



**OBEZ KADINLARA SAĞLIK İNANÇ MODELİNE  
GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN  
OBEZİTEYE YÖNELİK İNANÇLARINA VE  
OBEZİTE YÖNETİMİNE ETKİSİ**

**Süheyla YARALI**  
**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Nazlı HACIALİOĞLU**

**Doktora Tezi-2018**

**T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OBEZ KADINLARA SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE  
VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN OBEZİTEYE  
YÖNELİK İNANÇLARINA VE OBEZİTE YÖNETİMİNE  
ETKİSİ**

**Süheyla YARALI**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Nazlı HACIALIOĞLU**

**ERZURUM  
2018**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**OBEZ KADINLARA SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE  
VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN OBEZİTEYE YÖNELİK  
İNANÇLARINA VE OBEZİTE YÖNETİMİNE ETKİSİ**

**Süheyla YARALI**

**Tez Savunma Tarihi** :25.12.2018

**Tez Danışmanı** :Dr. Öğr. Üyesi Nazlı HACIALIOĞLU

(Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** :Prof. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** :Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

(Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Saima ŞAHİNÖZ (Gümüşhane Üniversitesi)

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri üyeleri tarafından **Doktora tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**

**Enstitü Müdürü**

**Doktora Tezi  
ERZURUM-2018**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLOLAR DİZİNİ.....	VIII
GİRİŞ.....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Obezitenin Tanımı .....	5
2.2. Obezitenin Görülme Sıklığı .....	6
2.3. Obezitenin Etiyolojisi .....	7
2.4. Obezite İle İlişkili Hastalıklar .....	8
2.5. Obezite Tedavisi ve Yönetimi .....	10
2.6. Obezite Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	11
2.7. Sağlık Davranışı Kazandırmada Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı .....	12
2.7.1. Sağlık İnanç Modeli Kavram ve Tanımlar .....	13
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>15</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.4. Veri Toplama Araçları .....	15
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu .....	15
3.4.2. Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) .....	16
3.4.3. Antropometrik Ölçüm Formu .....	17

3.5. Verilerin Toplanması .....	18
3.6. Hemşirelik Girişimi .....	19
3.6.1. İzlem .....	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>32</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>36</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>37</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>48</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>48</b>
<b>EK-2. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU .....</b>	<b>49</b>
<b>EK-3. OBEZİTEDE SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (OSİMÖ).....</b>	<b>50</b>
<b>EK-4. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM FORMU .....</b>	<b>52</b>
<b>EK-5. EĞİTİM KİTAPÇIĞI .....</b>	<b>53</b>
<b>EK-6. OBEZİTE ANİMASYON VİDEO SUNUMU.....</b>	<b>54</b>
<b>EK-7. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>55</b>
<b>EK-8. İZİN YAZISI.....</b>	<b>56</b>
<b>EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....</b>	<b>57</b>

## TEŞEKKÜR

Doktora tezimin her aŐamasının desteğini ve katkılarını esirgemeyen yüksek lisansa baŐladığım dönemden beri her zaman yanımda olan ve beni destekleyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nazlı HACIALIOĞLU'na.

Tez izleme komitemde yer alan ve çalışmama önemli katkılar sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek KILIÇ'a ve Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU'ya teşekkür ederim.

Araştırmaya katılarak destek sağlayan kadınlara, tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma, hayatımın her anında desteklerini hissettiğim aileme teşekkür ederim.

**Süheyla YARALI**

## ÖZET

### **Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırmada obez kadınlara SİM'ye göre verilen eğitimin kadınların obeziteye yönelik inançlarına ve obezite yönetimine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma ön test-son test kontrol gruplu ve yarı deneysel olarak, Mart 2016 - Aralık 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Palandöken Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bölgesinde yaşayan, 18-65 yaş grubunda olan obez (BKİ  $\geq 30$ , bel çevresi  $\geq 88$ cm) kadınlar örneklemini ise bu TSM'ye bağlı birimlere (Yıldızkent, Solakzade, Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi) herhangi bir nedenle başvuran, örneklem seçim kriterlerine uygun, güç analizi ile belirlenen, 64 deney, 64 kontrol grubu olmak üzere toplam 128 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Özellikler Formu", "Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ve "Antropometrik Ölçüm Formu" kullanılmıştır. Yedi hafta süresiyle deney grubundaki araştırmaya katılan kadınlara sağlık inanç modeline göre yapılandırılan eğitim grup eğitimleri şeklinde verilmiştir. Eğitimler bittikten sonra 6 ay süreyle izlem yapılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, Bağımsız Gruplarda t testi, tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi, Friedman testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Wilcoxon Signed Ranks testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Obez kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitim sonrasında; obezitede sağlık inanç modeli ölçeğinin duyarlılık, ciddiye ve yarar algısı alt boyut puan ortalamalarının ön teste göre arttığı, engel algısı alt boyut puan ortalamasının azaldığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Kadınların kilo, BKİ ve bel çevresi değerlerinin ön teste göre azaldığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Obez kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitimin kadınların obeziteye yönelik inançlarını olumlu yönde etkilediği ve antropometrik ölçümlerinde düşüş (kilo, BKİ, bel çevresi) sağlayarak obezite yönetimini sağladığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Eğitim, Obezite, Obezite yönetimi, Kadın, Sağlık inanç modeli.

## ABSTRACT

### **Effect of Training Given on the Basis of Health Belief Model to Women with Obesity on their Beliefs about Obesity and Obesity Management**

**Aim:** The aim of this study is to investigate the effect of training given on the basis of health belief model to women with obesity on their beliefs about obesity and obesity management.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study was conducted using pre- and post-tests with a control group between March 2016 and December 2018. The study population consisted of women with obesity ( $BMI \geq 30$ , waist circumference  $\geq 88$ cm) in the 18-65 age group living in the region of Palandöken Community Health Center (CHC). And, the sample of the study consisted of 128 women admitted to units of this CHC (Yıldızkent, Solakzade, Osmangazi Family Health Centers) for any reason, of which 64 were in the experimental group and 64 were in the control group, selected according to the sample selection criteria and power analysis. In the collection of data, "Introductory Characteristics Form", "Health Belief Model in Obesity Scale" and "Anthropometric Measurement Form" were used. Group training structured according to the health belief model was provided to the women in the experimental group for 7 weeks. Follow-up was carried out for 6 months after the completion of the training. No intervention was applied to the women in the control group. In the evaluation of the data, Chi-square test, independent samples t-test, ANOVA for repeated measurements, Friedman test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Wilcoxon Signed Ranks test were used.

**Results:** Following the training provided to women with obesity according to health belief model, the sensitivity, severity, benefit perception sub-scale mean scores of the health belief model in obesity scale were found to increase compared to the pre-test, the obstacle perception sub-scale score was found to decrease, and the difference between the groups was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). In addition, women's weight, BMI and waist circumference values were found to decrease compared to pre-test, and the difference between the groups was found to be significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that the training provided to the women with obesity in accordance with the health belief model affected the beliefs of women about obesity positively and provided obesity management by decreasing their anthropometric measurements (weight, BMI, waist circumference).

**Keywords:** Health belief model, Training, Obesity, Obesity management, Women,



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>BKİ</b>	: Beden kütle indeksi
<b>DALY</b>	: Sağlıklı yaşam yılı kaybı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>SİM</b>	: Sağlık İnanç Modeli
<b>STEPS</b>	: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Prevalansı



## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil No**

**Sayfa No**

Şekil 3.1. Araştırma Planı..... 26



## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 3.1</b> OSİMÖ ve alt boyutlarının madde sayısı, toplam puanları (minimum- maksimum) ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları .....	17
<b>Tablo 3.2.</b> Obez Kadınlara SİM'ne göre Uygulanan Eğitim Konuları Süreleri Yöntemleri ve Materyalleri.....	20
<b>Tablo 3.3.</b> Deney ve kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 3.4.</b> Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler .....	25
<b>Tablo 4.1.</b> Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test-son test OSİMÖ alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	28
<b>Tablo 4.2.</b> Deney ve kontrol grubundaki kadınların BKİ ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	29
<b>Tablo 4.3.</b> Deney ve kontrol grubundaki kadınların BKİ ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	30
<b>Tablo 4.4.</b> Deney ve kontrol grubundaki kadınların bel çevresi ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması .....	31

## GİRİŞ

Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi sonucu ortaya çıkan obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Genetik ve çevresel birçok faktöre bağlı olarak sıklığı giderek artan obezite kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.<sup>1,2</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılında yetişkinlerin, 1.9 milyardan fazlasının aşırı kilolu, 650 milyondan fazlasının ise obez olduğunu belirtmektedir. Aynı kaynaktan dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık % 13'ünün (erkeklerin% 11'i ve kadınların% 15'i) obez olduğu açıklanmaktadır.<sup>3</sup> DSÖ verilerine göre (2016) Türkiye'deki yetişkin nüfusun %32.1'inin obez olduğu (erkeklerin %24.4'ünün, kadınların % 39.2'sinin) ve cinsiyete göre kadınlarda obez olma oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir<sup>4</sup>. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Prevalansı (STEPS-2017) sonuçlarına göre ülkemizdeki yetişkin nüfusun %28,8'nin obez olduğu ve obezite oranının kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>5</sup>

Obezite, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, kas iskelet sistemi hastalıkları, bazı kanser türleri ve solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalığın oluşmasına neden olmakta; hastalık ve ölüm oranlarını artırarak, yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>6,7</sup> DSÖ, her yıl dünyada 41 milyon kişinin sözkonusu hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiğini ve tüm ölümlerin %71'ini oluşturduğunu açıklamaktadır (2014). Her yıl 17.9 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar, 9 milyon kişi kanser, 1.6 milyon kişi diyabet nedeniyle ölmektedir.<sup>8</sup>

Obezite sadece fiziksel hastalıklara neden olmamakta aynı zamanda, sosyal ve ruhsal alanlarda da problemlere neden olmaktadır. Obez bireyler işyerleri, eğitim ve kişisel ilişkiler gibi hayatın birçok alanında, toplumsal önyargılar nedeniyle öfke, suçlama ve iğrenme gibi olumsuz davranışlara mağruz kalmaktadır. Bu durum düşük beden imajı,

benlik saygısında azalma, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir.<sup>9-13</sup>

Obezitenin bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozmasına bağlı olarak yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar<sup>14-17</sup> obez kadınların yaşam kalitesinin düşük olduğunu belirtmektedir. Tüm bu veriler obezitenin, hastalık riski ve bu durumun sağlık sistemine getirdiği yük açasından oldukça önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir.<sup>11, 18</sup>

Günümüzde obezite oranının giderek artması nedeniyle, obeziteye ilişkin hastalık ve ölüm risk oranını azaltmak, obez bireylerde yeterli ve dengeli beslenmeyi alışkanlık haline getirerek yaşam kalitesini yükseltmek halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi açasından son derece önemlidir.<sup>19</sup>

Obeziteye neden olduğu bilinen faktörler içinde, aşırı beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli ve değiştirilebilir nedenler arasında gösterilmektedir. Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite yetersizliğinin dünyada 1.6 milyon ölümden sorumlu olduğu belirtilmektedir<sup>20</sup>. Obez kişiler; olması gerekenden fazla besin tüketme, karbonhidrat ağırlıklı yağ ve şeker içeriği yüksek besinleri yeme, öğün atlama ve yeterince çiğnmeden hızlı yeme gibi yanlış beslenme alışkanlıkları ile hareketsiz bir yaşam sürdürmektedir. Bu nedenle obez bireylerde beslenme ve aktivite alışkanlıklarının değiştirilmesi sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında önem taşımaktadır.<sup>21-23</sup>

Bireylerde alışkanlık oluşturmadan tavsiyelerde bulunmaktansa, obeziteyi önlemek ya da yönetmek daha akılcı bir yaklaşım olacaktır. Obezite yönetimi, kilo verme ya da kilo veremeyen kişilerde daha fazla kilo alımının önlenmesi ve obezite nedeniyle oluşabilecek sağlık risklerinde azalma sağlanması şeklinde olmalıdır.<sup>24, 25</sup>

Obezitenin yönetilmesi için yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedavi kullanılan temel yöntemlerdir. Ancak; öncelikle yaşam tarzı değişikliklerinin en az 6 ay süre ile

uygulanması, başarısız olunduğu durumlarda ilaç tedavisi ya da cerrahi yöntemlere geçilmesi önerilmektedir.<sup>26</sup>

Halk sağlığı hemşiresinin obezite ile mücadele için önleme, tedavi ve bakımda önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler eğitim, bakım yönetimi ve destek sağlama gibi rolleri ile obezite sorununun çözümünde, gerekli stratejilerin oluşturulmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önemli konumdadır. Obeziteye yönelik etkinliklerde hemşirenin eğitimci rolü ön plana çıkmaktadır.<sup>10, 27</sup>

Hemşirenin verdiği eğitimin etkili olabilmesi için eğitimin sadece bilişsel alana yönelik değil, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarına göre de yapılandırılarak, eğitime rehberlik edecek etkin bakım modelleri çerçevesinde verilmesi gerekmektedir.<sup>28, 29(s.13-16)</sup>

Sağlık İnanç Modeli (SİM); olumsuz sağlık davranışlarını değiştirme girişimlerinde kullanılan, sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanında aynı zamanda birçok sağlık probleminde bireyin tedaviye uyumunu motive eden ya da engelleyen durumları açıklayan ve ölçen etkin bir rehberdir.<sup>30, 31</sup>

SİM meme, serviks, testis ve prostat kanseri taramaları ve diyabet kontrolü gibi durumlarda sağlık davranışlarının meydana gelme nedenlerinin incelenmesinde kullanılmış ve birçok sağlık problemine yönelik SİM temelli ölçüm aracı geliştirilmiştir<sup>32-38</sup>. Kontrollü randomize çalışmalarda SİM'ye göre yapılan eğitim girişimlerinin etkili olduğu görülmüştür.<sup>35, 39-43</sup>

SİM, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır.<sup>44</sup> Obeziteye yönelik bu inanç ve tutumlar saptanırsa, SİM'ye göre yapılandırılmış sağlık eğitimi bireye uygun olarak belirlenebilecek ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Farklı ülkelerde değişik gruplar üzerinde obeziteye yönelik SİM'ye göre yapılandırılmış farklı eğitim

programlarıyla yapılan çalışmaların etkili olduğu görülmüştür.<sup>45-49</sup> Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde; SİM’nin obeziteye yönelik tanımlayıcı ve metodolojik araştırmalarda kullanıldığı ancak girişimsel çalışmalarda kullanılmadığı görülmüştür.<sup>50</sup>

<sup>51</sup> Obez kadınlara SİM’ye göre uygulanacak girişimlerin, kadınların obeziteye yönelik inançlarında değişim sağlayacağı, obezite yönetiminde etkili olacağı ve bu sayede obez kadınların kilo vereceği, obezitenin psikolojik ve fizyolojik komplikasyonlarının görülme riskinin azalarak, sağlık düzeyinin artıracağı düşünölmektedir.

