemektedir. Eğitimin ne kadar önemli olduğu aşikârdır. Ülkemizde okuma yazma bilmeyen birey sayısı az olsa da araştırmadan da anlaşıldığı üzere günümüzde hala sorun teşkil etmektedir. Devletin bu hususta gereken çalışmaları yaparak okuryazar olmayan birey sayısının azaltılması ve sonlandırılması sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, obezite ile mücadele kapsamında Toplum Sağlığı Merkezleri ve Devlet Hastanelerinde ücretsiz diyetisyenlik hizmeti sunmaktadır.

Toplum Sağlığı Merkezlerinden hizmet alım oranı %9,9, devlet hastanelerinden %10,4, özel diyetisyene başvuranların oranı %24 ve kendi kendine diyet yapanların oranı %51 olarak belirlenmiş ve bireylerin çoğunluğunun bireysel olarak diyet yaptığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, sağlık hizmetlerinin yeterince kullanılmadığını göstermektedir. Sağlık hizmeti talebi, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetlerin kullanımı açısından maliyet etkin faydalar sağlamaktadır. Bu nedenle, hizmetlerin daha etkin kullanımı için bireylerin davranışlarını ve motivasyon kaynaklarını anlamak, politika geliştiriciler için önemli bir adımdır.

Obezite konusunda farkındalığın artırılabilmesi ve obezitenin kontrol altına alınabilmesi için toplumsal düzeyde ulusal plan ve politikalar hızlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Başta yeterli ve dengeli bir beslenme ve aktif bir yaşam şeklinin benimsenmesi gereklidir.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının aşırı kilolu kişileri tespit etme konusunda daha dikkatli olmaları ve bu kişilere sağlık ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda danışmanlık yapmaları gerekmektedir. Kişinin kilosunun yanlış algılanması, fiziksel ve zihinsel sağlığını etkileyebilir ve bu tür müdahaleler toplumdaki bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü azaltabilir.

Araştırmada yaş, cinsiyet, gelir durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, bireyin kendi kilosunu değerlendirme durumu, spor yapma, kronik hastalık, sosyal güvence durumu gibi tanımlayıcı değişkenlerin, obezite farkındalığı, sağlık hizmeti talebi erteleme ve sağlık inanç ve tutumlarının gruplara göre farklılaştığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, literatür ile uyumlu olup obezite ile mücadele politikalarının oluşturulmasında önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir.

Obezite ile mücadelede etkili politikalar geliştirmek için, toplumun farklı gruplarını ve bu gruplar arasındaki farklılıkları anlamak kritik öneme sahiptir. Bu sonuçlar, politika oluşturucularının çeşitli demografik ve sosyoekonomik faktörleri dikkate alarak hedeflenmiş müdahaleler geliştirmelerine yardımcı olabilir.

Ayrıca analizler ile belirlenen bu önemli farklılıklar gelecekte yapılacak açıklayıcı araştırmalar için temel oluşturabilir. Bu araştırmalar, belirlenen değişkenler arasındaki

ilişkileri daha derinlemesine anlamak için faydalı olabilir. Böylece, daha etkili ve hedefe yönelik müdahalelerin tasarlanması mümkün olabilir.

Sağlık İnanç Modelinin Sağlık Yönetimi alanında da kullanılabilir olduğu görülmektedir. Sağlık yönetimi alanında birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmaların sayısının artması önemlidir.

Obezitenin yönetilebilmesi, toplumda azaltılarak önlenmesi, obezitenin bilinmeyenlerinin tespit edilebilmesi, bireylerin engel olarak gördükleri algılarının belirlenmesi için daha çok araştırmaya ve veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Acaroğlu , T., & Çolakoğlu , T. (2020). Guidance of Young People to Activity, Healthy Nutrition and Obesity Awareness as A Sport Policy. *Journal of Human Sciences*, 17(1), 340-358. <https://doi.org/10.14687/jhs.v17i1.5944> adresinden alındı.
- Ahmet, M. M., & Naji, A. B. (2021). Assessment of Health Beliefs Regarding Weight Control among Overweight and Obese Employees in University of Mosul: Applying Health Belief Model. *Kufa Journal for Nursing Sciences*, 11(2), 38–43. doi:10.36321/kjns.vi20212.2018
- Alasmari , H. D., Al-Shehri , A. D., Aljuaid , T. A., Alzaidi , B. A., & Alswat , K. A. (2017). Relationship Between Body Mass Index and Obesity Awareness in School Students. *J Clin Med Res*, 9(6), 520-524.
- Alparslan, A. M. (2021). Aracı Etki Analizi. A. M. Alparslan, & Ö. L. Antalyalı (Ed.) içinde, *Jamovi: Uygulamalı İstatistik Analizleri*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Arefnya, N. (2018). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri: Bir Mikro Veri Analizi”. *Doktora Tezi*,. Ankara.
- Arık, Ö. (2021). İstatistiklerle Obezite. F. Özyiğit (Ed.) içinde, *Obeziteye Multidisipliner Bakış*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Arslan , M., Akkaya , T., & Şar , S. (2020). Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik Farkındalıkları. *Lokman Hekim Dergisi*, 10(2), 171-178 . doi:10.31020/mutftd.688839
- Aydoğdu, N. G., & Bahar, Z. (2011). Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 34-40.
- Aygün, M. (2021). Obezite ve Yönetimi. Z. Durna (Ed.), & S. Akın (Yrd.Ed.) içinde, *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (s. 341-380). İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Bal , M. D. (2014). Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 133- 138.
- Baltacı , D., Ünalacak , M., Kara , İ. H., & Sarıgüzel , Y. C. (2015). Birinci Basamakta Obezite Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6(3), 96-102.
- Beyaz Sipahi, B. (2021). Türkiye’de Obezite Üzerine Sosyoekonomik Faktörlerin Etkisi ve Gelir Eşitsizliği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*,. 76(2), 542-573. doi:<https://doi.org/10.33630/ausbf.822558>

