



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ÖĞRENCİ VE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAZI  
BESLENME ALIŞKANLIKLARI İLE OBEZ  
BİREYLERE KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ  
İNCELENMESİ**

**Hacı Ömer YILMAZ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN**

**ANKARA  
2017**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÖĞRENCİ VE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAZI  
BESLENME ALIŞKANLIKLARI İLE OBEZ  
BİREYLERE KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ  
İNCELENMESİ**

**Hacı Ömer YILMAZ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN**

**ANKARA  
2017**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları ile Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan hazırlanmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Hacı Ömer YILMAZ

Tarih:

İmza:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında  
Hacı Ömer YILMAZ tarafından hazırlanan  
“Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları ile Obez Bireylere  
Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri  
tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

21/06/2017

Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN  
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı  
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Aslı UÇAR  
Ankara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Meltem SOYLU  
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı  
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

# İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	viii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Obezite	3
1.1.1. Obezitenin Sınıflandırılması, Tanı ve Değerlendirilmesi	3
1.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi	5
1.1.3. Obezitenin Nedenleri ve Risk Faktörleri	6
1.1.3.1. Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite	6
1.1.3.2. Demografik Faktörler	8
1.1.3.2.1. Yaş	8
1.1.3.2.2. Cinsiyet	8
1.1.3.3. Genetik Faktörler	9
1.3. Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar	10
1.3.1. Fizyolojik Problemler	10
1.3.2. Psikolojik Problemler	12
1.3.3. Sosyolojik Problemler	15
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>17</b>
2.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	17
2.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	18
2.2.1. Kilofobi Ölçeği	19
2.2.2. Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği	19
2.2.3. Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği	20
2.2.4. Antropometrik Ölçümler	20
2.2.4.1. Vücut Ağırlığı	20
2.2.4.2. Boy Uzunluğu	21
2.2.4.3. Beden Kütle İndeksi (BKİ)	21
2.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	21
<b>3. BULGULAR</b>	<b>23</b>
3.1. Sosyo-Demografik Özellikler	23
3.2. Bazı Beslenme Alışkanlıkları	26
3.3. Antropometrik Ölçümlere İlişkin Veriler	28
3.4. Kilofobi Ölçeği'nin Değerlendirilmesi	34
3.5. Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'nin Değerlendirilmesi	42
3.6. Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'nin Değerlendirilmesi	50
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>60</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>71</b>

<b>ÖZET</b>	<b>74</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>78</b>
<b>EKLER</b>	<b>97</b>
EK-1: Ankara Üniversitesi İzin Yazısı	98
EK-2: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İzin Yazısı	99
EK-3: Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi İzin Yazısı	100
EK-4: Etik Kurul Raporu	101
EK-5: Öğrencilere Uygulanan Anket Formu	103
EK-6: Hemşirelere Uygulanan Anket Formu	108
EK-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	113
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>116</b>



## ÖNSÖZ

Son yıllarda dünya genelinde gerek çocukluk gerekse yetişkin dönemde obez birey sayısındaki artış obezite prevalansının da yükselmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte obez bireyler toplum içerisinde çeşitli gruplar tarafından önyargılara maruz kaldığını belirlemektedir. Bu gruplar arasında sağlık çalışanlarında olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları ve obez bireyler ile ilgili düşünce ve görüşleri topluma örnek olması nedeniyle halk sağlığı açısından önemlidir. Bu çalışmayla hemşirelik bölümü öğrencilerinin ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları ile obez bireylere karşı tutum ve davranışları incelenerek bu konuya ışık tutmak amaçlanmıştır.

Tezimin hazırlanması sırasında desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi, birikim ve tecrübelerini her daim aktaran, yol gösteren ve öncülük eden çok kıymetli ve değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN'a sonsuz teşekkürler ve şükranlarımı sunarım. Başta Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyesi ve öğretim elemanları olmak üzere Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY'a, akademik görev arkadaşlarımdan Arş. Gör. Onur ÇIRAK'a, Arş. Gör. Mustafa ÖZGÜR'e, Arş. Gör. İsmail Mücahit ALPTEKİN'e, Arş. Gör. Çağdaş Salih MERİÇ'e ve Arş. Gör. Nida TOKAÇ ER'e teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince maddi ve manevi olarak destek veren ve yardım eden başta eşim Büşra YILMAZ'a, annem Suzan YILMAZ'a, babam Eyyüp YILMAZ'a, abim Bekir YILMAZ'a ve kardeşim Anıl Gökhan YILMAZ'a teşekkür ederim. Çalışmama katılan tüm katılımcılara teşekkürü bir borç bilirim.

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>BKİ</b>	Beden Kütle İndeksi
<b>cm</b>	Santimetre
<b>DSÖ/WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization
<b>g</b>	Gram
<b>kg</b>	Kilogram
<b>kkal</b>	Kilokalori
<b>m<sup>2</sup></b>	Metrekare
<b>mcg</b>	Mikrogram
<b>mg</b>	Miligram
<b>mL</b>	Mililitre
<b>mm</b>	Milimetre
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>S</b>	Sayı
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>TBSA</b>	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>TÜBER</b>	Türkiye Beslenme Rehberi
<b><math>\bar{X}</math></b>	Aritmetik Ortalama
<b><math>\chi^2</math></b>	Ki-kare



## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 3.1.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin demografik özellikleri	23
<b>Çizelge 3.2.</b>	Öğrencilere ilişkin demografik özellikler	24
<b>Çizelge 3.3.</b>	Hemşirelere ilişkin demografik özellikler	25
<b>Çizelge 3.4.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin öğün atlama durumları ile ilgili bilgiler	26
<b>Çizelge 3.5.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları	27
<b>Çizelge 3.6.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin vitamin mineral destekleri kullanım durumları	28
<b>Çizelge 3.7.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen ve beyan edilen ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerleri	30
<b>Çizelge 3.8.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen ve beyan edilen BKİ'lerine göre dağılımları	31
<b>Çizelge 3.9.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin sigara kullanma ve ailede şişman birey bulunma durumlarının BKİ'ye göre dağılımları	32
<b>Çizelge 3.10.</b>	Öğrencilerin kaldıkları yerlerin BKİ'lerine göre dağılımları	32
<b>Çizelge 3.11.</b>	Çalışan hemşirelerin gün içerisindeki vardiya saatlerine göre BKİ ortalamaları ve BKİ'lerine göre dağılımları	33
<b>Çizelge 3.12.</b>	Öğrencilerin ve çalışan hemşirelerin öğün atlama alışkanlıklarının BKİ'ye göre dağılımları	34
<b>Çizelge 3.13.</b>	Öğrencilerin Kilofobi Ölçeği'ne verdiği yanıtlar	35
<b>Çizelge 3.14.</b>	Çalışan hemşirelerin Kilofobi Ölçeği'ne verdiği yanıtlar	37
<b>Çizelge 3.15.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin Kilofobi Ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	38
<b>Çizelge 3.16.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin kilofobi düzeyleri	38
<b>Çizelge 3.17.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ailede şişman birey bulunma durumunun kilofobi düzeylerine göre dağılımı	39

<b>Çizelge 3.18.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ortalama Kilofobi puanlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı	41
<b>Çizelge 3.19.</b>	Öğrencilerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'ne verdiği yanıtlar	43
<b>Çizelge 3.20.</b>	Hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'ne verdiği yanıtlar	45
<b>Çizelge 3.21.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	46
<b>Çizelge 3.22.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı yaklaşımları	46
<b>Çizelge 3.23.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ailede şişman birey bulunma durumlarının obez bireylere karşı tutumlarına göre dağılımı	47
<b>Çizelge 3.24.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve fiziksel aktivite yapma durumlarının obez bireylere karşı tutumlarına göre dağılımları	48
<b>Çizelge 3.25.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı tutumlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı	49
<b>Çizelge 3.26.</b>	Öğrencilerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'ne verdiği yanıtlar	51
<b>Çizelge 3.27.</b>	Hemşirelerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'ne verdiği yanıtlar	53
<b>Çizelge 3.28.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	54
<b>Çizelge 3.29.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında inançları	54
<b>Çizelge 3.30.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler ile ilgili inançlarının ailede şişman birey bulunma durumuna göre dağılımı	55
<b>Çizelge 3.31.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve fiziksel aktivite yapma durumlarının obez bireyler hakkındaki inançlarına göre dağılımları	56
<b>Çizelge 3.32.</b>	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında inançlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı	58

**Çizelge 3.33.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen vücut ağırlığı, BKİ, Kilofobi Ölçeği, Obez Bireylere Yaklaşım Ölçeği ve Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği arasındaki korelasyon

59



## 1. GİRİŞ

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan obezite; Dünya Sağlık Örgütü tarafından (DSÖ) enerjinin besinlerle fazla alınması ve fiziksel aktivite düzeyinin düşüklüğünden dolayı harcanan enerjinin az olması sonucu vücut ağırlığının artması ile karakterizedir. Obezite tedavi edilmediğinde çeşitli sağlık sorunlarına yol açan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Carraca ve ark., 2012; WHO, 2015). Ülkemizde ve dünya genelinde obezitenin sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Aynı zamanda obezite kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, tip 2 diyabet, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkma riskinin artmasına neden olur. Yaşam kalitesini ve süresini de olumsuz yönde etkileyen obezitenin tedavi edilmesi, beraberinde getireceği birçok sağlık sorununu ve hastalığı da önlemektedir (Aballay ve ark., 2013; Lucan ve Dinicolantonio, 2015). Bunlara ek olarak obezitenin uzun süreli fiziksel ve psikolojik sorunlara da neden olabildiği bilinmektedir.

Obezite, çocuğun veya adolesanların akranları ile ilişkilerini etkileyebilir; damgalanmaya yol açabilir ve kendine önemsememe, benlik saygısında azalma, depresyon, tehdit-kaba kuvvet maruziyeti, sosyal soyutlanma gibi olumsuz davranışlara neden olabilir (Dallar ve ark., 2006; Whiting, 2008; WHO, 2013). Obezler sağlıkla ilgili fiziksel problemlere ek olarak, toplum tarafından olumsuz davranış ve tutumlara maruz kalma sonucunda psikolojik ve sosyolojik problemlerle de mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Sosyolojik olarak, obezlerin normal ve vücut ağırlığı fazla olan kişilere kıyasla arkadaş edinmekte, sosyal faaliyetlere katılmakta, duygusal birliktelik yaşama ve iş bulma ya da daha düşük gelirli işlerde çalıştırılma gibi konularda çeşitli zorluklarla karşılaşmakta olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (Bacon ve ark., 2001; Teachman ve ark., 2003; Wear ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalar obezitenin, bozulmuş beden imgesine neden olduğunu göstermektedir (Mold ve Forbes, 2013; Lin ve ark., 2015; Kinzl, 2016). Toplumda güzellik ve incelik gibi değerlere verilen önemin medyanın da etkisi ile artması sonucunda obez bireylerin özgüveni azalmakta, kendileri değersiz hissetmekte; sosyal

ön yargılar ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Eren ve Erdi, 2003). Özellikle medya tarafından zayıflığın başarı ve sosyal kabulle; şişmanlığın ise tembellik ve irade eksikliği ile ilişkilendirilmesi; fizyolojik ve duygusal olarak çeşitli sorunlara sahip olan obezlerin genel durumlarını olumsuz yönde etkilemesi konunun psikososyal boyutunu ön plana çıkarmaktadır (Carraça ve ark., 2012; Kuebler ve ark., 2013; Sui ve ark., 2013). Bütün bu faktörler, obez ve fazla kilolu insanların depresyona girmelerini kolaylaştırmakta ve hatta bu bireylerin kendilerini toplumdan izole etmesi gibi önemli psikolojik problemlere neden olabilmektedir (Hammerton ve ark., 2014; Samaan ve ark., 2015).

Hem ulusal hem de uluslararası yapılan çalışmalarda obezitenin gün geçtikçe arttığı göz önünde bulundurulduğunda, obez bireylere karşı bakış açısında negatif doğrultuda ilerleyeceği açıktır. ‘‘Kilofobi’’, fazla kilolu ve şişmanlara karşı olumsuz tutum olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, kilofobi, obez bireylere karşı tutum ve davranış ve obez bireyler hakkında görüşler gibi ölçekler kullanılmıştır (Puhl ve Brownell, 2001; Teachman ve ark., 2003; O'Brien ve ark., 2008).

Ön yargı; en kısa tanımıyla genel ve özel kullanımlarında bir taraf tutma biçimidir. Herhangi bir sebeple veya sebepsiz olarak küçük veya gülünç görme olarak tanımlanabilir (McConnell ve Leibold, 2001). Toplum içerisinde bu duyguya sahip bireylerde obez bireylere karşı ön yargı veya negatif düşünceler görülebilmektedir. Örneğin; obez bireylere tembel, düzensiz, isteksiz ve olumsuz karakteristik özelliklere sahipmiş gibi davranılabilir (Puhl ve Brownell, 2001).

Sağlık ekibinin önemli bir parçası olan hemşireler, hasta bakımı, eğitimi, danışmanlığı, hasta ve yakınlarının haklarının savucusu, karar merkezi, kordinatör, ruhsal açıdan destekleyici, yönetici vb. olarak birçok farklı konumda yer almaktadırlar; çalıştıkları kurumlara bağlı olarak eğitimlerinde edindikleri bilgi ve becerileri yerine getirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin toplum içerisindeki yargı ve tutumları önemli rol oynamaktadır (Rudolph, 2002). Hemşirelerin farklı yaş grubunda yer alan bireyleri etkileyen hastalık, hastalığın neden olduğu sorunlar ve

karşılaşılabilecek diğer sorunları çözümlemesinde yardımcı olacak kaynakları belirleme ve kullanmayı bilmesi gerekmektedir (Lees, 2013; Christiansen ve Feiring, 2016).

Birçok obez birey, sağlık çalışanları tarafından aşağılayıcı sözlere maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bu negatif tutum sergileyen sağlık çalışanları arasında diyetisyenlerin, tıp öğrencilerinin, doktorların ve hemşirelerin de bulunduğu çalışmalarla belirlenmiştir (Poon ve Tarrant, 2009; Pantenburg ve ark., 2012; Wise ve ark., 2014). Sağlık çalışanları arasında görülen bu tutum diğer egzersiz, fiziksel aktivite ve spor alanlarındaki profesyonellerde ve bu alanlarda eğitim gören öğrenciler arasında da yaygın olarak görülmektedir (Chambliss ve ark., 2004; Heather ve ark.; 2004; Berryman ve ark., 2006; Kiss ve ark., 2009).

Bireylerin, obezlere karşı olumsuz tutumlarının düzeltilmesi için gereken aşamaların başında bu tutumun varlığının belirlenmesi gelir. Daha sonraki aşamalarda ise bu konuya yönelik eğitimlerin verilmesi, aktivitelerin düzenlenmesi sorunun ortadan kalkmasını mümkün olabilir. Bu çalışmanın amacı; öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıklarını, obezite prevalansını ve obez bireylere karşı tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

## **1.1. Obezite**

### **1.1.1. Obezitenin Sınıflandırılması, Tanı ve Değerlendirilmesi**

Obezitenin sınıflandırılması üç farklı şekilde yapılmaktadır. Birinci sınıflama, görünüşün ince, orta ya da kalın olmasına, cinsiyete veya yağ dokusunun vücuttaki dağılımına (android/elma tipi, jinoid/armut tipi) bağlı olan anatomik sınıflamadır. Etiyolojik olarak sınıflama aşırı beslenmeden (eksojen) veya doğuştan (endojen) obezite olarak ifade edilmektedir. Son olarak yağ hücrelerinin hacimlerindeki (hipertrofik) ve yağ hücrelerinin sayılarındaki artışa (hiperplastik) göre fizyolojik sınıflama yapılmaktadır (Mercangil, 2012).

İnsan bedenindeki yağ dokusunun miktarı ve vücut dokularındaki dağılımının ölçülmesi ve değerlendirilmesinde kullanılabilirliği, geçerliliği, güvenilirliği ve ekonomik maliyeti farklılık gösteren ölçüm yöntemleri bulunmaktadır (WHO, 2015). BKİ ve bel, kalça çevresi pratikte en sık kullanılan yöntemlerdir.

**Beden Kütle İndeksi (BKİ):** Beden Kütle İndeksi (BKİ), yetişkinlerde en çok kullanılan, bireyleri zayıf, hafif kilolu ve obez olarak sınıflandıran bir ölçümdür. Bireyin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine oranı ile hesaplanmaktadır ( $\text{kg/m}^2$ ). BKİ vücutta bulunan yağ dokusu miktarının yaygın kullanılan bir göstergesi olmakla birlikte yağ dokusunun vücuttaki dağılımı ile ilgili yeterli bilgi sağlamaz. Bu nedenle riskli gruplarda (hamileler, çocuklar, sporcular, vb.) ve ödem gibi vücut ağırlığına etki eden komplikasyonların bulunduğu hastalıklarda BKİ kullanılmamalıdır (Vaughan-Shaw ve ark., 2013; Koefoed ve ark., 2016).

Beden Kütle İndeksi değeri  $<18,5$  “zayıf”,  $\geq 18,5$ - $\leq 24,9$  “normal”,  $\geq 25,0$ - $\leq 29,9$  “kilolu” ve  $\geq 30,0$  “obez” olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 2015). BKİ değerleri cinsiyete ve yaşa bağlı değildir, topluma, çevreye ve vücut kompozisyonuna göre değişiklik gösterebilir. Uluslararası geçerliliği olan ve obezitenin tanısının konulmasında kullanılan BKİ sınıflaması yaygın kullanılan bir yöntemdir. BKİ'nin  $25 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olmasının her açıdan sağlık konusunda risk oluşturabileceği belirtilmiştir (WHO, 2015).

**Bel / Kalça Oranı:** Vücut bölgelerindeki yağ dokusu dağılımı da miktarı kadar önemlidir. Yağ dokusunun iç organlarda ve abdominal bölgelerde toplanması insülin direncine neden olmakta ve diyabet, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları ile ilişkilendirilmektedir (Dalton ve ark., 2003). Jinoid şişmanlıkta, android tip şişmanlığa kıyasla bu hastalıklara yakalanma ihtimali daha az olduğu için Bel/Kalça oranı obezitenin değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır. Bu oranın erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 0,95 ve 0,80'in üzerinde olması abdominal obezite yönelimini göstermektedir. Abdominal obezite riskinin belirlenmesinde yalnızca bel çevresi ölçümü de yaygın olarak kullanılmaktadır (Zhu ve ark., 2002; Janssen ve ark., 2004).

Bel çevresi ölçümlerinin erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 102 cm, ve 88 cm'in üzerine çıkması metabolik sendrom ile ilişkilendirilmektedir (Klein ve ark., 2007; WHO, 2013).

Bunlara ek olarak vücutta adipoz doku dağılımının saptanması ve değerlendirilmesinde vücut yağ oranı (Deurenberg ve ark., 1991; Adrian ve ark., 2015; WHO, 2015), vücut kompozisyonunun saptanması ve değerlendirilmesinde Biyoelektrik Empedans Analizi (Dittmar, 2003; Martelletti ve ark., 1991; Heyward, 2011; Kyle ve ark., 2013; Ching ve ark., 2014; Adrian ve ark., 2015; Lindsey ve ark., 2015), toplam vücut potasyumu (Lucaski, 1987; Andreoli ve ark., 2010), dansitometri (Mendez ve Lucaski, 1981; Lucaski, 1987; Grant ve ark., 2003), toplam vücut suyu (Wouter ve ark., 1994; Andrea ve ark., 2003; Lidiane ve ark., 2014; Nishank ve ark., 2014), dual enerji x-ışını absorpsiyometre (DEXA) (Susan ve ark., 2000; Grant ve ark., 2003; Katherine ve ark., 2009); bilgisayarlı tomografi (BT) (Plourde, 1997; Rankinen ve ark., 1999; Snijder ve ark., 2002) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) (Suzanne ve ark., 2000; Wells ve Fewtrell, 2006) gibi yöntemler de obezitenin tanı ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

### **1.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi**

Obezite, son yıllarda küresel olarak giderek büyüyen bir epidemi haline gelmektedir. DSÖ'nün verilerine göre 1980 – 2008 yılları arasında obez birey sayısı iki kat artmıştır. Yine 2008 yılında 1,4 milyar yetişkinin fazla kilolu, obez sayısının ise yarım milyardan fazla olduğunu belirtmiştir. Yılda en az 2,8 milyon kişinin ise obez veya fazla kilolu olması nedeniyle hayatını kaybettiği belirlenmiştir. Bu rakamlara dayanarak dünya nüfusunun yaklaşık %35'inin fazla kilolu, %11'inin ise obez olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2014).

Dünya geneline bakıldığında, fazla kilolu ve obez olma prevalansının en yüksek olduğu bölgenin Amerika (her iki cinsiyet içinde fazla kilolu olma: %62, obezite prevalansı: %26), en düşük olduğu bölgenin ise Güney Doğu Asya olduğu bilinmektedir (her iki cinsiyet içinde fazla kilolu olma: %14, obezite prevalansı: %3).



Avrupa, Doğu Akdeniz ve Amerikalı kadınların %50'sinden çoğu fazla kiloludur. Bu üç bölgede, fazla kilolu kadınların yaklaşık yarısı ise obezdir (Amerika %29, Doğu Akdeniz %24, Avrupa %23). Dünya genelinde elde edilen verilere göre ise; kadınların erkeklerden daha fazla obez olma eğilimleri vardır. Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Afrika'daki kadınlarda obezite prevalansı, erkeklerin yaklaşık iki katıdır (WHO, 2014).

Türkiye'deki obezite prevalansı ise gelişmiş ülkeler ile benzerdir. Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP) çalışmasına 24,788 kişi dahil edilmiş olup; çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde obezite prevalansının kadınlarda, erkeklerde ve toplamda sırasıyla %30,0, %13,0 ve %22,3 olduğu saptanmıştır (Satman ve ark., 2002). Bu çalışmadan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasının sonuçlarına göre Türk toplumunun obezite prevalansı %40 artarak %31,2 seviyesine ulaşmıştır (Satman ve ark., 2013). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA) verilerine göre ise obezite prevalansı yetişkinlerde, erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %30,3, %20,5 ve %41 olup kadınların %34,6'sının fazla kilolu olduğu bulunmuştur (TBSA, 2010).

### **1.1.3. Obezitenin Nedenleri ve Risk Faktörleri**

Obezitenin epidemiyolojisinin gün geçtikçe artmasının nedenlerinin altında sedanter yaşam biçimi, gereğinden fazla enerji alımı, fast-food tarzı yeme alışkanlıklarının artışı ve fiziksel aktivitenin azalması önemli rol oynamaktadır. Obezitenin oluşması için enerji alımının harcanan enerjiden fazla olması gerekmektedir. Eğer her ikisi arasında denge sağlanabilirse vücut ağırlığında belirgin bir değişiklik olmaz (Serter, 2004; Nazlıcan ve ark., 2011).

#### **1.1.3.1. Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite**

Obezitenin etiyolojik faktörleri arasında beslenme düzeni ve fiziksel aktivite düzeyi önemli bir yer tutmaktadır. Yüksek oranda yağ ve şeker içeren besinlerin fazla

tüketimi ve fast-food tarzı beslenme sonucu gerekenden fazla alınan enerji vücutta yağ olarak depolanmaktadır. Özellikle doymuş yağ oranı yüksek besinlerin tüketimi ile BKİ arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Rader ve ark., 2009; Buys ve ark., 2012; Sadowska ve ark., 2015).

Bebeğin doğumundan itibaren beslenme düzeni, yaşamın daha sonraki dönemlerinde beslenme alışkanlıklarını etkileyebilmektedir. Anne sütü yerine mama veya farklı ek besinlerin kullanımı obezite riskini artırırken, anne sütünün yeterli düzeyde kullanımı obezite oluşumu riskini düşürmektedir. Günlük öğün sayısı, sıklığı ve düzeni de ağırlık kazanımı ile ilişkilidir. Düzenli olarak ve gün içerisinde en az 3 ana öğün tüketen bireylerin, ana öğün atlayan ve sağlıklı bir beslenme düzenine sahip olmayan bireylere kıyasla obez olma riskleri daha düşüktür (Toschke ve ark., 2009). Günlük yeterli miktarlarda karbonhidrat, yağ ve protein tüketimlerinin yanında posa ve lif içeriği yüksek besinlerin tüketimi de obezitenin oluşumunun engellenmesine yardımcı olabilmektedir (McFadden ve ark., 2008).

Enerji alımının enerji tüketiminden fazla olması durumunda pozitif bir enerji dengesi olacak ve vücut ağırlığında artış meydana gelecektir. Bu farkın negatif yönde olması için beslenme ile birlikte fiziksel aktivitenin de önemli etkisi bulunmaktadır. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte fiziksel aktivite düzeyinde azalma ve hareketsiz bir yaşam tarzı benimsenmektedir. Çocuklarda, televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen sürenin artışı, kentleşme ile çocuk park alanlarının kısıtlanması, açık havada fiziksel aktivite için çevrenin güvensiz oluşu, motorlu araçların kullanımının yaygınlaşması gibi sebepler enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır. Bunlara ek olarak televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen süre boyunca hem reklamlardan etkilenme hem de fast-food tarzı yiyeceklerin tüketim riskinin artışından söz edilmektedir. Bu yaşam tarzının yaygınlaşması sonucu, çocukluk hatta bebeklikten itibaren başladığı düşünülen obezite prevalansının yaşamın sonraki dönemlerinde görülen obezitenin nedeni olabileceği tahmin edilmektedir (Hancox ve ark., 2004; Matheson ve ark., 2004).

### **1.1.3.2. Demografik Faktörler**

#### **1.1.3.2.1. Yaş**

Obezite hemen hemen her yaşta görülmektedir. Son yıllarda yaşa bağlı bir şekilde artış gösterdiği de düşünülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte vücutta yağ oranı da artmaktadır. Obezite yalnızca yetişkin erkek ya da kadınlarda değil aynı zamanda çocuk ve adölesanlarda da görülmektedir. Her iki cinsiyette de 50-60 yaşlarına kadar yaşa bağlı obezite prevalansında artış söz konusudur. Yaş ilerledikçe fiziksel aktive düzeyi ve vücudun besin ögesi ihtiyacıyla birlikte enerji gereksinimi de azalmaktadır. Yaş ile vücut ağırlığının artışı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağında görülen obezitenin önlem alınmaması durumunda hayatın her döneminde etkisinin görülebileceği tahmin edilmektedir (Parlak ve Çetinkaya, 2007; Limbers ve ark., 2008). Hollanda’da yapılan bir çalışmada, obezite prevalansının yaş ilerledikçe daha da arttığı tespit edilmiştir (Seidell, 2002).

#### **1.1.3.2.2. Cinsiyet**

Erkek ve kadınlarda obezite prevalansını etkileyen birçok sosyal ve biyolojik faktör mevcuttur. Dünya genelinde 56 ülkede yürütülmüş bir çalışmada, 46 ülkedeki erkeklerin obezite prevalansının kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Nishida ve Mucavele, 2005).

Çağdaş avcılık ve toplayıcılık gruplarından günümüz endüstriyel ülkelere kadar hemen hemen tüm toplumlarda kadınların bacak, kalça ve periferdeki dokularında erkeklere göre daha fazla yağ dokusu bulunmaktadır. Buna ek olarak erkeklerin protein ve kas üretimi için kadınlardan daha fazla enerji harcadıkları, kadınların vücut yapılarının ise daha fazla yağ depolama eğiliminde olduğu tahmin edilmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın nedeni kadınların, üreme kapasitesine ulaşabilmesi için gereken yağ deposu ihtiyacı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca erkeklerin bazal metabolizmasının daha fazla enerji

harcamasını sağlayan yağsız kas kütlesinin de kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Björntorp, 2002).

Kadınlarda vücut ağırlıklarının fazla olmasını biyolojik açıdan etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Gebelik, emzirme süresi, doğum sayısı, ergenlik ve menopozal dönem gibi evreler yaşamın riskli dönemleri olarak belirtilmektedir. Ayrıca, adölesan dönemin başlangıcında yağ dokusundaki artışın kas dokusuna kıyasla fazla olmasının nedeni fizyolojik olarak östrojen hormonunun etkisidir. Bu ağırlık kazanımına, gebelik ve menopoz gibi durumlarda katkıda bulunur. Menopoz dönemine geçişin vücut yağ dağılımı ile ilişkisi tam açıklanamamakla birlikte bazı çalışmalar merkezi yağ birikiminin menopoz dönemi ile etkileşim içerisinde olabileceğini savunmaktadır (Haslam, 2005; Belahsan ve Rguibi, 2006; Kanter ve Caballero, 2012).

### **1.1.3.3. Genetik Faktörler**

Obezitenin ailesel dağılım gösterdiği düşünölmektedir (Katzmarzyk ve ark., 1999). Fakat obezite eşlik ettiği bazı hastalıklar hariç (Cohen sendromu, Down sendromu, Karpenter sendromu, Klinefelter sendromu, Turner sendromu, vb.) genetik bir aktarım özelliği gösterebilmektedir. Bu aktarım düzeyi ikiz çocuk, evlat edinme ve aile çalışmaları ile saptanmaktadır. Beden kütle indeksi temel alınarak yapılan bir çalışmada, ayrı yumurta ikizleri, tek yumurta ikizleri veya ayrı yetiştirilmiş tek yumurta ikizlerinin BKİ düzeylerinde %70 benzerlik bulunduğu belirtilmiştir. Evlat edinme durumunda ise bu benzerlik %30 olarak tespit edilmiştir (Bouchard, 2001). Ayrıca aşırı kilolu ebeveylelerin çocuklarının da, biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiğinde yine aşırı kilolu olma eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Genetik faktörlerin etkin rol oynaması için özel bir çevresel bağlamın oluşması gerekmektedir. Çevresel faktörlerin benzer veya benzere yakın duruma gelmesi sonucunda fenotip özellikler ortaya çıkar. Obezitenin genetik ile olan ilişkisinin varlığından söz edilebilmesi için, genetik olarak ağırlık kazanımına yatkın bireyin ailesi ile benzer çevresel koşullara sahip olması gerekir (Cugini ve ark., 1999; Arsenault ve ark., 2014).

