

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

OBEZİTE SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE OBEZ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ SAĞLIK İNANÇLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DERYA YILMAZ

İSTANBUL – 2023

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

OBEZİTE SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE OBEZ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ SAĞLIK İNANÇLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DERYA YILMAZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. SEHER YURT

İSTANBUL – 2023

KABUL VE ONAY

Derya YILMAZ tarafından hazırlanan “Obezite Sağlık İnanç Modeline Göre Obez Sağlık Çalışanlarının Sağlık İnançları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 28.09.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç. Dr. Seher YURT

.....

Üye

Doç. Dr. Aysun ARDIÇ

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gizem AÇIKGÖZ

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Derya YILMAZ

28.09.2023



ÖN SÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı titizlikle takip eden danışmanım Doç. Dr. Seher YURT' a değerli katkı ve emekleri için teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Savunma sınavı sırasında jüri üyeleri çalışmamın son haline gelmesine değerli katkılar yapmışlardır. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen yakınlarıma teşekkürlerimi sunarım. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve aileme şükranlarımı sunarım.

Derya YILMAZ

28.09.2023



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. Obezitenin Tanımı	3
1.2. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri.....	3
BÖLÜM 2: OBEZİTENİN. EPİDEMİYOLOJİSİ.....	6
2.1.Dünya’da Obezite	6
2.2.Türkiye’de Obezite	6
2.3. Obezitenin Etiyolojisi	7
2.4. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar	8
BÖLÜM 3: OBEZİTENİN TEDAVİSİ.....	13
3.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	13
3.2. Egzersiz Tedavisi.....	14
3.3. Davranış Tedavisi.....	14
3.4. İlaç Tedavisi	15
3.5. Cerrahi Tedavi	15
3.6.Obezite Yönetiminde Hemşirenin Rolü	16
BÖLÜM 4: SAĞLIK İNANÇ MODELİ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	17
BÖLÜM 5: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI (SYBD)	19
BÖLÜM 6: MATERYAL VE METOT	20
6.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	20
6.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
6.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
6.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
6.5. Veri Toplama Araçları.....	20
6.6. Kişisel Tanıtım Formu.....	20
6.7. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ).....	21
6.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ- II)	22
6.9.Verilerin Toplanması.....	23

6.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	24
6.11. Verilerin Değerlendirilmesi	24
6.12. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
6.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
BÖLÜM 7: BULGULAR	26
BÖLÜM 8: TARTIŞMA	45
8.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi	45
8.2. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamasının İncelenmesi	47
8.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırması	48
8.4. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamasının İncelenmesi	50
8.5. Sağlık Çalışanlarının Bazı Özellikleri ile OSİMÖ ve SYBDÖ-II Ölçekleri Toplam Puanları ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
8.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği – II Toplam Puanı Yordayıcılarının İncelenmesi	53
SONUÇ	55
KAYNAKÇA	57
EKLER	70
Ek 1: Katılımcı Onam Formu	70
Ek 2: Kişisel Tanıtım Formu	71
Ek 3: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	72
Ek 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	73
ÖZ GEÇMİŞ	75

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: Amerikan Kalp Derneği
BİA	: Biyoelektrik İmpedans Analiz
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BKO	: Bel Kalça Oranı
BT	: Bilgisayar tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık �rg�t�
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NCD-RisC	: National Center for Disease-Risk Factor Collaboration
S�M	: Sağlık İnanç Modeli
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yetişkinlerde BKİ' ne göre Antropometrik Değerlendirme.....	4
Tablo 2: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alfa Değerleri	22
Tablo 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alfa Değerleri	23
Tablo 4: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	24
Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=222).....	26
Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanları.....	28
Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	29
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiler.....	30
Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) Puanlarına Etkisi	32
Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	39

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Obezite Sağlık İnanç Modeline Göre Obez Sağlık Çalışanlarının Sağlık İnançları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Derya YILMAZ

Yüksek. Lisans. Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı /Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Seher YURT

Haziran, 2023 – Sayfa Sayısı: 79

Amaç: Bu araştırma, obez sağlık profesyonellerinin obezite sağlık inançları ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Materyal ve Metot:** Araştırma, Ocak 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan ve BKİ'ne göre obez ve üzerindeki sağlık çalışanları arasından yüzyüze anket yöntemiyle ulaşılabilen 222 sağlık çalışanı ile tanımlayıcı-kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, Ocak 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında, Kişisel Tanıtım Formu, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)'ni içeren veri toplama formu kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha güvenirlik analizi, Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi, tanımlayıcı istatistik testleri, Bağımsız gruplarda t testi, Tek Yönlü ANOVA Varyans Analizi, Pearson Korelasyon Katsayısı analizi ve Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. **Bulgular:** Araştırmada, sağlık çalışanlarının ortalama 36.23 ± 8.76 yaşında ve %39.6'sının 36-45 yaş aralığında, %47.3'ünün kadın, %96.4'ünün sosyal güvencesi olduğu, %87.4'ünün çekirdek aile tipinde olduğu, %78.4'ünün evli ve %46.4'ünün lisans ve üzeri okul mezunu, %11.7'sinin kronik hastalık tanısı bulunduğu, %33.3'ünün sigara ve %9.9'unun alkol kullandığı, %59'unun günde 2-3 öğün besin tükettiği, %45.5'inin haftada 1-2 kez ev dışı mekânlarda yemek yediği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %48.6'sının sağlık teknisyeni/teknikeri olduğu, %56.8'inin fiziksel aktivite/egzersiz yaptığı, çalışanların ortalama 33.13 ± 3.24 kg/m² ve %81.1'inin $30-34.9$ kg/m² BKİ'ne sahip olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nden toplam ortalama $125,55 \pm 22,58$ puan ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarının orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyutundan ortalama $21,94 \pm 5,46$ puan, Algılanan Duyarlılık alt boyutundan ortalama $14,29 \pm 3,32$ puan, Algılanan Ciddiyet alt boyutundan ortalama $17,06 \pm 3,58$ puan, Algılanan Yarar alt boyutundan ortalama $31,86 \pm 6,60$ puan ve Algılanan Engel alt boyutundan ortalama $20,09 \pm 6,51$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmada, sağlık çalışanlarının SYBDÖ II toplam puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde, Algılanan Ciddiyet alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde, Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ve Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişkiler bulunmuştur. Lineer regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının Sağlığın Önemi alt boyutu puanının artışının, SYBDÖ-II toplam puanını anlamlı düzeyde artırdığı; ancak Engel Algısı alt boyut puanının artışının ise SYBDÖ-II toplam puanını anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır. **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ile sağlığın önemi, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engel algısının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının obez sağlık profesyonellerinin obezite sağlık inançları ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasında pozitif ilişki bulunurken sağlık inançlarının, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Sağlık Personeli, Sağlık İnanç Modeli, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.

ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute
Health Beliefs and Healthy Lifestyle Behaviors of Obese Healthcare Professionals
According to the Obesity Health Belief Model

Derya Yılmaz

Master Thesis

Division of Nursing /Discipline of Public Health Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Seher YURT

June, 2023 – Page Number:79

Aim: This research was conducted to determine the relationship between obesity health beliefs and healthy lifestyle behaviors of obese health professionals. **Materials and Methods:** The research was conducted in a descriptive-cross-sectional type with 222 health workers working at Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital between January 2022 and September 2023, who were obese and above according to BMI and could be reached by face-to-face survey method. The data of the study was obtained between January 2022 and April 2023, using a data collection form including the Personal Introduction Form, Obesity Health Belief Model Scale (OHBMS) and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS-II). Cronbach Alpha reliability analysis, Kolmogorov-Smirnov (K-S) test, descriptive statistics tests, t-test in independent groups, One-Way ANOVA Analysis of Variance, Pearson Correlation Coefficient analysis and Linear Regression Analysis were used to evaluate the data. In the study, the significance level was taken as $p < 0.05$. **Results:** In the study, the average age of healthcare workers was 36.23 ± 8.76 years old, 39.6% were between the ages of 36-45, 47.3% were women, 96.4% had social security, 87.4% were in nuclear family type, 78.4% were married. and 46.4% have a bachelor's degree or higher, 11.7% have a chronic disease diagnosis, 33.3% smoke and 9.9% use alcohol, 59% consume 2-3 meals a day, 45.5% have a diet per week. It was determined that he ate outside the home 1-2 times. It was determined that 48.6% of healthcare workers were healthcare technicians/technicians, 56.8% were engaged in physical activity/exercise, and 81.1% of the employees had an average BMI of 33.13 ± 3.24 kg/m² and $30-34.9$ kg/m². With a total average score of 125.55 ± 22.58 on HLBS II, the healthy lifestyle behaviors of healthcare professionals were found to be above the average level. Healthcare workers' average score was 21.94 ± 5.46 points from the Importance of Health sub-dimension of OHBMS, 14.29 ± 3.32 points from the Perceived Susceptibility sub-dimension, 17.06 ± 3.58 points from the Perceived Seriousness sub-dimension, and 17.06 ± 3.58 points from the Perceived Usefulness sub-dimension. It was determined that they received an average of 31.86 ± 6.60 points from the sub-dimension and an average of 20.09 ± 6.51 points from the Perceived Obstacle sub-dimension. In the study, there was a positive and high relationship between the HLBS II total score of healthcare workers and the Importance of Health sub-dimension score of OHBMS, a positive and low level between the Perceived Seriousness sub-dimension score, a positive and low level between the Perceived Benefit sub-dimension score and a positive and low level between the OSIMÖ's Health Importance sub-dimension score and Perceived Obstacle. A negative and low-level significant relationship was found between the subscale scores. According to the results of linear regression analysis, an increase in the Importance of Health subscale score of healthcare workers significantly increased the HLBS-II total score; However, it was determined that an increase in the Perception of Obstacle subscale score significantly decreased the HLBS-II total score. **Conclusion:** It was determined that healthcare professionals' healthy lifestyle behaviors and the importance of health, perceived sensitivity, perceived seriousness, perceived benefit and perceived obstacle were above the medium level. While there was a relationship between obesity health beliefs and healthy lifestyle behaviors of obese healthcare professionals, it was determined that health beliefs significantly affected healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Obesity, Health Personnel, Health Belief Model, Healthy Lifestyle Behaviors

GİRİŞ

Obezite, fazla yağın vücutta birikmesi sonucunda ortaya çıkan ve sağlığı ciddi şekilde tehdit eden bir rahatsızlıktır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemi olmuştur(WHO, 2020). 1975 ile 2014 yılları arasında erkeklerde ve kadınlarda obezite oranlarındaki büyük artış, bu global sorunun ciddiyetini belgeliyor. 2014'te erkeklerde %10,8, kadınlarda ise %14,8 obezite oranı bulunurken, bu rakamlar 1975'te erkekler için %3,2 ve kadınlar için %6,4'tü. Şiddetli obezite olarak adlandırılan, BKİ değeri 35 kg/m2 üzeri olan bireylerin yüzdesi erkeklerde %2,3 ve kadınlarda %5 olarak kaydedilmiştir. Türkiye'deki duruma baktığımızda, 1990 ile 2000 yılları arasında obezite oranlarında büyük bir artış gözlenmiştir. Kadınlarda bu artış %36 iken, erkeklerde %75'e ulaşmıştır. 2000 yılı itibariyle kadınlarda obezite oranı %43, erkeklerde ise %21,1 olarak kaydedilmiştir. Bu veriler, obezitenin bireysel ve toplumsal sağlık için ne kadar büyük bir tehdit oluşturduğunu ve bu konuda ulusal ve uluslararası düzeyde müdahalelerin gerekliliğini vurgulamaktadır. Obezite, sadece fiziksel sağlığımızı değil, zihinsel ve sosyal sağlığımızı da tehlikeye atan karmaşık bir sorundur. Her ne kadar önlenebilir bir hastalık olarak tanımlansa da, son dönemde, özellikle Covid-19 pandemisi sırasında evde kalma ve dijitalleşen bir yaşam tarzının etkisiyle yaygınlaşması dikkat çekicidir. Pandemi, hareketsizliği ve sağlıksız beslenmeyi teşvik ederken, dijitalleşen Avrupa'da bu sorun daha da derinleşiyor. Obezitenin fiziksel sağlık üzerindeki etkisi genellikle diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi ciddi rahatsızlıklarla ilişkilendirilir. Ancak obezitenin psikolojik yükü de azımsanamaz. Obezite, depresyon, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıklara zemin hazırlayabiliyor. Ötesinde, obez bireyler, toplumun önyargıları nedeniyle eğitim, istihdam ve evlilik gibi yaşamsal konularda ciddi zorluklar yaşayabilirler. Toplum tarafından damgalanma, obez bireylerin özsaygılarını olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini düşürebilir ve yaşam sürelerini kısaltabilir. Bu, obezitenin sadece bir "fiziksel" sorun olmadığını, aynı zamanda derinlemesine sosyal ve psikolojik etkileri olduğunu gösteriyor (Selçuk Tosun ve Hisar, 2021;NCD-RisC, 2016;;Tosun ve Hisar, 2021;Onat ve diğerleri, 1999). Obezite, global bir sağlık sorunu haline gelirken, onunla mücadelede bireylerin yaşam kalitesini artırarak sağlıklı alışkanlıkları benimsemesi kritik önem taşımaktadır. Bu alışkanlıklar, dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite gibi somut adımların yanı sıra bireyin kendi sağlık inançlarına ve davranışlarına olan bakış açısını da içerir. Menekli ve ekibinin 2019'daki çalışması, bu alışkanlıkların obez bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında anahtar rol oynadığına dikkat çekiyor (Menekli ve diğerleri, 2019). Sağlıklı yaşam biçimi, sadece fiziksel sağlığı değil, duygusal, sosyal ve manevi

boyutları da kapsayan bütünsel bir yaklaşıma dayanır. Bireyin sağlıkla ilgili inançları ve davranışları, genel sağlık durumu üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir; bu nedenle sağlıkla ilgili inançların pozitif ve bilinçli bir şekilde şekillendirilmesi, sağlıklı davranışların benimsenmesinde ve sürdürülmesinde merkezi bir rol oynar. Obezite, global bir sağlık sorunu olarak kabul edilirken, bu sorunla başa çıkmada farklı teorik yaklaşımların önemi giderek artmaktadır. Bu bağlamda, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını derinlemesine anlama kapasitesine sahip olan üç ana model öne çıkar: Sağlık İnanç Modeli (SİM), Planlanmış Davranış Teorisi ve Transteoretik Model. Bu modellerin içerisinde, en köklü olanı ve çoğu zaman öne çıkarılanı Sağlık İnanç Modeli'dir. SİM, bireylerin sağlığını koruma veya hastalıktan kaçınma konusundaki tutumları, inançları ve değerleri arasındaki ilişkiye vurgu yapar. Temelde, bireyin bir hastalığın kendi sağlığı için ne kadar risk taşıdığına dair inançlarına ve bu hastalıktan korunma ya da tedavi için ne kadar motive olduklarına odaklanır. SİM'in tarihçesine baktığımızda, modelin ilk olarak tüberküloz hastalarının tedaviye nasıl yanıt verdiklerini anlamak için geliştirildiğini görüyoruz. Ancak, zamanla bu model, meme, prostat, testis kanseri taramalarından hipertansiyon, diyabet yönetimine kadar geniş bir sağlık spektrumunda kullanılmaya başlanmıştır. Modelin temel tezi, bireyin sağlıkla ilgili davranışlarının, onun inançları, değerleri ve tutumlarıyla şekillendiğidir. Obezite bağlamında SİM'in önemini vurgulamak gerekirse, bu model obezite ile mücadelede kişisel inançların ve motivasyonun rolünü aydınlatır. Obezitenin ciddi bir sağlık sorunu olduğuna dair farkındalık, ilişkilendirilen sağlık sorunlarının bilinci ve kilo vermenin mümkün olduğuna dair güçlü bir inanç, bireyin bu sorunla başa çıkma stratejilerini etkileyebilir. Bu perspektifte, sağlık profesyonelleri için, bireyleri motive eden inançları ve tutumları anlamak ve bu bilgileri kullanarak eğitim ve tedavi programları tasarlamak kritik bir öneme sahiptir. Etkili eğitim programları, bireylerin obeziteyle mücadelede sürekli davranış değişiklikleri oluşturmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, SİM gibi modellerin pratik uygulamaları, obeziteyle mücadelede bireylerin ve toplumların daha bilinçli ve etkili stratejiler geliştirmesine olanak tanır (Yağcı ve Yılmaz Karabulutlu, 2017; Dedeli, 2010;Çiftçi ve Kadioğlu, 2020;Gözüm ve Çapık, 2014;Kostak ve diğerleri, 2014;Yıldız ve Çetinkaya, 2020;Kahraman ve diğerleri, 2015;Yaralı ve Hacıoğlu,2020;Bulduk ve diğerleri, 2015). SİM, birçok hastalığın değerlendirilmesi için kullanılsa da, obez bireylerin obezite konusundaki inanç ve tutumlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Mevcut literatürde, sağlık çalışanlarının obeziteye ilişkin sağlık inançları ve SYBD ile olan ilişkisini ele alan bir araştırmaya denk gelinmemiştir. Bu çalışmanın hedefi, sağlık inanç modelini temel alarak, sağlık çalışanları arasında obez olanların sağlık inançları ile SYBD arasındaki bağlantıyı değerlendirmektir(Kılınç ve diğerleri, 2018).

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, vücutta aşırı yağ birikiminin sonucu olan karmaşık ve multifaktöriyel bir sağlık sorunudur. Tarih boyunca sadece estetik kaygılarla ilişkilendirilen bu durum, aslında enerji dengesizliğinin bir sonucudur: alınan enerji, harcanandan fazlaysa obezite riski artar. Latince kökenli bir terim olan "obesum", yemekle ilgili bir fazlalığı ima eder. Ancak, günümüzde obezitenin sadece estetikle sınırlı olmadığı, ciddi sağlık problemlerine yol açtığı anlaşılmıştır. Kalp hastalıkları, diyabet, solunum problemleri, hipertansiyon ve çeşitli kanser türleri gibi birçok rahatsızlıkla doğrudan ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi global bir risk faktörü olarak tanımlamıştır ve beden kitle indeksi (BKİ) ile obezitenin derecesini belirlemeyi önermektedir. Şaşırtıcı bir şekilde, dünya genelinde yaklaşık 1,5 milyar yetişkinin aşırı kilolu ya da obez olduğu ve bu sayının 2030'da 3 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2020). Yetişkinlerde kilo alımının genellikle kas kütlesinde bir artış yerine vücut yağında bir artışa neden olduğu bilinmektedir. Son yıllarda, bel çevresinin ölçülmesi de abdominal yağlanma ve kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesinde önemli bir gösterge olarak kabul edilmeye başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021; Dedeli, 2010; Menekli ve diğerleri, 2019; Kılınç ve diğerleri, 2018; WHO, 2021; Doğan ve Öner, 2015).

Biyoelektrik impedans analizi, vücuttaki yağ oranı ve dağılımını saptamak için en etkili yöntemlerden biridir ve vücut kompozisyonunu değerlendirmek için kullanılan müdahale gerektirmeyen tekniklerdendir (Doğan ve Öner, 2015).

1.2. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri

Obezitenin doğru bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması, bireyin genel sağlık profilinin ve potansiyel risklerinin anlaşılmasında kritik bir öneme sahiptir. Obezitenin teşhisinde kullanılan anahtar ölçümler arasında Beden Kütle İndeksi (BKİ), bel-kalça oranı, bel çevresi ve genel vücut şekli bulunmaktadır. Bu ölçümlerden BKİ, özellikle klinik ve araştırma uygulamalarında en yaygın kullanılan metottur. BKİ, bir bireyin ağırlığının (kg) boyunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanan bir değerdir (Kaya ve Özçelik, 2009). Bu formülün popülerliği, kolaylıkla hesaplanabilir, maliyeti düşük, güvenilir ve standartlaşmış bir yöntem olmasından kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi otoriteler, BKİ, obeziteyi sınıflandırmada merkezi bir gösterge olarak kabul edilir. DSÖ'ye göre, 18.5 kg/m^2 altı BKİ değerine sahip olanlar zayıf, $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ arasındakiler normal ağırlıkta, $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$

aralığındakiler fazla kilolu ve 30 kg/m² ve üstündekiler ise obez sayılır. Obez sınıfı, BKİ değerlerine göre üç alt bölüme ayrılır: 30.00 – 34.99 kg/m² için birinci derece, 35.00 – 39.99 kg/m² için ikinci derece ve 40.00 kg/m² ve daha yüksek değerler için morbid ya da üçüncü derece obezite. Bu sınıflandırmalar, bir kişinin sağlıkla ilgili risklerini anlamak ve ona yönelik doğru müdahaleleri belirlemek için kritiktir (WHO, 2021; TEMD, 2019; İşler ve diğerleri, 2020).

Tablo 1
Yetişkinlerde BKİ' ne göre Antropometrik Değerlendirme

Gruplar	Yetişkinler (BKİ kg/m ²)
Zayıf	<18.50
Normal	18.5-24.99
Fazla kilolu	25.00-29.99
Obez	≥30.00
Hafif obez	30.00-34.99
Orta derecede obez	35.00-39.99
Morbid obez	40.00-49.99
Süper obez	≥50.00

BKİ: Vücut Kütle İndeksi, SD: standart deviation

Kaynak: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu (TEMĐ), (2019). Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. 3.Baskı, Tıpkı basım, Ankara.

Beden Kütle İndeksi, bireyin sağlık durumunu değerlendirme konusunda ilk akla gelen yöntemlerden biri olmasına rağmen, bu indeksin kapsamlılığı sıklıkla sorgulanmaktadır. Özellikle kas yoğunluğu fazla olan bireyler, hamileler veya belirli sağlık sorunlarına sahip kişiler için BKİ, yanıltıcı sonuçlar sunabilir. Bu, BKİ'nin birçok uzmana göre tek başına kullanılmasının sınırlılıklarını ortaya koymaktadır. Bu, tam anlamıyla sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek için BKİ'nin diğer ölçüm yöntemleriyle bir arada değerlendirilmesi gerektiği anlamına gelir (İşler ve diğerleri, 2017; Işık ve diğerleri, 2020).

Bel Çevresi: Bireyin genel sağlığı sadece kilosuna veya yağ yüzdesine bağlı değildir. Yağın vücutta nasıl dağıldığı da metabolik riskler açısından kritik öneme sahiptir. Bel çevresi ölçümü, bu dağılımı belirlemede önemli bir araçtır. Ölçüm sırasında dikkat edilmesi gereken detaylar, bu ölçümün hassasiyetini ve doğruluğunu belirler. Bel çevresi, obeziteye bağlı riskleri doğru

bir şekilde anlama konusunda oldukça değerlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı , 2021; Işık ve diğerleri, 2017).