Bu araştırmada obez kadınlara SİM’ye göre verilen eğitimin kadınların obeziteye yönelik inançlarına ve obezite yönetimine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri;

**H1.** SİM’ye göre verilen eğitim kadınların obeziteye yönelik inançlarında olumlu değişim sağlar.

**H2.** SİM’ye göre verilen eğitim kadınların antropometrik ölçümlerini (kilo, BKİ, bel çevresi) azaltarak obezite yönetimini sağlar.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, harcanandan daha fazla enerji alımına bağlı vücut genelinde veya lokal olarak adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Önceleri yalnızca estetik ve beden imajı açısından bir sorun olarak görülen obezite günümüzde kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, solunum sistemi hastalıkları, birçok kanser türü, ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi sağlık problemlerinin oluşmasına temel oluşturan, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkileyerek ve süresini kısaltan kronik, mortalite ve morbiditesi yüksek, kompleks, multi faktöriyel bir hastalık olarak kabul edilmektedir.<sup>52</sup>

Fazla kilo ve obezitenin belirlenmesinde birçok antropometrik ölçüm yöntemi kullanılmakla beraber en sık kullanılan yöntem beden kütle indeksidir (BKI).<sup>53</sup> DSÖ, obezite tanısını beden kütle indeksini  $[BKİ=Ağırlık (kg) / Boy (m^2)]$  kullanarak yapmaktadır. Buna göre; obezite:  $BKİ 30 kg/m^2$  ve üzerindeki değerler obezite olarak kabul edilmektedir. Ancak son yıllarda araştırmacılar vücuttaki toplam yağ miktarından çok, yağın vücutta bulunduğu bölge ve dağılımının hastalıkların morbidite ve mortalitesiyle ilgili olduğunu özellikle kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetilmesinde sık olarak kullanıldığını vurgulamaktadır.<sup>54,53</sup>

Vücut yağ oranı ve dağılımını belirlemede biyoelektrik Impedans Analizi (BIA), BODPOD yöntemi, Dual Energy X-Ray (DEXA), Manyetik Rezonans (MR) vücut analiz gibi birçok yöntem olmasına karşın, vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve bel çevresi ölçümleri pratikliği nedeniyle klinikte ve sahada en yaygın kullanılan ölçümlerdir.<sup>55</sup>



DSÖ obezite uzmanlar komitesi BKİ'nin vücuttaki yağ dağılımı hakkında bilgi vermediğini bu nedenle BKİ'nin yanında bel çevresi ölçümünün kullanılmasının abdominal yağ kitlesinin belirlenmesinde önemli bir ölçüt olduğunu kabul edilmektedir.<sup>56</sup>

## **2.2. Obezitenin Görülme Sıklığı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılında, 1.9 milyardan fazla yetişkinin aşırı kilolu, 650 milyondan fazla yetişkinin obez olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre kadınların %15'inin erkeklerin %11'inin ve dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık %13'ünün obez olduğu ve dünya çapında obezite prevalansının 1975 yılından bu yana yaklaşık üç katına çıktığı ve görülme sıklığının giderek artmakta olduğu dikkat çekmektedir.<sup>3</sup>

Obezite prevalansı, Amerika Birleşik Devletleri DSÖ Bölgelerinde % 36.2 oranıyla en yüksek, Güney Doğu Asya için DSÖ Bölgesi'nde %3.6 oranıyla en düşük seviyede görülmektedir. Tüm DSÖ bölgelerinde kadınların obez olma olasılığı erkeklerden daha fazladır (Amerika %37, Afrika %39.6, Güney Doğu Asya %12.7, Doğu Akdeniz %43.1, Avrupa %39.2). Afrika, Doğu Akdeniz ve Güney Doğu Asya için DSÖ bölgelerinde, kadınlar erkeklerin obezite yaklaşık iki katıdır.<sup>4</sup>

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerine 15 yaş ve üzeri nüfusa göre bakıldığında OECD obezite oranının %19,5 olduğu, %38,2 obezite oranıyla ABD'nin en yüksek, Japonya'nın ise %3,7 oranıyla en düşük obezite oranına sahip olduğu görülmüştür. Türkiye'nin, %22,3'lük obezite oranıyla OECD ülkeleri arasında 13. sırada yer aldığı ve %19.5 olan OECD ortalamasının üstüne çıktığı görülmektedir.<sup>57</sup>

DSÖ 2016 verilerine göre ülkemizdeki yetişkin nüfusun %32.1'inin obez olduğu (erkeklerin % 24.4'ünün, kadınların % 39.2'sinin) görülmektedir.<sup>4</sup>

STEPS 2017 sonuçlarına göre erişkinlerde toplam nüfusun %28,8'nin obez olduğu (erkeklerde %21,6; kadınlarda %35,9) bulunmuştur.<sup>5</sup>

### 2.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite genetik faktörler, metabolik sorunlar, hormonal bozukluklar, psikolojik sorunlar ve sosyo-ekonomik durum, beslenme ve fiziksel aktivite düzeyi gibi birçok faktör ve sekonder hastalıklardan etkilenen multifaktöriyel bir hastalıktır.<sup>52</sup>

Obezite oluşum nedenine göre primer ve sekonder obezite olarak ikiye ayrılır. Yaş, genetik faktörler, cinsiyet, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, sosyo-ekonomik durum ve kültürel, çevre ve psikolojik etkiler gibi birçok faktör primer obezitenin nedenleri arasındadır ve obez bireylerin %95'i primer obezite grubuna girmektedir.<sup>52</sup>

Genetik faktörler obezite üzerinde etkilidir. Anne babası obez olan çocukların obez olma olasılığı diğerlerine göre 2-3 kat fazladır. Fakat bu durumu aile içi faktör ve çevrenin etkisinden ayırmak zordur. Obezite görülme sıklığında 60 yaşa kadar hem kadın hem de erkeklerde düzenli bir artış gözlenmektedir. Fakat kadınlarda östrojenin etkisi, gebelik, emzirme ve menapoz dönemindeki hormonal değişimler nedeniyle obezite görülme oranı daha yüksek seyretmektedir.<sup>52</sup>

Biyolojik faktörlerin etkisi kadınların ergenlik dönemine girmesinden itibaren erkeklerden daha kilolu olmasına neden olmaktadır. Ergenlik dönemin başlangıcında kadınlarda östrojen hormonunun etkisi kas kütlesine oranla vücut yağ dokusunun artmasına neden olur. Bu kilo artışına gebelik ve menopoz gibi kadınların yaşam döngülerinde yaşadıkları durumlar katkıda bulunur. Menopozal dönemin özellikle abdominal yağ kütlesi artışıyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.<sup>58</sup>

Kadınların yaşam dönemleri içinde yer alan ergenlik, gebelik, doğum sayısı, emzirme süresi, menopozal dönem gibi süreçler biyolojik ve fizyolojik nedenlerle kadınların riskli dönemlerini oluşturmaktadır.<sup>58</sup>

Yanlış ve dengesiz beslenme obezite oluşumuna neden olan bir diğer nedendir. Besin tercihleri, miktarı, yeme hızı, öğün sayısı, sık sık düşük kalorili diyetler uygulama gibi faktörler obeziteye sebep olmaktadır. Fiziksel aktivite bireylerin bir günde harcadığı enerjinin ortalama %30'unu oluşturmaktadır. Beslenmeyle alınan enerji miktarının artmasına karşın hareketsiz bir yaşam sürme obeziteye neden olmaktadır. Kültür, eğitim, meslek, gelir durumu, evlilik gibi sosyal faktörler beslenme ve fiziksel aktivite düzeyini etkileyerek obeziteye neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Stres, anksiyete, öfke gibi psikolojik durumlara bireylerin aşırı yeme ile yanıt vermesi obeziteye neden olan bir diğer faktördür.<sup>52</sup>

Sekonder obezite ise cushing hastalığı, polikistik over sendromu ve hipotiroidizm gibi nöroendokrin nedenler, kortikosteroidler, antidepresanlar gibi ilaçlar, down sendromu, wilson-turner sendromu gibi nadir genetik sendromlara bağlı olarak meydana gelir. Sekonder obezite hastaların küçük bir bölümünü oluşturur ve bu durumlar değerlendirildikten sonra hastalar primer obezite olarak tanılanmaktadır.<sup>52</sup>

#### **2.4. Obezite İle İlişkili Hastalıklar**

Obezite sadece estetik problemlere neden olan bir hastalık değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yetişkinlerde en büyük küresel kronik sağlık problemi olarak obeziteyi ilan etmiştir ve bu da giderek yetersiz beslenmeye göre daha ciddi bir soruna dönüşmektedir.<sup>59</sup>

Obezite prevalansının artması ile birlikte kronik hastalıklarda ve bunlara bağlı ölüm oranlarında artışlar görülmüştür. Türkiye hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre obezitenin kontrol edilmesiyle önlenebilecek ölüm sayıları kalp hastalıklarında 29.581, inmede 11.109, diyabette 7.674'dür. Obezite kontrolüyle meydana gelen 57.143 ölüm önlenebilmekte ve bu sayı tüm ölümlerin %13.3'ünü oluşturmaktadır. Obezitenin kontrolüyle önlenebilecek DALY (sağlıklı yaşam yılı kaybı) sayıları kalp hastalığında

346.294 olarak görülmektedir. Obezitenin önlenmesi ve yönetilmesiyle kontrol altına alınabilecek hastalıklar için önlenen DALY sayısı toplam DALY'nin % 7,3' ünü oluşturmaktadır.<sup>60</sup>

Obezite; koroner kalp hastalıkları, inme, hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom ve safra kesesi hastalıklarının meydana gelmesine neden olduğu gibi birçok kanser türleri için de ciddi bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.<sup>61-63</sup>

Yapılan çalışmalarda<sup>64-67</sup> obezite ve hipertansiyon görülme durumu arasında güçlü bir ilişki olduğu ve BKİ değerine göre ( $27 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde) fazla kilolu bireylerin hipertansiyon risklerinin, fazla kilolu olmayanlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kilo verme, kan basıncı üzerinde kan hacmi ve kalbin ön yükünü azaltarak antihipertansif ilaçların kadar etki sağlamaktadır.<sup>68</sup>

Fazla kilolu olmanın yeni hipertansiyon geliştirme riskinin (rölatif risk: RR) her iki cinsiyet için de yüksek olduğu belirlenmiştir (Erkekler için RR:1.46; kadınlar için (RR:1.75). Kadınlardaki riskin erkeklere oranla daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.<sup>69</sup>

Obezite hipertansiyon gelişimine katkıda bulunan kan volümünde ve sistemik vasküler dirençte artışlarla birlikte dir. 10 kg'lık bir ağırlık artışının sistolik kan basıncında 3 mmHg, diyastolik kan basıncındaysa 2,3 mmHg artışa yol açtığı, bu durumun da koroner arter hastalığı riskini %12, inme riskini ise %24 arttırdığı bildirilmiştir.<sup>70</sup> Kilo kaybının hipertansiyon tedavisinde etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>71</sup>

Türkiye'de Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2 'ye göre 2012 yılında hipertansiyon prevalansının 30,3 olduğu, kadınlarda 32.3, erkeklerde ise 28.4 olduğu rapor edilmiştir. Kadınlarda her yaş grubunda ve kırsal, kentsel tüm yerleşim bölgelerinde hipertansiyon görülme sıklığının erkeklerden yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Beden kütle indeksi  $25-26.9 \text{ kg/m}^2$  olanlarda hipertansiyon görülme sıklığı