### 1.3. Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar

#### 1.3.1. Fizyolojik Problemler

Tüm doku ve organlarda yağ hücrelerinin çeşitli fizyolojik işlevleri bulunması nedeniyle, obezite vücuttaki birçok doku ve organı etkileyebilmektedir. Obeziteyle hipertansiyon ve kalp hastalığı riski arasında ciddi bir ilişki bulunmaktadır. Obez bireylerde yüksek tansiyon gelişiminin göstergesi, kan hacminin artması, vazokonstrüksiyonda artış ve yüksek kalp atım hacmidir. Serbest yağ asitleri vücutta damar gevşemesini azaltır, damar kasılmalarını artırır ve sempatik sinir sisteminin aktivitesini artırarak kalp ve damar sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hiperinsülinemiye bağlı olarak böbreklerde sodyum emilimindeki artış, obez bireylerde kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır. Vücut ağırlığı fazla olan kişilerde oluşan hipertansiyon, damar çeperlerinin kalınlaşmasında ve kalp boşluklarının hacminde artışa neden olarak kalp yetmezliği riskini arttırmaktadır (Jensen, 2008; Leblanc ve ark., 2015; Littlejohn ve Grobe 2015).

Obezitenin yol açtığı diğer bir fizyolojik sorun ise vücudun metabolik ve fizyolojik fonksiyonlarının yerine getirilememesine ve sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olan insülin direncidir (Goyal ve ark., 2014; Sung ark., 2016). İnsülin direnci hem obezite sonucunda ortaya çıkmakta hem de obeziteye neden olmaktadır. İnsülin direnci sonucu vücut yağ dokusunda artış gerçekleşmekte, yağ dokusundan salgılanan hormonlarda, vücuttaki metabolik faaliyetleri olumsuz olarak etkilemektedir (Margoni ve ark., 2011; Zhou ve ark., 2014; Bae ve ark., 2016). Obezite, insülin direnci ve diyabete yakalanma riski birbiriyle ilişkili olup, vücutta yağ dokusu arttıkça Tip 2 diyabete yakalanma riski de artmaktadır (Ghane ve ark., 2015). Tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık yarısında etiyolojik neden olarak obezite yer almaktadır (Xue ve ark., 2016).

Obezite ile dislipidemi arasındaki pozitif yönde ilişkiyi belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Bays ve ark., 2013; Doupa ve ark., 2014; Lu ve ark., 2015). Hiperinsülinemi ve abdominal obezite, deri altı yağ dokusu kaynaklı serbest yağ

asitlerindeki artış sonucunda; karaciğerde çok düşük dansiteli lipoprotein (VLDL) sentezlenmesi ve kan dolaşımına salınımının stimüle edilmektedir. Böylece trigliserit ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeylerinde artış gözlenirken, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinde düşüş gözlenmektedir (Gonzalez ve ark., 2014).

Ciddi derecede obez olan bireylerde uyku apne sendromu çoğunlukla görülmektedir. Hipoksi, apne, hiperkapni ve artmış stres yanıtına neden olan uyku esnasında solunum yollarında engel oluşması ve üst solunum yollarındaki yumuşak dokudaki artış bu duruma neden olmaktadır. Yüksek tansiyon ve kalp yetmezliği gibi hastalıkların gelişiminde uyku apne sendromunun etkili olduğu düşünülmektedir (Arnardottir ve ark., 2013; Hanis ve ark., 2016).

Obezitenin birçok kanser türü ile de ciddi ilişkisi bulunmaktadır. Erkeklerde rektum, kolon, prostat kanseri; kadınlarda rahim, safra yolları, meme ve yumurtalık kanseri sıklığındaki artış obezite ile ilişkilendirilmektedir (Goday ve ark., 2015; Neuhouser ve ark., 2015; Xu ve ark., 2016).

Obez bireylerde felç riskinin daha fazla olduğu, alt ekstremitte dejeneratif eklem hastalığı sıklığının arttığı ve erken dönemde osteoartrit gelişebileceği vurgulanmaktadır (Mitchell ve ark., 2015; Wen ve ark., 2016).

Obezite ile birlikte, safra taşı oluşması, reflü-gastrit hastalığı, karaciğer yağlanması ve non-alkolik steatohepatit sıklığı da artmaktadır. Non-alkolik steatohepatit siroza dönüşüp ölümcül şekilde ilerleyebilir. Vücut ağırlığının ve insülin direncinin azaltılması bu ilerlemeyi engelleyebilmektedir (Koebnick ve ark., 2012; Milic ve ark., 2014; Livzan ve ark., 2016).

Bu hastalıklara ek olarak obezitede üriner taş, tromboemboli, bazı cilt değişiklikleri görülebilmektedir. Ayrıca, cerrahi müdahale gereken durumlarda enfeksiyon, yara komplikasyonları ve anestezi riski de artmaktadır (Boza ve ark., 2012; Akça ve ark., 2013; Kim ve ark., 2015).

Prevalansı giderek artan obezitenin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi, bir çok farklı sağlık sorununa ve hastalığa, morbidite ve mortalitede ciddi bir artışa sebep olması nedeniyle erken dönemlerde saptanması ve kalıcı bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir (Masters ve ark., 2013; Danziger ve ark., 2016; Kolotkin ve ark., 2016).

### 1.3.2. Psikolojik Problemler

Psikoloji alanındaki uzmanların ya da kişilerin psikosometik bir hastalık olarak da kabul ettiği obezite toplumun sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Psikanalitik alanındaki klinisyenler obez bireylerin oral saplanma (yeme bağımlılığı) ve regresyon (yeme dürtüsü) sonucunda nevroz ve kişilik bozukluklarına daha yatkın olduklarını belirtmişlerdir (Capuron ve ark., 2011). Obezite, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi beynin ödül, güdülenme ve karşı çıkma denetiminde görevli bölgelerdeki sorunlarla ilişkilendirilmektedir (Hebebrand ve ark., 2014).

Dünya genelindeki obezite prevalansı artışı özellikle kadınlarda olmak üzere psikiyatrik hastalar arasında da yükselen bir eğilim göstermektedir (Allison ve ark., 2009; McElroy, 2009). Daumit ve ark (2003) yılında yaptıkları çalışmada, genel popülasyonda erkeklerde %17,7, kadınlarda %28,5 olan obezite prevalansını mental hastalığı olan erkek bireylerde %29, kadın bireylerde ise %60 olarak tespit etmişlerdir. Dickerson ve ark. (2006) obez olma oranının psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda %50, erkeklerde %41, non-psikiyatrik erkek hastalarda %27, kadın hastalarda ise %20 olduğunu saptamışlardır. Yine yapılan bir meta analiz çalışma sonucunda ise depresyon ve obezite oranı arasında pozitif ilişkili bir artış olduğu saptanmıştır (Luppino ve ark., 2010). Depresyon ve obezite arasındaki bu artışın iki yönlü olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, abdominal obezitenin, depresyonun karakteristik bir nedeni olduğu sonucuna varan çalışmalarda bulunmaktadır (Rivenes ve ark., 2009; Carpiniello ve ark., 2012; Van Reedt Dortland ve ark., 2013).

Petry ve ark. (2008) demografik özelliklerin obez bireylerde etkilerini inceledikten sonra, obez bireylerde ruh hali, anksiyete sıklığı ile özellikle alkol

kullanımının arttığı, karakteristik özelliklerinin değişmeye başladığını tespit etmişlerdir. Goldstein ve ark. (2011), bipolar bozukluk hastalığı olan bireylerdeki obezite riskinin olmayanlara göre iki kat fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bipolar bozukluk olan obez bireylerde obez olmayanlara göre anksiyete ile birlikte komorbiditenin daha yüksek olduğunu, depresif atakların daha uzun sürdüğünü ve özellikle fiziksel ve mental fonksiyonların daha zayıf olduğunu saptamışlardır.

Son dönemlerdeki çalışmalar, sağlıksız ve dengesiz beslenmenin hem obezite hem de psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğunu belirtmektedir (Schroder ve ark., 2007; Rosenheck, 2008; Jeffery ve ark., 2009; Hsiao ve ark., 2011). Obez ve psikiyatrik hastalarda, fiziksel aktivitenin azalması ve sedanter davranışların artışı yaygın olarak görülen ve her iki durumun da ortaya çıkmasına neden olabilecek etmenler arasında gösterilmektedir (Azevedo ve ark., 2012; Song ve ark., 2012). İnsomnia ve uyku apnesi gibi uyku bozuklukları da psikiyatrik hastalıklarda ve obezite de artmaktadır (Costa, 2006; Krystal ve ark., 2008; Kalucy ve ark., 2013). İnsomnia ve uyku apnesinin ortaya çıkması sonucunda kardiyovasküler hastalıkların, metabolik hastalıkların, otoimmün bozukluklarının görülme prevalansında yükselmektedir (Leonard ve ark., 2012; Yau ve ark., 2012; Aballay ve ark., 2013; Rotella ve Mannucci, 2013). Bunlara ek olarak travmatik olaylarda obezite ve psikiyatrik hastalıkların gelişmesi için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (Gunstad ve ark., 2006; D'Argenio ve ark., 2009; Boynton ve ark., 2012).

Obezitenin, psikiyatrik etkilerinden birisi ise yeme bozukluklarıdır. Tıkanırçasına yeme bozukluğu en sık görülen biçimidir. Bir kişinin, benzer fizyolojik özelliklerde ve koşullardaki başka bir kişiye kıyasla yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği bir kerede tüketmesi, tüketimini sınırlayamaması ya da durduramaması gibi besin tüketimi üzerindeki öz kontrolün kaybedilmesidir. Diğer bir yeme bozukluğu ise gece yeme bozukluğudur. Kısaca sirkadyen yeme düzeninin bozulmasıyla ilişkilidir. Bozulan sirkadyen ritm sonucu uyku ve yeme saatleri yer değiştirir. Bu bozuklukta komorbidite sık gözlemlenmekte olup obeziteye kadar ilerleyebilir (Val-Laillet ve ark., 2015; Lee ve ark., 2016). Birey obez olmasa bile yemek yediği zaman ağırlık artışı sonucunda obez olma ihtimalini düşünerek veya ideal vücut ağırlığına sahip



olmasına rağmen kendini obez gibi görüp yemek yememe, yediği zaman pişmanlık duygusu hissetme gibi durumlar yaşamaktadır. Anoreksiya nevroza ve blumia gibi hastalıklar bu durumlara örnek olarak gösterilebilir (Westmoreland ve ark., 2016).

Obezitenin oluşumunda etkisi olan faktörlerden birisi de strestir. Psikososyal faktörlerin içerisinde önemli bir yer tutan stres, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek düşük fiziksel aktivite düzeyine ve yanlış besin tercihlerine neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda psikolojik ruh sağlığı ve stres durumu normal olan bireylerin duygusal duruma bağlı olarak yeme isteklerinin azaldığı ve bunun sonucunda da ağırlık kaybının gerçekleştiği belirtilmiştir. Obez bireylerin stres yönetimi ile psikolojik etkilerden uzaklaşabileceği ve ağırlık kaybının sağlanabilmesi için bu konuda bilinçlendirilmeleri gerektiği göz ardı edilmemelidir (Manzoni ve ark., 2009; Groesz ve ark., 2012; Peneau ve ark., 2013).

Obezitenin neden olduğu diğer psikolojik problem ise düşük benlik saygısıdır. Bireyin kendini objektif olarak değerlendirmesi ve kabullenmesi benlik saygısı olarak tanımlanır. Benlik saygısı, bireyin kendini sevmesi, saygı duyması ve güvenmesi ile ilişkilendirilmektedir (Lee ve ark., 2012). Rosenberg (1965), bu kavramı bireyin kendisini ve kendi özelliklerine karşı olan tutum ve yargılarının olumlu ya da olumsuz biçimde değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır. Bireyin kendisine karşı bakış açısı olumlu ise yüksek benlik saygısına, olumsuz ise düşük benlik saygısına sahip olduğu kabul edilmektedir. Yapılan bir çalışmada benlik saygısı ve BKİ arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (Bonsaksen ve ark., 2015). Obez bireylerde benlik saygısı düzeyini belirlemek için yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin %58,6'sının düşük benlik saygısına sahip olduğu belirlenmiştir (Pınar, 2002). Benlik saygısı ile ağırlık kaybedilmesi arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer bir çalışmada da, ağırlık kaybının benlik saygısını yükselttiği sonucuna varılmıştır (Annesi ve Porter, 2015). Bunlara ek olarak benlik saygısının yükseltilmesi için ağırlık kaybının sağlanmasının depresyonun ve obezitenin olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılmasına yardımcı olduğu bildirilmiştir (Rawana, 2013).

Benlik saygısı ile beden algısı birbirine yakın kavramlar olmakla birlikte aralarında neden sonuç ilişkisine dayanan bir etkileşim de mevcuttur. Beden algısı, zihinsel boyutta kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Özellikle adölesan dönemde ortaya çıkan beden algısı, basit bir şekilde bireylerin kendini yakışıklı, güçlü ve güzel olarak tanımlamasıdır. Bireyin kendisini objektif olarak değil sübjektif olarak değerlendirmesi olarak da belirtilmektedir (Ata ve ark., 2014). Beden algısı düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışma sonucunda, BKİ ile beden hoşnutsuzluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Abdollahi ve Abu Talip, 2015). Yine obez olan ve olmayan bireylerin beden algısı karşılaştırıldığında obez olanların, obez olmayanlara göre daha düşük beden algısı ve hoşnutsuzluğu olduğu saptanmıştır (Shentow-Bewsh ve ark., 2016).

Obezite ve psikolojik durum arasında pozitif korelasyon olduğu bilinmektedir. Bu nedenle obez bireylere yönelik sadece vücut ağırlığı ve fizyolojik fonksiyonlar içeren yöntemler yerine psikolojik desteklerinin de dahil edildiği tıbbi tedavi uygulamalarının iyileşme sürecini bedenen ve ruhen olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Lin ve ark., 2013; Volery ve ark., 2015).

### **1.3.3. Sosyolojik Problemler**

Obezitenin sosyolojik açıdan oluşturduğu problemler toplum içerisinde oldukça sık ve yaygın görülmektedir. Aşırı kilolu ve obez bireyler, genellikle önyargı ve damgalanmaya maruz kalmaktadır. Bu önyargı ve damgalanma sonucunda, işyerleri, eğitim ve öğretim alanları, medya ve kişisel ilişkiler içerisinde negatif tutum ve davranışlarla karşılaşmaktadırlar (Sikorski ve ark., 2012; Farrell ve ark., 2016).

Obez bireyler, iradesiz, başarısız, özgüveni eksik, negatif beden algısı gibi olumsuz karakter özellikleri ve tembel, yavaş, dayanıksız gibi olumsuz fiziksel özellikler ile ilişkilendirilmektedir. Yine aile içerisinde hor görülme, eğitim yaşamlarında, arkadaşları arasında ad takma, alay etmeye maruz kalmakta, iş bulmakta zorlanmakta veya güvenilmemekte, işe alındıklarında ise diğer çalışanlarla eşit şartlar sağlanmamakta, düşük ücretle çalışmakta ve terfi etmede zorlanmaktadırlar. Hasta

obezlerin tedavi ve bakımlarının güç olması, komplikasyon gelişme riskinin yüksek olması, yatış pozisyonunun değiştirilmesi ve hastanın hareketlendirilmesinin güç gerektirmesi, tedavi sürecinde kullanılacak malzemelerin yetersiz olması gibi nedenler obez bireylerin sağlık alanında karşılaştığı sorunlar arasında yer almaktadır. Bunlara ek olarak obez bireyler sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışlarına da maruz kalmaktadırlar (Janssen ve ark., 2004; Brown, 2006; Wear ve ark., 2006; O'brien ve ark., 2008; Mold ve Forbes, 2013).

Stein ve ark. (2014), 18-94 yaş arası 1657 bireyin %99.1'inin; Pantenbur ark. (2012) tıp fakültesi öğrencilerinin %98.9'unun obez bireylere karşı olumsuz tutum ve davranış biçiminde olduğunu; Sert ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada sağlık yüksek okulu öğrencilerin %51,3'ünün obez bireylere karşı önyargıya eğilimli, %23,5'inin ise önyargılı olduğunu saptamışlardır.

Bütün bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda sağlığın bir bileşimi olan sosyal sağlık olumsuz yönde etkilenmekte ve obez bireylerin yaşam kalitesinde düşüş gözlemlenmektedir (Oliver ve Lee, 2005). Fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik problemlerden dolayı tedavi amaçlı hastane ve sağlık kuruluşlarına başvuran obez bireyler, sağlık çalışanları tarafından olumsuz tutum ve davranışlara maruz kaldığında varolan sorunların negatif yönde etkilendiğini, obez bireylerin tedavi olma isteğinin azaldığını, tedaviye verilen olumlu yanıtın engellendiğini ve tedavi sürecinin uzadığını gösteren çeşitli çalışmalar vardır (Maroney ve Golub, 1992; Dyson, 2010; Wyatt, 2013). Bu nedenle toplumun ve özellikle sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlar yerine pozitif bir yaklaşım uygulamaları konusunda bilinçlendirilmeleri ve teşvik edilmeleri gerektiği düşünülmektedir (Buscemi ve ark., 2013; Volery ve ark., 2015; Czeglédi, 2016).

Bu çalışma hemşirelik bölümü öğrencilerinin ve çalışan hemşirelerin obezite sıklığının, bazı beslenme alışkanlıklarının ve obez bireylere karşı tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma; Nisan – Eylül 2016 tarihleri arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde eğitim gören 4. sınıf öğrencileri ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüştür. Dördüncü sınıf hemşirelik bölümü öğrenci sayısı; Ankara Üniversitesi'nde 140, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde 120 olmak üzere toplam 260'dır. Çalışan hemşire sayısı ise; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde yaklaşık olarak 500'dür. Örneklem sayısı  $n = \frac{Nt^2pq}{(d^2(N-1) + t^2pq)}$  formülü kullanılarak; hemşirelik bölümü öğrencileri için 195 (Ankara Üniversitesi:103, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi:92), çalışan hemşireler için 218 olarak hesaplanmıştır. Katılımcılara ait veriler değerlendirilirken çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan (3 öğrenci, 11 hemşire) ve anket formunu eksik veya yanlış dolduran (2 öğrenci, 18 hemşire) 5 öğrenci 29 hemşire olmak üzere toplamda 34 adet anket formunun verileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında hemşirelerin izinde olması, vardiyada olması, öğrencilerin ise stajda olması, okulda bulunmaması, ders almaması vb. nedenler katılımcılara ulaşmayı ve veri toplamayı zorlaştırmıştır. Anketi yanlış dolduranlar veya boş bırakanlar, anketin yapıldığı esnada derste bulunmayan öğrenciler, araştırmaya katılma hususunda gönüllü olmayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bunun sonucunda hemşirelik bölümü 4.sınıf öğrencilerinden 190; çalışan hemşirelerden 189 kişinin verileri çalışmaya dahil edilip değerlendirilmiştir.

Çalışma başlangıcında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (EK-1), Ankara Üniversitesi (EK-2) ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nden (EK-3) gerekli izinler ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 31.03.2016 tarihli ve 06-222-16 karar numaralı Etik Kurul onayı ile gerçekleştirilmiştir (EK-4).

## 2.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Öğrenci ve çalışan hemşirelere bazı beslenme alışkanlıkları ve obez bireylere karşı tutum ve davranışlarını incelemek için bir anket formu uygulanmış, vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ölçülerek obezite sıklığı saptanmıştır.

Çalışma verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Konuyla ilgili kaynaklar incelenmiş, uzman kişilerin görüşleri alınmış ve pilot çalışma yapılarak 5 bölümden oluşan anket formu hazırlanmıştır. Öğrencilere (EK-5) ve çalışan hemşirelere (EK-6) uygulanan anket formunun ilk bölümde demografik bilgiler, ikinci bölümde bazı beslenme alışkanlıkları, üçüncü bölümde Kilofofi Ölçeği, dördüncü bölümde Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği, beşinci bölümde ise Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği yer almaktadır. Genel bilgiler bölümünde cinsiyet, yaş, anne ve babaların eğitim durumu ve meslekleri, kardeş sayısı, nerede kaldığı, sigara kullanma durumu, ailede şişman birey varlığı ve boy uzunluğu ve vücut ağırlık bilgileri hem sorgulanmış hem ölçülmüştür. Bazı beslenme alışkanlıkları bölümünde ise gün içerisindeki ara ve ana öğün sayısı, öğün atlama durumu, uyumadan önce yemek yeme durumu, kaldığı yer dışında yemek yeme durumu, meyve-sebze ve süt ve süt ürünleri tüketim durumu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu (haftada en az üç kere ve bir seferde en az 30 dakika), yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme durumu ve son 3 ay içerisindeki vitamin-mineral desteği alma durumu yer almaktadır. Üç, dört ve beşinci bölümlerde ise öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı bazı tutum ve davranışlarını belirlemek için Kilofofi, Obez Bireylere Karşı Yaklaşım ve Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçekleri bulunmaktadır.

Anket, çalışan hemşirelerin işlerini aksatmayacak şekilde dinlenme zamanlarında, öğle aralarında veya toplu bir şekilde kurum içi eğitime katılmadan önce veya sonra yapılmıştır. Anket uygulanmadan önce çalışan hemşirelerin birim sorumlularından, öğrencilerin ise uygun dersleri öğretmenlerinden izin alınarak belirlenmiş, öğrenci ve çalışan hemşirelere uygun oldukları vakitlerde çalışma ve ölçekler hakkında gerekli bilgiler verilmiş ve anket gönüllü katılımcılara

uygulanmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler ve araştırmacı tarafından çalışma başlangıcında imzalanmıştır (EK-7).

### **2.2.1. Kilofobi Ölçeği**

Kilofobi Ölçeği, bireylerin obezlere karşı tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla ilk defa 1984 yılında kullanılmıştır. Ölçeğin temeli 50 karakteristik özelliği vurgularken, kısaltılmış halinde ise 14 karakteristik özellik bulunmaktadır. Bu araştırmada ölçeğin kısaltılmış hali kullanılmıştır. Puanlaması, ölçeğin uygulandığı bireylerin verdikleri cevaplara göre 1'den 5'e doğrudur. Tüm özelliklere verilen cevaplardan toplam puan elde edilir. Elde edilen bu puan 14'e bölünerek ortalama puan hesaplanır. Bu hesaplama sonucunda alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir. Bacon ve ark. (2001) ortalama puan değeri 2,5 ise obez bireylere karşı önyargı veya tutumu normal olarak, 2,5'in altında ise obez bireylere karşı yaklaşım pozitif, 2,5'in üzerinde ise negatif tutumun hakim olduğunu kabul etmişlerdir. Bacon ve ark. (2001), ölçeğin güvenilirlik katsayısını değerlendirmiş ve Cronbach's Alpha değerini 0,89 bulmuşlardır. Yılmaz (2009) tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerliliği yapılmıştır.

### **2.2.2. Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği**

Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği, Allison, Basile ve Yuker (1991) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte obez bireylerin yaşamları ile ilgili 20 adet yargı verilmektedir. Bu yargılara, kesinlikle katılmıyorum (-3), orta derecede katılmıyorum (-2), nispeten katılmıyorum (-1), kesinlikle katılıyorum (+3), orta derecede katılıyorum (+2), nispeten katılıyorum (+1) puanlarını vererek düşüncelere katılıp katılmadıkları sorgulanmaktadır. Puanın yüksek olması obez bireylere karşı tutumun pozitif yönde olduğunu göstermektedir. Negatif puanların oluşmaması için puan toplamına 60 eklenerek görüş puanı tespit edilmektedir. En düşük puan 0, en yüksek puan ise 120'dir. Normal tutum aralığı puanı ise 60'tır. Puanın 60'ı geçmesi halinde pozitif tutumun geçerli olduğu belirtilmektedir (Harvey ve ark., 2002). Ölçeğin Türkçe

versiyonunun güvenilirlik katsayısı için yapılan araştırma sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,86 olarak bulunmuştur (Dedeli ve ark., 2014).

### **2.2.3. Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği**

Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği, bireylerin obezler hakkında görüş ve düşüncelerini belirlemek için kullanılır. Ölçek, Allison, Basile ve Yuker (1991) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 8 yargıdan oluşmaktadır. Bu yargılara, kesinlikle katılmıyorum (-3), orta derecede katılmıyorum (-2), nispeten katılmıyorum (-1), kesinlikle katılıyorum (+3), orta derecede katılıyorum (+2), nispeten katılıyorum (+1) puanlarını vererek düşüncelere katılıp katılmadıkları sorgulanmaktadır. Toplam puan 0-48 arasında bir değer almaktadır. Negatif puanların oluşmaması için puan toplamına 24 eklenerek görüş puanı tespit edilmektedir. Puan yükseldikçe obezler hakkında düşünce pozitif yönde eğilim göstermektedir. En düşük puan 0, en yüksek puan ise 48'dir. Normal tutum aralığı puanı ise 24'tür. Puanın 24'ü geçmesi halinde pozitif tutumun geçerli olduğu belirtilmektedir (Allison ve ark., 1991). Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik katsayısını hesaplamak için yapılan araştırmada ise Cronbach's Alpha değeri 0.84 bulunmuştur (Dedeli ve ark., 2014).

### **2.2.4. Antropometrik Ölçümler**

Antropometrik ölçümler, katılımcıların aç olmaları dikkate alınarak araştırmacı tarafından alınmıştır. Bunun için çalışan hemşirelerin dinlenmek için kullandıkları hemşire odası, öğrenciler için ise boş bir sınıf kullanılmıştır.

#### **2.2.4.1. Vücut ağırlığı**

Vücut ağırlığı ölçümleri bireylerin aç karnına, hafif giysili ve ayakkabısız olmasına dikkat edilerek; 0,5 kg'a duyarlı kalibre edilebilen hassas terazi ile ölçülmüştür (Lee ve Nieman, 2003; Gibson, 2005).

#### 2.2.4.2. Boy uzunluğu

Katılımcılar, topukları ve sırtları duvara dayalı iken, ayaklar bitişik, baş Frankfort düzlemde (göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı hizada yere paralel) iken esnemeyen bir mezür yardımı ile yapılmıştır. Ölçümler ayakkabısız alınmıştır (Lee ve Nieman; Gibson, 2005).

#### 2.2.4.3. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

BKİ değerleri [Vücut ağırlığı (kg)/Boy uzunluğu<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)] denklemi ile hesaplanmış, <18,5 zayıf, ≥18,5 – 24,9 normal, ≥25,0 – 29,9 hafif şişman ve ≥30,0 şişman olarak sınıflandırılmıştır (WHO, 2015). Bazı istatistiksel analizler, BKİ değeri <18,5 zayıf, ≥18,5 – 24,9 normal, ≥25 şişman olmak üzere üç grupta toplanıp, yapılmıştır.

### 2.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Science (SPSS) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların öğrenci veya çalışan hemşire olmaları değişken olarak alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık; p<0,05, p<0,01 ve p<0,001 düzeylerinde değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler için sayı ve yüzde dağılımı, kategorik veriler arasında anlamlı ilişkinin olup olmadığını belirlemek için Ki-Kare anlamlılık testi; örneklem sayısının yetersiz olması sonucu Ki-Kare anlamlılık testinin uygulanmadığı durumlarda Fisher's Exact Ki-Kare testi uygulanmıştır. Katılımcıların antropometrik ölçüm değerleri, kilofobi, obez bireylere yaklaşım ve obez bireyler hakkındaki inanç puanlarının değerlendirilmesinde dağılımların normallik durumuna bağlı olarak, normal dağılım gösteren bağımsız iki grubun ortalamaları karşılaştırılırken t-testi, normal dağılım gösteren bağımsız ikiden fazla grupların ortalama değerleri karşılaştırılırken One-Way Anova testi uygulanmıştır. Vücut ağırlığı, BKİ, Kilofobi Ölçek puanı, Obez Bireylere Yaklaşım Ölçeği puanı ve Obez Bireyler Hakkındaki İnançlar Ölçeği puanı arasında korelasyon olup olmadığına



bakılmıştır. Korelasyon analizi yapılırken verilerin dağılımlarının normallik durumuna göre vücut ağırlığı ve BKİ ile ilgili korelasyonlarda spearman korelasyon testi, ölçeklerden alınan puanların birbirleri ile olan ilişkisinin değerlendirilmesinde pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde güven aralığı %95,0 kabul edilmiştir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004; Bayram, 2009).



### 3. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelik bölümünde okuyan 4. sınıf öğrencileri ve çalışan hemşirelerin beslenme alışkanlıkları ve obez bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesine yönelik veriler yer almaktadır.