- Boskey , E. (2022, 1 27). *What Is the Health Belief Model?* 1 20, 2023 tarihinde <https://www.verywellmind.com/health-belief-model-3132721> adresinden alındı
- Bostan, N., Örsal, Ö., & Karadağ, E. (2016). Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeğinin Geliştirilmesi: Metodolojik Çalışma. . *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* , 8(2), 102-111. doi:10.5336/nurses.2014-41578
- Bozbora, A. (2008). Obezite Cerrahisinde Hasta Seçimi . Y. Orhan, & A. Bozbora (Ed.) içinde, *Obezite* (2 b.). İstanbul: İstanbul Medikal.
- Bozbulut , R., Ertaş Öztürk , Y., Döğner , E., Bideci , A., & Köksal, E. (2020). Increased Obesity Awareness and Adherence to Healthy Lifestyle-Diet Reduce Metabolic Syndrome Risk in Overweight Children. *Journal of the American College of Nutrition*, 39(5), 432-437.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2012). *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response:Summary*. Denmark,: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/328775> adresinden alındı
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer , Y., & Ardıç , E. (2015). Sağlık Davranış Modelleri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 5(1), 28- 34.
- Can, A. N. (2021). Sağlık İnanç Modeline Göre Obez Bireylerde Sağlık İnançları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi*. Malatya.
- Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The Epidemiology of Obesity. *Metabolism*, 92, 6-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>
- Cisse, A. (2011). *“Analysis of Health Care Utilization in Côte d’Ivoire. The African Economic Research Consortium*. Nairobi, Kenya.
- Çenesiz , E., & Atak , N. (2007). Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-434.
- Çetin Aslan , E. (2022). COVID-19 Pandemisinin Sağlık Hizmetleri Erişimine Etkisinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Araştırma. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 7(2), 534-543. doi:10.5336/healthsci.2021-84653
- Çimen , M., Akbolat , M., Çiftçi , F., Işık , O., & Şahin , B. (2012). Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), 87-96.
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması . *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi* , İzmir.

- Daddario , D. K. (2007). A Review of the Use of the Health Belief Model for Weight Management. *Med Surg Nursing.*, 16(6), 363-366.
- Daniel , M., & Messer , L. C. (2002). Perceptions of Disease Severity and Barriers To Self-Care Predict Glycemic Control in Aboriginal Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 23(4), 130-138.
- Darıcı, F. A. (2019). Obez Hastalarda Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Beslenme Danışmanlığının Randomize Klinik Değerlendirmesi. *Bülent Ecevit Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi.* Zonguldak.
- Deckelbaum, R., Fisher, E., Winston, M., Kumanyika, S., Lauer, R. M., Pi-Sunyer, F. X., . . . Weinstein, I. B. (1999). Summary of a scientific conference on preventive nutrition: Pediatrics to geriatrics.Salt Lake. *Circulation*, 100(4), 450-456. doi:10.1161/01.cir.100.4.450.
- Dedeli , Ö. (2010). Obez Bireylerde Kilo Vermeye Yönelik Tutum ve İnançlarının İncelenmesi: Sağlık İnanç Model'inin Uygulanması. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi.*
- Doğan, E. (2020). Gelir Düzeyi ve Sağlık Hizmet Talebi İlişkisi: Mikro Veriler ile Türkiye Örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(4), 2376-2392. <https://doi.org/10.33206/mjss.705718> adresinden alındı
- Drury , C. A., & Louis , M. (2002). Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity and Health Care Avoidance. *J Am Acad Nurse Pract*, 14(12), 554-561. doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x.
- Erem, C., Arslan, C., Hacıhasanoğlu, A., Değer, O., Topbaş, M., Ukinç, K., . . . Telatar, M. (2004). Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors in a Turkish Population (Trabzon city, Turkey). *Obes. Res.*, 12(7), 1117-1127. doi:10.1038/oby.2004.140
- Ertem, M. (2017). Obezite Epidemiyolojisi ve Korunma. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(5), 21-30.
- Fryar, C. D., Carroll, M. D., & Afful, J. (2020). *Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Adults Aged 20 and Over: United States,1960–1962 Through 2017–2018.* NCHS Health E-Stats. doi:<https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity-adult-17-18/obesity-adult.htm>
- George , D., & Mallery , M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference,17.0 Update, 10th Edition, Pearson.* Boston.
- Gerretsen, P., Kim, J., Shah , P., Quilty , L., Balakumar , T., Caravaggio, F., . . . Graff-Guerrero , A. (2018). OASIS: The Obesity Awareness and Insight Scale. *Obes. Med.*, 9, 38-44. doi:doi: 10.1016/j.obmed.2018.02.001.