%28.1'iken beden kütle indeksi 30-39.9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda %47.1 olarak bulunmuştur. Kadınlarda beden kütle indeksinin yüksek olduğu ve hipertansiyon görülme oranının da bu durum ile doğru orantılı olarak arttığı dikkat çekmektedir.<sup>72</sup>

Daha önce yapılan çalışmaların tamamında da kadınlarda hipertansiyon oranının yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Obez bireylerin, ideal kilodaki bireylere oranla hiperkolesterolemi risklerinin yüksek olduğu ve kan kolesterol seviyelerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir.<sup>73-75</sup>

Obezite kadın ve erkeklerde tip 2 diyabet prevalansını 3-4 kat yükseltmektedir. Tip 2 diyabet riski ile BKİ arasında güçlü ilişki olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır.<sup>76-77</sup>

Obezite kadınlarda; endometrium, meme, serviks, over, mide, kolon, böbrek, safra kesesi, kanserleri riskini artırmakta; erkeklerde prostat, mide, kolon, rektum, pankreas, böbrek, safra kesesi kanserleri riskini artırmaktadır.<sup>61</sup>

DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırmaları Temsilciliği, obezite ve fiziksel aktivite yetersizliğinin; kansere yakalanma riskini %20-25 oranında artırdığını saptanmıştır. Amerika'da obezite kaynaklı olduğu düşünülen her yıl 102.000 ile 135.000 kişinin kanser tanısı aldığı açıklanmaktadır. 2020 yılında dünya genelinde obezite kaynaklı kanserlerin % 50 oranına ulaşacağı tahmin edilmektedir.<sup>61</sup>

## **2.5. Obezite Tedavisi ve Yönetimi**

Bireyler obez olamadan önce alınacak önlemlerle obez olduktan sonra yapılan müdahaleler benzer süreçleri içermektedir bu nedenle obezitenin önlenmesiyle tedavisine yönelik aşamaları birbirinden ayırmak zordur.<sup>27,78</sup>

Obezite tedavisinde amaç, bireyin morbidite ve mortalite riskini azaltarak yaşam kalitesini yükseltmektir.<sup>52,78</sup> Bunu sağlamak için bireyde gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenmeli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırılmalıdır<sup>71</sup>. Obezite tedavisinde

gerçekçi hedef ideal vücut ağırlığına ulaşmak değil, mevcut vücut ağırlığının %10'luk kısmının 6 aylık bir süreç içinde kaybedilmesidir.<sup>52</sup> Bu %10'luk kayıp, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının (fiziksel, metabolik, endokrinolojik ve psikolojik komplikasyonlar) önlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.<sup>52,78</sup>

Obezite tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri, davranış tedavisi, tıbbi tedavi ve cerrahi tedavi olmak üzere çeşitli yöntemler kullanılmakta ve yeni tedavi yaklaşımları da geliştirilmeye çalışılmaktadır. Uygulanan tedavinin başarılı olmasında hastanın eğitimi ve motivasyonu çok önemlidir. Tedavi mutlaka beslenme ve egzersiz alışkanlıklarını içeren yaşam tarzı değişikliklerini kapsamalıdır.<sup>62</sup> Obezite tedavisi yeni bir yaşam modeli oluşturmayı içerir.

Obezite yönetimi; birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerine yönelik yapılacak müdahalelerle obezitenin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi ile birlikte obeziteden kaynaklı meydana gelebilecek sağlık problemlerinin önlenmesi ya da var olan sağlık problemlerinin daha ağır duruma gelmesinin engellenmesi amaçlanmaktadır.<sup>27</sup>

## **2.6. Obezite Yönetiminde Hemşirenin Rolü**

Obeziteye birçok faktör neden olmasına rağmen güncel araştırmalar, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları değişimi ile teknolojinin getirdiği (hareketsiz yaşam, televizyon ve bilgisayar karşısında daha uzun süre geçirme gibi); yaşam şeklindeki değişimlerin obezitenin meydana gelmesinde çok önemli durumlar olduğunu göstermektedir.

Obezite'ye yönelik uygulanan girişimlerde temel amaçlar; daha fazla kilo alımının önlenmesi, kilonun normal düzeye indirilmesi, tekrar kilo alımının önlenmesi, obeziteye neden olan risk faktörlerinin kontrolü ve obeziteyle ilişkili hastalıkların tedavisiyle sağlanmaktadır. Bunun için bireye doğru beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının kazandırılması bu konuda kilit noktayı oluşturmaktadır.<sup>45</sup>

Hastaya uygulanacak tedavi stratejilerinin hepsinde hekim, hemşire, beslenme uzmanı, psikolog ve psikiyatrist, spor hekimi, fizyoterapist, okul hemşiresi, öğretmenler, ve ailenin yer aldığı multidisipliner yaklaşım son derece önemlidir. Obezite tedavisi yeni bir yaşam modeli oluşturmayı içerdiği için eğitim, tedavi programının tüm adımlarında gereklidir.<sup>52</sup>

Obezite yönetiminde bireylerin yaşam tarzı değişikliği yapabilmelerinde hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Obezite yönetimi sürecinde; hasta öyküsünü almak, risk faktörü olabilecek hastalıklar için aile öyküsü almak, hedeflerin belirlenmesine destek olmak, hastayı cesaretlendirmek, olumlu düşünmeyi sağlamak, motive etmek ve güçlendirmek hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır.<sup>79,80</sup>

Hemşirelikte modeller, meslekle ilgili kavramları belirleyerek, belirlediği kavramlar arasındaki ilişkiyi açıklar. Hemşirelik modelleri, Bireyi odak noktası olarak düşünür ve tüm hemşirelik girişimlerinin mesleksi boyut çerçevesinde ele alınmasını sağlar. Modeller hemşirelik bilgisini, yapılan girişimleri ve uygulamaları sistematik bir çerçevede sürdürmeyi sağlayarak hemşirelere rehberlik eder ve tüm süreçlerde profesyonel iletişim sağlar.<sup>28</sup>

### **2.7. Sağlık Davranışı Kazandırmada Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı**

Hemşirelik modellerinin kavramsal çatısı, hemşirelik eğitime, yönetimine, uygulamalarına ve hemşirelik araştırmalarına temel oluşturmaktadır. Modeller, araştırma sürecinin basamakları ve hemşirelik bilgisi arasındaki ilişkinin sentezinde önemli rol oynamaktadır. Model kullanmanın bir diğer amacı girişimlerin geliştirilmesi ve test edilmesine rehberlik etmek, bulguların ve araştırma sonuçlarının bilimsel bir yapı içinde açıklanmasını sağlamaktır.<sup>81</sup>

Model, bir davranışı etkileyebilecek faktörleri bir araya getirerek, bir bütün olarak görmeyi ve amaca ulaşmak için izlenecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır.<sup>28,82</sup> Aynı

zamanda modeller hemşirelere bakım verdiği bireylerin hemşirelik bakımı süreçlerinde yer alan yüzlerce veriyi organize etme, analiz etme ve bu bilgiyi açıklama olanağı sağlamaktadır. Araştırmada modellerin rehber alınması, hemşirelerin bakım verme süreçlerinde tıbbi uygulamalara değil, hemşirelik uygulamalarına yönelmelerine katkı sağlamaktadır.<sup>82</sup>

Araştırma ve model arasında birbirini takip eden döngüsel bir ilişki vardır. Model araştırmanın dizaynı, uygulanması ve değerlendirilmesi için bir çerçeve oluşturur, araştırmalardan elde edilen sonuçlara modele ait önermeleri doğrulamak, düzeltmek, desteklemek ya da yeni önermeler oluşturmak için önemli bir kaynaktır. Günümüzde, uluslararası hemşirelik literatürü incelendiğinde, hemşirelik uygulamalarına sistematik ve standart bir yaklaşım belirlemek amacıyla araştırma ve uygulamalarda model kullanımının önemli ölçüde yaygınlaştığı görülmektedir.<sup>28,82</sup>

Profesyonelliğin temel gereklerinden olan bilimsel bilgi içeriğinin geliştirilmesi, modele temellendirilen araştırmalarla mümkün olacaktır. Model temelli uygulamaların geliştirilmesinde öncelikli olarak hemşirelik eğitiminin her düzeyinde, öğrenciye model temelli bakış açısının kazandırılması, bilimsel bilginin oluşturularak geliştirilmesinde ilk adımdır.<sup>82</sup>

### **2.7.1. Sağlık İnanç Modeli Kavram ve Tanımlar**

SİM 1950 yılında kamu sağlığı hizmetlerinde çalışan psikologlar, Hochbaum, Rosenstock ve Kegels tarafından geliştirilmiş<sup>83</sup>, 1966 yılında Rosenstock ve 1975 yılında Becker tarafından revize edilmiştir. Bir motivasyon teorisi olan SİM bireyin sağlığa ilişkin eylemleri yapma ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya temellenmiştir. Bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı ya da yapmadığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan<sup>84,85</sup> model birçok çalışmada kullanılmış ve geçerliliği kanıtlanmıştır.<sup>35, 39-43</sup>



SİM'nin dört temel boyutu vardır. Söz konusu boyutlar duyarlılık, ciddiye, yarar ve engel algısı, olarak belirlenmiştir. 1999 yılında modele öz etkililik eklenmiştir.<sup>86</sup>

**Duyarlılık Algısı:** Bireyin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Birey kendini risk altında hissettiği durumda risk oluşturacak davranışı yapmaktan kaçınacaktır. Bu nedenle riskli davranıştan kaçınmada bireyin kendini risk altında hissetme durumu önemsenmelidir.<sup>31</sup>

**Ciddiyet Algısı:** Bir hastalığın sonuçlarına karşı bireyde oluşan ciddiye nasıl algılandığıdır. Birey hastalığın önemiyle ve oluşumuyla ilgili bilgi sahibiyse algısı da buna bağlı olarak etkilenecektir. Ciddiyet algısı tedavi kabul edilmediğinde ve uygun davranışlar reddedildiğinde ortaya çıkacak durumları içermektedir. Bireyin hastalık konusundaki bilgisinden etkilenen ciddiye algısı, hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı ve sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiye birliktede ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır.<sup>31</sup>

**Yarar Algısı:** Birey tarafından yapılacak davranış sonrası, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yararadır. Birey, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmekte ve önerilen koruyucu davranışların hastalığın şiddetini azaltacağına inanmaktadır.<sup>31</sup>

**Engel Algısı:** Bireyin hastalığın risklerine yönelik yeni edineceği davranışları uygulama konusunda bireysel olarak algılanan engellerdir.<sup>31</sup>

**Öz etkililik:** Bireyin davranışlarına müdahale edebileceği ve bu davranışı gerçekleştirdiğinde başarılı olabileceğine dair inancı öz etkililiği oluşturmaktadır. Öz etkililiği yüksek bireyler davranışı gerçekleştireceğine ve bu durumun onlara yarar sağlayacağına inandıkları için öz etkililiği düşük bireylere göre daha kolay eyleme geçmektedirler.<sup>31</sup>

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma ön test-son test, kontrol gruplu ve yarı deneysel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Erzurum ili merkezde bulunan Palandöken Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) bağlı birimlerde ( Yıldızkent, Solakzade, Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi) Mart 2016 –2ye Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini; Erzurum merkezde yer alan TSM'ler arasından basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen, Palandöken TSM bölgesinde yaşayan, 18-65 yaş grubu obez ( $BKİ \geq 30$ , bel çevresi  $\geq 88$ cm) kadınlar, örneklemini ise bu TSM'ye bağlı birimler içinden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen aile sağlığı merkezlerine (ASM) (Yıldızkent, Solakzade, Osmangazi ASM) bağlı ve ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran, örneklem seçim kriterlerine uygun, güç analizi ile belirlenen, 64 deney, 64 kontrol grubu olmak üzere toplam 128 kadın oluşturmuştur.

Örnekleme grubunun seçiminde aşağıda yer alan kriterler dikkate alınmıştır:

Araştırmaya bel çevresi  $\geq 88$ cm, daha önce obezite ile ilgili eğitim almayan, en az ilkokul mezunu, kronik bir hastalığı olmayan, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı herhangi bir bedensel ve ruhsal engeli bulunmayan ve halihazırda düzenli fiziksel aktivite yapmayan ve diyetisyene gitmeyen kadınlar dahil edilmiştir.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

##### **3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu**

Araştırmacı tarafından ilgili literatür<sup>52,62,63</sup> doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı özellikler formu (EK-1); obez kadınların yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, gelir, çocuk sahibi olma durumu, daha önce egzersiz yapma

durumu, egzersizi bırakma nedeni, daha önce diyetisyene gitme durumu, daha önce diyet yapma durumu ve diyeti bırakma nedeni gibi soruları içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

### **3.4.2. Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)**

Dedeli<sup>29</sup> tarafından (2010) geliştirilen OSİMÖ (EK-2) bireylerin kilo vermeye yönelik inanç ve tutumlarını değerlendirmektedir. Toplam 32 maddeden oluşan ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.80'dir. OSİMÖ'nün sağlık inancı, duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısı olmak üzere birbirinden bağımsız kullanılabilen beş alt boyutu bulunmaktadır.