Vücut Şekli: Vücutta yağın nerede toplandığı, bireyin hangi sağlık riskleriyle karşı karşıya olduğunu belirleyebilir. Örneğin, yağın karın bölgesinde toplandığı Android Tip Obezite, insülin direnci riskini artırırken, yağın gluteal ve uyluk bölgesinde toplandığı Jinoid Tip Obezite, venöz dolaşım bozuklukları riski ile ilişkilidir. Bu tiplendirmeler, obezitenin sadece miktar değil aynı zamanda yerleşim yeri ile de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir(Hamurcu ve diğerleri, 2015; Işık ve diğerleri, 2017).

Güncel Teknikler; Sağlık ve vücut kompozisyonu konusunda detaylı bilgi sahibi olmak isteyenler için çeşitli yüksek teknolojik araçlar mevcuttur. BT ve MRI gibi yöntemler, vücudun iç yapısını detaylı bir şekilde görselleştirebilmektedir. Dual enerjili X ışını absorpsiyometresi ise kemik yoğunluğunun yanı sıra vücut kompozisyonu bilgisini de sunar. Bu tür ileri teknolojik yöntemler, özellikle karmaşık sağlık durumları olan bireyler için daha ayrıntılı ve spesifik bilgiler sağlamaktadır (TEMD, 2018).

Prediksiyon Teknikleri; Vücuttaki yağ, su ve kas oranını ölçmede kullanılan yöntemlerden biri Biyoelektrik İmpedans Analizidir (BİA). BİA'nın çalışma prensibi oldukça basittir; vücuttaki farklı dokular elektrik akımına farklı şekillerde tepki verir. Örneğin, su yüksek bir iletkenlik kapasitesine sahipken, yağ bu akıma direnç gösterir. Bu prensip sayesinde, BİA, vücuttaki yağ ve su miktarını tahmin edebilir. Ancak bu yöntemin en büyük avantajı, portatifliği ve uygun maliyetli olmasıdır. Spor salonlarından hastanelere, pek çok alanda, bireylerin vücut kompozisyonunu öğrenmek için BİA cihazları kullanılmaktadır (Şengönül ve diğerleri, 2019;Doğan ve Öner, 2015; Işık ve diğerleri, 2017; Kaya ve Özçelik, 2009).

BÖLÜM 2: OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

2.1. Dünya’da Obezite

Özellikle şehirleşmiş alanlarda, gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerde obezite hızla artan bir halk sağlığı meselesi haline gelmiştir. 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı verilere göre, 18 yaş üstündeki yaklaşık 1.9 milyar bireyin fazla kilolu olduğu, bu bireylerin 650 milyonunun obezite ile mücadele ettiği belirtilmiştir. Cinsiyet bazında bakıldığında, global olarak erişkin erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i obez kategorisine girmektedir. 1975'ten 2016'ya kadar olan süreçte, obez olan insan sayısında neredeyse üç katlık bir artış yaşanmıştır. Hatta, düşük kilolu bireylerden daha fazla obez bireyin olduğunu söylemek mümkündür. Amerika Birleşik Devletleri, bu küresel trendin öncüsüdür. 2017-2018 NHANES anket sonuçlarına göre, ABD'deki 20 yaş üzeri yetişkinlerin neredeyse yarısı (%42.5) obez kategorisindedir. OECD'nin raporları da bu konuda çarpıcıdır: 34 OECD ülkesinde, nüfusun yarısından fazlası fazla kiloludur ve her dört kişiden biri obezdir. Bu, 2010 yılında %21 olan ortalama yetişkin obezite oranının 2016'da %24'e yükseldiğini göstermektedir. Avrupa'da da durum farklı değildir; yetişkin nüfusun yarısından fazlası fazla kilolu veya obezdir. Ancak Avrupa'da, özellikle Batı ve Güney Avrupa ülkeleri, obezite konusunda daha olumlu bir tabloya sahiptir. Örneğin, İtalya ve Fransa gibi ülkeler, Avrupa'da obezitenin en düşük olduğu ülkeler arasındadır. Bu bilgiler, obezitenin küresel bir salgın haline geldiğini ve uluslararası toplulukların bu konuda derhal harekete geçmeleri gerektiğini göstermektedir (Gallus et al., 2015;WHO, 2021;WHO, 2020;OECD, 2021).

2.2. Türkiye’de Obezite

Türkiye'de obezitenin artış eğilimi, son yıllarda gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda net bir şekilde görülmektedir. 1998'de gerçekleştirilen TURDEP-I araştırmasına göre yetişkin nüfusta obezite oranı %22.3 iken, bu oran 2010'da TURDEP-II sonuçlarına göre %31.2'ye yükselmiştir. Aynı dönemde Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) da benzer sonuçları doğrulamış, yetişkinlerde obezite oranının %30.3, morbid obezite sıklığının ise %2.9 olduğunu belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre, Türkiye'deki yetişkin nüfusun %32.1'i obezdir. 2019 yılında TUİK'in verilerine göre bu oran %21.1'e gerilese de, Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) ve Türkiye Kardiyoloji Derneği (TEKHARF) araştırmaları, bu oranların yüksek olduğunu teyit etmektedir. Özellikle 2000-2010 yılları arasında yapılan bölgesel çalışmalar, obezitenin hızla arttığını göstermektedir. Son olarak, 2018'deki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, Türkiye'deki kadınların %59'u fazla kilolu veya obezdir ve kadınlarda obezitenin artışı devam etmektedir.

Bu bulgular, obezitenin Türkiye'de ciddi bir halk sağığı sorunu haline geldiğini göstermektedir (Özer Altundağ ve Tayfur, 2016; TNSA, 2021; TEMD, 2019; WHO, 2020; TUİK, 2020; TEMD, 2019).

2.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin ana nedeni, harcanan enerjiye kıyasla alınan kaloringin fazlalığından kaynaklanan enerji dengesizliğidir. Günümüzde, enerji yoğunluğu yüksek olan yağ ve şeker bakımından zengin gıdalara olan talepte gözlemlenen artış, bu dengesizliği tetiklemektedir. Aynı zamanda, modern çalışma koşulları, giderek daha sedanter bir yaşam tarzını beraberinde getirirken, değişen ulaşım alışkanlıkları ve hızla artan kentleşme de fiziksel aktiviteyi azaltmaktadır. Bu faktörler, obezite sorununun artmasında kritik bir role sahiptir (Young Chul et al., 2019; WHO, 2020).

Genetik Faktörler: Obezitenin oluşumunda genetik ve yaşam tarzı etkenler bir araya gelmektedir. Bazı bilimsel çalışmalar, obezitenin genetik bir bileşene sahip olduğunu öne sürerken, bu bileşenin henüz tam anlamıyla anlaşılamadığına işaret etmektedir. Aile içinde yapılan araştırmalar, ebeveynlerin obezite durumunun, çocuklarının Vücut Kitle İndeksi (BKİ) ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Yani obez ebeveynlerin çocuklarının obeziteye yatkın olduğu, bu riskin obez olmayan ebeveynlerin çocuklarından daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu ilişkinin tam olarak genetik mi, yoksa çevresel faktörlerden mi kaynaklandığı konusu halen netlik kazanmamıştır. Bu tür soruları yanıtlamak için, ikizler ya da evlat edinilen bireyler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar genetik etkilerin boyutunu belirlemeye yardımcı olmaktadır. Silventoinen ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir ikiz çalışması, BKİ varyasyonunun %57 ile %90 oranında genetik faktörlerle açıklanabileceğini göstermiştir. Ancak şu da unutulmamalıdır ki, genler, bir bireyin tüm fiziksel ve fizyolojik özelliklerini bağımsızca belirlemez. Dolayısıyla, yalnızca genetik etkenlere dayanarak obezitenin küresel bir sorun haline gelmesini açıklamak yetersizdir. Gerçekte, vücut ağırlığındaki değişimler, genlerin enerji dengesi üzerindeki etkisi ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkar (Albuquerque et al., 2017; Kılınç ve Gözel, 2018; Albuquerque et al., 2017; Silventoinen et al., 2017; Albuquerque et al., 2017; Kılınç ve Gözel, 2018).

Çevresel Faktörler: Modern toplumun yaşam biçimi, obezitenin artmasında büyük bir etken olmuştur. Artan gıda tüketimi, şekerli içeceklerin popülerliği ve fiziksel aktivitenin azalması gibi faktörler, günümüzde obezitenin yükselişinde anahtar roller oynamaktadır. Televizyon izlemenin artışı, özellikle yetişkinler ve çocuklar arasında, hareketsiz yaşam tarzına doğrudan katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, modern yaşamın getirdiği rahatlık, enerji alış-verişi

dengemizi bozmuştur. Ayrıca, gelir seviyesi düşük bireylerin gelişmiş ülkelerde daha yüksek oranda obez olduğu gözlemlenmektedir. Obezite üzerine yapılan çalışmalar, hem genetik hem de çevresel faktörlerin bu konudaki önemini vurgulamaktadır. Arizona'daki Pima Kızılderilileri'nin öyküsü, bu etkileşimin ne kadar belirleyici olabileceğinin canlı bir örneğidir. Bu topluluk, İkinci Dünya Savaşı sonrasında yaşam tarzındaki büyük değişikliklerle obeziteyle karşı karşıya kalmıştır. Etnik köken ve cinsiyet gibi faktörler de obezite oranlarını etkilemektedir. Özellikle morbid obezite, kadınlar arasında daha yaygınken, etnik gruplar arasında Siyah yetişkinler en yüksek orana sahiptir. Son 35 yıl içinde, global ölçekte aşırı kilolu veya obez birey sayısında ciddi bir artış yaşanmıştır. Her ne kadar bazı bölgesel farklılıklar olsa da, bu artış trendi dünya genelinde benzerdir (Chooi Chung et al., 2019; Albuquerque et al., 2017; Silventoinen & Konttinen, 2020; Albuquerque et al., 2017; Ogden ve diğerleri, 2014; Albuquerque et al., 2017; Silventoinen & Konttinen, 2020).

Davranışsal ve Psikolojik Faktörler: Obezite, bazı davranışsal nedenlere bağlı olarak meydana gelir. Bu nedenler arasında aşırı kalori tüketimi, özgül yeme davranışları, aktif olmayan bir yaşam tarzı, sigarayı bırakma aşaması ve uyku problemleri yer alır. Obezite tedavisi gören bireylerde, kilo kaybı ve vücut imajı arasında karşılıklı etkileşimler mevcuttur. Bu değişiklikler, bir bireyin yaşam kalitesini ve özsaygısını doğrudan etkileyebilir. Bu değişikliklerin arasındaki ilişki, obezite tedavisi sırasında karmaşık bir biçimde birbirini etkileyebilir ve bu etkileşimin tam olarak nasıl işlediği tam anlamıyla anlaşılmamıştır. Bu nedenle, kilo yönetimi programlarının, vücut imajını geliştirme hedefiyle şekillendirilmesi önerilmektedir. Genetik, obezitenin artmasında etkili olmasına rağmen, bu hızlı artışı tamamen açıklayamaz. Bu sebeple, obezitenin temel nedenlerini anlamak adına davranışsal genetik araştırmalarına olan ilgi artmıştır. Yeme davranışlarının genetik ve çevresel etmenlerle şekillendiği düşünülmektedir. Bu davranışlardaki değişikliklerin erken yaşlarda başlaması, bireysel kilo farklılıklarına yol açabilir ve bu davranışsal varyasyonların genetik olduğu düşünülmektedir. Özellikle çocuklar arasında, obezite psikolojik stres kaynağı olabilir. Fiziksel görünüşleri ve yeme alışkanlıkları hakkında endişe duyarlar. Maalesef, birçok genç, hızlı kilo verme amacıyla sağlıksız diyetlere yönelir. Obez çocuklarda, depresyon, öfke, saldırganlık gibi duygusal ve davranışsal sorunların sıklığı artmaktadır (Jackson et al., 2015; Kadouh & Acosta, 2017; Herle et al., 2020; Palmeira et al., 2009).

2.4. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar

Obezite, global olarak hızla yayılan büyük bir sağlık sorunudur ve birçok kronik hastalığın başlangıcında önemli bir faktördür. Bu hastalıklar; yüksek tansiyon, kalp ve damar hastalıkları,

tip 2 diyabet, alkolsüz karaciğer yağlanması, kanser ve uyku apne sendromunu içermektedir. Özellikle, obezite ateroskleroz ve koroner arter hastalığına yol açarak kalp ritim bozukluklarına ve hatta ani kalp ölümlerine neden olabilir. Sağlıklı beslenen ve aktif bir yaşam süren bireylerde yağ hücreleri, ateroskleroz ve insülin direnciyle savaşan adiponektin gibi koruyucu hormonları salgılar. Bu yağ hücreleri, fazla gıda alımından sonra enerjiyi etkili bir şekilde depolayabilir. Ancak, hareketsiz yaşam tarzı ve dengesiz beslenme, obez bireylerde yağ dokusunu zararlı hale getirebilir. Eğer bir kişi gereğinden fazla kalori alırsa, trigliserid birikimi artar, bu da yağ hücrelerinin büyümesine neden olabilir. Bu aşırı büyüme, yağların kaslara, pankreasa ve karaciğere sızmasına neden olabilir, bu da çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilir. ABD'de, obezite en yaygın sağlık sorunlarından biridir. Yapılan araştırmalar, yılda yaklaşık 300.000 kişinin obezite ile ilişkilendirilen hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirdiğini göstermektedir. Obezitenin, ölüm oranını önemli ölçüde artırdığı ve ortalama yaşam süresini belirgin bir şekilde azalttığı tespit edilmiştir. Özellikle, yüksek vücut kitle indeksine (BKİ) sahip olanlar arasında, ölüm oranı daha yüksektir ve yaşam süresinde kayda değer bir azalma gözlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021;Aygün, 2014; Motor ve diğerleri, 2014;Jackson et al., 2015).

Kardiyovasküler Sorunlar: Obezite, küresel bir sağlık sorunu olarak kabul edilmekte olup, Amerikan Kalp Derneği (AHA) tarafından kardiyovasküler hastalıklar için değiştirilebilir anahtar bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Bu hastalıklar arasında kalp yetmezliği, inme, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi rahatsızlıklar bulunmaktadır. Ayrıca, obezite atrial fibrilasyon ve ani kardiyak ölümlerle de doğrudan ilişkilendirilmektedir. Obezitenin kardiyovasküler sistem üzerindeki etkisi, birçok farklı mekanizmayla gerçekleşmektedir. Bunlar arasında sodyum tutulumunda artış, sempatik sinir sistemi aktivitesindeki değişiklikler, tuz tutulumundan kaynaklanan insülin direnci ve renin-anjiyotensin sistemi değişiklikleri yer almaktadır. Bu faktörler, vasküler direnç, kan hacmi ve kalp debisindeki artışla sonuçlanabilir. Ayrıca, obezite kalp yapısında ve işlevinde adaptasyonlara neden olabilir. Enfeksiyon riskini artıran ve vasküler homeostazı bozan adipokin etkileri gibi doğrudan etkilere ek olarak, obezite aynı zamanda insülin direnci, hiperglisemi ve dislipidemi gibi dolaylı etkilere de yol açar. Adipoz doku, endokrin bir organ olarak davranarak biyoaktif moleküllerin sentezini ve salınımını gerçekleştirir. Bu doku, metabolik homeostazın ve insülin direncinin belirlenmesinde merkezi bir role sahiptir. Obezite ayrıca kalp yetersizliği riskini de artırmaktadır. Araştırmalar, erkeklerde %11 ve kadınlarda %14 oranında kalp yetersizliği vakalarının obeziteyle ilişkilendirildiğini göstermektedir. Obez bireyler, normal kilolu bireylere göre %33 daha yüksek kalp yetersizliği riski taşımaktadırlar. Kardiyak aritmiler arasında atrial fibrilasyon,

özellikle klinik açıdan önemlidir ve dünya genelinde yetişkin nüfusun %1-2'sini etkilemektedir. Bu durum, hastane yatışlarının üçte birini oluşturan bir sorun olup, morbidite ve mortalite oranlarını ciddi ölçüde artırmaktadır. Obezite ve atrial fibrilasyon riski arasında belirgin bir ilişki bulunmakta olup, obez bireylerde bu risk normal kilolu bireylere göre 1.52 kat daha yüksektir. Diyabetes Mellitus (DM): Obezite ve diyabet, dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorunu olup, birçok ülkede adeta bir ikiz salgın olarak nitelendirilmektedir. Bu iki rahatsızlık, benzer metabolik bozukluklarla ve özellikle insülinin etkinliğindeki bozulmalarla karakterize edildiği için, bu iki hastalığı tanımlamak için "Diyabetize" terimi öne sürülmüştür. Diyabet, ölüm nedenleri arasında küresel düzeyde önemli bir yer tutmaktadır. 2014 yılı verilerine göre dünya genelinde 422 milyon diyabet hastası bulunuyor. Aynı yıl, 316 milyon kişinin glukoz intoleransına sahip olduğu tespit edildi. Tahminlere göre, bu sayı 2035 yılında 471 milyona ulaşacak. Tip 2 DM (Tip 2 Diyabet Mellitus), diyabet vakalarının büyük bir çoğunluğunu, yani yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır. Bu hastalığın sıklığı, obezite sıklığıyla benzer bir artış gösteriyor. Obezite ve diyabet arasındaki ilişki, temelde insülin direnci ve insülin yetersizliği olmak üzere iki ana nedene dayanmaktadır. Obezite, kan dolaşımında serbest yağ asitleri seviyesinin artmasına yol açarak insülin direncine katkıda bulunur. Özellikle santral abdominal bölgedeki yağlar, kan dolaşımına daha fazla serbest yağ asidi salgılama eğilimindedir. Bu yağ asitlerinin artışı, vücudun insülin duyarlılığını azaltarak insülin direncini tetikler. Bunun sonucunda, kasların glikoz alımı azalır ve bu durum insülin duyarlılığını daha da bozar. Sonuç olarak, insülin direnci, bozulmuş glikoz metabolizmasına ve dolayısıyla diyabetin gelişmesine yol açar. Bu iki hastalık arasındaki bu yakın ilişki, obezite ve diyabetin birlikte yönetilmesi gerekliliğini de beraberinde getirir (Verma & Hussain, 2017; Özdoğan ve diğerleri, 2015; Helvacı ve diğerleri, 2014; Koliaki et al., 2019; WHO, 2021; Csiga et al., 2018; Koliak et al., 2019; Motor ve diğerleri, 2014; Koliaki et al., 2019).

Kanser: Dünya genelinde kanser, ölüm sebepleri arasında ikinci olarak listelenmektedir ve bu ölümcül hastalığın riskini yükselten pek çok etken vardır. Bu etkenler genetik predispozisyon, radyasyon maruziyeti, bazı enfeksiyonlar, tütün tüketimi, hareketsizlik, dengesiz beslenme ve çevresel unsurlar olarak sıralanabilir. Ancak son yıllarda, obezite ve metabolik sendromun da kanser riskini ciddi oranda artırdığı gözlemlenmiştir. Özellikle obezitenin kanserle olan ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar, obezitenin kanser etyopatogeneze nasıl etki ettiğini tam olarak aydınlatmasa da, hiperinsülinemi, IGF-I anormallikleri, adipositokin değişiklikleri ve cinsiyet hormonlarının biyosentezindeki değişikliklerin kanser oluşumuna etkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca, ABD'deki araştırmalara göre, obezitenin kadınlardaki kanser ölümlerinin yaklaşık %20'sinden, erkeklerde ise %14'ünden sorumlu olduğu belirlenmiştir.

Obezite ve fazla kilo, kanserin yaygınlığı ve sıklığı üzerinde, potansiyel olarak tütün kullanımından daha büyük bir etkiye sahip olabilir. Sıkça yaşanan kilo dalgalanmalarının kanser riskini yükselttiği bilinir. Erkeklerde yemek borusu adenokarsinomu riski, kadınlarda ise rahim içi kanser riski daha yüksektir. Erkeklerde iç organlardaki yağ birikiminin kolon kanseri riskini yükseltebileceği, kadınlarda ise bu riskin endojen östrojen hormonlarıyla dengelenebileceği saptanmıştır. Tarihsel olarak, beslenmenin sağlıkla olan ilişkisi hep vurgulanmıştır, bu Hipokrat'ın "Yiyeceğiniz ilaç, ilacınız yiyeceğiniz olsun" şeklindeki ünlü sözüyle de desteklenir. Günümüzde yapılan çalışmalar, özellikle kırmızı ve işlenmiş etin tüketiminin, obez bireylerde kolon, mide ve rektum kanseri riskini yükselttiğini belirtiyor. Bununla birlikte, yüksek lifli besinlerin tüketilmesinin kolorektal kanser riskini azaltabileceği belirtilmektedir (Avgerinos et al., 2019; Arslan ve diğerleri, 2013; Arslan ve diğerleri, 2013; Şahin ve Yardımcı, 2016).

Gastrointestinal ve Karaciğer Sorunları: Obezite, birçok iç organın fonksiyonlarını etkileyerek ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Özellikle, obez bireylerde reflü ve safra taşı sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca yağlı karaciğer hastalığı ve NASH gibi karaciğer sorunları riski de artar. NASH ciddi bir sağlık durumudur ve zamanla siroza dönüşebilir, bu nedenle ölümcül sonuçlara yol açabilir. Ancak, bu ilerlemeyi insülin direncini azaltarak ve kilo vererek engellemek mümkündür (Kalan ve Yeşil, 2010).

Solunum ve Uyku Sorunları: Obez bireylerde uyku kalitesi ve süresi üzerindeki olumsuz etkiler de göz ardı edilmemelidir. Uyku apne sendromu, özellikle OUAS formu, obez bireylerde daha yaygındır ve ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir (Kalan ve Yeşil, 2010; Ataç ve diğerleri, 2014). OUAS, bireyin yaşam kalitesini azaltabilirken, aynı zamanda ciddi kardiyovasküler sorunlara yol açabilir. Uyku süresindeki değişiklikler ayrıca hormon dengesini etkileyerek obezite riskini artırabilir (Verma & Hussain, 2017).

Kas-İskelet Sistemi Sorunları: Obezite, iskelet ve kas sistemi üzerinde de zararlı etkilere sahiptir. Eklem üzerindeki artan yük osteoartrit yol açabilir. Bununla birlikte, obez bireylerde gut hastalığı riski artar, bu da visseral yağlanma nedeniyle gelişebilir. Obezitenin neden olduğu enflamatuvar durum, bu hastalıkların gelişimine katkıda bulunabilir (Koçak ve Yüksel, 2021; Öz ve diğerleri, 2018).

Psikososyal Sorunlar: Obezitenin artışında, genetik ve çevresel faktörler kadar psikososyal faktörler de etkili olabilir. Teknolojik gelişmelerin neden olduğu fiziksel aktivite eksikliği,

obezite riskini artırabilir. Ayrıca, bireylerin yaşadığı stres ve duygusal zorluklar da obezite gelişimine katkıda bulunabilir (Şengönül ve diğerleri, 2019).

Cinsel İşlev Bozuklukları: Obezitenin cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkileri göz ardı edilmemelidir. Obez kadınların, cinsel yaşam kalitelerinin düşmesinin yanı sıra olumsuz beden algısı, düşük özsaygı ve kişilerarası ilişki sorunları da yaşadığı bilinmektedir. Bununla birlikte, metabolik sendrom ve obezite, kadınlarda cinsel işlev bozukluğu riskini artırabilir (Akyol, 2018).