- Gökdoğan, F., & Akıncı, F. (2001). Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 10-17.
- Gördes Aydoğdu , N., & Bahar , Z. (2011). Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *DEUHYO ED*, 4(1), 34-40.
- Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The Health Belief Model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*,, 211–214. doi:10.1002/9781119057840.ch68
- Gülcan, E., & Özkan, A. (2006). OBEZİTE. *Journal of Science and Technology of Dumlupınar University*, (010), 185-194. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/dpufted/issue/36179/407528> adresinden alındı
- Günay Kara , M. (2017). Ortaokul Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Obezite Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması . *T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi*. Malatya.
- Güneş, C., Ünlü, M., Büyükkör, Y., & Birecikli Üçdoğruk, Ş. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Talebinin Sayma Veri Modelleriyle İncelenmesi: İçsellik Sorunu. *Sosyoekonomi*, 24(30), 113-128. <https://doi.org/10.17233/se.2016.10.006> adresinden alındı
- Gürbüz , S., & Şahin , F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Felsefe-Yöntem -Analiz* (5 b.). Ankara: Seçkin Yayınları.
- Haefner, D. P., & Kirscht, J. P. (1970). Motivational and Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs. *Public Health Reports*, 85(6), 478-484.
- Hatunoğlu, E. E., & Başar, D. (2023). Sosyoekonomik Faktörler Perspektifinden Obezite: Kahramanmaraş Örneği . *Fiscaoeconomia*, 7(2), 1123-1145. <https://doi.org/10.25295/fsecon.1245372> adresinden alındı
- Hayran, O., & Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım.
- James, D. S., Pabee, J. W., Oxidine, D., Brown, L., & Joshi, G. (2012). Using the Health Belief Model to Develop Culturally Appropriate Weight-Management Materials for African-American Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*,, 112(5), 664–670. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.02.003> adresinden alındı
- Kafkas, M. E., & Özen, G. (2014). Obezite Farkındalık Ölçeği’nin (Ofö) Türkçeye uyarlanması: Bir geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1(2), 1-15.

- Kahraman , G., Baş , T., & Akbolat , M. (2015). Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 89-98.
- Kahraman, G. (2014). Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi. *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. . Sakarya.*
- Kaiser , H. F. (1974). An Index of Factorial Simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575> adresinden alındı
- Karaca , Z., & İnan , K. (2022). Pandeminin Sağlık Hizmetleri Talebine Etkisi: Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Üzerine Bir Uygulama. *Trends in Business and Economics*, 36(1), 43-49. doi:10.54614/TBE.2022.933107
- Karagöz , H. (2020). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Dönem 2 Tıp Öğrencilerinin Aile ve Sosyal Çevresindeki Obezite, Beden Kitle İndeksi ve Obezite Farkındalığı Arasındaki İlişki. *T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Samsun.*
- Karagöz, Y. (2021). *SPSS AMOS BETA Uygulamalı Nitel-Nicel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği* (3 b.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kavuncubaşı, S., & Yıldırım, S. (2010). *Hasta ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, A. A., Moçoşoğlu, B., & Sevim, H. İ. (2021). Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Olarak Öğretmenler ve Okul Yöneticilerinin Salgına Yönelik Bireysel Hazırlık Algılarının İncelenmesi. . *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(40), 2345-2374. doi:10.26466/-opus.868717
- Kelly , T., Yang , W., & Chen , C. S. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)*, 32(9), 1431-1437.
- Kelly, K. T. (2004). The Behavior and Psychology of Weight Management. *JAAPA-Journal of the American Academy of Physicians Assistants*, 17(4), 29-32.
- Kermani, M. S., Ghaderi, H., & Yousefi, A. (2008). "Demand for Medical Care in The Urban Areas Of Iran: An Empirical Investigation". *Health Economics*, 17(7), 849-862.
- Kernick, D. (2005). "An Introduction to the Basic Principles of Health Economics for Those Involved in the Development and Delivery of Headache Care". *Cephalalgia*, 25, 709-714. doi:10.1111/j.1468-2982.2005.00946.x
- Kılınç, E., & Gür, K. (2018). Okul Yaralanmalarını Önlemede Sağlık İnanç Modelinin Etkisi . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 467-475. <https://doi.org/10.17681/hsp.362244> adresinden alındı