Sağlığın önemi; bireylerin sağlığına verdikleri önemin hangi düzeyde olduğunu göstermekte ve sekiz maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) oluşmaktadır. Algılanan duyarlılık; bireylerin obeziteye bağlı olarak gelişebilecek sağlık sorunları ve komplikasyonlara kendilerini hangi düzeyde yatkın bulduklarını, obeziteye yönelik yapılacak girişimleri hangi düzeyde faydalı bulduklarını değerlendirir ve dört maddeden (12, 13, 14, 16) oluşmaktadır. Algılanan ciddiyet; bireylerin obeziteyi hangi düzeyde ciddi bir hastalık olarak gördüklerini değerlendirir ve dört maddeden (9, 10, 11, 17) oluşmaktadır. Algılanan yarar; bireylerin obeziteyi yönettiklerinde sağlıkları açısından kazanacakları faydaların ne düzeyde farkında olduklarını gösterir ve 8 maddeden (21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 32) oluşmaktadır. Algılanan engel; bireylerin obeziteye yönelik sağlık önerilerini uygulamada algıladıkları engellerin hangi düzeyde olduğunu gösterir ve sekiz maddeden (15, 18, 19, 20, 23, 29, 30, 31) oluşmaktadır.

Ölçek her bir madde için 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçekte sağlığın önemi alt boyutu için; "Hiçbir zaman" için 1, "Bazen" için 2, "Sık" için 3, "Çok sık" için 4, "Her zaman" için 5 puan verilerek değerlendirme yapılır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar algıları için; "Kesinlikle katılmıyorum" için 1, "Katılmıyorum" için 2,

“Kararsızım” için 3, “Katılıyorum” için 4, “Kesinlikle katılıyorum” için 5 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır<sup>29</sup>.

OSİMÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması hesaplanmamaktadır. Ölçeğin her alt boyutuna ait alt ölçeğe ait maddelerin puanları toplanarak hesaplanmaktadır (ters puanlanan madde ters kodlandığında (16. madde)) ve her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmektedir. Ölçekteki her maddeye cevap verilmediyse, yanıt verilen madde sayısına karşılık gelen derecelendirmeler toplanarak hesaplanmakta ve o alt ölçekte yanıt verilen kadar madde sayısına bölünmektedir.<sup>29</sup>

OSİMÖ ve alt boyutlarının madde sayısı, toplam puanları (minimum-maksimum) ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ve bu çalışmanın iç tutarlılık katsayıları Tablo 3.1’de sunulmuştur.

**Tablo 3.1** OSİMÖ ve alt boyutlarının madde sayısı, toplam puanları (minimum-maksimum) ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları

OSİMÖ alt boyutları	Madde sayısı	Toplam Puanları (Minimum maksimum)	İç Tutarlılık Katsayısı ( $\alpha$ )	Bu Çalışmada İç Tutarlılık Katsayısı ( $\alpha$ )
Sağlığın önemi	8	8-40	0.63	0.80
Algılanan duyarlılık	4	4-20	0.62	0.62
Algılanan ciddiyet	4	4-20	0.74	0.90
Algılanan yarar	8	8-40	0.72	0.87
Algılanan engel	8	8-40	0.85	0.84

### 3.4.3. Antropometrik Ölçüm Formu

Kadınların kilo, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümlerini gösteren bir formdur (EK-3).

**Boy Ölçer:** SECA marka 20 - 207 cm kapasiteli, 1mm hassasiyetle boy ölçüm imkanı sağlayan boy ölçüm çubuğudur.

**Baskül:** SECA marka 200 kg kapasiteli, 100 g hassasiyette tartım sağlayan, geniş ve kaymaz platformlu, büyük LCD rakamlı göstergeli basküldür.

**Beden Çapı Ölçüm Mezürü:** SECA marka 0-205 cm kapasiteli, 1mm hassasiyetli ölçüm sağlayan mezürdür.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri araştırmacı tarafından aile sağlığı merkezinde toplanmıştır. Deney ve kontrol grubunun belirlenmesinde; ilk çalışmaya dahil edilen kadın deney grubunda olmak üzere sırasıyla bir kontrol, bir deney grubu olacak şekilde seçilmiştir. Ön test verilerinin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlara; Tanıtıcı Özellikler Formu, OSİMÖ ve antropometrik ölçümlerin yer aldığı form uygulanmıştır. Ön test verileri toplandıktan sonra deney grubundaki kadınlara 7 hafta süren grup eğitimi (20/22 kişilik 3 grup) verilmiş ve eğitim bittikten sonra altı aylık izlem yapılmıştır. Bu süre içinde kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir eğitim yapılmamıştır. Antropometrik ölçüm formu 3 ayda bir olmak üzere 6 aylık süreçte 2 kere hem deney, hem de kontrol grubuna uygulanmıştır. Deney grubundaki kadınlara yapılan izlem bittikten sonra son test verilerinin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlara; Tanıtıcı özellikler formundaki 14. ve 15. Sorular, OSİMÖ ve antropometrik ölçüm formu uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Eğitimin BKİ üzerinde gösterdiği etkinliği saptamak için deney ve kontrol grubundaki kadınların boy ve kiloları ölçülerek BKİ'leri hesaplanmıştır.

### **Ölçümler yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar**

Kadınların kilo ölçümleri, baskül eğim olmayan düz bir zemine yerleştirilerek, kalın giysileri ve ayakkabıları çıkmış, hareket etmeden dik bir şekilde yapılmıştır.<sup>56</sup>

Kadınların boy ölçümleri ayaklar birleşik bir şekilde ve frankfort düzlemde (baş ile boyun arasındaki açı 90 derece) yapılmıştır.<sup>56</sup>

Kadınların bel çevresi ölçümleri düz bir zeminde, mezura bol tutularak aşırı baskı uygulanmadan, dik pozisyonda durur, eller ve kollar iki yanda, ayaklar birbirine yakın (12-15 cm yakınlıkta) ve ağırlık iki ayağa eşit dağıtılmış olarak göbek deliği hizasından ölçülmüştür.<sup>56</sup>

### **3.6. Hemşirelik Girişimi**

Hemşirelik girişimleri ön test verilerinin toplanmasından sonra deney grubundaki obez kadınlara SİM'ye göre yapılandırılmış “eğitim programı” ve “izlem” şeklinde 20-22 kişilik gruplar halinde uygulanmıştır. Kadınların algılarına göre hazırlanan eğitim programı yedi hafta arka arkaya her hafta farklı bir eğitim konusu ele alınarak 7 hafta uygulanmış ve eğitim bittikten sonra 6 ay izlem yapılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara eğitimsel bir işlem uygulanmamış ön test verileri toplandıktan sonra bu grup bekleme sürecine alınmıştır. SİM'ye göre yapılandırılmış eğitimin uygulaması sağlık inanç modeline göre yapılandırılmış eğitim kitapçığı ve sunum materyalleriyle verilmiştir. Eğitimler araştırmacı tarafından kadınların uygun oldukları ortak zamanlar belirlenerek Palandöken Toplum Sağlığı Merkezi eğitim salonunda yedi hafta haftada bir kez olacak şekilde 30-40 dk'lık eğitimler halinde sunulmuştur. Eğitimler sözlü anlatım, beyin fırtınası, tartışma ve demonstrasyon yöntemleri power point sunumları, yazı tahtası ve video gösterimi gibi eğitim materyalleri kullanılarak yürütülmüştür. Deney grubundaki kadınlara verilen eğitimin içeriği; SİM'nin alt boyutları olan duyarlılık, ciddiye, engel ve yarar algısı sonuçlarına göre oluşturulmuştur (EK-4).

Duyarlılık algısına yönelik: Kadınların obeziteyi bir hastalık olarak görüp görmeme durumları değerlendirildikten sonra, eğitim içeriğinde obezitenin tanımı, nasıl değerlendirildiği ve neden önemli bir sağlık problemi olduğuna yer verilmiştir.

Ciddiyet algısına yönelik: Kadınların obeziteyi ciddi bir sağlık problemi olarak görme durumları değerlendirildikten sonra, eğitim içeriğinde obezitenin neden olduğu fiziksel ve ruhsal hastalıklar gibi sağlık sorunlarına yer verilmiştir.

Yarar algısına yönelik: Kadınların obeziteyi iyi yönetebilmelerinin sağlık açısından yararlı olma durumu değerlendirildikten sonra, eğitim içeriğinde obezite yönetiminin sağlık açısından yararları, obezite yönetiminde doğru beslenme ve fiziksel aktivitenin yararlarına yer verilmiştir.

Engel algısına yönelik: Kadınların obeziteyi yönetmede algıladıkları engeller değerlendirildikten sonra, eğitim içeriğinde obeziteyi yönetmede karşılaşılan engellerin neler olduğu grupla tartışılmış, bu engelleri aşmak için yapılabilecekler listelenmiş, her kadının kendine uygun yolları kullanarak obeziteyi yönetebileceğini içeren eğitim programı oluşturulmuştur.

Obez kadınlara SİM'ye göre uygulanan eğitimin konuları, süreleri, yöntemleri ve materyalleri Tablo 3.2.'de verilmiştir.

**Tablo 3.2.** Obez Kadınlara SİM'ne göre Uygulanan Eğitim Konuları Süreleri Yöntemleri ve Materyalleri

	<b>Eğitim Konusu</b>	<b>Eğitim Yöntemleri</b>	<b>Materyaller</b>
<b>1.Hafta</b>	<b>Obeziteye Yönelik Duyarlılık Algısı</b> Obezite tanımı Obezite nedenleri Obezitenin önlenmesinin önemi Obezite yönetimi ve önemi	Anlatım Soru-cevap Tartışma	Power point sunumu
<b>2.Hafta</b>	<b>Obeziteye Yönelik Ciddiyet Algısı</b> Obezitenin sağlığımıza zararları Obezitenin neden olduğu fizyolojik hastalıklar Obezitenin neden olduğu ruhsal hastalıklar	Anlatım Soru-cevap Tartışma	Power point sunumu Yazı Tahtası

**Tablo 3.2. (Devamı)**

	<b>Eğitim Konusu</b>	<b>Eğitim Yöntemleri</b>	<b>Materyaller</b>
<b>3.Hafta</b>	<b>Obezite Yönetimine İlişkin Yarar Algısı</b> Obezite yönetimi ve kilo vermenin sağlığımız açısından yararları Obezite yönetiminde beslenme düzeninin yararları Obezite yönetiminde fiziksel aktivitenin yararları	Anlatım Soru-cevap Tartışma	Eğitim Kitapçığı Power point sunumu
<b>4.Hafta</b>	<b>Obezite yönetimine ilişkin engeller</b> Obezite yönetiminde karşılaşılabileceğiniz engeller Grubun kilo verme deneyimlerinin dinlenmesi	Anlatım Soru-cevap Tartışma Vaka sunumu	Power point sunumu Yazı Tahtası
<b>5.Hafta</b>	<b>Obezite yönetimine ilişkin engeller</b> Obezite yönetiminde karşılaşılabileceğiniz engeller	Vaka sunumu	Hikayeler
<b>6.Hafta</b>	<b>Obezite yönetimine ilişkin engeller</b> Beslenme düzeni konusunda karşılaşılabileceğiniz engeller ve çözüm önerileri Grubun beslenme davranışlarının değerlendirilmesi	Anlatım Soru-cevap Tartışma	Power point sunumu Yazı Tahtası
<b>7.Hafta</b>	<b>Obezite yönetimine ilişkin engeller</b> Fiziksel aktivite konusunda karşılaşılabileceğiniz engeller ve çözüm önerileri Grubun fiziksel aktiviteye yönelik davranışlarının değerlendirilmesi	Anlatım Soru-cevap Tartışma Demonstrasyon	Power point sunumu Yazı Tahtası Video gösterisi

Eğitim süreleri 30-40 dk. olarak belirlenmiştir.



### 3.6.1. İzlem

Kadınlara verilen eğitimler bittikten sonra kadınlar izlem programına alınmıştır. Söz konusu izlem obezite yönetimine ilişkin motivasyon artırma ve soruları cevaplama şeklinde 15 günde bir telefonla aranarak yapılmıştır.

#### Girişim Materyalleri

**Eğitim Kitapçığı:** Araştırmacı tarafından hazırlanan obeziteye yönelik inançları olumlu yönde etkileyerek obezite yönetimine yol gösteren “Obeziteye Karşı Sessiz Kalma” isimli eğitim kitapçığı kadınlara verilmiştir (EK 4).

**Power point sunumu:** SİM doğrultusunda hazırlanan Power point sunumları grup eğitimlerinde kullanılmıştır.

**Videolar:** Literatürde; eğitimcinin video gibi gösterimleri kullanmasının sözlü anlatım yöntemi ve okumadan daha etkili olduğu ve hem duyarak hem de görerek öğrenmeyi kolaylaştırdığı açıklanmaktadır.<sup>29(s.83-89)</sup> Bu nedenle eğitimlerde konu ile ilgili farkındalık oluşturacak videolar araştırmacı tarafından hazırlanmış ve eğitimlerde kullanılmıştır.