BÖLÜM 3: OBEZİTENİN TEDAVİSİ

Obezite, hem fiziksel hem de ruhsal boyutlarda bireylerin yaşam kalitesini ciddi anlamda etkileyen multifaktöriyel bir hastalıktır. Kronik hastalıkların oluşumunda önemli bir role sahip olan obezite, tedavi edilmediğinde organ ve dokulara zarar vererek yaşam süresinin kısılmasına yol açabilir. Bunun yanı sıra, ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunmakta ve sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır. Obezite riski, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, genetik faktörler, beslenme, alkol ve sigara alışkanlıkları gibi birçok değişik faktörle artış gösterebilir. Sağlık sisteminde obezitenin neden olduğu komplikasyonların tedavisi için daha fazla kaynak ayrılması gerekmekte, bu da ekonomik maliyetleri yükseltmektedir. Etkili bir obezite yönetimi için bireylere koruyucu hizmetlerin sürekli olarak sunulması, kilosu normal olanların bu kiloyu koruması, kilo verenlerin bu kaybı sürdürmesi ve kilo alımı engellenemeyenler için daha fazla kilo alımının önlenmesi esastır. Bu süreçte multidisipliner bir yaklaşım benimsenerek, yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite ve sporun teşvik edilmesi, bireylerin motivasyonlarını artırmaları için bir araya gelmeleri önemlidir. Son olarak, tedavi sürecinde bireylerin kilo geçmişinin detaylı olarak incelenmesi ve her birey için en uygun tedavi planının belirlenmesi kritik bir adımdır(Baltacı, 2015;Şengönül ve diğerleri, 2019;T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021; Aboueid et al., 2018). Obezitenin tedavi yöntemlerinde;

“1.Tıbbi Beslenme Tedavisi

2. Egzersiz Tedavisi

3. Davranış Tedavisi

4. İlaç Tedavisi

5.Cerrahi Tedavi yöntemleri kullanılmaktadır” (Şengönül ve diğerleri, 2019; Balcı ve Küçükkendirci, 2019).

3.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Obezite tedavisinde kişiye özel diyetler, bireyin ağırlığını boyuna uygun seviyeye getirme konusunda merkezi bir öneme sahiptir. Fakat birçok kişi kilo verdikten sonra bu kiloları geri almaktadır. Bu da tedavi yaklaşımının sadece kilo verme üzerine değil, bireylere kalıcı ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırma üzerine kurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Kişiye özel diyetler, bireyin özel koşullarını gözetmeli ve obezite seviyesinden sosyal hayata, geçmişteki kilo verme tecrübelerinden bireysel yeteneklere kadar birçok değişkeni değerlendirmelidir. Tedavinin amacı, bireyin enerji gereksinimini sağlıklı bir şekilde karşılarken, yanıltıcı beslenme rutinlerini bırakmasını ve doğru beslenme yöntemlerini

benimsemesini teşvik etmektir. En uygun kişiye özel diyet planı, ilk altı ay içerisinde bireyin kilosunun %5-10 oranında azalmasını desteklerken, besin grupları arasında dengeli bir tüketim sağlamalıdır. Günlük enerji alımının %15'ini protein, %25-30'unu yağ ve %55-60'ını karbonhidrat oluşturmalıdır. Ayrıca, diyetin basit karbonhidratları sınırlayarak, tam tahıllara odaklanması, günlük lif alımını 25-30 gr/gün seviyesinde tutması ve tuz alımını 5 gr/gün'ün altında tutması esastır. Tavsiye edilen diyet, bireyin gün boyunca sık sık (4-6 öğün) ve azar azar yemesini teşvik ederek, aşırı besin alımını önlemeye yardımcı olmalıdır (Kayar ve Utku, 2013; Menekli ve diğerleri, 2019; Baltacı, 2015; Abbas ve Çakır, 2012; Batar, 2019; TEMD, 2018) (Baltacı, 2015; Batar, 2019; Abbas ve Çakır, 2012; Baltacı, 2015).

3.2. Egzersiz Tedavisi

Egzersiz, obezite tedavisinde beslenmeyle birlikte kritik bir rol oynamaktadır. Obez bireyler genellikle daha az hareketlidir, bu yüzden tedavide bireyin aktifliğini artırmak için hem düzenli egzersizler hem de günlük yaşamdaki basit hareketleri teşvik etmek önemlidir, örneğin yürüyerek gitmek ya da merdiven kullanmak. Bir egzersiz rutini ideal olarak, bireyin en yüksek kalp hızının %60-70'ini hedefleyerek haftada 4-5 kez 20-30 dakika ya da haftada 2-3 kez 45-60 dakika olacak şekilde oluşturulmalıdır. Bu tarz bir aktivite yağ yakmayı desteklerken insülin hassasiyetini artırır, tansiyonu ve kan lipid değerlerini dengeleyip kas gücünü yükseltir. Ayrıca, esneklik sağlar ve kişinin genel moralini ve sosyal ilişkilerini pozitif yönde etkiler. Düzenli spor yapmak, sadece kalp hastalıklarından korunmada değil, aynı zamanda kilo verme sürecinde toplam kolesterol, trigliserid ve LDL kolesterol değerlerini azaltıp HDL kolesterolü artırmada da kilit rol oynar. Dolayısıyla, fiziksel aktiviteyle beraber beslenme tedavisinin eş zamanlı yürütülmesi, kalp sağlığına ilişkin risk unsurlarını daha etkili bir şekilde iyileştirmekte yardımcı olur (TEMD, 2018; Abbas ve Çakır, 2012; Akkurt, 2012; Abbas ve Çakır, 2012; Akkurt, 2012).

3.3. Davranış Tedavisi

Obezite, yalnızca fiziksel sorunlara değil, aynı zamanda yeme bozuklukları ve psikolojik sorunlara da neden olabilir. Bu kompleks durum, çok yönlü bir yaklaşımı, özellikle davranışçı bilişsel tedaviyi gerektirir. Bu tedavi, yeme ve egzersiz davranışlarında değişiklikler yaratmayı amaçlar. Bu bağlamda, bireylerin alınan besin ve egzersizleri kayıt altına almasını teşvik eden "Kendini İzleme", spesifik ve gerçekçi hedefler belirlemesi için "Hedef Belirleme", aşırı yeme veya hareketsizliği engellemek için "Dürtü Kontrolü", yeme eylemini alternatif davranışlarla değiştirmek için "Davranışsal Yerine Koyma" ve başarıları için kendilerini yeme dışı ödüllerle pekiştirmesi için "Pozitif Pekiştirme" teknikleri uygulanır. Bu bilişsel yaklaşımlarla

birleştğinde, uygun bir beslenme ve egzersiz programı bireylere kilo yönetiminde daha başarılı olmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, obezite tedavisinde sadece beslenme ve egzersize odaklanmak yeterli değildir; bireyin beslenme alışkanlıklarını da derinlemesine analiz etmek esastır (Ünal, 2018; Kahraman ve diğerleri, 2014; Oğuz ve diğerleri, 2016; Kahraman ve diğerleri, 2015).

3.4. İlaç Tedavisi

Obezite tedavisinde, bireyler sıklıkla hızlı sonuç arayışı içinde ilaç tedavisini tercih edebilir. İdeal bir kilo kaybı ilacının, kilo kaybını teşvik etmesi, elde edilen kiloyu koruması, yan etkilere neden olmaması ve bağımlılık yapmaması gibi özelliklere sahip olması beklenir; ancak mevcut ilaçlar bu ideal özellikleri tam olarak karşılamamaktadır. İlaç tedavisi genellikle, BKİ değeri 30 kg/m²'yi aştığında ya da BKİ 27kg/m²'den fazla olup ek obezite komplikasyonları mevcut olduğunda ve diğer tedavi yöntemlerinden istenilen sonucun alınmadığı durumlarda tavsiye edilir. İlk 3 ayın ardından ilacın ne kadar etkili olduğunu görmek için bir değerlendirme yapılmalıdır. Eğer ilaçla başarılı bir kilo kaybı elde edilmişse tedaviye devam edilir, eğer başarılı değilse tedavi sonlandırılır. Obezite tedavisinde kullanılan bazı yaygın ilaçlar arasında orlistat, liraglutid, lorkaserin ve fentermin bulunmaktadır. Ancak, ülkemizde BKİ değeri 40 Kg/m²'yi geçen kişiler için onaylı olan tek ilaç orlistattır. Orlistat, yağların emilimini azaltarak etki gösteren bir ilaçtır ve yağda eriyen vitamin emiliminin azalmasına yol açar, bu nedenle multivitamin desteği gerektirir. Orlistat, yan etkisi düşük ve genellikle güvenli olarak kabul edilen bir ilaç olup, ergenlerde de kullanılabilir ve uzun süreli kullanımın prediyabetli bireylerde diyabet riskini azalttığı gözlemlenmiştir (Balcı ve Küçükkendirici, 2019; TEMD, 2018; Abbas ve Çakır, 2012; TEMD, 2018; Evren ve Topaloğlu, 2018; Adaş ve Mert, 2014).

3.5. Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisinde ilk aşamada hedeflenen kilo kaybı sağlanamazsa, ilaç tedavisi devreye alınır ve bu yöntemlerle ortalama %10-15 oranında kilo kaybı elde edilir ki bu, obeziteyle ilişkili birçok hastalık için iyileşme sağlar. Yüksek kilo kaybına ihtiyaç duyan ya da sürekli kilo kaybı elde edemeyen bireyler için bariyatrik cerrahi bir seçenek olarak önerilebilir. Son dönemlerde bu tür ameliyatlar için başvuru sayısında belirgin bir artış görülmüştür. Bariyatrik cerrahi yönteminin başarısı, doğru bir strateji, hastanın doğru bir şekilde seçilmesi ve ameliyat öncesi ve sonrasında etkin bir takip ile doğru orantılıdır. Cerrahiye uygun olan hastaların dikkatlice incelenmesi, motivasyonlarının değerlendirilmesi ve en az 6 ay süreyle endokrinoloji uzmanı tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Bariyatrik cerrahiye başvuru için temel şartlar; BKİ değerinin 40 kg/m²'nin üzerinde olması veya BKİ'nin 35 kg/m²'nin üzerinde olup,

obezitenin yol açtığı başka sağlık sorunlarından (tip 2 DM, hipertansiyon, OUAS, dislipidemi gibi) en az bir tanesinin mevcut olmasıdır (TEMD, 2018; Batar, 2019;Öcal ve Aygen, 2018;TEMD, 2018; Batar, 2019).

Sağlıklı bir kilo hedefine ulaşmak için yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivite artışı ve tıbbi beslenme düzenlemeleri gereklidir. Ayrıca, bariatrik cerrahinin uygulanması da kanser riskinin ve progresyonunun azalmasına katkıda bulunabilir (Avgerinos et al., 2019).

3.6.Obezite Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Obezite, dünya genelinde kritik bir halk sağlığı sorunudur ve tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ile tıbbi yaklaşımlar esastır. Yaşam tarzında belirli değişiklikler, maliyet etkinliği ve risk taşınamaması sebebiyle öne çıkar, ancak tedavi, yeni bir yaşam tarzı oluşturma hedefine yöneliktir. Bu süreçte, doktordan diyetisyene, psikologdan öğretmenlere kadar geniş bir multidisipliner ekip gereklidir. Hemşireler bu ekibin önemli bir parçasıdır; bütüncül bir yaklaşım benimseyerek, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmalarına yardımcı olurlar. Hemşirelerin empati kurma, bireyleri motive etme ve onları destekleme yetenekleri, davranış değişikliği eğitimlerinin temelini oluşturur. Fazla kilolu ve obez bireyler için hemşireler, fiziksel ölçümlerden sağlıklı yaşam tavsiyelerine kadar geniş bir yelpazede rehberlik edebilir. İyi bir gözlemcidir doğru birimlere obez kişileri yönlendirerek birçok erken tanının verilmesinde öncülük yapar. Hemşirelik pratiğinde kullanılan modeller, bu multidisipliner yaklaşımın temelini sağlar, bireye odaklanarak hemşirelik girişimlerini sistematize eder ve tüm süreçte profesyonel bir iletişim kurulmasına yardımcı olur (Menekli ve diğerleri, 2019; Yaralı ve Hacıoğlu, 2020;Tedik, 2017; Erdim ve diğerleri, 2014;Tedik,2017; Erdim ve diğerleri, 2014;Tedik, 2017; Yaralı ve Hacıoğlu, 2020).

BÖLÜM 4: SAĞLIK İNANÇ MODELİ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1950'lerde kamu sağlığı alanında faaliyet gösteren psikologlar Rosenstock, Hochbaum ve Kegels tarafından oluşturulan Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1966'da Rosenstock ve 1975'te Becker tarafından revize edilmiştir. Temelde bir motivasyon teorisine dayanan SİM, bireyin sağlığıyla ilgili davranışları nasıl belirlediği üzerine yoğunlaşır. Model, bireylerin hastalıklardan korunma amacıyla neden ve nasıl hareket ettiğini ya da etmediğini analiz eder. Bu model, pek çok araştırmada test edilmiş ve etkinliği doğrulanmıştır. Dört ana bileşenden oluşan SİM; duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algılarına odaklanırken, 1999 yılında öz etkililik boyutu da modele dahil edilmiştir. Sağlık davranışlarını açıklamak için sıklıkla başvuru alan bu model, bireylerin medikal yaklaşımlarını ve semptom yönetimini ele alır. Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarının onların inanç, değer ve tutumlarıyla şekillendiğini öne sürer. Etkili tedavi ve eğitim yaklaşımları için bireyin sağlıkla ilgili olumsuz inanç ve tutumlarının belirlenmesi esastır. Bireyin sağlık davranışları, onun sağlıkla ilgili değerlendirmeleri ve hastalıkla ilgili algılamaları tarafından belirlenir. (University of Twente, 2021; Becker, 1974; Rosenstock, 1974; Pirzadeh & Mazaheri, 2012; Grace et al., 2013; Gözüm ve Çapık, 2014; Dedeli, 2010; Champion, 1999)

Duyarlılık Algısı; Kişisel risk ve duyarlılık algısı, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını belirleyen kritik bir faktördür. Birey, sağlığının tehlikede olduğunu algıladığı zaman riskli davranışlardan kaçınma eğilimindedir. Bu nedenle, bireyin kendisini ne kadar risk altında hissettiği, sağlıkla ilgili davranış değişikliklerinin temelini oluşturur (Dedeli, 2010; Gözüm ve Çapık, 2014).

Ciddiyet Algısı; Bireyin bir hastalık sonrası karşılaştığı sorunların şiddeti ve ciddiyeti nasıl algılandığı kritiktir. Ciddiyet algısı, bireyin tedaviye ve hastalığa karşı nasıl tepki vereceğiyle ilgili potansiyel sonuçları kapsar. Bireyin hastalığın doğası ve önemi hakkındaki bilgi düzeyi, bu ciddiyet algısını belirleyici bir rol oynar. Algılanan duyarlılık ile ciddiyetin bir araya gelmesi, bireyin algıladığı engelin oluşmasına neden olur (Dedeli, 2010; Gözüm ve Çapık, 2014).

Yarar Algısı; Bireyin, hastalığı önlemek ya da şiddetini azaltmak amacıyla önerilen koruyucu eylemin kendisi için olumlu sonuçlar doğuracağına dair olan inancıdır (Dedeli, 2010; Gözüm ve Çapık, 2014).

Engel Algısı; Birey, hastalığın risklerine karşı yeni davranışlar sergileme ve bu duruma uyum sağlama konusunda bireysel olarak algılanan zorluklarla karşılaşır (Dedeli, 2010; Gözüm ve Çapık, 2014).

Öz Etkililik; Bir bireyin, olumsuz davranışlarını başarıyla değiştirebileceğine olan inancı, öz etkililik kavramını oluşturur. Öz etkililiği yüksek olan bireyler, harekete geçerken daha rahattır çünkü planladıkları davranışın kendilerine fayda getireceğine inanırlar. Koruyucu sağlık davranışının oluşumunda, algılanan yararlar algılanan engel arasındaki denge kritiktir. Bu davranışın hayata geçirilmesi, algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve algılanan ciddiyetin, algılanan engelin üzerindeki olumlu etkisiyle gerçekleşir. Dedeli, 2010 yılında Obez bireyler için Sağlık İnanç Modeli'nin güvenilirliğini ve geçerliliğini test etmiştir. Bu model, obez bireylerin kilo verme ile ilgili inançlarını ve yaklaşımlarını analiz eder ve beş ana alt boyuta sahiptir. Model, obez bireyler için şu şekildedir: Algılanan duyarlılık, bireyin obezitenin küresel bir sağlık sorunu olmasına ve buna bağlı komplikasyonlara olan inancını temsil eder. Algılanan ciddiyet, obezitenin neden olabileceği komplikasyonlara ve tedavinin olumlu sonuçlar doğurabileceğine olan inançtır. Algılanan yarar, kilo verme önerilerinin faydalı olacağına olan inançtır. Algılanan engel, bu tavsiyelerin fayda sağlamayacağına olan inançtır. Sağlığın önemi ise bireyin sağlıklı yaşama ile ilgili genel tutumu ve inancını yansıtır (Dedeli, 2010; Gözüm ve Çapık, 2014; Bulduk ve diğerleri, 2015; Dedeli, 2010).

BÖLÜM 5: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI (SYBD)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, yalnızca hastalık ya da engellilikten uzak olmayı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir refah durumu olarak ifade eder. 2000 yılında "Herkes İçin Sağlık" mottosuyla, bireylerin kendi sağlıklarını koruma ve iyileştirme konusundaki inançlarına ve eylemlerine dikkat çekmiştir. Bu tür eylemler, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD) olarak tanımlanmıştır. Sağlık, sadece fiziksel değil, duygusal, sosyal ve manevi açıdan bireyin yaşamını etkileyen geniş bir kavramdır. Bu, bireyin yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırma kapasitesine doğrudan katkıda bulunur. Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının amacı, bireylerin sağlığını etkileyen davranışlarını olumlu bir şekilde yönlendirerek genel sağlık seviyelerini yükseltmektir. SYBD'yi olumsuz etkileyen faktörlerin tanımlanması, sağlığın iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir. DSÖ'nün belirttiği gibi, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin büyük bir kısmı ve gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin yaklaşık yarısı bireylerin yaşam biçimleriyle doğrudan ilişkilidir. Bireyler sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını benimserse, bu sağlıkla ilgili sorumluluklarını üstlenmekte olduklarına işaret eder. Ancak, beslenme bozuklukları ve diğer sağlık sorunları ortaya çıkarsa, bu bireyin sağlıkla ilgili sorumluluk almadığı anlamına gelir. Modern toplumda hareketsiz yaşamın yaygınlaşması ve hızlı gıda tüketiminin artmasıyla obezite oranları hızla yükselmiştir. Bu artış, hem fiziksel hem de psikolojik birçok sağlık sorununa yol açar. Obezitenin neden olduğu bu sorunlardan korunmak ve tedavi edilmek için sağlıklı yaşam alışkanlıklarının teşvik edilmesi esastır. Obezite ile bireylerin yaşam biçimleri arasında net bir bağlantı vardır ve bu, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının farklı boyutlarıyla direkt ilişkilidir. Pender'in tanımlamalarına göre, SYBD beslenme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, bireysel gelişim, sağlık kontrolü ve stres yönetimi gibi önemli davranışları içerir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Şen ve diğerleri, 2017; Konal Korkmaz ve diğerleri, 2019; Şen ve diğerleri, 2017; Özcan ve Bozhüyük, 2016).

BÖLÜM 6: MATERYAL VE METOT

6.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, obez sağlık profesyonellerinin obezite sağlık inançları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın türü tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

6.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, 1 Ocak 2022'den 13 Nisan 2023'e kadar Gaziantep'in Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan BKİ obez ve üzeri olan sağlık çalışanlarında gerçekleştirilmiştir.

6.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya, Gaziantep'in Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 1864 sağlık çalışanı (Tıbbi sekreter 263, hemşire 756, tıbbi teknisyen 195, fizyoterapist 10, diyetisyen 7 ve doktor 633 kişi) arasından BKİ ölçümleri sonucu obezite kriterlerine giren tüm sağlık çalışanları (N=222) çalışma kapsamına alınmıştır. Bu nedenle araştırmada örnekleme yapılmayıp, tüm evren (N=222) örnekleme dahil edilmiştir.

6.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- “ $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Yaşı 18 ve üzerinde olması,
- Tanılanmış bir psikiyatrik hastalığı olmaması,
- İletişim kurmaya engel bir durumu olmama”

6.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; Kişisel Tanıtım Formu, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II kullanılarak toplanmıştır.

6.6. Kişisel Tanıtım Formu

EK-1 olarak belirtilen kişisel bilgi formunda, hastanın demografik bilgileri (yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, mesleği, sosyal güvencesi, maddi durumu, aile yapısı, medeni hali) ve sağlıkla ilgili verileri (var olan kronik rahatsızlıklar, alkol ve sigara kullanımı, günde kaç öğün yemek yediği, fast-food tüketme sıklığı, spor yapma alışkanlığı) yer almaktadır. Ayrıca fiziksel

ölçümlere dair (boy, ağırlık, Vücut Kitle İndeksi) sorular da formda bulunup, form toplamda 16 sorudan oluşmaktadır.

6.7. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)

2010'da Dedeli tarafından oluşturulan OSİMÖ (EK-2) araştırma aracı, kişilerin kilo kaybına dair inançlarını ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirmiştir. Bu araç, toplamda 32 sorudan oluşmakta olup, güvenirliği 0.80 olarak belirlenmiştir. OSİMÖ içerisinde beş farklı alt bölüm bulunmaktadır: sağlık değerinin önemi, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan fayda ve algılanan engeller. Sağlığı önemseme kısmı, bireylerin sağlığa verdikleri değeri ne derecede önemsediklerini saptamak üzere 8 maddenin (1-8) kullanıldığı bir bölümdür. Algılanan ciddiyet, obezitenin bireyler tarafından ne kadar ciddi bir rahatsızlık olarak algılandığını 4 maddeyle (9, 10, 11, 17) gösterir. Algılanan duyarlılık, bireylerin obezite nedeniyle potansiyel sağlık risklerine olan duyarlılıklarını ve bu risklerle nasıl başa çıkacaklarına dair inançlarını 4 maddeyle (12, 13, 14, 16) ölçer. Algılanan yarar, bireylerin obeziteyi kontrol altına aldıklarında elde edecekleri sağlık avantajlarını 8 maddeyle (21-28, 32) değerlendirirken, algılanan engel, obeziteyle başa çıkmak için önerilen adımları takip etmede karşılaşılan engelleri 8 maddeyle (15, 18-20, 23, 29-31) belirtir. Ölçek, 5 dereceli Likert skalası üzerine kurulmuştur. Sağlığın önemli olduğunu düşünme kategorisinde, "Hiçbir zaman" 1, "Bazen" 2, "Sık" 3, "Çok sık" 4, "Her zaman" 5 puanla değerlendirilirken, diğer kategoriler için "Kesinlikle katılmıyorum" 1, "Katılmıyorum" 2, "Kararsızım" 3, "Katılıyorum" 4, "Kesinlikle katılıyorum" 5 puanla değerlendirilmektedir. Ölçeğin genel puan ortalaması alınmaz, her alt kategori için madde puanları toplanır ve alt kategorinin madde sayısına bölünerek hesaplanır. Eğer OSİMÖ'deki bir maddedeki yanıt eksikse, verilen yanıtların ortalaması, yanıt verilen madde sayısına bölünerek hesaplanır (Dedeli, 2010). Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değeri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alfa Değerleri

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları	N	Madde Sayısı	Maddeler	Cronbach Alfa
Sağlığın Önemi	222	8	1,2,3,4,5,6,7,8	0.74
Algılanan Duyarlılık	222	4	12,13,14,16	0.63
Algılanan Ciddiyet	222	4	9,10,11,17	0.89
Algılanan Yarar	222	8	21,22,24,25,26,27,28,32	0.91
Algılanan Engel	222	8	15,18,19,20,23,29,30,31	0.82

Tablo 2 incelendiğinde; Bu çalışmada, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)’nin alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değerleri 0.63 ile 0.91 arasında hesaplanmıştır. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)’nin “Sağlığın Önemi” alt boyutunun (8 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.74; “Algılanan Duyarlılık” alt boyutunun (4 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.63; “Algılanan Ciddiyet” alt boyutunun (4 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.89; “Algılanan Yarar” alt boyutunun (8 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.91 ve “Algılanan Engel” alt boyutunun (8 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.82 bulunmuştur.