- Kır, E. (2003). Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi. *T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi*. Bolu.
- Korkmaz , S., Bıyık , E., & Demiralp , G. (2021). Covid-19 Salgınından Korunmada Sağlık Çalışanlarında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı: Sağlık İnanç Modeli Uygulaması. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 1-16.
- Kuloğlu, Y., Yalçın, C., & Helvacı, M. (2022). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlarının İncelenmesi: Kırklareli Üniversitesi Örneği. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 116-128. doi:10.25287/ohuibf.981575
- Kutlu, G., & Ağırbaş, İ. (2017). Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Arzı ve Talebinin İncelenmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(16), 454-464.
- Leibowitz, A. A. (2004). The Demand for Health and Health Concerns After 30 Years. *Journal of Health Economic*, 23(4), 663-671. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.04.005>. adresinden alındı
- Loke , A. Y., & Chan , L. K. (2013). Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and The Breastfeeding Behaviors of Newborns in The Practice of Exclusive Breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42(6), 672-684. doi:10.1111/1552-6909.12250
- Mahmoud, R., Kimonis, V., & Butler, M. G. (2022). Genetics of Obesity in Humans:A Clinical Review. *Int. J. Mol. Sci.*, 23(19), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijms231911005> adresinden alındı
- Malverdy , Z., & Kazemi , A. (2016). Health Beliefs And Stages of Changes To Improve Behaviors Among Obese and Overweight Women Undergoing Preconception Care. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 21(6), 595-600. doi:10.4103/1735-9066.197677
- Mancoğlu , E. (2023). Mancoğlu E.(2023) Obez Bireylerde Sağlık İnanç Modelinin Değerlendirilmesi T.C. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Marques , A., Peralta , M., Naia , A., Loureiro , N., & de Matos , M. G. (2018). Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *Eur. J Public Health*, 28(2), 295–300. doi:10.1093/eurpub/ckx143
- McArthur LH, Riggs A, Uribe F, Spaulding TJ, I., McArthur , L. H., Riggs , A., Uribe , F., & Spaulding , T. J. (2018). Health Belief Model Offers Opportunities for Designing Weight Management Interventions for College Students. *Jo Nutr Educ Behav*, 50(5), 485-493.
- McLaren , L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews*. 29(1), 29-48. doi:10.1093/epirev/mxm001

- Mills, A., & Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine. HEFP working paper 01/88, LSHTM.
- Mutlu, A., & Işık, A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- OECD. (2017). *Obesity Update 2017*. doi:<https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- OECD. (2024). *Overweight Or Obese Population (Indicator)*. doi:10.1787/86583552- En
- OECD/European Union. (2022). “Overweight and Obesity Among Adults”, in *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, . Paris: OECD Publishing. doi: DOI: <https://doi.org/10.1787/26e2160a-en>
- Okunogbe , A., Nugent , R., Spencer , G., Powis, J., Ralston, J., & Wilding, J. (2022). Economic Impacts of overweight and Obesity: Current and Future Estimates for 161 Countries. *BMJ Glob Health*, 7(9), 1-17. doi:10.1136/bmjgh-2022-009773
- Özdamar , K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi* (5 b.). Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özkan , İ., Adıbelli , D., İlaslan, E., & Taylan, S. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Obezite Farkındalıkları ile Beden Kitle İndeksleri Arasındaki İlişki. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 11(1), 120-126. <https://doi.org/10.31067/0.2020.249> adresinden alındı
- Özkoç, H. (2013). “Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 267-280.
- Özmen, D. (2004). “Sağlık İnanç Modeli” Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması. *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*. İzmir.
- Özyiğit, F. (2021). Obezite Tedavisi. F. Özyiğit (Ed.) içinde, *Obeziteye Multidisipliner Bakış*. Ankara.: Akademisyen Kitapevi.
- Pantenburg , B., Sikorski , C., Luppä , M., Schomerus , G., König , H. H., Werner , P., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Medical Students’ Attitudes Towards Overweight and Obesity. . *PLoS One*, 7(11), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0048113.
- Peker, A. T., & Zengin, S. (2019). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Spor Sağlık İnanç Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, 77, 45-56.
- Preacher, K. J., & Kelley, K. (2011). Effect Size Measures for Mediation Models: Quantitative Strategies for Communicating Indirect Effects. *Psychological Methods*, 16(2), 93-115.