**Vaka Örneği-Hikayeler:** Obeziteyi yönetebilmiş kendini eskiye oranla çok daha sağlıklı değerlendiren ve kilo veren kişilerin gerçek hikayeleri grup ile paylaşılmış ve onların bunu başarabileceklerine dair farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Obez kadınların obeziteye yönelik sağlık inançları ve antropometrik ölçümleri (Boy, kilo, BKİ, bel çevresi) bağımlı değişkendir

**Bağımsız Değişken:** Obez kadınlara SİM’ne göre verilen eğitim bağımsız değişkendir.

**Kontrol Değişkenleri:** Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek, gelir, sigara içme durumu, çocuk sahibi olma ve daha önce egzersiz

yapma durumu, egzersizi bırakma nedeni, daha önce diyetisyene gitme ve diyet yapma durumu ve diyeti bırakma nedenini içeren kadınların tanıtıcı özellikleri araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar kontrol değişkenleri açısından incelendiğinde; istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ve her iki grubun homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3.3.).

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucu elde edilen veriler, SPSS paket programında bilgisayara aktarılmıştır. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.4.'de belirtilmiştir.

### **3.1.Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan onay (EK:5), Erzurum Halk Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır (EK: 6). Araştırma grubunu oluşturan kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, çalışma planı yazılı olarak verilmiş, kadınlardan gerekli izin alınmıştır (EK 7). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile “Özerklik” ilkesi doğrultusunda istedikleri zaman araştırmadan çekilme hakkına sahip oldukları belirtilmiş, Araştırma süresince “Gizlilik” ilkesine saygı gösterilmiş, katılımcı kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir. “İnsan Onuruna Saygı” ilkesi doğrultusunda katılımcılar düşünce ve uygulamalarından dolayı yargılanmamıştır.

Eşitlik ilkesi doğrultusunda deney grubundaki kadınlara verilen eğitimler bittikten sonra; kontrol grubundaki kadınlara bir konferans verilmiş ve eğitim kitapçığı dağıtılmıştır.

**Tablo 3.3.** Deney ve kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	Deney grubu (n=64)		Kontrol grubu (n=64)		Test*
	S	%	S	%	
<b>Yaş</b>	$X_d \pm SS_d = 41.92 \pm 8.24$		$X_k \pm SS_k = 41.64 \pm 9.53$		
30 yaş ve altı	5	7.8	9	14.0	$X^2=2.344$ $p=0.504$
31-40 yaş	23	35.9	22	34.4	
41-50 yaş	27	42.2	21	32.8	
51 yaş ve üstü	9	14.1	12	18.8	
<b>Eğitim durumu</b>					
İlkokul	41	64.1	28	43.8	$X^2=5.509$ $p=0.064$
Ortaokul	9	14.0	12	18.7	
Lise	14	21.9	24	37.5	
<b>Medeni durum</b>					
Evli	54	84.4	57	89.1	$X^2=6.10$ $p=0.435$
Bekar	10	15.6	7	10.9	
<b>Çocuk varlığı</b>					
Yok	11	17.2	7	10.9	$X^2=6.393$ $p=0.172$
1 çocuk	8	12.5	11	17.2	
2 çocuk	16	25.0	23	35.9	
3 çocuk	24	37.5	14	21.9	
4 ve üzeri çocuk	5	7.8	9	14.1	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek	48	75.0	44	68.8	$X^2=0.618$ $p=0.432$
Geniş	16	25.0	20	31.2	
<b>Sosyal güvence varlığı</b>					
Var	57	89.1	58	90.6	$X^2=0.086$ $p=0.770$
Yok	7	10.9	6	9.4	
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	64	100.0	64	100.0	-
<b>Gelir durumu</b>					
Gelirim giderimden az	18	28.1	13	20.3	$X^2=1.064$ $p=0.302$
Gelirim giderime eşit	46	71.9	51	79.7	
<b>Daha önce düzenli egzersiz yapma durumu</b>					
Evet	15	23.4	16	25.0	$X^2=0.043$ $p=0.837$
Hayır	49	76.6	48	75.0	
<b>Egzersiz bırakma nedeni (n<sub>d</sub>=49, n<sub>k</sub>=48)</b>					
Ailevi nedenler	16	32.7	10	20.8	$X^2=4.036$ $p=0.133$
Zaman ayıramama	24	49.0	21	43.8	
Maddi yetersizlik	9	18.3	17	35.4	
<b>Daha önce diyetisyene gitme durumu</b>					
Evet	31	48.4	24	37.5	$X^2=1.772$ $p=0.183$
Hayır	32	51.6	40	62.5	

**Tablo 3.3. (Devamı)**

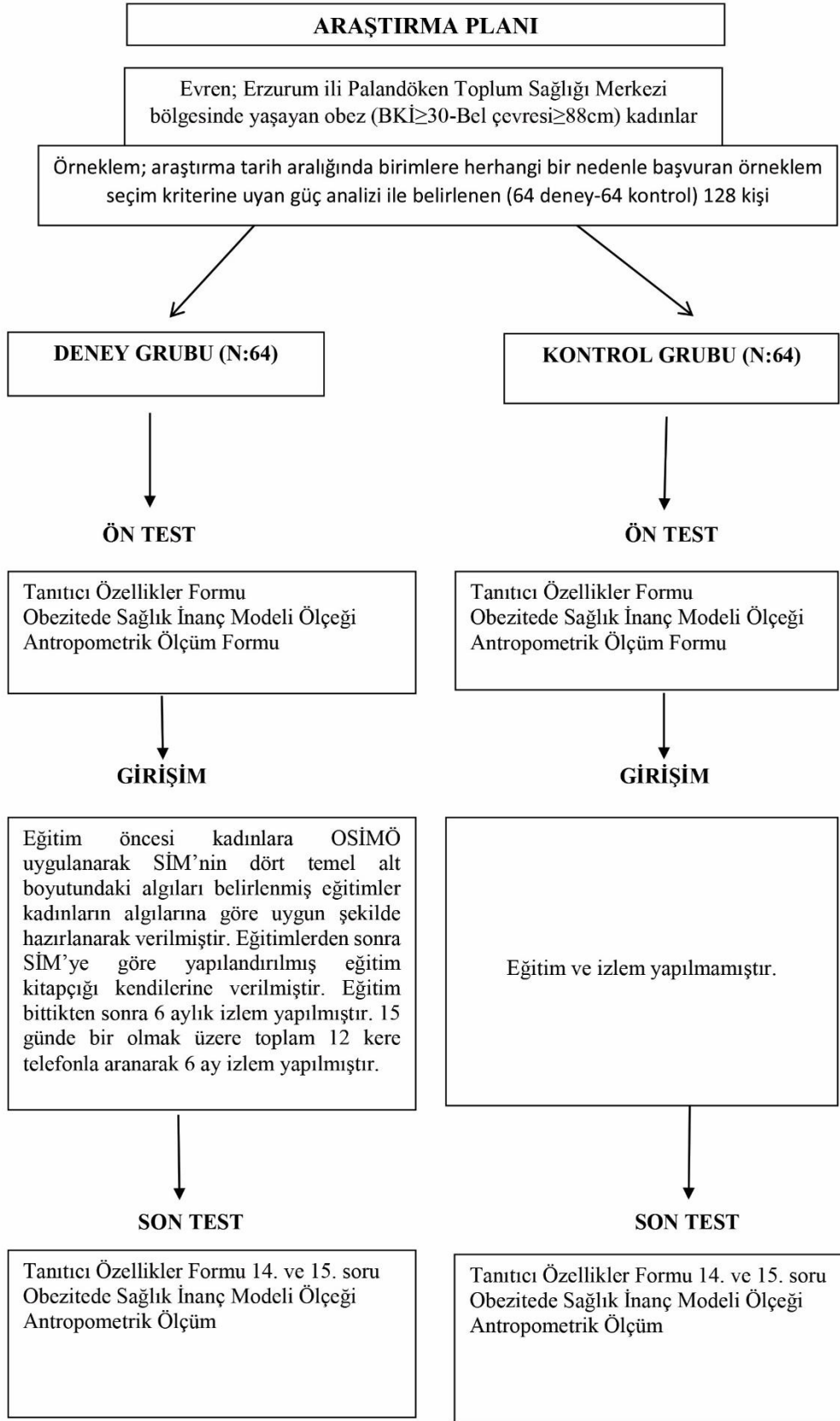
Tanıtıcı özellikler	Deney grubu (n=64)		Kontrol grubu (n=64)		Test*
	S	%	S	%	
<b>Daha önce diyet yapma</b>					
Evet	37	57.8	32	50.0	$X^2=0.786$
Hayır	27	42.2	32	50.0	$p=0.375$
<b>Diyeti bırakma nedeni (n<sub>d</sub>=37, n<sub>k</sub>=32)</b>					
Uygulayamadım	24	64.9	20	62.5	
Hasta hissetim	4	10.8	1	3.1	$X^2=6.590$
İradesizlik	8	21.6	5	15.6	$p=0.086$
Sıkıldım	1	2.7	6	18.8	
<b>Toplam</b>	64	100.0	64	100.0	

\*Ki-kare testi uygulanmıştır.

**Tablo 3.4. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler**

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Yöntem
Deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin, egzersiz ve diyet yapma durumlarının karşılaştırılması	Ki-kare Testi
Deney ve grubundaki kadınların kilo, BKİ ve bel çevresi değerlerinin ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda t Testi Tekrarlı ölçümlerde ANOVA Testi* Friedman Testi*
Deney ve kontrol grubundaki kadınların OSİMÖ alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	Mann Whitney U Testi Wilcoxon Signed Ranks Testi

\* Aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerinin üzerinde belirtilen üst simgeler her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.



**Şekil 3.1. Araştırma Planı**

## 4. BULGULAR

Bu bölümde obez kadınlara sağlık inaç modeline verilen eğitimin kadınların obeziteye yönelik inançlarına ve obezite yönetimine etkisini belirlemeye yönelik yapılan araştırmanın bulguları verilmiştir.

Araştırmaya alınan deney-kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenleri tablo 3.3.'de verilmiştir. Tablo'ya göre deney grubundaki kadınların %42.2'sinin 41-50 yaş arasında, %64.1'inin ilkokul mezunu, %84.4'ünün evli ve %12.5'inin bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların %75'inin çekirdek ailede yaşadığı, %89.1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, tamamının (%100) ev hanımı ve %71.9'unun gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur. Tabloda kontrol grubundaki kadınların %32.8'inin 41-50 yaş arasında, %43.8'inin ilkokul bitirdiği, %89.1'inin evli olduğu, %17.2'sinin bir çocuğu olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların %68.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %90.6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu, tamamının (%100) ev hanımı ve %79.7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların kontrol değişkenleri açısından homojen dağıldığı; kontrol değişkenleri değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > .05$ ).

Tabloda deney grubundaki kadınların %23.4'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %25'inin düzenli egzersiz yaptığı ve her iki gruptaki kadınların da çoğunlukla (sırasıyla; %49.0, %43.8) egzersizi 'zaman ayıramama' nedeniyle bıraktığı bulunmuştur ( $p > .05$ ). Deney-kontrol grubundaki kadınlarının çoğunun (sırasıyla; %51.6, %62.5) diyetisyene gitmediği, deney grubundakilerin %57.8'inin, kontrol grubundakilerin ise %50'sinin diyet yaptığı ve çoğunlukla (sırasıyla; %64.9, %62.5) diyeti 'uygulayamadıkları' için bıraktıkları saptanmıştır ( $p > .05$ ).

Tablo 4.1.'de deney-kontrol grubundaki kadınların; ön test-son test OSİMÖ alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 4.1.** Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test-son test OSİMÖ alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

OSİMÖ Alt Boyutları	Deney grubu (n <sub>d</sub> =64) X±SS	Kontrol grubu (n <sub>k</sub> =64) X±SS	Test*
<b>Sağlığın önemi</b>			
Ön test	3.16±0.75	3.18±0.69	U=2004.000 p=0.833
Son test	4.20±0.50	3.09±0.68	U=350.000 p<0.001
<b>Test**</b>	Z=-6.631 p<0.001	Z=-3.136 p=0.002	
<b>Algılanan duyarlılık</b>			
Ön test	3.43±0.65	3.58±0.59	U=1818.500 p=0.265
Son test	4.64±0.44	3.02±0.41	U=37.000 p<0.001
<b>Test**</b>	Z=-6.699 p<0.001	Z=-6.378 p<0.001	
<b>Algılanan ciddiyet</b>			
Ön test	4.10±1.02	4.12±0.96	U=2024.000 p=0.907
Son test	4.86±0.31	4.07±0.93	U=702.500 p<0.001
<b>Test**</b>	Z=-5.354 p<0.001	Z=-1.901 p=0.057	
<b>Algılanan yarar</b>			
Ön test	4.20±0.87	4.20±0.86	U=2041.000 p=0.973
Son test	4.88±0.25	3.70±0.73	U=115.500 p<0.001
<b>Test**</b>	Z=-5.285 p<0.001	Z=-6.026 p<0.001	
<b>Algılanan engel</b>			
Ön test	2.48±0.79	2.40±0.80	U=1925.000 p=0.556
Son test	1.86±0.75	3.21±0.57	U=355.500 p<0.001
<b>Test**</b>	Z=-3.690 p<0.001	Z=-6.327 p<0.001	

\*Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

\*\* Wilcoxon Signed Ranks Testi uygulanmıştır.