6.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ- II)

1987 yılında Walker tarafından tasarlanan SYBD (EK-3) adındaki ölçüm aracı başlangıçta 48 maddeyle ve 6 alt bölümle gelmiştir. Fakat 1996 yılında bu araç gözden geçirilerek SYBDÖ-II adı altında yeniden düzenlenmiş ve 52 madde ile sunulmuştur, ancak alt kategori sayısı aynı kalmıştır. Bu alt bölümler; Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Sağlıklı Beslenme, Fiziksel Hareket, Sağlıkla İlgili Sorumluluklar ve Stresin Yönetimi şeklinde sıralanmaktadır. 2008 yılında Bahar ve ekibi, SYBDÖ-II'nin Türkiye'deki geçerliliğini ve güvenilirliğini araştırmışlar ve ölçeğin genel güvenilirlik değerinin .94 olduğunu, farklı alt bölümler için bu değer .79 ile .87 arasında değiştiğini belirlemişlerdir. Ölçekteki alt bölümler şu maddelerle temsil edilmektedir: Kişilerarası İlişkiler (1, 7, 13...49), Sağlıkla İlgili Sorumluluklar (3, 5, 9...45), Manevi Gelişim (6, 12, 18...52), Sağlıklı Beslenme (2, 8, 14...50), Fiziksel Hareket (4, 10, 16...46) ve Stresin Yönetimi (5, 11, 17...47). Ölçek 4 seviyeli Likert tipi bir skalayla oluşturulmuş olup, "hiçbir zaman" (1 puan) ile başlayıp "düzenli olarak" (4 puan) ile bitmektedir. Ölçüm aracının toplam puan aralığı en düşük 52'den en yüksek 208'e kadar uzanmaktadır. Revize edilmiş SYBDÖ-II'nin sağlık geliştirme davranışlarını tanımlamada ve

bu davranışları planlamada etkili bir şekilde kullanılabileceği ifade edilmiştir (Bahar ve diğerleri, 2008; Walker , 1987; Walker et al., 1987; Bahar ve diğerleri, 2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değerleri Tablo 3.3’te verilmiştir.

Tablo 3

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alfa Değerleri

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutları	N	Madde Sayısı	Maddeler	Cronbach Alfa
Manevi Gelişim	222	10	6,12,18,24,30,36,42,48,52	0.81
Sağlık Sorumluluğu	222	9	3,5,9,15,21,27,33,39,45	0.81
Fiziksel Aktivite	222	8	4,10,16,22,28,34,40,46	0.85
Beslenme	222	9	2,8,14,20,26,32,38,44,50	0.70
Kişilerarası İlişkiler	222	9	1,7,13,19,25,31,37,43,49	0.81
Stres Yönetimi	222	8	5,11,17,23,29,35,41,47	0.74
SYBDÖ-II Toplam	222	52	1-52	0.94

Tablo 3 incelendiğinde; Bu çalışmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II)’nin genelinde (52 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. SYBDÖ-II’nin alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değerleri 0.70 ile 0.85 arasında hesaplanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II)’nin “Manevi Gelişim” alt boyutunun (10 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.81; “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutunun (9 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.81; “Fiziksel Aktivite” alt boyutunun (8 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.85; “Beslenme” alt boyutunun (9 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.70; “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutunun (9 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.81 ve “Stres Yönetimi” alt boyutunun (8 madde) iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0.74 bulunmuştur.

6.9. Verilerin Toplanması

Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışan bireylere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Kişisel Tanıtım Veri Formu (EK-1), Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-2) ve SYBDÖ-II (EK-3) formları verilmiştir. Araştırma ekibi, form ve ölçeklerdeki maddeleri katılımcılara detaylı bir şekilde anlatmış ve onların verdiği yanıtları not etmiştir.

6.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken; Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin sağlık personeli üzerindeki puanlamaları

Bağımsız Değişken; Bireylerin cinsiyet, yaş, BKİ, sigara-alkol kullanımı, herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmadığı, öğrenim seviyesi, aile yapısı, iş tanımı, sosyal güvence hali, medeni hal ve gelir seviyesi gibi bazı kişisel ve sağlıkla ilgili özellikleri.

6.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerinin değerlendirilmesinde SPSS (ver:23.0) programı kullanılmıştır. Kişisel Tanıtım Formundan elde edilen veriler üzerinden tanımlayıcı istatistik testleri kullanılarak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tanıtıcı (sosyodemografik ve mesleki-çalışma) özelliklerinin sayı, frekans dağılımı, ortalama, minimum ve maksimum değerler, standart sapma ile maksimum ve minimum değerler belirlendi. Verilerin normal dağılımında olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov (K-S) ve Shapiro Wilks testleri ile belirlendi. Elde edilen veriler üzerinden ölçekler ve alt boyutlarının puan ortalaması, standart sapması, medyan, aralık, maksimum ve minimum değerleri belirlendi. Güvenirlilik analizi ile ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach alpha katsayısı hesaplandı. Araştırmada, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve alt boyutlarına ilişkin çarpıklık basıklık değerleri **Tablo 4'**de verilmiştir.

Tablo 4

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	N	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SD	Çarpıklık	Basıklık
Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)							
Sağlığın Önemi	222	12,00	38,00	21,94	5,46	0,645	0,306
Algılanan Duyarlılık	222	5,00	20,00	14,29	3,32	-0,400	0,128
Algılanan Ciddiyet	222	4,00	20,00	17,06	3,58	-1,524	1,964
Algılanan Yarar	222	8,00	40,00	31,86	6,60	-1,187	1,737
Algılanan Engel	222	8,00	40,00	20,09	6,51	0,338	-0,183
Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)							
Manevi Gelişim	222	12,00	36,00	24,73	4,69	0,303	0,016
Sağlık Sorumluluğu	222	9,00	36,00	20,41	4,94	0,519	0,343
Fiziksel Aktivite	222	13,00	36,00	25,83	4,86	0,064	-0,294
Beslenme	222	11,00	33,00	19,70	4,21	0,432	0,074
Kişilerarası İlişkiler	222	8,00	32,00	16,16	5,05	0,622	0,000
Stres Yönetimi	222	9,00	30,00	18,73	4,20	0,245	-0,163
SYBDÖ-II Toplam	222	68,00	185,00	125,55	22,58	0,332	0,163

Tablo 4 incelendiğinde; Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve alt boyutları puanlarının normal dağılımına ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım sınırları içerisinde (+2,0;-2,0) olduğu görülmektedir. Bu durumda ölçekler ve alt boyutlarının puanlarına göre yapılan bütün analizlerde parametrik testler kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmada, Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve alt boyutları puanın, sağlık çalışanlarının kişisel (sosyodemografik ve mesleki-çalışma) özelliklerine göre bağımsız gruplarda ortalamalar arasında farklılık olup olmadığının karşılaştırılmasında; normal dağılıma uyan verilerde iki grup için Bağımsız Gruplarda testi, ikiden fazla grup için Tek Yönlü ANOVA Varyans analizi kullanılmıştır. ANOVA Varyans analizinde anlamlı fark olduğu belirlenen gruplar arasındaki farkın tespit edilmesi için Tukey Post Hoc testi kullanılmıştır. Grupların homojen olup olmadıkları Levene Testi ile incelendi. Araştırmada, sağlık çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için ölçekler ve alt boyutlarının puanları normal dağılıma uygunluk gösterdiği için Pearson Korelasyon Katsayısı analizi uygulanmıştır. Pearson Korelasyon Katsayısı analizinde anlamlı ilişki bulunan değişkenler belirlenerek Obezite Sağlık İnanç Modeline göre sağlık çalışanlarının sağlık inançlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi olup olmadığının belirlenmesinde Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

6.12. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın izinleri Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği ve İstanbul Kent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Katılımcılara gizlilik ilkesine uyulacağı, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri ve bilgilerinin üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı konusunda hem sözlü hem de yazılı bilgi verilmiştir.

6.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca Gaziantep'teki Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan obez sağlık çalışanlarında yürütülmüştür. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu örnekleme özgüdür. Genellenemez.

BÖLÜM 7: BULGULAR

Obezite Sağlık İnanç Modeline göre sağlık çalışanlarının sağlık inançları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirilen çalışmanın tablo ve bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 5

Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=222)

Tanımlayıcı Özellikler	N	%
Yaş		
18-25 yaş	21	9,5
26-35 yaş	86	38,7
36-45 yaş	88	39,6
46 yaş ve üzeri	27	12,2
Cinsiyet		
Kadın	105	47,3
Erkek	117	52,7
Medeni Durum		
Evli	174	78,4
Bekâr	48	21,6
Eğitim Durumu		
Lise	43	19,4
Önlisans	76	34,2
Lisans ve üzeri	103	46,4
Sosyal Güvence Durumu		
Var	214	96,4
Yok	8	3,6
Aile Tipi		
Çekirdek aile	194	87,4
Geniş aile	28	12,6
Ekonomik Durum		
Yeterli	178	80,2
Yetersiz	44	19,8
Meslek		
Sağlık teknisyeni/teknikeri	108	48,6
Hemşire	82	36,9
Doktor	18	8,1
Diğer (diyetisyen ve fizyoterapist)	8	3,6
Tıbbi sekreter	6	2,7

Tablo 5 Devamı. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=222)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Kronik Hastalık Durumu		
Var	26	11,7
Yok	196	88,3
Kronik Hastalık Tanısı* (n=26)		
Kalp Damar Hastalıkları (HT, Hipotansiyon, Aort Yetmezlik, KKY, Varis)	11	42,3
Metabolizma ve Endokrin Hastalıkları (Diyabet, Haşimoto, Hipertroidi)	5	19,3
Mide ve Bağırsak Hastalıkları (Peptik Ülser)	2	7,7
Akciğer Hastalıkları (Astım)	2	7,7
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (Tinnitus)	2	7,7
Kan Hastalıkları (Akdeniz Anemi)	2	7,7
Üriner Sistem Hastalıkları (KBY)	2	7,7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	74	33,3
Hayır	148	66,7
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	22	9,9
Hayır	200	90,1
Günlük Tüketilen Öğün Sayısı		
Günde 1-2 öğün	44	19,8
Günde 2-3 öğün	131	59,0
Günde 3-4 öğün	41	18,5
Günde 4 öğün ve üzeri	6	2,7
Ev Dışı Mekânlarda Yemek Yeme Sıklığı		
Hiç	42	18,9
Haftada 1-2 kez	101	45,5
Haftada 2-3 kez	52	23,4
Haftada 4-5 kez	27	12,2
Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	126	56,8
Hayır	96	43,2
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
[$\bar{X} \pm SD$ (min.- maks.)]= [33.13 $\pm$ 3.24 (30,01-58,19) kg/m ²]		
30-34.9 kg/m ²	180	81,1
35-39.9 kg/m ²	32	14,4
40 kg/m ² ve üstü	10	4,5
Vücut Ağırlığı	[$\bar{X} \pm SD$ (min.- maks.)]= [92,89 $\pm$ 15,61 (68-155) kg]	
Boy	[$\bar{X} \pm SD$ (min.- maks.)]= [167,24 $\pm$ 10,27 (142-195) cm]	

Tablo 5’de sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalama 36.23 $\pm$ 8.76 (19-57) yaşında ve %39.6’sının 36-45 yaş aralığında, %47.3’ünün kadın, %78.4’ünün evli ve %46.4’ünün lisans ve üzeri okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %96.4’ünün sosyal güvencesi olduğu, %87.4’ünün çekirdek aile tipinde olduğu ve %48.6’sının

sağlık teknisyeni ve sağlık teknikeri olduğu saptanmıştır. Araştırmada, sağlık çalışanlarının %88.3'ünün kronik hastalık tanısı olmadığı, %11.7'sinin kronik hastalık tanısı bulunduğu; kronik hastalık tanısı olanların %42.3'ünün kalp damar hastalıkları tanısı (HT, hipotansiyon, aort yetmezlik, KKY, varis), %19.3'ünün metabolizma ve endokrin hastalıkları tanısı (diyabet, haşimoto, hipertroidi), %7.7'sinin mide ve bağırsak hastalıkları tanısı (peptik ülser), %7.7'sinin akciğer hastalıkları tanısı (astım), %7.7'sinin kulak burun boğaz hastalıkları tanısı (tinnitus), %7.7'sinin kan hastalıkları tanısı (akdeniz anemi) ve %7.7'sinin üriner sistem hastalıkları (KBY) olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, sağlık çalışanlarının %33.3'ünün sigara ve %9.9'unun alkol kullandığı, %59'unun günde 2-3 öğün besin tükettiği, %45.5'inin haftada 1-2 kez ev dışı mekânlarda (restoran, lokanta, hazır yemek (fast-food), kafeterya v.b) yemek yediği, %56.8'inin fiziksel aktivite ve egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının ortalama 33.13 ± 3.24 (30,01-58,19) kg/m^2 BKİ ve %81.1'inin 30-34.9 kg/m^2 BKİ'ne sahip olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları ortalama $92,89 \pm 15,61$ (68-155) kg vücut ağırlığında ve ortalama $167,24 \pm 10,27$ (142-195) cm boy uzunluğundadır (Tablo 2).

Tablo 6

Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanları

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutları	N	Madde Sayısı	Min	Maks.	Medyan	$\bar{X} \pm SD$
Manevi Gelişim	222	10	12,00	36,00	25,50	$24,73 \pm 4,69$
Sağlık Sorumluluğu	222	9	9,00	36,00	20,00	$20,41 \pm 4,94$
Fiziksel Aktivite	222	8	13,00	36,00	16,00	$25,83 \pm 4,86$
Beslenme	222	9	11,00	33,00	20,00	$19,70 \pm 4,21$
Kişilerarası İlişkiler	222	9	8,00	32,00	25,00	$16,16 \pm 5,05$
Stres Yönetimi	222	8	9,00	30,00	19,00	$18,73 \pm 4,20$
SYBDÖ-II Toplam	222	52	68,00	185,00	124,50	$125,55 \pm 22,58$

Tablo 6'de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)'nden toplam ortalama $125,55 \pm 22,58$ puan aldıkları, sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarının orta düzeyin üzerinde olduğunu

belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimleri davranışları iyi düzeydedir. Sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Manevi Gelişim alt boyutundan ortalama $24,73 \pm 4,69$ puan; Sağlık Sorumluluğu alt boyutundan ortalama $20,41 \pm 4,94$ puan ; Fiziksel Aktivite alt boyutundan ortalama $25,83 \pm 4,86$ puan ; Beslenme alt boyutundan ortalama $19,70 \pm 4,21$ puan ; Kişilerarası İlişkiler alt boyutundan ortalama $16,16 \pm 5,05$ puan ; Stres Yönetimi alt boyutundan ortalama $18,73 \pm 4,20$ puan; aldıkları ve SYBDÖ II'nin alt boyutların puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimine yönelik sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 6).

Tablo 7

Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları	N	Madde Sayısı	Min	Maks.	Medyan	$\bar{X} \pm SD$
Sağlığın Önemi	222	8	12,00	38,00	21,00	$21,94 \pm 5,46$
Algılanan Duyarlılık	222	4	5,00	20,00	14,00	$14,29 \pm 3,32$
Algılanan Ciddiyet	222	4	4,00	20,00	18,50	$17,06 \pm 3,58$
Algılanan Yarar	222	8	8,00	40,00	32,00	$31,86 \pm 6,60$
Algılanan Engel	222	8	8,00	40,00	20,00	$20,09 \pm 6,51$

Tablo 7.'te araştırmaya katılan Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutlarına ait puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 7. incelendiğinde; cerrahi hemşirelerinin Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)'nin Sağlığın Önemi alt boyutundan ortalama $21,94 \pm 5,46$ puan, Algılanan Duyarlılık alt boyutundan ortalama $14,29 \pm 3,32$ puan, Algılanan Ciddiyet alt boyutundan ortalama $17,06 \pm 3,58$ puan, Algılanan Yarar alt boyutundan ortalama $31,86 \pm 6,60$ puan ve Algılanan Engel alt boyutundan ortalama $20,09 \pm 6,51$ puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8

Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları Puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiler

Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II ve Alt Boyutları		Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları				
		Sağlığın Önemi	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yarar	Algılanan Engel
Kişilerarası İlişkiler	<i>r</i>	0,556*	0,054	0,207*	0,311*	-0,311*
	<i>p</i>	0,000	0,424	0,002	0,000	0,000
Sağlık Sorumluluğu	<i>r</i>	0,665*	0,116	0,069	0,257*	-0,166*
	<i>p</i>	0,000	0,084	0,304	0,000	0,013
Manevi Gelişim	<i>r</i>	0,510*	0,073	0,296*	0,281*	-0,394*
	<i>p</i>	0,000	0,276	0,000	0,000	0,000
Beslenme	<i>r</i>	0,600*	0,030	0,106	0,230*	-0,137*
	<i>p</i>	0,000	0,656	0,116	0,001	0,041
Fiziksel Aktivite	<i>r</i>	0,636*	0,160*	0,102	0,224*	-0,134*
	<i>p</i>	0,000	0,017	0,130	0,001	0,045
Stres Yönetimi	<i>r</i>	0,632*	0,104	0,197*	0,235*	-0,235*
	<i>p</i>	0,000	0,122	0,003	0,000	0,000
SYBDÖII Toplam	<i>r</i>	0,751*	0,115	0,203*	0,324*	-0,285*
	<i>p</i>	0,000	0,088	0,002	0,000	0,000

^aPearson korelasyon analizi uygulanmıştır, * $p < 0.05$,

Tablo 8’te sağlık çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutları puanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler verilmiştir.

Araştırmada, sağlık çalışanlarının kilo kaybına dair inançlarını ve davranış düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları düzeyi arasındaki ilişkinin düzeyini ve yönünü belirlemek üzere Pearson Korelasyon Analizi yapılmış ve sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 8 incelendiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) toplam puanı ile OSİMÖ’nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde ($r=0.751$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ’nin Algılanan Ciddiyet alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.203$; $p=0.002$; $p<0.05$); OSİMÖ’nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.324$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ’nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0.285$; $p=0.000$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Kişilerarası İlişkiler alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r=0.556$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Ciddiyet alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.207$; $p=0.002$; $p<0.05$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.311$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0.311$; $p=0.000$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r=0.665$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.257$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve çok düşük düzeyde ($r=-0.166$; $p=0.013$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Manevi Gelişim alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r=0.510$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Ciddiyet alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.296$; $p=0.002$; $p<0.05$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.281$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0.394$; $p=0.000$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Beslenme alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r=0.600$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.230$; $p=0.001$; $p<0.05$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve çok düşük düzeyde ($r=-0.137$; $p=0.041$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Fiziksel Aktivite alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r=0.636$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Duyarlılık alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok düşük düzeyde ($r=0.160$; $p=0.017$; $p<0.05$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.224$; $p=0.001$; $p<0.05$) ve

OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve çok düşük düzeyde ($r=-0.134$; $p=0.000$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Stres Yönetimi alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r=0.632$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Ciddiyet alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok düşük düzeyde ($r=0.197$; $p=0.003$; $p<0.05$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.235$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0.235$; $p=0.000$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9

Sağlık Çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) Puanlarına Etkisi

		Standart				
Değişken		B	Hata	Beta	t	p
SYBDÖ II	Sabit	61,809	7,838		7,885	0,000
	Sağlığın Önemi	2,875	0,195	0,696	14,747	0,000
	Algılanan Duyarlılık	-0,620	0,338	-0,091	-1,832	0,068
	Algılanan Ciddiyet	0,389	0,327	0,062	1,190	0,235
	Algılanan Yarar	0,359	0,181	0,105	1,982	0,049
Toplam	Algılanan Engel	-0,429	0,159	-0,124	-2,700	0,007
$R=0.770$, $R^2=0.594$, $F_{(5,216)}=63,105$, $p=0.000^*$						

-Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. $*p<0.001$, $**p<0.005$,

Tablo 9'da sağlık çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları puanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) puanlarına etkisini belirlemeye yönelik Lineer Regresyon Analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde; sağlık çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları puanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) puanlarına etkisini belirlemeye yönelik kurulan Lineer Regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları değişkeni ile Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.770$, $R^2=0.594$, $F_{(5,216)}=63,105$, $p=0.000$). Sağlık çalışanlarının sağlık çalışanlarının kilo kaybına dair inançlarını ve davranış düzeyi, sağlıklı yaşam biçimleri

davranışlarının toplam varyansının %59.4'ünü açıklamaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık çalışanlarının kilo kaybına dair inançlarını ve davranış düzeyi, sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarının %59.4'ünü anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermektedir ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının sağlık çalışanlarının kilo kaybına dair inançlarını ve davranış düzeyi, sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını anlamlı düzeyde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının sağlığa verdikleri önem düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($t=14,747$; $p=0.000$). Sağlık çalışanlarının sağlığa verdikleri önemdeki bir birimlik artış, sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını 2.875 kat anlamlı bir şekilde artırmaktadır ($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının algıladığı engel düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimleri davranışları düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($t=-2,700$; $p=0.05$). Sağlık çalışanlarının algıladığı engel düzeyindeki bir birimlik artış, sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını 0.429 kat anlamlı bir şekilde azaltmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10

Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları						
		Kişilerarası İlişkiler	Sağlık Sorumluluğu	Manevi Gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	SYBDÖII Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
n								
Yaş								
18-25 yaş ^a	21	23.38±4.21	19.14±4.66	24.33±4.79	18.61±4.34	16.61±4.17	17.76±4.33	119.80±22.69
26-35 yaş ^b	86	23.93±4.51	19.59±4.83	24.90±4.38	19.52±4.16	15.59±4.52	17.72±3.74	121.33±20.59
36-45 yaş ^c	88	25.29±4.39	20.96±4.41	26.81±4.78	19.98±4.38	16.32±5.54	19.45±4.15	128.65±21.74
46 yaş ve üzeri ^d	27	26.55±5.83	22.25±6.38	26.74±5.94	20.18±3.75	17.11±5.65	20.25±4.94	133.00±28.22
<i>Test değeri</i>		F=3.301	F=2.953	F=3.321	F=0.754	F=0.767	F=4.136	F=3.068
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.021*	p=0.034*	p=0.021*	p=0.515	p=0.514	p=0.007*	p=0.029*
<i>Fark</i>		c>b**	c>b**	c>b**	-	-	c-d>b**	c>b**
Cinsiyet								
Kadın	105	25.20±5.09	20.63±5.27	25.57±5.20	19.66±4.30	15.81±5.30	18.40±4.28	125.40±24.53
Erkek	117	24.31±4.27	20.22±4.62	26.06±4.54	19.73±4.15	16.47±4.82	19.02±4.13	125.61±20.79
<i>Test değeri</i>		t=1.420	t=0.625	t=-0.759	t=-0.120	t=-0.970	t=-1.090	t=-0.071
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.157	p=0.532	p=0.449	p=0.904	p=0.333	p=0.277	p=0.944
Medeni Durum								
Evli	174	24.76±4.67	20.42±5.01	25.81±4.67	19.74±4.13	15.78±5.03	18.59±3.86	125.07±22.01
Bekâr	48	24.64±4.81	20.39±4.70	25.89±5.56	19.54±4.53	17.56±4.95	19.25±5.29	127.10±24.73
<i>Test değeri</i>		t=0.155	t=0.036	t=-0.100	t=0.298	t=-2.178	t=-0.959	t=-0.550
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.877	p=0.971	p=0.920	p=0.766	p=0.030*	p=0.338	p=0.583
Eğitim Durumu								
Lise ^a	43	23.79±3.77	20.11±4.17	24.62±4.13	19.11±4.47	15.37±4.91	17.48±3.85	120.11±19.09
Önlisans ^b	76	25.18±4.78	20.88±4.74	26.31±4.92	20.14±4.76	16.36±5.43	19.48±4.00	128.47±22.26
Lisans ve üzeri ^c	103	24.80±4.94	20.20±5.37	25.98±5.06	19.62±3.65	16.34±4.84	18.69±4.39	125.58±23.91
<i>Test değeri</i>		F=1.234	F=0.509	F=1.753	F=0.851	F=0.656	F=3.166	F=1.896
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.293	p=0.602	p=0.176	p=0.428	p=0.520	p=0.044*	p=0.153
<i>Fark</i>		-	-	-	-	-	c-b>a**	-
Sosyal Güvence Durumu								
Var	214	24.76±4.72	20.37±4.93	25.90±4.88	19.65±4.14	16.09±5.05	18.76±4.15	125.45±22.47
Yok	8	24.12±3.75	21.62±5.15	24.00±4.00	21.00±6.11	18.00±5.09	18.00±5.68	127.00±27.02
<i>Test değeri</i>		t=0.376	t=-0.702	t=1.086	t=-0.886	t=-1.045	t=0.502	t=-0.189
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.707	p=0.483	p=0.279	p=0.337	p=0.297	p=0.616	p=0.850

F: ANOVA Varyans Analizi testi, t: ağimsız gruplarda t testi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 10. Devamı. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları						SYBDÖII Toplam
		Kişilerarası İlişkiler	Sağlık Sorumluluğu	Manevi Gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Aile Tipi								
Çekirdek aile	194	24.84±4.63	20.39±4.78	25.93±4.66	19.70±4.12	16.06±4.96	18.70±4.11	125.56±21.74
Geniş aile	28	24.00±5.09	20.60±5.99	25.14±6.10	19.67±4.89	16.85±5.71	18.92±4.89	125.17±28.19
Test değeri		$t=0.891$	$t=-0.215$	$t=0.657$	$t=0.032$	$t=-0.772$	$t=-0.261$	$t=0.084$
Anlamlılık düzeyi		$p=0.374$	$p=0.830$	$p=0.516$	$p=0.974$	$p=0.441$	$p=0.794$	$p=0.933$
Ekonomik Durum								
Yeterli	178	24.96±4.70	20.34±5.06	25.91±4.87	19.78±3.95	16.25±4.87	18.93±4.12	126.01±22.22
Yetersiz	44	23.84±4.57	20.72±4.46	25.52±4.87	19.38±5.19	15.81±5.79	17.90±4.49	123.50±24.16
Test değeri		$t=1.421$	$t=-0.462$	$t=0.472$	$t=0.471$	$t=0.510$	$t=1.457$	$t=0.660$
Anlamlılık düzeyi		$p=0.157$	$p=0.645$	$p=0.637$	$p=0.640$	$p=0.611$	$p=0.147$	$p=0.510$
Meslek								
Sağlık teknisyeni/teknikeri ^a	108	24.87±4.38	20.82±4.44	26.46±4.73	19.60±4.66	16.09±4.91	18.81±4.32	126.56±20.92
Hemşire ^b	82	24.20±4.95	20.07±5.15	24.65±5.03	19.63±3.43	16.06±5.20	17.97±3.91	122.65±23.81
Doktor ^c	18	23.88±3.57	17.72±4.12	24.72±3.06	18.38±3.41	16.22±4.62	18.44±3.36	118.88±18.18
Diğer (diyetisyen ve fizyoterapist) ^d	8	28.50±4.62	26.37±5.73	28.75±4.52	22.25±5.52	17.50±6.50	23.62±3.54	146.62±26.40
Tıbbi sekreter ^e	6	27.00±7.32	18.00±4.97	30.00±4.97	23.00±4.09	17.00±6.26	22.00±4.14	137.33±26.39
Test değeri		$F=2.111$	$F=5.267$	$F=3.895$	$F=2.147$	$F=0.192$	$F=4.584$	$F=3.039$
Anlamlılık düzeyi		$p=0.080$	$p=0.000*$	$p=0.004*$	$p=0.076$	$p=0.942$	$p=0.001*$	$p=0.018*$
Fark		-	$d>b-c^{**}$	$d>b-c^{**}$	-	-	$d>b-c^{**}$	$d>b-c^{**}$
Kronik Hastalık Durumu								
Var	26	25.46±6.30	21.50±7.91	23.96±5.81	19.53±5.67	15.34±5.52	18.15±4.58	123.84±33.04
Yok	196	24.64±4.44	20.27±4.41	26.08±4.68	19.72±4.00	16.27±4.99	18.81±4.16	125.73±20.92
Test değeri		$t=0.836$	$t=1.189$	$t=-1.794$	$t=-0.162$	$t=-0.880$	$t=-0.748$	$t=-0.284$
Anlamlılık düzeyi		$p=0.526$	$p=0.446$	$p=0.085$	$p=0.972$	$p=0.380$	$p=0.455$	$p=0.779$
Sigara Kullanma Durumu								
Evet	74	24.55±4.37	20.05±4.58	25.50±5.31	19.60±4.36	15.20±4.71	18.55±4.20	123.51±20.85
Hayır	148	24.83±4.85	20.60±5.11	26.00±4.63	19.75±4.15	16.64±5.16	18.82±4.21	126.51±23.40
Test değeri		$t=-0.414$	$t=-0.777$	$t=-0.721$	$t=-0.236$	$t=-1.022$	$t=-0.450$	$t=0.933$
Anlamlılık düzeyi		$p=0.679$	$p=0.438$	$p=0.472$	$p=0.814$	$p=0.044*$	$p=0.653$	$p=0.352$

F: ANOVA Varyans Analizi testi, t: ağımsız gruplarda t testi, * $p<0.05$, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 10. Devamı. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları						
		Kişilerarası İlişkiler	Sağlık Sorumluluğu	Manevi Gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	SYBDÖII Toplam
		n	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Alkol Kullanma Durumu								
Evet	22	24.18±4.28	20.00±4.12	23.95±3.70	19.59±3.97	16.13±5.68	18.04±3.51	121.77±17.75
Hayır	200	24.80±4.73	20.46±5.02	26.04±4.93	19.71±4.25	16.17±4.99	18.81±4.27	125.92±23.05
<i>Test değeri</i>		$t=-0.586$	$t=-0.418$	$t=-1.920$	$t=-0.131$	$t=-0.030$	$t=-0.808$	$t=-0.818$
<i>Anamlılık düzeyi</i>		$p=0.559$	$p=0.676$	$p=0.056$	$p=0.896$	$p=0.976$	$p=0.420$	$p=0.414$
Günlük Öğün Sayısı								
Günde 1-2 öğün ^a	44	25.36±4.87	20.84±5.43	26.84±4.37	19.79±3.86	16.61±6.26	18.68±4.37	127.97±22.93
Günde 2-3 öğün ^b	131	25.18±4.75	20.74±4.95	26.04±5.08	20.32±4.42	16.45±4.97	19.34±4.18	128.08±22.99
Günde 3-4 öğün ^c	41	23.04±3.89	19.29±4.45	24.46±4.35	17.95±3.58	15.00±4.01	17.12±3.56	116.65±18.87
Günde 4 öğün ve üzeri ^d	6	22.00±4.28	18.00±2.52	23.16±4.87	17.50±2.42	14.66±2.06	16.83±5.11	111.83±18.25
<i>Test değeri</i>		$F=3.201$	$F=1.492$	$F=2.444$	$F=4.002$	$F=1.158$	$F=3.444$	$F=3.705$
<i>Anamlılık düzeyi</i>		$p=0.024^*$	$p=0.218$	$p=0.065$	$p=0.008$	$p=0.327$	$p=0.018^*$	$p=0.012^*$
<i>Fark</i>		$b>c^{**}$	-	-	$b>c^{**}$	-	$b>c^{**}$	$b>c^{**}$
Ev Dışı Mekânlarda Yemek Yeme Sıklığı								
Hiç	42	25.54±4.63	20.64±4.40	27.38±5.20	20.57±3.42	15.66±4.16	19.42±4.64	129.38±21.22
Haftada 1-2 kez	101	24.89±5.17	20.69±5.40	25.66±5.10	19.89±4.44	16.54±5.77	19.09±4.09	126.68±25.15
Haftada 2-3 kez	52	23.78±4.16	19.73±5.03	25.03±4.24	18.98±4.24	15.88±4.30	17.80±3.80	121.21±20.62
Haftada 4-5 kez	27	24.74±3.60	20.37±3.68	25.59±4.19	19.03±4.30	16.07±4.93	18.07±4.45	123.40±16.90
<i>Test değeri</i>		$F=1.166$	$F=0.466$	$F=1.968$	$F=1.400$	$F=0.378$	$F=1.713$	$F=1.211$
<i>Anamlılık düzeyi</i>		$p=0.324$	$p=0.706$	$p=0.120$	$p=0.244$	$p=0.769$	$p=0.165$	$p=0.307$
Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapma Durumu								
Evet	126	25.11±4.91	20.90±5.20	26.14±4.66	20.77±4.18	17.80±5.14	19.50±3.99	130.14±23.13
Hayır	96	24.23±4.35	19.78±4.52	25.42±5.11	18.29±3.84	14.01±4.04	17.71±4.28	119.43±20.41
<i>Test değeri</i>		$t=1.387$	$t=1.686$	$t=1.086$	$t=4.539$	$t=6.157$	$t=3.204$	$t=3.591$
<i>Anamlılık düzeyi</i>		$p=0.167$	$p=0.093$	$p=0.278$	$p=0.000^*$	$p=0.000^*$	$p=0.002^*$	$p=0.000^*$
BKİ								
30-34.9 kg/m ² (a)	180	24.75±4.96	20.71±4.99	25.93±5.11	19.82±4.37	16.36±5.25	18.93±4.27	126.42±23.86
35-39.9 kg/m ² (b)	32	24.40±3.33	19.59±4.45	24.62±3.13	19.34±3.14	15.53±3.90	17.93±3.61	121.37±14.27
40 kg/m ² ve üstü (c)	10	25.50±3.17	17.80±4.68	27.90±4.01	18.70±4.49	14.60±4.57	17.60±4.55	122.30±20.27
<i>Test değeri</i>		$F=1.944$	$F=0.468$	$F=0.872$	$F=1.152$	$F=0.784$	$F=1.086$	$F=2.568$
<i>Anamlılık düzeyi</i>		$p=0.146$	$p=0.627$	$p=0.420$	$p=0.318$	$p=0.458$	$p=0.339$	$p=0.079$

F: ANOVA Varyans Analizi testi, t: ağımsız gruplarda t testi, * $p<0.05$, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 10’da sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları leği II (SYBDÖ II) ve alt boyutları puanlarının Karşılaştırılması puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırmada, sağlık çalışanlarının yaş değişkenine göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları leği II (SYBDÖ II) toplam puanı, Kişilerarası İlişkiler alt boyutu, Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, Manevi Gelişim alt boyutu ve Stres Yönetimi alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; 36-45 yaş grubundaki sağlık alışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları leği II (SYBDÖ II) toplam puanı, Kişilerarası İlişkiler alt boyutu, Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, Manevi Gelişim alt boyutu ve Stres Yönetimi alt boyutu puanının, 26-35 yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre SYBDÖ II’nin Fiziksel Aktivite alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); bekar olan sağlık alışanlarının Fiziksel Aktivite alt boyutu puanının, evli olanlara göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları leği II (SYBDÖ II) toplam puanı, Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, Manevi Gelişim alt boyutu ve Stres Yönetimi alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; mesleği diyetisyen ve fizyoterapist olan sağlık çalışanlarının göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları leği II (SYBDÖ II) toplam puanı, Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, Manevi Gelişim alt boyutu ve Stres Yönetimi alt boyutu puanının, mesleği hemşire ve doktor olan sağlık çalışanlarına göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre SYBDÖ II’nin Stres Yönetimi alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; nlisans ile lisans ve üzeri okul mezunu sağlık alışanlarının Stres

Yönetimi puanının, lise mezunu olan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının sigara kullanma durumuna göre SYBDÖ II'nin Fiziksel Aktivite alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); sigara kullanmayan sağlık çalışanlarının Fiziksel Aktivite alt boyutu puanının, sigara kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite ve egzersiz yapma durumuna göre SYBDÖ II toplam puanı, Beslenme alt boyutu, Fiziksel Aktivite alt boyutu ve Stres Yönetimi alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); fiziksel aktivite ve egzersiz yapan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II toplam puanı, Beslenme alt boyutu, Fiziksel Aktivite alt boyutu ve Stres Yönetimi alt boyutu puanının, fiziksel aktivite ve egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından erkek, bekar, önlisans mezunu, sosyal güvenceye sahip, çekirdek ailede yaşayan, ekonomik durumunu yeterli olarak değerlendiren, kronik hastalık tanısı olmayan, sigara ve alkol kullanmayan, günde 2-3 öğün besin tüketen, ev dışında mekanlarda yemek yemeyen ve BKİ'si 30-34.9 kg/m² olan sağlık çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu; ancak sağlık çalışanlarının cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi, ekonomik durumu, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, günlük öğün sayısı, ev dışı mekanlarda yemek yeme sıklığı ve BKİ'sine göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve alt boyutu puanları açısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11

Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları					
	N	Sağlığın Önemi	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yarar	Algılanan Engel
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yaş						
18-25 yaş ^a	21	20.66±4.95	14.00±2.30	17.23±2.52	28.33±6.17	20.52±6.32
26-35 yaş ^b	86	21.16±4.81	14.20±3.89	17.13±3.22	31.67±5.79	20.29±6.55
36-45 yaş ^c	88	22.07±5.23	14.20±2.99	16.69±4.19	32.26±7.12	19.95±6.57
46 yaş ve üzeri ^d	27	24.96±7.38	15.07±3.08	17.92±3.25	33.92±6.89	19.62±6.62
Test değeri		F=3.876	F=0.586	F=0.859	F=3.088	F=0.114
Anlamlılık düzeyi		p=0.010*	p=0.625	p=0.463	p=0.028*	p=0.952
Fark		d>b**	-	-	d>a**	-
Cinsiyet						
Kadın	105	21.79±5.62	14.12±3.41	17.06±3.81	31.20±7.76	19.80±5.89
Erkek	117	22.07±5.34	14.44±3.25	17.06±3.39	32.45±5.33	20.3±7.03
Test değeri		t=-0.389	t=-0.716	t=-0.004	t=-1.0403	t=-0.627
Anlamlılık düzeyi		p=0.698	p=0.472	p=0.997	p=0.162	p=0.531
Medeni Durum						
Evli	174	21.68±5.30	14.35±3.31	17.00±3.60	31.99±6.50	20.65±6.61
Bekâr	48	22.87±5.98	14.06±3.39	17.31±3.56	31.39±7.02	18.08±5.73
Test değeri		t=-1.339	t=0.541	t=-0.533	t=0.554	t=2.450
Anlamlılık düzeyi		p=0.182	p=0.589	p=0.595	p=0.580	p=0.015*
Eğitim Durumu						
Lise ^a	43	21.16±4.92	14.27±2.40	17.00±2.89	32.27±4.47	22.37±6.12
Önlisans ^b	76	21.97±5.26	14.43±3.26	17.21±3.83	32.25±6.51	20.05±6.58
Lisans ve üzeri ^c	103	22.24±5.83	14.19±3.70	16.99±3.69	31.40±7.40	19.18±6.44
Test değeri		F=0.592	F=0.113	F=0.458	F=0.091	F=3.728
Anlamlılık düzeyi		p=0.554	p=0.893	p=0.633	p=0.913	p=0.026*
Fark		-	-	-	-	a>c**
Sosyal Güvence Durumu						
Var	214	21.93±5.38	14.30±3.34	17.08±3.56	31.80±6.69	19.86±6.43
Yok	8	22.12±7.79	13.87±2.90	16.50±4.44	33.37±3.42	26.25±5.92
Test değeri		t=-0.097	t=0.361	t=0.455	t=-0.657	t=-2.762
Anlamlılık düzeyi		p=0.923	p=0.718	p=0.650	p=0.512	p=0.006*

F: ANOVA Varyans Analizi testi, t: ağımsız gruplarda t testi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 11. Devamı. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	N	Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları				
		Sağlığın Önemi	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yarar	Algılanan Engel
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Aile Tipi						
Çekirdek aile	194	21.84±5.26	14.37±3.22	17.11±3.62	32.00±6.50	19.97±6.42
Geniş aile	28	22.60±6.80	13.75±3.98	16.75±3.37	30.92±7.37	20.92±7.12
<i>Test değeri</i>		$t=-0.688$	$t=0.923$	$t=0.500$	$t=0.801$	$t=-0.720$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.492$	$p=0.357$	$p=0.618$	$p=0.424$	$p=0.472$
Ekonomik Durum						
Yeterli	178	22.07±5.34	14.43±3.33	17.20±3.57	31.79±6.77	19.67±6.34
Yetersiz	44	21.40±5.96	13.70±3.26	16.50±3.62	32.15±5.94	21.81±6.94
<i>Test değeri</i>		$t=0.721$	$t=1.312$	$t=1.172$	$t=-0.356$	$t=-1.865$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.472$	$p=0.191$	$p=0.242$	$p=0.723$	$p=0.067$
Meslek						
Sağlık teknisyeni/teknikeri ^a	108	22.17±5.35	14.49±2.99	17.59±3.37	32.51±6.10	20.14±6.77
Hemşire ^b	82	21.29±5.36	13.92±3.47	15.75±3.92	30.47±7.37	20.60±6.28
Doktor ^c	18	21.83±5.60	15.00±3.51	18.38±2.37	31.77±6.30	19.38±5.88
Diğer (diyetisyen ve fizyoterapist) ^d	8	27.50±6.74	14.75±3.84	19.00±1.51	34.62±4.34	14.62±2.82
Tıbbi sekreter ^e	6	19.50±2.34	13.00±5.58	19.00±1.54	35.66±4.58	21.66±8.11
<i>Test değeri</i>		$F=2.795$	$F=0.808$	$F=5.324$	$F=2.054$	$F=1.703$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.027^*$	$p=0.521$	$p=0.000^*$	$p=0.088$	$p=0.150$
<i>Fark</i>		$d>c-e^{**}$	-	$c>b^{**}$	-	-
Kronik Hastalık Durumu						
Var	26	21.92±7.68	14.69±3.39	16.38±4.06	33.23±7.06	22.03±7.43
Yok	196	21.94±5.12	14.23±3.32	17.15±3.52	31.68±6.54	19.84±6.35
<i>Test değeri</i>		$t=-0.018$	$t=0.651$	$t=-1.033$	$t=1.122$	$t=1.622$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.986$	$p=0.516$	$p=0.303$	$p=0.263$	$p=0.106$
Sigara Kullanma Durumu						
Evet	74	21.39±5.47	14.58±3.09	17.31±3.28	32.55±5.73	20.33±6.51
Hayır	148	22.21±5.45	14.14±3.43	16.94±3.73	31.52±6.99	19.97±6.52
<i>Test değeri</i>		$t=-1.059$	$t=0.913$	$t=0.713$	$t=1.099$	$t=0.386$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.291$	$p=0.362$	$p=0.477$	$p=0.273$	$p=0.700$