- Romano, V., & Scott, I. (2014). Using Health Belief Model to Reduce Obesity Amongst African American and Hispanic Populations. . *Procedia-social and behavioral sciences*, 159, 707-711. <https://www.sciencedirect.com/journal/procedia-social-and-behavioral-sciences> adresinden alındı
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Educ Behav*, 15(2), 175-183.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Behavior*, 2(4), 328-335.
- Safaei, M. M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A Systematic Literature Review on Obesity: Understanding the Causes & Consequences of Obesity and Reviewing Various Machine Learning Approaches Used to Predict Obesity. *Computers in Biology and Medicine*, 136, 104754-104771. doi:10.1016/j.combiomed.2021.104754
- Saghafi-Asl, M., Aliasgharzadeh, S., & Asghari-Jafarabadi, M. (2020). Factors Influencing Weight Management Behavior Among College Students: An Application of the Health Belief Model. *PloS one*, 15(2).
- Sağlam, M., & Tavman, E. B. (2021). COVID-19 Döneminde Algılanan Tehdit, Kaygı ve Dürtüsel Satın Alma İlişkisinde Algılanan Duyarlılığın ve Ciddiyetin Moderatör Rolü. *BMİJ*, 9(2), 673-693.
- Sançar, B., & Özcanarslan, F. (2021). Akademisyenlerin Obezite Farkındalıklarının Belirlenmesi: Toros Üniversitesi Örneği. *Uluslararası İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 7(2), 5-14. doi:10.29131/Uiibd.999353
- Say Sahin, D. (2020). An Investigation on The Healthcare Use of Elderly Individuals In Terms of Some Variables: A Cross-Sectional Research. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 21(4), 327-331. <https://doi.org/10.18229/Kocatepetip.648648> adresinden alındı
- Seçginli, S., & Nahcivan, Ö. N. (2004). Reliability and Validity of the Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women. *Cancer Nursing*, 27(4), 287-294.
- Serim, H., & Arıkan, G. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Davranışsal İktisat Yaklaşımı: Türkiye'deki Sağlık Sistemi İçin Öneriler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(32), 1352-1375. doi:10.21076/vizyoner.872680
- Serim, H., & Küçükşenel, S. (2022). (2020). Davranışsal İktisat ve Dürtme: Sağlık Politikaları Özelinde Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 38(3), 531-559.
- Serter, R. (2003). *Obezite Atlası*. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, Ankara:. 1 14, 2023 tarihinde <https://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv1ltlgdb12nghpv4.pdf> adresinden alındı

- Singh , S., Bazarbashi , A. N., Khan , A., Chowdhry , M., Bilal, M., de Moura, D. H., . . . Thompson, C. C. (2022). Primary Obesity Surgery Endoluminal (POSE) for the Treatment of Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Surgical Endoscopy*, 36(1), 252-266. doi:10.1007/s00464-020-08267-z.
- Sirois, F. M. (2007). "I'll Look After My Health, Later'': A Replication and Extension of the Procrastination– Health Model with Community-Dwelling Adults. *Elsevier, Personality and Individual Differences*, 43(1), 15–26.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. M. Tatar (Ed.) içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* (s. 2-26). Eskişehir. <https://docplayer.biz.tr/2734495-Saglik-kurumlari-yonetimi-i.htm> adresinden alındı
- Soyler , S., Uyar , S., Kirac, R., Yilmaz , G., & Ciftci-Kirac , F. (2022). Development of Healthcare Demand Procrastination Scale: A Reliability and Validity Study. *J Basic Clin Health Sci*, 6(2), 283-291.
- Suliman , S., L. van den Heuvel , L., Kilian , S., Bröcker, E., Asmal, L., Emsley, R., & Seedat, S. (2021). Cognitive Insight is Associated with Perceived Body Weight in Overweight and Obese Adults. *BMC Public Health*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10559-5> adresinden alındı
- Şenol, V., Çetinkaya, F., & Balcı, E. (2010). Factors Assocaited with Health Seviles Utilization By The General Population in The Center of Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(2), 721-730.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Obezitenin Tedavisi*. 12 28, 2022 tarihinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019 – 2023*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). *Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2013). *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017)*. Ankara.
- Terzi , D., Şahin Kaya , A., Terzi , B., & Ege Gündüz , K. (2021). Sağlık Bilimleri Bölümünde Eğitime Devam Eden Öğrencilerin Obezite Farkındalık ve Ön Yargı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Örneği. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 703-712. doi:10.5336/healthsci.2020-79833
- Tezcan Doğru , F. (2022). İntörn Doktorların Obezite Konusundaki Farkındalıklarının, Obezite Ön Yargılarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık*

Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir.