Tabloya göre; deney-kontrol grubundaki kadınların OSİMÖ sağlığın önemi, algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan ciddiyet ve algılanan engel alt boyut ön test puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur (p>.05). OSİMÖ sağlığın önemi, algılanan yarar, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet alt boyutları son test puan ortalamalarının deney grubundakilerin kontrol grubuna oranla yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (p<.001). OSİMÖ algılanan engel alt boyutu son test puan ortalamasının ise deney grubunda kontrol

grubuna oranla daha düşük ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<.001$ ). Deney grubundaki kadınların OSİMÖ sağlığın önemi, algılanan yarar, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet alt boyutları puan ortalamalarının son testte arttığı, algılanan engel alt boyutu puan ortalamasının ise son testte azaldığı tespit edilmiştir ( $p<.001$ ). Kontrol grubundaki kadınların OSİMÖ sağlığın önemi, algılanan yarar, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet alt boyutları puan ortalamalarının son testte azaldığı, algılanan engel alt boyutu puan ortalamasının ise son testte arttığı tespit edilmiştir. OSİMÖ sağlığın önemi, algılanan engel, algılanan yarar ve algılanan duyarlılık alt boyutları puan ortalamalarındaki değişimin istatistiksel olarak önemli olduğu, algılanan ciddiyet alt boyutundaki değişimin ise istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur (sırasıyla;  $p= .002$ ,  $p< .001$ ,  $p<.001$ ,  $p<.001$ ,  $p=.057$ ).

Deney-kontrol grubundaki kadınların kilo ön test-son test ölçümlerinin grup içi-gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

**Tablo 4.2.** Deney ve kontrol grubundaki kadınların BKİ ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

BKİ Ölçümü	Deney grubu ( $n_d=64$ )	Kontrol grubu ( $n_k=64$ )	Test*
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Ön test	86.90 $\pm$ 12.23 <sup>a</sup>	82.53 $\pm$ 9.80	t=2.226 p=0.028
Ara test	80.31 $\pm$ 14.69 <sup>b</sup>	83.16 $\pm$ 9.70	t=- 1.294 p=0.198
Son test	76.26 $\pm$ 12.34 <sup>c</sup>	83.73 $\pm$ 9.50	t=- 3.834 p<0.001
<b>Test**</b>	F=117.755 p<0.001	F=45.361 p=0.370	

\*Independent Samples t Testi uygulanmıştır.

\*\* Friedman Testi uygulanmıştır.

\*\*\**a, b, c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.



Tablo 4.2.'ye göre; araştırma kapsamındaki kadınların vücut ağırlığı ön test değerlerinin deney grubundaki kadınlarda kontrol grubuna oranla yüksek ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmektedir ( $p=.028$ ). Vücut ağırlığı ara ölçüm değerlerinin deney ve kontrol grubundaki kadınlarda benzer, son test ölçüm değerlerinin ise kontrol grubundaki kadınlarda daha yüksek ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (sırasıyla;  $p>.05$ ,  $p<.001$ ). Deney grubundaki kadınlarda son testte vücut ağırlığı değerlerinin azaldığı, kontrol grubundaki kadınlarda ise son testte vücut ağırlığı değerlerindeki değişiminin istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla;  $p<.001$ ,  $p=.370$ ).

Deney-kontrol grubundaki kadınların BKİ ön test-son test ölçümlerinin grup içi-gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3.'de yer almaktadır.

**Tablo 4.3.** Deney ve kontrol grubundaki kadınların BKİ ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

BKİ Ölçümü	Deney grubu ( $n_d=64$ )	Kontrol grubu ( $n_k=64$ )	Test*
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Ön test	35.72 $\pm$ 6.33 <sup>a</sup>	33.26 $\pm$ 2.99 <sup>a</sup>	t=2.811 p=0.006
Ara test	33.63 $\pm$ 6.36 <sup>b</sup>	34.38 $\pm$ 8.62 <sup>b</sup>	t=- 0.562 p=0.575
Son test	30.82 $\pm$ 4.27 <sup>c</sup>	35.39 $\pm$ 9.95 <sup>c</sup>	t=- 3.381 p=0.001
<b>Test**</b>	$X^2=99.969$ p<0.001	$X^2=65.718$ p<0.001	

\*Independent Samples t Testi uygulanmıştır.

\*\* Friedman Testi uygulanmıştır.

\*\*\*a,b,c üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Tablo 4.3.'e göre; BKİ ön test değerlerinin deney grubundaki kadınlarda kontrol grubundakilere oranla yüksek ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmektedir ( $p=.006$ ). BKİ ara ölçüm değerlerinin deney ve kontrol grubundaki kadınlarda benzer

olduğu bulunmuştur ( $p>.05$ ). BKİ son test ölçüm değerlerinin ise kontrol grubundaki kadınlarda daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmektedir ( $p=.001$ ). Deney ve kontrol gruplarındaki kadınlarda son test BKİ değerleri incelendiğinde; deney grubundaki kadınların son testte BKİ değerleri azaldığı, kontrol grubundaki kadınların ise çalışma sonrasında BKİ değerlerinin arttığı belirlenmiştir ( $p<.001$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bel çevresi ön test-son test ölçümlerinin grup içi-gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.4.'de verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Deney ve kontrol grubundaki kadınların bel çevresi ön test-son test değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

Bel Çevresi Ölçümü	Deney grubu ( $n_d=64$ ) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol grubu ( $n_k=64$ ) $\bar{X} \pm SS$	Test*
Ön test	102.85 $\pm$ 10.44 <sup>a</sup>	93.06 $\pm$ 10.34	t=5.3331 p<0.001
Ara test	100.07 $\pm$ 10.47 <sup>b</sup>	93.43 $\pm$ 10.28	t=3.619 p<0.001
Son test	96.37 $\pm$ 10.67 <sup>c</sup>	92.29 $\pm$ 14.38	t=1.821 p=0.071
<b>Test**</b>	F=103.684 p<0.001	F=15.347 p=0.521	

\*Independent Samples t Testi uygulanmıştır.

\*\* Repeated Measures ANOVA Testi uygulanmıştır.

\*\*\**a, b* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Tablo 4.4.'e göre; bel çevresi ön test ve son test ölçüm değerlerinin deney grubundaki kadınlarda daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmektedir ( $p<.001$ ). Bel çevresi ara test ölçüm değerlerinin deney ve kontrol grubundaki kadınlarda benzer olduğu bulunmuştur ( $p>.05$ ). Deney grubundaki kadınlarda son test ölçümlerinde bel çevresi değerlerinin azaldığı, kontrol grubundaki kadınlarda ise bel çevresi değerlerindeki değişiminin istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla;  $p<.001$ ,  $p=.521$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, obez kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitimin kadınların obeziteye yönelik inançlarına ve obeziteye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ve benzer araştırma sonuçlarıyla tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlara; OSİMÖ ve antropometrik ölçüm formu uygulanmıştır. Bu formlar doğrultusunda kadınların obeziteye yönelik algıları belirlenmiş ve antropometrik ölçümleri tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular söz konusu iki başlık doğrultusunda incelenmiştir.

### **Kadınların Obeziteye Yönelik İnançları**

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test-son test obeziteye yönelik inançları incelendiğinde; deney grubundaki kadınların obezitede SİM eğitimi sonrası deney grubunun OSİMÖ'nin sağlığın önemi, ciddiyet, duyarlılık, yarar algısı alt boyut puan ortalamasının arttığı engel algısı alt boyut puan ortalamasınınsa azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Bu araştırmanın sonucu **“Sağlık İnanç Modeline göre verilen eğitim kadınların obeziteye yönelik inançlarını olumlu yönde değiştirir”** hipotezini doğrulamaktadır.

Martinez ve ark.'nın<sup>87</sup> çoğunluğunu kadınların oluşturduğu (48 kadın, 13 erkek) yaşları 51-64 arasında değişen 61 kişiyle SİM temelli yaptıkları bir çalışmada; 12 haftalık fiziksel aktivite ve beslenmeye yönelik hazırladıkları programın grubun sağlık inançlarını nasıl etkilediğini niteliksel olarak değerlendirmişlerdir. Girişim sonrasında SİM'nin bileşenleri olan duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, engel algısı, yarar algısı boyutlarında olumlu yönde değişim olduğunu belirlemişlerdir.

Iranagh ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada;<sup>88</sup> yaşlı kadınlara verilen haftada 2 seanstan oluşan 12 haftalık beslenme eğitimi ve ardından 3 ay sonra yapılan

değerlendirmenin sonucunda; eğitimin kadınların beslenme davranışını olumlu yönde etkilediği ve SİM 'in alt boyutlarını oluşturan algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engeller ve öz etkililik alt boyutlarında olumlu değişim sağladığı belirtilmiş, fakat algılanan ciddiyet alt boyutunda anlamlı bir fark olmadığı bu durumun araştırmaya dahil edilen grubun herhangi bir kronik hastalığa sahip olmamasından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir.

Khoramabadi ve ark.'nın<sup>89</sup> 130 gebe kadın üzerinde yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; beslenme alışkanlıklarına göre SİM temelli verilen 2 haftalık eğitim sonrası deney grubundaki kadınların bilgi durumları, ciddiyet algısı, engel algısı ve yarar algısı alt boyutlarındaki puan ortalamasının arttığı, fakat duyarlılık algısında bir değişim olmadığı görülmüştür.

Rabiei ve ark.'nın<sup>90</sup> obezite riski olan aşırı kilolu 70 deney 70 kontrolden oluşan 140 kız öğrenci arasında yaptığı SİM temelli beslenme eğitiminin üç ay sonunda deney grubundaki öğrencilerde SİM'nin tüm alt boyutlarında gruplar arasındaki farkın önemli olduğu görülmüştür.

Noorbakhsh ve ark.'nın<sup>91</sup> 50 deney, 50 kontrol grubu olmak üzere 100 erkek öğrenci üzerinde yaptıkları yarı deneysel çalışmada; SİM temelli her biri 90dk.'lık dört seans beslenme uzmanı tarafından verilen beslenme eğitimi ve dört seans spor eğitmeni tarafından verilen fiziksel aktivite eğitimini içeren program sonrasında SİM'nin tüm alt boyutlarında puan ortalamalarının arttığı görülmüştür.

Kahraman ve ark.'nın<sup>51</sup> obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlıkla ilgili televizyon programlarının etkisini belirlemek üzere yaptığı çalışmanın, OSİMÖ'nin alt boyutları üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Literatürdeki obeziteye yönelik eğitim vb. girişimlerin SİM'nin alt boyutlarında anlamlı farklar olmasına rağmen televizyon programlarının bu konuda etkisiz olması dikkat çekmektedir.

Bu durum eğitim verilen planlı ve programlı çalışmaların etkili olduğunu fakat kamu spotu gibi programların bireyler üzerinde olumlu etkilerinin olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Fakat bu çalışmada girişim sonrası deney grubunda SİM'nin tüm alt boyut puan ortalamalarında fark istatistiksel olarak önemliken; Iranag ve ark. çalışmasında girişim sonrası ciddiye algısında, Khoramabadi ve ark. çalışmasında girişim sonrası duyarlılık algısında istatistiksel olarak önemli bir fark görülmemiştir.

### **Kadınların Antropometrik Ölçümleri**

Araştırmada, deney ve kontrol grubundaki obez kadınların antropometrik ölçümleri (kilo, BKİ ve bel çevresi) ön test ve son-test değerleri incelendiğinde; deney grubundaki kadınların ön test ölçümlerindeki söz konusu ölçüm değerinin, eğitim sonrası azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.2.-Tablo 4.3). Deney grubundaki kadınların SİM temelli eğitim sonrasında düzenli fiziksel aktivite yapması ve düzenli diyetisyene giderek beslenme programlarına uymaları, söz konusu antropometrik ölçümlerinde düşüş sağlamıştır.

Bu araştırmanın sonucu **“SİM'ye göre verilen eğitim kadınların antropometrik ölçümlerini (kilo, BKİ, bel çevresi) azaltarak obezite yönetimini sağlar”** hipotezini doğrulamaktadır.

Romano ve Scott'un yaptığı bir çalışmada<sup>92</sup> SİM'ye temellendirilmiş on altı haftalık sağlık koçluğu programının, Baji ve ark.'nin<sup>93</sup> kadın lise öğrencilerine verdiği SİM temelli altı seanslık beslenme eğitiminin, Rabiei ve ark.'nin<sup>90</sup> adolesan kadınlar üzerinde yaptığı SİM temelli eğitimin, BKİ'yi azalttığı açıklanmıştır.

Khumros ve ark.'nin<sup>94</sup> yaptığı 479 (231 deney-248 kontrol) öğrenciden oluşan gruba SİM temelli program çerçevesinde eğitim vererek yaptığı bir çalışmada eğitim

verilen deney grubunun altı ay sonunda BKİ 'sinin azaldığı eğitim verilmeyen kontrol grubunun ise BKİ'sinin arttığı görülmüştür.