#### 3.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Öğrenci ve çalışan hemşirelerin demografik bilgileri Çizelge 3.1.'de verilmiştir. Çalışmaya 190 hemşirelik bölümü öğrencisi ve 189 çalışan hemşire dahil edilmiştir. Ortalama yaş, hemşirelik bölümü öğrencilerinde  $21,9 \pm 1,1$  yıl, çalışan hemşirelerde  $34,7 \pm 8,3$  yıldır. Öğrencilerin %99,5'i 19-24, çalışanların %48,2'si 35 yaş ve üzerinde, %40,7'si 25-34 yaş arasındadır. Öğrencilerin %11,6'sı, çalışanların %38,1'i sigara içtiğini; öğrencilerin %45,3'ü, çalışanların %38,1'i ailesinde şişman birey bulunduğunu belirtmişlerdir.

Çizelge 3.1. Öğrenci ve çalışan hemşirelerin demografik özellikleri

Demografik özellikler	Öğrenciler (n:190)		Hemşireler (n:189)	
	S	%	S	%
<b>Yaş (yıl)</b>				
19-24	189	99,5	21	11,1
25-34	1	0,5	77	40,7
35 ve üzeri	-	-	91	48,2
<b>Kardeş sayısı</b>				
1-2	64	33,7	42	22,2
3	67	35,2	75	39,7
4 ve üzeri	59	31,1	72	38,1
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
İçmeyen	168	88,4	117	61,9
İçen	22	11,6	72	38,1
<b>Ailede şişman birey bulunma durumu</b>				
Olan	104	54,7	111	58,7
Olmayan	86	45,3	78	41,3

Çizelge 3.2.'de öğrencilere ilişkin demografik özellikler verilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin %45,3'ü ilkokul mezunudur. Annelerin büyük çoğunluğu (%83,1) ev hanımıdır. Öğrencilerin babalarının %27,9'unun ilkokul mezunu %27,4'ü lise ve dengi okul mezunudur. Babaların %34,7'si emeklidir. Öğrencilerin %48,5'i yurttan, %26,8'i ailesi ile beraber ve %22,6'ı arkadaşları ile evde kalmaktadır.

**Çizelge 3.2.** Öğrencilere ilişkin demografik özellikler

Demografik özellikler	Öğrenciler (n:190)	
	S	%
<b>Annenin eğitim durumu</b>		
İlkokul mezunu	86	45,3
Lise ve dengi okul mezunu	32	16,8
Ortaokul mezunu	26	13,7
Okur-yazar	18	9,5
Okur-yazar değil	15	7,9
Yüksekokul/Üniversite	13	6,8
<b>Annenin mesleği</b>		
Çalışmıyor-Ev hanımı	158	83,1
Serbest meslek	11	5,8
İşçi	8	4,2
Emekli	7	3,7
Memur	6	3,2
<b>Babanın eğitim durumu</b>		
İlkokul mezunu	53	27,8
Lise ve dengi okul mezunu	52	27,4
Ortaokul mezunu	38	20,0
Yüksekokul/Üniversite	33	17,4
Okur-yazar	10	5,3
Okur-yazar değil	4	2,1
<b>Babanın mesleği</b>		
Emekli	66	34,7
Serbest meslek	44	23,2
Memur	42	22,1
İşçi	35	18,4
Çalışmıyor	3	1,6
<b>Kalınan yer</b>		
Yurt	92	48,5
Aile ile beraber	51	26,8
Arkadaşları ile evde	43	22,6
Bir yakınının yanı (Akraba yanı)	4	2,1

Çizelge 3.3.'te hemşirelere ilişkin demografik özellikler verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %60,3'ü evli, %39,7'si bekaardır. Hemşireler en çok çocuk cerrahi (%28,6), yoğun bakım (%20,1) ve çocuk kliniğinde (%19,0) çalışmaktadır. Hemşirelerin ortalama çalışma süresi 13,03±9,53 yıl olup %35,4'ü 0-5 yıl, %29,6'sı 20 yıldan fazla süredir hemşire olarak çalıştığını belirtmiştir. Yüzde 76,2'si lisans mezunu olan hemşirelerin %55,6'sının gündüz, %44,4'ünün gece ve gündüz çalıştığı görülmektedir.

**Çizelge 3.3.** Hemşirelere ilişkin demografik özellikler

Demografik özellikler	Hemşireler (n:189)	
	S	%
<b>Medeni durum</b>		
Evli	114	60,3
Bekar	75	39,7
<b>Çalıştığı birim</b>		
Çocuk cerrahi	54	28,6
Yoğun bakım	38	20,1
Çocuk klinik	36	19,0
Acil servis	24	12,7
Çocuk servis	18	9,5
Ruh hastalıkları	10	5,3
Enfeksiyon	9	4,8
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>		
0-5	67	35,4
6-10	30	15,9
11-15	10	5,3
16-20	26	13,8
20 yıldan fazla	56	29,6
<b>Çalışma saatleri</b>		
Gündüz vardiya (8 saat)	105	55,6
Gece + Gündüz vardiya	84	44,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lisans	144	76,2
Ön lisans	27	14,3
Sağlık meslek lisesi	12	6,3
Yüksek lisans	3	1,6
Doktora	3	1,6

### 3.2 Bazı Beslenme Alışkanlıkları

Günde üç ana öğün tüketen hemşirelik bölümü öğrencilerinin sıklığı %71,1, çalışan hemşirelerin %73,0; düzenli olarak kahvaltı yapma sıklığı öğrenciler için %58,4, çalışan hemşireler için %65,1 olarak saptanmış olup; öğrencilerin %53,2'sinin ve çalışan hemşirelerin %47,2'sinin günde iki ara öğün tükettiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.4.'te öğrenci ve çalışan hemşirelerin öğün atlama durumları ile ilgili bilgiler verilmiştir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %48,4'ünün bazen, çalışan hemşirelerin %42,9'unun her zaman, %41,2'sinin bazen öğün atladığı bulunmuştur. En çok atlanan öğün öğrenciler arasında öğle yemeği (%43,0), çalışan hemşireler arasında ara öğünlerdir (%41,5).

**Çizelge 3.4.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin öğün atlama durumları ile ilgili bilgiler

Öğün	Öğrenciler (n:190)		Hemşireler (n:189)	
	S	%	S	%
Atlayan	73	38,4	81	42,9
Atlamayan	25	13,2	30	15,9
Bazen atlayan	92	48,4	78	41,2
<b>Atlanan Öğün</b>	<b>(n:165)</b>		<b>(n:159)</b>	
Kahvaltı	58	35,2	39	24,5
Öğle yemeği	71	43,0	42	26,5
Akşam yemeği	7	4,2	12	7,5
Ara öğünler	29	17,6	66	41,5

Çizelge 3.5.'te öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları verilmiştir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %54,7'sinin, çalışan hemşirelerin %54,0'ının uyumadan önce yemek yedikleri saptanmış olup; uyumadan önce öğrenciler en çok sırasıyla bisküvi, kek vb. (%36,5), meyve (%32,7) ve süt-ayran-yoğurt (%23,1), çalışan hemşirelerin ise sırasıyla meyve (%41,2), bisküvi, kek vb. (%32,4) ve süt-ayran-yoğurt (%23,5) tükettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %74,2'si, çalışan hemşirelerin %54,0'ü dışarıda yemek yediğini belirtmiştir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %92,1'i, çalışan hemşirelerin %85,7'si günde 5 porsiyon

meyve-sebze tüketmediğini; öğrencilerin %65,3'ü, çalışan hemşirelerin %63,5'i her gün 3 porsiyondan daha az miktarda süt ve süt ürünleri tükettiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %22,1'i, çalışan hemşirelerin %33,3'ü yemeklerin tadına bakmadan tuz eklemekte olup; öğrencilerin %41,1'i, çalışan hemşirelerin %54,0'ü yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %32,1'i, çalışan hemşirelerin ise %49,2'si beslenme eğitimi almak istediklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %35,3'ü, çalışan hemşirelerin %39,7'si düzenli olarak fiziksel aktivite yapmaktadır

**Çizelge 3.5.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları

	Öğrenciler (n:190)		Hemşireler (n:189)	
	S	%	S	%
<b>Uyumadan önce yemek yeme durumu</b>				
Yemek yiyen	104	54,7	102	54,0
Yemek yemeyen	86	45,3	87	46,0
<b>Uyumadan önce tüketilen besin</b>				
Meyve	34	32,7	42	41,2
Bisküvi, kek vb.	38	36,5	33	32,4
Süt-ayran-yoğurt	24	23,1	24	23,5
Kuruyemiş	8	7,7	3	2,9
<b>Dışarıda yemek yeme durumu</b>				
Yemek yiyen	141	74,2	102	54,0
Yemek yemeyen	49	25,8	87	46,0
<b>Her gün 5 porsiyon meyve-sebze tüketme durumu</b>				
Tüketen	15	7,9	27	14,3
Tüketmeyen	175	92,1	162	85,7
<b>Her gün 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketme durumu</b>				
Tüketen	66	34,7	69	36,5
Tüketmeyen	124	65,3	120	63,5
<b>Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme durumu</b>				
Ekleyen	42	22,1	63	33,3
Eklemeyen	148	77,9	126	66,7
<b>Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumu</b>				
Düşünen	78	41,1	102	54,0
Düşünmeyen	112	58,9	87	46,0
<b>Beslenme eğitimi</b>				
Almak isteyen	61	32,1	93	49,2
Almak istemeyen	80	42,1	69	36,5
Daha önce alan	49	25,8	27	14,3

*Çizelge 3.5.'in devamı*

<b>Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu</b>				
Yapan	67	35,3	75	39,7
Yapmayan	123	64,7	114	60,3

Çizelge 3.6.'da öğrenci ve çalışan hemşirelerin vitamin-mineral destekleri kullanım durumları ve kullanılan desteklere ilişkin bilgiler verilmiştir. Öğrencilerin %32,1'i hemşirelerin %33,3'ü, vitamin mineral desteği kullanmakta olup; her iki grupta da vitamin-mineral desteği kullananların birinci sırada demir (öğrenciler %36,1, hemşireler %47,6), ikinci sırada B kompleks vitaminlerini (öğrenciler %27,9, hemşireler %23,8) kullandıkları saptanmıştır.

**Çizelge 3.6.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin vitamin mineral destekleri kullanım durumları

	<b>Öğrenciler (n:190)</b>		<b>Hemşireler (n:189)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Vitamin mineral desteği</b>				
Kullanan	61	32,1	63	33,3
Kullanmayan	129	67,9	126	66,7
<b>Kullanılan destek</b>				
	<b>(n:61)</b>		<b>(n:63)</b>	
Demir	22	36,0	30	47,6
B kompleks vitamini	17	27,8	15	23,7
Multivitamin	10	16,4	3	4,8
Multivitamin-mineral	4	6,6	9	14,3
Kalsiyum	4	6,6	3	4,8
Folik asit	4	6,6	3	4,8

### 3.3. Antropometrik Ölçümlere İlişkin Veriler

Katılımcıların ortalama boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri sırasıyla öğrenciler için 165,9±6,9 cm, 61,1±12,1 kg ve 22,1±3,7 kg/m<sup>2</sup>; çalışan hemşireler için 162,5±5,9 cm, 63,2±11,5 kg ve 23,9±4,1 kg/m<sup>2</sup>'dir.

Bu çalışmada öğrenci ve çalışan hemşirelerin hem vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ölçülmüş, hem de bu değerler kendilerine sorulmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelik bölümü öğrencileri ve çalışan hemşirelerin antropometrik ölçümlerine ait alt değer (alt), üst değer (üst), ortalama ve standart sapma değerleri ( $\bar{X} \pm SS$ ) Çizelge 3.7.'de gösterilmiştir. Beyan edilen boy uzunlukları öğrencilerde benzer iken, hemşirelerde daha yüksek; vücut ağırlıklarında ölçülene göre daha fazla olarak belirtilmiştir. BKİ'leride buna bağlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ).





**Çizelge 3.7.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen ve beyan edilen ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerleri

	Öğrenciler (n:190)			Beyan Edilen Değerler			t-testi	p
	Ölçülen Değerler			Beyan Edilen Değerler				
<b>Antropometrik ölçümler</b>	Min	Max	( $\bar{X}\pm SS$ )	Min	Max	( $\bar{X}\pm SS$ )		
Boy Uzunluğu (cm)	152,0	176,0	165,9 $\pm$ 6,9	143,0	191,0	165,9 $\pm$ 6,9	0,527	0,599
Vücut Ağırlığı (kg)	41,0	92,0	61,1 $\pm$ 12,1	37,0	106,0	60,6 $\pm$ 12,0	-7,852	0,000*
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	16,9	34,8	22,1 $\pm$ 3,7	16,0	40,6	21,9 $\pm$ 3,6	-6,311	0,000*
<b>Hemşireler (n:189)</b>								
	Ölçülen Değerler			Beyan Edilen Değerler				
Boy Uzunluğu (cm)	144,0	180,0	162,5 $\pm$ 5,9	151,0	177,0	163,0 $\pm$ 5,9	8,477	0,000*
Ölçülen Vücut Ağırlığı (kg)	38,1	109,0	63,2 $\pm$ 11,5	41,4	92,4	62,9 $\pm$ 11,6	-6,716	0,000*
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	16,3	41,3	23,9 $\pm$ 4,1	17,0	34,9	23,6 $\pm$ 4,1	-12,191	0,000*

\*p<0,001

Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen ve beyan edilen BKİ sınıflamaları Çizelge 3.8.'de gösterilmiştir. Öğrencilerin %68,4'ünün; çalışan hemşirelerin ise %55,0'inin BKİ'si normal aralıkta olup; öğrencilerin %15,8'i zayıf, %12,1'i hafif şişman ve %3,7'si şişman; hemşirelerin ise %24,9'u hafif şişman, %9,5'i şişman ve %10,6'sı zayıftır.

**Çizelge 3.8.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen ve beyan edilen BKİ'lerine göre dağılımları

	Ölçülen BKİ		Beyan Edilen BKİ	
	S	%	S	%
<b>Öğrenci (n: 190)</b>				
Zayıf	30	15,8	30	15,7
Normal	130	68,4	133	70,0
Hafif şişman	23	12,1	21	11,1
Şişman	7	3,7	6	3,2
$\chi^2 = 19,607, p=0,000^*$				
<b>Hemşireler (n:189)</b>				
Zayıf	20	10,6	21	11,1
Normal	104	55,0	105	55,6
Hafif şişman	47	24,9	45	23,8
Şişman	18	9,5	18	9,5
$\chi^2 = 17,955, p=0,000^*$				

\*p<0,001

Çizelge 3.9.'da öğrenci ve çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumları ve ailede şişman birey olma durumları BKİ gruplarına göre verilmiştir. Şişmanların %33,7'si, zayıfların %22,0'si ve normal vücut ağırlığındakilerin %21,8'i sigara içmekte olup şişmanların %72,6'sının, normal vücut ağırlığındakilerin %53,4'ünün ve zayıfların %42,0'sinin ailesinde şişman birey bulunduğu belirlenmiştir. Ailede şişman birey bulunmasına göre BKİ'dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiş olup (p<0,01); sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

**Çizelge 3.9.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin sigara kullanma ve ailede şişman birey bulunma durumlarının BKİ gruplarına göre dağılımları

	<b>BKİ Gruplaması</b>					
	<b>Zayıf (n:50)</b>		<b>Normal (n:234)</b>		<b>Şişman<sup>#</sup> (n:95)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Sigara kullanma durumu</b>						
İçen	11	22,0	51	21,8	32	33,7
İçmeyen	39	78,0	183	78,2	63	66,3
$\chi^2 = 5,364, p= 0,68$						
<b>Ailede şişman birey bulunma durumu</b>						
Olan	21	42,0	125	53,4	69	72,6
Olmayan	29	58,0	109	46,6	26	27,4
$\chi^2 = 15,251, p= 0,000^*$						

\*p<0,001 <sup>#</sup>BKİ≥25,0 kg/m<sup>2</sup>

Çizelge 3.10'da öğrencilerin kaldıkları yerlerin BKİ'lerine göre dağılımları verilmiştir. Çalışma katılan öğrencilerden BKİ gruplamasına göre şişman olanların %36,7'si arkadaşları ile evde, zayıfların %56,7'si yurttan ve normal vücut ağırlığında olanların ise %50,8'i yurttan kalmaktadır.

**Çizelge 3.10.** Öğrencilerin kaldıkları yerlerin BKİ'lerine göre dağılımları

	<b>BKİ Gruplaması</b>					
	<b>Zayıf (n:30)</b>		<b>Normal (n:130)</b>		<b>Şişman<sup>#</sup> (n:30)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Öğrencilerin kaldıkları yerler</b>						
Yurttan	17	56,7	66	50,8	9	30,0
Ailesi ile birlikte	6	20,0	35	26,9	10	33,3
Arkadaşları ile evde	7	23,3	25	19,2	11	36,7
Yakınının yanında	-	-	4	3,1	-	-
$\chi^2 = 8,794, p= 0,85$						

<sup>#</sup>BKİ≥25,0 kg/m<sup>2</sup>

Çizelge 3.11.'de çalışan hemşirelerin gün içerisindeki vardiya saatlerine göre BKİ ortalamaları ve BKİ'lerine göre dağılımları verilmiştir. Gündüz vardiyasında

çalışan hemşirelerin ortalama BKİ değeri  $25,5 \pm 4,2$  kg/m<sup>2</sup>, gece ve gündüz vardiyalarında çalışan hemşirelerin ise  $22,0 \pm 3,0$  kg/m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır.

**Çizelge 3.11.** Çalışan hemşirelerin gün içerisindeki vardiya saatlerine göre BKİ ortalamaları ve BKİ'lerine göre dağılımları

	BKİ		(X̄±SS)	t-testi değeri	p değeri	
	Min	Max				
<b>Vardiya Saatleri</b>						
Gündüz	24,6	26,3	25,5±4,2	<b>8,021</b>	<b>0,000*</b>	
Gece ve gündüz	21,4	22,7	22,0±3,0			
<b>BKİ Gruplaması</b>						
Vardiya Saatleri	Zayıf (n:20)		Normal (n:104)		Şişman# (n:65)	
	S	%	S	%	S	%
Gündüz	4	20,0	53	51,0	48	73,8
Gece ve Gündüz	16	80,0	51	49,0	17	26,2
$\chi^2 = 19,936, p = 0,000*$						

\*p<0,001 #BKİ≥25,0 kg/m<sup>2</sup>

Çizelge 3.12.'de öğrencilerin ve çalışan hemşirelerin öğün atlama alışkanlıklarının BKİ'ye göre dağılımları yer almaktadır. Şişmanların %38,9'u bazen, %34,8'si her zaman, normal vücut ağırlığındakilerin %46,5'si bazen, %43,2'si her zaman ve zayıfların %48,0'i bazen, %40,0'ı her zaman öğün atladıklarını; şişmanların %26,3'ü, zayıfların %12,0'si ve normal vücut ağırlığındakilerin %10,3'ü öğün atlamadıklarını belirtmişlerdir. Şişmanların en çok sırasıyla öğle yemeğini (%38,5), ara öğünleri (%32,9) ve kahvaltıyı (%25,7); normal vücut ağırlığındakilerin en çok sırasıyla öğle yemeğini (%35,3), kahvaltıyı (%29,5), ara öğünleri (%27,6); zayıfların en çok sırasıyla kahvaltı (%38,6), ara öğünler (%31,8) ve öğle yemeğini (%27,3) atladıkları gözlenmiştir. Katılımcıların BKİ'lerine göre dağılımları ve öğün atlama durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01), atladıkları öğünler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

**Çizelge 3.12.** Öğrencilerin ve çalışan hemşirelerin öğün atlama alışkanlıklarının BKİ'ye göre dağılımları

	BKİ Gruplaması					
	Zayıf (n:50)		Normal (n:234)		Şişman (n:95) <sup>#</sup>	
	S	%	S	%	S	%
<b>Öğün atlama durumu</b>						
Bazen atlayan	24	48,0	109	46,5	37	38,9
Atlaman	20	40,0	101	43,2	33	34,8
Atlamayan	6	12,0	24	10,3	25	26,3
$\chi^2 = 14,450, p= 0,006^*$						
<b>Atlanan Öğün</b>	<b>(n:44)</b>		<b>(n:210)</b>		<b>(n:70)</b>	
Kahvaltı	17	38,6	62	29,5	18	25,7
Öğle yemeği	12	27,3	74	35,3	27	38,5
Akşam yemeği	1	2,3	16	7,6	2	2,9
Ara öğünler	14	31,8	58	27,6	23	32,9
$\chi^2 = 6,302, p= 0,390$						

\*p<0,05 <sup>#</sup>BKİ≥25,0 kg/m<sup>2</sup>

### 3.4 Kilofobi Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Kilofobi Ölçeği her bir soru bir olumlu, bir olumsuz olmak üzere ikişer ifade içeren toplamda 14 sorudan oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iki ucunda yer alan yargılara 1 ile 5 arasında puan verilir. 1 ve 2 tablonun sağ tarafında yer alan, 4 ve 5 tablonun sol tarafında yer alan yargılara katılma düzeyini; 3 ilgili yargılara yönelik nötr düşünceyi ifade etmektedir. 1, 2'ye göre ve 5, 4'e göre ilgili yargıya daha kuvvetli katılımı göstermektedir.

Çizelge 3.13.'te hemşirelik bölümü öğrencilerinin Kilofobi Ölçeği'ne verdiği yanıtlara ilişkin veriler yer almaktadır. Hemşirelik bölümü öğrencileri %79,5'si obezlerin çok yemek yediği, %71,5'i yavaş, %67,9'u vücudunun şekilsiz, %64,2'si iradelerinin zayıf olduğunu, %60,0'ı rahatlarına düşkün, % 55,7'si tembel, %50,0'si dayanıksız ve %49,0'u isteksiz olduğu yönünde olumsuz görüşlere sahiptir.

Çizelge 3.13. Öğrencilerin Kilofobi Ölçeği'ne verdiği yanıtlar

	5*		4*		3*		2*		1*		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
<b>Tembel</b>	55	28,9	51	26,8	68	35,9	11	5,8	5	2,6	<b>Çalışkan</b>
<b>İstekli</b>	7	3,7	21	11,1	69	36,2	59	31,1	34	17,9	<b>İsteksiz</b>
<b>Çekici</b>	6	3,2	16	8,4	45	23,7	75	39,4	48	25,3	<b>Çekici değil</b>
<b>Kuvvetli irade</b>	7	3,7	21	11,1	40	21,0	62	32,6	60	31,6	<b>Zayıf irade</b>
<b>Hızlı</b>	3	1,6	18	9,5	33	17,4	75	39,4	61	32,1	<b>Yavaş</b>
<b>Dayanıklı</b>	7	3,7	31	16,3	57	30,0	55	28,9	40	21,1	<b>Dayanaksız</b>
<b>Hareketli</b>	4	2,1	12	6,3	38	20,0	66	34,7	70	36,7	<b>Hareketsiz</b>
<b>Duygusal</b>	43	22,6	47	24,7	67	35,3	18	9,5	15	7,9	<b>Duygusuz</b>
<b>Rahatına düşkün</b>	63	33,2	51	26,8	53	27,9	15	7,9	8	4,2	<b>Fedakar</b>
<b>Yemeği sevmez</b>	3	1,6	9	4,7	27	14,2	51	26,8	100	52,7	<b>Yemeği sever</b>
<b>Şekilsiz (vücudu)</b>	69	36,3	60	31,6	40	21,1	12	6,3	9	4,7	<b>Düzgün (vücudu)</b>
<b>Az yer</b>	-	-	8	4,2	41	21,6	49	25,8	92	48,4	<b>Çok yer</b>
<b>Endişeli</b>	44	23,2	45	23,7	82	43,1	11	5,8	8	4,2	<b>Güvenli</b>
<b>Düşük özsaygı</b>	44	23,2	61	32,1	71	37,3	8	4,2	6	3,2	<b>Yüksek özsaygı</b>

\*1-2 tablonun sağ tarafında yer alan, 4-5 tablonun sol tarafında yer alan yargılara katılma düzeyini; 3 ilgili yargılara yönelik nötr düşüncüyü ifade etmektedir. 1, 2'ye göre ve 5, 4'e göre ilgili yargıya daha kuvvetli katılımı göstermektedir.

Çizelge 3.14.'te çalışan hemirelerin Kilofobi Ölçeğine verdiği yanıtlara ilişkin veriler yer almaktadır. Çalışan hemşirelerin %89,4'ü obezlerin yemek yemeği sevdiğini, %84,1'i vücutlarının şekilsiz, %82,5'i yavaş olduğunu, %77,7'si çekici olmadıklarını, %90,4'ü obezlerin çok yemek yediğini, %77,7'si hareketsiz, %73,0'ü özsayılarının düşük, %69,5'i iradesinin zayıf, %68,4'ü rahatına düşkün, %63,5'i isteksiz, %57,2'si duygusal, %53,9'u endişeli, %52,3'ü tembel ve %50,8'i dayanıksız olduğu yönünde olumsuz görüşlere sahiptir.



**Çizelge 3.14.** Çalışan hemşirelerin Kilofobi Ölçeği'ne verdiği yanıtlar

	5*		4*		3*		2*		1*		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
<b>Tembel</b>	66	34,8	33	17,5	75	39,7	6	3,2	9	4,8	<b>Çalışkan</b>
<b>İstekli</b>	6	3,2	12	6,3	51	27,0	63	33,3	57	30,2	<b>İsteksiz</b>
<b>Çekici</b>	3	1,6	9	4,8	30	15,9	45	23,8	102	53,9	<b>Çekici değil</b>
<b>Kuvvetli irade</b>	12	6,3	6	3,2	36	19,0	48	25,4	87	46,1	<b>Zayıf irade</b>
<b>Hızlı</b>	3	1,6	3	1,6	27	14,3	57	30,2	99	52,3	<b>Yavaş</b>
<b>Dayanıklı</b>	18	9,5	18	9,5	57	30,2	42	22,2	54	28,6	<b>Dayanıksız</b>
<b>Hareketli</b>	6	3,2	9	4,8	27	14,3	69	36,5	78	41,2	<b>Hareketsiz</b>
<b>Duygusal</b>	51	27,0	57	30,2	63	33,2	9	4,8	9	4,8	<b>Duygusuz</b>
<b>Rahatına düşkün</b>	72	38,2	57	30,2	45	23,8	12	6,3	3	1,6	<b>Fedakar</b>
<b>Yemeği sevmez</b>	9	4,8	6	3,2	3	1,6	18	9,5	153	80,9	<b>Yemeği sever</b>
<b>Şekilsiz (vücudu)</b>	129	68,2	30	15,9	27	14,3	-	-	3	1,6	<b>Düzgün (vücudu)</b>
<b>Az yer</b>	-	-	12	6,3	30	15,9	30	15,9	117	61,9	<b>Çok yer</b>
<b>Endişeli</b>	39	20,6	63	33,3	81	42,9	6	3,2	-	-	<b>Güvenli</b>
<b>Düşük özsaygı</b>	51	27,0	87	46,0	39	20,6	9	4,8	3	1,6	<b>Yüksek özsaygı</b>

\*1-2 tablonun sağ tarafında yer alan, 4-5 tablonun sol tarafında yer alan yargılara katılma düzeyini; 3 ilgili yargılara yönelik nötr düşünciyi ifade etmektedir. 1, 2'ye göre ve 5, 4'e göre ilgili yargıya daha kuvvetli katılımı göstermektedir.



Çizelge 3.15.'te hemşirelik bölümü öğrencileri ve çalışan hemşirelerin kilofobi ölçeğinden aldığı puanların minimum-maksimum ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça obez bireylere karşı tutum olumsuz yönde eğilim göstermektedir. Öğrencilerin kilofobi ölçeğinden aldıkları ortalama puanları  $3,7\pm 0,51$ , çalışan hemşirelerin  $3,91\pm 0,44$  olup öğrenciler ve çalışan hemşirelerin aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Çizelge 3.15.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin Kilofobi Ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Alt	Üst	( $\bar{X}\pm SS$ )	t-testi	p
<b>Kilofobi ölçek skoru</b>					
Öğrenciler (n= 190)	2,07	4,86	$3,7\pm 0,51$		
Hemşireler (n=189)	2,57	4,71	$3,91\pm 0,44$	<b>5,795</b>	<b>0,000*</b>
<b>Toplam (n=379)</b>	2,07	4,86	$3,81\pm 0,49$		

\* $p<0,001$

Çizelge 3.16.'da öğrencilerin ve çalışan hemşirelerin kilofobi düzeyinin düşük, normal ve yüksek olma durumuna göre dağılımları verilmiştir. Öğrencilerin %99,0'u, çalışan hemşirelerin tamamı yüksek kilofobi düzeyine sahiptir.

**Çizelge 3.16.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin kilofobi düzeyleri

	Öğrenciler (n:190)		Hemşireler (n:189)	
	S	%	S	%
<b>Kilofobi düzeyi</b>				
Düşük (<2,5 puan)	1	0,5	-	-
Normal (2,5 puan)	1	0,5	-	-
Yüksek (>2,5 puan)	188	99,0	189	100,0

Çizelge 3.17.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin ailede şişman birey olma durumunun kilofobi düzeylerine göre dağılımı verilmiştir. Kilofobi düzeyi yüksek olanların %57,8'inin ailesinde şişman birey bulunduğu saptanmıştır.

**Çizelge 3.17.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ailede şişman birey bulunma durumunun kilofobi düzeylerine göre dağılımı

	Kilofobi Düzeyi					
	Düşük		Normal		Yüksek	
	(n: 16)		(n:15)		(n: 348)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Ailede obez birey bulunma durumu</b>						
Olan	8	50,0	6	40,0	201	57,8
Olmayan	8	50,0	9	60,0	147	42,2
$\chi^2 = 2,156, p= 0,340$						

Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve fiziksel aktivite yapma durumlarının kilofobi düzeylerine göre dağılımları değerlendirilmiş olup hem öğrencilerin hemde çalışan hemşirelerin tamamına yakınının kilofobi düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle veriler değerlendirilirken kilofobi düzeyine göre gruplandırma yapılmamıştır. Kilofobi düzeyi yüksek olan öğrenci ve çalışan hemşirelerin %85,4'ünün öğün atladığı, %11,1'inin günde 5 porsiyon meyve-sebze, %35,8'inin günde 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tükettiği, %27,6'sının yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediği, %63,9'unun dışarıda yemek yediği, %54,1'inin uyumadan önce yemek yediği ve %62,9'sunun düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.18.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin ortalama Kilofobi puanlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Hem öğrencilerde hemde çalışan hemşirelerde ortalama kilofobi puanı BKİ gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yüksek BKİ değerine sahip olan bireylerin ortalama kilofobi puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaş gruplarına göre ortalama kilofobi puanlarına bakıldığında ise çalışan hemşirelerin kilofobi puanlarının çalışma yaşamlarının ilk yıllarında arttığı ilerleyen yıllarında azaldığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin tamamına yakını 19-24 yaş grubu aralığında olduğu için istatistiksel değerlendirilmeye alınmamıştır.



**Çizelge 3.18.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ortalama Kilofobi puanlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı

Ortalama Kilofobi Puanı	BKİ Gruplaması									p	Farklılık <sup>a</sup>
	Zayıf <sup>1</sup> (n:50)			Normal <sup>2</sup> (n:234)			Şişman <sup>3,#</sup> (n:95)				
	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )		
<b>Öğrenciler</b>	2,57	4,57	3,78 ± 0,51	2,57	4,86	3,73 ± 0,49	2,07	4,29	3,51 ± 0,56	0,045**	<b>1-3</b>
<b>Çalışan hemşireler</b>	3,64	4,57	4,30 ± 0,33	3,00	4,71	3,87 ± 0,34	2,57	4,57	3,85 ± 0,53	0,034**	<b>2-3</b>
										0,000*	<b>1-2</b>
										0,000*	<b>1-3</b>
Yaş Grupları (yıl)											
	19-24 <sup>1</sup> (n: 210)			25-34 <sup>2</sup> (n: 78)			≥35 <sup>3</sup> (n: 91)			p	Farklılık <sup>a</sup>
	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )		
<b>Öğrenciler</b>	2,07	4,86	3,70 ± 0,51	4,07	4,07	4,07	-	-	-		
<b>Çalışan hemşireler</b>	3,14	4,29	3,73 ± 0,35	3,29	4,71	4,04 ± 0,34	2,57	4,57	3,84 ± 0,49	0,003**	<b>1-2</b>
										0,003**	<b>2-3</b>

\*p<0,001 \*\*p<0,05 <sup>a</sup>One-Way Anova Testi #BKİ≥25,0 kg/m<sup>2</sup>

### 3.5. Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği, obez bireyler hakkında 20 adet yargıdan oluşan 6'lı likert tipi bir ölçektir. Verilen yargılara katılma durumuna göre -3 ile +3 arasında puan verilmektedir. Her bir yargıya verilen puan toplanarak ölçekten alınan toplam puan hesaplanır. Toplam puanın yükselmesi obez bireylere karşı olumlu yönde yaklaşımı göstermektedir.

Çizelge 3.19.'da hemşirelik bölümü öğrencilerinin, Çizelge 3.20.'de çalışan hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'ne verdiği yanıtların dağılımları verilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %66,9'u "Obez insanlar obez olmayanlar kadar mutludur" yargısına katılırken; %23,2'si "Çoğu obez insan kendini diğer insanlar kadar iyi hissetmez" yargısına katılmaktadır. "Çoğu obez insan diğer insanlardan daha bilinçlidir" yargısına olumlu yaklaşan öğrencilerin oranı %53,7'dir. Öğrencilerin %72,1'i çalışan obez insanların diğer çalışanlar kadar başarılı olamayacağını; %37,3'ü obez olmayan insanların çoğu obez insanlarla evlenmek istemeyeceğini; %36,9'u aşırı obez insanların genellikle düzensiz olduğunu; %54,8'i obez insanların genelde sosyal olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

**Çizelge 3.19.** Öğrencilerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'ne verdiği yanıtlar

	-3*		-2*		-1*		1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
<b>Yargılar</b>												
Obez insanlar obez olmayanlar kadar mutludur.	17	8,9	23	12,1	23	12,1	19	10,0	68	35,9	40	21,0
Çoğu obez insan kendini diğer insanlar kadar iyi hissetmez.	39	20,5	62	32,6	45	23,7	12	6,3	22	11,6	10	5,3
Çoğu obez insan diğer insanlardan daha bilinçlidir.	19	10,0	32	16,8	37	19,5	37	19,5	37	19,5	28	14,7
Çalışan obez insanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamaz.	11	5,8	24	12,6	18	9,5	31	16,3	35	18,4	71	37,4
Obez olmayan insanların çoğu obez insanlarla evlenmek istemez.	34	17,9	56	29,5	29	15,3	28	14,7	27	14,2	16	8,4
Aşırı obez insanlar genellikle düzensizdir.	33	17,4	61	32,0	26	13,7	29	15,3	19	10,0	22	11,6
Obez insanlar genelde sosyaldır.	11	5,8	41	21,6	34	17,9	44	23,1	49	25,8	11	5,8
Çoğu obez insan halinden memnun değildir.	6	3,2	13	6,8	11	5,8	33	17,4	70	36,8	57	30,0
Obez insanlar en az diğer insanlar kadar kendine güvenir.	12	6,3	28	14,7	25	13,2	47	24,7	58	30,6	20	10,5
Çoğu insan obez insanlarla sosyal bir toplulukta kendini rahat hissetmez.	20	10,5	66	34,8	35	18,4	24	12,6	25	13,2	20	10,5
Obez insanlar diğer insanlara göre daha az agresiftir.	10	5,3	28	14,7	34	17,9	43	22,6	49	25,8	26	13,7
Çoğu obez insan diğer insanlara göre daha farklı kişisel özelliklere sahiptir.	21	11,1	40	21,0	26	13,7	33	17,4	42	22,1	28	14,7
Obez insanların çok az bir kısmı kendi kilosundan utanır.	21	11,1	37	19,5	20	10,5	40	21,1	53	27,8	19	10,0
Çoğu obez insan normal kilolu insanlardan utanır.	18	9,5	46	24,2	46	24,2	26	13,7	32	16,8	22	11,6
Obez insanlar diğer insanlara göre daha duygusaldır.	23	12,1	57	30,0	44	23,2	31	16,3	23	12,1	12	6,3
Obez insanlar normal yaşam için beklenti içinde olmamalıdır.	10	5,3	16	8,4	12	6,3	16	8,4	25	13,2	111	58,4
Obez insanlar en az diğer insanlar kadar sağlıklıdır.	43	22,6	69	36,3	23	12,1	30	15,8	15	7,9	10	5,3
Obez insanlar en az diğer insanlar kadar seksual çekiciliğe sahiptir.	36	18,9	46	24,3	35	18,4	34	17,9	32	16,8	7	3,7
Obez insanlar ailevi probleme sahip olma eğilimindedir.	10	5,3	34	17,9	39	20,5	40	21,0	38	20,0	29	15,3
İnsanın başına gelebilecek en kötü şeylerden biri onun obez olmasıdır.	20	10,5	33	17,4	39	20,5	30	15,8	22	11,6	46	24,2

\*-3, -2, -1 ilgili ifadeye katılmamayı, 1, 2, 3 ilgili ifadeye katılımı ifade etmektedir. -3, -2 ve -1 e göre daha kuvvetli katılmamayı; 3, 2 ve 1'e göre daha kuvvetli katılımı göstermektedir.

“Obez insanlar obez olmayanlar kadar mutludur” yargısına hemşirelerin %65,2’si; “Çoğu obez insan diğer insanlardan daha bilinçlidir” yargısına %70,0’i katılmıştır. Hemşirelerin %69,8’i “Çalışan obez insanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamaz” yargısına katıldıklarını belirtmişlerdir.

Çalışan hemşirelerin %81,0’i çoğu obez insanın halinden memnun olmadığını düşünmektedir. “Obez insanlar en az diğer insanlar kadar kendine güvenir” yargısına çalışmaya katılan hemşirelerin %60,3’ü; “Çoğu insan obez insanlarla sosyal bir toplulukta kendini rahat hissetmez” yargısına %41,3’ü katıldığını belirtmiştir.

Obez insanların diğer insanlara göre daha az agresif olduğunu hemşirelerin %47,6’sı; daha farklı kişisel özelliklere sahip olduğunu %57,1’i; kendi kilosundan utandığını %77,9’i, normal kilolu insanlardan utandığını %36,4’ü, daha duygusal olduğunu %38,1’i düşündüğünü belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %84,1’i “Obez insanlar normal yaşam için beklenti içinde olmamalıdır” yargısına katılmış olup; %74,6’sı “Obez insanlar en az diğer insanlar kadar sağlıklıdır” yargısına; %76,3’ü “Obez insanlar en az diğer insanlar kadar seksual çekiciliğe sahiptir” yargısına katılmamıştır. Hemşirelerin %53,9’u obez insanların ailevi probleme sahip olma eğiliminde olduğunu düşünmektedir.

**Çizelge 3.20.** Hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği'ne verdiği yanıtlar

	-3*		-2*		-1*		1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
<b>Yargılar</b>												
Obez insanlar obez olmayanlar kadar mutludur.	39	20,6	15	7,9	12	6,3	39	20,6	63	33,5	21	11,1
Çoğu obez insan kendini diğer insanlar kadar iyi hissetmez.	42	22,2	87	46,0	27	14,3	9	4,8	18	9,5	6	3,2
Çoğu obez insan diğer insanlardan daha bilinçlidir.	6	3,2	30	15,9	21	11,1	27	14,3	51	27,0	54	28,7
Çalışan obez insanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamaz.	-	-	30	15,9	27	14,3	24	12,7	24	12,7	84	44,4
Obez olmayan insanların çoğu obez insanlarla evlenmek istemez.	60	31,7	63	33,4	18	9,5	6	3,2	21	11,1	21	11,1
Aşırı obez insanlar genellikle düzensizdir.	27	14,3	57	30,3	39	20,6	15	7,9	15	7,9	36	19,0
Obez insanlar genelde sosyaldır.	6	3,2	21	11,1	45	23,8	51	27,0	48	25,4	18	9,5
Çoğu obez insan halinden memnun değildir.	3	1,6	12	6,3	21	11,1	15	7,9	54	28,6	84	44,5
Obez insanlar en az diğer insanlar kadar kendine güvenir.	24	12,7	30	15,9	21	11,1	42	22,2	66	34,9	6	3,2
Çoğu insan obez insanlarla sosyal bir toplulukta kendini rahat hissetmez.	15	7,9	75	39,7	21	11,1	24	12,7	21	11,1	33	17,5
Obez insanlar diğer insanlara göre daha az agresiftir.	15	7,9	36	19,0	48	25,5	27	14,3	24	12,7	39	20,6
Çoğu obez insan diğer insanlara göre daha farklı kişisel özelliklere sahiptir.	15	7,9	42	22,3	24	12,7	33	17,5	36	19,0	39	20,6
Obez insanların çok az bir kısmı kendi kilosundan utanır.	12	6,3	18	9,5	12	6,3	51	27,0	63	33,4	33	17,5
Çoğu obez insan normal kilolu insanlardan utanır.	18	9,5	57	30,3	45	23,8	15	7,9	12	6,3	42	22,2
Obez insanlar diğer insanlara göre daha duygusaldır.	27	14,3	54	28,6	36	19,0	33	17,5	15	7,9	24	12,7
Obez insanlar normal yaşam için beklenti içinde olmamalıdır.	3	1,6	9	4,8	18	9,5	27	14,3	33	17,5	99	52,3
Obez insanlar en az diğer insanlar kadar sağlıklıdır.	87	46,1	36	19,0	18	9,5	21	11,1	18	9,5	9	4,8
Obez insanlar en az diğer insanlar kadar seksual çekiciliğe sahiptir.	72	38,2	42	22,2	30	15,9	18	9,5	15	7,9	12	6,3
Obez insanlar ailevi probleme sahip olma eğilimindedir.	-	-	57	30,2	30	15,9	30	15,9	12	6,3	60	31,7
İnsanın başına gelebilecek en kötü şeylerden biri onun obez olmasıdır.	15	7,9	33	17,5	45	23,9	12	6,3	18	9,5	66	34,9

\*-3, -2, -1 ilgili ifadeye katılmamayı, 1, 2, 3 ilgili ifadeye katılımı ifade etmektedir. -3, -2 ve -1 e göre daha kuvvetli katılmamayı; 3, 2 ve 1'e göre daha kuvvetli katılımı göstermektedir.



Çizelge 3.21.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere yaklaşım puanlarının alt değer, üst değer, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ölçekten alınan puanın fazla olması obez bireylere karşı yaklaşımın olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Örneklem genelinde ölçekten alınan puan  $62,54 \pm 13,39$  olup; öğrencilerin ve hemşirelerin aldıkları puanlar sırasıyla  $62,68 \pm 14,13$  ve  $62,41 \pm 12,64$ 'dir. Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ortalama Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçek puanları arasında anlamlı fark yoktur.

**Çizelge 3.21.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )	t-testi	p
Öğrenciler (n= 190)	38,0	103,0	$62,68 \pm 14,13$		
Hemşireler (n=189)	31,0	96,0	$62,41 \pm 12,64$	1,462	0,842
<b>Toplam (n=379)</b>	31,0	103,0	$62,54 \pm 13,39$		

Çizelge 3.22.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere yaklaşımlarına ilişkin tutumları yer almaktadır. Obez bireylere yaklaşımları pozitif yönde olan öğrencilerin oranı %55,8, hemşirelerin %50,8 olup; hemşirelerin %46,0'sı, öğrencilerin %43,7'si negatif yaklaşıma; hemşirelerin %3,2'si, öğrencilerin %0,5'i nötr bir yaklaşıma sahiptir. Öğrenciler ve hemşirelerin obez bireyleri yaklaşımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 3.22.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı yaklaşımları

	Öğrenciler (n:190)		Hemşireler (n:189)	
	S	%	S	%
<b>Tutum</b>				
Negatif (1-59 puan)	83	43,7	87	46,0
Nötr (60 puan)	1	0,5	6	3,2
Pozitif (61-120 puan)	106	55,8	96	50,8
$\chi^2 = 4,313, p = 0,116$				

Çizelge 3.23.'te öğrenci ve çalışan hemşirelerin ailesinde şişman birey bulunma durumlarının obez bireylere karşı tutumlarına göre dağılımı verilmiştir. Obez bireylere karşı tutumu negatif olanların %54,1'i ailesinde obez birey bulunduğunu ifade etmiştir.

**Çizelge 3.23.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ailede obez birey olma durumlarının obez bireylere karşı tutumlarına göre dağılımı

<b>Obez Bireylere Karşı Yaklaşım</b>						
	<b>Negatif (n:170)</b>		<b>Nötr (n:7)</b>		<b>Pozitif (n: 202)</b>	
<b>Ailede obez birey bulunma durumu</b>						
Olan	92	54,1	7	100,0	116	57,4
Olmayan	78	45,9	-	-	86	42,6
$\chi^2 = 5,852, p= 0,054$						

Çizelge 3.24.'te öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı tutumlarına bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve fiziksel aktivite yapma durumlarının obez bireylere karşı tutumlarına göre dağılımları verilmiştir. Negatif tutumlu öğrenci ve çalışan hemşirelerin %45,9'u bazen, %40,6'sı her zaman öğün atlarken, %89,4'ü her gün 5 porsiyon meyve-sebze, %71,2'si günde 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tükettiğini; %28,2'si yemeklerin tadına bakmadan tuz ekmediğini ifade etmiştir. Negatif tutumu olan katılımcıların %59,4'ünün dışarıda yemek yediği, %60,0'ının uyumadan önce yemek yediği ve %60,6'sının düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır.

**Çizelge 3.24.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarının obez bireylere karşı yaklaşımlarına göre dağılımları

	<b>Obez Bireylere Karşı Yaklaşım</b>					
	<b>Negatif (n:170)</b>		<b>Nötr (n:7)</b>		<b>Pozitif (n: 202)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>S</b>
<b>Öğün atlama durumu</b>						
Atlayan	69	40,6	3	42,9	82	40,6
Atlamayan	23	13,5	-	-	32	15,8
Bazen	78	45,9	4	57,1	88	43,6
$\chi^2 = 1,265^*$ , p= 0,888						
<b>Her gün 5 porsiyon meyve-sebze tüketme durumu</b>						
Tüketen	152	89,4	7	100,0	178	88,1
Tüketmeyen	18	10,6	-	-	24	11,9
$\chi^2 = 1,045$ , p= 0,593						
<b>Her gün 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketme durumu</b>						
Tüketen	121	71,2	4	57,1	119	58,9
Tüketmeyen	49	28,8	3	42,9	83	41,1
$\chi^2 = 6,363^*$ , p= 0,036						
<b>Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme durumu</b>						
Ekleyen	122	71,8	4	57,1	148	73,3
Eklemeyen	48	28,2	3	42,9	54	26,7
$\chi^2 = 0,922$ , p= 0,631						
<b>Dışarıda yemek yeme durumu</b>						
Yemek yiyen	101	59,4	4	57,1	138	68,3
Yemek yemeyen	69	40,6	3	42,9	64	31,7
$\chi^2 = 3,610^*$ , p= 0,191						
<b>Uyumadan önce yemek yeme durumu</b>						
Yemek yiyen	102	60,0	4	57,1	100	49,5
Yemek yemeyen	68	40,0	3	42,9	102	50,5
$\chi^2 = 4,171^*$ , p= 0,123						
<b>Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu</b>						
Yapan	103	60,6	1	14,3	133	65,8
Yapmayan	67	39,4	6	85,7	69	34,2
$\chi^2 = 7,706^*$ , p= 0,016**						

\*Fisher's Exact Ki-kare Testi \*\*p<0,05

Çizelge 3.25.'te öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı tutumlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Hem öğrenci hem de çalışan hemşirelerde şişman olanlar obez bireylere karşı pozitif yaklaşım göstermektedir ( $p>0,05$ ). Çalışan hemşirelerde obez bireylere karşı yaklaşımı negatif olanların oranı 19-24 yaş grubunda %28,6, 25-34 yaş grubunda %57,1 ve 35 yaş ve üzeri grubunda ise %40,7'dir ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin tamamına yakını 19-24 yaş grubunda yer aldığı için istatistiksel olarak değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

**Çizelge 3.25.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı tutumlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı

Obez Bireylere Karşı Tutum	BKİ Gruplaması					
	Zayıf (n:50)		Normal (n:234)		Şişman# (n:95)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Öğrencilerin</b>						
Negatif	8	26,7	62	47,7	13	43,3
Nötr	1	3,3	-	-	-	-
Pozitif	21	70,0	68	52,3	17	56,7
$\chi^2 = 7,968^*$ , $p = 0,065$						
<b>Çalışan Hemşirelerin</b>						
Negatif	10	50,0	50	48,0	27	41,5
Nötr	-	-	6	5,8	-	-
Pozitif	10	50,0	48	46,2	38	58,5
$\chi^2 = 5,537^*$ , $p = 0,204$						
Obez Bireylere Karşı Tutum	Yaş Grupları (yıl)					
	19-24 (n: 210)		25-34 (n: 78)		≥35 (n: 91)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Öğrencilerin</b>						
Negatif	83	43,9	-	-	-	-
Nötr	1	0,5	-	-	-	-
Pozitif	105	55,6	-	-	-	-
<b>Çalışan Hemşirelerin</b>						
Negatif	6	28,6	44	57,1	37	40,7
Nötr	-	-	-	-	6	6,6
Pozitif	15	71,4	33	42,9	48	52,7
$\chi^2 = 11,961^*$ , $p = 0,011^{**}$						

\*Fisher's Exact Ki-kare Testi \*\* $p<0,05$  #BKİ $\geq 25,0$  kg/m<sup>2</sup>

### 3.6. Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği obez bireyler hakkındaki inançlara ilişkin 8 adet yargıdan oluşan 6'lı likert tipi bir ölçektir. Verilen yargılara katılma durumuna göre -3 ile +3 arasında puan verilmektedir. Her bir yargıya verilen puanın toplanarak ölçekten alınan toplam puan hesaplanır ve toplam puanın yükselmesi obez bireyler hakkında inançların olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.26.'de öğrencilerin obez bireyler hakkındaki inançlar ölçeğine verdikleri yanıtlar özetlenmiştir. "Obezite genellikle, sevgi ve ilgi eksikliğini gidermek için yemek yendiğinde ortaya çıkar" ifadesine öğrencilerin %36,4'ü katılıp; %63,6'sı katılmamıştır. Öğrencilerin %90,0'ı birçok durumda obezitenin, biyolojik bir bozukluk olarak ortaya çıktığına; %16,9'u obezitenin genellikle aşırı yemek yemekten kaynaklandığına katıldığını belirtmiştir.

**Çizelge 3.26.** Öğrencilerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'ne verdiği yanıtlar

	-3*		-2*		-1*		1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
<b>Yargılar</b>												
Obezite genellikle, sevgi ve ilgi eksikliğini gidermek için yemek yendiğinde ortaya çıkar.	25	13,2	53	27,8	43	22,6	25	13,2	30	15,8	14	7,4
Birçok durumda obezite, biyolojik bir bozukluk olarak ortaya çıkar.	-	-	10	5,3	9	4,7	30	15,8	94	49,5	47	24,7
Obezite genellikle aşırı yemek yemekten kaynaklanır.	47	24,7	69	36,3	42	22,1	19	10,0	6	3,2	7	3,7
Birçok obez bireyin hareket etmemesi onlar için sorun yaratır.	79	41,7	70	36,8	32	16,8	8	4,2	1	0,5	-	-
Birçok obez birey, obez olmayan bireylere kıyasla daha fazla yemek yer.	55	28,9	85	44,7	26	13,7	12	6,3	10	5,3	2	1,1
Obez bireylerin büyük çoğunluğu yanlış yemek yeme alışkanlıklarına sahiptir.	75	39,5	78	41,0	24	12,6	6	3,2	4	2,1	3	1,6
Obezite nadiren irade eksikliğinden kaynaklanır.	6	3,2	14	7,4	24	12,6	51	26,8	66	34,7	29	15,3
Bazı bireylerin ilaca bağımlı olması gibi, obez bireylerde besinlere bağımlı olabilir. Bu onları genellikle obez hale getirir.	45	23,7	78	41,0	46	24,2	11	5,8	6	3,2	4	2,1

\*-3, -2, -1 ilgili ifadeye katılmamayı, 1, 2, 3 ilgili ifadeye katılımı ifade etmektedir. -3, -2 ve -1 e göre daha kuvvetli katılmamayı; 3, 2 ve 1'e göre daha kuvvetli katılımı göstermektedir.

Çizelge 3.27.'de hemşirelerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'ne verdiği yanıtlar yer almaktadır. Çalışan hemşirelerin %52,5'i obezitenin sevgi ve ilgi eksikliğini gidermek için ortaya çıktığını; %84,1'i biyolojik bir bozukluk olarak ortaya çıktığını düşündüğünü belirtmiştir. “Obezite genellikle aşırı yemek yemekten kaynaklanır” ifadesine katılmayan hemşirelerin oranı %81,0'i; “Birçok obez birey hareket etmemesi onlar için sorun yaratır” yargısına katılmayanların oranı %95,2'dir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %95,2'si “Obezler daha fazla yemek yer” ve “Yanlış yemek yeme alışkanlıklarına sahiptir” yargısına katılmamaktadır. Obezitenin nadiren irade eksikliğinden kaynaklandığını düşünen hemşirelerin oranı %79,4, obez bireylerin besinlere bağımlı olmadığını düşünenlerin oranı %90,4'dir.



**Çizelge 3.27.** Hemşirelerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği'ne verdiği yanıtlar

	-3*		-2*		-1*		1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
<b>Yargılar</b>												
Obezite genellikle, sevgi ve ilgi eksikliğini gidermek için yemek yendiğinde ortaya çıkar.	12	6,3	42	22,2	36	19,0	33	17,5	24	12,8	42	22,2
Birçok durumda obezite, biyolojik bir bozukluk olarak ortaya çıkar.	12	6,3	9	4,8	9	4,8	39	20,6	63	33,3	57	30,2
Obezite genellikle aşırı yemek yemekten kaynaklanır.	54	28,6	78	41,3	21	11,1	3	1,6	21	11,1	12	6,3
Birçok obez bireyin hareket etmemesi onlar için sorun yaratır.	111	58,7	57	30,2	12	6,3	-	-	6	3,2	3	1,6
Birçok obez birey, obez olmayan bireylere kıyasla daha fazla yemek yer.	96	50,8	69	36,5	15	7,9	-	-	3	1,6	6	3,2
Obez bireylerin büyük çoğunluğu yanlış yemek yeme alışkanlıklarına sahiptir.	144	76,2	36	19,0	-	-	-	-	-	-	9	4,8
Obezite nadiren irade eksikliğinden kaynaklanır.	12	6,3	9	4,8	18	9,5	57	30,2	66	34,9	27	14,3
Bazı bireylerin ilaca bağımlı olması gibi, obez bireylerde besinlere bağımlı olabilir. Bu onları genellikle obez hale getirir.	63	33,2	54	28,6	54	28,6	9	4,8	3	1,6	6	3,2

\*-3, -2, -1 ilgili ifadeye katılmamayı, 1, 2, 3 ilgili ifadeye katılımı ifade etmektedir. -3, -2 ve -1 e göre daha kuvvetli katılmamayı; 3, 2 ve 1'e göre daha kuvvetli katılımı göstermektedir.



Çizelge 3.28.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanlarının alt değer, üst değer, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi obez bireyler hakkındaki inançların pozitif yönde olduğu göstermektedir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalama puanı  $17,46 \pm 4,85$ , çalışan hemşirelerin  $16,67 \pm 5,86$ 'dir.

**Çizelge 3.28.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Alt	Üst	( $\bar{X} \pm SS$ )	t-testi	p
Öğrenciler (n= 190)	7,0	32,0	17,46 $\pm$ 4,85		
Hemşireler (n=189)	8,0	41,0	16,67 $\pm$ 5,86	2,205	0,150
<b>Toplam (n=379)</b>	7,0	41,0	17,06 $\pm$ 5,4		

Çizelge 3.29.'da öğrenci ve çalışan hemşirelerin obezite ile ilgili inançları gösterilmiştir. Obezite ile ilgili inançları negatif yönde olan öğrencilerin oranı %89,5; hemşirelerin %92,0'dır. Öğrenciler ve hemşirelerin obezite ile ilgili inançları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Çizelge 3.29.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında inançları

	Öğrenciler (n:190)		Hemşireler (n:189)	
	S	%	S	%
<b>Obezite bireyler hakkında inançlar</b>				
Negatif	170	89,5	174	92,0
Nötr	3	1,6	6	3,2
Pozitif	17	8,9	9	4,8
	$\chi^2 = 3,505, p = 0,173$			

Çizelge 3.30.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler ile ilgili inançlarının ailede şişman birey olma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Obez bireyler ile ilgili inançları negatif olanların %56,1'i ailesinde şişman birey olduğunu belirtmiştir.

**Çizelge 3.30.** Öğrenci ve çalışan hemşireleri obez bireyler ile ilgili inançlarının ailede şişman birey bulunma durumuna göre dağılımı

	<b>Obez Bireyler Hakkında İnançlar</b>					
	<b>Negatif (n: 344)</b>		<b>Nötr (n:9)</b>		<b>Pozitif (n: 26)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>S</b>
<b>Ailede şişman birey bulunma durumu</b>						
Olan	193	56,1	5	55,6	17	65,4
Olmayan	151	43,9	4	44,4	9	34,6

$\chi^2 = 0,853, p= 0,653$

Çizelge 3.31.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez hakkındaki inançlarının bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve fiziksel aktivite yapma durumlarının obez bireylere karşı tutumlarına göre dağılımları verilmiştir. Negatif tutumlu öğrenci ve çalışan hemşirelerin %45,3'ü bazen, %39,2'si her zaman öğün atlarken, %89,2'si her gün 5 porsiyon meyve-sebze, %63,1'i günde en az 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketmediğini; %26,5'i yemeklerin tadına bakmadan tuz attığını ifade etmiştir. Negatif tutumu olan katılımcıların %62,2'si dışarıda yemek yediği, %55,2'sinin uyumadan önce yemek yediği ve %61,0'inin düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır.

**Çizelge 3.31.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları, uyumadan önce yemek yeme ve fiziksel aktivite yapma durumlarının obez bireyler hakkındaki inançlarına göre dağılımları

	<b>Obez Bireyler Hakkında İnançlar</b>					
	<b>Negatif (n:344)</b>		<b>Nötr (n:9)</b>		<b>Pozitif (n: 26)</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>S</b>
<b>Öğün atlama durumu</b>						
Atlayan	135	39,2	8	88,9	11	42,3
Atlamayan	53	15,4	-	-	2	7,7
Bazen	156	45,3	1	11,1	13	50,0
$\chi^2 = 8,378^*$ , p=0,061						
<b>Her gün 5 porsiyon meyve-sebze tüketme durumu</b>						
Tüketen	37	10,8	-	-	5	19,2
Tüketmeyen	307	89,2	9	100,0	21	80,0
$\chi^2 = 2,373^*$ , p= 0,271						
<b>Her gün 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketme durumu</b>						
Tüketen	127	36,9	1	11,1	7	26,9
Tüketmeyen	217	63,1	8	88,9	19	73,1
$\chi^2 = 3,468$ , p= 0,177						
<b>Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme durumu</b>						
Ekleyen	91	26,5	6	66,7	8	30,8
Eklemeyen	253	73,5	3	33,3	18	69,2
$\chi^2 = 7,212$ , p= 0,027**						
<b>Dışarıda yemek yeme durumu</b>						
Yemek yiyen	214	62,2	9	100,0	20	76,9
Yemek yemeyen	130	37,8	-	-	6	23,1
$\chi^2 = 7,434$ , p= 0,024**						
<b>Uyumadan önce yemek yeme durumu</b>						
Yemek yiyen	190	55,2	7	77,8	9	34,6
Yemek yemeyen	154	44,8	2	22,2	17	65,4
$\chi^2 = 5,994^*$ , p= 0,047 **						
<b>Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu</b>						
Yapan	134	39,0	4	44,4	4	15,4
Yapmayan	210	61,0	5	55,6	22	84,6
$\chi^2 = 5,923$ , p= 0,052						

\*Fisher's Exact Ki-kare Testi \*\*p<0,05

Çizelge 3.32.'de öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında inançlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Tüm BKİ gruplarında hem öğrenci hemde çalışan hemşirelerde obez bireyler hakkında negatif inançların baskın olduğu belirlenmiş olup, çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkındaki inançları ve BKİ dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaş gruplarına göre obez bireyler hakkında inançlar değerlendirildiğinde çalışan hemşirelerde meslek deneyimleri arttıkça negatif inançların azalma eğiliminde olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin tamamına yakını 19-24 yaş grubunda yer aldığı için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.



**Çizelge 3.32.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında inançlarının BKİ ve yaş gruplarına göre dağılımı

Obez Bireyler Hakkındaki İnançlar	BKİ Gruplaması					
	Zayıf (n:50)		Normal (n:234)		Şişman <sup>#</sup> (n:95)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Öğrenciler</b>						
Negatif	26	86,7	118	90,7	26	86,7
Nötr	1	3,3	1	0,8	1	3,3
Pozitif	3	10,0	11	8,5	3	10,0
$\chi^2 = 3,176^*$ , p= 0,443						
<b>Çalışan Hemşireler</b>						
Negatif	17	85,0	101	97,1	56	86,2
Nötr	3	15,0	-	-	3	4,6
Pozitif	-	-	3	2,9	6	9,2
$\chi^2 = 14,467^*$ , p= 0,002**						
<b>Yaş Grupları (yıl)</b>						
	19-24 (n: 210)		25-34 (n: 78)		≥35 (n: 91)	
	S	%	S	%	S	%
	<b>Öğrenciler</b>					
Negatif	169	89,4	1	100,0	-	-
Nötr	3	1,6	-	-	-	-
Pozitif	17	9,0	-	-	-	-
<b>Çalışan Hemşireler</b>						
Negatif	21	100,0	71	92,2	82	90,1
Nötr	-	-	6	7,8	-	-
Pozitif	-	-	-	-	9	9,9
$\chi^2 = 16,495^*$ , p= 0,001**						

\*Fisher's Exact Ki-kare Testi \*\*p<0,01 <sup>#</sup>BKİ≥25,0 kg/m<sup>2</sup>

Çizelge 3.33.'te öğrenci ve çalışan hemşirelerin yaşları, ölçülen vücut ağırlıkları, BKİ'leri, Kilofobi Ölçeği puanları, Obez Bireylere Yaklaşım Ölçeği puanları ve Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanları arasındaki korelasyon gösterilmiştir. Öğrenci ve çalışan hemşirelerin yaşları ile vücut ağırlıkları, BKİ'leri ve Kilofobi Ölçek puanları; vücut ağırlıkları ile BKİ'leri ve Obez Bireyler Hakkındaki İnançlar Ölçeği puanları; BKİ'leri ve Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanları arasında pozitif; vücut ağırlıkları ve Kilofobi Ölçek puanları; Kilofobi Ölçek puanları ve Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Çizelge 3.33.** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin ölçülen vücut ağırlığı, BKİ, Kilofobi Ölçeği, Obez Bireylere Yaklaşım Ölçeği ve Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği arasındaki korelasyon

	<b>Vücut Ağırlığı</b>	<b>BKİ</b>	<b>Kilofobi Ölçek puanı</b>	<b>Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği puanı</b>	<b>Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanı</b>
<b>Yaş*</b>					
r	0,194	0,342	0,154	-0,003	-0,97
p	0,000	0,000	0,003	0,958	0,59
<b>Vücut Ağırlığı**</b>					
r		0,898	-0,136	-0,091	0,156
p		0,000	0,008	0,076	0,002
<b>BKİ**</b>					
r			-0,062	-0,021	0,158
p			0,226	0,678	0,002
<b>Kilofobi Ölçek puanı**</b>					
r				-0,078	-0,130
p				0,128	0,011
<b>Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği puanı**</b>					
r					0,043
p					0,403

r: Korelasyon Katsayısı \*Spearman Korelasyon Testi \*\*Pearson Korelasyon Testi

#### 4. TARTIŞMA

Obezite günümüzde en büyük sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Yanlış beslenme alışkanlıkları ve yetersiz fiziksel aktivite obezitenin oluşumunda en önemli etmenlerdir. Daha sağlıklı bir yaşam sürmek için toplumun beslenme bilinci artırılmalı ve bireyin kendi sağlığını korumasına yönelik önerilerde bulunulmalıdır (Mata ve ark., 2012; Boing ve Subramanian, 2015).

Obezite prevalansının azaltılmasında sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları obezleri tedavi konusunda bilinçlendirmeli, teşvik etmeli ve yardımcı olmalıdırlar. Tedavi amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuran obezlere, sosyal yaşantıda maruz kaldıkları önyargı, damgalama, alay etme ve aşağılama gibi durumlara tam tersi yönde davranış ve tutum sergilemek gerekmektedir. Hastalarla en çok iletişim içerisinde bulunan hemşirelerin eğitim-öğretim boyunca edindikleri bilgiyi mesleki hayatlarında da kullanmaları gerekmektedir. Hemşireler, obezitenin bir sağlık sorunu olduğunu, zaman içerisinde bu sorunun farklı hastalıklara neden olabileceğini, doğru beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite ile birlikte psikolojik desteğin bu durumun ortadan kalkmasına yardımcı olabileceğini ifade ederek obez bireylere yardımcı olabilirler (Brown ve ark., 2007; McConnon ve ark., 2013; Tomiyama ve ark., 2015).

Sağlığı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de sigaradır. Sigara içilmesi sonucu birçok sağlık sorunu gözlenebilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Valeffliu ve ark., 2013; Watanabe ve ark., 2016). Bu çalışmaya dahil edilen hemşirelik bölümü öğrencilerinin %11,6'sı, çalışan hemşirelerin %38,1'i sigara içtiğini beyan etmiştir (Çizelge 3.1.).

Şişmanlık birçok faktörden etkilenmektedir. Beslenme alışkanlıkları, sosyal yaşam ve aile bunların başında gelmektedir. Şişman bir anne babaya sahip olma ya da aile de şişman bireyler bulunması, bireyin kendisinin de şişmanlığa yatkınlığını ve görülme sıklığını arttırmaktadır (Chen ve ark., 2015). Bu çalışmaya dahil edilen

hemşirelik bölümü öğrencilerinin %45,3'ü, çalışan hemşirelerin ise %38,1'i ailelerinde şişman birey bulunduğunu söylemişlerdir (Çizelge 3.1.). Ailede şişman birey bulunma durumunun BKİ gruplarına göre dağılımına bakıldığında; ailesinde şişman birey bulunan öğrencilerin zayıf ve şişman olma oranı; hemşirelerin ise şişman olma oranı daha yüksektir. Zayıf olan öğrencilerde ailedeki şişman bireylerin yaşadığı çeşitli problemlerin gözlemlenmesi sonucunda vücut ağırlığını kontrol altında tutacak davranışlar geliştirmesinin; şişman olan öğrenci ve çalışan hemşirelerde ise aileden kazanılan yanlış beslenme alışkanlıklarının ve genetik faktörlerin bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

Ailenin eğitim düzeyi hem kendi hem de çocuklarının genel sağlığını ve davranışlarını etkilemektedir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlıkla ilgili yapılan uygulama ve davranışların beklenen yönde olma oranı daha yüksek olmaktadır (Madjid ve ark., 2014). Bu çalışmaya dahil edilen öğrencilerin annelerinin %45,3'ünün ilkökul, %16,8'inin lise ve denge okul ve %13,7'sinin ortaokul mezunu olduğu; %7,9'unun okur yazar olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin babalarının eğitimlerine bakıldığında %27,9'unun ilkökul, %27,4'ünün lise ve denge okul mezunu ve %17,4'ünün yüksekökul/üniversite mezunu olduğu; %2,1'inin okur yazar olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.2.). Bu çalışmada elde edilen verilere göre öğrencilerin sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu saptanmış olup; bu duruma ebevenlerin eğitim düzeylerinin yüksek olmamasının neden olabileceği tahmin edilmektedir.

Medeni durum, bireyin sağlık, sosyal ve psikolojik hayatını etkileyebilmektedir. Yaşam içerisindeki zorluklarla beraber mücadele etme, sağlık konusunda birbirlerine uyarılarda bulunma veya birlikte vakit geçirirken alışkanlıklarını paylaşma gibi davranışlar içerisinde bulunabilmektedirler. Bu gibi şartlar kişinin sağlık yaşantısında olumlu veya olumsuz değişiklikler görülmesine neden olabilmektedir (Tzotzas ve ark., 2010; Quick ve ark., 2015). Yapılan bu çalışmaya katılan hemşirelerin %60,3'ü evli olup, buna bağlı olarak evli hemşirelerin daha düzenli beslenme alışkanlıklarına sahip olması öngörülmektedir (Çizelge 3.3.).



Bireyler, yaşam süresi boyunca belirli dönem aralıklarında mesleklerini uygularken, zaman içerisinde psikolojik, sosyolojik ve bedensel açıdan zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Yapılan mesleğin güç gerektirmesi, çalışma saatleri, çalışma koşulları, iş arkadaşları, iş pozisyonu gibi faktörler bu yıpranmaların boyutunu ve süresini değiştirebilir. Mesleki bağımlılıkları, iş yapabilme yetenekleri, hata yapma oranları ve obez bireylerinde aralarında yer aldığı hastalara karşı tutum ve davranışlarında da zamanla farklılıklar gerçekleşebilir (Golubic ve ark., 2009; Rongen ve ark., 2013; Von Bonsdorff ve ark., 2014). Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %35,4'ü 0-5 yıl arası, %29,6'sı ise en az 20 yıldır çalıştıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.3.). Hemşirelerin meslek yaşantısı boyunca edindiği iyi veya kötü tecrübelerin, obez bireylere karşı yaklaşımlarını da aynı yönde şekillendirebileceği düşünülmektedir.

Bireyin eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim süresince, gündelik ve geleceğe yönelik birçok konuda bilgi sahibi olunmakta ve hayat bu bilgiler ışığında devam ettirilmektedir (Poon ve Tarrant,2009). Ho ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe beslenme bilgi düzeyinin arttığını ve ağırlık yönetimini daha rahat sağlayabileceklerini belirlemişlerdir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %76,2'si lisans, %14,3'ü önlisans mezunudur (Çizelge 3.3.). Genel olarak, çalışan hemşirelerin yüksek eğitim düzeyine sahip olmalarına rağmen, yetersiz beslenme bilgisi veya olumsuz çalışma koşulları gibi çevresel faktörlerden kaynaklı sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olmaları sonucunda BKİ'lerinin de yüksek olması beklenmektedir.

Buss (2012) yaptığı çalışmada, gündüz çalışan hemşirelerin %26,7'sini, gece ve gündüz çalışanların ise %27,1'ini şişman olarak tespit etmiştir. Yine gündüz çalışanlarda aşırı kilolu olanlar %30,8, gece ve gündüz çalışanlarda aşırı kilolu olanların oranı ise %33,3 olarak saptamıştır. Bu çalışmada çalışan hemşirelerin çalışma düzenine göre BKİ sınıflamasına bakıldığında gündüz vardiyasında çalışanların %73,8'i şişman, %51,0'ı normal; gece-gündüz vardiyasında çalışanların %26,2'si şişman, %49,0'ı normal BKİ'ye sahiptir ( $p<0,001$ ) (Çizelge 3.11.).

Gece ve gündüz vardiyalarında çalışanların beslenme alışkanlıkları, besin tercihleri veya enerji harcamaları farklı olabileceğinden BKİ değerleri de farklılık gösterebilmektedir (Campos-Matos ve ark., 2014). Kim ve ark. (2013) 9,989 çalışan hemşirenin gece ve gündüz vardiya düzenine göre BKİ değerlendirmesi yaptıklarında gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin ortalama BKİ değerlerini 21,4 kg/m<sup>2</sup>, gece ve gündüz çalışanların ortalama BKİ değerini ise 20,5 kg/m<sup>2</sup> olarak saptamışlardır. Bu çalışmada da hemşirelerin vardiyalarına göre ortalama BKİ değerleri farklı olup, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde 25,4±4,2 kg/m<sup>2</sup>, gece ve gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde ise 22,0±3,0 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir (p<0,001) (Çizelge 3.11.). Gece çalışan hemşirelerde ortalama BKİ değerinin daha düşük olmasının nedeninin gece vardiyasında çalışma sonucunda beslenme ve uyku düzeninin olumsuz yönde etkilenmesi olduğu düşünülmektedir.

Gün içerisinde alınan besinlerin 3 ana öğün şeklinde olması önerilmektedir (Baysal, 2014). Hem öğrencilik hem de çalışma hayatı boyunca uygun saat ve ortamın oluşmaması gibi nedenlerle öğünler atlanabilir veya tercih edilmesi gereken besinlerin yerine yanlış besinlerin seçilme durumu gözlemlenebilir (Calugi ve ark., 2009; Li ve ark., 2012). Öğünlerin atlanması enerji, makro ve mikro besin öğelerinin yetersiz alınmasına neden olabilmektedir (Osako ve ark., 2005; Nande ve ark., 2009; Lee ve ark., 2016). Bu yetersiz alımlar sonucu günlük yaşama adaptasyonda sorunlar, algı zayıflığı veya iş gücünde azalma gibi sorunlar görülebilmektedir (Lin ve ark., 2012; Tin ve ark., 2012). Bu çalışmaya katılan öğrencilerin %71,1'i, hemşirelerin %73,0'ü üç ana öğün tüketmektedir. Öğrencilerin %11,1'i ara öğün yapmazken, bu oran çalışan hemşirelerde %15,9'dur. Öğrenci ve çalışan hemşirelerde öğün atlamayanlarda obezite sıklığının daha düşük olmasının nedeni, düzenli olarak ana ve ara öğün tüketiminin vücut ağırlığı kontrolünde önemli bir etken olması olabilir.

Öğün atlama durumlarına bakıldığında öğrencilerin %38,4'ü, hemşirelerin ise %42,9'u sürekli öğün atlamaktadır. Bazen öğün atladığını belirten öğrenciler ve hemşirelerin oranı ise sırasıyla %48,4 ve %41,3'tür. En çok atlanan ana öğün öğle öğünü olup öğrencilerin %43,3'ü, hemşirelerin %26,4'ü öğle öğünü atlamaktadır. Bunu takiben en çok atlanan ikinci öğün kahvaltı öğünüdür. Öğrencilerin %35,2'si,

hemşirelerin %24,5'i kahvaltı öğününü atlamaktadır (Çizelge 3.4.). Corcoran ve ark. (2016) düzenli olarak yapılan kahvaltının okuldaki akademik başarıyı arttırdığını, Clayton ve James (2016) düzenli kahvaltı yapma alışkanlığının iş performansını artırdığını, stresi azaltarak mental rahatlığı sağladığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada yer alan öğrencilerin %64,8, çalışan hemşirelerin ise %75,5'i düzenli olarak kahvaltı yapma alışkanlığına sahiptir. Kahvaltı öğünün atlanması BKİ artışı ile ilişkilendirilen çalışmalar bulunmaktadır (Mota ve ark., 2009; Ayhan ve ark., 2012; House ve ark., 2014; Almajwal, 2015). Şişman bireylerde kahvaltı öğününü atlama sıklığının normal vücut ağırlığındaki bireylerden daha yüksek olması beklenirken, bu çalışmada şişman bireylerin kahvaltı öğününü atlama sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonucun, şişman bireylerin vücut ağırlığı kontrolünü sağlama amacıyla sağlıklı beslenme alışkanlıkları arasında yer alan düzenli kahvaltı yapmaya daha fazla dikkat etmelerinden kaynakladığı düşünülmektedir.

Günlük 5 porsiyon meyve-sebze tüketimi, hem posa içeriği hem de enerji içeriğinin düşük olması obezitenin oluşumunu engelleyebilmektedir. Wagner ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada, obez ve aşırı kilolu bireylere eğitim aracılığıyla meyve-sebze tüketiminin önemini anlatmış ve on hafta sonunda hem bireylerin günlük meyve-sebze tüketiminde artış, hemde BKİ değerlerinde azalma olduğunu saptamış ve şişman bireylerin %83,2'sinin günlük 5 porsiyon meyve-sebze tüketmediğini ortaya koymuşlardır. Almajwal (2015) hemşirelerin beslenme alışkanlıkları ile BKİ değerleri arasındaki ilişkiye baktığında, günlük 5 porsiyon meyve-sebze tüketenlerin, daha az meyve-sebze tüketenlere veya hiç tüketmeyenlere göre BKİ değerlerinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Saygın ve ark. (2011) yaptıkları bir çalışmada üniversite öğrencilerin sadece %26,6'sının düzenli olarak meyve-sebze tükettiklerini belirlemişlerdir. Bu çalışmaya katılan öğrencilerin %7,9'u günde 5 porsiyon meyve-sebze tüketirken, çalışan hemşirelerde bu oran %14,3 olup; meyve-sebze tüketimi her iki grupta da önerilenden düşüktür (Çizelge 3.5.). Meyve-sebzelerin maliyeti, yıkanması, hazırlanması, saklanması gibi faktörlerin hem öğrencilerin hem de çalışan hemşirelerin tükettiği meyve-sebze miktarının düşük olmasına sebep olabileceği, buna ek olarak öğrencilerin çoğunluğunun yurtda kalmasının tüketim miktarını çalışan hemşirelerden daha fazla azalttığı tahmin edilmektedir.

Yetişkin bireyler için günlük 3 porsiyon süt ve süt ürünlerinin tüketimi önerilmektedir (TÜBER, 2016). Saygın ve ark. (2011) üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını belirlemek için yaptıkları çalışmada öğrencilerin %19,1'inin günde en az 1 bardak süt ve süt ürünleri tükettiklerini belirlemiştir. Bu çalışmada öğrencilerin %34,7'si, hemşirelerin ise %36,5'i günde 3 porsiyon süt ve süt ürünlerini tüketmektedir (Çizelge 3.5.). Her iki grupta da süt ve süt ürünlerinin tüketiminin önerilen miktardan az olmasında, bu ürünlerin çevre koşullarından etkilenmesi, çabuk bozulması ve süt ve süt ürünleri tüketiminin sağlığın korunması için önemi hakkında yeterince bilgi sahibi olunmaması etkili olabilir.

Kan basıncının normal seviyelerde tutulması ve yüksek tansiyon riskinin önüne geçilebilmesi için tuz tüketimi sınırlandırılmakta ve günlük tüketim miktarının 5 g'ı aşmaması önerilmektedir (TÜBER, 2016). Ülkemizde tuz tüketimi çok fazla olup, tuz tüketiminin azaltılmasında yemeklerin tadına bakmadan tuz eklenmemesi stratejisi önemlidir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %22,1'i, hemşirelerin %33,3'ü yemeğin tadına bakmadan tuz eklediğini belirtmişlerdir (Çizelge 3.5.). Bu oranlar her iki grup içinde yüksek düzeyde olup, sağlık personelinin tuz tüketim davranışlarını topluma örnek olması açısından değiştirilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların genel sağlık değerlendirilmesi yapıldığında yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumları değerlendirildiğinde öğrencilerin %58,9'u, hemşirelerin ise %46,0'ı kendisinin yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Öğrencilerin %42,1'i, çalışan hemşirelerin ise %36,5'i beslenme ile ilgili eğitim almak istemediklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.5.). Bu bulgular doğrultusunda öğrenci ve çalışan hemşirelerin sağlıklı beslenme davranışlarına sahip olmamasına rağmen, yeterli ve dengeli beslendiklerini düşünmeleri ve beslenme eğitimi almak istememelerinden dolayı her iki grubunda beslenme ile ilgili farkındalıklarının yetersiz olduğu düşünülmektedir.

BKİ, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı kullanılarak hesaplanan, obezite tanısının konulmasında sık kullanılan yöntemlerden birisidir (Fatima ve ark., 2014). Ölçülen boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarına göre ortalama BKİ değerleri öğrencilerde  $22,1 \pm 3,7$

kg/m<sup>2</sup>, hemşirelerde ise 23,9±4,1 kg/m<sup>2</sup>'dir. Katılımcıların kendi beyanlarına göre hesaplanan BKİ değerleri ise öğrencilerde 21,9±3,7 kg/m<sup>2</sup>, hemşirelerde ise 23,6±4,1 kg/m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır (p<0,001) (Çizelge 3.7.). Beyan edilen boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları ile ölçülen boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları karşılaştırıldığında katılımcıların kendi boy uzunluklarını ölçülenden uzun ve vücut ağırlıklarını ölçülen vücut ağırlığından daha az olarak tanımladıkları, bunun sonucunda da hem öğrenci hem çalışan hemşirelerin olduklarından daha düşük bir BKİ değerine sahip oldukları görülmüştür (p<0,001). Obezite sıklığı beyan edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre öğrencilerde %14,2, çalışan hemşirelerde %33,3 iken; ölçülen vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre öğrencilerde %15,8, çalışan hemşirelerde %34,4'tür (Çizelge 3.8.). Bu tür çalışmalarda da mutlaka ölçüm yapılmalıdır. Ekström ve ark. (2015) yaptıkları bir çalışmada katılımcıların kendilerini ölçülenden daha uzun ve zayıf olarak belirttiklerini saptamıştır. Sağlık çalışanlarının BKİ'lerinin değerlendirildiği 712 katılımcı ile yürütülen kesitsel bir çalışmada katılımcıların %38,4'ünün fazla kilolu, %16,9'unun obez olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan sağlık personelinin (ebe, diyetisyen, hasta bakıcı) %23,3'ünün, doktorların %16,3'ünün ve hemşirelerin %11,6'sının obez olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise çalışan hemşirelerin %34,4'ünün hafif şişman veya obez oldukları saptanmıştır.

Sigara içmek sağlıklı bir davranış olarak değerlendirilmektedir. Sigara kullanım nedenleri arasında stresle başa çıkmak için ve ağırlık denetimini sağlamak yer almaktadır (Sağlam ve ark., 2008). Vakeffliu ve ark. (2013) yaş ortalaması 20,0±1,85 yıl olan 650 hemşirelik bölümü öğrencisinin %19'unun sigara içtiğini belirlemiştir. Sezer ve ark. (2007) Türkiye'deki hemşirelerin sigara alışkanlıklarını değerlendirmek için ortalama yaşı 27,5±5,3 yıl olan 239 çalışan hemşire üzerinde yürüttükleri bir çalışmada, hemşirelerin %45,0'inin sigara içtiğini, sigara içenlerin %90'ının sigara içmeye hemşirelik eğitimi aldıkları dönemde başladığını saptamışlardır. Bu çalışmada şişmanların %33,7'sinin, zayıfların %22,0'sinin ve normal vücut ağırlığındaki bireylerin %21,8'inin sigara içtiği saptanmıştır (Çizelge 3.9.). Chhabra ve Chhabra (2011) 948 sigara içen ve 3446 sigara içmeyen yetişkinler üzerinde yürüttükleri bir çalışmada cinsiyet ve sosyal çevreden etkilenmeksizin sigara

tüketiminin, BKİ'yi etkilediğini; sigara içme oranı daha yüksek olan kişilerde BKİ'nin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Şişmanlığı etkileyen önemli bir faktörde genetikdir. Her iki ebeveynide şişman olan bebeklerin BKİ'lerinin ve besin tüketim isteklerinin daha yüksek; tokluk duygusu oluşma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler ailede şişman birey bulunmasının çocuğun genetik olarak şişmanlığa ve kilo almaya yatkın olduğunu göstermiştir (Lee ve ark., 1997; Fuemmeler ve ark., 2013). Çayır ve ark. (2011) beslenme ve diyet kliniğine başvuran obezlerin %32,5'inin, hafif şişmanların %38,9'unun ve normal vücut ağırlığındakilerin %28,6'sının ailelerinde şişman birey olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada elde edilen verilere göre şişmanların %72,6'sının, normal vücut ağırlığındakilerin %53,4'ünün ve zayıfların %42,0'sinin ailesinde şişman birey olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.9.).

Bu çalışmada hem öğrenci hem de çalışan hemşirelerin yanlış beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları ve yetersiz fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir. Toplum sağlığının iyileştirilmesinde ön plana çıkan ve en aktif rollerden birini üstlenen öğrenci ve çalışan hemşirelerin daha sağlıklı beslenme davranışlarına sahip olmaları gerek kendi sağlıklarını gerekse toplum sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Kilofobi ölçeği, bireylerin obezlere karşı tutumlarını, davranışlarını ve düşüncelerini belirlemek amacıyla kullanılan bir materyaldir. Ölçekte subjektif olarak yargılara verilen yanıtlar ile kilofobi durumu belirlenmektedir (Bacon ve ark., 2001). Bu çalışmaya katılan öğrencilerin %55,7'si obezleri tembel, %49,0'u isteksiz, %64,2'si zayıf iradeli, %79,5'i yemeği seven olarak tanımlamışlardır. Wolf (2010) tıp fakültesi öğrencilerinin kilofobi düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %50,9'u obezleri tembel, %43,6'sı isteksiz, %58,1'i zayıf iradeli, %90'ı ise obezleri yemeği seven olarak değerlendirmiştir.

Poon ve Tarrant (2009) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ortalama kilofobi skorunu 3,48, çalışan hemşirelerin ortalama kilofobi puanı ise 3,64 olarak

saptamışlardır. Diversi ve ark. (2016) obez bireylerin ağırlık kaybı konusunda etkin rol oynayan diyetisyenlerin kilofobi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ortalama kilofobi puanı 3,36 olarak saptamışlardır. Hayran ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada ise üniversite öğrencilerinin ortalama kilofobi puanlarını 3,57 olarak tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da öğrenci ve çalışan hemşirelerin ortalama kilofobi puanları sırasıyla  $3,7\pm 0,51$  ve  $3,91\pm 0,44$  olup, genel ortalama puan ise  $3,81\pm 0,49$  olarak tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ) (Çizelge 3.16.). Çalışan hemşirelerin ortalama kilofobi puanı daha yüksek olmakla birlikte, öğrenci ve çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun obez bireylere karşı olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı olumsuz tutum sergilemeleri sonucunda hasta ve danışanlar arasında iletişimsizliğe ve tanı ve tedavi süreçlerinde çeşitli sorunlara neden olabileceği öngörülmektedir. Buna ek olarak, öğrenci ve çalışan hemşirelerin ortalama kilofobi puanlarının BKİ gruplarının dağılımlarına göre değerlendirildiğinde, zayıf öğrenci ve hemşirelerde ortalama kilofobi puanı şişmanlardan; normal vücut ağırlığında olan öğrencilerde şişmanlardan ve zayıf hemşirelerde normal vücut ağırlığındakilerden daha yüksek olup; hem öğrenci hem çalışan hemşirelerde zayıflarda en yüksek düzeye sahiptir ( $p<0,05$ ) (Çizelge 3.19.). Şişmanların obez bireylere karşı empati kurmaları ve benzer sorunları yaşadıkları için daha olumlu yaklaşım içerisinde bulunmalarından dolayı kilofobi düzeylerinin düşük; zayıfların ise obez olmayı olumsuz görüp kendileri ile ilişkilendiremediklerinden dolayı kilofobi düzeylerinin yüksek olduğunu varsayılmaktadır.

Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği içerisinde, obez bireyler hakkında yirmi adet yargı bulunmaktadır. Bireylerin bu yargılara katılıyorum-katılmıyorum şeklinde verdiği yanıtlarına göre obez bireylere karşı yaklaşımı değerlendirilmektedir (Allison ve ark., 1991). Obez bireylere karşı yaklaşımın negatif yönde olması, obezlerin hem sosyolojik hem de psikolojik açıdan sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (McClure ve ark., 2011). Soto ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada psikoloji öğrencilerinin obez bireylere karşı yaklaşım puanı 75,6, tıp fakültesi öğrencilerinin puanı ise 69,6 olarak belirlemişlerdir. Wang ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının ortalama obez bireylere karşı yaklaşım puanı 71,04 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada öğrencilerin ortalama Obez Bireylere Karşı Yaklaşım

Ölçek puanı  $62,68 \pm 14,13$ , çalışan hemşirelerde ise  $62,41 \pm 12,64$  olarak saptanmıştır. Genel olarak katılımcıların ortalama puanları ise  $62,54 \pm 13,39$ 'tür (Çizelge 3.22.).

Öğrenci ve çalışan hemşirelerin genelinde obez bireylere karşı yaklaşımın negatif yönde olmadığı fakat pozitif yönde de olmadığı belirlenmiştir. Psikolojik ve sosyal açıdan hassas gruplar arasında yer aldığı düşünülen obez bireylere karşı pozitif yaklaşım sergilenmesinin bu bireylerin kendilerini toplumdan daha az soyutlamalarına, iletişime daha açık hale gelmelerine ve daha sağlıklı bir ruh halinde olmalarına yardımcı olacağı tahmin edilmektedir. Obezitenin bireyin kendi kontrolünde olmayan bir sağlık sorunu olabileceği de göz önüne alınarak, obez hastalarda dahil olmak üzere hastalarla aktif bir iletişim içerisinde olan hemşire ve hemşire adaylarının obez bireylere karşı daha hoşgörülü, açık fikirli ve önyargısız olmaları gerekmektedir.

Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği içerisinde, obez bireyler hakkında sekiz adet farklı düşüncenin yer aldığı yargılar bulunmaktadır. Katılımcıların bu yargılara katılıyorum-katılmıyorum şeklinde verdiği yanıtlara göre obez bireyler hakkında inançlarının durumu değerlendirilmektedir (Allison ve ark., 1991). Bu değerlendirmenin negatif yönde eğilim göstermesi obez bireylerin toplum içerisinde zorluklar yaşamasına, önyargı ve olumsuz davranışlara maruz kalmasına ve kendisini insanlardan soyutlama boyutuna kadar ilerleyebileceğini gösterebilmektedir (Watson ve ark., 2008). Edward ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin ortalama ölçekten aldıkları puanları  $16,5$  olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ortalama Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanı  $17,46 \pm 4,85$  iken, çalışan hemşirelerde ortalama ölçek puanı  $16,67 \pm 5,86$ 'dır. Öğrenci ve çalışan hemşirelerin genel olarak ortalama ölçek puanları ise  $17,06 \pm 5,4$  olarak tespit edilmiştir (Çizelge 3.29.). Hem öğrenci hemde çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında inançlarının negatif yönde, öğrencilerin çalışan hemşirelere göre daha pozitif inançlara sahip olduğu saptanmıştır. Bu farkın öğrencilerin beslenme eğitimi almaları ve bilgilerinin yeni olması; çalışan hemşirelerin ise meslek yaşamında obez bireylerle daha çok karşılaşmaları gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu sonuca paralel olarak Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği puanlarının öğrenci ve



alışan hemşirelere göre dağılımlı değerlendirildiğinde, öğrencilerin %8,9'unun, çalışan hemşirelerin ise %4,8'inin pozitif inançlara sahip olduğu görülmektedir (izelge 3.30.). Öğrenci ve çalışan hemşireler arasında obez bireyler hakkında pozitif inançlara sahip olan bireyler bulunmasına rağmen bu oranların yeterli olduğu düşünülmemektedir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya 190 hemşirelik bölümü öğrencisi ve 189 çalışan hemşire dahil edilmiş olup, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalama yaşı  $21,91 \pm 1,13$ , çalışan hemşirelerin ortalama yaşı  $34,67 \pm 8,3$  yıldır. Ailesinde şişman birey olduğunu söyleyen öğrencilerin oranı %45,3, çalışanların oranı ise %38,1'dir.

Öğrencilerin anne ve babalarının en çok sırasıyla ilkokul (anne: %45,3, baba:%27,9), lise ve dengi okul (anne:%16,8, baba:%27,4) ve ortaokul mezunu olduğu (anne: %13,7, baba: %20,0); %48,4'ünün yurttan, %26,8'inin aile beraber, %22,6'sının arkadaşları ile evde kaldığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin ortalama çalışma süreleri  $13,03 \pm 9,53$  yıldır. Çalışma düzenlerine bakıldığında %55,6'sının gündüz, %44,4'nün gece ve gündüz çalıştığı, %20,6'sının lisans öncesi, %76,2'sinin lisans ve %3,2'sinin lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Öğrenci ve hemşirelerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili davranışları değerlendirildiğinde, düzenli olarak 3 ana öğün tüketmedikleri, en çok öğle öğününü atladıkları, düzenli olarak kahvaltı ve ara öğün yapmadıkları saptanmıştır. Katılımcıların uyumadan önce yemek yeme, ev dışında yemek yeme, yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme gibi sağlıksız davranışları sergiledikleri; düzenli olarak meyve-sebze ve süt ürünleri tüketme gibi sağlıklı davranışları yeteri kadar sergilemedikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların kendilerini vücut ağırlıklarını olduklarından daha az, boy uzunluklarını ise daha olarak tanımlamaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcılar vücut ağırlıkları ve boy uzunları konusunda bilinçsiz oldukları gözlemlenmiştir. Öğrencilerin %68,4'ünün vücut ağırlığının normal, %15,8'inin zayıf ve %15,8'inin hafif şişman veya şişman olduğu; çalışan hemşirelerin %55'inin vücut ağırlığının

normal, %34,4'ünün hafif şişman veya şişman, %10,6'sının zayıf olduğu tespit edilmiştir.

Kilofobi ölçek skorlarına göre hemşirelerin aldıkları ortalama puanlarının öğrencilerden daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ); obez bireylere karşı yaklaşım ölçeğine göre öğrencilerin ortalama puanlarının hemşirelerden daha yüksek olduğu ( $p>0,05$ ); obez bireyler hakkında inançlar ölçeği puanlarının öğrencilerin hemşirelerden daha yüksek ( $p>0,05$ ) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin kilofobi düzeyinin daha yüksek, obez bireylere karşı yaklaşımları daha negatif, obezitenin kişilerin kendi kontrolü altında olduğuna daha fazla inanmaktadır. Bunun nedeninin mesleki süreçte geçen sürenin artışıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların vücut ağırlığı, BKİ, kilofobi düzeyleri, obez bireylere karşı yaklaşımları ve obez bireyler hakkında inançları arasındaki ilişkiler incelenmiş olup; kilofobi düzeyi negatif yönde arttıkça obez bireyler hakkındaki düşüncelerinin negatif yönde artma eğiliminde olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hem öğrencilerde hem çalışan hemşirelerde obez bireylere karşı negatif tutum, davranış ve inanç gözlemlenmiştir. Katılımcıların obez bireylerin fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik durumları hakkında yetersiz bilgiye, yanlış ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olmaları bu sonucun asıl etkenleri olduğu sonucuna varılmıştır.

## ÖNERİLER

Hemşireler, sağlık personeli arasında hastalarla en çok iletişim halinde olan meslek gruplarından biridir. Hemşirelerin sağlıklı beslenme davranışlarına ve yaşam tarzına sahip olmaları hem kendi sağlıklarını hem hastaların sağlıklarını hemde toplumun sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Bu nedenle hemşireler, yeterli, dengeli, sağlıklı beslenme ve obezite konularında bilgilendirilmelidir.

Bu çalışmada öğrenci ve çalışan hemşirelerin beslenme davranışları değerlendirilirken öğün tüketimlerine ilişkin bilgiler ve beslenme durumlarını etkileyebilecek alışkanlıkları sorgulanmıştır. Beslenme durumunun daha sağlıklı değerlendirilmesi için ileride yapılacak çalışmalara besin tüketim kayıtları ve besin tüketim sıklıklarının dahil edilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Vücut kompozisyonunu değerlendirmek için bu çalışmada vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçülerek hesaplanan BKİ'nden yararlanılmıştır. Bel çevresi, kalça çevresi, deri kıvrım kalınlıkları, üst orta kol çevresi ölçümleri ve BIA gibi vücut kompozisyon analizi yapan antropometrik ölçüm araçları daha sonraki yapılacak çalışmalarda yer alması önerilmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların biyokimyasal parametreleri dahil edilmemiştir. Bu parametrelerinde değerlendirilerek dahil edildiği çalışmalar katılımcıların fizyolojik ve beslenme durumları hakkında daha güvenilir bilgilerin elde edilmesini sağlayacaktır.

Hemşirelik bölümü öğrencileri ve hemşireler arasında kilofobi düzeyi yüksek, obez bireylere karşı yaklaşımı ve inançları negatif bireyler olduğu saptanmıştır. Bu alanda yapılacak sonraki çalışmalar bu olumsuz tutumların nedenlerini saptamayı ve bu nedenlere çözüm üretmeyi amaçlamalıdır.

Hemşirelerin obez bireylere karşı tutumları ile ilgili daha fazla ve kapsamlı çalışmaların yapılması hem hemşirelerin hem de obez bireylerin bu konuda karşılaştıkları sorunların saptanması ve çözümlenmesi için yol gösterici olacaktır. Yapılacak çalışmalara ve obez bireylerin tedavi süreçlerinde beslenme konusunda uzman olarak kabul edilen diyetisyenlerin dahil edilerek multidisipliner ve güncel yaklaşımlar uygulanmasının varolan sorunların ortadan kaldırılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

## ÖZET

### **Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları İle Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi**

Bu çalışmanın amacı, öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıklarını, obez bireylere karşı tutum ve davranışlarını ve obezite sıklığını belirlemektir. Çalışma Ankara Üniversitesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ve Ankara Üniversitesi Cebeci Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya 190 hemşirelik bölümü son sınıf öğrencisi ve 189 çalışan hemşire dahil edilmiştir. Araştırma verileri anket formu ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket formunda sosyo-demografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, Kilofobi Ölçeği, Obez Bireylere Karşı Yaklaşım Ölçeği ve Obez Bireyler Hakkındaki İnançlar Ölçeği yer almaktadır. Ayrıca araştırmacı tarafından katılımcıların vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ölçülerek BKİ'leri hesaplanmış ve obezite sıklığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ortalama yaş çalışmaya katılan öğrencilerde  $21,9 \pm 1,1$  yıl, çalışan hemşirelerde ise  $34,7 \pm 8,3$  yıldır. Öğrencilerin %28,9'unun, hemşirelerin %27,0'sinin günde en az bir ana öğünü atladığı; öğrencilerin %11,1'inin, hemşirelerin %15,9'unun ara öğün yapmadığı; en çok atlanan öğünün iki grupta da öğle öğünü (%43,3; %26,4) olduğu tespit edilmiştir. BKİ ortalaması öğrencilerde  $22,1 \pm 3,7$  kg/m<sup>2</sup>, çalışan hemşirelerde ise  $23,9 \pm 4,1$  kg/m<sup>2</sup>'dir. Hafif şişman ve şişman olma sıklığı sırasıyla öğrencilerde %12,1, %3,7; çalışan hemşirelerde ise %24,9, %9,5'dir. Günde 5 porsiyon meyve-sebze tüketimi öğrencilerde %7,9, hemşirelerde %14,3; günde 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketimi öğrencilerde %34,7, hemşirelerde ise %36,5'dir.

Kilofobi puanları öğrenci ve çalışan hemşirelerde sırasıyla  $3,7 \pm 0,51$ ,  $3,91 \pm 0,44$  olup çalışan hemşirelerde yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Öğrencilerin %99,0'unun, çalışan hemşirelerin ise %100,0'ünün kilofobi düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Obez Bireylere Yaklaşım Ölçeği ortalama puanları öğrencilerde  $62,68 \pm 14,13$ , çalışan hemşirelerde ise  $62,41 \pm 12,64$  olup; öğrencilerin obez bireylere karşı daha pozitif bir yaklaşıma sahip olduğu tespit edilmiştir. Obez Bireyler Hakkında İnançlar Ölçeği ortalama puanları öğrencilerde  $17,46 \pm 4,85$ , hemşirelerde  $16,67 \pm 5,86$  olarak saptanmış, çalışan hemşirelerin obez bireyler hakkında daha fazla negatif inanca sahip oldukları belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Üç ölçeğin sonuçları da değerlendirildiğinde hem öğrenci hemde çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı negatif tutum içerisinde oldukları saptanmıştır. Ayrıca BKİ'si yüksek olan öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı tutum ve davranışlarının daha olumlu yönde olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip ve bireylere karşı hoşgörülü, önyargısız ve anlayışlı olmaları toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu çalışmada elde edilen veriler sonucunda öğrenci ve çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun obez bireylere karşı negatif tutum ve davranışlara sahip oldukları saptanmıştır. Bu nedenle öğrenci ve çalışan hemşirelerin obez bireylere karşı tutumlarının saptanması ve değerlendirilmesinin yanı sıra sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlıkla ilişkilendirilen davranışlarının, psikolojik ve sosyolojik durumlarının da değerlendirildiği multidisipliner yaklaşım içeren çalışmaların yapılması, bu alanda negatif önyarguların oluşmamasına veya varolan önyarguların ortadan kaldırılmasına yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Beslenme Alışkanlıkları, Hemşire, Kilofobi, Obezite, Önyargı



## SUMMARY

### **Examination of Nursing Students and Working Nurse s' Some Nutritional Habits and Attitudes and Behaviors Towards Obese People**

The aim of this study is to determine some nutritional habits, attitudes and behaviors towards obese individuals and frequency of obesity of students and working nurses. The study was carried out on the students of Ankara University and Yildirim Beyazıt University Nursing Department and working nurses at Cebeci Medical Faculty of Ankara University. One hundred nineteen nursing department senior students and one hundred eighty nine working nurses were included in the study. Survey data were collected with a questionnaire by face to face interview method. The questionnaire includes socio-demographic characteristics, eating habits, Fat Phobia Scale, Attitudes Towards Obese Persons Scale and Beliefs About Obese Persons Scale. In addition, the body weights and height lengths of the participants were measured by the researcher and the BMI was calculated and the obesity frequency was determined. The data obtained in the study were evaluated using the SPSS package program.

The mean age of the students was  $21,9\pm 1,1$  years whereas  $34,7\pm 8,3$  years for the working nurses participating in the study. Out of all participants 28,9% of students and 27,0% of the nurses skipped at least one main meal per day; 11,1% of the students and 15,9% of the nurses did not eat snacks; lunch meal (43,3% of the students; 26,4% of the nurses) was found to be the most skipped meal in both groups. The mean value of the BMI was  $22,1\pm 3,7$  kg/m<sup>2</sup> for the students and  $23,9\pm 4,1$  kg/m<sup>2</sup> for the working nurses. The overweight and obesity frequency are 12,1%, 3,7% for the students and 24,9%, 9,5% for the working nurses. The frequency of 5 portions of fruit and vegetable consumption per day were 7,9% in students, 14,3% in nurses; the frequency of the consumption of 3 portions of milk and dairy products per day is 34,7% in students and 36,5% in nurses.

Mean Fat Phobia Scale scores were found to be  $3,7\pm 0,51$  and  $3,91\pm 0,44$  respectively in the students and the working nurses ( $p < 0,001$ ). It was determined that 99,0% of the students and 100,0% of the working nurses had a high level of fat phobia. Mean scores of Attitudes Towards Obese Persons were  $62,68\pm 14,13$  for students and  $62,41\pm 12,64$  for working nurses. It has been determined that students have a more positive approach to obese individuals. The mean scores of Beliefs About Obese Persons were found to be  $17,46\pm 4,85$  in the students and  $16,67\pm 5,86$  in the nurses. It was determined that the working nurses had more negative beliefs about the obese individuals ( $p > 0,05$ ). When the results of the three scales were also evaluated, it was found that both student and nurses were in a negative attitudes towards obese individuals. In addition, it was determined that students and working nurses with higher BMI had more positive attitudes and behaviors towards obese individuals.

Students and working nurses who have important roles in the protection of community health, should have healthy eating habits and need to be tolerant, unbiased and understanding towards obese individuals. As a result of the data obtained in this study, it was determined that the vast majority of nursing students and working nurses had negative attitudes and behaviors towards obese individuals. Therefore, in addition to the determination and evaluation of the attitudes towards obese individuals of the nursing students and working nurses; studies that involve multidisciplinary approaches in which health-related behaviors, such as healthy nutrition and physical activity, as well as psychological and sociological conditions are assessed will help to avoid negative prejudices in this area or to remove existing prejudices.

**Keywords:** Fat Phobia, Nurse, Nutritional Habits, Obesity, Prejudice





## KAYNAKLAR

- ABALLAY LR, EYNARD AR, DIAZ MDEL P, NAVARRO A, MUNOZ SE (2013). Overweight and obesity: A review of their relationship to metabolic syndrome, cardiovascular disease, and cancer in South America. *Nutr Rev*, **71(3)**:168–179.
- ABDOLLAHI A, ABU TALIB M (2015). Sedentary behaviour and social anxiety in obese individuals: The mediating role of body esteem. *Psychol Health Med*, **20(2)**:205-209.
- ADRIAN S, DEBORAH BMA, DAVID S (2015). Bioelectrical impedance vector analysis, phase-angle assessment and relationship with malnutrition risk in a cohort of frail older hospital patients in the United Kingdom. *Nutrition*, **31**: 132–137.
- AKÇA O, HORUZ R, BOZ MY, KAFKASLI A, GÖKHAN O, GÖKTAŞ C, SARICA K (2013). Obesity might not be a disadvantage for SWL treatment in children with renal stone. *Int Urol Nephrol*, **45(1)**:11-16.
- ALLISON DB, BASILE VC, YUKER HE (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disorder*, **10(5)**:559-607.
- ALLISON DB, NEWCOMER JW, DUNN AL, BLUMENTHAL JA, DAUMIT GL (2009). Obesity among those with mental disorders: A national institute of mental health meeting report. *Am J Prev Med*, **36(4)**:341–350.
- ANDREA CB, COLLEEN FMY, PAUL BP (2003). Differences in resting metabolic rate between paraplegic and able-bodied subjects are explained by differences in body composition. *Am J Clin Nutr*, **77**:371-378.
- ANDREOLI A, VOLPE SL, RATCLIFFE SJ, DI DANIELE N, IMPARATO A, GABRIEL L, PARENTE G, POSSEMATO S, DE LORENZO A (2010). Longitudinal study of total body potassium in healthy men. *J Am Coll Nutr*, **29(4)**:352-356.
- ANNESI JJ, PORTER KJ (2015). Reciprocal effects of exercise and nutrition treatment-induced weight loss with improved body image and physical self-concept. *Behav Med*, **41(1)**:18-24.
- ARNARDOTTIR ES, MAISLIN G, JACKSON N, SCHWAB RJ, TEFF K, JULIUSSON S, PACK AI, GISLASON T (2013). The role of obesity, different fat compartments and sleep apnea severity in circulating leptin levels: The icelandic sleep apnea cohort study. *Int J Obes*, **37(6)**:835-842.

- ARSENAULT LN, XU K, TAVERAS EM, HACKER KA (2014). Parents' obesity-related behavior and confidence to support behavioral change in their obese child: Data from the STAR study. *Acad Pediatr*, **14(5)**:456-462.
- ATA A, VURAL A, KESKİN F (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Med J*, **14(3)**:74 -84.
- AYHAN DE, GÜNAYDIN E, GÖNLÜAÇIK E, ARSLAN U, ÇETİNKAYA F, ASIMI H, UNCU Y (2012). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üni Tıp Fak Der*, **38(2)**:97-104.
- AZEVEDO DSM, SINGH-MANOUX A, BRUNNER EJ, KAFFASHIAN S, SHIPLEY MJ, KIVIMAKI M (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The Whitehall II study. *Eur J Epidemiol*, **27(7)**:537–546.
- BACON JG, SCHELTEMA KE, ROBINSON BE (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Relat Metab Disord*, **25(2)**: 252-257.
- BAE JP, LAGE MJ, MO D, NELSON DR, HOOGWERF BJ (2016). Obesity and glycemic control in patients with diabetes mellitus: Analysis of physician electronic health records in the US from 2009-2011. *J Diabetes Complications*, **30(2)**:212-220.
- BAYRAM N (2009). Sosyal Bilimlerde SPSS ile veri analizi. Güven Mücellit Matbaacılık Ltd. Şti, 2. Baskı, İstanbul.
- BAYS HE, TOTH PP, KRIS-ETHERTON PM, ABATE N, ARONNE LJ, BROWN WV, GONZALEZ-CAMPOY JM, JONES SR, KUMAR R, LA FORGE R, SAMUEL VT (2013). Obesity, adiposity, and dyslipidemia: A consensus statement from the National Lipid Association. *J Clin Lipidol*, **7(4)**:304-383.
- BAYSAL A (2014). Beslenme. Hatipoğlu Yayınları: 93, Beslenme ve Diyetetik Dizisi: 10, 15. Baskı. Ankara.
- BELAHSAN R, RGUIBI M (2006). Population health and mediterranean diet in southern mediterranean countries. *Public Health Nutr*, **9(8)**:1130-1135.
- BERRYMAN DE, DUBALE GM, MANCHESTER DS, MITTELSTAEDT R (2006). Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *J Am Diet Assoc*, **106(10)**:1678-1682.
- BJORNTORP P (2002). International Textbook of Obesity. Ed: Björntorp P, John Wiley & Sons Ltd, 1st Edition, Chichester.
- BOING AF, SUBRAMANIAN SV (2015).The influence of area-level education on body mass index, waist circumference and obesity according to gender. *Int J Public Health*, **60(6)**:727-736.

- BONSAKSEN T, FAGERMOEN MS, LERDAL A (2015). Factors associated with self-esteem in persons with morbid obesity and in persons with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. *Psychol Health Med*, **20(4)**:431-442.
- BOUCHARD CL (2001). The genetics of human obesity. Recent progress. *Bull Mem Acad R Med Belg*, **156(10-12)**:455-464.
- BOYNTON JR, ROSENBERG L, PALMER JR, BOGGS DA, WISE LA (2012). Child and adolescent abuse in relation to obesity in adulthood: The black women's health study. *Pediatrics*, **130(2)**:245–253.
- BOZA JC, TRINDADE EN, PERUZZO J, SACHETT L, RECH L, CESTARI TF (2012). Skin manifestations of obesity: A comparative study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, **26(10)**:1220-1223.
- BROWN I (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: Literature review. *J Adv Nurs*, **53(2)**:221-232.
- BROWN I, STRIDE C, PSAROU A, BREWINS L, THOMPSON J (2007). Management of obesity in primary care: Nurses' practices, beliefs and attitudes. *J Adv Nurs*, **59(4)**:329-341.
- BUSCEMI S, CASTELLINI G, BATSIS JA, RICCA V, SPRINI D, GROSSO G, ROSAFIO G, CARAVELLO M, RINI GB (2013). Psychological and behavioural factors associated with long-term weight maintenance after a multidisciplinary treatment of uncomplicated obesity. *Eat Weight Disord*, **18(4)**:351-358.
- BUSS J (2012). Associations between obesity and stress and shift work among nurses. *Workplace Health Saf*, **60(10)**:453-458.
- BUYS R, BUDTS W, DELECLUSE C, VANHEES L (2012). Exercise capacity, physical activity, and obesity in adults with repaired aortic coarctation. *J Cardiovasc Nurs*, **28(1)**:66-73.
- CALUGI S, DALLE GR, MARCHESINI G (2009). Night eating syndrome in class II–III obesity. Metabolic and psychopathological features. *Int J Obesity*, **33(8)**:899–904.
- CAMPOS-MATOS I, PERALTA-SANTOS A, GOMES B, BORGES G, AGUIAR P (2014). Body mass index assessment of health care professionals in a primary care setting in Portugal: A cross sectional study. *Acta Medica Portuguesa*, **27(5)**:609-614.
- CAPURON L, POIOU C, MACHAUX-THOLLIEZ D, FROCHOT V, BOUILLOT JL, BASDEVANT A, LAYE S, CLEMENT K (2011). Relationship between adiposity, emotional status and eating behaviour in obese women: Role of inflammation. *Psychol Med*, **41(7)**:1517-1528.

- CARPINIELLO B, PINNA F, VELLUZZI F, LOVISELLI A (2012). Mental disorders in patients with metabolic syndrome. The key role of central obesity. *Eat Weight Disord*, **17(4)**:259-266.
- CARRACA EV, MARKLAND D, SILVA MN, COUTINHO SR, VIEIRA PN, MINDERICO CS, SARDINHA LB, TEIXEIRA PJ (2012). Physical activity predicts changes in body image during obesity treatment in women. *Med Sci Sports Exerc*, **44(8)**:1604-1612.
- CHAMBLISS HO, FINLEY CE, BLAIR SN (2004). Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc*, **36(3)**:468-474.
- CHEN PY, LU ML, HUANG MC, KAO CF, KUO PH, CHIU CC, LIN SK, CHEN CH (2015). The relationships of obesity-related genetic variants with metabolic profiles and response to metformin in clozapine-treated patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*, **35(5)**:574-578.
- CHHABRA P, CHHABRA SK (2011). Effect of smoking on body mass index: A community-based study, *Nat J Community Med*, **2(3)**:325-330.
- CHING SW, LEIGH CW, JOCELYN H, MEGAN LG, MANDY HO, JULIE NB, KELVIN L, CHRIS TC, SARAH PG (2014). Bioelectrical impedance analysis to estimate body composition, and change in adiposity, in overweight and obese adolescents: comparison with dual-energy x-ray absorptiometry. *BMC Pediatrics*, **3(14)**:249.
- CHRISTIANSEN B, FEIRING M (2016). Challenges in the nurse's role in rehabilitation contexts. *J Clin Nurs*, **22**:1-24.
- CORCORAN SP, ELBEL B, SCHWARTZ AE (2016). The effect of breakfast in the classroom on obesity and academic performance: Evidence from New York City. *J Policy Anal Manage*, **35(3)**:509-532.
- COSTA JA (2006). Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism*, **10(2)**:40-44.
- CUGINI P, CILLI M, SALANDRI A, CECCOTTI P, DI MARZO A, RODIO A, FONTANA S, PELLEGRINO AM, DE FRANCESCO GP, CODA S, DE VITO F, COLOSI L, PETRANGELI CM, GIOVANNINI C (1999). Anxiety, depression, hunger and body composition:III. Their relationship in obese patients, *Eat Weight Disord*, **4(3)**:115-120.
- CLAYTON DJ, JAMES LJ (2016). The effect of breakfast on appetite regulation, energy balance and exercise performance. *Proc Nutr Soc*, **75(3)**:319-327.
- CZEGLEDI E (2016). Options for stress management in obesity treatment. *Orv Hetil*, **157(7)**:260-267.

- DALLAR Y, ERDEVE SŞ, ÇAKIR İ, KÖSTÜ M (2006) Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Der*; **48(1)**:1-3.
- DALTON M, CAMERON AJ, ZIMMET PZ, SHAW JE, JOLLEY D, DUNSTAN DW, WELBORN TA (2003). Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. *J Intern Med*, **254(6)**:555-563.
- DANZIGER J, CHEN KP, LEE J, FENG M, MARK RG, CELI LA, MUKAMAL KJ (2016). Obesity, acute kidney injury, and mortality in critical illness. *Crit Care Med*, **44(2)**:328-334.
- D'ARGENIO A, MAZZI C, PECCHIOLI L, DI LORENZO G, SIRACUSANO A, TROISI A (2009). Early trauma and adult obesity: is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiol Behav*, **8(5)**:543–546.
- DAUMIT GL, CLARK JM, STEINWACHS DM, GRAHAM CM, LEHMAN A, FORD DE (2003). Prevalence and correlates of obesity in a community sample of individuals with severe and persistent mental illness. *J Nerv Ment Dis*, **191(12)**:799-805.
- DEDELI O, BURSALIOĞLU SA, DEVECİ A (2014). Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clin Nurs Studies*, **2(4)**:1-9.
- DEURENBERG P, WESTSTRATE JA, SEIDELL JC (1991). Body mass index as a measure of body fatness: age- and sex-specific prediction formulas. *Br J Nutr*, **65(2)**:105-114.
- DICKERSON FB, BROWN CH, DAUMIT GL, FANG L, GOLDBERG RW, WOHLHEITER K (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophr Bull*, **32(3)**:584–589.
- DITTMAR M (2003). Reliability and variability of bioimpedance measures in normal adults: Effects of age, gender, and body mass. *Am J Phys Anthropol*, **122**:361-370.
- DIVERSI TM, HUGHES R, BURKE KJ (2016). The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australian dietitians. *Obes Sci Pract*, **2(4)**:456-465.
- DOUPA D, SECK SM, DIA CA, DIALLO FA, KANE MO, KANE A, GUEYE PM, MBAYE MN, GUEYE L, JOBE M (2014). Dyslipidemia, obesity and other cardiovascular risk factors in the adult population in Senegal. *Pan Afr Med J*, **21(19)**:181.
- DYSON PA (2010). The therapeutics of lifestyle management on obesity. *Diabetes Obes Metab*, **12(11)**:941-946.

- EDWARD H, SARAH M, MARA V, SONIA JC, STEPHEN D, DAVID M (2013). Measuring medical student attitudes and beliefs regarding obese patients. *Acad Med*, **88(2)**:1-13.
- EKSTROM S, KULL I, NILSSON S, BERGSTROM A (2015). Web-based self-reported height, weight, and body mass index among Swedish adolescents: A validation study. *J Med Internet Res*, **17(3)**:1-12.
- EREN G, ERDİ Ö (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klin Psikiyatri Der*, **6(3)**:152-157.
- FARRELL LC, WARIN MJ, MOORE VM, STREET JM (2016). Emotion in obesity discourse: understanding public attitudes towards regulations for obesity prevention. *Sociol Health Illn*, **38(4)**:543-558.
- FATIMA SS, REHMAN R, CHAUDHRY B (2014). Body mass index or body fat! Which is a better obesity scale for Pakistani population? *J Pak Med Assoc*, **64(11)**:1225-1228.
- FUEMMELER B, LOVELADY CA, ZUCKER NL, QSTBYE T (2013). Parental obesity moderates the relationship between childhood appetitive traits and weight. *Obesity*, **21(4)**:815-823.
- GHANE BM, SOTOUDEH G, DJALALI M, REZA ESHRAGHIAN M, NOORSHAHI N, RAFIEE M, NIKBAZM R, KARIMI Z, KOOHDANI F (2015). Association of major dietary patterns with general and abdominal obesity in Iranian patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Vitam Nutr Res*, **85(3-4)**:145-155.
- GIBSON RS (2005). Principles of nutritional assessment. Oxford University Press, 2nd Edition. New York, 324-328.
- GODAY A, BARNETO I, GARCIA-ALMEIDA JM, BLASCO A, LECUBE A (2015). Obesity as a risk factor in cancer: A national consensus of the spanish society for the study of obesity and the spanish society of medical oncology. *Clin Transl Oncol*, **17(10)**:763-771.
- GOLDSTEIN BI, LIU SM, ZIVKOVIC N, SCHAFFER A, CHIEN LC, BLANCO C (2011). The burden of obesity among adults with bipolar disorder in the United States. *Bipolar Disord*, **13(4)**:387-395.
- GOLUBIC R, MILOSEVIC M, KNEZEVIC B, MUSTAJBEGOVIĆ J (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *J Adv Nurs*, **65**:2056-2066.
- GONZALEZ SCE, DIAZ BURKE Y, MENDIZABAL-RUIZ AP, MEDINA DIAZ E, MORALES JA (2014). Prevalence of obesity and altered lipid profile in university students. *Nutr Hosp*, **29(2)**:315-321.

- GOYAL A, SINGH S, TANDON N, GUPTA N, GUPTA YK (2014). Effect of atorvastatin on pancreatic Beta-cell function and insulin resistance in type 2 diabetes mellitus patients: A randomized pilot study. *Can J Diabetes*, **38(6)**:466-472.
- GRANT EVDP, ROBERT TW, JOE L (2003). Percent body fat via DEXA: comparison with a four-compartment model. *J Appl Physiol*, **94**:499-506.
- GROESZ LM, MCCOY S, CARL J, SASLOW L, STEWART J, ADLER N, LARAIA B, EPEL E (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, **58(2)**:717-721.
- GUNSTAD J, PAUL RH, SPITZNAGEL MB, COHEN RA, WILLIAMS LM, KOHN M (2006). Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Res*, **142(1)**:31-37.
- HAMMERTON G, THAPAR A, THAPAR AK (2014). Association between obesity and depressive disorder in adolescents at high risk for depression. *Int J Obes*, **38(4)**:513-519.
- HANCOX RJ, MILNE BJ, POULTON R (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *Lancet*, **364**:257-262.
- HANIS CL, REDLINE S, CADE BE, BELL GI, COX NJ, BELOW JE, BROWN EL, AGUILAR D (2016). Beyond type 2 diabetes, obesity and hypertension: an axis including sleep apnea, left ventricular hypertrophy, endothelial dysfunction, and aortic stiffness among Mexican Americans in Starr County, Texas. *Cardiovasc Diabetol*, **8(15)**:86.
- HARVEY EL, SUMMERBELL CD, KIRK SFL, HILLS AJ (2002). Dietitians' views of overweight and obese people and reported weight management practices. *J Hum Nutr and Diet*, **15(5)**:331-347.
- HASLAM D. (2005) Gender-specific aspects of obesity. *J Mens Health Gend*, **179(2)**:179-185.
- HAYRAN O, AKAN H, OZKAN AD, KOCAOGLU B (2013). Fat phobia of university students: Attitudes toward obesity. *J Allied Health*, **42(3)**:147-150.
- HEATHER OC, CARRIE EF, STEVEN NB (2004). Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc*, **36(3)**:468-474.
- HEBEBRAND J, ALBAYRAK O, ADAN R, ANTEL J, DIEGUEZ C, DE JONG J, LENG G, MENZIES J, MERCER JG, MURPHY M, VAN DER PLASSE G, DICKSON SL (2014). "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci Biobehav Rev*, **47**:295-306.

- HEYWARD VH (2011). ASEP Methods recommendation: Body composition assessment. *J Exerc Physiol*, **4(4)**: 1-12.
- HSIAO PY, JENSEN GL, HARTMAN TJ, MITCHELL DC, NICKOLS-RICHARDSON SM, COFFMAN DL (2011). Food intake patterns and body mass index in older adults: A review of the epidemiological evidence. *J Nutr Gerontol Geriatr*, **30(3)**:204-324.
- HO YT, KAO TW, PENG TC, LIAW FY, YANG HF, SUN YS, CHANG YW, CHEN WL (2016). Role of Educational Status in Explaining the Association between Body Mass Index and Cognitive Function. *Medicine*, **95(5)**:1-7.
- HOUSE BT, COOK LT, GYLLENHAMMER LE, SCHRAW JM, GORAN MI, SPRUIJT-METZ D, WEIGENBERG MJ, DAVIS JN (2014). Meal skipping linked to increased visceral adipose tissue and triglycerides in overweight minority youth. *Obesity*, **22(5)**:77-84.
- JANSSEN I, CRAIG WM, BOYCE WF, PICKETT W (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school aged children. *Pediatrics*, **113(5)**:1187-1194.
- JEFFERY RW, LINDE JA, SIMON GE, LUDMAN EJ, ROHDE P, ICHIKAWA LE (2009). Reported food choices in older women in relation to body mass index and depressive symptoms. *Appetite*, **52(1)**:238-240.
- JENSEN MD (2008). Obesity. In: Cecil Medicine, 23rd Edition. Editors: Goldman L, Ausiello D. Elsevier, PA, USA: 1643-1652.
- KALUCY MJ, GRUNSTEIN R, LAMBERT T, GLOZIER N (2013). Obstructive sleep apnoea and schizophrenia. A research agenda. *Sleep Med Rev*, **17(5)**:357-365.
- KANTER R, CABALLERO B (2012). Global gender disparities in obesity: A review. *Adv Nutr*, **3(4)**:491-498.
- KATHERINE MF, JOHN AS, ANNE CL, BARRY IG, LORI GB, CYNTHIA LO, TAMARA BH, JAMES EE, NATHANIEL S (2009). Comparisons of percentage body fat, body mass index, waist circumference, and waist-stature ratio in adults. *Am J Clin Nutr*, **89**:500-508.
- KATZMARZYK PT, PERUSSE L, RAO DC, BOUCHARD C (1999). Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population. *Amer. J. Epidemiol*, **149**:933-942.
- KIM HJ, KIM WH, LIM HW, KIM JA, KIM DK, SHIN BS, SIM WS, HAHM TS, KIM CS, LEE SM (2015). Obesity is independently associated with spinal anesthesia outcomes: A prospective observational study. *PLoS One*, **10(4)**:1-11.



- KIM MJ, SON KH, PARK HY1, CHOI DJ, YOON CH, LEE HY, CHO EY, CHO MC (2013). Association between shift work and obesity among female nurses: Korean Nurses' Survey. *BMC Public Health*, **20(13)**:1204.
- KINZL JF (2016). Obesity: Stigmatization, discrimination, body image. *Wien Med Wochenschr*, **166(3-4)**:117-120.
- KISS K, MESZAROS Z, MAVROUDES M, SZMODIS MB, ZSIDE GH M, MESZAROS J (2009). Fitness and nutritional status of female medical university students. *Acta Physiol Hung*, **96(4)**:469-474.
- KLEIN S, ALLISON DB, HEYMSFIELD SB (2007). Waist circumference and cardiometabolic risk. *Diabetes Care*, **30**:1647-1651.
- KOEBNICK C, SMITH N, BLACK MH, PORTER AH, RICHIE BA, HUDSON S, GILLILLAND D, JACOBSEN SJ, LONGSTRETH GF (2012). Pediatric obesity and gallstone disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, **55(3)**:328-333.
- KOEFOD M, KROMANN CB, JULIUSSEN SR, HVIDTFELDT D, EKELUND B, FRANSEN NE, MARCKMANN P (2016). Nutritional status of maintenance dialysis patients: Low lean body mass index and obesity are common, protein-energy wasting is uncommon. *PLoS One*, **11(2)**:1-11.
- KOLOTKIN RL, GADDE KM, PETERSON CA, CROSBY RD (2016). Health-related quality of life in two randomized controlled trials of phentermine/topiramate for obesity: What mediates improvement? *Qual Life Res*, **25(5)**:1237-1244.
- KRYSTAL AD, THAKUR M, ROTH T (2008). Sleep disturbance in psychiatric disorders: Effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism, and schizophrenia. *Ann Clin Psychiatry*, **20(1)**:39-46.
- KUEBLER M, YOM-TOV E, PELLEG D, PUHL RM, MUENNIG P (2013). When overweight is the normal weight: An examination of obesity using a social media internet database. *PLoS One*, **8(9)**:1-8.
- KYLE U, GENTON L, PICHARD C (2013). Low phase angle determined by bioelectrical impedance analysis is associated with malnutrition and nutritional risk at hospital admission. *Clin Nutr*, **32(2)**:294-299.
- LEBLANC ME, CLOUTIER L, POIRIER P (2015). Sensitivity, specificity, and predictive values of a forearm blood pressure measurement method in severe obesity. *Blood Press Monit*, **20(2)**:79-82.
- LEE JH, REED DR, PRICE RA (1997). Familial risk ratios for extreme obesity: Implications for mapping human obesity genes. *Int J Obes Relat Metab Disord*, **21**:935-940.

- LEE JS, MISHRA G, HAYASHI K, WATANABE E, MORI K, KAWAKUBO K (2016). Combined eating behaviors and overweight: Eating quickly, late evening meals, and skipping breakfast. *Eat Behav*, **21**:84-88.
- LEE PY, CHEAH WL, CHANG CT, SITI RAUDZAH G (2012). Childhood obesity, self-esteem and health-related quality of life among urban primary schools children in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Malays J Nutr*, **18(2)**:207-219.
- LEE RD, NIEMAN DC (2003). *Nutritional Assessment*, Ed: Lynne MM, 3rd Edition, The McGraw-Hill Companies, New York.
- LEES L (2013). The nurse's role in hospital ward rounds. *Nurs Times*, **109(12)**:12-14.
- LEONARD BE, SCHWARZ M, MYINT AM (2012). The metabolic syndrome in schizophrenia: is inflammation a contributing cause? *J Psychopharmacol*, **26(5)**:33-41.
- LI KK, CONCEPCION RY, LEE H, CARDINAL BJ, EBBECK V, WOEKEL E, READDY RT (2012). An examination of sex differences in relation to the eating habits and nutrient intakes of university students. *J Nutr Educ Behav*, **44(3)**:246-250.
- LIDIANE SRT, GABRIELA DCB, JACQUELINE CTC, JOAOHC, LUIS CM, PASQUAL B (2014). Effect of dietary sodium restriction on body water, blood pressure, and inflammation in hemodialysis patients: A prospective randomized controlled study. *Int Urol Nephrol*, **46**:91-97.
- LIMBERS CA, TURNER EA, VARNI JW (2008). Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *J Clin Lipid*, **2(3)**:169-178.
- LIN HY, HUANG CK, TAI CM, LIN HY, KAO YH, TSAI CC, HSUAN CF, LEE SL, CHI SC, YEN YC (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, **13(1)**:2-8.
- LIN SJ, HWANG SJ, LIU CY, LIN HR (2012). The relationship between nutritional status and physical function, admission frequency, length of hospital stay, and mortality in old people living in long-term care facilities. *J Nurs Res*, **20(2)**:110-121.
- LIN WL, SU SF, LEE WJ, LEE CH (2015). The influence of bariatric surgery on body image in obesity patients. *Hu Li Za Zhi*, **62(1)**:50-57.
- LINDSEY JA, DAVID NE, TODD S (2015). Utility of multi-frequency bioelectrical impedance compared to deuterium dilution for assessment of total body water. *Nutr & Diet*, **72**:183-189.
- LIVZAN MA, LAPTEVA IV, KROLEVETS TS, KISELEV IE (2016). Specific features of gastroesophageal reflux disease associated with obesity and overweight. *Ter Arkh*, **88(2)**:21-27.

- LITTLEJOHN NK, GROBE JL (2015). Opposing tissue-specific roles of angiotensin in the pathogenesis of obesity, and implications for obesity-related hypertension. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, **309(12)**:1463-1473.
- LU Y, HABTETSION TG, LI Y, ZHANG H, QIAO Y, YU M, TANG Y, ZHEN Q, CHENG Y, LIU Y (2015). Association of NCOA2 gene polymorphisms with obesity and dyslipidemia in the Chinese Han population. *Int J Clin Exp Pathol*, **8(6)**:7341-7349.
- LUCAN SC, DINICOLANTONIO JJ (2015). How calorie-focused thinking about obesity and related diseases may mislead and harm public health. An alternative. *Public Health Nutr*, **18(4)**:571-581.
- LUKASKI HC (1987). Methods for the assessment of human body composition: Traditional and new. *Am J Clin Nutr*, **46**:537-556.
- LUPPINO FS, DE WIT LM, BOUVY PF, STIJNEN T, CUIJPERS P, PENNINX BW (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, **67(3)**:220-229.
- MADJID IS, BACKHOLER K, WILLIAMS ED, MAGLIANO DJ, SHAW JE, PEETERS A (2014). The effect of educational status on the relationship between obesity and risk of type 2 diabetes. *Obes Res Clin Pract*, **8(2)**:172-177.
- MANZONI GM, PAGNINI F, GORINI A, PREZIOSA A, CASTELNUOVO G, MOLINARI E, RIVA G (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months follow-up. *J. Am. Diet. Assoc*, **109(8)**:1427-1432.
- MARGONI A, PERREA DN, VLACHOS I, PROKOPAKI G, PANTOPOULOU A, FOTIS L, KOSTAKI M, PAPAVALASSILIOU AG (2011). Serum leptin, adiponectin and tumor necrosis factor- $\alpha$  in hyperlipidemic rats with/without concomitant diabetes mellitus. *Mol Med*, **17(1)**:36-40.
- MARONEY D, GOLUB S (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Percept Mot Skills*, **75**:387-391.
- MARTELLETTI P, ANDREOLI A, BERNONI RM (1991). Bioelectrical impedance assay (BIA) of total body composition in alcohol-induced migraine patients. Preliminary report. *Headache*. **31**:41-45.
- MASTERS RK, REITHER EN, POWERS DA, YANG YC, BURGER AE, LINK BG (2013). The impact of obesity on US mortality levels: The importance of age and cohort factors in population estimates. *Am J Public Health*, **103(10)**:1895-1901.
- MATA J, THOMPSON RJ, JAEGGI SM, BUSCHKUEHL M, JONIDES J, GOTLIB IH (2012). Walk on the bright side: Physical activity and affect in major depressive disorder. *J Abnorm Psychol*, **121(2)**:297-308.

- MATHESON DM, KILLEN JD, WANG Y, VARADY A, ROBINSON TN (2004). Children's food consumption during television viewing. *Am J Clin Nutr*, **79**:1088-1094.
- MCCLURE KJ, PUHL RM, HEUER CA (2011). Obesity in the news: Do photographic images of obese persons influence antifat attitudes? *J Health Commun*, **16(4)**:359-371.
- MCCONNELL AR, LEIBOLD JM (2001). Relations among the implicit association test, discriminatory behavior and explicit measures of racial attitudes. *J Exper Social Psych*, **37**:435-442.
- MCCONNON A, GRIBBLE R, RAATS MM, STUBBS J, SHEPHERD R (2013). Health professionals', expert patients' and dieters' beliefs and attitudes about obesity. *J Hum Nutr Diet*, **26(6)**:612-616.
- MCELROY SL (2009). Obesity in patients with severe mental illness: Overview and management. *J Clin Psychiatry*, **70(3)**:12-21.
- MCFADDEN DW, RIGGS DR, JACKSON BJ (2008). Corn derived carbohydrate inositol hexaphosphate inhibits Barrett's adenocarcinoma growth by pro-apoptotic mechanisms. *Oncol Rep*, **19**:563-566.
- MENDEZ J, LUKASKI HC (1981). Variability of body density in ambulatory subjects measured on different days. *Am J Clin Nutr*, **34**:78-81.
- MILIC S, LULIC D, STIMAC D (2014). Non-alcoholic fatty liver disease and obesity: Biochemical, metabolic and clinical presentations. *World J Gastroenterol*, **20(28)**:9330-9337.
- MITCHELL AB, COLE JW, MCARDLE PF, CHENG YC, RYAN KA, SPARKS MJ, MITCHELL BD, KITTNER SJ (2015). Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*, **46(6)**:1690-1692.
- MOLD F, FORBES A (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health care settings: A synthesis of current research. *Health Expect*, **16(2)**:119-142.
- NAZLICAN E, DEMİRHİNDİ H, AKBABA M (2011). Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üni Sağ Bil Enst Der*, **1(2)**:5-12.
- NANDE P, MUDAFALÉ V, VALI S (2009). Micronutrient status of male & female players engaged in different sports disciplines. *J Exerc Sci Physio*, **5(1)**:1-13.
- NEUHOUSER ML, ARAGAKI AK, PRENTICE RL, MANSON JE, CHLEBOWSKI R, CARTY CL, OCHS-BALCOM HM (2015). Overweight, obesity, and postmenopausal invasive breast cancer risk: A secondary analysis of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA Oncol*, **1(5)**:611-621.

- NISHANK J, ABU TM, IAN JN, ESSAM FE, GLORIA LV, SUSAN H (2014). Association of urinary sodium-to-potassium ratio with obesity in a multiethnic cohort. *Am J Clin Nutr*, **99**:992-998.
- NISHIDA C, MUCAVELE P (2005). Monitoring the rapidly emerging public health problem of overweight and obesity: The WHO Global Database on Body Mass Index, *SCN News*, **29(1)**:5-12.
- O'BRIEN KS, LATNER JD, HALBERSTADT J, HUNTER JA, ANDERSON J, CAPUTI P (2008). Do antifat attitudes predict antifat behaviors? *Obesity*, **16(2)**:87-92.
- OLIVER JE, LEE T (2005). Public opinion and the politics of obesity in America. *J Health Polit Policy Law*, **30(5)**:923-954.
- OSAKO M, TAKAYAMA T, KIRA S (2005). Dietary habits, attitudes toward weight control, and subjective symptoms of fatigue in young women in Japan, *Jap J Pub Health*, **52(5)**:387-398.
- PANTENBURG B, SIKORSKI C, LUPPA M, SCHOMERUS G, KONIG HH, WERNER P, RIEDELHELLER SG (2012). Medical students' attitudes towards overweight and obesity. *PLoS One*, **7(11)**:1-8.
- PARLAK A, ÇETİNKAYA Ş (2007). Çocuklarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. *Fırat Sağ Hiz Der*, **2(5)**:24-35.
- PENEAU S, MENARD E, MEJEAN C, BELLISLE F, HERCBERG S (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *Am J Clin Nutr*, **97(6)**:1307-1313.
- PETRY NM, BARRY D, PIETRZAK RH, WAGNER JA (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosom Med*, **70(3)**:288-297.
- PINAR R (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. Hemş Der*, **6(1)**:30-41.
- PLOURDE G (1997). The role of radiologic methods in assessing body composition and related metabolic parameters. *Nutr Rev*, **55**:289-296.
- POON MY, TARRANT M (2009). Obesity: Attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *J Clin Nurs*, **18(16)**:2355-2365.
- PUHL R, BROWNELL KD (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*, **9(12)**:788-805.
- QUICK V, SHOFF S, LOHSE B, WHITE A, HORACEK T, GREENE G (2015). Relationships of eating competence, sleep behaviors and quality, and overweight status among college students. *Eat Behav*, **19**:15-19.

- RADER DJ, ALEXANDER ET, WEIBEL GL, BILLHEIMER J, ROTHBLAT GH (2009). The role of reverse cholesterol transport in animals and humans and relationship to atherosclerosis. *J Lipid Res*, **50**:189-194.
- RANKINEN T, KIM SY, PERUSSE L, DESPRES JP, BOUCHARD C (1999). The prediction of abdominal visceral fat level from body composition and anthropometry: ROC analysis. *Int J Obes*, **23**:801-809.
- RAWANA JS (2013). The relative importance of body change strategies, weight perception, perceived social support, and self-esteem on adolescent depressive symptoms: Longitudinal findings from a national sample. *J Psychosom Res*, **75**(1):49-54.
- RIVENES AC, HARVEY SB, MYKLETUN A (2009). The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: Results from the HUNT study. *J Psychosom Res*, **66**(4):269-275.
- RONGEN A, ROBROEK SJ, VAN DER HEIJDEN BI, SCHOUTETEN R, HASSELHORN HM, BURDORF A (2013). Influence of work-related characteristics and work ability on changing employer or leaving the profession among nursing staff. *J Nurs Manage*, **22**:1065-1075.
- ROSENBERG M (1965). Society and the adolescent self-image. 1st Edition. Princeton University Press, Princeton.
- ROSENHECK R (2008). Fast food consumption and increased caloric intake: A systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obes Rev*, **9**(6):535-547.
- ROTELLA F, MANNUCCI E (2013). Depression as a risk factor for diabetes: A meta-analysis of longitudinal studies. *J Clin Psychiatry*, **74**(1):31-37.
- RUDOLPH A (2002). Rudolph's Pediatrics. 21st Edition. Mc Graw Hill Companies, USA.
- SAĞLAM FM, GÜÇLÜ MB, İNCE Dİ, SAVCI S VE ARIKAN H (2008). Sigara ve fiziksel aktivite. T.C. Sağlık Bakanlığı. Klasmat Matbaacılık. 1. Baskı. Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK ARAŞTIRMALARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ, ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı, 931, Ankara.
- SAMAAN Z, LEE YK, GERSTEIN HC, ENGERT JC, BOSCH J, MOHAN V, DIAZ R, YUSUF S, ANAND SS, MEYRE D (2015). Obesity genes and risk of major depressive disorder in a multiethnic population: A cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*, **76**(12):1611-1618.

- SATMAN I, OMER B, TUTUNCU Y, KALACA S, GEDİK S, DINCCAG N, KARSIDAG K, GENÇ S, TELCI A, CANBAZ B, TURKER F, YILMAZ T, ÇAKIR B, TUOMILEHTO J (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, **28(2)**:169-180.
- SATMAN I, YILMAZ T, SENGUL A, SALMAN S, SALMAN F, UYGUR S, BASTAR I, TUTUNCU Y, SARGIN M, DINCCAG N, KARSIDAG K, KALACA S, OZCAN C, KING H (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, **25(9)**:1551-1556.
- SAYGIN M, KURTULUŞ Ö, SADETTİN Ç, MEHMET AY, MEHMET H, TANER G, YÜCEL K (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *S.D.Ü. Tıp Fak. Der.*, **18(2)**: 43-47.
- SCHRODER H, FITO M, COVAS MI (2007). Association of fast food consumption with energy intake, diet quality, body mass index and the risk of obesity in a representative Mediterranean population. *Br J Nutr*, **98(6)**:1274–1280.
- SEIDELL JC (2002). Prevalence and time trends of obesity in Europe. *J Endocrinol Invest*, **25(10)**:816-822.
- SERT H, SEVEN A, ÇETİNKAYA S, PELİN M, AYGİN D (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin obezite ön yargı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Online Türk Sağ Bil Der.*, **1(4)**:9-17.
- SERTER R (2004). Obezite Atlası. 1. Baskı, Karakter Color, Ankara
- SEZER H, GÜLER N, SEZER RE (2007). Smoking among nurses in Turkey: Comparison with other countries. *J Health, Popul Nutr*, **25(1)**:107-111.
- SHENTOW-BEWSH R, KEATING L, MILLS JS (2016). Effects of anti-obesity messages on women's body image and eating behaviour. *Eat Behav*, **20**:48-56.
- SIKORSKI C, LUPPA M, SCHOMERUS G, WERNER P, KONIG HH, RIEDEL-HELLER SG (2012). Public attitudes towards prevention of obesity. *PLoS One*, **7(6)**:1-8.
- SNIJDER MB, VISSER M, DEKKER JM, SEIDELL JC, FUERST T, TYLAVSKY F, CAULEY J (2002). The prediction of visceral fat by dual-energy X-ray absorptiometry in the elderly: A comparison with computed tomography and anthropometry. *Int J Obesity*, **26**:984-993.
- SONG MR, LEE YS, BAEK JD, MILLER M (2012). Physical activity status in adults with depression in the national health and nutrition examination survey, 2005–2006. *Public Health Nurs*, **29(3)**:208–217.

- STEIN J, LUPPA M, RUZANSKA U, SIKORSKI C, KONIG HH, RIEDEL-HELLER SG (2014). Measuring negative attitudes towards overweight and obesity in the German population—psychometric properties and reference values for the German short version of the fat phobia scale (FPS). *PloS One*, **9(12)**:1-18.
- SUI Z, TURNBULL D, DODD J (2013). Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. *Women and Birth*, **26(4)**:267-272.
- SUNG KC, PARK HY, KIM MJ, REAVEN G (2016). Metabolic markers associated with insulin resistance predict type 2 diabetes in Koreans with normal blood pressure or prehypertension. *Cardiovasc Diabetol*, **22(15)**:47.
- SUSAN AJ, TIMOTHY JC, DEANNE D, PETER RM, ANDREW MP (2000). Evaluation of the novel Tanita body-fat analyser to measure body composition by comparison with a four-compartment model. *Brit J Nutr*, **83**:115–122.
- SUZANNE AG, GRANT RS, WILLIAM MK, EUGENE WR, JOHN OG (2000). Fast adipose tissue (FAT) assessment by MRI. *Magn Reson Imag*, **18**:815–818.
- SOTO L, ANA LAA, MONTSERRAT BG, CRUZ AJ (2014). Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. *Nutr Hosp*, **30(1)**:37-41.
- TEACHMAN BA, GAPINSKI KD, BROWNELL KD, RAWLINS M, JEYARAM S (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychol*, **22(1)**:68-78.
- TIN SP, HO SY, MAK KH, WAN KL, LAM TH (2012). Location of breakfast consumption predicts body mass index change in young Hong Kong children. *Int J Obes*, **36(7)**:925-930.
- TOMIYAMA AJ, FINCH LE, BELSKY AC, BUSS J, SCHWARTZ MB (2015). Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*, **23(1)**:46-53.
- TOSCHKE AM, THORSTEINSDOTTIR KH, VON KRIES R (2009). Meal frequency, breakfast consumption and childhood obesity. *Int J Pediatr Obes*, **4(4)**:242-248.
- TÜBER (2016). Türkiye Beslenme Rehberi 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara.
- TZOTZAS T, VLAHAVAS G, PAPADOPOULOU SK, KAPANTAIS E, KAKLAMANO D, HASSAPIDOU M (2010). Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: Data from the national epidemiological survey. *BMC Public Health*, **26(10)**:732.



- VAL-LAILLET D, AARTS E, WEBER B, FERRARI M, QUARESIMA V, STOECKEL LE, ALONSO-ALONSO M, AUDETTE M, MALBERT CH, STICE E (2015). Neuroimaging and neuromodulation approaches to study eating behavior and prevent and treat eating disorders and obesity. *Neuroimage Clin*, **4(8)**:1-31.
- VAN REEDT DORTLAND AK, GILTAY EJ, VAN VEEN T, ZITMAN FG, PENNINX BW (2013). Longitudinal relationship of depressive and anxiety symptoms with dyslipidemia and abdominal obesity. *Psychosom Med*, **75(1)**:83-89.
- VAUGHAN-SHAW PG, SAUNDERS J, SMITH T, KING AT, STROUD MA (2013). Oedema is associated with clinical outcome following emergency abdominal surgery. *Ann R Coll Surg Engl*, **95(6)**:390-396.
- VOLERY M, BONNEMAIN A, LATINO A, OURRAD N, PERROUD A (2015). Obesity psychological treatment: Beyond cognitive and behavioral therapy. *Rev Med Suisse*, **11(467)**:704-708.
- VON BONSDORFF ME, VON BONSDORFF MB, ZHOU ZE (2014). Organizational justice, selection, optimization with compensation, and nurses' work ability. *J Occup Environ Med*, **56**:326-330.
- VALEFFLIU Y, BALA S, PIRUSHI R, VAKEFFLIU, BUSHATI J, MELANI AS (2013). Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among Albanian nurse students, *Int Sch Res Notices*, **1(1)**:1-4.
- WANG Y, DING Y, SONG D, ZHU D, WANG J (2016). Attitudes toward obese persons and weight locus of control in Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Nurs Res*, **65(2)**:126-132.
- WATANABE T, TSUJINO I, KONNO S, ITO YM, TAKASHINA C, SATO T, ISADA A, OHIRA H, OHTSUKA Y (2016). Association between smoking status and obesity in a nationwide survey of Japanese adults. *PLoS One*. **11(3)**:1-11.
- WATSON L, OBERLE K, DEUTSCHER D (2008). Development and psychometric testing of the nurses' attitudes toward obesity and obese patients (NATOOPS) scale. *Res Nurs Health*, **31(6)**:586-593.
- WEAR D, AULTMAN JM, VARLEY JD, ZARCONI J (2006). Making fun of patients: Medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Acad Med*, **81(5)**:454-462.
- WELLS JCK, FEWTRELL MS (2006). Measuring body composition. *Arch Dis Child*, **91**:612-617.

- WEN L, KANG JH, YIM YR, KIM JE, LEE JW, LEE KE, PARK DJ, KIM TJ, PARK YW, KWEON SS, LEE YH, YUN YW, SHIN MH, LEE SS (2016). Associations between body composition measurements of obesity and radiographic osteoarthritis in older adults: Data from the Dong-gu Study. *BMC Musculoskelet Disord*, **29(17)**:192.
- WESTMORELAND P, KRANTZ MJ, MEHLER PS (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*, **129(1)**:30-37.
- WHITING L (2008). Tackling childhood obesity. *Brit J Sch Nurs*. **3(1)**:36-41.
- WHO (2015) (WORLD HEALTH ORGANIZATION). 10 facts on obesity. Erişim adresi: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index1.html>. Erişim tarihi: 16.11.2016.
- WHO (2013) (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Obesity. Erişim Adresi: <http://www.who.int/topics/obesity/en/> (Erişim Tarihi: 05.01. 2016).
- WISE FM, HARRIS DW, OLVER JH (2014). Attitudes to obesity among rehabilitation health professionals in Australia. *J Allied Health*, **43(3)**:162-168.
- WOLF C (2010). Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. *J Phys Assist Edu*, **21(4)**:37-40.
- WOUTER D, VAN ML, KLAAS RW, LOEK W (1994). Deuterium dilution as a method for determining total body water: Effect of test protocol and sampling time. *Brit J Nutr*, **72**:491-497.
- WYATT HR (2013). Update on treatment strategies for obesity. *J Clin Endocrinol Metab*, **98(4)**:1299-1306.
- XU X, ZHOU L, MIAO R, CHEN W, ZHOU Y, PANG Q, QU K, LIU C (2016). Association of cancer mortality with postdiagnosis overweight and obesity using body mass index. *Oncotarget*, **7(4)**:5023-5029.
- XUE H, WANG C, LI Y, CHEN J, YU L, LIU X, LI J, CAO J, DENG Y (2016). Incidence of type 2 diabetes and number of events attributable to abdominal obesity in China: A cohort study. *J Diabetes*, **8(2)**:190-198.
- YAU PL, CASTRO MG, TAGANI A, TSUI WH, CONVIT A (2012). Obesity and metabolic syndrome and functional and structural brain impairments in adolescence. *Pediatrics*, **130(4)**:856-864.
- YAZICIOĞLU Y, ERDOĞAN S (2004). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Detay Yayıncılık, 1.Baskı, Ankara.
- ZHOU D, JIANG X, DING W, ZHANG D, YANG L, ZHEN C, LU L (2014). Impact of bariatric surgery on ghrelin and obestatin levels in obesity or type 2 diabetes mellitus rat model. *J Diabetes Res*, **14(1)**:1-7.

ZHU S, WANG Z, HESHKA S, HEO M, FAITH MS, HEYMSFIELD SB (2002).  
Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the  
third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action  
thresholds. *Am J Clin Nutr*, **76(4)**:743-749.



## **EKLER**

**EK-1:** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İzin Yazısı

**EK-2:** Ankara Üniversitesi İzin Yazısı

**EK-3:** Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi İzin Yazısı

**EK-4:** Etik Kurul Raporu

**EK-5:** Öğrencilere Uygulanan Anket Formu

**Ek-6:** Hemşirelere Uygulanan Anket Formu

**Ek-7:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



## EK-1: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İzin Yazısı



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik

Sayı : 75265783- 1763  
Konu : Hacı Ömer Yılmaz Araştırma İzni.

09.03.2016

### ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 18.02.2016 tarihli, 1967 sayılı ve "Hacı Ömer Yılmaz Araştırma İzni Hk" konulu yazınız

İlgi yazıya istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araştırma Görevlisi Hacı Ömer YILMAZ' ın Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN danışmanlığında yürüteceği "Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde eğitim gören hemşirelik 4. Sınıf öğrencileri ile yapması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

Suat CİHANGİR  
Rektör a.  
Genel Sekreter

Rektörlük: Esenboğa Merkez Mah. Çubuk/ANKARA  
Tel: 0 312 324 15 55 / 324 15 09/ 324 15 02

Ofis: Çankırı Cad. Çiçek Sk. NO: 3 Kat: 2 Ulus/ANKARA  
Faks: 0 312 324 15 05 E-Mail : gensek@ybu.edu.t

## EK-2: Ankara Üniversitesi İzin Yazısı



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı  
Hemşirelik Bölümü



Sayı : 87103392-044/E.754

01.03.2016

Konu : Arş.Gör.Hacı Ömer YILMAZ'ın Araştırma  
İzni Hk.

### SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı (Fakülte Sekreterliği)'nin 24.02.2016 tarihli ve  
46732005-044/E.677 sayılı yazısı.

Beslenme ve Diyetetik Bölümü Anabilim Dalı tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi  
Arş.Gör. Hacı Ömer YILMAZ'ın Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN danışmanlığında  
yürüteceği "Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının  
İncelenmesi" konulu tez çalışması uygulaması ile ilgili talebi Bölümümüzce uygun bulunmuştur.  
Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. AYFER TEZEL  
Bölüm Başkanı

26.02.2016 Memur : Döndü KAYA

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Şükriye Mahallesi Plevne Caddesi No:5 ANKARA /ANKARA  
Telefon No: 0312 319 14 50/1123 Belge Geçer No: -  
e-posta: - internet adresi: -

Bilgi için:Döndü KAYA  
Memur

## EK-3: Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi İzin Yazısı



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hastaneler Başhekimliği  
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Hastane Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Şefliği



Sayı : 15255985-044[773.03]/E.5222

24.02.2016

Konu : Hacı Ömer Yılmaz Araştırma İzni hk.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)  
(Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı)

İlgi : 18.02.2016 tarihli ve 39892238-044/E.1968 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalınız Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ'ın, Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN danışmanlığında yürüteceği "Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının uygulamasını Hastanemizde çalışan hemşireler ile yapabilmesi isteğiniz tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. A.Rüçhan AKAR  
Başhekim

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tıp Fak.Cad. 06260 Dikimevi - Mamak - Ankara  
Tel. No : 0312 595 63 60 Belge Geçer No : 0312 362 34 41  
E-Posta : cebbskl@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için: Neşe ÖZTÜRK  
Memur  
Telefon No:(312) 595 63 60

## EK-4: Etik Kurul Raporu

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları ile obez bireylere karşı tutum ve davranışlarının incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLU		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER	<input type="checkbox"/>		
KARAR BELGELERİ	Karar No:06-222-16	Tarih: 28 Mart 2016		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Mellî</i>
Prof.Dr.İrfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Soykan</i>
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Öztürk</i>
Prof.Dr. Seher DEMİRER	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Demire</i>
Prof.Dr.Şule ŞENGÜL	Nefroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Şengül</i>
Prof.Dr.İnci İLHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>I. İlhan</i>
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Sivri</i>
Prof.Dr.Zarife ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Z. Şenocak</i>
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>B. Çakır</i>
Doç.Dr.Suha YAĞCIOĞLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Yağcıoğlu</i>
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>D. Öztuna</i>
Doç.Dr.Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Koçak</i>
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>N. Kutlay</i>
Uz.Dç.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>O. İlgili</i>
Mühübe SUTAY	İşletme	-	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Sutat</i>

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ

İmza:

*M. Mellî*



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları ile obez bireylere karşı tutum ve davranışların incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nurcan YABANCI AYHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Beslenme ve Diyetetik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Analitik Araştırma-Kesitsel Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ  
İmza:

*M. Mell*

31 Mart 2016  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
ABLI GIBİDİR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## EK-5: Öğrencilere Uygulanan Anket Formu

### HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI İLE OBEZ BİREYLERE KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket No :

Tarih :

#### I - GENEL BİLGİLER

1.Yaş:.....yıl

2.Cinsiyet a.Erkek b.Kadın

3. Sınıfınız:.....

4. Annenizin eğitim durumu?

- a.Okur – yazar değil b.Okur – yazar c.İlkokul mezunu  
d.Ortaokul mezunu e.Lise ve dengi okul mezunu  
f.Yüksekokul/Üniversite

5. Annenizin mesleği:

- a.Çalışmıyor-Ev hanımı b.Serbest meslek c.Memur d.İşçi e.Emekli  
f.Diğer(belirtiniz.....)

6. Babanızın eğitim durumu?

- a. Okur – yazar değil b. Okur – yazar c. İlkokul mezunu  
d.Ortaokul mezunu e. Lise ve dengi okul mezunu f. Yüksekokul/Üniversite

7. Babanızın mesleği:

- a.Çalışmıyor b.Serbest meslek c.Memur d.İşçi e.Emekli  
f.Diğer(belirtiniz.....)

8. Siz dâhil kaç kardeşsiniz? .....

9. Nerede kalıyorsunuz?

- a.Ailem ile beraber b.Yurt c.Bir yakınımın yanında d.Arkadaşlarla evde  
e.Diğer(belirtiniz)

10.Sigara içiyor musunuz?

- a.Hiç içmedim b.İçiyordum, bıraktım c.İçiyorum (.....adet/gün)

11. Ailenizde şişman birey var mı? a.Var b.Yok

12. Boy Uzunluğunuz: .....cm *Bilmiyorsanız boş bırakın.*  
Vücut Ağırlığınız: .....kg *Bilmiyorsanız boş bırakın.*

## II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. **Öğün atlar mısınız?** a.Evet b.Hayır c.Bazen
2. **Cevabınız evet veya bazen ise genellikle hangi öğünü atlarsınız?** (birden fazla işaretleyebilirsiniz) a.Sabah b.Öğle c.Akşam d. Ara öğünler
3. **Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?** a.Evet b.Hayır
4. **Uyumadan önce bir şeyler yer misiniz?** a. Evet b. Hayır
5. **Evet ise genellikle ne yersiniz?**  
a.Süt-ayran-yoğurt b.Meyve c. Kuruyemiş d.Bisküvi, kek vb.  
e.Diğer(belirtiniz).....
6. **Ev dışında sıklıkla yemek yer misiniz?** a.Evet b.Hayır
7. **Günde 5 porsiyon meyve ve sebze tüketir misiniz?**  
a.Evet b.Hayır
8. **Günde 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketiyor musunuz?**  
a.Evet b.Hayır
9. **Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma alışkanlığınız var mı?\***(\*Haftada en az üç kere ve bir seferde en az 30 dakika fiziksel aktivite yapıyorsanız Evet seçeneğini işaretleyiniz.) a.Evet b.Hayır
10. **Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekler misiniz?** a.Evet b.Hayır
11. **Sizce genel olarak yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?** a. Evet b. Hayır
12. **Beslenme eğitimi almak ister misiniz?** a.Evet b.Hayır c.Önceden aldım.
13. **Son üç ay içinde vitamin –mineral takviyesi kullandınız mı?** a. Evet b. Hayır
14. **Cevabınız Evet ise, hangi vitamin-mineral takviyesini kullandınız / kullanıyorsunuz?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
a.Bilmiyorum b.Demir c.Kalsiyum d. B vit kompleksi e.Folik asit  
f. Çoklu vitamin kompleksi g. Çoklu vitamin-mineral kompleksi h.Diğer (belirtiniz...)

## KILOFOBİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek toplumda obez bireylere karşı tutum ve davranışı belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Listede 14 tane özellik sıralanmıştır. Sizde obez bireyleri tanımlamak için hissettiğiniz duygunun derecesine göre numaralandırılmış yerlere X işareti koyunuz.

	5	4	3	2	1	
Tembel						Çalışkan
İstekli						İsteksiz
Çekici						Çekici değil
Kuvvetli irade						Zayıf irade
Hızlı						Yavaş
Dayanıklı						Dayanaksız
Hareketli						Hareketsiz
Duygusal						Duygusuz
Rahatına düşkün						Fedakar
Yemeği Sevmez						Yemeği Sever
Şekilsiz (vücudu)						Düzgün (vücudu)
Az Yer						Çok Yer
Endişeli						Güvenli
Düşük Özsaygı						Yüksek Özsaygı

## OBEZ BİREYLERE KARŞI YAKLAŞIM ÖLÇEĞİ

Sol tarafta bulunan boşluklara, düşünceye ne derece katılıp katılmadığınızı yazınız. Lütfen boş bırakmayınız. Rakam verirken başına – veya + koymayı unutmayınız.

Kesinlikle katılmıyorum	-3	Kesinlikle Katılıyorum	+3
Orta Derecede Katılmıyorum	-2	Orta Derecede Katılıyorum	+2
Nispeten Katılmıyorum	-1	Nispeten Katılıyorum	+1

1. ----- Obez insanlar obez olmayanlar kadar mutludur.
2. ----- Çoğu obez insan kendini diğer insanlar kadar iyi hissetmez.
3. ----- Çoğu obez insan diğer insanlardan daha bilinçlidir.
4. ----- Çalışan obez insanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamaz.
5. ----- Obez olmayan insanların çoğu obez insanlarla evlenmek istemez.
6. ----- Aşırı obez insanlar genellikle düzensizdir.
7. ----- Obez insanlar genelde sosyaldır.
8. ----- Çoğu obez insan halinden memnun değildir.
9. ----- Obez insanlar en az diğer insanlar kadar kendine güvenir.
10. ----- Çoğu insan obez insanlarla sosyal bir toplulukta kendini rahat hissetmez.
11. ----- Obez insanlar diğer insanlara göre daha az agresiftir.
12. ----- Çoğu obez insan diğer insanlara göre daha farklı kişisel özelliklere sahiptir.
13. ----- Obez insanların çok az bir kısmı kendi kilosundan utanır.
14. ----- Çoğu obez insan normal kilolu insanlardan utanır.
15. ----- Obez insanlar diğer insanlara göre daha duygusaldır.
16. ----- Obez insanlar normal yaşam için beklenti içinde olmamalıdır.
17. ----- Obez insanlar en az diğer insanlar kadar sağlıklıdır.
18. ----- Obez insanlar en az diğer insanlar kadar seksual çekiciliğe sahiptir.
19. ----- Obez insanlar ailevi probleme sahip olma eğilimindedir.
20. ----- İnsanın başına gelebilecek en kötü şeylerden biri onun obez olmasıdır.

## OBEZ BİREYLER HAKKINDA İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Sol tarafta bulunan boşluklara, düşünceye ne derece katılıp katılmadığınızı yazınız.

Lütfen boş bırakmayınız. Rakam verirken başına – veya + koymayı unutmayınız.

Kesinlikle katılmıyorum	-3	Kesinlikle Katılıyorum	+3
Orta Derecede Katılmıyorum	-2	Orta Derecede Katılıyorum	+2
Nispeten Katılmıyorum	-1	Nispeten Katılıyorum	+1

1. -----Obezite genellikle, sevgi ve ilgi eksikliğini gidermek için yemek yendiğinde ortaya çıkar.
2. -----Birçok durumda obezite, biyolojik bir bozukluk olarak ortaya çıkar.
3. -----Obezite genellikle aşırı yemek yemekten kaynaklanır.
4. -----Birçok obez birey hareket etmemesi onlar için sorun yaratır.
5. -----Birçok obez birey, obez olmayan bireylere kıyasla daha fazla yemek yer.
6. -----Obez bireylerin büyük çoğunluğu yanlış yemek yeme alışkanlıklarına sahiptir.
7. -----Obezite nadiren irade eksikliğinden kaynaklanır.
8. -----Bazı bireylerin ilaca bağımlı olması gibi, obez bireylerde besinlere bağımlı olabilir. Bu onları genellikle obez hale getirir.

**EK-6: Hemşirelere Uygulanan Anket Formu**

**ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE OBEZ BİREYLERE KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Anket No :

Tarih :

**I - GENEL BİLGİLER**

1.Yaş:.....yıl 2.Cinsiyet a.Erkek b.Kadın

3.Medeni Durumunuz?a.Evlib.Bekar

4. Hangi birimde çalışıyorsunuz? (Örnek: Genel Cerrahi Servisi, KVC Yoğun Bakım)  
.....

5. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?:.....yıl

6. Çalışma saatleriniz nasıldır?

a.Gündüz vardiya(8 saat) b.Gece vardiya(16 saat) c.Gece+Gündüz vardiya

6.Eğitim Durumunuz ?

a.Sağlık Meslek Lisesi b.Ön Lisans c.Lisans  
d.Yüksek Lisans e.Doktora

7. Siz dâhil kaç kardeşiniz? .....

8.Sigara içiyor musunuz?

a.Hiç içmedim b.İçiyordum, bıraktım c.İçiyorum (.....adet/gün)

9. Ailenizde şişman birey var mı? a.Var b.Yok

10. Boy Uzunluğunuz: .....cm *Bilmiyorsanız boş bırakın.*

Vücut Ağırlığınız: .....kg *Bilmiyorsanız boş bırakın.*

## II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. **Öğün atlar mısınız?** a.Evet b.Hayır c.Bazen

2. **Cevabınız evet veya bazen ise genellikle hangi öğünü atlarsınız?** (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

a.Sabah b.Öğle c.Akşam d. Ara öğünler

3. **Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?** a.Evet b.Hayır

4. **Uyumadan önce bir şeyler yer misiniz?** a. Evet b. Hayır

5. **Evet ise genellikle ne yersiniz?**

a.Süt-ayran-yoğurt b.Meyve c. Kuruyemiş d.Bisküvi, kek vb.  
e.Diğer(belirtiniz).....

6. **Ev dışında sıklıkla yemek yer misiniz?** a.Evet b.Hayır

7. **Günde 5 porsiyon meyve ve sebze tüketir misiniz?**

a.Evet b.Hayır

8. **Günde 3 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketiyor musunuz?** a.Evet b.Hayır

9. **Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma alışkanlığınız var mı?\***(\*Haftada en az üç kere ve bir seferde en az 30 dakika fiziksel aktivite yapıyorsanız Evet seçeneğini işaretleyiniz.) a.Evet b.Hayır

10. **Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekler misiniz?** a.Evet b.Hayır

11. **Sizce genel olarak yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?** a. Evet b. Hayır

12. **Beslenme eğitimi almak ister misiniz?** a.Evet b.Hayır c.Önceden aldım.

13. **Son üç ay içinde vitamin –mineral takviyesi kullandınız mı?** a. Evet b. Hayır

14. **Cevabınız Evet ise, hangi vitamin-mineral takviyesini kullandınız / kullanıyorsunuz?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a.Bilmiyorum b.Demir c.Kalsiyum d. B vit kompleksi e.Folik asit

f. Çoklu vitamin kompleksi g. Çoklu vitamin-mineral kompleksi h.Diğer (belirtiniz...)



## KİLOFOBİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek toplumda obez bireylere karşı tutum ve davranışı belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Listede 14 tane özellik sıralanmıştır. Sizde obez bireyleri tanımlamak için hissettiğiniz duygunun derecesine göre numaralandırılmış yerlere X işareti koyunuz.

	5	4	3	2	1	
Tembel						Çalışkan
İstekli						İsteksiz
Çekici						Çekici değil
Kuvvetli irade						Zayıf irade
Hızlı						Yavaş
Dayanıklı						Dayanaksız
Hareketli						Hareketsiz
Duygusal						Duygusuz
Rahatına düşkün						Fedakar
Yemeği Sevmez						Yemeği Sever
Şekilsiz (vücudu)						Düzgün (vücudu)
Az Yer						Çok Yer
Endişeli						Güvenli
Düşük Özsaygı						Yüksek Özsaygı

## OBEZ BİREYLERE KARŞI YAKLAŞIM ÖLÇEĞİ

Sol tarafta bulunan boşluklara, düşünceye ne derece katılıp katılmadığınızı yazınız. Lütfen boş bırakmayınız. Rakam verirken başına – veya + koymayı unutmayınız.

Kesinlikle katılmıyorum	-3	Kesinlikle Katılıyorum	+3
Orta Derecede Katılmıyorum	-2	Orta Derecede Katılıyorum	+2
Nispeten Katılmıyorum	-1	Nispeten Katılıyorum	+1

1. ----- Obez insanlar obez olmayanlar kadar mutludur.
2. ----- Çoğu obez insan kendini diğer insanlar kadar iyi hissetmez.
3. ----- Çoğu obez insan diğer insanlardan daha bilinçlidir.
4. ----- Çalışan obez insanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamaz.
5. ----- Obez olmayan insanların çoğu obez insanlarla evlenmek istemez.
6. ----- Aşırı obez insanlar genellikle düzensizdir.
7. ----- Obez insanlar genelde sosyaldir.
8. ----- Çoğu obez insan halinden memnun değildir.
9. ----- Obez insanlar en az diğer insanlar kadar kendine güvenir.
10. ----- Çoğu insan obez insanlarla sosyal bir toplulukta kendini rahat hissetmez.
11. ----- Obez insanlar diğer insanlara göre daha az agresiftir.
12. ----- Çoğu obez insan diğer insanlara göre daha farklı kişisel özelliklere sahiptir.
13. ----- Obez insanların çok az bir kısmı kendi kilosundan utanır.
14. ----- Çoğu obez insan normal kilolu insanlardan utanır.
15. ----- Obez insanlar diğer insanlara göre daha duygusaldır.
16. ----- Obez insanlar normal yaşam için beklenti içinde olmamalıdır.
17. ----- Obez insanlar en az diğer insanlar kadar sağlıklıdır.
18. ----- Obez insanlar en az diğer insanlar kadar seksual çekiciliğe sahiptir.
19. ----- Obez insanlar ailevi probleme sahip olma eğilimindedir.
20. ----- İnsanın başına gelebilecek en kötü şeylerden biri onun obez olmasıdır.

## OBEZ BİREYLER HAKKINDA İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Sol tarafta bulunan boşluklara, düşünceye ne derece katılıp katılmadığınızı yazınız.

Lütfen boş bırakmayınız. Rakam verirken başına – veya + koymayı unutmayınız.

Kesinlikle katılmıyorum	-3	Kesinlikle Katılıyorum	+3
Orta Derecede Katılmıyorum	-2	Orta Derecede Katılıyorum	+2
Nispeten Katılmıyorum	-1	Nispeten Katılıyorum	+1

1. -----Obezite genellikle, sevgi ve ilgi eksikliğini gidermek için yemek yendiğinde ortaya çıkar.
2. -----Birçok durumda obezite, biyolojik bir bozukluk olarak ortaya çıkar.
3. -----Obezite genellikle aşırı yemek yemekten kaynaklanır.
4. -----Birçok obez birey hareket etmemesi onlar için sorun yaratır.
5. -----Birçok obez birey, obez olmayan bireylere kıyasla daha fazla yemek yer.
6. -----Obez bireylerin büyük çoğunluğu yanlış yemek yeme alışkanlıklarına sahiptir.
7. -----Obezite nadiren irade eksikliğinden kaynaklanır.
8. -----Bazı bireylerin ilaca bağımlı olması gibi, obez bireylerde besinlere bağımlı olabilir. Bu onları genellikle obez hale getirir.

## **EK-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**Araştırmanın Adı:** Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları İle Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi

**Sorumlu Araştırmacının Adı:** Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN

**Yardımcı Araştırmacı:** Arş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ

Sayın gönüllü,

“Öğrenci ve Çalışan Hemşirelerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları İle Obez Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizin öğrenci veya çalışan hemşire olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında, Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN sorumluluğu altındadır.

#### **Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

- **Araştırmanın Amacı:** Öğrenci ve çalışan hemşirelerin bazı beslenme alışkanlıkları ile obez bireylere karşı tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.
- **Çalışmaya katılan kişi sayısı:**  
195 hemşirelik öğrencisi (Ankara Üniversitesi:103, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi:92)

218 çalışan hemşire (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi:218)

#### **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

#### **Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

Çalışmanın verileri, size verilecek anketler sayesinde toplanacaktır. Anket oluştururken konu ile ilgili kaynaklar incelenerek tarafımızca hazırlanmıştır. Anket formu 5 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde demografik bilgiler, ikinci bölümde genel beslenme alışkanlıkları, üçüncü bölümde kilofobi ölçeği, dördüncü bölümde obez bireylere karşı yaklaşım ölçeği, beşinci bölümde ise obez bireyler

hakkında inançlar ölçeği yer almaktadır. Kullanılacak ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ayrıca vücut ağırlığınız ve boy uzunluğunuz araştırmacılar tarafından ölçülecektir. Vücut ağırlığınızın doğru sonuç vermesi için en az 3 saatlik açlık gerekmektedir. Bu konuya dikkat etmeniz önerilmektedir. Anket doldurma süresi yaklaşık 15 dakika, vücut ağırlığı ve boy uzunluğunuzun ölçülmesi ise yaklaşık 5 dakika sürmesi planlanmaktadır.

### **Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

Çalışma sırasında herhangi bir risk bulunmamaktadır. Çalışma verilerinin toplanması için harcanan süre hususunda sorumlu birimlerden gerekli izinler alınmış olacaktır.

### **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Öğrenci ve çalışan hemşirelerin beslenme alışkanlıkları topluma örnek olacak nitelik taşımaktadır. Hastalarla en çok karşılaşan mesleki grup olan hemşirelerin, hem beslenme konusunda rol model hem de obez bireylere karşı tutum ve davranışları da obez bireylerin toplum içerisinde psikolojik olarak rahatsız olmasını da açıklayıcı nitelikte olacaktır.

### **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla siz ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu mali yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmaktadır.

### **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası tarafınıza verilecektir.

### **Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Hacı Ömer YILMAZ  
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi  
TELEFON : 0 542 270 19 75  
ADRES : Şükriye Mah. Plevne Cad. Aktaş Kavşağı No:5/ Ankara Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi

***(Katılımcının Beyanı)***

***Ben,***

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN tarafından araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

**Adı soyadı, unvanı:**

**Adres:**

**Tel:**

**İmza:**

**Tarih:**

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı:**

**Adı, soyadı:** Hacı Ömer YILMAZ

**Adres:** Ankara Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Tel:** 0 542 270 19 75

**İmza:**

**Tarih:**

## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

**Adı:** Hacı Ömer  
**Soyadı:** YILMAZ  
**Doğum yeri ve tarihi:** Amasya-20.06.1992  
**Medeni durumu:** Evli  
**Askerlik durumu:** Tecilli  
**İletişim adresi:** Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Altındağ/ ANKARA

### II- Eğitimi

**Yüksek Lisans:** Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı. (2014-....)  
**Lisans:** Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu,  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2013)  
**Lise:** Öğretmen Mukadder Akaydın Anadolu Lisesi,  
Merkez/ÇORUM (2009)

### III- Mesleki Deneyimi

**Diyetisyen:** SAĞLIK BAKANLIĞI Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve  
Araştırma Merkezi, Diyetisyen, (Kamu) (2013)

**Araştırma Görevlisi:** Gümüşhane Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Beslenme  
ve Diyetetik Bölümü (2014-....)

Ankara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2014-  
....)

## VI- Bilimsel Çalışmaları

### Yayınları

#### Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanmış Makaleler

1. **Yılmaz Hacı Ömer**, Yabancı Ayhan Nurcan (2015). Fruktozun Sağlık Üzerine Etkileri. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi (5): 69-80.

#### Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

1. Yabancı Ayhan Nurcan, Tokaç Nida, **Yılmaz Hacı Ömer**, Özbey Ümüþ, Balaban Serap, Önal Seda (2015). Okul Çağı Çocuklarda İçecek Tüketimi. Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım Kongresi, 25.
2. Yabancı Ayhan Nurcan, Önal Seda, Özbey Ümüþ, Balaban Serap, Tokaç Nida, **Yılmaz Hacı Ömer** (2015). Okul Çağı Çocuklarda Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım Kongresi, 23.
3. Tokaç Nida, Yabancı Ayhan Nurcan, **Yılmaz Hacı Ömer**, Meriç Çağdaş Salih (2016). Assesment of Osteoporosis Knowledge and Risk of Sedentary Female Bank Employees. World Congress on Public Health and Nutrition, 6(1):85
4. **Yılmaz Hacı Ömer**, Yabancı Ayhan Nurcan, Meriç Çağdaş Salih, Tokaç Nida (2016). Factors Affecting The Status of Obesity in School Age Children. World Congress on Public Health and Nutrition, 6(1):74.
5. Meriç Çağdaş Salih, Yabancı Ayhan Nurcan, Tokaç Nida, **Yılmaz Hacı Ömer** (2016). Anthropometric Measurements and Nutritional Status in Children Admitted to Neurology Endocrine and Oncology Service in Children Hospital. World Congress on Public Health and Nutrition, 6(1):105.
6. Yabancı Ayhan Nurcan, **Yılmaz Hacı Ömer**, Tokaç Er Nida (2016). Annelerin Bebek Beslenmesi İle İlgili Tutum ve Davranışları. 1. International Academic Research Congress, 1214-1220.
7. Meriç Çağdaş Salih, **Yılmaz Hacı Ömer**, Yabancı Ayhan Nurcan (2017). Assessment Of University Students' Thoughts About Functional Foods. I. International Congress On Medicinal and Aromatic Plants: "Natural And Healthy Life, 703-704.



8. **Yılmaz Hacı Ömer**, Yabancı Ayhan Nurcan, Meriç Çağdaş Salih, (2017). Buckwheat and Health Effects. I. International Congress On Medicinal and Aromatic Plants: “Natural And Healthy Life, 785-786.
9. Meriç Çağdaş Salih, Yabancı Ayhan Nurcan, **Yılmaz Hacı Ömer** (2017). Black Cumins’ Positive Effects On Health. I. International Congress On Medicinal and Aromatic Plants: “Natural And Healthy Life, 764.
10. Yabancı Ayhan Nurcan, Tokaç Nida, Öztürk Meryem Elif, **Yılmaz Hacı Ömer** (2015). Yaşlı Dostu Kentlerde Beslenme Hizmetleri. Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu, 204-212.

#### **Projelerde Yer Aldığı Görevler**

1. Yabancı Ayhan Nurcan, Öztürk Meryem Elif, Tokaç Er Nida, **Yılmaz Hacı Ömer**, Meriç Çağdaş Salih, İplikçi Gökçen. Geleceğin Sağlık Personelinde Obezite Taraması ve Etki Eden Etmenler. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (2016) No: 16H0241003 (Araştırmacı)

#### **Ödüller**

1. OMICS International Best Young Research Forum Award, OMICS, İspanya, 2016