- Thuan , N. B., Lofgren, C., Lindholm , L., & Chuc, N. K. (2008). Choice of he - Althcare Provider Following Reform in Vietnam. *BMC He - alth Services Research*, 8(162), 1-9.
- Topçu , M. (2021). Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya.*
- Topçuoğlu , Ç. M. (2022). Gençlerin Covid-19 Tedbirlerine Yönelik İnançlarını Etkileyen Faktörlerin Risk İletişimi Perspektifinden İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Truesdale , K. P., & Stevens , J. (2008). Do the Obese Know They are Obese? *North Carolina medical journal*, 69(3), 188-194.
- Tuna , A., Unsal Avdal , E., Çınar Yucel , S., Alp Dal , N., Dicle , A., Ozkan , A., . . . Değirmenci , M. (2014). Effectiveness of Online Education in Teaching Breast Self-examination. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15, 3227–3231.
- Tuncay Yılmaz , S., Demirhan , İ., Şahin , S., & Kaplan , S. (2019). Sağlık İnanç Modeli Örneği: Tütün Bağımlısı Gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 38-46.
- Turan, İ. (2017). Diyarbakır İli Kayapınar İlçesi Gaziler 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 19 Yaş ve Üzeri Kişilerde Obezite Sıklığı, Risk Faktörleri ve Obezite Eğitimi Sonrası Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı.Tıpta Uzmanlık Tezi. Diyarbakır.* <https://hdl.handle.net/11468/3510> adresinden alındı
- TÜİK. (2023). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2022*. Ankara. 1 4, 2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> adresinden alındı
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019). *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Ankara: Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2005). *Theory at a Glance. A Guide for Health Promotion Practice* (2 b.). USA: NIH Publication.
- Ural , D., Kılıçkap , M., Göksülük , H., Karaaslan , D., Kayıkçıoğlu , M., Özer , N., . . . Tokgözoğlu, L. (2018). Türkiye’de Obezite Sıklığı ve Bel Çevresi Verileri:. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 46(7), 577-590. doi:10.5543/tkda.2018.62200
- Uysal, İ., & Kılıç, A. F. (2022). Normal Dağılım İkilemi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 12(1), 220-248. <https://doi.org/10.18039/ajesi.962653> adresinden alındı

- Ünlü, T. N., & Deniz, D. (2022). Obezite Politikaları; Türkiye ve Almanya Uygulama Karşılaştırılması. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 62 -78.
- Ünveren, A., Harmancı , H., & Kayhan , M. (2021). Obezite ve Egzersiz. F. Özyiğit (Ed.) içinde, *Obeziteye Multidisipliner Bakış*. Ankara.: Akademisyen Kitapevi.
- Wayne, W., LaMorte, M., & PhD, M. (2022, 11 3). *The Health Belief Model. Behavioral Change Models. All Rights Reserved.* 1 11, 2023 tarihinde Boston University School of Public Health: <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/> adresinden alındı
- WHO. (2003). *Launch expert report on diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report No: 916.* . World Health Organization/Food and Agriculture Organization. 1 12, 2023 tarihinde alındı
- WHO. (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies.* 12 28, 2022 tarihinde http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf. adresinden alındı
- WHO. (2021, 6 9). *Obesity and overweight Fact Sheet.* 12 28, 2022 tarihinde <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. adresinden alındı
- WHO. (2024, 3 1). *Obesity. One in eight people are now living with obesity.* 3 13, 2024 tarihinde <https://www.who.int/health-topics/obesity> adresinden alındı
- Yaralı, S. (2018). Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeline göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.* Erzurum.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., & Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma/Health Services Demand: A Study in Erzurum. *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573.
- Yeo , C., Ahmed , S., Oo, A. M., Sanghvi, K., & Yeo, D. (2020). COVID-19 and Obesity—the Management of Pre- and Post-bariatric Patients Amidst the COVID-19 Pandemic. *Obesity Surgery*, 30(9), 3607-3609. doi:10.1007/s11695-020-04670-6
- Yıldırım, M., Şimşek, B., & Kartal, A. (2022). “Lise Öğrencilerinin Obezite Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi”. *Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 8(51), 603-611.
- Yıldırım, Y. (2021). Obezite Tanısı Alan Kadın Hastaların Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Bağcılar*

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi. . İstanbul.

Yılmaz , D. (2023). Obezite Sağlık İnanç Modeline göre Obez Sağlık Çalışanlarının Sağlık İnançları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *T.C. İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*

Yılmaz, M. (2021). Sosyoekonomik Faktörler ve Obezite. F. Özyiğit (Ed.) içinde, *Obeziteye Multidisipliner Bakış*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Yılmaz, N., & Sarı, B. (2022). Tarihsel ve Toplumsal Bir Olgu Olarak Obezite. N. Yılmaz, & B. Sarı (Ed.) içinde, *Tıbbi ve Sosyal Yönleriyle Obezite*. Ankara: Nobel Bilimsel.

Zelenytė, V., Valius , L., Domeikienė , A., Gudaitytė , R., Endzinas, Ž., Šumskas , L., & Maleckas , A. (2021). Body Size Perception, Knowledge About Obesity and Factors Associated with Lifestyle Change Among Patients, Health Care Professionals and Public Health Experts. *BMC Family Practice*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01383-2> adresinden alındı

Zhang, X., Zhang, M., Zhao, Z., Zhengjing , H., Deng, Q., Li, Y., Wang, L. (2020). Obesogenic Environmental Factors of Adult Obesity in China: A Nationally Representative Cross-Sectional Study. *Environ. Ress. Letit. , 15(4), 1-34.* [http://refhub.elsevier.com/S0010-4825\(21\)00548-5/sref13](http://refhub.elsevier.com/S0010-4825(21)00548-5/sref13) adresinden alındı