F: ANOVA Varyans Analizi testi, t: ağımsız gruplarda t testi, * $p<0.05$, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 11. Devamı. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	N	Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) Alt Boyutları				
		Sağlığın Önemi	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Yarar	Algılanan Engel
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Alkol Kullanma Durumu						
Evet	22	20.31±4.07	13.95±3.21	18.40±1.50	29.63±6.92	19.68±6.05
Hayır	200	22.12±5.57	14.33±3.34	16.92±3.72	32.11±6.54	20.14±6.57
<i>Test değeri</i>		$t=-1.471$	$t=-0.502$	$t=3.954$	$t=1.673$	$t=-0.316$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.143$	$p=0.616$	$p=0.001^*$	$p=0.096$	$p=0.752$
Günlük Tüketilen Öğün Sayısı						
Günde 1-2 öğün ^a	44	21.31±5.70	14.00±3.40	16.93±3.76	31.97±6.31	21.00±6.37
Günde 2-3 öğün ^b	131	22.62±5.62	14.61±3.26	17.17±3.35	32.50±6.18	19.68±6.46
Günde 3-4 öğün ^c	41	21.12±4.51	14.12±3.09	17.36±3.87	30.97±7.12	19.82±6.84
Günde 4 öğün ve üzeri ^d	6	17.16±2.40	10.66±3.88	13.66±4.50	23.16±8.86	24.33±5.42
<i>Test değeri</i>		$F=2.773$	$F=3.004$	$F=1.976$	$F=4.309$	$F=1.331$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.042^*$	$p=0.031^*$	$p=0.119$	$p=0.006^*$	$p=0.265$
<i>Fark</i>		$a-b>d^{**}$	$a-b>d^{**}$	-	$a-b-c>d^{**}$	-
Ev Dışı Mekânlarda Yemek Yeme Sıklığı						
Hiç	42	22.83±5.27	14.47±3.06	16.97±4.26	33.30±6.10	18.59±6.90
Haftada 1-2 kez	101	21.79±5.70	14.37±3.20	16.92±3.36	31.89±6.88	20.89±6.51
Haftada 2-3 kez	52	21.94±5.34	14.21±3.62	17.07±3.45	30.76±6.38	20.21±6.22
Haftada 4-5 kez	27	21.11±5.19	13.85±3.71	17.74±3.66	31.62±6.68	19.25±6.26
<i>Test değeri</i>		$F=0.602$	$F=0.230$	$F=0.379$	$F=1.160$	$F=1.408$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.614$	$p=0.876$	$p=0.768$	$p=0.326$	$p=0.241$
Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapma Durumu						
Evet	126	22.78±5.44	14.96±3.05	17.44±2.91	32.44±6.01	20.03±5.89
Hayır	96	20.83±5.31	13.40±3.47	16.57±4.28	31.10±7.28	20.17±7.26
<i>Test değeri</i>		$t=2.673$	$t=3.556$	$t=1.714$	$t=1.501$	$t=-0.155$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.008^*$	$p=0.000^*$	$p=0.088$	$p=1.463$	$p=0.877$
BKİ						
30-34.9 kg/m ² (a)	180	22.16±5.62	14.07±3.23	16.87±3.78	31.47±6.57	20.50±6.52
35-39.9 kg/m ² (b)	32	20.62±4.47	14.96±3.97	17.34±2.49	32.34±6.78	18.34±5.46
40 kg/m ² ve üstü (c)	10	22.10±5.40	16.10±1.85	19.70±0.94	37.40±3.97	18.40±8.61
<i>Test değeri</i>		$F=1.086$	$F=2.568$	$F=3.108$	$F=4.015$	$F=1.869$
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		$p=0.339$	$p=0.079$	$p=0.047^*$	$p=0.019^*$	$p=0.157$
<i>Fark</i>		-	-	$c>b^{**}$	$c>b^{**}$	-

F: ANOVA Varyans Analizi testi, t: ağimsız gruplarda t testi, * $p<0.05$, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 11’de sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre Obezite Sağlık İnanç Modeli leği (OSİMÖ) ve alt boyutları puanlarının Karşılaştırılması puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırmada, sağlık çalışanlarının yaş değişkenine göre Obezite Sağlık İnanç Modeli leği (OSİMÖ)’nin Sağlığın nemi alt boyutu ve Algılanan Yarar alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; 46- yaş ve üzerindeki sağlık alışanlarının Sağlığın nemi alt boyutu ve Algılanan Yarar alt boyutu puanının, 18-25 yaş ve 26-35 yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre OSİMÖ’nin Algılanan Engel alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); evli olan sağlık alışanlarının Algılanan Engel alt boyutu puanının, bakar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının mesleğine göre OSİMÖ’nin Sağlığın nemi ve Algılanan Ciddiyet alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; mesleği diyetisyen ve fizyoterapist olan sağlık alışanlarının Sağlığın nemi alt boyutu puanının, mesleği doktor ve tıbbı sekreter olan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mesleği doktor olan sağlık alışanlarının Algılanan Ciddiyet alt boyutu puanının, mesleği hemşire olan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının eğitim durumuna OSİMÖ’nin Algılanan Engel alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; lise mezunu olan sağlık alışanlarının Algılanan Engel puanının, lisans ve üzeri olan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının sosyal güvence durumuna göre OSİMÖ’nin Algılanan Engel alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); sosyal güvencesi olmayan sağlık alışanlarının Algılanan Engel alt boyutu puanının, sosyal güvencesi olan sağlık

alışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının alkol kullanma durumuna göre OSİMÖ'nin Algılanan Ciddiyet alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); alkol kullanan sağlık alışanlarının Algılanan Engel alt boyutu puanının, alkol kullanmayan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite ve egzersiz yapma durumuna göre OSİMÖ'nin Sağlığın nemi alt boyutu ve Algılanan Duyarlılık alt boyutu puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$); fiziksel aktivite ve egzersiz yapan sağlık alışanlarının Sağlığın nemi alt boyutu ve Algılanan Duyarlılık alt boyutu puanının, fiziksel aktivite ve egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, sağlık çalışanlarının günlük tüketilen öğün sayısına göre OSİMÖ'nin Sağlığın nemi alt boyutu, Algılanan Duyarlılık alt boyutu ve Algılanan Yarar alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; günde 1-2 öğün ve günde 2-3 öğün besin tüketen sağlık alışanlarının Sağlığın nemi alt boyutu, Algılanan Duyarlılık alt boyutu ve Algılanan Yarar alt boyutu puanının, günde 4 öğün ve üzeri besin tüketen sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmada, sağlık alışanlarının Beden Kitle İndeksine göre OSİMÖ'nin Algılanan Ciddiyet alt boyutu ve Algılanan Yarar alt boyutu puanı asısından anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizi Tukey Testi sonuçlarına göre; BKİ'si 40 kg/m² ve üzerinde olan sağlık alışanlarının Algılanan Ciddiyet alt boyutu ve Algılanan Yarar alt boyutu puanının, BKİ'si 35-39 kg/m² olan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, aile tipi, ekonomik durumu, mesleği, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, günlük tüketilen öğün sayısı, ev dışı mekânlarda yemek yeme sıklığı, fiziksel aktivite ve egzersiz yapma durumu ve BKİ'sine göre

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) alt boyutları puanları ağsısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).



BÖLÜM 8: TARTIŞMA

8.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu çalışmada ele alınan sağlık personelinin büyük bir bölümü erkeklerden oluşuyor. 2016 yılında DSÖ tarafından paylaşılan verilere göre, Türkiye'de 18 yaşından büyük obezlerin %39.2'si kadinken, %24.4'ü erkektir. 2019'da TUİK tarafından yayımlanan istatistiklere göre ise, 15 yaş ve üstü obez nüfusun %24.8'i kadınlardan, %17.3'ü erkeklerden meydana gelmektedir. Araştırmamızın özellikle çalışan bireylerle yürütüldüğü göz önüne alındığında, erkek katılımcı oranımızın bu nedenle yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Katılan obez sağlık personelinin yaş ortalaması 36.35 ± 8.75 olarak saptanmıştır, en yoğun yaş grubunun 36-45 arası olduğu görülmüştür. Yaşın ilerlemesiyle obezitenin arttığı, bazal metabolizma hızının yavaşlaması, beslenme alışkanlıklarının değişikliği ve fiziksel aktivite azlığı gibi faktörlerle açıklanmaktadır ve bu bulgular mevcut literatürle uyumludur. Çalışmaya katılanların çoğunluğunun personel statüsünde olduğu belirlenmiştir (WHO, 2020; TUİK, 2020; Aylaz ve diğerleri, 2016; Göger, 2017).

Katılan obez sağlık personelinin büyük çoğunluğu maddi gelirlerini nispeten yeterli olarak nitelendirmiştir. Literatürde, ekonomik durumun obezite üzerinde belirgin bir etkisi olduğuna dikkat çekilmektedir. Göger'in araştırmasında, düşük ekonomik seviyedeki bireylerin obezite riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Işık ve arkadaşlarının aile hekimliği kapsamında gerçekleştirdiği bir çalışmada, aylık geliri daha yüksek ailelerde BKİ değerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, gelirin artmasıyla BKİ'nin azaldığını belirten literatürün yanı sıra, tam tersi sonuçları ya da gelirle obezite arasında anlamlı bir bağlantı olmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur. Türkiye'de bir çalışmaya göre, gelir artışıyla birlikte bireylerin yağ ve enerji tüketiminin arttığı, bu nedenle obezite riskinin arttığı belirlenmiştir. Ancak Elazığ'da gerçekleştirilen bir başka çalışmada, gelir seviyesi ile obezite arasında belirgin bir ilişki saptanmamıştır. Literatürdeki bu farklılıkların nedeni olarak bireylerin beslenme alışkanlıklarının yaşadıkları bölge, kültür ve inançlara göre değişebilmesi gösterilmektedir (Ergin, 2014; Göger, 2017; Işık ve diğerleri, 2017; Egemen, 2019; Aksakal ve Oğuzöncül, 2016).

Araştırmamızda katılımcıların büyük bir bölümünün evli olduğu ortaya çıkmıştır. Bir Kolombiya çalışmasında, evli kişilerde fazla kilo ve obezite prevalansının bekarlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekarların evli kişilere göre daha aktif bir yaşam tarzı benimsedikleri, bu nedenle daha az kilolu oldukları düşünülmektedir. Literatürde evlilik durumunun obezite ile bağlantılı olduğu bilinmektedir ve bu, araştırmamızın sonuçlarıyla da

uyumludur. Katılımcılarımızın eğitim seviyeleri incelendiğinde, %46.4'nün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesinin obezite riskini etkileyen bir faktör olduğu literatürde kabul görmüştür. Yüksek eğitim seviyesinin, obezite riskini azaltabileceği belirtilmektedir. Araştırmamızda, obez sağlık çalışanlarının %11.7'sinin başka bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Obezitenin, diğer kronik hastalıklara yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir. Yıldız ve Çetinkaya'nın çalışmasında, obez bireylerde diğer kronik hastalıkların prevalansının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Obezite ve diğer kronik hastalıklar, bireyde psikolojik yük oluşturabilir. Araştırmamızda, katılımcıların büyük bir kısmının sigara içmediği saptanmıştır. Literatürde sigara kullanımı ve obezite arasında belirgin bir ilişki olmadığı belirtilmektedir. Bunun yanında, sigaranın kilo kontrolünde etkili olabileceği belirtilmiştir. Ancak Araç Eşref, sigara kullanımının obezite üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun alkolsüz bir yaşam sürdürdüğü belirlenmiştir. Alkol tüketiminin ve beden kitle indeksinin (BKİ) doğrudan ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak, bu çalışmada alkol tüketiminin doğrudan ölçülmediği için kesin bir sonuca varılamamıştır. Bu sonuçların, katılımcıların kültürel ve dini değerleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Göger, 2017; Aylaz ve diğerleri, 2016; Kaner ve diğerleri, 2017; Munera-Gaviria et al., 2017; Çubukçu ve diğerleri, 2021; Yılmaz ve diğerleri, 2020; Çubukçu ve diğerleri, 2021; Araç, 2019; Pirinçci ve diğerleri, 2020; Karaoğlu, 2019; Yılmaz ve diğerleri, 2020; Aylaz ve diğerleri, 2016; Göger, 2017; Ata ve diğerleri, 2014; Okyay ve Uçku, 2002; Yıldız ve Çetinkaya, 2020; Egemen, 2019; Kaner ve diğerleri, 2017; Secginli ve Nahcivan, 2010).

Araştırmamızda, katılımcıların %18.5'nin günde 3-4 öğün yemek yediği, %45.5'nin haftada bir ya da iki kez dışarıda hazır yemek tükettiği belirlenmiştir. Başakıl'ın araştırmasında, katılımcıların %42.5'i günde sadece 1-2 öğün yemekten, %41.32'si haftada 2-3 gün dışarıda yemek yediği ortaya konmuştur. Özkan ve ekibinin çalışmasında, öğrencilerin %46'sının düzensiz öğünlerle beslendiği görülmüştür. Aylaz ve ekibinin çalışmasına göre, fast-food ürünleri tüketenlerin obez olma riski daha yüksektir. Fast-food'un yüksek kalori ve yağ içeriğiyle modern yaşamın getirdiği hareketsizliğin obezite riskini artırdığı belirtilmiştir (Ergin, 2014; Aylaz ve diğerleri, 2016; Özkan ve diğerleri, 2020).

Araştırmamızın sonuçlarına göre, obez sağlık çalışanlarının %56.8'si düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Literatür, fiziksel aktivitenin obezite riskini azalttığını ve eğitim seviyesinin ardından obezite üzerinde önemli bir etken olduğunu belirtmektedir. Her gün en az 10 dakikalık yürüyüşün, ciddi obezite riskini önemli ölçüde azalttığı vurgulanmıştır. Teknolojinin getirdiği

kolaylıklar ve gelişen ulaşım olanakları, bireylerin daha hareketsiz bir yaşama yönlenmesine sebep olmuştur ve bu da obezite riskini artırmaktadır (Özkan ve diğerleri, 2020; Egemen, 2019).

8.2. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamasının İncelenmesi

Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nde toplam puanlama yapılmazken, alt boyutlara göre değerlendirmede; Sağlığın Önemi 21.94 ± 5.46 , Ciddiyet Algısı 17.06 ± 3.58 , Duyarlılık Algısı 14.29 ± 3.32 , Engel Algısı 20.09 ± 6.51 ve Yarar Algısı 31.86 ± 6.60 puanla belirlenmiştir. Yarar Algısı 31.86 ± 6.60 puanla en yüksek, Duyarlılık Algısı ise 14.29 ± 3.32 puanla en düşük değere sahiptir. Ölçeğe göre, bireyin duyarlılık algısının yükselmesi, sağlıkla ilgili olumlu davranışlarını artırır. Bireylerin bir sağlık sorununun ciddiyetini algılaması, bu konuda daha korunaklı davranışlar sergileme olasılığını artırır. Algılanan yarar, bireyin bir hastalık riskini azaltmak amacıyla ne kadar etkili davranış sergileyeceğini gösterir. Yarar ve Engel Algıları davranışın başlıca belirleyicileri iken, Ciddiyet Algısı en az etkileyici faktördür. Koruma amaçlı sağlık davranışının gerçekleşmesi için algılanan engelin düşürülmesi ve diğer faktörlerin teşvik edilmesi gereklidir. Barakat ve Kasemy'nin çalışmasında, algılanan yararın artmasının sağlık davranışını olumlu etkilediği görülmüştür. Yarar Algısı, davranışı etkileyen ana faktörlerden biridir. Araştırmamız, Yarar Algısı'nın diğer ölçek boyutlarına göre daha baskın olduğunu göstermektedir. Diğer literatür incelemelerinde de Yarar Algısı'nın diğer boyutlardan daha üstün olduğu görülmüştür (Kahraman ve diğerleri, 2015; Secginli & Nahcivan, 2010; Çimen ve diğerleri, 2012; Kadouh & Acosta, 2017; Jose et al., 2021; Jaelan et al., 2018; Bulduk ve diğerleri, 2015; Jose ve diğerleri, 2021; Khorsandi ve diğerleri, 2017; Barakat & Kasemy, 2020).

Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) toplam puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve çok yüksek düzeyde ($r=0.751$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Ciddiyet alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.203$; $p=0.002$; $p<0.05$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.324$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ($r=-0.285$; $p=0.000$; $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nde toplam puanlama gözetilirken, bu çalışmanın SYBDÖ-II ortalaması 125.55 ± 22.58 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 68 ve 185 olarak kaydedilmiştir. SYBDÖ- II'nin yüksek puanı, bireyin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsediğine işaret eder. Kocaman ve Başakıl'ın çalışmalarında

bu ölçekten alınan toplam ortalamalar 125.75 ± 20.59 ve 131.6 ± 21.2 'dir. Türkiye'de gerçekleştirilen diğer araştırmalarda ise; İlhan, Tedik, Kasar, Akyol, Aksoy, Uçar, Özcan ve Bozhüyük gibi araştırmacıların çalışmalarında SYBDÖ-II'nin toplam puan ortalamaları değişiklik gösterirken, bu çalışmanın puanı bu değerler arasında bir yerde bulunmaktadır. Bu farklılıkların sebebinin farklı örneklem gruplarından kaynaklandığı düşünülüyor. Ölçeğin farklı alt boyutlarındaki puan dağılımı şu şekildedir: Sağlık Sorumluluğu 20.41 ± 4.94 , Fiziksel Aktivite 25.83 ± 4.86 , Beslenme 19.70 ± 4.21 , Manevi Gelişim 24.73 ± 4.69 , Kişilerarası İlişkiler 16.16 ± 5.05 ve Stres Yönetimi 18.73 ± 4.20 'dir. Bu boyutlarda Manevi Gelişim en yüksek değeri alırken, Fiziksel Aktivite en az değeri elde etmiştir. İkinci en yüksek puanı Kişilerarası İlişkiler almıştır. Literatürde benzer bulgularla desteklenen bu sonuçlara ek olarak, uluslararası çalışmalarda, Amerika ve Japonya'daki öğrencilerin sonuçlarına bakıldığında, Kişilerarası İlişkilerin en yüksek, Sağlık Sorumluluğu'nun ise en düşük puanı aldığı görülmüştür. Bu farklılıkların kültürel, çevresel ve bireysel etkenlerden kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir (Özcan ve Bozhüyük, 2016; Bahar ve diğerleri, 2008; Walker et al., 1987; Özcan ve Bozhüyük, 2016; Kumsar ve Pakyuz, 2015; Kasar ve Akyol, 2019; Tedik, 2017; Lee & Loke, 2005).

8.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırması

Cinsiyetin, araştırmamızda Kişilerarası İlişkiler alt boyutuyla istatistiksel bir bağlantısı olduğunu bulduk ($p < 0.05$). Bu bağlamda, kadınların Kişilerarası İlişkiler puanı erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek belirlenmiştir. Gömleksiz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, cinsiyetin genel SYBDÖ-II ile direkt bir bağlantısı tespit edilmemiş, fakat kadın öğrencilerin Kişilerarası İlişkiler puanının, erkeklerin ise Fiziksel Aktivite puanının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada da benzer şekilde, kadınların Kişilerarası İlişkilerde, erkeklerin ise Fiziksel Aktivitede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Aşilar ve diğerleri, 2020; Gömleksiz ve diğerleri, 2020).

Araştırmamızda medeni durumun, Sağlık Sorumluluğu dışında kalan alt boyutlarla ve SYBDÖ-II toplam puanıyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bekarlar, evlilere kıyasla Sağlık Sorumluluğu hariç diğer tüm alt boyutlarda ve genel ölçekte daha yüksek puan almıştır. Bostan'ın hemşireler üzerinde yürüttüğü çalışmada, bekarların bazı alt boyutlarda ve SYBDÖ-II genel puanında evlilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Kolaç ve ekibinin fabrika çalışanları üzerine gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bekarların yüksek Stres Yönetimi ve Fiziksel Aktivite puanlarına sahip olmasının sebebi olarak, daha az sorumluluğa sahip olmaları ve kendilerine daha fazla zaman

ayırabilmeleri gösterilmiştir. Ancak Aşılar ve ekibinin çalışmasında, evli bireylerin bazı alt boyutlarda daha yüksek puanlar aldığına dikkat çekilmiştir. Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, Beslenme dışındaki tüm alt boyutlar ve SYBDÖ-II genel puanı arasında istatistiksel bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Lisansüstü eğitime sahip olanlar, Beslenme dışında kalan tüm alt boyutlarda ve genel ölçekte daha yüksek puan almıştır. Başakıl'ın yaptığı bir çalışmada, eğitim seviyesinin SYBDÖ-II'nin tüm alt boyutlarıyla pozitif bir ilişki içinde olduğu belirtilmiştir. Kumsar ve Pakyüz'ün araştırmasında da eğitim seviyesinin Fiziksel Aktivite ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesinin artışının, bireylerin fiziksel aktiviteye daha fazla değer vermesini teşvik edebileceği ifade edilmektedir(Aşılar ve diğerleri, 2020; Kolaç ve diğerleri, 2018) (Bostan ve Beşer, 2017) (Kolaç ve diğerleri, 2018). Yılmaz ve ekibinin tip 2 diyabetli kişiler üzerine gerçekleştirdiği çalışmada, bu bireylerin egzersiz ve beslenme konusundaki bilgi seviyeleri arttıkça, kardiyovasküler hastalıklara yönelik risk faktörlerinde azalma ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesinde artış olduğu gözlemlenmiştir. Aynı ekip, eğitim seviyesi yükseldikçe duyarlılık algısının da yükseldiğini belirtmiştir. Yaşlı populasyon üzerine yapılan bir diğer çalışma, eğitim seviyesi azalırken SYBD'nin de azaldığına işaret etmektedir(Yılmaz C. K., 2020) . Başka bir araştırma ise, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Sorumluluğu gibi ölçek alt boyutlarında ve SYBDÖ-II genel puanında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olduğunu vurgulamıştır. Genel literatür, eğitim seviyesi ile sağlıklı yaşam alışkanlıkları arasında olumlu bir korelasyon olduğunu belirtirken, bu durum bizim çalışmamızın sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Araştırmamız, obez bireylerin Vücut Kitle İndeksi (BKİ) ile Stres Yönetimi ve Fiziksel Aktivite gibi alt boyutlar arasında, ayrıca SYBDÖ-II genel puanıyla da önemli bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2018) 30-34.9 kg/m² arası BKİ değerine sahip bireylerde bu değerlerin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Göger'in yaptığı bir çalışmada, normal kilolu kişilerin obezlere göre bu değerlerde üstün olduğu gözlemlenmiştir. Tedik ve Hacıaloğlu'nun çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir: normal kilolu kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatür, BKİ'nin yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu onaylar niteliktedir ve bu, bizim bulgularımızla örtüşmektedir. Egzersiz yapan obez bireylerin SYBDÖ-II alt boyutları ve genel puanında anlamlı bir farklılık olduğu araştırmamızda saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gömleksiz ve ekibinin yaptığı bir çalışma, egzersizin SYBDÖ-II skorlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Savaşan ve ekibinin çalışmasına göre, egzersiz yapan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite skoru yüksek olan kişilerin egzersizi rutin hale getirdiği

gözlemlenmiştir. Vural ve Bakır'ın çalışmasında, düzenli egzersiz yapanların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Egzersizin, bireylerin sağlık motivasyonunu güçlendirerek olumlu sağlık inançlarını teşvik ettiği ve bu nedenle SYBD skorlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir. Bu bulgular, mevcut çalışmalarla uyumludur (Yılmaz ve diğerleri, 2016) (Aşilar ve diğerleri, 2020; Savaşan ve diğerleri, 2013; Gömleksiz ve diğerleri, 2020; Göger, 2017; Tedik ve Hacıaloğlu, 2017).