Açikel ME'nin yaptığı çalışmada<sup>95</sup> BKİ'i 30 dan fazla olan 30-49 yaş arası hastalarda 3 ay süresince davranışsal tedavi uygulayarak yaptığı çalışmada BKİ düzeyi anlamlı derecede azalmıştır.

Alıcı ve Pınar'ın<sup>26</sup> 80 deney, 80 kontrolden oluşan 160 obez kişiye 3 ay süre ile 6 kez eğitim oturumu düzenleyerek yaptıkları çalışmada, eğitim bittikten 6 ay sonra değerlendirme yapılmış ve deney grubundaki kişilerin eğitimin sonunda ortalama 6.7 kg kaybettiği BKİ'sinin  $1.87 \text{ kg/m}^2$  azaldığı, bel çevresinin 4.45 cm azaldığı görülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obez kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitimin kadınların kadınların obeziteye yönelik inançlarına ve obezite yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- SİM'ye göre verilen eğitim sonrasında kadınların obeziteye yönelik inançlarında olumlu yönde değişim sağlanmış, sağlığın önemi, duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısı alt boyutlarında anlamlı düzeyde artığı ( $p<0.05$ ),
- SİM'ye göre verilen eğitim sonrasında kadınların Antropometrik ölçümleri (Kilo, BKİ ve bel çevresi) önemli ölçüde düşerek ( $p<0.05$ ) obezitenin yönetildiği bulunmuştur.

Bu sonuçlar obez kadınlara sağlık inanç modeline göre verilen eğitimin kadınların obeziteye yönelik inançlarını olumlu yönde değiştirmede ve antropometrik ölçümlerini düşürerek obezite yönetimi sağlamada etkili bir model olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Obezitenin ve obeziteye bağlı gelişebilecek sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik eğitim programlarının oluşturulması,
- Halk sağlığı hemşirelerine SİM'yi eğitimlerde kullanabilmelerine yönelik düzenli belli aralıklarla planlı programlar çerçevesinde eğitimler verilmesi,
- Obez ve obezite riski bulunan kişilere SİM temelli danışmanlık hizmetlerinin sunulması,
- Halk sağlığı hemşireleri tarafından obez kişilere SİM temelli eğitimler verilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Preventing and managing the global epidemic of obesity. [https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/).  
17.07.2018.
2. Köse Ö, Erkekoğlu P, Özyurt B, Gümüşel KB. Endoplazmik Retikulum Stresi ve Obezite İlişkisine Genel Bir Bakış. *Journal of Literature Pharmacy Sciences*, 2017, 6: 77-93.
3. World Health Organization. Obesity and overweight Fact Sheet. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.  
17.07.2018.
4. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight\\_obesity/obesity\\_adults/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults/en/).  
24.07.2018.
5. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye hane halkı sağlık araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). 2018: 103.
6. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-yol-actigi-saglik-problemleri.html>.  
20.07.2018.
7. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu* 5. Baskı. Ankara, 2014: 11-16.
8. World Health Organization. Noncommunicable diseases. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.  
23.07.2018.



9. Dönmez S. Obezite, Önyargı ve Damgalama  
<http://www.sdonmez.com/NewsDetail.php?NewsID. 20.07.2018>.
10. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6: 30-41.
11. Latner JD, Barile JP, Durso LE, O'Brien KS. Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eating Behaviors*, 2014, 15: 586-590.
12. O'Brien KS, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C, Griva K, Carter A. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*, 2016, 102: 70-76.
13. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 2015, 16: 319-326.
14. Şen YV EE, Özcan C. *16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı Manisa İli Merkez İlçesinde Nurlupınar Bölgesinde 20-65 Yaş Kadınlarda Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Baskı. Antalya, 27-31 Ekim 2013: 370.
15. Gönenç I, Vural Z, Kayataş K. Obezite ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2014, 5(3): 83-87.
16. Uğur Ş, Vecihe Y, Eser E. Manisa ilinde yarıkentsel bir bölgede yaşayan erişkin kadınlarda obezite ve sosyoekonomik durumun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 14.
17. Choo J, Turk MT, Jae SY, Choo IH. Factors associated with health-related quality of life among overweight and obese Korean women. *Women & health*, 2015, 55: 152-166.
18. Yetkin İ, Çimen AR. Obezite ve güncel tedavi yöntemleri. *MİSED*, 2010, 24: 68-77.

19. Tedik SE. Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 1: 54-62.
20. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutta ZA, Biryukov S, Brauer M, Burnett R, Cercy K, Charlson FJ. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 2016, 388: 1659-1724.
21. Işık E. Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013, 21: 107-115.
22. Menekli T, Fadiloğlu Ç. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 19.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013-2017. 3. baskı, Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. 2013.
24. Aladağ N. Birinci Basamakta Erişkin Obezitesinin Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2004, 24: 508-517.
25. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H. European guidelines for obesity management in adults. *Obesity facts*, 2015, 8: 402-424.
26. Alıcı M, Pınar R. Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2008, 10.
27. Erdim L, Ergun A, Kuşuoğlu S. Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi Ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2014, 1: 115-126.

28. Ak V. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 2: 107-118.
29. Hacıaloğlu N. Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim. 2013.
30. Bulduk S, Seher Y, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5: 28-34.
31. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2014, 7.
32. Wall JM. Development of a Health-belief-model-based Instrument to Assess Worker Beliefs about Using Personal Protective Equipment. Department of Health Promotion and Education, University of Utah, 2009.
33. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing research*, 1993.
34. Kim KK, Horan ML, Gendler P, Patel MK. Development and evaluation of the osteoporosis health belief scale. *Research in Nursing & Health*, 1991, 14: 155-163.
35. Goulia O, Zlatanov D, Gkika M, Tsekoyra A. Development of a health believe model (HBM) scale for glaucoma. *Acta Ophthalmologica*, 2010, 88.
36. Sullivan KA, White KM, Young RM, Scott C. The Cerebrovascular Attitudes and Beliefs Scale (CABS-R): the factor structure and psychometric properties of a tool for assessing stroke-related health beliefs. *International journal of behavioral medicine*, 2010, 17: 67-73.
37. Güvenç G, Akyüz A, Açikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 2011, 67: 428-437.

38. Çapık C, Gözüm S. Development and validation of health beliefs model scale for prostate cancer screenings (HBM-PCS): Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011, 15: 478-485.
39. Kashfi S, Jeihooni AK, Rezaianzadeh A, Amini S. The effect of health belief model educational program and jogging on control of sugar in type 2 diabetic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2012, 14: 442.
40. Pirzadeh A, Mazaheri MA. The effect of education on women's practice based on the health belief model about pap smear test. *International journal of preventive medicine*, 2012, 3: 585.
41. Saitoh A, Nagata S, Saitoh A, Tsukahara Y, Vaida F, Sonobe T, Kamiya H, Naruse T, Murashima S. Perinatal immunization education improves immunization rates and knowledge: a randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 2013, 56: 398-405.
42. Plawecki K, Chapman-Novakofski K. Effectiveness of community intervention in improving bone health behaviors in older adults. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 2013, 32: 145-160.
43. Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, Nguyen JA. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *Journal of Women's Health*, 2013, 22: 276-288.
44. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Taniya Yönelik Tutum Ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7 (1):33-38.
45. Lambert L, Raidl M, Safaii S, Conner C, Geary EJ, Ault S. Perceived benefits and barriers related to postpartum weight loss of overweight/obese postpartum WIC participants. *Topics in Clinical Nutrition*, 2005, 20: 16-27.

46. Daddario DK. A review of the use of the health belief model for weight management. *Medsurg Nursing*, 2007, 16: 363.
47. James DC, Pobe JW, Brown L, Joshi G. Using the health belief model to develop culturally appropriate weight-management materials for African-American women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2012, 112: 664-670.
48. Rezapour B, Mostafavi F, Khalkhali H. "Theory Based Health Education: Application of Health Belief Model for Iranian Obese and Overweight Students about Physical Activity" in Urmia, Iran. *International journal of preventive medicine*, 2016, 7:115.
49. Das BM, Evans EM. Understanding weight management perceptions in first-year college students using the health belief model. *Journal of American College Health*, 2014, 62: 488-497.
50. Dedeli Ö, Fadiloğlu C. Development and Evaluation of The Health Belief Model Scale in Obesity. *TAF Prev Med Bull*, 2011; 10(5): 533-542.
51. Kahraman G, Baş T, Akbolat M. Obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlık programlarının etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 6 (2): 89-98.
52. Aygün M. Obezite ve Yönetimi. İçinde: Durna Z. (Editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012: 341-378.
53. Sözmen K, Ünal B, Sakarya S, Dinç G, Yardım N, Keskinliç B, Ergör G. Türkiye'de Antropometrik Ölçüm Yöntemlerinin Kardiyovasküler Hastalık Riski ile İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2016, 43: 99.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı 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>. 17.03.2018.

55. Özenoğlu A, Uzdil Z, Sevde Y. Kadınlarda Tek Başına Planlı Egzersizin Antropometrik Ölçümler ve Vücut Kompozisyonu Üzerine Etkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1.
56. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_report\\_waistcircumference\\_and\\_waisthip\\_ratio/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/). 22.07.2018.
57. OECD. Obesity Update. <http://www.oecd.org/health/health-systems/obesity-update.htm>. 24.07.2018.
58. Ergin AB. Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1: 41-54.
59. Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Maislos M, Oppert J-M. Obesity: the gateway to ill health-an EASO position statement on a rising public health, clinical and scientific challenge in Europe. *Obesity facts*, 2013, 6: 117-120.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, Ankara, 2004.
61. Köşeler E. Obezite ve Kansere. *Türkiye Klinikleri Journal of Nutrition and Dietetics-Special Topics*, 2016, 2: 69-72.
62. Güney E. Obezite. İçinde: Alpoğuz C. (editör). *Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. 1. Baskı. HYB Basım Yayın, Ankara, 2010:342-346.
63. Gemalmaz A. Endokrin Ve Metabolik Hastalıklar. İçinde: *Taylor Aile Hekimliği*. Başak O, Demirağ SA. (çeviri Editörleri). Taylor's Manual of Family Medicine, Paul M, Paulman MD, Audrey A, Paulman MD, Jeffrey D, Harrison MD. 3. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri. 2011: 637-641.

64. Wilson PW, D'agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Archives of internal medicine*, 2002, 162: 1867-1872.
65. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *The Lancet*, 2001, 358: 1682-1686.
66. Moore LL, Vioni AJ, Qureshi MM, Bradlee ML, Ellison RC, D'Agostino R. Weight loss in overweight adults and the long-term risk of hypertension: the Framingham study. *Archives of internal medicine*, 2005, 165: 1298-1303.
67. Carlson JT, Hedner JA, Ejnell H, Peterson L-E. High prevalence of hypertension in sleep apnea patients independent of obesity. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 1994, 150: 72-77.
68. Mertens IL, Van Gaal LF. Overweight, obesity, and blood pressure: the effects of modest weight reduction. *Obesity research*, 2000, 8: 270-278.
69. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 1983, 67: 968-977.
70. Cdc C. National health and nutrition examination survey. NCFHS (NCHS), editor. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
71. Weber MA SrE, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. . Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2014: 16:14–26.

72. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması - 2. [http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans\\_calismasi\\_2.php](http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php). 05.04.2018.
73. Samur G, Yıldız E. *Obezite Ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon*. 1. Baskı. Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
74. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *Jama*, 1999, 282: 1523-1529.
75. Avustralian Bureau of Statistics. Australian health survey: First results, 2011–12. 2012. [http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/4364.0.55.001main+features\\_12011-12](http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/4364.0.55.001main+features_12011-12) 05.04.2018.
76. Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B, Özüğurlu F, Çetin İ, Etikan İ, Sazlidere H, Tetikçok R, Akbaş A. Obezite prevalansı ve metabolik risk faktörleri ile ilişkisi: Tokat ili prevalans çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2011, 31: 156-163.
77. Satman İ, Ömer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsıdag K, Genc S, Telci A, Canbaz B. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 2013, 28: 169-180.
78. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Obezite Tedavisi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>. 23.07.2018.
79. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç. Obezitede güçlendirme ve hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2012, 4: 94-101.
80. Tyler C, Johnston CA, Foreyt JP. Themed Review: Lifestyle Management of Obesity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2007, 1: 423-429.



81. Şengün F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayali Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2013, 16.
82. Ekim A, Manav G, Ocağcı AF. Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. 2012.
83. University of Twente. Health Belief Model. <https://www.utwente.nl/en/bms/communication-theories/sorted-by-cluster/Health-Communication/Health-Belief-Model/> 22.072018.
84. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 1974, 2: 328-335.
85. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs*, 1974, 2: 409-419.
86. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health*, 1999, 22: 341-348.
87. Martinez DJ, Turner MM, Pratt-Chapman M, Kashima K, Hargreaves MK, Dignan MB, Hébert JR. The effect of changes in health beliefs among African-American and rural white church congregants enrolled in an obesity intervention: A qualitative evaluation. *Journal of community health*, 2016, 41: 518-525.
88. Iranagh JA, Rahman HA, Motalebi SA. Health Blief Model-based intervention to improve nutritional behavior among elderly women. *Nutrition research and practice*, 2016, 10: 352-358.
89. Khoramabadi M, Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripanah R, Sheikhan Z, Mahmoodi Z, Seyedi-Moghadam A. Effects of education based on health belief model on dietary behaviors of Iranian pregnant women. *Global journal of health science*, 2016, 8: 230.