EKLER

Ek 1: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Raporu



ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 02.11.2022 Çarşamba
Toplantı No: 2022/11
Karar No: GO 2022/911

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek lisans öğrencisi Neriman AKSOY' un Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA danışmanlığında yürüteceği *"Şişman ve Obez Bireylerin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Obezite Farkındalığının Sağlık İnanç Modeline Göre İncelenmesi"* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın fikri, hukuki ve telif hakları bakımından sorumluluğu araştırma ekibine ait olması koşulu ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

*Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15100-BURDUR
Telefon : 0-248-213 1029-1032 / Faks: 0-248-213 1028*

Ek 2: Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Raporu



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Burdur İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 49810142/806.02.02
Konu : Neriman AKSOY'un Araştırma İzni

KOMİSYON KARARI

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KAYA'nın danışmanlığında Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetiminde yüksek lisans öğrencisi Neriman AKSOY'un Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesinin 02/11/2022 tarihli ve GO 2022/911 nolu kararı ile yürüttüğü "Şişman ve Obez Bireylerin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Obezite Farkındalığının Sağlık İnanç Modeline Göre İncelenmesi" konulu çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Toplum Sağlığı Merkezlerinde 01/01/2023-31/05/2023 tarihleri arasında yapabilmesine dair başvuruları Müdürlüğümüzce incelemiş olup, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüze sunulması ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygun görülmüştür.

İş bu tutanak Klinik Araştırmalar İnceleme Komisyonu tarafından imza altına alınmıştır.9/12/2022

Adres: Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Yeni Mahalle İsmet İnönü Caddesi Kat: 2 15030 BURDUR
Tel: 0248 252 99 59 – 0248 233 35 86 Faks : 0 248 233 35 21

EK 3:Anket Formu**Değerli Katılımcı**

Çalışma sağlık hizmeti kullanımı ve obezite farkındalığının sağlık inanç modeline göre incelenmesi amaçlanmaktadır. Verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Bu nedenle tüm ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyarak eksiksiz doldurmanız önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

1=Hiçbir zaman,2=Bazen, 3=Sık, 4=Çok sık,5=Her zaman					
Sağlık ile ilgili konularda kitap, dergi, radyo, televizyon gibi basın yayını takip ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sağlık uzmanları ile karşılaştığımda sağlık ile ilgili sorular sormaya meraklıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sağlık ve yaşam ile ilgili konularda eğitici programlara ve toplantılara katılırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Her gün yediğim ve içtiklerime dikkat eder, öğünlerimi atlamamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Düzenli olarak egzersiz, yürüyüş, bisiklete binme ve koşma gibi aktiviteler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Belirli bir uyku düzenim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Her gün 1.5-2 litre su içerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum					
Hayatımda hiçbir şey sağlığımın iyi olmasından daha önemli olamaz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obezite bir hastalıktır	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obezite ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen önemli bir hastalıktır	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obezite tedavi edilebilir bir hastalıktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yaşamımın her hangi bir döneminde obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişme ihtimali çok yüksektir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişebilme ihtimali beni korkutur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obez olmak ve obeziteye bağlı gelişen sağlık sorunları bütün hayatımı değiştirecek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obez olmanın sağlık açısından bir zararı yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kendime iyi baktığım sürece obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişebileceğine inanmıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obezite tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Kilo vermek için gerekli olan diyet, egzersiz gibi programlara hiçbir zaman hazır olamayacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ne yaparsam yapayım kilo veremeyeceğim ya da istediğim kiloya ulaşamayacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kilo versem de benim için yararlı olacağını düşünmüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Belirli bir program çerçevesinde kilo verebilmek en büyük umudumdur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Önümüzdeki altı ay boyunca kilo vermem sağlık açısından yararlı olacak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kilo vermek için yapılan diyet ve egzersiz programları bana sıkıcı geliyor, mutsuz oluyorum değiştirirsem benim için iyi olacak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kilo verirsem fiziksel olarak daha iyi görüneceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kilo verirsem kendimi daha iyi ve mutlu hissedeceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İstediğim kiloya ulaşmak için yaşam tarzımı değiştirirsem benim için iyi olacak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Düzenli egzersiz yapmanın kilo vermeye yardımcı olacağına inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diyet yapmanın kilo vermeye yardımcı olacağına inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kilo vermek için doktorun önerilerini uyguladığımda hayatımın kontrolünü kaybettiğimi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeme alışkanlıklarımı değiştirmek benim için çok güçtür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Fiziksel aktivite düzeyimi arttırmak benim için çok güçtür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kilo verdiğimde sosyal ilişkilerimin de olumlu yönde değişeceğine inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1=Kesinlikle katılmıyorum,2=Katılmıyorum,3=Kısmen katılıyorum,4=Katılıyorum,5=Kesinlikle katılıyorum					
Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında hemen hekime başvurmaktansa büyüklerimin veya arkadaş çevremın önerilerini uygulayım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında hemen hekime başvurmaktansa internetten çözüm önerileri araştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında benzer belirtileri yaşamış kişilere ne yapmam gerektiğini sorarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bir takım tıbbi test (tahlil, röntgen vb.) ve/veya tedaviye maruz kalmaktansa belirtilerimle yaşamayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hekime gitmem gerektiğini bilsem de mümkün olduğunca ertelerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hayatımı tehdit eden bir durum olmadığı sürece hekime başvurmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Sadece acil durumlarda hekime başvururum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bazı hastalık belirtilerim/rahatsızlığım olsa da hasta olduğumu inkâr ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bazı hastalık belirtilerim/rahatsızlıklarım ortaya çıktığında geçici bir şey olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bazı hastalık belirtilerim/ rahatsızlıklarım ortaya çıktığında vakit kaybetmeden bir hekime başvururum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hekime başvurmak için belirtilerimin ağırlaşmasını beklerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1= Evet, 2=Hayır, 3= Bilmiyorum					
Aşırı şişman ve obez bireylerin, kilolarıyla ilgili olarak diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişmesinde daha yüksek risk altında olduğunun farkındayım.	(1)	(2)	(3)		
Hareketsiz yaşam önemli bir obezite nedenidir.	(1)	(2)	(3)		
Obezite aileden kaynaklı kalıtsal bir hastalıktır.	(1)	(2)	(3)		
Kilo kontrolü için düzenli fiziksel aktivite yapmak gerektiğinin farkındayım.	(1)	(2)	(3)		
Obezitenin nedenleri arasında kötü beslenme alışkanlıkları(her gün abur cubur yemek, yüksek karbonhidratlı, şekerli gıdalar ya da asitli içecekler tüketmek vs.) önemli bir rol oynamaktadır.	(1)	(2)	(3)		
Sağlıklı bir birey olmak için normal bir kiloda olmak önemlidir.	(1)	(2)	(3)		

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: ()Kadın () Erkek

Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekâr

Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Yok ()1 ()2 ()3 ()4 ve üzeri

Eğitim durumunuz: ()Okuryazar değil ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite (Ön lisans-Lisans) () Yüksek lisans/doktora

Mesleğiniz: () İşim yok ()Ev Hanımı () Kamu Personeli ()Öğrenci ()Esnaf ()İşçi ()Emekli ()Serbest Meslek ()Diğer

Ailenizin toplam gelir düzeyini belirtiniz: ()8.506TL ve daha az ()8.507-11.800TL

()11.801-16.000TL ()16.001-20.000TL () 20.001-24.000TL () 24.001TL ve
üzeri

Sigara kullanıyor musunuz? ()Evet. Kullanıyorum ()Hayır. Bıraktım ()Hayır. Hiç
kullanmadım.

Sosyal güvenceniz var mı? ()Var ()Yok

Boyunuz: **Kilonuz:**

Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz? () Zayıf () Normal kilolu () Fazla kilolu ()
Obez

Sizce ülkemizde aşırı kilolu ve obez birey sayısı fazla mıdır? () Evet ()Hayır ()
Bilmiyorum

Kronik hastalığınız var mı? ()Evet ()Hayır

Cevabınız evet ise:()Diyabet ()Koroner Kalp Hastalıkları ()Hipertansiyon ()Yüksek
Kolesterol

()Astım ()Diğer

Spor yapma alışkanlığınız: ()Düzenli ()Nadiren ()Hiç

Diyet yapıyor musunuz? ()Evet ()Hayır () Nadiren () Diyeti bıraktım

Cevabınız evet ise ne kadar süredir yapıyorsunuz?

Diyet yaptıysanız/yapıyorsanız:() Halk sağlığı kurumundan diyetisyenlik hizmeti
aldım.

() Devlet /Şehir hastanesinden diyetisyenlik hizmeti
aldım.

() Özel bir diyetisyenden hizmet aldım.

() Arkadaşlarımdan aldığım liste ile diyet yaptım.

() Kendime göre internet vb. araştırmalar ile diyet
yaptım.

Diyet sonucu kilo durumunuz nedir? () Kilo verdim () Kilo aldım () Kilom
değişmedi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: Neriman AKSOY

Eğitim Durumu:

Lisans Eğitimi: Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Yüksek Lisans Eğitimi: : Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi:

İngilizce: A2

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında (Proceedings)

Basılan Bildiriler:

Nurdan Oral Kara, Neriman Aksoy (2023). “A Study on Parents Level of Vaccine Hesitancy in Pandemics and Perception of the Causes of Covid-19”. 8. International Health Sciences and Management Conference. 2-6 Mayıs 2023. Online.

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

Özmen, S. & Aksoy, N. (2022). Covid-19 Aşı Okuryazarlığı ve Aşı Tereddütü Düzeylerinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Uygulama Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (2), 550-558. DOI: 10.37989/gumussagbil.1097680