8.4. Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamasının İncelenmesi

Araştırmamız, cinsiyetin Engel Algısı üzerinde istatistiksel bir etkisi olduğunu göstermiştir ($p<0.05$). Erkeklerde bu algının kadınlara göre daha az olduğu saptanmıştır. Bu azalmış engel algısı, koruyucu sağlık davranışlarının oluşumunu destekleyici bir rol oynamaktadır. Bu durumun temelinde, kadınların sağlıkla ilgili konularda erkeklere göre daha motive olmaları ve hastalıkları önleme konusundaki performanslarının daha iyi olması yatmaktadır. Ancak, Nişancı Kılınç ve arkadaşlarının ve Kartal ve Özsoy'un çalışmaları, cinsiyetin sağlık inanç modeli üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Buna rağmen, Barakat ve Kasemy'nin yaptığı bir çalışma, cinsiyetin engel algısı üzerindeki etkisini desteklemektedir. Aynı araştırmamızda, medeni durumun Sağlığın Önemi ve Engel Algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu bulmuştur ($p<0.05$). Bekar bireylerin Sağlığın Önemi konusunda evli bireylere göre daha bilinçli oldukları görülmüştür. Ancak Kahraman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma, medeni durumun obeziteyle ilgili sağlık inanç modeli üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını belirtmektedir. Mevcut literatür, Obezite Sağlık İnanç Modeli ile medeni durum arasında genellikle anlamlı bir ilişki olmadığını gösteriyor; bu nedenle, bizim bulgularımız genel literatürle tam olarak örtüşmemektedir (Kartal ve Özsoy, 2014; Kılınç ve diğerleri, 2018) (Meriç ve Oflaz, 2010; Bulduk ve diğerleri, 2015; Barakat & Kasemy, 2020; Kahraman ve diğerleri, 2015; Kahraman ve diğerleri, 2015; Barakat & Kasemy, 2020). Araştırmamız sonucunda, evli olanların engel algısının bekarlardan daha fazla olduğunu gözlemledik. Bu, evli bireylerin karşılaştığı artan sorumluluklar ve daha yüksek algılanan hastalık ciddiyeti nedeniyle zaman içinde daha fazla zorluk yaşamalarıyla ilişkilendirilebilir. Eğitim seviyesiyle ilgili olarak, Sağlığın Önemi ve Duyarlılık Algısı ölçeklerinde anlamlı istatistiksel farklar saptandı ($p<0.05$). Özellikle üniversite ve yüksek lisans mezunu obez katılımcılarda bu ölçeklerde daha yüksek puanlar kaydedilmiştir. Kahraman ve ekibinin yaptığı çalışma, eğitim seviyesinin obeziteye yönelik sağlık inanç modeli üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Sipahi'nin ve diğer bazı araştırmacıların çalışmaları, daha yüksek eğitim seviyesinin bireylerde artan bir

sağlık bilinciyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Darvishpour ve ekibi, sağlık davranışlarını iyileştirmek adına eğitimin ve yeteneklerin artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Eğitim, algılanan faydaların doğru şekilde anlaşılmasını sağlar ve sağlık davranışlarına engel teşkil eden faktörleri ortadan kaldırabilir. Barakat ve Kasemy ise düşük eğitim seviyesinin bilgi eksikliği yarattığını ve bu durumun hastalıklara karşı korunma ve duyarlılık algısını negatif etkilediğini belirtmektedir. Ancak Lo, SWS ve ekibi, bilginin her zaman sağlık davranışlarını tahmin edemediğini, bu bilgilerin pratiğe dökülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Gelir düzeyi ile Sağlığın Önemi, Ciddiyet Algısı, Duyarlılık Algısı, Engel Algısı ve Yarar Algısı alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (Darvishpour ve diğerleri, 2018; Khorsandi et al., 2017; Sipahi, 2021; Lo et al., 2015; Barakat & Kasemy, 2020; Kılınç ve Gözel, 2018; Meriç ve Oflaz, 2010; Kahraman ve diğerleri, 2015). Bireylerin gelir düzeylerinin yeterli olması durumunda, Sağlığın Önemi ve Ciddiyet Algısının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de obezite, genellikle düşük sosyoekonomik kesimlerde daha yaygındır. Sağlıklı gıdaların maliyeti, kalorisi yüksek ve sağlıksız gıdalara kıyasla daha yüksek olduğu için, düşük gelirli kişilerin sebze ve meyve tüketimi genellikle azdır, buna karşılık sağlıksız gıda tüketimi fazladır. Düşük gelirli ya da eğitim seviyesi düşük olmasına rağmen yüksek gelire sahip bireylerde obez olma riski daha yüksektir. Mevcut literatürde, sağlık inanç modeli ile gelir seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğuna dair bulgular bulunmaktadır ve bu, araştırmamızın sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Araştırmamızda, katılımcıların Vücut Kitle İndeksi (BKİ) ile Sağlığın Önemi, Ciddiyet Algısı ve Engel Algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). BKİ değerleri yükseldikçe, Sağlığın Önemi değerinin azaldığı ve Engel Algısının arttığı görülmüştür. BKİ ile bu değerler arasında sıralama farklılıkları mevcuttur. Kahraman ve ekibi, obez bireyler üzerine yaptığı bir çalışmada, obeziteye yönelik sağlık inanç modelinin alt boyutları ile BKİ arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmiştir. McArthur ve ekibi ise, üniversite öğrencilerinin kilo yönetimlerini sağlık inanç modeline göre incelediğinde, BKİ'nin öğrencilerin değerlerinin yaklaşık %17'sini belirlediğini bulmuştur. Bu çalışmada, BKİ ile bazı alt boyutlar arasında olumlu bir ilişki, bazılarıyla ise olumsuz bir ilişki saptanmıştır. Saghafi-Asl ve ekibi de benzer sonuçlara ulaşmıştır. Ancak literatürde, bu sonuçları destekleyen çalışmalar olduğu gibi, BKİ değerleri ile sağlık inanç modeli arasında anlamlı bir fark bulunmadığına dair çalışmalar da bulunmaktadır (Kılınç ve diğerleri, 2018; McArthur ve diğerleri, 2018; Saghafi-Asl ve diğerleri, 2020 ;Kasar & Akyol, 2019; Sipahi, 2021; Kahraman ve diğerleri, 2015).Araştırmamız sonucunda, obez bireyler arasında kronik hastalığı olanların Engel Algısının daha yüksek olduğunu ve Sağlığın Önemi daha düşük seviyede değerlendirdiklerini

tespit ettik ($p<0.05$). Kronik hastalığı olmayan obez bireylerle kıyaslandığında, bu grup daha büyük engellerle karşılaştıklarını hissediyor ve sağlık konusunda farklı bir perspektife sahip olabilirler. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerde beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteler ve stresle başa çıkma mekanizmalarında yaşanan değişikliklerle ve daha yoğun tıbbi tedavi gereksinimleriyle ilişkilendirilmektedir. Depresyonun daha yoğun yaşanmasının da bu duruma katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Literatür, kronik hastalığı olan bireylerde obez olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermekte ve bu, araştırmamızın sonuçlarıyla paraleldir (Okyay ve Uçku, 2002). Obez katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre Sağlığın Önemi, Duyarlılık Algısı, Engel Algısı ve Yarar Algısı boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz yapan obez bireylerde, Sağlığın Önemi, Duyarlılık Algısı ve Yarar Algısı daha yüksekken, Engel Algısı daha düşüktür. Sağlık İnanç Modeline göre; bireyin sağlıkla ilgili önem, duyarlılık ve yarar algılamalarındaki artış, sağlık risklerini azaltabilir ve sağlığa yönelik olumlu davranışları teşvik edebilir. Ayrıca, düşük Engel Algısı, koruyucu sağlık davranışının geliştirilmesine katkıda bulunur. Sağlık İnanç Modeli, egzersiz alışkanlıklarını tahmin ve açıklama konusunda etkili bir araç olarak görülmektedir. Düzenli fiziksel aktivite, kronik hastalıkların önlenmesi ve ilerlemesinin yavaşlatılmasında önemli bir role sahiptir, aynı zamanda aktif ve sağlıklı bir yaşam sürdürme olasılığını artırır (Ertüzün ve Karaküçük, 2014; Akpınar & Ceran, 2019; Bulduk ve diğerleri, 2015 Jose ve diğerleri, 2021; Khorsandi ve diğerleri, 2017; Wu et al., 2020).

8.5. Sağlık Çalışanlarının Bazı Özellikleri ile OSİMÖ ve SYBDÖ-II Ölçekleri Toplam Puanları ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Sağlık profesyonelleri arasında, yaşın, Sağlığın Önemi, Fiziksel Aktivite, Engel Algısı, Manevi Gelişim, Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler alt boyutlarıyla ve genel puanla olumlu bir ilişkisi olduğunu belirledik. Kahraman ve ekibi gerçekleştirdiği bir araştırmada, yaşın Engel Algısı ile doğrudan ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Diğer bir çalışma, yaşın artmasıyla SYBDÖ-II'nin genel puanının yükseldiğini ve Stres Yönetimi yeteneklerinin azaldığını ortaya koymuştur. Çeşitli araştırmalar, yaş ilerledikçe bazal metabolizmanın düşüşü nedeniyle alınan enerjinin tam olarak harcanmaması sonucunda obezite oranlarının arttığını göstermektedir (Kaner ve diğerleri, 2017; Çubukçu ve diğerleri, 2021; Kahraman ve diğerleri, 2015; Aşilar ve diğerleri, 2020). Araştırmaya katılan obez sağlık çalışanlarının SYBDÖ II'nin Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanı ile OSİMÖ'nin Sağlığın Önemi alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r=0.665$; $p=0.000$; $p<0.01$); OSİMÖ'nin Algılanan Yarar alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r=0.257$; $p=0.000$; $p<0.01$) ve OSİMÖ'nin Algılanan Engel

alt boyut puanı arasında negatif yönde ve çok düşük düzeyde ($r=-0.166$; $p=0.013$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Sağlığı önemsemek sağlık sorumluluğunun oluşmasına da yol açar bu nedenle bu çalışmaya katılan obez sağlık çalışanları gerek sağlık profesyoneli olmalarından gerekse eğitimlerinde bunu benimsemiş olmalarından sağlığın öneminin ve sağlık sorumluluğunun farkındadırlar.

Araştırmamızda katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile Sağlığın Önemi, Fiziksel Aktivite ve Beslenme alt boyutları arasında negatif bir ilişki bulunurken; Engel Algısı ile pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Göger'in yaptığı bir çalışmada BKİ'nin Beslenme ile ilişkisi saptanmamış, Fiziksel Aktivite ile ise ters bir ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde, SYBDÖ-II genel puanı ve Sağlık Sorumluluğu, Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler ve Manevi Gelişim alt boyutları arasında BKİ ile ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Tedik ve Hacıoğlu ise BKİ'nin, SYBDÖ-II genel puanıyla negatif bir ilişkisi olduğunu, bu puanın yükseldikçe BKİ'nin azaldığını belirtmiştir. Özbaşaran ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BKİ azaldıkça SYBDÖ-II genel puanının arttığına dikkat çekilmiştir. Literatüre göre, ideal kiloya sahip olmak ve bu kiloyu korumak, sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemek ve devam ettirmekle doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla, bir bireyin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesi ve bu alışkanlıkları sürdürmesi, BKİ'nin azalmasına ve dolayısıyla ideal kiloya ulaşılmasına yardımcı olabilir. Bu konsept, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları skalası ile obezite sağlık inanç modeli skalasının tüm alt kategorileriyle bağdaştırılmıştır. Bir kişinin sağlık konusundaki inançları ve yaklaşımları, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kabulünde merkezi bir öneme sahiptir. Bu nedenle, toplumun sağlıkla ilgili inanç ve yaklaşımlarını doğru bir biçimde kavramak, halk sağlığının doğru yönde ilerlemesi için kritiktir. Khorsandi ve takımı, sağlık inanç modelini temel alarak yürüttükleri bir araştırmada, bireylerin sağlıkla ilgili inançlarının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Davranışsal değişikliklerde, kültürel inançlar ve normlar belirleyici olduğundan, OSİMÖ ile SYBDÖ-II arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması beklenmektedir (Dedeli, 2010; Tedik ve Hacıoğlu, 2017).

8.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği – II Toplam Puanı Yordayıcılarının İncelenmesi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki toplam puanı etkileyen değişkenleri tespit etmek için yapılan lineer regresyon analizine göre, eğitim seviyesi ile OSİMÖ'nün Sağlığın Önemi alt boyutundaki puanın yükselmesi SYBDÖ-II'nin toplam puanını olumlu etkiliyor. Üniversite personeli üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, yüksek eğitim seviyesi olan bireylerde Manevi Gelişim, Fiziksel Aktivite, Kişilerarası İlişkiler ve Sağlık Sorumluluğu alt boyut

puanları ile SYBDÖ-II'nin genel puanında anlamlı artışlar gözlemlendi. Öztoprak'ın çalışması, bilgi seviyesi yükseldikçe Manevi Gelişim puanlarının ve olumlu sağlık davranışlarının arttığını ortaya koymuştur. Yaşlılar üzerine yapılan bazı literatür çalışmaları, eğitim seviyesi azaldıkça SYBD'nin düştüğünü gösteriyor(Öztoprak ve Emel, 2021). Khorsandi ve ekibinin çalışmasında, sağlık inanç modeline dayalı eğitimin, yaşlılarda sağlıkla ilgili inançları, bilinci ve pratiği artırdığına dikkat çekiliyor. Buna ek olarak, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin, sağlıkla ilgili sorumlulukları daha iyi kavradığına inanılıyor. Sağlıkla ilgili eğitim ve danışmanlığın, bireylerin sağlıklı davranışları benimsemesini teşvik ettiği belirtiliyor (Khorsandi ve diğerleri, 2017). Araştırmamız, eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin sağlıkla ilgili konularda daha bilinçli hale geldiğini ve sağlığın değerini daha iyi anladığını gösteriyor. Yapılan lineer regresyon analizi, düzenli egzersiz yapmamanın ve OSİMÖ'nün Engel Algısı alt boyutundaki yüksek puanın, SYBDÖ-II toplam puanını olumsuz etkilediğini belirtiyor. Yılmaz ve ekibi, egzersiz yapmanın sağlık inançları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ifade ediyor. McArthur ve ekibinin çalışmasında, öğrencilerin BKİ değerlerinin ve Engel Algısı arasında önemli bir ilişki olduğu belirtiliyor. Saghafi-Asl'ın çalışması da benzer bir sonuca ulaşmıştır. Göger'in analizi, BKİ'nin SYBDÖ-II'nin genel puanını %19 oranında negatif etkilediğini gösteriyor(Saghafi-Asl et al., 2020). Genel olarak, literatürde fiziksel aktivitenin ve egzersizin sağlığı koruma ve hastalıkları önleme açısından kritik bir rol oynadığı kabul ediliyor ve bu, bizim araştırmamızın sonuçlarıyla tutarlıdır(Aşlar ve diğerleri, 2020;Göger, 2017;McArthur ve diğerleri, 2018;Yılmaz ve diğerleri, 2016;Okyay ve Uçku, 2002;Yılmaz C. K., 2020;Öztoprak ve Emel, 2021) .

SONUÇ

Sağlık sektöründeki profesyoneller arasında gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların obezite konusundaki tutum, inanç ve yaşam tarzı davranışları incelenmiştir. OSİMÖ ve SYBDÖ-II skorları arasında herhangi bir anlamlı farkın olup olmadığı ve bağımsız değişkenlerin bu skorlara etkileri değerlendirilmiştir. Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalaması 36.35 ± 8.75 'dir, çoğunluğunun 36-45 yaş grubunda, erkek, evli, üniversite mezunu olduğu ve Body Mass Index (BKİ) değerlerinin ortalama 30-34.9 kg/m² aralığında olduğu gözlemlenmiştir.

Obezitenin nedenleri arasında hem değiştirilebilir hem de değiştirilemez faktörlerin bulunduğu belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyet, medeni hali, eğitim durumu, BKİ ölçümleri ve spor alışkanlıklarıyla SYBDÖ-II skorları arasında belirgin bir bağlantı saptanmıştır.

Erkekler, bekar kişiler, üniversite mezunu bireyler, ideal BKİ değerine sahip olanlar ve sürekli sporla uğraşanlar daha yüksek SYBD puanlarına sahip olarak belirlenmiştir.

Sağlık profesyonellerinin demografik bilgileri, ek sağlık sorunları ve spor alışkanlıkları gibi değişkenlerin OSİMÖ puanlarıyla önemli bir bağlantısı bulunmaktadır.

Optimal BKİ değerleri olan, üniversite mezunu, aktif spor yapan ve kronik bir sağlık problemi olmayan kadınlar daha yüksek sağlık inançlarına sahip olarak kaydedilmiştir.

Yaş ve BKİ değerlerinin OSİMÖ ile SYBDÖ-II skorlarına pozitif bir katkısı olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim durumunun ve OSİMÖ'nün Sağlığın Önemi kategorisinin yükselmesi, SYBDÖ-II toplam puanını olumlu etkilerken, sporla uğraşmamanın ve OSİMÖ'nün Engel Algısı kategorisinin artmasının bu puanı negatif etkilediği belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ile sağlığın önemi, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engel algısının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının obez sağlık profesyonellerinin obezite sağlık inançları ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasında pozitif ilişki bulunurken sağlık inançlarının, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin kendi yaşamına yönelik farkındalıkları eğitim dönemlerinden başlayarak biliçlendirilmeleri önerilir. Sağlıklı yaşam biçimini belirlemeleri ve uygulamaları önemlidir. Halk sağlığı uygulamalarında uygun rol model olmaları beklenir.

Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde obezite oranı daha yüksek olduğundan SYBD eğitimlerine daha fazla katılımları sağlanmalıdır. Sağlık profesyonellerinin obeziteye yönelik farkındalık eğitimlerine daha fazla katılmaları gerektiği sonucuna varılmıştır.



KAYNAKÇA

- Abbas, T., & Çakır, B. (2012). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Ankara Medical Journal* , 12(1), 37-41.
- Aboueid, S., Bourgeault, I., & Giroux, I. (2018). Nutrition And Obesity Care İn Multidisciplinary Primary Care Settings İn Ontario, Canada: Short Duration Of Visits And Complex Health Problems Perceived As Barriers. *Preventive Medicine Reports*, 10, 242-247.
- Adaş, M., & Mert, M. (2014). Obezitede Medikal Tedavi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 50-55.
- Akkurt, S. (2012). Obezite Ve Egzersiz Tedavisi. *Spor Hekimliği Dergisi*, 47(4), 123-130.
- Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar Ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*, 3(2), 140-152.
- Aksakal, B. Y., & Oğuzöncül, A. F. (2016). Elazığ Kent Merkezinde Bulunan Ortaöğretimde Okuyan Öğrencilerde Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 5(1), 16-22.
- Akyol, A. (2018). Obezite Ve Kadın Üreme Sağlığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 48-53.
- Albuquerque, D., Nobrega, C., Manco, L., & Padez, C. (2017). The Contribution Of Genetics And Environment To Obesity . *Brmedbull*, 123(1), 159-73.
- Araç, E. (2019). Obez Hastalarda Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı Ve Doğru Sanılan Yanlış Algı: Sigarayı Bırakmak Kilo Aldırır. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 6(4), 328-334.
- Arslan, E., Özçelik, F., & Demirbaş, Ş. (2013). Obezite İle İlişkili Kanser Türleri. *Anatolian Journal Of Clinical Investigation*, 7(3), 176-84.
- Aşıl, R. H., Yıldırım, A., Karakurt, P., & Çelebi, F. (2020). Healthy Life Style Behaviors And Affecting Factors İn University Staff. *Turkish J Fammed Prim Care* , 14(1), 72-81.
- Ata, A., Vural, A., & Keskin, F. (2014). Beden Algısı Ve Obezite. *Ankara Medical Journal*, 14(3), 74-84.

- Ataç, E., Yıldırım, G., Kumral, T. L., Berkiten, G., Saltürk, Z., & Uyar, Y. (2014). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Ve Obezite. *Okmeydanı Tıp Dergisi* , 30(1), 19-23.
- Avgerinos, K. I., Spyrou, N., Mantzoros, C. S., & Dalamaga, M. (2019). Obesity And Cancer Risk: Emerging Biological Mechanisms And Perspectives. *Metabolism*, 92, 121-135.
- Aygün, N. (2014). Obezite Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü Ve Beslenme Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 45-49.
- Aylaz, R., Sarıtaş, S. Ç., Şanver, F., & Erci, B. (2016). Bir Halk Sağlığı Müdürlüğü Çalışanlarında Obezite Ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler. *Annals Of Health Sciences Research*, 5(1), 16-22.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kissal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması . *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Balcı, H., & Küçükkendirici, H. (2019). Obezite Ve Obezite Cerrahisinde Beslenme. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 12(2), 45-50.
- Baltacı, D. (2015). Birinci Basamakta Obezite Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med- Special Topics*, 6(3), 96-102.
- Barakat, A. M., & Kasemy, Z. A. (2020). Preventive Health Behaviours During Coronavirus Disease 2019 Pandemic Based On Health Belief Model Among Egyptians. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 1-9.
- Batar, N. (2019). Bariatrik Cerrahide Beslenme İlkeleri. *Medical Journal Of Bakirkoy*, 15(4), 323-32.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model End Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419.
- Bostan, N., & Beşer, A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma* , 14(1), 38-44.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y., & Ardıç, E. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Champion, V. L. (1999). Revised Susceptibility, Benefits And Barriers Scale For Mammography Screening. *Victoria L Champion*, 22(4), 341-348.

- Chooi Chung, Y., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The Epidemiology Of Obesity. *Metabolism*, 92, 6-10.
- Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- Csiga, I., Ujvarosy, D., Szabo, Z., Lorincz, I., Paragh, G., Harangi, M., & Somodi, S. (2018). The Impact Of Obesity On The Cardiovascular System. *Journal Of Diabetes Research*. <https://doi.org/3407306>
- Çiftçi, N., & Kadioğlu, H. (2020). Türkiye'de Sağlık İnanç Modeline Dayalı Geliştirilen Ve Türkçeye Uyarlanan Ölçekler. *Anemon Muş Alparlan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(6), 2015-2021.
- Çimen, M., Akbolat, M., Çiftçi, F., Işık, O., & Şahin, B. (2012). Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı Ve Tutumları İle Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. *TAF Prevmedbull*, 11(1), 87-96.
- Çubukçu, M., Türe, E., Yazıcıoğlu, B., & Yavuz, E. (2021). Obezite Merkezine Kayıtlı Hastalarda D Vitamini Düzeyinin Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(2), 47-52.
- Çubukçu, M., Türe, E., Yazıcıoğlu, B., & Yavuz, E. (2021). Obezite Merkezine Kayıtlı Hastalarda D Vitamini Düzeyinin Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(2), 47-52.
- Darvishpour, A., Vajari, S. M., & Noroozi, S. (2018). Can Health Belief Model Predict Breast Cancer Screening Behaviors. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, 6(5), 949.
- Dedeli, Ö. (2010). Obez Bireylerde Kilo Vermeye Yönelik Tutum Ve İnançların İncelenmesi: Sağlık İnanç Modelinin Uygulanması. İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Doktora Tezi Ege Üniversitesi.
- Doğan, B., & Öner, C. (2015). Obez Bireylerde İki Farklı Yöntemle Hesaplanan Vücut Yağ Oranının Antropometrik Değerler Ve Lipid Parametreleri İle İlişkisi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 1(3), 124-128.

- Egemen, İ. (2019). Türkiye'de Obezitenin Sosyoekonomik Belirleyicileri. *Uluslararası İktisadi Ve İdari İncelemeler Dergisi*(25), 57-70.
- Erdim, L., Ergun, A., & Kuşuoğlu, S. (2014). Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi Ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 1(2), 115-126.
- Ergin, A. B. (2014). Obezitenin Kadın Sağlığı Ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 41-54.
- Ertüzün, E., & Karaküçük, S. (2014). Sağlık İnanç Modeli Perspektifinde Sportif Rekreasyon Aktivitelerine Bakış . *Gazi Beden Eğitim Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 19(1-4), 1-9.
- Evren, B., & Topaloğlu, Ö. (2018). Obezitenin Medikal Tedavisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 72-7.
- Fryar, C. D., Carroll, M. D., & Afful, J. (2021, Ocak 25). *Prevalence Of Overweight, Obesity, And Severe Obesityamongadultsage 20 Andover*. United States, 1960-1962 Through 2017-2018: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity-adult-17-18/overweight-obesity-adults-h.pdf> Adresinden Alındı
- Gallus, S., Lugo, A., Murisic, B., Bosetti, C., Bofetta, P., & Vecchia, C. L. (2015). Overweight And Obesity İn 16 European Countries. *European Journal Of Nutrition*, 54(5), 679-89.
- Gezer, C., & Uluhan, D. (2020). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Hastalık Bilgi Düzeyi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Yaşam Kalitesi İlişkili Mi? *Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 77(2), 155-166.
- Göger, S. (2017). 18-49 Yaş Dönemi Kadınlarda Obezitenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Gömlüksiz, M., Yakar, B., & Pirinçci, E. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 347-358.
- Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- Grace, X. M., Gao, W., Fang, C. Y., Tan, Y., Feng, Z., Ge, S., & Nguyen, J. A. (2013). Health Beliefs Associated With Cervical Cancer Screening Among Vietnamese Americans. *Journal Of Women's Health*, 22(3), 276-288.

- Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., & Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin Benlik Saygısı Ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği*, 3, 122-8.
- Helvacı, A., Tipi, F. F., & Belen, E. (2014). Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 5-14.
- Herle, M., Smith, A. D., Kininmonth, A., & Llewellyn, C. (2020). The Role Of Eating Behaviours İn Genetic Susceptibility To Obesity. *Current Obesity Reports*, 9, 512-521.
- İlhan, N., Batmaz, M., & Akhan, U. L. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44.
- Işık, E., Kanbay, Y., Aslan, Ö., Işık, K., & Çınar, S. (2013). Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı Ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. *İstanbul Üniversitesi*, 21(2), 107-15.
- Işık, Ö., Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Karagöz, Ş., Ersöz, Y., & Doğan, İ. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Farklı Ölçüm Yöntemlerine Göre Obezite Prevalansı. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2), 20-33.
- İşler, S., Koç, F., & Özkoçak, V. (2020). Obezitenin Antropolojik Açıdan Değerlendirilmesi. *SMART Journal*, 6(31), 639-46.
- Jackson, M. V., Breen, D. M., Fortin, J. P., Liou, A., Kuzmiski, B. J., Loomis, K. A., . . . Carpino, P. A. (2015). Lates Approaches For The Treatment Of Obesity. *Expert Opinion On Drug Discovery*, 10(8), 825-839.
- Jaelan , S. S., Prabandari, Y. S., Sanusi, R., Hapsari, E. D., & Santoso, B. (2018). The Validity Of Health Belief Model Variables İn Predicting Behavioral Change: A Scoping Review. *Health Education*, 118(6), 499-522.
- Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., Manju, L., & Benny, P. (2021). Public Perception And Preparedness For The Pandemic COVID 19: A Health Belief Model Approach. *Clinical Epidemiology And Global Health*(9), 41-46.
- Kadouh, H. C., & Acosta, A. (2017). Current Paradigms İn The Etiology Of Obesity. *Techniques İn Gastrointestinal Endoscopy*, 19(1), 2-11.

- Kahraman, G., Baş, T., & Akbolat, M. (2015). Obezitye Yönelik Tutum Ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi. *Acıbadem Üniiveritesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 89-98.
- Kahraman, M. S., Güriz, O. S., & Özdel, K. (2014). Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik Ve Psikolojik Tedaviler İçin Genel Bir Gözden Geçirme . *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 28-40.
- Kalan, I., & Yeşil, Y. (2010). Obezite İle İlişkili Kronik Hastalıklar. *Diyabet Ve Obezite*, 78-81.
- Kaner, G., Kürklü, N. S., Adıgüzel, K. T., & Koyu, E. B. (2017). İzmir'de Beslenme Ve Diyet Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Obezite Prevalansıve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Pamukkale Medical Journal*, 10(3), 250-7.
- Karaoğlu , D. (2019). Sigarayı Bırakma Ve Obezite Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. *Journal Of Research İn Economics*, 3(1), 46-57.
- Kartal, A., & Özsoy, S. A. (2014). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına Ve Metabolik Kontrole Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-15.
- Kasar, K. S., & Akyol, A. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obezite Önyargı Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 79-86.
- Kaya, H., & Özçelik, O. (2009). Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kitle İndeksi Ve Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodlarının Etkinliğinin Yaş Ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(1), 1-5.
- Kayar, H., & Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite Ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 1-8.
- Khorsandi, M., Fekrizadeh, Z., & Roozbahani, N. (2017). Investigation Of The Effect Of Education Based On The Health Belief Model On The Adoption Of Hypertension-Controlling Behaviors İn The Elderly. *Clinical Interventions İn Aging*, 233-240.
- Kılınç, F. N., Çakır, B., Daşgın, H., & Temizhan, A. (2018). Metabolik Sendromlu Hastaların Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi. *Medicaljournal Of Bakirkoy*, 14(1), 76-84.

- Kılınç, F., & Gözel, N. (2018). Obezite Ve Genetik . *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 9-13.
- Koçak, B., & Yüksel, A. (2021). Kemik-Eklem Hastalıklarının Obezite İle İlişkisi. *Sağlık Ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 3(1), 97-100.
- Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E., & Dinçer, S. (2018). Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Ayaşam Biçimi Davranışı Ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 267-74.
- Konal Korkmaz, E., Ardahan, M., & Erkin, Ö. (2019). İntörn Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Obezite Arasındaki İlişki. *Sağlık Ve Toplum* , 29(3), 84-92.
- Koliaki, C., Liatis, S., & Kokkinos, A. (2019). Obesity And Cardiovascular Disease: Revisting An Old Relationship. *Metabolism*, 92, 98-107.
- Kostak, A. M., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., & Ergül, D. G. (2014). Hemşirelik Ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Taf Prev Med Bull*, 13(3), 189-96.
- Kumsar, A. K., & Pakyuz, S. C. (2015). Determining The Healthy Lifestyle Behaviors And Related Factors On Women With Metabolic Syndrome. *Journal Of Education And Research İn Nursing*, 12(1), 19-25.
- Lee, R. L., & Loke, A. J. (2005). Health-Promoting Behaviors And Psychosocial Well-Being Of University Students İn Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-20.
- Lo, S. W., Chair, S. Y., & Lee, F. K. (2015). Factors Associated With Health-Promoting Behavior Of People With Or At High Risk Of Metabolic Syndrome: Based On The Health Belief Model. *Applied Nursing Research*, 28(2), 197-201.
- Mcarthur, L. H., Riggs, A., Uribe, F., & Spaulding, T. J. (2018). Health Belief Model Offers Opportunities For Designing Weight Management Interventions For College Students. *Journal Of Nutrition Education And Behavior* , 50(5), 485-495.
- Menekli, T., Fadiloğlu, Ç., & Şenuzun Aykar, F. (2019). Obez Bireylerde Davranış Değişimi: Transteoretik Model Yaklaşımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 39-57.

- Meriç, M., & Oflaz, F. (2010). Anksiyolitik Ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanc Modeline Dayalı Tedaviyi Bırakma İle İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 441-52.
- Motor, S., Keskin, M., & Dokuyucu, R. (2014). Obezite Ve Adipokinler. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 5(18), 34-45.
- Munera-Gaviria, H. A., Salazar-Blandon, D. A., Pastor- Durango, M. P., & Alzate- Yepes, T. (2017). Overweight And Obesity Conditions: Prevalence And Associated İn A Public University İn Medellin, Colombia. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria* , 35(2), 191-196.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Trends İn Adult Body-Massindex İn 200 Countriesform 1975 To 2014 : A Pooledanalysis Of 1698 Population-Basedmeasurementstudieswith 19,2. *The Lancet*, 387(1377), 96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00663-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00663-3)
- OECD. (2021, Ocak 25). *Topics. Tackling Obesity Would Boost Economicand Social Well-Being*. Topics. Tackling Obesity Would Boost Economicand Social Well-Being: <https://www.oecd.org/health/tackling-obesity-would-boost-economic-and-social-well-being.htm>. Adresinden Alındı
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence Of Childhood And Adult Obesity İn The United States. *Jama*, 311(8), 806-14.
- Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B., & Sungur, M. Z. (2016). Obezite Ve Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 133-144.
- Okyay, P., & Uçku, R. (2002). İzmir'de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(3), 5-12.
- Onat, A., Beytullah , Y., Çetinkaya, A., Aksu, H., Keleş, İ., Uslu, N., . . . Sansoy, V. (1999). Erişkinlerimizde Obezite Ve Santral Obezite Göstergeleri Ve İlişkileri: 1990-98' De Düşündürücü Obezite Artışı Erkeklerde Daha Belirgin. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* , 4(27), 209-217.
- Öcal, H., & Aygen, E. (2018). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 78-87.
- Öz, B., Karataş, A., Akar, Z. A., & Koca, S. S. (2018). Obezite Ve Kas-İskelet Sistemi. *Fırat Med J*, 23, 42-47.

- Özcan, S., & Bozhüyük , A. (2016). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları. *Çukurova Medical Journal*, 41(4), 664-674.
- Özdoğan, E., Özdoğan, O., Altunoğlu, E. G., & Köksal, A. R. (2015). Tip 2 Diyabet Hastlarında Kan Lipid Düzeylerinin Hba1c Ve Obezite İle İlişkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 49(4), 248.
- Özer Altundağ, Ö., & Tayfur, M. (2016). Obez Bireylerde Vücut Ağırlık Kontrolünün Antropometrik Ölçümler Ve Bazı Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi. *İzmir Democracy Universityhealth Sciences Journal*, 3(3), 177-195.
- Özkan, İ., Adıbelli, D., İlaslan, E., & Taylan, S. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Obezite Farındalıkları İle Beden Kitle İndeksleri Arasındaki İlişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (1), 120-126.
- Öztoprak, F. S., & Emel, E. (2021). Kadın İşçilerin Kansere Bilgi Yüğü İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniveristesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(37), 141-156.
- Palmeira, A. L., Markland, D. A., Silva, M. N., Branco, T. L., Martins, S. C., Minderico, C. S., . . . Teixeira, P. J. (2009). Reciprocal Effects Among Changes İn Weight, Body İmage, And Other Psychological Factors During Behavioral Obesity Treatment: A Mediation Analysis. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 6, 1-12.
- Pirinçci, E., Acar, U., Kurt, O., Akkuş, İ., Oğuzöncül, A. F., Özkan, E., & Deveci, S. E. (2020). Elazığ İli Sivrice Eğitim Araştırma Bölgesinde 35 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Obezite Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 163-70.
- Pirzadeh, A., & Mazaheri, M. A. (2012). The Effect Of Education On Women's Practice Based On The Health Belief Model About Pap Smear Test. *International Journal Of Preventive Medicine* , 3(8), 585.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins Of The Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Saghafi-Asl, M., Aliasgharzadeh, S., & Asghari-Jafarabadi, M. (2020). Fcators İnfluencing Weight Management Behavior Among College Students: An Application Of The Health Belief Model. *Plos One* , 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228058>

- Savaşan, A., Ayten, M., & Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Umutsuzluk. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 4(1), 1-6.
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2010). Factors Associated With Breast Cancer Screening Behaviours İn A Sample Of Turkish Women: A Questionnaire Survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 43(6), 161-171.
- Selçuk Tosun, A., & Hisar, F. (2021). Kronik Hastalıklar. İ. Erefe İçinde, *Halk Sağlığı Hemşireliği* (S. 751-774). Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
- Silventoinen, K., & Konttinen, H. (2020). Obesity And Eating Behavi Or From The Perspective Of Twin And Genetic Research. *Neuroscibiobehavrev*(109), 150-65.
- Silventoinen, K., Jelenkovic, A., Sund , R., Yokoyama, Y., Hur, Y.-M., Cozen, W., . . . Iwatani, Y. (2017). Differences İn Genetic And Environmental Variation İn Adult BMI By Sex, Age, Time Period, And Region: An İndividual-Based Pooled Analysis Of 40 Twin Cohorts. *The American Journal Of Clinical Nutrition* , 106(2), 457-466.
- Sipahi, B. B. (2021). Türkiye'de Obezite Üzerine Sosyoekonomik Faktörlerin Etkisi Ve Gelir Eşitsizliği . *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 76(2), 547-573.
- Şahin, G., & Yardımcı, H. (2016). Obezitenin Bazı Kanser Türleriyle İlişkisi. *International Peer-Reviewed Journal Of Nutrition Research*, 8, 66-79.
- Şen, M. A., Ceylan, A., Kurt, M. E., Palancı, Y., & Adın, C. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 1-12.
- Şengönül, M., Arancioğlu, İ. Ö., Yıldırım Maviş, Ç., & Ergüden, B. (2019). Obezite Ve Psikoloji. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- Şengönül, M., Özay Arancioğlu, İ., Yıldırım Maviş, Ç., & Ergüden, B. (2019). Obezite Ve Psikoloji. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- T.C. Sağlık Bakanlığı . (2021, Ocak 25). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı*. Obezite Nasıl Saptanır.: <https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Obezite/Obezite-Nasil-Saptanir.Html>. Adresinden Alındı

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021, Ocak 25). *Türkiye'de Obezite Cerrahisinin Obezite Tedavesindeki Yeri*. Türkiye'de Obezite Cerrahisinin Obezite Tedavesindeki Yeri: <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/36797/0/Turkiyede-Obezitecerrahisinin-Obezite-Tedavisindeki--Yeri-30-06-2014pdf> Adresinden Alındı
- Tedik, S. E. (2017). Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde Ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi*, 1(2), 54-62.
- Tedik, S. E., & Hacıoğlu, N. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 10, 59-82.
- TEMED. (2019). *Türkiye Endokrin Ve Metabolizma Derneği, Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu*. Tıpkı Basım.
- Temür, M., Tayfur, Ç., Balcı, G. U., Güçlü, Y. A., Yılmaz, Ö., & Öngel, K. (2017). Kadın Yaşamında Obezitenin Jinekolojik Etkileri. *SDÜ Tıp Fakültesi*, 24(4), 153-158.
- TNSA. (2021, Ocak 25). *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması*. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması: http://www.hiips.hacettepe.edu.tr/Tnsa2018/Rapor/TNSA2018_Ana_Rapor.Pdf. Adresinden Alındı
- TÜİK. (2020, Aralık 3). *Türkiye Sağlık Araştırması 2019-2020*. Türkiye Sağlık Araştırması 2019-2020: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?P=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>. Adresinden Alındı
- Türkiye Endokronoloji Ve Metabolizma Derneği. (2018). *Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu*. 6. Baskı.
- University Of Twente. (2021, Ocak 22). *Health Belief Model*. Health Belief Model: <https://www.utwente.nl/en/bms/communication-theories/sorted-by-cluster/health-communication/health-belief-model/> Adresinden Alındı
- Ünal, S. G. (2018). Duygusal Beslenme Ve Obezite. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*, 3(2), 30-47.
- Verma, S., & Hussain, E. M. (2017). Obesity And Diabetes: An Update. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11(1), 73-79.

- Vural, P. I., & Bakır, N. (2015). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(1), 36-42.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development And Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- WHO. (2020, Aralık 3). *World Health Organization*. Obesity And Overweight: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/obesity-and-overweight>. Adresinden Alındı
- WHO. (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Healthfor The Sdgs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization. Adresinden Alındı
- WHO. (2021, Ocak 21). *World Health Organization*. Health Topics Diabetes: https://www.who.int/healthtopics/diabetes=tab_1. Adresinden Alındı
- WHO. (2021, Ocak 17). *World Health Organization Europe*. Health Topic. Body Mass Index: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Adresinden Alındı
- WHO. (2021, Mart 3). *World Health Organization*. Obesity And Overweight: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Adresinden Alındı
- Wu, S., Feng, X., & Sun, X. (2020). Development And Evaluation Of The Health Belief Model Scale For Exercise. *International Journal Of Nursing Sciences*(7), 23-30.
- Yağcı, S., & Yılmaz Karabulutlu, E. (2017). Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnancı, Hastalık Tutumları Ve Metabolik Kontrolünün Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 19(3), 149-157.
- Yaralı, S., & Hacıoğlu, N. (2020). Obezite Yönetiminde Sağlık İnancı Modelini Kullanma Ve Hemşirenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(9), 407-415.
- Yaralı, S., & Hacıoğlu, N. (2020). Obezite Yönetiminde Sağlık İnancı Modelini Kullanma Ve Hemşirenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 407-15.
- Yıldız, S., & Çetinkaya, F. (2020). Yetişkinlerde Obezite Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Ahi Evran Medical Journal*, 4(2), 29-34.

- Yılmaz, C. K. (2020). Yaşlı Bireylerin Yaşlılığa Uyum Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi . *Merisn Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 305-317.
- Yılmaz, F. T., Kumsar, A. K., & Çelik, S. (2018). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 63-70.
- Yılmaz, M., Dereli, F., & Yelten, G. (2016). Elli Yaş Ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanserine İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim Araştırma*(3), 226-34.
- Yılmaz, S., Ferahman , S., Aydın, H., & Karabulut, M. (2020). Genel Cerrahi Polikliniğine Başvuran Normal Kilolu Ve Obez Hastalarda Obezite Prevelans Ve Farkındalık Çalışması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 73(2), 176-82.
- Young Chul, C., Dong, C., & Magkos, F. (2019). The Epidemiology Of Obesity. *Metabolism Clinical And Experimental*, 92, 6-10.
- Zileli, R., Şemşek, Ö., Özkamçı, H., & Diker, G. (2016). Bilecik İlinde Yaşayan Kadınlarda Spora Katılım, Obezite Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 1(1), 83-96.

EKLER

Ek 1: Katılımcı Onam Formu

Araştırmacının Beyanı

Sayın Katılımcı, bu araştırma Kent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde bireysel çalışma kapsamında yapılmaktadır. Araştırmanın amacı Obezite Sağlık İnanç Modeline Göre sağlık çalışanlarının Sağlık İnançları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu çalışma Doç. Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt danışmanlığında yürütülmektedir. Sizden istenilen, ekte verilen ölçekleri sırasıyla doldurmanızdır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma kapsamında sizden kişisel bilgileriniz istenmeyecek ve verdiğiniz cevaplar araştırmayı yapan kişi tarafından tamamen gizli tutulacaktır. Tüm sorulara cevap vermenizi önemle rica ederim. Verilen cevaplar bir bütün olarak değerlendirilecektir. Önemli olan samimi cevaplar vermenizdir. Değerli katılımcılara katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırma öncesi edinmem gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak verilen tüm cevapları anladım ve çalışmaya katılıp katılmama konusunda bana gerekli olan süre tanındı. Bu koşullar altında hiçbir zorlama ve baskı altında kalmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı Soyadı:

İmza:

Ek 2:Kişisel Tanıtım Formu

1. Yaşınız?

1)18-25 yaş 2)26-35 yaş 3)36-45 yaş 4)46-55 yaş 5)56 yaş ve üstü

1. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek 3) Diğer

2. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar

3. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Var 2) Yok

4. Mesleğiniz nedir?

5. Eğitim düzeyiniz nedir?

1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Önlisans 5)Lisans 6) Yüksek Lisans

6. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek 2) Geniş Aile 3) Yalnız Yaşayan

7. Sizce ekonomik durumunuz yeterli mi? 1) Yeterli 2) Kısmen yeterli 3) Yetersiz

8. Boyunuz?.....

9. Kilonuz?

10. Beden Kütle İndeksi?

1)30-34.9 kg/m² 2)35-39.9 kg/m² 3)40 kg/m² üzerinde

11. Başka bir kronik hastalığınız var mı? 1) Var 2) Yok

12. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır

13. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır

14. Bir günde kaç öğün tüketiyorsunuz?

1) Günde 1-2 öğün tüketiyorum 2) Günde 2-3 öğün tüketiyorum

3) Günde 3-4 öğün tüketiyorum 4) Günde 4 ve üzeri öğün tüketiyorum

15. Restoran, lokanta, hazır yemek (fast-food), kafeterya ve benzeri yerlerde yemek yeme sıklığınız haftada kaç kezdir?

1) Hiç 2) Haftada 1-2 kez 3) Haftada 2-3 kez 4) Haftada 4-5 kez

16. Fiziksel aktivite ve egzersiz yapıyor musunuz? 1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır

Ek 3: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Her zaman
1- Sağlık ile ilgili konularda kitap, dergi, radyo, televizyon gibi basın yayını takip ederim					
2- Sağlık uzmanları ile karşılaştığımda sağlık ile ilgili sorular sormaya meraklıyım.					
3- Sağlık ve yaşam ile ilgili konularda eğitici programlara ve toplantılara katılırım					
4- Her gün yediğim ve içtiklerime dikkat eder, öğünlerimi atlamamaya çalışırım					
5- Düzenli olarak egzersiz, yürüyüş, bisiklete binme ve koşma gibi aktiviteler yaparım					
6- Belirli bir uyku düzenim vardır					
7- Her gün 1.5-2 litre su içerim					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8- Hayatımda hiçbir şey sağlığımın iyi olmasından daha önemli olamaz					
9- Obezite bir hastalıktır					
10- Obezite ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen önemli bir hastalıktır					
11- Obezite tedavi edilebilir bir hastalıktır.					
12- Yaşamımın her hangi bir döneminde obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişme ihtimali çok yüksektir.					
13- Obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişebilme ihtimali beni korkutur.					
14- Obez olmak ve obeziteye bağlı gelişen sağlık sorunları bütün hayatımı değiştirecek					
15- Obez olmanın sağlık açısından bir zararı yoktur.					
16- Kendime iyi baktığım sürece obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişebileceğine inanmıyorum					

Ek 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun bölümü işaretleyerek belirtiniz.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pırnıç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini almak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklık	Düzenli Olarak
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi control etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yogurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasın da egzersiz yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıgım				

ÖZ GEÇMİŞ

DERYA YILMAZ, 2000-2004 yılları arasında Hatay Dört Yol Süleyman Demirel Anadolu Lisesi'nde eğitim aldı. 2005-2009 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde lisans eğitimini tamamladı. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 2010 yılında göreve başladı. Pediatri Onkoloji, Adana Balcalı Hastanesi Çocuk Hematoloji, İskenderun Özel Gelişim Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde, Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım, Büyük Acil, Kardiyoloji servisi ve Adli Toksikoloji bölümlerinde çalıştı. En son olarak Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalının alt birimi olan Obezite Merkezinde koordinatör olarak 1 Ocak 2021'den beri görev yapmaktadır. Formasyon ve Aile danışmanlığı sertifikası almıştır. Hobileri arasında film izlemek, kişisel gelişim kitapları okumak ve resim yapmak bulunmaktadır. Orta seviyede İngilizce konuşabilmektedir.