90. Rabiei L, Masoudi R, Lotfizadeh Dehkordi M. Evaluation of the effectiveness of nutritional education based on Health Belief Model on self-esteem and BMI of overweight and at risk of overweight adolescent girls. *International Journal of Pediatrics*, 2017, 5: 5419-5430.
91. Noorbakhsh A, Mostafavi F, Shahnazi H. Effects of the educational intervention on some health belief model constructs regarding the prevention of obesity in students. *International Journal of Pediatrics*, 2017, 5: 5561-5570.
92. Romano V, Scott I. Using health belief model to reduce obesity amongst African American and Hispanic populations. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, 159: 707-711.
93. Baji Z, Baesi A, Shakerinejad G, Tehrani M, Hajinajaf S, Jarvandi F. The Effect of Education Based on Health Belief Model on Eating Behaviors and Weight Control on Female High School Students in Ahwaz. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2018, 6: 0-0.
94. Khumros W, Vorayingyong A, Suppakitiporn S, Rattananupong T, Lohsoonthorn V. Effectiveness of modified health belief model-based intervention to reduce body mass index for age in overweight junior high school students in Thailand. *Journal of Health Research*, 2018.
95. Açıkel ME. Obez kadınlarda davranışsal tedavinin beslenme davranışına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	:Süheyla YARALI
Doğum tarihi	:01.01.1986
Doğum yeri	:Ankara
Medeni hali	:Evli, 1 çocuk
Uyruğu	:T.C.
Adres	:Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel	:0442 231 14 48
Faks	:-
E-mail	suheyla_sy@hotmail.com
Eğitim	
Lise	:Erzurum Anadolu Lisesi (2004)
Lisans	:Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2004-2008)
Yüksek lisans	:Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2008-2013)
Doktora	:Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2018)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	:Orta derecede (Yök Dil 72,50 Temmuz 2017)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Hemşireler Derneği (THD) 2008-...	
İlgi Alanları ve Hobiler	

## EK-2. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Değerli katılımcı bu anket Obezitede sağlık inançlarınızı belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler doğrultusunda hazırlanacak eğitim programları obeziteyi yönetebilmenize olanak sağlayacaktır. Verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Bu nedenle tüm ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyarak eksiksiz doldurmanız önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim. Araş. Gör. Süheyla YARALI Atatürk Üniversitesi-Hemşirelik Fakültesi

**1. Kaç yaşındasınız?.....**

**2. Medeni durumunuz**

1-Evli ( )            2-Bekar ( )

**3. Çocuğunuz var mı?**

1-Hayır      2-Evet 1            3- Evet 2      4- Evet 3      5- Evet 4 ve üzeri

**4. Aile tipiniz?**

1-Çekirdek aile ( )      2-Geniş aile ( )

**5. Eğitim durumunuz nedir?**

1-İlkokul ( )      2-Ortaokul ( )      3-Lise ve üzeri ( )

**6. Sosyal güvenceniz var mı?**

1-Var ( )            2-Yok ( )

**7. Mesleğiniz nedir?.....**

**8. Gelir durumunuz nedir?**

1-Gelirim giderimden az ( )      2-Gelirim giderime eşit ( )      3-Gelirim giderimden fazla ( )

**9. Daha önce düzenli egzersiz yaptınız mı?**

1-Evet ( )            2-Hayır ( )

**10. Daha önce düzenli egzersiz yaptı iseniz neden bıraktınız?**

.....

**11. Daha önce diyetisyene gittiniz mi?**

1-Evet ( )            2- Hayır ( )

**12. Daha önce diyet yaptınız mı?**

1-Evet ( )      2-Hayır ( )

**13. Daha önce diyet yaptı iseniz neden bıraktınız?.....**

**14- Şu an düzenli diyet yapıyor musunuz – diyetisyene gidiyor musunuz?**

1-Evet ( )      2- Hayır ( )

**15- Şu an Düzenli Egzersiz yapıyor musunuz?**

1-Evet ( )      2- Hayır ( )

**EK-3. OBEZİTEDE SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (OSİMÖ)**

	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık</b>	<b>Çok sık</b>	<b>Her zaman</b>
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					
	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
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 gelişeme 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					

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17-Obezite tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır					
18-Kilo vermek için gerekli olan diyet, egzersiz gibi programlara hiçbir zaman hazır olamayacağım					
19-Ne yaparsam yapayım kilo veremeyeceğim ya da istediğim kiloya ulaşamayacağım					
20-Kilo versem de benim için yararlı olacağını düşünmüyorum					
21-Belirli bir program çerçevesinde kilo verebilmek en büyük umudumdur					
22-Önümüzdeki altı ay boyunca kilo vermem sağlık açısından yararlı olacak					
23-Kilo vermek için yapılan diyet ve egzersiz programları bana sıkıcı geliyor, mutsuz oluyorum					
24-Kilo verirsem fiziksel olarak daha iyi görüneceğim					
25-Kilo verirsem kendimi daha iyi ve mutlu hissedeceğim					
26-İstediğim kiloya ulaşmak için yaşam tarzımı değiştirirsem benim için iyi olacak					
27-Düzenli egzersiz yapmanın kilo vermeye yardımcı olacağına inanıyorum					
28-Diyet yapmanın kilo vermeye yardımcı olacağına inanıyorum					
29-Kilo vermek için doktorun önerilerini uyguladığımda hayatımın kontrolünü kaybettiğimi hissediyorum					
30-Yeme alışkanlıklarımı değiştirmek benim için çok güçtür					
31-Fiziksel aktivite düzeyimi arttırmak benim için çok güçtür					
32-Kilo verdiğimde sosyal ilişkilerimin de olumlu yönde değişeceğine inanıyorum					

#### EK-4. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM FORMU

Antropometrik Ölçüm Formu	
Adı Soyadı:	
1. Boy	
2. Kilo	
3. BKİ	
4. Bel Çevresi	





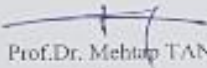
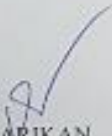
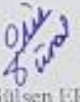
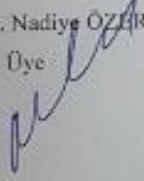





## EK-6. OBEZİTE ANİMASYON VİDEO SUNUMU

- 25 yaşındaki Ayşe hanım evli 1 çocuk annesi doğumdan sonra beslenme konusunda destek almadığı ve dikkat etmediği için şişman bir kadın sürekli yemek yiyor ve karbonhidrat ağırlıklı sağlıksız gıdalar tüketiyor.
- Fiziksel olarak hareketsiz. Ev işlerinde kiloları yüzünden daha kısıtlı hareket edebildiği için kardeşinden yardım alıyor. Merdiven yerine asansör kullanmayı tercih ediyor.
- Günlerde akrabalarıyla bir araya geliyor ve çok çeşitli yiyeceklerin olduğu masalar kurup aşırı besin tüketiyorlar.
- Eşinin çok mu kilo aldım gibi sözleri onu rahatsız ediyor.
- Akrabaları yemezsen hastalanırsın zayıf olup ne yapacaksın kilo sana yakışıyor gibi sözler söylüyor.
- Kilolu olmak onu mutsuz ediyor. Gittiği mağazalarda beğendiği modelin ona uygun bedeninin olmadığını duymak onu üzüyor.
- Bir gün merdivenlerden çıkarken çok yoruluyor nefes nefese kalıyor o anda dengesini sağlayamıyor ve düşüyor.
- Doktora götürüyorlar. Bu kazayı kırık oluşmadan yüzeysel yaralanmayla atlatması bir mucize.
- Kilo ve boy ölçümü yapılıyor. Kilosu 86 Boyu 155 cm BKİ 35.79 !!!
- Doktor aşırı kilo yüzünden birçok sağlık problemi yaşayabileceğini ve kilo vermesinin önemini anlatıyor.
- Beslenme uzmanına yönlendiriliyor. Kararlı zayıflayacak. Beslenme planına uyuyor.
- Hamur işi ve sağlıksız tüm besinleri hayatından çıkarıyor. Yürüyüşler yapıyor.
- Gittiği akraba ziyaretlerinde diyetinin haricinde hiç bir ikramı yemiyor. “Benim sağlığım için bunu yememem lazım eğer benim sağlıklı olmam sizin için de önemliyse lütfen bana ısrar etmeyin “ mesajını veriyor.
- İradesi sayesinde 6 ay sonunda ideal kilosuna ulaşıyor çok mutlu.
- Aynanın karşısında kendisini artık beğeniyor.
- Onun kilo vererek daha sağlıklı olduğunu gören çevresi onu örnek almaya başlıyor. Artık akraba günlerinde menü 3 çeşitten oluşuyor ve porsiyonlar küçülüyor.

## EK-7. ETİK KURUL ONAYI

	<b>Sağlık Bilimleri Fakültesi</b> <b>ETİK KURUL SONUÇ FORMU</b>	
Sayı:2016/03/10		Tarih:18/03/2016
<b>Araştırmanın Adı: " Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeli'ne Göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisi "</b>		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur		(X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur		( )
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir		( )
<b>Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa):</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 18.03.2016 tarihinde yapılan toplantısında "Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeli'ne Göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisi " konulu Yrd.Doç.Dr.Nazlı HACIALIOĞLU ve Arş.Gör. Süheyla YARALI'nın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.		
	 Prof.Dr. Mehmet TAN Başkan	
 Prof.Dr.Duygu ARIKAN Üye		 Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ Üye
 Doç. Dr. Nadiye ÖZER Üye		 Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ Sekreter/Raportör

## EK-8. İZİN YAZISI



T.C.  
ERZURUM VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 38940367/663.08  
Konu : Araştırma İzin Talebi  
(Yrd.Doç.Dr.Nazlı HACIALIOĞLU)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Personel Daire Başkanlığı) ✓

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALIOĞLU sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Süheyla YARALI tarafından yapılmak istenen "Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisi" konulu araştırma THSK tarafından değerlendirilmiş ve araştırma başlığının düzeltilmesi istenmiştir. Ancak araştırmacı, etik kural izninin ilk başlığa göre aldığı değişikliği durumunda mağduriyet yaşayacağını dilekçesinde ifade etmiştir.

Bu nedenle araştırma THSK tarafından tekrar değerlendirilmiş olup, çalışmanın yöntem ve başlığının birbirine uygun hale getirilmesi hususunda; ilgili kişiye durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Mahmut UÇAR  
Halk Sağlığı Müdürü

İsmail H. ŞIKOĞLU  
21 Mart 2017

Hastaneler Caddesi Halk Sağlığı Müdürlüğü A Blok Yakutiyu /ERZURUM

Faks No:

e-Posta:Emine.Sat@sağlık.gov.tr Int.Adresi: Emine ŞAT CANCAN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 63d405a2-e92c-4719-873d-5d889629d143 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN

Unvan:EBİ

Telefon No:444 34 76- Dahili : 2525

## **EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (DENEY GRUBU)**

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır. Obezite tüm dünyada ve ülkemizde birçok sağlık problemine neden olan bir sorundur. Obezitenin önlenmesi ve uygun şekilde yönetimi sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini önemli derecede artırmaktadır. Obeziteye yönelik bu araştırma 8 ay süre ile devam edecektir. Araştırmada ilk karşılaşmada sizlere 2 adet anket formu uygulanacak ve boy, kilo ve bel çevresi ölçümleriniz alınarak kaydedilecektir. Daha sonra 7 hafta sürecek grup eğitimlerimiz uygulanacak ve belirtilen saatlerde haftada 1 kez olmak üzere eğitime katılmanız istenecektir. Her bir eğitim 30-40 dk sürecektir. 7 haftalık eğitimin ardından her iki haftada bir telefon ile aranarak obezite yönetimini hakkında edindiğiniz bilgiler doğrultusunda yaptığımız girişimler sorgulanacak, konu ile ilgili sorularınız varsa yanıtlanacaktır. Eğitimlerin bitiminden 3 ay sonra ölçümleriniz tekrar alınacak, 6 ay sonra bir anket formunu yeniden doldurmanız istenecek ve kilo ve bel çevresi ölçümleriniz tekrarlanacaktır. Çalışma sırasında herhangi bir sıkıntı veya soru aklınıza takılırsa araştırmacıya sorabilirsiniz. İstedığınız taktirde araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma tamamen bilimsel amaçlıdır, size ait bilgiler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır ve bütün gizlilik hakkınız korunacaktır. Yardımlarınız ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Süheyla YARALI

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı : Süheyla YARALI

İmzası:

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)**

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Obez Kadınlara Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Eğitimin Kadınların Obeziteye Yönelik İnançlarına ve Obezite Yönetimine Etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacak ve boy, kilo, bel çevresi ölçümleriniz alınacaktır. bazı konulardaki görüşleriniz istenecektir. Araştırmaya katılıp katılmamakla tümüyle özgürsünüz. Çalışma tamamen bilimsel amaçlıdır, size ait bilgiler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır ve bütün gizlilik hakkınız korunacaktır. Yardımlarınız ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Süheyla YARALI

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı : Süheyla YARALI

İmzası: