T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

# HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN OBEZİTE ÖNYARGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Fadime İNCİ**

**HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI**
**Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ**

ADANA-2019

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

# HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN OBEZİTE ÖNYARGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Fadime İNCİ**

**HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI**
**Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ**

Tez No:……...
ADANA-2019

# KABUL ve ONAY

**Hemşirelik** Anabilim Dalı

**Tezli** Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"Hemşirelik Öğrencilerinin Obezite Önyargıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Tarihi:** 16 / 10 / 2019

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

Dr. ÖĞR. ÜYESİ ZEHRA ESKİMEZ
Ç.Ü. Üniversitesi
**Başkan**

Dr. Öğr.Üyesi K. SEVGİ ÜNAL ASLAN
KORKUT ATA Üniversitesi

**Üye**

Dr. ÖĞR. ÜYESİ GÜLŞAH KUMAŞ
Ç.Ü. Üniversitesi

**Üye**

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Behice DURGUN
**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü**

# ETİK BEYANI

## T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
## YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
## ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 16/10/2019

İMZA

Adı Soyadı Fadime İNCİ

Kayıtlı olunan Program :Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans
Tezin Konusu :Hemşirelik Öğrencilerinin Obezite Önyargıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Tezin Türü : Yüksek Lisans : [X] Doktora: [ ]

Danışmanın Adı-Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 0 (322) 3886484
E-Posta : zehraeskimez@yahoo.con

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 05348479970
E-Posta.....: fadimeinc@gmail.com
Adresi : 100.yıl mah. 85096 sk no:4 Çukurova Adana

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

# TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve araştırmamın her aşamasında, bilgilerini, deneyimlerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve çalışmalarıma rehberlik eden değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zehra Eskimez' e,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm öğrencilere,

Bütün hayatım boyunca maddi ve manevi yardımlarını benden esirgemeyen ve hep yanımda olan sevgili aileme, özellikle canım annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Saygılarımla**

**Fadime İNCİ**

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No:**

**KABUL ve ONAY** ... ii
**ETİK BEYANI** ... iii
**TEŞEKKÜR** ... iv
**İÇİNDEKİLER** ... v
**ÇİZELGELER DİZİNİ** ... viii
**SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ** ... ix
**ÖZET** ... x
**ABSTRACT** ... xi
**1. GİRİŞ** ... 1
**2. GENEL BİLGİLER** ... 4
2.1. Obezite Tanımı ... 4
2.2. Obezite Prevalansı ... 4
2.3. Obezitenin Sebep Olduğu Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Problemler ... 5
2.3.1. Fizyolojik Problemler ... 5
2.3.2. Psikolojik Problemler ... 6
2.3.3. Sosyal Problemler ... 7
2.4. Obezite Önyargısı ve Obez Bireylere Karşı Olumsuz Tutumlar ... 7
2.4.1. Eğitim Alanında Obezite Önyargısı ... 8
2.4.2. İstihdam ve İş Alanında Obezite Önyargısı ... 9
2.4.3. Sağlık Hizmeti Ortamında Obezite Önyargısı ... 10
2.5. Obezite Önyargısında Hemşirenin Sorumlulukları ... 11
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ... 12
2.7. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi ... 15
2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü ... 16
**3.GEREÇ ve YÖNTEM** ... 18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi ... 18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ... 18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ... 18
3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri ... 18

3.5. Verilerin Toplanması ..... 18
3.6. Veri Toplama Araçları ..... 19
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu ..... 19
3.6.2. GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) ..... 19
3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ..... 19
3.7. Ön Uygulama ..... 20
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri ..... 20
3.8.1. Bağımlı Değişkenler ..... 20
3.8.2. Bağımsız Değişkenler ..... 20
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ..... 20
3.10. Araştırmanın Etik Yönü ..... 21
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 21
**4. BULGULAR** ..... 22
4.1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları ..... 22
4.2. Öğrencilerin GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguları ..... 25
4.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları ..... 27
4.4. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları ..... 28
4.5. Obezite Önyargı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişki ..... 40
**5. TARTIŞMA** ..... 41
5.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması ..... 41
5.2. Öğrencilerin GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması ..... 41
5.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ile Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması ..... 42
5.4. Obezite Önyargı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması ..... 49
**6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER** ..... 50
6.1. Sonuçlar ..... 50

6.2. Öneriler ..... 51
**KAYNAKLAR** ..... 53
**EKLER** ..... 60
EK-1: Kişisel Bilgi Formu ..... 60
EK-2: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği ..... 60
EK-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II ..... 61
EK-4: Akademik Kurul Kararı ..... 65
EK-5: Etik Kurul Onayı ..... 66
EK-6: Kurum İzni ..... 67
**ÖZGEÇMİŞ** ..... 68

# ÇİZELGELER DİZİNİ


**Çizelge No:** **Sayfa No:**

**Çizelge 4.2.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı .....24

**Çizelge 4. 3.** GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği Puan Tablosu .....25

**Çizelge 4.4.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obezite Önyargı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....26

**Çizelge 4.5.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular ile Obezite Önyargı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....27

**Çizelge 4.6.** Öğrencilerin SYBDÖ-II Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları .....28

**Çizelge 4.7.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....31

**Çizelge 4.8.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....37

**Çizelge 4.9.** Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerinin İncelenmesi .....40

# SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**TBSA** : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TURDEP** : Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması

**BKI** : Beden Kitle İndeksi

**KKAL** : Kilo Kalori

**OÖÖ** : GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği

**SYBDÖ-II** : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

# ÖZET


**Hemşirelik Öğrencilerinin Obezite Önyargıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki**

**Hemşirelik öğrencilerinin obezite önyargıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.**

**Araştırmanın evrenini, Aralık 2018 - Ocak 2019 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırmanın yapıldığı dönemde öğrenim gören 1023 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenin tamamı örnekleme alınmış fakat araştırmaya katılmayı kabul eden 719 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, GAMS-27 obezite önyargı ölçeği (OÖÖ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II (SYBDÖ-II) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, standart sapma, ortalama, Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır.**

**Araştırmada, öğrencilerin OÖÖ puan ortalaması 78,73±11,54, SYBDÖ-II puan ortalaması ise 128,17±19,43 olup öğrencilerin önyargıya eğilimli olduğu ve orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin SYBDÖ-II puanlarını yaş grupları, cinsiyet, BKI, sınıf, kalınan yer, anne eğitim düzeyi, kendini tanımlama ve beslenme şeklinin etkilediği; OÖÖ puanlarını ise sadece cinsiyetin etkilediği saptanmıştır. Sonuç olarak, OÖÖ ile SYBDÖ-II kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yani kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanı arttıkça obezite önyargı puanı da artmaktadır. Obezite önyargısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili eğitimlerin artırılması, kitle iletişim araçlarında obez bireylere yapılan etiketlemeden kaçınılması, öğrencilerin fiziksel aktivitelerini yapacakları imkanların sağlanması önerilebilir.**



**Anahtar Sözcükler: Hemşirelik öğrencileri, Sağlıklı yaşam biçimi, Obezite, Obezite önyargısı**

# ABSTRACT

**Relationship between Obesity Prejudices and Healthy Life Style Behaviors of Nursing Students**

**This study, which was conducted do evaluate the relationship between obesity bias and healthy lifestyle behaviors of nursing students, is descriptive and cross-sectional.**

**The population of the study consisted of 1023 students who were studying at Çukurova University Faculty of Health Sciences Nursing Department during December 2018 - January 2019 academic year. The research was completed with 719 students who have taken the whole sample but agreed to participate in the research. Personal information form, GAMS-27 obesity bias scale (OÖÖ) and healthy lifestyle behaviors scale II (SYBDÖ-II) were used in collecting data. Percentage, standard deviation, mean, Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis H Test were used to evaluate the data.**

**In the study, it was determined that the students had a mean score of 78.73 ± 11.54 and a mean score of 128.17 ± 19.43, and that the students were prone to prejudice and had moderately healthy lifestyle behaviors. It was determined that the SYBDÖ-II scores of the students were affected by age groups, gender, BKI, class, place of stay, maternal education level, self-identification and nutrition, while the OÖÖ scores were only affected by gender. As a result, a very weak and statistically significant relationship was found between OÖÖ and SYBDÖ-II interpersonal relations sub-dimension ($p < 0.05$). So as interpersonal relationships increase the lower size score, so does the obesity bias score. Increasing education on obesity bias and healthy lifestyle behaviors, avoiding labeling on obese individuals in mass media, providing opportunities for students to do their physical activities may be recommended.**

**Keywords: Nursing students, Healthy lifestyle, Obesity, Obesity Bias**

# 1. GİRİŞ

Obezite, tarihsel süreç içerisinde bazı zamanlarda sağlık ve doğurganlık simgesi olarak, bazı zamanlarda da bakımsızlık, oburluk, tembellik, şişmanlık, görgüsüzlük ve kabalık anlamında kullanılmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sağlığa zarar verebilecek ölçüde vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımladığı obezite son zamanlarda tüm dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biridir ve görülme sıklığı giderek artmaktadır (2,3).

Dünya Sağlık Örgütüne göre obezite, 1975 tarihinden bu yana hemen hemen üç katına çıkmış ve 2016 senesinde, 18 yaş ve üstü kişilerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün ise obez olduğu bildirilmiştir (2). Türkiye İstatistik Kurumunun 2016 verilerine göre, 15 yaş üstündeki obez bireylerin 2014 yılında oranı %19,9 iken, 2016 yılında oranın %19,6 olduğu açıklanmıştır (4).

Toplumda aşırı şişmanlık olarak kabul edilen obezite, hayat kalitesini ve süresini etkileyerek, ölümcül bazı sistematik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Bu fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklardan dolayı kronik, ilerleyen, mortalite ve morbiditesi fazla olan hastalıklardan olduğu düşünülmektedir (5).

Obezite, diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp hastalıkları ve iskemik inme gibi fizyolojik hastalıkların yanında psikolojik rahatsızlıklara da neden olmaktadır (6,7). Son çalışmalar, kilo kaygısının psikolojik sıkıntı ve sağlıksız davranışlara katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Ayrıca şişman çocuk ve gençlerde depresyon, anksiyete, distoni, enürezis vb. psikopatolojik bulguların görüldüğü belirtilmiştir (8,9).

Neredeyse tüm dünyada güzellik, ince olmakla eş değer görülmekte ve buna bağlı olarak toplumdaki diğer kişiler obez bireylere karşı önyargılı, ayırımcı ya da damgalayıcı davranışlar göstermektedir. Bu davranışlardan dolayı obezite sosyal yönden de incelenmesi gereken önemli bir hastalıktır (10,11). Önyargı, eksik/hatalı bir öngörü sonucunda oluşmuş, bir grup veya tek bir kişiye yönelik, genellikle negatif bir tutum olarak tanımlanmaktadır (12). Obez bireylere karşı olan bu önyargıların sonucunda bu bireyler dışlanmakta ve bazı negatif etiketlere maruz kalmaktadır (13). Bunun sonucunda 'obezite önyargısı' önemli bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Obezite önyargısından dolayı bu kişiler işyerlerinde işveren kişiler ve birlikte çalıştıkları arkadaşları, eğitim alanlarında öğretmenler ile okul arkadaşları ve sağlık hizmeti ortamlarında da sağlık çalışanları tarafından negatif tutumlara maruz kalabilmektedir (14,15).

Eğitim alanındaki obezite önyargısı okuldan önceki dönemde başlar ve çocuklar büyüdükçe artar. Öğrenciler akranları tarafından 'tembel, kirli, çirkin, istenmeyen oyun arkadaşı' olarak tanımlanabilir; arkadaşları tarafından alay edilebilmekte ya da reddedilebilmektedir. Bazı öğretmenler de obez öğrencileri düzensiz, tembel, başarılı olma ihtimali düşük olarak düşünmektedir. Bu durum obez öğrencilerin ders notlarının düşmesine, agresif davranışlar göstermesine ya da okuldan uzaklaşmasına neden olabilmektedir (16,17).

İstihdam alanı da obezite önyargısının görüldüğü alanlardan biridir. İstihdam alanında obez kişilere karşı olan önyargının işe kabul edilmede, diğer kişilerin tutumlarında, terfilerde, maaşta ve hatta işten çıkarılmada bile etkili olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bu kişiler hakkındaki en yaygın klişeler, normal ağırlıktaki çalışanlara göre daha az vicdanlı, daha kararsız, daha az kabul edilebilir ve daha az dışa dönük olduklarıdır (8,15,16,18,19,20).

Obezite önyargısının en çok görüldüğü alan ise sağlık hizmeti ortamlarıdır. Yapılan bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarının önyargısı kanıtlanmıştır ve bu gelecek için kaygı verici bir durumdur (19,21). Obez kişilerin sağlık çalışanları tarafından olumsuz tutum ve önyargılı davranışlara, bazı sözlü ve sözsüz ifadelere maruz kaldıkları, bu nedenle bireylerin sağlık hizmetinden kaçındıkları, tedavilerini geciktirdikleri ve daha sık randevularını iptal ettikleri belirtilmektedir (13,19,21,22).

Eğitim, istihdam ve sağlık hizmeti ortamında obezite ve obezite önyargısının, zamanla daha büyük sağlık sorunlarına neden olabileceği ve sağlık maliyetlerinde artışa neden olabileceği belirtilmektedir (23,24). Özellikle Amerika başta olmak üzere bazı ülkelerde bu rahatsızlıkları önlemek için yapılan çalışmalar artmakta ve daha sağlıklı yaşamın her açıdan sağlanmasının gerekliliğine dikkat çekilmektedir. Yapılan bu uygulamalar hem obezitenin tedavisine olan ilgiyi hem de insanların sağlıklı yaşam davranışlarına olan ilgisini artırmıştır. Obezitenin tedavisi için yaşam tarzı değişikleri ile birlikte tıbbi tedavi de kullanılmaktadır (25). Obezite de diğer birçok hastalıktaki gibi yaşam biçiminde yapılan belirli değişikliklerle önlenebilmektedir. DSÖ'nün son

yüzyıldaki hedeflerinden birisi insanların sağlıklı yaşam tarzını benimsemelerini sağlamaktır (26).

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığı üzerinde etkisi olan bütün davranışlarını denetim altına alması, günlük yaşam faaliyetlerini düzenlemede kendi sağlığına uyan davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır (27). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları da; bireyin iyilik halinin korunması ve de daha iyi seviyeye çıkartılması için yapılan aktivitelerdir (28). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi davranışları oluşturmaktadır (29).

DSÖ'ye göre gelişmiş ülkelerdeki tüm ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki tüm ölümlerin ise %40-50'sinin sebebi, yaşam biçimiyle ilişkili olarak meydana gelen hastalıklardır. Bunların ortaya çıkışında bireylerin kendi tavır ve davranışlarının etkisi büyüktür ve sağlıklı davranışların geliştirilmesi gerekmektedir (30).

İnsanların sağlığının korunması ile geliştirilmesi, hemşirelerin sorumlulukları arasındadır (31). Hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için, bireylere sağlıklı davranışlar konusunda bilgi vermeleri ve yönlendirmeleri gerekir. Bunun için de ilk olarak kendilerinin bu davranışları sergilemeleri ve bireylere rol model olmaları gerekmektedir (32). Sağlıklı davranışlar genellikle üniversite yıllarında mesleki eğitim alınırken kazanılmaktadır (33). Üniversite hayatı bireylerin hayatında önemli değişimlerin olduğu, özellikle verilen mesleki eğitimin yanında kişilik gelişiminin, bireysel yaşam ve sağlık davranışlarında değişikliklerin olduğu dönemdir (34). Hemşirelik öğrencilerinin de ilerleyen zamanlarda yetkin bir hemşire olmaları için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekir (32). Hem bireysel olarak hem de ileride sağlığın geliştirilmesinden sorumlu olacak olan hemşirelik öğrencilerinin sağlıkla ilgili davranışlarının hangi düzeyde olduğunun öğrenilmesi önemlidir (35).

Bu bağlamda, bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin obezite önyargılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Obezite Tanımı

DSÖ'ye göre obezite, sağlığa zararı olabilecek derecede vücutta aşırı yağ birikimidir (2). Yağ kütlesinin erkeklerde %25'in, kadınlarda ise %30'un üzerinde olması obezite anlamına gelmektedir (3).Latin dilinde "obesus" kelimesi yemek yeme anlamındadır (36). Ağırlık sınıflamasında genellikle Beden Kitle İndeksi kullanılmaktadır ve BKİ vücut kütlesinin boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (37). DSÖ'nün ağırlık sınıflaması; BKİ (kg/m2) <18,5 düşük kilolu, 18,5-24,99 normal, 25,00-29,99 fazla kilolu, 30,00-34,99 obezite I. derece, 35,00-39,99 obezite II. derece, ≥40,00 morbid obezite III. derece şeklindedir (2).

Geçmişte insanların obez olması onların maddi olarak güçlü olduklarını göstermekteydi. Obezitenin tarihsel sürecine bakıldığında da obezite, kudret, heybet, bolluk ve doğurganlık anlamı da taşımıştır. Fakat sanayi devriminden sonra şişmanlık yani obezite, sağlıksız, sorunlu, hantal, yavaş gibi anlamları ifade etmeye başlamıştır (38). Günümüzde ise obezite; sağlığı negatif olarak etkileyen ve birçok hastalığa davetiye çıkaran istenmeyen bir durum olarak görülmektedir.

## 2.2. Obezite Prevalansı

Son yıllarda neredeyse tüm ülkelerde obezite görülme oranı yükselmektedir ve bu sorun genç, yaşlı, çocuk herkesi çok yakından ilgilendirmektedir (39). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya genelinde obezite prevalansı 1975 ile 2016 yılları arasında neredeyse üç katına kadar çıkmıştır. Genel olarak, dünyadaki yetişkin nüfusun neredeyse % 13'ü, erkeklerin yaklaşık % 11'i ve kadınların ise % 15'i 2016 yılında obez olmuştur. 2016 senesinde, 5 yaşın altındaki tahmini 41 milyon çocuğun aşırı kilolu ya da obez olduğu tahmin edilmektedir (2).

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 çalışmasına göre obezite erkeklerde % 20,5, kadınlarda % 41,0 ve toplamda ise % 30,3 olarak tespit edilmiştir. Coğrafi bölgelere göre obezite görülme oranı %20,5 ile %33,1 arasında değişmektedir (40). Her beş yıl arayla yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)' na göre 15 ile 49 yaş arasındaki kadınlarda obezite giderek artmaktadır ve TNSA 2013 verilerinde bu oran %27'ye çıkmıştır (41).

Türkiye'de 1998 ile 2010'da gerçekleştirilen Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması TURDEP 1 ve TURDEP 2 karşılaştırıldığında; Türkiye'deki yetişkinlerde obezite görülme sıklığının %22,3'ten %31,2'ye yükseldiği saptanmıştır. Obezite görülme oranı kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 yükselmiştir. Normal kilolu kişilerin oranı ise % 41'iken % 26'ya düşmüştür (42).

Obeziteyi etkileyen nedenler arasında cinsiyet, genetik, yaş, çevresel faktörler ve aile, sosyokültürel düzey, şekerli ürünlerin fazla tüketilmesi gibi yanlış beslenme alışkanlıkları ve azalmış fiziksel aktivite yer almaktadır. Ayrıca doğum sayısı, medeni durum, sigara-alkol gibi kötü alışkanlıklar ve eğitim düzeyi obezite prevalansında etkilidir (42,43).

### 2.3. Obezitenin Sebep Olduğu Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Problemler

Obezite vücutta birçok hastalığa neden olmakta ve hem fizyolojik hem psikolojik hem de sosyal problemler oluşturmaktadır. Kardiovasküler rahatsızlıklar, diabetüs mellitüs, kanser çeşitleri, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, solunum sistemi rahatsızlıkları, ruhsal sorunlar ve birçok hastalıklar obezitenin neden olduğu hastalıklardandır (44). Bu hastalıkların yanında obez kişilerde psikolojik, toplumsal sorunlar ve intihar girişimleri de görülmektedir (24). Obezite bu hastalıklar sonucunda kişinin hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de küresel bir halk sağlığı sorunu olarak ülke ekonomisini de kötü etkilemektedir (45). Bu hastalık için kullanılan harcamalar obezitenin neden olduğu fizyolojik ve psikolojik tedavilere yöneliktir (46). Dünya genelinde sağlık için yapılan giderlerin %2-8'i obezitenin neden olduğu hastalıklardan kaynaklanmaktadır (47).

Hipokrat, "Ani ölüm zayıflara göre şişmanlarda daha sık görülür" sözüyle ölümlerin yetersiz beslenmeden daha çok obeziteden kaynaklandığını belirtmiştir (36). Obezite, DSÖ'nün ölüm riskleri sıralamasında beşinci sıradadır ve yılda 2,8 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (2,24).

#### 2.3.1. Fizyolojik Problemler

Obezitenin vücut sistemleri üzerine birçok olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir ve hem morbiditeyi hem de mortaliteyi artırdığı kanıtlanmıştır (44). Obezitenin komplikasyonları; koroner kalp hastalığı, derin ven trombozu, tip 2 diyabet,

hipertansiyon, dislipidemi, inme, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi, solunum problemleri, üriner inkontinans, ağırlık taşıyan eklemlerde osteoartrit, karaciğer yağlanması, gebelik komplikasyonları, hiatus hernisi ve fıtıklar, varis, bazı kanser çeşitleri (kadınlarda endometriyum, safra kesesi, meme kanserleri ile over, erkeklerde ise prostat ve kolon kanserleri) ve intihar şeklinde sıralanabilir. Bu komplikasyonlara ek olarak menstruasyon düzensizlikleri, ameliyat öncesinde ile sonrasında komplikasyon riskinin artması, yeme bozuklukları, özellikle sık sık ağırlık kaybetme ve kazanma ile deri enfeksiyonları gibi hastalıkların görülme riskini artırmaktadır (40,41,42,48). Obezitenin neden olduğu hastalıklar genellikle kronik hastalıklardır ve hastaların hem fonksiyonel durumlarını hem de yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (36,49).

### 2.3.2. Psikolojik Problemler

Obez kişilerde, benlik saygısı ve beden algısı üzerine olumsuz etkiler, aile ilişkilerinde yaşanan sorunlar ve sosyal uyum sorunları, psikopatoloji, yeme tutumu ve yeme bozuklukları görülebilen psikolojik sorunlar kapsamında yer almaktadır (50).

Obez bireylerde yapılan bazı çalışmalar göstermektedir ki BKİ ve benlik saygısı arasında ters ilişki vardır. Bu yüzden beden ağırlıklarından memnun olmayan obez kişiler, beden hoşnutsuzluklarından ve olumsuz damgalamalardan dolayı düşük benlik saygısına sahiptir (51) Ayrıca obez kişilerde beden hoşnutsuzluğu obez olmayanlara kıyasla daha fazladır (52). Beden için pozitif algı, kadınlar için ince bir vücuda sahip olmak iken, erkekler için ise kaslı ve sportmen bir beden yapısına sahip olmaktır (10).

Obezite ve depresyon arasında da pozitif bir ilişki vardır (1). Obez kişilerde depresyon daha ağırdır ve prognozu daha kötüdür (53). Obez bireylerdeki depresyon ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemek için 87 obez ve 57 obez olmayan kadın ile bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda obez kadınların obez olmayanlara kıyasla benlik saygısının daha düşük olduğu ve daha fazla depresif oldukları belirtilmiştir (54). Anksiyete, major depresyon, beden imajıyla ilgili memnuniyetsizlik, düşük özgüven, tıkanırcasına yeme, gece yeme sendromu, anoreksiya nevroza, blumia nevroza obezitenin neden olduğu psikolojik sorunların en yaygın olanlarıdır (37,53).

### 2.3.3. Sosyal Problemler

Obezitenin neden olduğu sorunlar arasında sosyal problemler de yer almaktadır. Obeziteye karşı önyargılı, ayrımcı ve damgalayıcı bazı davranışlar obezitenin sosyal olarak da ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır (11). Obez kişiler kiloları için toplum içerisinde suçlanmakta (19) ve sosyal olarak ayrımcılığa maruz kalmaktadır (55). Özellikle batı toplumlarında zayıflık daha çok beğeni toplarken, obez kişilerin olumsuz tutum, önyargılı ve damgalayıcı davranışlarla karşılaştığı belirtilmektedir (51). Genellikle obez bireylerin halka açık yerlerde yemek yeme, kıyafet deneme ve satın alma, yüzme gibi davranışlarda endişeleri yüksektir (56). Obez bireylerin etiketlenerek damgalanması sağlık alanında eşitsizlikler yaratmakta ve obezite ile mücadele çabalarına olumsuz etki etmektedir (19).

Toplumun obez kişilere karşı sergilediği olumsuz, ayrımcı ve önyargılı tutumlarından dolayı obezitenin sosyal açıdan da ele alınması gerekmektedir (15). Bu noktada 'obezite önyargısı' önemli sosyal bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (57).

## 2.4. Obezite Önyargısı ve Obez Bireylere Karşı Olumsuz Tutumlar

Önyargı, eksik ya da yanlış bir yargılama süreci sonucunda oluşan, bir gruba ya da o grubun üyelerine karşı, genel olarak negatif bir tutum olarak tanımlanmaktadır (12). Obezite önyargısı, aşırı kilolu ya da obez kişilere yönelik olumsuz tutum ve kalıp yargılara, inançlara, varsayımlara neden olan şişmanlığa karşı tanımlanan şişman fobisidir (37,58).

Fazla kilolu ve obez kişilerin tembel, disiplinsiz, zayıf iradeli, başarısız, az yetenekli ve kilo verme tedavisi ile uyumlu olmayan gibi olumsuz basmakalıp yargılar nedeniyle işyeri, sağlık hizmetleri tesisleri, eğitim kurumları, kitle iletişim araçları ve hatta yakın kişilerarası ilişkiler dahil olmak üzere birçok yaşam alanında yaşadığı haksızlıklar obezite önyargısının, ağırlık damgalamasının bir göstergesidir (19).

Puhl ve Brownell 2001 yılında obezite önyargısı ile ilgili ilk araştırmayı yapmıştır. Obezlerin iş yeri, okul, sağlık alanı gibi alanlardaki karşılaştıkları damgalanma ve ayrımcılığı araştırmışlar ve çalışmada obezite önyargısına rastlanmıştır (20).

Modern kültür inceliği ön plana çıkartıp istenilen durum olarak kabul ederken fazla kilo ve obeziteyi istenmeyen durum olarak göstermektedir (59). İnceliğin bu kadar ön plana çıkmasında medya, moda ve bazı meslek dallarının etkisi çok büyüktür (60). Medyadaki ağırlık yanlılığı ile ilgili son 15 yılı kapsayan bir araştırmada; animasyonlu çizgi filmlerin, filmlerin, durum komedilerinin, kitapların, kilo kaybı programlarının, haber yayınlarının ve YouTube videoları gibi medya kaynaklarının birçoğunun kilolu ya da obez bireyleri damgalayıcı bir tavır içinde oldukları belirtilmektedir (61).

Toplum genellikle obez bireyleri masum kurbanlar değil de hastalıklarının mimarları olarak, tembellikten ve aşırı yemekten dolayı kilo sorunları yaşadıklarını ve bundan şahsen sorumlu olduklarını düşünmektedir. Bu kişilere, obeziteye neden olan genetik, biyolojik, sosyal ve ekonomik etkileri göz ardı ederek sadece kişisel sorumluluk yüklemektedirler (19).

Obezite önyargısı, Amerika Birleşik Devletleri'nde dördüncü en yaygın ayrımcılık şeklidir (62). Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, olumsuz olarak niteledikleri 5 tanıyı sıralamaları istenmiş ve araştırmaya katılan çalışanların üçte biri uyuşturucu bağımlılığı, alkolizm ve akıl hastalığından sonra 4. sırada obeziteyi belirtmiştir (16,20). Öğretmenler ile yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin %28'i "birisinin başına gelebilecek en kötü şeyin obez olmak" olduğunu; hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %48'i obez hastalara bakmaktan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (20).

Obez bireylere karşı öğretmenler, hemşireler, diyetisyenler, üst düzey yöneticiler, doktorlar, işyeri çalışanları, aile fertleri, akranlar ve arkadaşlar tarafından olumsuz tutum ve basmakalıp yargılar uygulanmaktadır ve hatta 3 yaşındaki çocuklarda dahi bu yaklaşım görülmektedir (19). Obezite önyargısının sonuçlarının, obez kişilerin sağlığını etkileyeceği herkes tarafından bilinmektedir. Obez kişilerin, doktorların kendilerini eleştirecekleri düşüncesinden dolayı tıbbi bakım alma konusunda isteksiz olmaları buna bir örnektir (16). Obez ve fazla kilolu kişilere karşı önyargı, ayrımcılık ve damgalama, eğitim, istihdam ve sağlık alanı olmak üzere yaşamın üç önemli alanında daha çok yoğunlaşmıştır (20).

### 2.4.1. Eğitim Alanında Obezite Önyargısı

Obezite önyargısı bazı çalışmalarda da belirtildiği gibi eğitim alanında kendisini

göstermektedir. Kiloya dair olumsuz tutumlar ve alaycı tavırlar okul çağında hatta okul öncesi dönemde başlar ve çocuklar büyüdükçe bu durum daha da kötüye gider. Bu dönemde akranları obez çocukları hoşa gitmeyen, çirkin, beceriksiz, tembel, kirli, aptal, istenmeyen oyun arkadaşları ve mutsuz olarak görmektedir (16).

Obezite önyargısı hem doğrudan hem de dolaylı olarak ifade edilebilir. Obez çocukların arkadaşlarının yaptığı ayrımcılık genel olarak; aşağılayıcı kelimeler, lakap takma, alay etme, şakalaşmalar gibi sözlü saldırganlık, aktivitelerde dikkate almamak gibi sosyal dışlama, küfür etmek veya obez öğrenciyi itip kakmak benzeri fiziksel saldırganlık şeklinde görülmektedir (63).

Ergenlerle yapılan bir araştırmada ergenlerin alaylara çok sık maruz kaldığı ve ağırlıkla ilgili dalga geçmenin diğer zorbalık biçimlerinden daha yaygın olduğu görülmüştür (64). Yaklaşık 3 kilolu kızdan 1'i ve 4 kilolu erkekten 1'i okulda akranları tarafından alay edildiğini bildirmektedir. Eğitimdeki bu damgalama eğitim seviyesi arttıkça daha açık hale gelmektedir. Üniversite öğrencileri obez kişilerin tembel, rahatına düşkün ve yetersiz kişiler olduğunu düşünmektedir (16,20).

Öğretmenlerle yapılan bir çalışmada, öğretmenler obez öğrencileri aşırı duygusal, daha düzensiz, yaptıkları işte başarılı olma ihtimalleri düşük ve normal kilolu akranlarıyla karşılaştırıldığında aile sorunlarına sahip olma ihtimalleri daha yüksek olarak ifade etmişlerdir (16,20).

Obezite önyargısıyla ilgili yapılan çalışmalar, diğer öğrencilere göre obez öğrencilerin kişilerarası ilişkilerinin zayıf, akademik başarılarının düşük, üniversiteye seçilme şanslarının daha zayıf, ailenin finansal desteğinin daha az, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının daha fazla, fiziksel aktivitelere daha az katılma, okula devamsızlıklarının daha fazla ve eğitime devam etmelerinin daha az olduğunu ortaya koymuştur (8,20,65,66). Ayrıca kilolarından dolayı mağdur olan gençler depresyona, düşük özgüvene, zayıf beden imgesine ve intihar düşüncelerine karşı daha savunmasızlardır (65).

### 2.4.2. İstihdam ve İş Alanında Obezite Önyargısı

Obeziteye karşı önyargının belirgin bir şekilde görüldüğü alanlardan birisi de iş hayatıdır. Obez çalışanlar, iş arkadaşlarından ya da patronlarından bu damgalamaya maruz kalmaktadır. Daha işe alınma sırasında obezite önyargısı başlamaktadır. İşe

başvuran kişiler aynı nitelikte olsa bile obez kişilerin işe alınma şansı daha düşüktür (65).

İş sektöründe obez kişiler daha az disiplinli, daha az tecrübeli, hijyen kurallarına uymayan, daha az hırslı, verimsiz ve düşük denetim potansiyeline sahip kişiler olarak kabul edilmektedir (16,20,65). Bu yöndeki düşünceler obez kişilerin daha zor iş bulmasına, daha az maaş almalarına, terfi şanslarının daha az olmasına, daha az zam almalarına, negatif basmakalıp yargılara maruz kalmalarına, bazılarının sağlık sigortasından mahrum kalmasına ve istifaya zorlanmasına neden olmaktadır (20,66,67).

Fazla kilolu veya obez kişilerin iş yerinde maruz kaldıkları bu obezite ayrımcılığı sonucunda kişilerin yaşam kaliteleri azalmakta ve psikolojik rahatsızlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu kişilerin bu ayrımcılıklar nedeni ile kilo alımı ve şişmanlığı da artabilmektedir (68).

### 2.4.3. Sağlık Hizmeti Ortamında Obezite Önyargısı

Obezite önyargısı, sağlık hizmeti ortamına da yansımış hatta sağlıkla ilgili bölümlerde eğitim gören öğrencilerde de görülmeye başlamıştır. Öncelikle doktor, diyetisyen, hemşire, psikolog, beslenme uzmanı ve sağlık bölümlerinde okuyan öğrenciler tarafından obez bireylerin önyargılı davranışlara maruz kaldığı vurgulanmaktadır (69).

Obezite önyargılarınının değerlendirilmesi için 234 diyetisyen ve 64 diyetisyenlik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada her iki grupta da obeziteye yönelik olumsuz tutumlar tespit edilmiştir. 1969 yılında da Maddox ve Liederman doktor ve tıp öğrencileriyle yaptığı çalışmada hekimlerin obez hastaları tedavi etmek istemediklerini ve onların tedavilerinden başarı beklemediklerini ortaya koymuşlardır. Yine hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşireler, obez bir hastaya bakmanın onlara itici geldiğini ve obez bir hastaya dokunmayı tercih etmediklerini belirtmişlerdir (20). Ayrıca doktorların obez hastalara ayırdıkları zamanın daha az olduğu, onlara önleyici sağlık taramalarını yapmakta isteksiz oldukları, daha az müdahalede bulundukları ve daha az diyaloga girdikleri belirtilmiştir (16,70).

Sağlık hizmeti ortamında çalışanların bazıları obez kişileri özensiz, iradesiz, tembel, dikkatsiz, kişisel kontrolü olmayan ve tedaviye uyum göstermeyi başaramayan kişiler olarak görmekte (71,72) ve obez bireylere karşı yüz ifadeleriyle

olumsuz bir tavır sergilemektedir (37). Sağlık profesyonelleri böyle davranarak obez kişileri kilo vermeye teşvik ettiklerini düşünse de aslında bir kısır döngü oluşmaktadır ve kilo artışına da neden olabilmektedir (19).

Sonuç olarak, fazla kilolu hastalar karşılaştıkları önyargı nedeniyle tıbbi bakım almak konusunda isteksiz olabilir, tıbbi randevuları iptal edebilir veya geciktirebilir ve önemli önleyici hizmetler aramayı erteleyebilmektedirler (16,73). Ayrıca obez insanlara yapılan ayrımcılık ve damgalama hastaların sağlık personellerine olan güvenini azaltmaktadır (74).

### 2.5. Obezite Önyargısında Hemşirenin Sorumlulukları

Bütün hastaların bakımında önemli yere sahip olan hemşireler fazla kilolu ve obez kişilerin bakımında da ön planda yer almaktadır. Fakat bazı çalışmalar, hemşirelerin bu hastalara karşı negatif tutum ve davranışlar sergilediğini göstermektedir. Bütün bu negatif tavır ve davranışların sonucunda hemşire ve hasta ilişkisi olumsuz yönde etkilenmekte ve bu da kilo damgalamasını ve olumsuz beden imajını artırmaktadır. Böylece hemşirelerin obez hastalara verdikleri bakımın kalitesi düşmektedir (75).

Obezite ile mücadele ederken halk sağlığı için uygulanan yöntemler aracılığıyla stigmanın, obez bireyleri rahatsız ediciliği üzerinde durulması gerekir. Bu nedenle ilk olarak obezitenin kalıcı olmayıp değiştirilebilir olduğu düşüncesi ile kişilerin ağırlıklarına yönelik bireysel sorumluluk almaları sağlanabilir (76). Hemşirelerin obez hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeleri ve bireylere karşı pozitif ve profesyonel bir davranış sergilemeleri gerekmektedir. Hemşirelerin kaliteli ve yargılamadan yaptıkları hemşirelik bakımı uygulamaları, obez hastaların tedavilerinin etkili olabilmesi için önemlidir (75).

Obezite önyargısının azaltılması ya da hastaları damgalamadan korumak için hemşireler; obez hastaların özgüvenlerini korumaları için yardımcı olma, tedaviyi birlikte geliştirme, hastaya zarar verecek tehlikelere karşı dikkatli olma, obez bireylerin önceliklerine saygı duyduğunu belli etme ve aileleri ile iş birliği içinde olma gibi girişimlerde bulunmalıdır. Hemşireler obezite stigması nedeniyle risk altında olan obez hastaların; erken dönemde teşhisi, stigma ile etkili baş etme yöntemlerinin belirlenmesi ve girişimlerin hastaya uygulanması aşamasında diğer sağlık elemanlarıyla iş birliği

içinde olmalıdır. Bahsedilen bu işlemleri sağlayabilmek için de etkili eğitim programları düzenlenmeli ve bu eğitim programları hemşirelik lisans öğrencileri de dahil hemşire yöneticilere, hemşire eğitimcilere ve bütün çalışan hemşirelere belirli aralıklarla yapılmalıdır. Bu eğitim programlarının içeriği; obezitenin nedenleri, obezitenin tedavisi, obezite stigmasının tam olarak ne olduğu, nasıl yaşandığı, bu stigma etkisinin nasıl en aza indirilebileceği ve obez kişilere nasıl müdahale edilmesi gerektiği ile ilgili kanıt temelli araştırma ve yaklaşımlar olmalıdır (75,76).

Hemşirelerin obez hastalara yardımcı olabilecekleri bir diğer konu ise obezitenin tedavisidir. Obezite ve obezite önyargısının artması ile hem obezite tedavisi hem de sağlıklı yaşam davranışları önem kazanmıştır (25). Obezite de birçok hastalıkta olduğu gibi yaşam biçiminde yapılan bazı değişikliklerle azaltılabilmektedir.

### 2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Kişinin sağlığına etki eden bütün davranışlarına dikkat etmesine ve gün içinde yaptığı aktivitelerini kendi sağlığına uygun bir şekilde seçmesine sağlıklı yaşam biçimi denilmektedir (34). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden faktörler; yaş, yaşanılan yer, medeni hal, cinsiyet, gelir, sigara- alkol kullanımı, sosyal güvence ve sosyal aktivitelerdir (77).

Sağlıklı yaşam biçimine dair yapılan davranışların hastalıkların önlenmesinde ve tedavi sürecinde önemli bir yeri vardır. Kontrollerini en az yılda bir kez yaptırmak, iyi ve dengeli beslenmek, düzenli ve kaliteli uyumak, yeterli ve düzenli spor yapmak, diğer kişilerle olumlu iletişim sağlamak olumlu sağlık davranışları arasında; sigara ya da alkol kullanma alışkanlığı, çok yağlı yiyecek tüketimi, fiziksel aktivite azlığı, fast-food türü beslenme, aşırı stres, ise olumsuz sağlık davranışları arasında sayılmaktadır (78,79).

Çalışmalar sağlıklı yaşam tarzı ile sağlık durumu, hayat kalitesi ve süresi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (80). DSÖ' nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölüm oranlarının yaklaşık %70-80'inin, daha az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise yaklaşık %40-50'sinin ortaya çıkış sebebi yaşam şekline bağlı olarak meydana gelen hastalıklardır. Günümüzdeki ölüm sebepleri sıralamasında ilk sırada kronik hastalıklara bağlı ölümler yer almaktadır (81).

1987 senesinde Pender, sağlığı geliştirmenin alt basamağı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermiştir. Pender'e göre sağlıklı yaşam tarzı davranışları;

kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz (fiziksel aktivite), beslenme, kişilerarası destek ile stres yönetimidir (82,83).

**a)Kendini Gerçekleştirme:** Kişinin kendi özellikleri çerçevesinde her konuda üretkenliğini artırması ile erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi, insanın davranışlarını yönlendiren ana güdüdür (84). Kendini gerçekleştirmiş birey; kendisini olduğu şekilde kabullenir, kendisinden şikâyetçi olmaz, eksik ve hatalarından rahatsız olmaz, kendini iyi tanır, güçlü-zayıf yönlerini bilir, belirli bir amaç doğrultusunda planlı bir hayat sürer, kendini takdir eder ve başkalarının farkındadır (85).

Günümüzde yaşanan bütün gelişmeler, hemşirelerin hem bireysel hem de mesleki olarak devamlı gelişen, sorunlara çözüm üreten, sorumluluk üstlenen, kişilerarası iletişimi güçlü olan ve liderlik özelliğine sahip birer meslek üyesi olmalarını gerektirmektedir (84).

**b)Sağlık Sorumluluğu:** İnsanın kendi iyiliği için aktif bir şekilde sorumluluk almasıdır. Kişinin kendi sağlığına değer vermesi, kendi bedenini tanıması, sağlık bilgisini artırması, gerektiğinde profesyonel yardıma başvurabilmesi, düzenli olarak tıbbi tetkik yaptırması, kişinin sağlık alanındaki yeni yayınları takip edilmesi, sağlığı ile ilgili gerekli önlemleri önceden alması kişinin kendi sağlığı için alabileceği sorumluluklardır (81,85).

**c)Egzersiz ve Fiziksel Aktivite:** Günlük hayatta kaslarımızı ve eklemlerimizi kullanıp enerji tüketerek kalp atımlarını ve solunumu artıran ve yorgunlukla sonuçlanan aktivitelerdir (86). Fiziksel aktivite, bedende enerji dengesi ile ağırlığın kontrolü için önemli bir belirleyicidir. Bir yılda gerçekleşen ölümlerin 3,2 milyonu yetersiz fiziksel aktivite nedeniyledir ve ölümlerin risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar egzersiz yeterli düzeyde yapılırsa meme, akciğer, rahim, kalın bağırsak ve prostat kanserleri en başta olmak üzere her yıl yaklaşık 165.000-330.000 kanserin önlenebileceğini belirtmektedir (87).

Fiziksel aktivitenin bireyin sağlığını uzun yıllar boyunca koruması, devam ettirmesi ve geliştirmesinde pozitif etkisi çoktur. Fiziksel aktivite; eklem hareketliliğini, esnekliğini ve kas gücünü artırır, kan basıncını düşürür, vücuttaki yağ oranını dengeleyerek ağırlık kontrolünü sağlar, insülin ve kolesterol düzeyini sağlar, kan şekerini dengeler, kanserlerin önlenmesinde etki eder, stresi azaltır ve rahatlamayı sağlar, menopozun kötü etkilerini önler ve kalp performansını iyileştirir (86).

**d)Beslenme:** Büyümek, gelişmek, vücut işlevlerini yapabilmek ile hayatı sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmek için vücudun aldığımız gıdalardan faydalanmasıdır. Günlük hayatta aldığımız besinler karbonhidrat, yağ, protein, vitamin, mineral ve sudur (80).

Beslenme, uluslararası insan haklarına göre bir haktır ve ülkelerin refah durumu göstergelerinden birisi beslenme durumudur. İnsanların sağlıklı olarak yaşayabilmesi, ekonomik ve sosyal olarak gelişebilmesi, toplumun refah düzeyinin artması yeterli ve dengeli beslenmeyle doğrudan ilişkilidir (80). Sağlıklı beslenmek için; öğün atlamamak, günlük üç ana-iki ara öğün yemek, yiyecekleri iyi çiğnemek ve yavaş yemek, organik gıdalar yemek, alınan tuz-yağ-şeker miktarını azaltmak, düzenli kahvaltı yapmak ve posalı besinler tüketmek tavsiye edilmektedir (88).

Günümüzde ayaküstü beslenme (fast-food) türü yaygın olarak görülmeye başlamıştır. Bu tür beslenme dengesiz beslenme ile birlikte şişmanlık sorunlarına neden olmaktadır (89). Obezite, tansiyon, kolesterol, kalp-damar rahatsızlıkları, trigliserit direnci, insülin direnci ve solunum üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Çok zayıf olmak ise hem kişinin verimliliğini hem de bağışıklığını azalmaktadır (90).

**e)Kişilerarası Destek:** Kişilerarası destek, en az iki kişinin bilgi, duygu ve yaşadıkları durumları paylaşma sürecidir ve sağlığın gelişmesinde büyük öneme sahiptir (91). Kişilerarası destekte etkin iletişim önemlidir. İletişimin etkin olabilmesi için iyi dinleme, karşılıklı tepki verme, beden dili kavramları (jestler, mimikler, beden duruşu) ve olumlu yaklaşım gereklidir (92). İnsanlar bazı dönemlerde istenmeyen durumlar yaşayabilirler ve bu zamanlarda kişinin etrafındaki aile-yakın çevresinin ona empatik anlayışla yaklaşması, kişinin o durumu daha kolay atlatmasına yardımcı olur. Kişilerarası desteği iyi olan kişi yaşadığı problemleri daha iyi atlatabilir.

**f)Stres Yönetimi:** Stres, insanın iç ya da dış ortamdaki etkenlere karşı homeostatik dengeyi devam ettirmek için verdiği reaksiyonlardır. Stresin etiyolojik faktörleri genetik, fiziksel, psikolojik ve sosyal sebeplerdir (93). Stres hem olumlu hem de olumsuz duygular yaşamamıza neden olabilir. Fakat belirli bir seviyede olması sağlığımız için gereklidir. Stresin düzeyi kontrol edilemediği durumlarda kişide huzursuzluk, çaresizlik, yetersizlik, özgüven eksikliği, hayal kırıklığı ya da hastalıklarla savaşma da yetersizlik gibi durumlar ortaya çıkabilir (94).

Stres ile baş etme yöntemleri; sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek, baş etme stratejileri

geliştirmek, grup terapileri uygulamak, relaksasyon yöntemlerini geliştirmek, sosyal destekleri geliştirmek ve eğitimdir (93).

### 2.7. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Bireyin hayatında önemli değişimler yaşadığı dönemlerden birisi de üniversite dönemidir. Üniversite aşamasında kişi hem mesleki olarak hem de kişilik olarak farklılaşma yaşayabilmekte ve farklı sağlık davranışları geliştirebilmektedir. Bu dönemde kazanılan alışkanlıklar insanın gelecekteki hayatını, ailesini ve toplumu etkilediği için büyük öneme sahiptir. Bir toplumdaki sağlıklı vatandaşların sayısı, o toplumun sağlık düzeyini göstermektedir. Bu nedenle üniversite sırasında kişilerin kazandıkları alışkanlıkların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları olması büyük önem taşımaktadır. Dolayısı ile bu davranışların kazanılması hem sağlıklı bir toplum gelişmesinde hem de öğrencilerin gelecekteki hayatlarında hastalanma risklerini azaltmada etkilidir (34).

Hemşirelik öğrencilerinin hem toplumun bir parçası olması hem de mezun olduktan sonra sağlık sektörünün önemli bir yerinde yer alacak olması, onların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerini önemli hale getirmektedir. Çünkü hemşirelik öğrencileri de hastaya belirli girişimleri olan hemşirelik mesleğinin içinde yer alırlar. Hemşirelik öğrencileri toplum sağlığını geliştirmek için; toplumun sağlığına zarar veren alışkanlıkları ve risk faktörlerini belirleme, insanlara sağlıklı yaşam farkındalığı kazandırma ve sağlığa olumsuz etkisi olan davranışları sağlığı geliştirici davranışlara dönüştürme gibi yaklaşımlarda bulunabilir (95).

Sağlık ekibinde çalışanların, insanlara sağlıklı davranışlar ile ilgili bilgi verebilmeleri için ilk olarak kendilerinin sağlıklı yaşam davranışları göstermesi ve rol model olmaları gerekmektedir (96). Bu, hemşirelik öğrencileri için de geçerlidir. Hemşirelik öğrencilerinin sağlığı geliştirme ile ilgili davranışlarının belirlenmesi için yapılan bir çalışmanın sonunda, öğrencilerin sağlığı geliştirme ile ilgili davranışlarının düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (31).

## 2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik, Florence Nightingale'den bugüne kadar insanların sağlığını geliştirme ve devam ettirme görevini üstlenmiştir. Bu göreve ek olarak sağlık alanındaki reformlar ve sağlıksız yaşam davranışları hemşirelerin iyi bir eğitimci olmalarını gerektirmiş ve hemşirelik rollerinden olan eğitimci rolünü ön plana çıkarmıştır. Toplumun bilinçlenmesi, aldıkları sağlık hizmetlerinin nasıl olması gerektiği ile ilgili beklentileri artırmıştır. Bu nedenle hemşireler sağlığı koruyup geliştirmeye dair çok boyutlu görevler üstlenmiş ve de eğitim verecek duruma gelmiştir (97).

Günümüzdeki sağlık bakım yaklaşımı, bireyi merkeze alarak hem bireyin hem ailenin hem de toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme anlayışını öngörmektedir. Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve doğru davranışlar hakkında bilgilendirilmesini sağlayacak ilk grup, sağlık alanında profesyonelce hizmet veren hemşirelerdir (95). Hasta ya da sağlıklı kişilerle devamlı etkileşim içinde olan hemşireler, mesleki sorumlulukları ile toplumdaki sosyal rolleri sırasında, sergiledikleri yaşam tarzları ile toplum üzerinde rol modeli olma ve etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle hemşireler, toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri için bu konunun önemini anlamalı ve kişilere karşı motive edici davranmalıdır (31).

Hemşirenin sağlığı geliştirmeye yönelik rolü, sadece tıbbi bir hizmet değil bu alanda yapılan bir sağlık etkinliğidir. Hemşirenin sağlığı geliştirme rolünü Amerikan Hemşireler Birliği, "hemşire, kişilerin ve grupların gerçek ve olası sağlık sorunlarına uyumlarını, kişilerin sağlıkları üzerinde etkisi olan çevreyi değerlendirme ile sağlığı geliştirici yöndeki hemşirelik girişimlerini gerçekleştirmekle sorumludur" şeklinde ifade etmiştir. Hemşirenin sağlığı geliştirme rolleri arasında savunucu, eğitici, iyileştirici, bakım yönetici, hizmetlerin dağıtıcısı, konsültan ve araştırıcı rolü yer almaktadır (98).

Hemşire, sağlığın geliştirilmesi için bir plan çerçevesinde; sağlıksız davranışa ilişkin risk faktörlerini belirler, bunlara göre tanısını koyar, sorunun çözümüne dair plan yapar, planına uygun olarak girişimlerini gerçekleştirir ve son olarak değerlendirmesini yapar (99). Bunun sonucunda kişi sağlıksız davranışlarını sağlıklı yaşam biçimi davranışına dönüştürmüş olur. Bireylerin davranışlarını değiştirme döneminde, bireyin kendini kontrol edebilmesi ve bu dönemde meydana gelebilecek problemlerle baş

edebilmesi için kişiye destek olabilmek amacıyla hemşirenin de bu konuda bilgi sahibi olması gerekir. Davranış değişikliğine yönelik eğitim programlarında hemşirenin bireyi anlaması, empati kurabilmesi, problem yaşadığında destek olabilmesi, bireyi değişikliği başarabileceğine dair ikna etmesi, bireyin kendisine inanç ve güven duygusunun gelişmesini sağlaması önemlidir (100).

# 3.GEREÇ ve YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin obezite önyargıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Aralık 2018 – Ocak 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

## 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenimlerine devam eden tüm hemşirelik öğrencileri (N=1023) oluşturmuş ve örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı (Aralık 2018-Ocak 2019) tarihlerde evren içinden 304 öğrenci araştırmaya katılmayı istememeleri ve devamsız olmaları nedeni ile araştırmaya dâhil edilememiştir. Bu nedenle, araştırmaya katılmayı kabul eden 719 hemşirelik öğrencisi (katılma oranı %70.2) ile araştırma tamamlanmıştır.

## 3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Araştırmanın yapıldığı Aralık 2018-Ocak 2019 tarihlerinde devamsız olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelik öğrencileri araştırmaya alınmıştır.

## 3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması 24.12.2018-9.01.2019 tarihlerinde Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ndeki dersliklerde, araştırmacı tarafından anket yöntemiyle toplanmıştır. Verileri toplamak için, derse giren öğretim üyelerine bilgi verilip, ders başlamadan 10-15 dakika öncesinde dersliklere girilerek veri toplama araçları araştırmacı tarafından öğrencilere dağıtılmış ve formlar hakkında bilgi verilmiştir. Anketler toplamda 5-10 dakika süre içinde doldurulmuş ve araştırmacı tarafından toplanmıştır. Öğrencilere anket formuna isimlerini yazmaması istenmiş ve araştırma verilerinin yalnızca bilimsel alanda kullanılacağı konusunda bilgi verilmiştir.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; literatürden faydalanılarak ve araştırmacı tarafından oluşturulan 15 soruluk Kişisel Bilgi Formu (EK-1), GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) (EK-2) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) (EK-3) formları kullanılmıştır.

#### 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden (14,21,24) yararlanılarak oluşturulan kişisel bilgi formu sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, sınıfı, kaldığı yer, anne-babanın öğrenim durumu-mesleği), aile-akraba-arkadaşta obez birey varlığı, hayatının herhangi bir evresinde obez olma durumu, sigara ve alkol kullanımı, beslenme şekli, kronik hastalık varlığı gibi özellikleri içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.6.2. GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ)

Ercan, Akçil, Kızıltan ile Altun tarafından 2015 senesinde geliştirilen GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği; 27 sorudan oluşmakta ve en fazla 135, en az ise 27 puan alınabilmektedir. Obezite önyargı ölçeğinde beşli likert yöntemi kullanılmıştır. Olumlu maddelere "kesinlikle katılıyorum" seçeneğinden başlayarak 5'ten 1'e; olumsuz maddelere ise "kesinlikle katılıyorum" seçeneğinden başlayarak 1'den 5'e doğru puan verilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan düştükçe kişiler obeziteye karşı önyargısız, alınan puan yükseldikçe önyargılı düşünceye sahip şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme noktalarına bakıldığında 68.00 puan ile altı önyargısız, 68.01-84.99 arası puan önyargıya eğilimli, 85 puan ile üstü önyargılı şeklinde değerlendirilmektedir.

#### 3.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

Walker tarafından hazırlanmış ve 1996'da revize edilip Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II diye adlandırılmıştır. Bahar ve arkadaşları 2008 senesinde ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçek toplam 52 madde ve altı boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve egzersiz, beslenme, manevi gelişim (kendini gerçekleştirme), kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutudur. Ölçeğin derecelendirmesinde 4'lü likert yöntemi kullanılmıştır. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul

edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en az puan 52, en fazla puan ise 208'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek değerde olması öğrencilerin SYBD düzeylerinin iyi, düşük olması da SYBD'nın kötü olduğunu belirtmektedir.

### 3.7. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenimlerini sürdüren 30 öğrenci ile yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra Kişisel Bilgi Formu'nda bir değişikliğe gidilmemiş olup elde edilen veriler araştırmaya dahil edilerek değerlendirmeye alınmıştır

### 3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

#### 3.8.1. Bağımlı Değişkenler

- Obezite Önyargısı
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

#### 3.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik değişkenler: Yaş, cinsiyet, boy, kilo, sınıf, kalınan yer, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi
- Yaşam biçimi ile ilgili değişkenler: Kendini fiziksel olarak tanımlama, Yakın çevrede şişman birey, Hayat boyu kendini şişman hissettiği dönem, Beslenme şekli, Kronik hastalık, Var olan kronik hastalık, Sigara- alkol kullanımı

### 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri için SPSS (IBM SPSS Statistics 24) isimli paket program kullanılmıştır. Bulgular yorumlanırken frekans tabloları ile tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan değerler için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uyacak şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç ya da daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç ya da daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni yöntemi

uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisi incelenirken Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm testlerde önemlilik düzeyi (p değeri) <0.05 olarak kabul edilmiştir.

### 3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla, Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-4) ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden (EK-5) gerekli izinler ve onaylar alınmıştır. Veri toplama öncesinde de öğrencilerin sözlü onamları alınmıştır.

### 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma; 2018-2019 eğitim öğretim döneminde Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerle sınırlıdır.

# 4. BULGULAR

## 4.1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı Çizelge 4.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan 437 öğrencinin (%60.8) 20 yaş ve altı yaş sınıfında olduğu, öğrencilerin yaş ortalamasının 20.54±2.88 (yıl) olduğu tespit edilmiştir. 524 öğrencinin (%72.9) kadın olduğu, 508'inin (%70.6) normal BKİ sınıfında olduğu, 257'sinin (%35.7) 3.sınıf öğrencisi olduğu ve 378'inin (%52.7) evde ailesiyle birlikte kaldığı belirlenmiştir. Öğrencilerden 290'ının (%40.3) annesinin ilkokul mezunu olduğu ve 234'ünün (%32.5) babasının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4. 1.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

| **Değişken (N=719)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Yaş [** $\overline{X}$ ± S.S.→ 20.54 ± 2.88 (yıl) ] | | |
| 20 ve altı | 437 | 60.8 |
| 21-24 | 256 | 35.6 |
| 25 ve üzeri | 26 | 3.6 |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 524 | 72.9 |
| Erkek | 195 | 27.1 |
| **BKİ [** $\overline{X}$ ± S.S.→ 22.05 ± 3.52 ($kg/m^2$) ] | | |
| Zayıf (<18.5) | 92 | 12.8 |
| Normal (18.5-24.9) | 508 | 70.6 |
| Şişman (25.0-29.9) | 96 | 13.4 |
| Obez (≥30) | 23 | 3.2 |
| **Sınıf** | | |
| 1. | 162 | 22.5 |
| 2. | 203 | 28.2 |
| 3. | 257 | 35.7 |
| 4. | 97 | 13.6 |
| **Kalınan yer** | | |
| Evde, ailesiyle | 378 | 52.7 |
| Evde, arkadaşlarıyla | 60 | 8.3 |
| Devlet yurdu | 221 | 30.7 |
| Özel yurt | 29 | 4.0 |
| Diğer | 31 | 4.3 |
| **Anne eğitim düzeyi** | | |
| Okuryazar değil | 107 | 14.9 |
| Okuryazar | 50 | 7.0 |
| İlkokul | 290 | 40.3 |
| Ortaokul | 117 | 16.3 |
| Lise | 122 | 17.0 |
| Üniversite | 33 | 4.5 |
| **Baba eğitim düzeyi** | | |
| Okuryazar değil | 28 | 3.9 |
| Okuryazar | 42 | 5.8 |
| İlkokul | 234 | 32.5 |
| Ortaokul | 150 | 20.9 |
| Lise | 156 | 21.7 |
| Üniversite | 109 | 15.2 |

Çizelge 4.2'de 559 öğrencinin (%77.7) kendini fiziksel olarak normal/ortalama ağırlıkta hissettiği, 603'ünün (%83.9) yakın çevresinde şişman bireyin olduğu, 386'sının (%53.7) hayat boyunca kendini şişman hissettiği bir dönemin olduğu ve 250'sinin (%34.8) diğer tür beslenme şeklini tercih ettiği belirlenmiştir. 34 öğrencinin (%4.7) kronik hastalığının olduğu ve bu hastalardan 18'inin (%52.9) solunum yolu hastalıklarına sahip olduğu belirlenmiştir. 86 öğrencinin (%12.0) sigara kullandığı ve 65'inin (%9) alkol kullandığı belirlenmiştir.

**Çizelge 4.2.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

| **Değişken (N=719)** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Kendini fiziksel olarak tanımlama** | | |
| Zayıf | 102 | 14.2 |
| Normal/ortalama ağırlıkta | 559 | 77.7 |
| Şişman | 58 | 8.1 |
| **Yakın çevrede şişman birey** | | |
| Var | 603 | 83.9 |
| Yok | 116 | 16.1 |
| **Hayat boyu kendini şişman hissettiği dönem** | | |
| Var | 386 | 53.7 |
| Yok | 333 | 46.3 |
| **Beslenme şekli** | | |
| Sebze meyve ağırlıklı | 116 | 16.1 |
| Et ağırlıklı | 106 | 14.7 |
| Fast food ağırlıklı | 58 | 8.1 |
| Süt ve süt ürünleri ağırlıklı | 22 | 3.1 |
| Tahıl ağırlıklı (ekmek, pilav, makarna vb.) | 167 | 23.2 |
| Diğer | 250 | 34.8 |
| **Kronik hastalık** | | |
| Var | 34 | 4.7 |
| Yok | 685 | 95.3 |
| **Var olan kronik hastalık** | | |
| Solunum yolu hastalıkları | 18 | 52.9 |
| Kalp damar hastalıkları | 3 | 8.8 |
| Migren | 2 | 5.9 |
| Diğer | 11 | 32.4 |
| **Sigara kullanımı** | | |
| Var | 86 | 12.0 |
| Yok | 633 | 88.0 |
| **Alkol kullanımı** | | |
| Var | 65 | 9.0 |
| Yok | 654 | 91.0 |

## 4.2. Öğrencilerin GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguları

Öğrencilerin obezite önyargı ölçeği puan tablosu Çizelge 4.3.'deki gibidir. Çalışmamızda öğrencilerin obezite önyargı ölçeği toplam puan ortalaması 78.73±11.54 olarak bulgulanmıştır.

**Çizelge 4. 3.** GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği Puan Tablosu

| **Ölçek(N=719)** | **Mean±S.D.** | **Min.** | **Max.** |
|---|---|---|---|
| **Obezite Önyargı Ölçeği** | 78.73±11.54 | 31.0 | 128.0 |

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre obezite önyargı ölçeği puanlarının karşılaştırılması Çizelge 4.4'de sunulmuştur. Çizelge 4.4'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre obezite önyargı ölçeği puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3.537$; $p=0.000$) ($p<0.05$). Kadınların obezite önyargı ölçeği puanları, erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Diğer değişkenler olan yaş, BKI, sınıf, kalınan yer, anne-baba eğitim düzeyine göre ise obezite önyargı ölçeği puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

**Çizelge 4.4.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obezite Önyargı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken (N=719) | n | Obezite önyargı ölçeği Median [Min-Max] | İstatistiksel analiz* Olasılık |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | | | |
| Kadın | 524 | 79.0 [44.0-125.0] | Z=-3.537 |
| Erkek | 195 | 77.0 [31.0-128.0] | **p=0.000** |
| **Yaş** | | | |
| 20 ve altı | 437 | 79.0 [31.0-128.0] | $\chi^2$=10.026 |
| 21-24 | 256 | 78.0 [44.0-110.0] | p=0.599 |
| 25 ve üzeri | 26 | 78.0 [49.0-108.0] | |
| **BKİ** | | | |
| Zayıf | 92 | 79.0 [45.0-125.0] | |
| Normal | 508 | 78.0 [31.0-120.0] | $\chi^2$=6.607 |
| Şişman | 96 | 78.0 [49.0-128.0] | p=0.086 |
| Obez | 23 | 85.0 [62.0-108.0] | |
| **Sınıf** | | | |
| 1. | 162 | 78.0 [45.0-128.0] | |
| 2. | 203 | 79.0 [31.0-120.0] | $\chi^2$=2.343 |
| 3. | 257 | 78.0 [49.0-114.0] | p=0.504 |
| 4. | 97 | 80.0 [44.0-106.0] | |
| **Kalınan yer** | | | |
| Evde, ailesiyle | 378 | 79.0 [31.0-128.0] | |
| Evde, arkadaşlarıyla | 60 | 78.0 [48.0-100.0] | $\chi^2$=8.040 |
| Devlet yurdu | 221 | 78.0 [45.0-112.0] | p=0.090 |
| Özel yurt | 29 | 80.0 [53.0-100.0] | |
| Diğer | 31 | 81.0 [58.0-110.0] | |
| **Anne eğitim düzeyi** | | | |
| Okuryazar değil | 107 | 78.0 [48.0-110.0] | |
| Okuryazar | 50 | 79.0 [47.0-128.0] | |
| İlkokul | 290 | 80.0 [44.0-120.0] | $\chi^2$=2.298 |
| Ortaokul | 117 | 78.0 [31.0-125.0] | p=0.807 |
| Lise | 122 | 79.0 [49.0-112.0] | |
| Üniversite | 33 | 76.0 [59.0-94.0] | |
| **Baba eğitim düzeyi** | | | |
| Okuryazar değil | 28 | 78.0 [45.0-99.0] | |
| Okuryazar | 42 | 80.0 [60.0-128.0] | |
| İlkokul | 234 | 79.0 [44.0-110.0] | $\chi^2$=3.753 |
| Ortaokul | 150 | 79.0 [31.0-120.0] | p=0.586 |
| Lise | 156 | 79.0 [54.0-125.0] | |
| Üniversite | 109 | 77.0 [53.0-106.0] | |

*Normal dağılım göstermeyenverilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç ya da daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) yöntemleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.5.'da öğrencilerin bazı özelliklerine ilişkin obezite önyargı ölçeği puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Çizelge 4.5.'de belirtilen kendini tanımlama, yakın çevrede şişman varlığı, hayat boyu şişman hissettiği dönem, beslenme şekli, kronik hastalık, sigara kullanımı ve alkol kullanımı gibi değişkenlere göre obezite önyargı ölçeği puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

**Çizelge 4.5.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular ile Obezite Önyargı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken (N=719) | n | Obezite önyargı ölçeği Median [Min-Max] | İstatistiksel analiz* Olasılık |
|---|---|---|---|
| **Kendini tanımlama** | | | |
| Zayıf | 102 | 79.0 [45.0-125.0] | $\chi^2$=2.352 |
| Normal | 559 | 78.0 [31.0-128.0] | p=0.309 |
| Şişman | 58 | 81.5 [49.0-110.0] | |
| **Yakın çevrede şişman** | | | |
| Var | 603 | 79.0 [44.0-128.0] | Z=-0.166 |
| Yok | 116 | 78.0 [31.0-125.0] | p=0.868 |
| **Hayat boyu şişman hissettiği dönem** | | | |
| Var | 386 | 79.0 [44.0-128.0] | Z=-1.573 |
| Yok | 333 | 78.0 [31.0-125.0] | p=0.116 |
| **Beslenme şekli** | | | |
| Sebze meyve ağırlıklı | 116 | 80.5 [53.0-120.0] | |
| Et ağırlıklı | 106 | 77.0 [44.0-128.0] | |
| Fast food ağırlıklı | 58 | 79.0 [61.0-112.0] | $\chi^2$=6.520 |
| Süt ve süt ürünleri | 22 | 81.0 [64.0-96.0] | p=0.259 |
| Tahıl ağırlıklı | 167 | 79.0 [47.0-125.0] | |
| Diğer | 250 | 78.0 [31.0-108.0] | |
| **Kronik hastalık** | | | |
| Var | 34 | 80.0 [53.0-100.0] | Z=-0.439 |
| Yok | 685 | 79.0 [31.0-128.0] | p=0.660 |
| **Sigara kullanımı** | | | |
| Var | 86 | 78.5 [31.0-109.0] | Z=-0.463 |
| Yok | 633 | 79.0 [44.0-128.0] | p=0.643 |
| **Alkol kullanımı** | | | |
| Var | 65 | 79.0 [31.0-109.0] | Z=-0.883 |
| Yok | 654 | 78.0 [44.0-128.0] | p=0.377 |

*Normal dağılım göstermeyenverilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç ya da daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) yöntemleri kullanılmıştır.

## 4.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Çizelge 4.6.'da öğrencilerin SYBDÖ-II ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmamızda öğrencilerin SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 128.17±19.43 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin SYBDÖ-II alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları ise en yüksekten değerden en düşük değere doğru; Kendini Gerçekleştirme(Manevi Gelişim) (26.12±4.58), Kişilerarası İlişkiler

(25.10±4.39), Sağlık Sorumluluğu (20.30±4.64), Beslenme (19.83±3.87), Stres Yönetimi (19.35±3.73) ve Fiziksel Aktivite (17.47±4.81) olarak saptanmıştır.

**Çizelge 4.6.** Öğrencilerin SYBDÖ-II Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

| | Ölçekler (N=719) | Ortalama | Standart Sapma | Medyan | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği | Sağlık sorumluluğu | 20.30 | 4.64 | 20.0 | 9.0 | 35.0 |
| | Fiziksel aktivite | 17.47 | 4.81 | 17.0 | 8.0 | 32.0 |
| | Beslenme | 19.83 | 3.87 | 19.0 | 10.0 | 34.0 |
| | Manevi gelişim | 26.12 | 4.58 | 26.0 | 13.0 | 36.0 |
| | Kişilerarası ilişkiler | 25.10 | 4.39 | 25.0 | 13.0 | 36.0 |
| | Stres yönetimi | 19.35 | 3.73 | 19.0 | 9.0 | 32.0 |
| | Toplam | 128.17 | 19.43 | 127.0 | 76.0 | 200.0 |

### 4.4. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Çizelge 4.7.'de öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre; yaş sınıflarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=10.152; p=0.006) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 20 yaş ve altı yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 21-24 yaş grubunda olanların sağlık sorumluluğu puanları, 20 yaş ve altı yaş grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yaş sınıflarına göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=8.356; p=0.015) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 20 yaş ve altı yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 21-24 yaş grubunda olanların fiziksel aktivite puanları, 20 yaş ve altı yaş grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yaş sınıflarına göre SYBDÖ beslenme alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=7.509; p=0.023) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 20 yaş ve altı yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 21-24 yaş grubunda olanların beslenme puanları, 20 yaş ve altı yaş grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yaş sınıflarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=7.224; p=0.027) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 20 yaş ve altı yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 21-24 yaş grubunda olanların sağlıklı yaşam ölçeği toplam puanları, 20 yaş ve altı yaş grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Cinsiyetlere göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Z=-5.899; p=0.000) (p<0.05). Erkeklerin fiziksel aktivite puanları, kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Cinsiyetlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği manevi gelişim alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(Z=-2.201; p=0.028) (p<0.05). Erkeklerin manevi gelişim puanları, kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Cinsiyetlere göre SYBDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2.9071; p=0.004) (p<0.05). Erkeklerin sağlıklı yaşam ölçeği toplam puanları, kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

BKİ sınıflarına göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=14.612; p=0.002) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; BKİ sınıfı normal olanlar ile zayıf olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. BKİ sınıfı normal

olanların fiziksel aktivite puanları, zayıf olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sınıflara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=43.626; p=0.006) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.sınıf olanlar ile 2, 3 ve 4.sınıf olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 1.sınıf olanların sağlık sorumluluğu puanları, 2, 3 ve 4.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, 2 ve 3.sınıf olanlar ile 4.sınıf olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 2 ve 3.sınıf olanların sağlık sorumluluğu puanları, 4.sınıf olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Sınıflara göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=8.208; p=0.042) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.sınıf olanlar ile 4.sınıf olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 1.sınıf olanların fiziksel aktivite puanları, 4.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Sınıflara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=10.170; p=0.017) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1, 2 ve 3.sınıf olanlar ile 4.sınıf olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 4.sınıf olanların beslenme puanları, 1, 2 ve 3.sınıf olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sınıflara göre SYBDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=12.506; p=0.006) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 ve 2.sınıf olanlar ile 4.sınıf olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 4.sınıf olanların sağlıklı yaşam ölçeği toplam puanları, 1 ve 2.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Çizelge 4.7.**Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken (N=719) | n | Sağlık sorumluluğu<br>Medyan [Min-Max] | Fiziksel aktivite<br>Medyan [Min-Max] | Beslenme<br>Medyan [Min-Max] | Manevi gelişim<br>Medyan [Min-Max] | Kişilerarası ilişkiler<br>Medyan [Min-Max] | Stres yönetimi<br>Medyan [Min-Max] | Toplam<br>Medyan [Min-Max] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | | | | | | | | |
| 20 ve altı (1) | 437 | 19.0 [9.0-35.0] | 16.0 [8.0-31.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 125.0 [76.0-200.0] |
| 21-24 (2) | 256 | 21.0 [10.0-35.0] | 18.0 [8.0-32.0] | 20.0 [10.0-34.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [10.0-30.0] | 131.0 [82.0-190.0] |
| 25 ve üzeri (3) | 26 | 20.5 [15.0-34.0] | 17.0 [8.0-25.0] | 19.5 [15.0-29.0] | 27.5 [21.0-35.0] | 26.0 [20.0-36.0] | 20.5 [14.0-26.0] | 130.0 [101.0-180.0] |
| **İstatistiksel analiz*** | | $\chi^2$=10.152 | $\chi^2$=8.356 | $\chi^2$=7.509 | $\chi^2$=3.681 | $\chi^2$=4.390 | $\chi^2$=3.196 | $\chi^2$=7.224 |
| **Olasılık** | | **p=0.006** | **p=0.015** | **p=0.023** | p=0.159 | p=0.111 | p=0.202 | **p=0.027** |
| **Fark** | | **[1-2]** | **[1-2]** | **[1-2]** | | | | **[1-2]** |
| **Cinsiyet** | | | | | | | | |
| Kadın | 524 | 20.0 [9.0-35.0] | 16.0 [8.0-31.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 124.0 [76.0-200.0] |
| Erkek | 195 | 20.0 [10.0-34.0] | 19.0 [8.0-32.0] | 20.0 [10.0-32.0] | 27.0 [14.0-36.0] | 25.0 [13.0-35.0] | 20.0 [9.0-29.0] | 130.0 [76.0-182.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-0.558 | Z=-5.899 | Z=-1.257 | Z=-2.201 | Z=-0.764 | Z=-1.407 | Z=-2.907 |
| **Olasılık** | | p=0.577 | **p=0.000** | p=0.209 | **p=0.028** | p=0.445 | p=0.160 | **p=0.004** |
| **BKİ** | | | | | | | | |
| Zayıf (1) | 92 | 20.0 [11.0-30.0] | 15.0 [8.0-29.0] | 19.0 [10.0-28.0] | 26.5 [17.0-36.0] | 25.0 [15.0-34.0] | 19.0 [12.0-28.0] | 126.5 [82.0-171.0] |
| Normal (2) | 508 | 20.0 [9.0-35.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 127.0 [76.0-200.0] |
| Şişman (3) | 96 | 19.0 [11.0-34.0] | 16.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [14.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 18.0 [12.0-29.0] | 125.5 [89.0-182.0] |
| Obez (4) | 23 | 19.0 [12.0-28.0] | 16.0 [9.0-29.0] | 20.0 [16.0-29.0] | 26.0 [15.0-34.0] | 26.0 [18,0-33.0] | 18.0 [11.0-26.0] | 123.0 [101.0-162.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=1.317 | $\chi^2$=14.612 | $\chi^2$=5.347 | $\chi^2$=1.229 | $\chi^2$=0.941 | $\chi^2$=1.741 | $\chi^2$=1.188 |
| **Olasılık** | | p=0.725 | **p=0.002** | p=0.148 | p=0.746 | p=0.815 | p=0.628 | p=0.756 |
| **Fark** | | | **[1-2]** | | | | | |
| **Sınıf** | | | | | | | | |
| 1. | 162 | 18.0 [9.0-35.0] | 16.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-35.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 124.0 [76.0-200.0] |
| 2. | 203 | 19.0 [10.0-34.0] | 17.0 [8.0-30.0] | 19.0 [12.0-32.0] | 26.0 [14.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [10.0-29.0] | 125.0 [87.0-180.0] |
| 3. | 257 | 21.0 [11.0-34.0] | 17.0 [8.0-30.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 25.0 [15.0-34.0] | 19.0 [11.0-30.0] | 127.0 [88.0-190.0] |
| 4. | 97 | 22.0 [11.0-35.0] | 18.0 [9.0-31.0] | 20.0 [14.0-31.0] | 26.0 [16.0-36.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 20.0 [11.0-29.0] | 133.0 [82.0-186.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=43.626 | $\chi^2$=8.208 | $\chi^2$=10.170 | $\chi^2$=0.196 | $\chi^2$=5.258 | $\chi^2$=4.809 | $\chi^2$=12.506 |
| **Olasılık** | | **p=0.000** | **p=0.042** | **p=0.017** | p=0.978 | p=0.154 | p=0.186 | **p=0.006** |
| **Fark** | | **[1-2,3,4] [2,3-4]** | **[1-4]** | **[1,2,3-4]** | | | | **[1,2-4]** |

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.7 (devamı)'nda kalınan yere göre SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=10.196; p=0.037) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; evde arkadaşlarıyla kalanlar ile diğer yerlerde kalanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Evde arkadaşlarıyla kalanların kişilerarası ilişkiler puanları, diğer yerlerde kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Anne eğitim düzeyine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=20.095; p=0.001) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanlar ve okuryazar olanlar ile ilkokul, lise ve üniversite mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanlar ve okuryazar olanların puanları, ilkokul, lise ve üniversite mezunu olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Anne eğitim düzeyine göre SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=19.067; p=0.002) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanlar ile ilkokul ve lise mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanların stres yönetimi puanları, ilkokul ve lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, annesinin eğitim düzeyi ortaokul olanlar ile lise mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Annesinin eğitim düzeyi lise mezunu olanların stres yönetimi puanları, ortaokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Anne eğitim düzeyine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=16.387; p=0.006) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanlar ile lise ve üniversite mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları, lise ve üniversite mezunu olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, annesinin eğitim düzeyi okuryazar olanlar ile lise mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları, lise mezunu olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

**Çizelge 4.7** (devamı). Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken (N=719) | n | Sağlık sorumluluğu<br>Medyan [Min-Max] | Fiziksel aktivite<br>Medyan [Min-Max] | Beslenme<br>Medyan [Min-Max] | Manevi gelişim<br>Medyan [Min-Max] | Kişilerarası ilişkiler<br>Medyan [Min-Max] | Stres yönetimi<br>Medyan [Min-Max] | Toplam<br>Medyan [Min-Max] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kalınan yer** | | | | | | | | |
| Evde, ailesiyle (1) | 378 | 20.0 [10.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-33.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-30.0] | 127.0 [76.0-190.0] |
| Evde, arkadaşlarla (2) | 60 | 21.0 [11.0-31.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 19.0 [12.0-29.0] | 25.0 [18.0-36.0] | 26.0 [18.0-34.0] | 19.0 [12.0-29.0] | 128.5 [88.0-186.0] |
| Devlet yurdu (3) | 221 | 19.0 [11.0-35.0] | 17.0 [8.0-30.0] | 19.0 [12.0-34.0] | 26.0 [14.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [11.0-32.0] | 126.0 [85.0-200.0] |
| Özel yurt (4) | 29 | 19.0 [12.0-28.0] | 17.0 [10.0-29.0] | 19.0 [12.0-34.0] | 25.0 [18.0-32.0] | 24.0 [16.0-32.0] | 17.0 [13.0-28.0] | 122.0 [97.0-171.0] |
| Diğer (5) | 31 | 20.0 [9.0-31.0] | 16.0 [8.0-29.0] | 20.0 [10.0-27.0] | 25.0 [13.0-35.0] | 23.0 [13.0-33.0] | 19.0 [9.0-29.0] | 124.0 [76.0-162.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=5.534 | $\chi^2$=1.015 | $\chi^2$=2.214 | $\chi^2$=4.696 | $\chi^2$=10.196 | $\chi^2$=6.537 | $\chi^2$=6.126 |
| **Olasılık** | | p=0.237 | p=0.907 | p=0.696 | p=0.320 | **p=0.037** | p=0.162 | p=0.190 |
| **Fark** | | | | | | **[2-5]** | | |
| **Anne eğitim düzeyi** | | | | | | | | |
| Okuryazar değil (1) | 107 | 19.0 [11.0-30.0] | 17.0 [9.0-28.0] | 18.0 [10.0-29.0] | 26.0 [14.0-34.0] | 25.0 [13.0-33.0] | 17.0 [9.0-28.0] | 123.0 [76.0-171.0] |
| Okuryazar (2) | 50 | 18.5 [10.0-34.0] | 18.0 [9.0-27.0] | 18.5 [10.0-31.0] | 27.0 [16.0-36.0] | 24.5 [16.0-36.0] | 19.0 [12.0-28.0] | 123.5 [9.0-180.0] |
| İlkokul (3) | 290 | 21.0 [11.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.5 [10.0-32.0] | 126.0 [82.0-200.0] |
| Ortaokul (4) | 117 | 20.0 [10.0-34.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 19.0 [12.0-31.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 26.0 [13.0-33.0] | 18.0 [11.0-28.0] | 124.0 [91.0-196.0] |
| Lise (5) | 122 | 21.0 [9.0-33.0] | 18.0 [8.0-29.0] | 20.0 [12.0-29.0] | 27.0 [13.0-35.0] | 25.0 [15.0-35.0] | 20.0 [9.0-30.0] | 132.5 [76.0-174.0] |
| Üniversite (6) | 33 | 23.0 [13.0-34.0] | 20.0 [8.0-29.0] | 19.0 [15.0-34.0] | 28.0 [19.0-36.0] | 26.0 [16.0-36.0] | 19.0 [12.0-30.0] | 130.0 [92.0-190.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=20.095 | $\chi^2$=6.611 | $\chi^2$=9.599 | $\chi^2$=4.706 | $\chi^2$=8.745 | $\chi^2$=19.067 | $\chi^2$=16.387 |
| **Olasılık** | | **p=0.001** | p=0.251 | p=0.087 | p=0.453 | p=0.120 | **p=0.002** | **p=0.006** |
| **Fark** | | **[1-3,5,6] [2-3,5,6]** | | | | | **[1-3,5] [4-5]** | **[1-5,6] [2-5]** |
| **Baba eğitim düzeyi** | | | | | | | | |
| Okuryazar değil | 28 | 18.5 [14.0-31.0] | 16.5 [8.0-28.0] | 18.0 [13.0-28.0] | 26.5 [15.0-36.0] | 24.5 [13.0-33.0] | 18.0 [9.0-28.0] | 124.0 [76.0-171.0] |
| Okuryazar | 42 | 21.0 [10.0-34.0] | 18.0 [11.0-27.0] | 19.0 [12.0-29.0] | 27.0 [16.0-35.0] | 25.0 [18.0-36.0] | 18.5 [12.0-28.0] | 124.0 [102.0-180.0] |
| İlkokul | 234 | 19.0 [11.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [10.0-32.0] | 125.5 [88.0-200.0] |
| Ortaokul | 150 | 20.0 [9.0-32.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 20.0 [10.0-31.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [15.0-35.0] | 19.0 [9.0-30.0] | 126.5 [76.0-186.0] |
| Lise | 156 | 20.0 [11.0-34.0] | 17.0 [8.0-30.0] | 19.0 [10.0-31.0] | 27.0 [14.0-36.0] | 25.0 [15.0-35.0] | 19.0 [11.0-29.0] | 128.5 [82.0-180.0] |
| Üniversite | 109 | 20.0 [10.0-34.0] | 19.0 [9.0-31.0] | 20.0 [12.0-34.0] | 26.0 [18.0-36.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 20.0 [13.0-30.0] | 127.0 [96.0-190.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=6.167 | $\chi^2$=10.219 | $\chi^2$=5.529 | $\chi^2$=4.132 | $\chi^2$=2.641 | $\chi^2$=6.771 | $\chi^2$=4.773 |
| **Olasılık** | | p=0.290 | p=0.069 | p=0.355 | p=0.531 | p=0.755 | p=0.238 | p=0.444 |

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.8'de öğrencilerin bazı özelliklerine ilişkin bulgulara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Çizelge 4.8'de kendini tanımlama durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=15.997; p=0.000) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendini zayıf tanımlayanlar ile normal tanımlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kendini normal olarak tanımlayanların fiziksel aktivite puanları, zayıf olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kendini tanımlama durumuna göre SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=6.881; p=0.032) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendini zayıf tanımlayanlar ile şişman olarak tanımlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kendini şişman olarak tanımlayanların manevi gelişim puanları, zayıf olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Beslenme şekillerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=16.748; p=0.005) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; et ağırlıklı beslenenler ile fast-food ve tahıl ağırlıklı beslenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Et ağırlıklı beslenenlerin fiziksel aktivite puanları, fast-food ve tahıl ağırlıklı beslenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Beslenme şekillerine göre SYBDÖ beslenme alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=22.157; p=0.000) (p<0.05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; et ağırlıklı beslenenler ile fast-food ve tahıl ağırlıklı beslenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Et ağırlıklı beslenenlerin beslenme puanları, fast-food ve tahıl ağırlıklı beslenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, fast-food ağırlıklı

beslenenler ile sebze meyve ağırlıklı veya diğer tür ağırlıklı beslenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Fast-food ağırlıklı beslenenlerin beslenme puanları, sebze meyve ağırlıklı veya diğer tür ağırlıklı beslenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Beslenme şekillerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12.762$; $p=0.026$) ($p<0.05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; et ağırlıklı beslenenler ile fast-food ağırlıklı beslenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Et ağırlıklı beslenenlerin sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları, fast-food ağırlıklı beslenenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Çizelge 4.8.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken (N=719) | n | Sağlık sorumluluğu<br>Medyan [Min-Max] | Fiziksel aktivite<br>Medyan [Min-Max] | Beslenme<br>Medyan [Min-Max] | Manevi gelişim<br>Medyan [Min-Max] | Kişilerarası ilişkiler<br>Medyan [Min-Max] | Stres yönetimi<br>Medyan [Min-Max] | Toplam<br>Medyan [Min-Max] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kendini tanımlama** | | | | | | | | |
| Zayıf (1) | 102 | 20.0 [11.0-30.0] | 16.0 [8.0-28.0] | 19.0 [10.0-29.0] | 27.0 [19.0-36.0] | 26.0 [15.0-36.0] | 19.0 [12.0-28.0] | 127.0 [82.0-171.0] |
| Normal (2) | 559 | 20.0 [10.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [14.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 127.0 [76.0-200.0] |
| Şişman (3) | 58 | 19.0 [9.0-34.0] | 16.5 [9.0-29.0] | 20.0 [10.0-30.0] | 24.0 [13.0-34.0] | 24.0 [16.0-32.0] | 18.0 [9.0-29.0] | 120.5 [76.0-167.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=2.243 | $\chi^2$=15.997 | $\chi^2$=2.939 | $\chi^2$=6.881 | $\chi^2$=3.572 | $\chi^2$=5.233 | $\chi^2$=3.994 |
| **Olasılık** | | p=0.326 | **p=0.000** | p=0.230 | **p=0.032** | p=0.168 | p=0.073 | p=0.136 |
| **Fark** | | | **[1-2]** | | **[1-3]** | | | |
| **Çevresinde şişman** | | | | | | | | |
| Var | 603 | 20.0 [9.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 127.0 [76.0-200.0] |
| Yok | 116 | 20.0 [11.0-34.0] | 17.0 [9.0-30.0] | 19.5 [12.0-30.0] | 26.0 [17.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [10.0-30.0] | 165.0 [87.0-180.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-0.326 | Z=-0.098 | Z=-1.244 | Z=-0.010 | Z=-0.674 | Z=-0.567 | Z=-0.334 |
| **Olasılık** | | p=0.744 | p=0.922 | p=0.214 | p=0.992 | p=0.500 | p=0.571 | p=0.739 |
| **Hayat boyu kendini şişman hissettiği dönem** | | | | | | | | |
| Var | | | | | | | | |
| Yok | 386 | 20.0 [9.0-35.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [15.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 126.0 [76.0-200.0] |
| | 333 | 20.0 [10.0-34.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-32.0] | 26.0 [14.0-36.,0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-29.0] | 127.0 [76.0-186.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-0.730 | Z=-0.924 | Z=-0.021 | Z=-1.016 | Z=-0.378 | Z=-0.833 | Z=-0.167 |
| **Olasılık** | | p=0.465 | p=0.355 | p=0.983 | p=0.310 | p=0.706 | p=0.405 | p=0.868 |
| **Beslenme şekli** | | | | | | | | |
| Sebze meyve (1) | 116 | 21.0 [9.0-34.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 20.0 [12.0-33.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [16.0-36.0] | 19.0 [9.0-30.0] | 127.5 [76.0-190.0] |
| Et ağırlıklı (2) | 106 | 19.0 [10.0-33.0] | 18.0 [8.0-32.0] | 21.0 [12.0-32.0] | 27.0 [15.0-36.0] | 25.0 [15.0-35.0] | 20.0 [11.0-30.0] | 133.0 [92.0-182.0] |
| Fast food ağırlıklı (3) | 58 | 20.0 [11.0-34.0] | 16.0 [9.0-29.0] | 18.0 [12.0-28.0] | 24.5 [16.0-35.0] | 25.0 [17.0-36.0] | 17.0 [11.0-27.0] | 120.5 [91.0-172.0] |
| Süt ve süt ürünleri (4) | 22 | 20.0 [12.0-29.0] | 17.0 [13.0-29.0] | 19.5 [16,0-29.0] | 26.0 [19.0-35.0] | 24.0 [15.0-32.0] | 19.0 [10.0-27.0] | 130.0 [91.0-169.0] |
| Tahıl ağırlıklı (5) | 167 | 19.0 [11.0-31.0] | 16.0 [9.0-30.0] | 19.0 [10.0-28.0] | 26.0 [16.0-36.0] | 25.0 [15.0-34.0] | 19.0 [10.0-29.0] | 125.0 [82.0-169.0] |
| Diğer (6) | 250 | 20.0 [10.0-35.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 20.0 [10.0-34.0] | 26.0 [14.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 127.0 [76.0-200.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | $\chi^2$=10.708 | $\chi^2$=16.748 | $\chi^2$=22.157 | $\chi^2$=10.317 | $\chi^2$=2.015 | $\chi^2$=10.568 | $\chi^2$=12.762 |
| **Olasılık** | | p=0.057 | **p=0.005** | **p=0.000** | p=0.067 | p=0.847 | p=0.061 | **p=0.026** |
| **Fark** | | | **[2-3,5]** | **[2-3,5] [3-1,6]** | | | | **[2-3]** |

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.8. (devamı)'nda görüldüğü üzere öğrencilerin kronik hastalık, sigara kullanımı ve alkol kullanımı durumlarına göre SYBDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulgulanmamıştır ($p>0.05$).

**Çizelge 4.8.** (devamı) Öğrencilerin Bazı Özelliklerine İlişkin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

| Değişken (N=719) | n | Sağlık sorumluluğu<br>Medyan [Min-Max] | Fiziksel aktivite<br>Medyan [Min-Max] | Beslenme<br>Medyan [Min-Max] | Manevi gelişim<br>Medyan [Min-Max] | Kişilerarası ilişkiler<br>Medyan [Min-Max] | Stres yönetimi<br>Medyan [Min-Max] | Toplam<br>Medyan [Min-Max] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kronik hastalık** | | | | | | | | |
| Var | 34 | 21.0 [14.0-30.0] | 17.0 [9.0-28.0] | 18.5 [12.0-26.0] | 26.5 [16.0-35.0] | 26.0 [17.0-33.0] | 20.0 [13.0-29.0] | 130.0 [98.0-171.0] |
| Yok | 685 | 20.0 [9.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 126.0 [76.0-200.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-1.650 | Z=-0.535 | Z=-0.779 | Z=-0.063 | Z=-1.024 | Z=-0.435 | Z=-0.263 |
| **Olasılık** | | p=0.099 | p=0.593 | p=0.436 | p=0.950 | p=0.306 | p=0.664 | p=0.792 |
| **Sigara kullanımı** | | | | | | | | |
| Var | 86 | 19.5 [10.0-34.0] | 17.5 [8.0-29.0] | 19.0 [10.0-30.0] | 27.0 [17.0-36.0] | 25.5 [13.0-35.0] | 20.0 [12.0-27.0] | 127.0 [88.0-180.0] |
| Yok | 633 | 20.0 [9.0-35.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 126.0 [76.0-200.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-1.297 | Z=-1.504 | Z=-1.595 | Z=-0.968 | Z=-0.803 | Z=-0.087 | Z=-0.097 |
| **Olasılık** | | p=0.195 | p=0.133 | p=0.111 | p=0.333 | p=0.422 | p=0.930 | p=0.923 |
| **Alkol kullanımı** | | | | | | | | |
| Var | 65 | 20.0 [10.0-34.0] | 17.0 [8.0-32.0] | 19.0 [10.0-33.0] | 26.0 [17.0-36.0] | 26.0 [13.0-35.0] | 20.0 [12.0-29.0] | 127.0 [92.0-190.0] |
| Yok | 654 | 20.0 [9.0-35.0] | 17.0 [8.0-31.0] | 19.0 [10.0-34.0] | 26.0 [13.0-36.0] | 25.0 [13.0-36.0] | 19.0 [9.0-32.0] | 127.0 [76.0-200.0] |
| **İstatistiksel analiz** | | Z=-0.707 | Z=-0.496 | Z=-1.140 | Z=-0.803 | Z=-1.199 | Z=-1.204 | Z=-0.147 |
| **Olasılık** | | p=0.479 | p=0.620 | p=0.254 | p=0.422 | p=0.231 | p=0.228 | p=0.883 |

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ($\chi^2$-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

### 4.5. Obezite Önyargı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişki

Ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi Çizelge 4.9'da verilmiştir. Obezite önyargı ölçeği ile SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.095$; $p=0.011$) ($p<0.05$). Buna göre SYBDÖ kişilerarası ilişkiler puanı arttıkça, obezite önyargı ölçeği puanı artacaktır. Aynı şekilde, SYBDÖ kişilerarası ilişkiler puanı azaldıkça, obezite önyargı ölçeği puanı azalacaktır.

**Çizelge 4.9.** Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerinin İncelenmesi

| **Korelasyon* (N=719)** | **Obezite önyargı ölçeği** | |
|---|---|---|
| **Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği** | **r** | **p** |
| Sağlık sorumluluğu | 0.002 | 0.956 |
| Fiziksel aktivite | -0.060 | 0.106 |
| Beslenme | 0.034 | 0.367 |
| Manevi gelişim | 0.000 | 0.996 |
| Kişilerarası ilişkiler | 0.095 | **0.011** |
| Stres yönetimi | 0.017 | 0.655 |
| Toplam | 0.015 | 0.682 |

# 5. TARTIŞMA

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin obezite önyargıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için gerçekleştirilmiş bir araştırmadır. Araştırma sonucu elde edilen bulgular literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

## 5.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması 20.54±2.88 olarak bulgulanmıştır (Çizelge 4.1). Araştırma kapsamındaki öğrencilerin BKI ortalamaları 22.05±3.52'dir (Çizelge 4.1). Araştırmamızda öğrencilerin %77.7'si kendisini fiziksel açıdan normal olarak tanımlamaktadır (Çizelge 4.2).

## 5.2. Öğrencilerin GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

GAMS-27 OÖÖ toplamda 27 sorudan oluşmaktadır ve alınacak en düşük puan 27, en yüksek puan ise 135'tir. Maddelere bakılarak puanlar hesaplandığında bireylerin; puanları azaldıkça obeziteye karşı önyargısız, puanları arttıkça önyargılı oldukları ortaya çıkmaktadır (11).

Araştırmamızda öğrencilerin OÖÖ toplam puan ortalaması 78.73±11.54'tür ve öğrencilerin obezite önyargısına eğilimli oldukları belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Araştırma bulgularımızda obeziteye karşı öğrencilerin %21'inin önyargısız, %66.5'inin önyargıya eğilimli, %12.5'inin ise önyargılı olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarımıza benzer olarak, Sert ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada öğrencilerin OÖÖ toplam puanlarının 78.55±10.20 olduğu ve öğrencilerin %23.5'inin önyargılı, %51.3'ünün önyargıya eğilimli, olduğu (21), Altınayak ve ark. (2017)'nın ebelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin OÖÖ toplam puan ortalamalarının 74.51±8.46 olduğu ve öğrencilerin %69.9'unun önyargıya eğilimli, %10.4'ünün önyargılı, %19.7'sinin ise önyargısız olduğu (14), Stein ve ark. (2014)'nın 18-94 yaş grubunda yaptığı çalışmada da katılanların %99,1'inin obez kişilere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu belirtilmiştir (101). Bu sonuçlar yapılan çalışmanın literatürdeki

çalışmalarla paralel olduğunu ve çalışmalara katılanların büyük çoğunluğunun ya obezite önyargısına sahip olduğunu ya da önyargıya eğilimli olduğunu destekler niteliktedir. Bu sonuçların ortaya çıkmasında da hem obezite oranının giderek artmasının hem de gençlerin sıklıkla kullandığı yazılı ve görsel medyanın obez kişiler hakkındaki olumsuz söylemlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin cinsiyetlerine göre OÖÖ puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3.537$; $p=0.000$) ($p<0.05$) (Çizelge 4.4). Kadınların OÖÖ puan değerleri, erkeklerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. O'Brien ve ark. (2013)'nın 1649 katılımcıyla yaptıkları araştırmada obezite önyargısının erkeklere göre kadınlarda daha güçlü olduğu saptanmıştır (102). Son zamanlarda medyada zayıflığın ve kadınların zayıf oldukları zaman güzel oldukları düşüncesinin ön plana çıkarılması, kadınların şişmanladıklarında kendilerini çirkin ve çekici olmayan biri olarak düşünmelerine neden olduğu düşünülebilir.

Yaş, BKİ, sınıf, kalınan yer, anne-baba eğitim düzeyi, kendini tanımlama, yakın çevrede şişman kişi varlığı, hayat boyu şişman hissettiği dönem, beslenme şekli, kronik hastalık ve sigara-alkol kullanımı değişkenlerinin, öğrencilerin OÖÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.4, Çizelge 4.5). Benzer olarak, Sert ve ark. (2016)'nın ve Yıldız (2017)'ın yaptıkları araştırmalarda sınıf, BKİ, kendini tanımlama, hayat boyu şişman hissettiği dönem ve yakın çevrede şişman kişi varlığı değişkenlerinin OÖÖ puan ortalamasını etkilemediği belirtilmiştir (21,103). Bu sonuçlar çalışmamızın literatürle benzer olduğunu göstermektedir.

### 5.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ile Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SYBDÖ-II ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

SYBDÖ'nden alınan toplam puanın artması kişinin hayatında olumlu sağlık davranışlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu davranışların değerlendirildiği SYBDÖ-II'den en az 52, en fazla 208 puan alınmaktadır (11).

Araştırmamızda öğrencilerin SYBDÖ-II'den aldıkları toplam puan ortalaması 128.17±19.43 olup sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının orta seviyede olduğu bulgulanmıştır (Çizelge 4.6). Araştırma bulgumuzun, literatürde (34,104,105,106-110)

yer alan diğer araştırma sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür. SYBDÖ-II'den alınabilecek en yüksek değerin 208 olduğu düşünüldüğünde araştırmaya dahil edilen öğrencilerin davranışlarının sağlıklı olduğu söylenebilir.

Araştırmadaki öğrencilerin SYBDÖ-II alt boyutlarından elde ettikleri değerler, en yüksek puandan en düşük puana göre; Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim) 26.12±4.58, Kişilerarası İlişkiler 25.10±4.39, Sağlık Sorumluluğu 20.30±4.64, Beslenme 19.83±3.87, Stres Yönetimi 19.35±3.73 ve Fiziksel Aktivite 17.47±4.81 şeklindedir (Çizelge 4.6). Araştırmamıza benzer olarak, İlhan ve ark. (2010)'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada da en fazla puan ortalaması kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), en az puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutu olarak bulgulanmıştır (34). Özcan ve Bozhüyük (2016)'ün sağlık bilimleri öğrencileriyle yaptığı çalışmasında da benzer değerler elde edildiği belirtilmiştir (104). Araştırmalarda kendini gerçekleştirme puanının en yüksek olması, üniversite eğitiminin öğrencilerin kişisel gelişimlerine katkısı olduğunu; fiziksel aktivite puanının ise en düşük olması öğrencilerin fiziksel aktivitelerinin az olduğunu, gençlerin sportif aktivitelere aktif olarak katılmadıklarını ya da sağlık için egzersiz yapma farkındalıklarının yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda, yaş gruplarına göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu puanları açısından istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 4.7). 21-24 yaş grubunda olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu değerleri 20 ve altı yaş grubuna göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde daha fazladır. Sonucumuzu destekler nitelikte, Eroymak ve ark. (2018)'nın sağlık yönetimi bölümü öğrencileriyle yaptığı araştırmada da 21 yaş ve üstündekilerin 20 yaş ve altındakilere göre sağlık sorumluluğu ile beslenme davranışları puan ortalamaları daha yüksek bulgulanmıştır (111). Aksoy ve Uçar (2014)'ın yaptıkları araştırmada da yaş arttıkça SYBDÖ puanlarının arttığı bulgulanmıştır (112). Genel olarak bakıldığında, yaş sınıflarına göre SYBDÖ toplam puanları açısından 21-24 yaş grubunda olanların SYBDÖ toplam puanları, 20 yaş ve altı yaş grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksektir ($\chi^2=7.224$; $p=0.027$) ($p<0.05$) (Çizelge 4.7). Bunlar, yaş seviyesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu yönde tesir ettiğini ve gençlerin yaşları arttıkça kendi sorumluluklarını üstlenmeleri konusunda ilerleme kaydettiklerini düşündürmektedir.

Yaşla birlikte gençlerin adölesan dönemi atlatmaya başlaması, sosyal gruplarla birlikteliğinin artması, kişilerarası desteklerinin artması ve alınan derslerin de olumlu etkisi gençlerin sağlıklı yaşam bilincini geliştirmektedir.

Araştırma bulgularımız, cinsiyetlere göre SYBDÖ fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğunu göstermektedir ($p<0.05$) (Çizelge 4.7). Erkeklerin fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları, kadınların puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Buna göre, fiziksel aktivite ve manevi gelişim açısından erkeklerin kadınlardan daha olumlu sağlık davranışları sergiledikleri söylenebilir. İlhan ve ark. (2010)'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada da erkeklerin fiziksel aktivite ile manevi gelişim puan ortalamaları kadınlarınkinden daha yüksektir (34). Literatürdeki bazı araştırmaların sonuçlarına göre ise erkeklerin fiziksel aktivite puanları yüksek iken kadınların manevi gelişim puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (104,105,106-110). Sonuçların farklı çıkması araştırmaların farklı gruplarda yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Fakat bu sonuçlar, erkeklerin yaşamlarında spor ve fiziksel aktivitenin önemli bir yere sahip olduğunu ve spora daha meraklı ve ilgili olduklarını ve kadınlardan daha aktif bir hayat sürdürdüklerini düşündürmektedir.

Araştırmamızda, cinsiyetlere göre SYBDÖ toplam puanları açısından erkeklerin toplam puanları, kadınlara göre istatistiksel yönden anlamlı seviyede daha yüksektir ($Z=-2.9071$; $p=0.004$) ($p<0.05$) (Çizelge 4.7). Buna benzer olarak; Şen ve ark. (2017)'nın sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı araştırmada, istatistiksel düzeyde anlamlı olmasa da erkeklerin toplam puanları kadınların toplam puanına göre daha yüksek belirtilmiştir (105). Buradan yola çıkarak erkeklerin kadınlardan daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri düşünülebilir. Karaaslan ve Çelebioğlu (2018)'nun lise öğrencilerinde, Vural ve Bakır (2015)'ın yüksekokul öğrencilerinde, Adıbelli ve ark. (2017)'nın üniversite hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarda ise bizim bulgularımızın aksine kadınların SYBDÖ toplam puanlarının erkeklerin toplam puanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir (106,108,109). Pasinlioğlu ve Gözüm (1998)'ün yaptıkları araştırmada ise cinsiyetlere göre SYBDÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmamıştır (35). Sonuçların farklı çıkmasında, öğrencilerin sosyo-demografik

özellikleri (yaş, anne- baba eğitim seviyesi, medeni hal vb.), kaldıkları yerler, eğitim aldıkları okulun bazı şartları (yemek, fiziksel aktivite ortamları), aldıkları dersler ya da bulundukları sosyal ortamlar etkili olabilmektedir.

Öğrencilerin BKİ değerlerine göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu değerleri yönünden istatistiksel anlamda anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=14.612; p=0.002) (p<0.05) (Çizelge 4.7). BKİ değeri normal olanların fiziksel aktivite puanları, zayıf olanların değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Araştırma bulgularımızın aksine Nacar ve ark. (2014)'nın tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada BKI ile SYBDÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (113). Fakat Tedik ve Hacıalioğlu (2017)'nun yaptığı araştırmada ise BKI ile SYBDÖ toplam puanı ile bütün alt boyut puanları arasında eksi yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, puan arttıkça BKI'lar düşmektedir (114). Bu farklı sonuçların, araştırmaların farklı öğrenci gruplarıyla yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma sonucumuz, BKI değeri normal aralıkta olanların, SYBD'nı daha çok benimsediklerini, BKI'larının normal olmasında düzenli fiziksel aktivitenin hem kilo kontrolü üzerinde hem de sağlık düzeyinde etkisinin olmasının bir sonucu olduğunu ve zayıf olanların ise fiziksel aktiviteye fazla ihtiyaç duymadıklarını düşündürebilir

Öğrencilerin sınıflarına göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.006, p=0.042, p=0.017) (p<0.05) (Çizelge 4.7). 1.sınıf olanların sağlık sorumluluğu puanları, 2, 3 ve 4.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşüktür. 2 ve 3.sınıf olanların sağlık sorumluluğu puanları, 4.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. 1.sınıf olanların fiziksel aktivite puanları, 4.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. 4.sınıf olanların beslenme puanları, 1, 2 ve 3.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Araştırma sonuçlarımıza benzer olan Karaaslan ve Çelebioğlu (2018)'nun lise öğrencileriyle yaptığı çalışmalarında da sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir (111). Buna göre sınıf yükseldikçe öğrencilerin eğitim düzeylerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait bilgi birikimlerinin arttığı, buna bağlı olarak da puan ortalamalarının arttığı düşünülmektedir. Öğrencilerin sınıfları arttıkça yaşlarının da artması ile yaşadıkları tecrübeler artmakta ve adölesan dönemden çıkarak genç

bireyler olarak hayatlarına devam etmektedirler. Ayrıca öğrencilerin üniversiteye yeni başlamaları, yeni bir yurt ve arkadaş ortamına alışma evreleri, yemek alışkanlığının-kültürünün değişmesi ya da maddi zorluklar öğrencilerin ilk yıllarında bazı yönlerden sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır. Sınıflar yükseldikçe öğrencilerin bu değişikliklere alışmaları ya da zorlukları tolere edebilmeleri ile öğrenciler egzersiz ve beslenme gibi davranışlarına daha çok önem vermektedirler. Ayrıca üst sınıflara geçildikçe staj günleri arttığı için öğrencilerin hastane yemeklerini yemelerinin de beslenme alt boyutu puanını etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda sınıflara göre SYBDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2$=12.506; p=0.006) (p<0.05) (Çizelge 4.7). Buna göre 4.sınıf olanların SYBDÖ toplam puanları, 1 ve 2.sınıf olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. İlhan ve ark. (2010)'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada 4. sınıftakilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları alt sınıftakilere göre yüksek bulunmuştur (34). Cihangiroğlu ve ark. (2011)'nın yaptığı araştırmada ise 3. ve 4. sınıftakilerin SYBDÖ toplam puanları, 1. ve 2. sınıftakilerin toplam puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (28). Eğitim süresi arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalaması arttığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularımızla paralel olan bu sonuçların, üst sınıflardakilerin sağlığı geliştirme, koruma, sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ile ilgili dersleri almış ve bu bilgileri uygulamaya aktarmış olmalarından, alt sınıftakilerin ise bu dersleri almaması ve bu bilinçlerinin oluşmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bulgularımız sonucunda, kalınan yere göre SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=10.196; p=0.037) (p<0.05) (Çizelge 4.7.devamı). Evde arkadaşlarıyla kalan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puanları, diğer yerlerde (apart, akraba evi, tek başına) kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu, öğrencilerin sosyal destek ve yakınlık kurabilecekleri arkadaşlarıyla birlikte kalmalarının kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkilediğini ve öğrencilerin yaşam kalitesini etkilediğini düşündürmektedir.

Anne eğitim düzeyine göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu ile stres yönetimi alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0.001, p=0.002) (p<0.05) (Çizelge 4.7.devamı). Annesinin eğitim düzeyi okuryazar

olmayanlar ile okuryazar olanların sağlık sorumluluğu puanları, ilkokul, lise ve üniversite mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşüktür. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanların stres yönetimi puanları, ilkokul ve lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, annesinin eğitim düzeyi lise mezunu olanların stres yönetimi puanları, ortaokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Buna benzer olarak, Vural ve Bakır (2015)'ın yüksekokul öğrencileriyle yaptığı araştırmada benzer sonuç elde edilmiştir (108). Anne eğitim düzeyi arttıkça, öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi ile ilgili davranışlarının olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir. Adıbelli ve ark. (2017)'nın üniversite hemşirelik öğrencileriyle yaptığı araştırmada da anne eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamasının arttığı belirtilmiştir (106). Bu sonuç; hem annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe kendi sağlık sorumluluklarını daha çok üstlendiğini ve stresle daha iyi baş ettiğini göstermesi açısından hem de çocuklarına rol model olarak çocukların sorumluluk almaları gerektiğini göstermesi açısından önemlidir. Bu nedenle, toplumun sağlıklı olması için kişilerde bu bilincin yerleşmesi gerektiği, kendi sağlıklarını öncelikle kendilerinin koruması gerektiği bilincinin de eğitimle kazanılması gerektiği söylenebilir.

Anne eğitim düzeyine göre SYBDÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=16.387; p=0.006) (p<0.05) (Çizelge 4.7.devamı). Annelerinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanların SYBDÖ toplam puanları, lise ve üniversite mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, annesinin eğitim düzeyi okuryazar olanların SYBDÖ toplam puanları, lise mezunu olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşüktür. Özbaşaran ve ark. (2004)'nın yaptığı araştırmada da anne ve baba eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (96). Şen ve ark. (2017)'nın yaptıkları araştırmada da anne eğitim düzeyinin öğrencilerin SYBDÖ toplam puanlarını etkilediği bulgulanmıştır (105). Bu sonuçlara göre, anne eğitim düzeyinin artmasının çocuklarına rol model olarak onların da sağlık davranışlarının gelişmesini sağladığı söylenebilir. Aile ortamı, çocuklara temel eğitimin verildiği ortamdır ve aile özellikleri kişinin yaşamını önemli derecede etkilemektedir (115). Anne-babanın eğitim düzeyinin de çocuklarına kazandırdıkları birçok davranışı etkilediği bilinmektedir. Anne eğitim

düzeyi çocuklarının yeterli ve dengeli beslenmesi, doğru fiziksel aktivite yapmaları, manevi gelişimleri ve kişilerarası ilişkilerinin gelişmesi üzerinde etkilidir.

Araştırma bulgularımıza göre öğrencilerin kendini tanımlama durumu ile SYBDÖ fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.000$, $p=0.005$) ($p<0.05$) (Çizelge 4.8). Kendini normal olarak tanımlayanların fiziksel aktivite puanları, zayıf olarak tanımlayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Kendini şişman olarak tanımlayanların manevi gelişim puanları, zayıf olarak tanımlayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşüktür. Tedik ve Hacıalioğlu (2017)'nun yaptığı araştırmada da öğrencilerin kendilerini tanımladıkları kilo değeri artıkça manevi gelişim puanlarının düştüğü bulgulanmıştır (114). Kendini kilo açısından normal olarak düşünenlerin düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yaptıkları ve bu nedenle kendini zayıf olarak tanımlayanlara göre normal beden kitle indeksinde oldukları düşünülmektedir. Kendini şişman olarak tanımlayanların ise kendini zayıf olarak tanımlayanlara göre genel olarak özgüvenlerini düşük hissetmeleri ve toplum tarafından önyargılı davranışlara maruz kalmalarından dolayı kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) düzeylerinin daha düşük olduğunu düşündürebilir. Çünkü fazla kilolu kişiler tembel, başarısız ve iradesiz gibi basmakalıp yargılar nedeniyle birçok ortamda dışlanmakta ve özgüvenlerini yitirmektedirler (19,65).

Bulgularımızda öğrencilerin beslenme şekilleri ile SYBDÖ fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.005$, $p=0.000$) ($p<0.05$) (Çizelge 4.8). Et ağırlıklı beslenenlerin fiziksel aktivite ve beslenme puanları, fast-food ve tahıl ağırlıklı beslenenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Fast-food ağırlıklı beslenenlerin beslenme puanları, sebze meyve ağırlıklı veya diğer tür ağırlıklı beslenenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşüktür. Literatürler incelendiğinde bu değişkenin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamış olup yapılan bu çalışmada öğrencilerin beslenme şekillerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği görülmektedir. Öğrencilerin yurt ya da arkadaş ortamları, geleneksel aile ortamından uzak kalmaları, sanayileşme devriminin getirdiği aile üyelerinin yoğun iş hayatı gibi nedenler, öğrencilerin fast-food tarzı besinlere yönelmelerine ve bu da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Ayaküstü beslenme sebze

ve meyve ağırlıklı beslenmeden uzaklaşmaya, kontrolsüz kilo alımına, hareketsiz yaşama ve çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Öğrencilerin beslenme şekillerine göre SYBDÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2$=12.762; p=0.026) (p<0.05) (Çizelge 4.8). Et ağırlıklı beslenenlerin SYBDÖ toplam puanları, fast-food ağırlıklı beslenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksektir. Buna göre fast-food ağırlıklı beslenenlerin et ağırlıklı beslenenlere göre sağlıklı beslenmeye dikkat etmedikleri ve yağ-tuz-şeker oranları yüksek sağlıksız gıdalarla beslenmelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilediği düşünülmektedir.

### 5.4. Obezite Önyargı Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmada OÖÖ ile SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında olumlu yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.095; p=0.011) (p<0.05) (Çizelge 4.9). SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı arttıkça, OÖÖ puanı artacaktır. Aynı şekilde, SYBDÖ kişilerarası ilişkiler puanı azaldıkça, OÖÖ puanı azalacaktır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile obezite önyargısı arasındaki ilişkiyi ele alan bir araştırmaya rastlanılmamış olup, genel olarak hayatlarının her alanında sağlıklı yaşam biçimi davranışları gerçekleştiren bireylerin SYBDÖ toplam puanlama ve alt boyutlarından aldıkları puanlar genel olarak yüksektir. Bu kişilerin, obez bireylerin beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu gibi alanlardaki yaptıkları yanlış uygulamalardan dolayı obeziteyle karşılaştıklarını düşünerek obeziteye karşı önyargı taşıdıkları söylenebilir. Bu kişilerin sağlıklarını etkileyebilecek bir faktör olan obeziteye karşı endişe duymaları, obezite önyargı düzeylerinin yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Ayrıca kişilerarası ilişkileri yüksek olan kişilerin, sosyal ortamlarda konuşulan konulardan etkilendiği ve obeziteye karşı önyargılarının bu yüzden fazla olabileceği düşünülmektedir. Çünkü insanlar, kişileri özellikle görünür özellikleri üzerinden etiketlemeye ve de sınıflandırmaya eğilimlidirler (12).

# 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

## 6.1. Sonuçlar

Hemşirelik öğrencilerinin obezite önyargıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için yapılan araştırmada bulunan sonuçlara göre;

- Hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde obezite önyargısına (78.73±11.54) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına (128.17±19.43) sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Kadınların obezite önyargıları, erkeklere göre daha yüksektir.
- Yaş, BKI, sınıf, kalınan yer, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, kendini tanımlama, yakın çevrede şişman varlığı, hayat boyu şişman hissettiği dönem, beslenme şekli, kronik hastalık, sigara kullanımı ve alkol kullanımı obezite önyargısını etkileyen faktörlerden değildir.
- Öğrencilerin SYBDÖ-II alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları en yüksek değerden en düşüğe doğru sırası ile kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivitedir.
- 21-24 yaş grubundaki öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme puanları diğer yaş gruplarının puanlarından daha yüksektir.
- Erkeklerin SYBDÖ toplam puanı ile fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları kadınlardan daha yüksektir.
- BKİ değeri normal olanların fiziksel aktivite puanları, zayıf olanlara göre daha yüksektir.
- 1.sınıf olanların sağlık sorumluluğu puanları 2, 3 ve 4.sınıf olanlara göre daha düşüktür. 2 ve 3.sınıf olanların sağlık sorumluluğu puanları, 4.sınıf olanlara göre daha düşüktür. 1.sınıf olanların fiziksel aktivite puanları, 4.sınıf olanlara göre daha düşüktür. 4.sınıf olanların beslenme puanları, 1, 2 ve 3.sınıf olanlara göre daha yüksektir. 4.sınıf olanların SYBDÖ toplam puanları, 1 ve 2.sınıf olanlara göre daha yüksektir.

- Evde arkadaşlarıyla kalan öğrencilerin diğer (apart, akraba evi, tek başına) yerlerde kalan öğrencilere göre kişilerarası ilişkiler puanı yüksektir.
- Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanlar ile okuryazar olanların sağlık sorumluluğu puanları, ilkokul, lise ve üniversite mezunu olanlara göre daha düşüktür. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanların stres yönetimi puanları, ilkokul ve lise mezunu olanlara göre daha düşüktür. Annesinin eğitim düzeyi lise mezunu olanların stres yönetimi puanları, ortaokul mezunu olanlara göre daha yüksektir. Annesinin eğitim düzeyi okuryazar olmayanların SYBDÖ toplam puanları, lise ve üniversite mezunu olanlara göre daha düşüktür. Aynı şekilde, annesinin eğitim düzeyi okuryazar olanların SYBDÖ toplam puanları, lise mezunu olanlara göre daha düşüktür.
- Kendini normal olarak tanımlayanların fiziksel aktivite puanları, zayıf olarak tanımlayanlara göre daha yüksektir. Kendini şişman olarak tanımlayanların manevi gelişim puanları, zayıf olarak tanımlayanlara göre daha düşüktür.
- Et ağırlıklı beslenenlerin fiziksel aktivite ve beslenme puanları, fast-food ve tahıl ağırlıklı beslenenlere göre daha yüksektir. Fast-food ağırlıklı beslenenlerin beslenme puanları, sebze meyve ağırlıklı veya diğer tür ağırlıklı beslenenlere göre daha düşüktür. Et ağırlıklı beslenenlerin SYBDÖ toplam puanı, fast-food ağırlıklı beslenenlere göre daha yüksektir.
- Baba eğitim düzeyi, çevresinde şişman insan varlığı, hayat boyu kendini şişman hissettiği dönem, kronik hastalık, sigara kullanımı ve alkol kullanımı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerden değildir.
- Ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında; öğrencilerin SYBDÖ alt boyutlarından kişilerarası ilişkiler puanı arttıkça obezite önyargılarının arttığı belirlenmiştir.

### 6.2. Öneriler

Bu bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelik öğrencilerinin obezite önyargısının azaltılması için obezite, obezitenin nedenleri, obez bireylerin toplumda karşılaştığı ayrımcılıklar ve bunların obez kişiler üzerinde oluşturduğu sosyal sonuçlarla ilgilenen müfredat programlarının düzenlenmesi ya da seminerlerin yapılması,

- Yapılan eğitimlerin obezite önyargısını azaltıp azaltmadığının yeniden değerlendirilmesi,
- Öğrencilerin sık kullandığı medyada verilen kilo ile ilgili damgalayıcı mesajlar obezite önyargısını artıracağı için içeriklerde daha hassas olunması,
- Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrenmesi ve bu öğrendiklerini davranışa dönüştürme bilincinin oluşturulması için müfredata ek olarak seminer, konferans gibi özel eğitimlerin koyulması,
- Öğrencilere düzenli ve dengeli beslenme hakkında eğitim verilmesi, ücretsiz dengeli beslenme imkânlarının sağlanması ve ihtiyaç sahibi öğrencilere burs desteğinin sağlanması,
- Hemşirelik öğrencilerinin en düşük aldıkları puan ortalaması olan fiziksel aktivitenin yapılabilmesi için gereken araç, saha ve malzemelerin sağlanması ve çeşitli aktiviteler düzenlenerek egzersiz için öğrencilerin teşvik edilmesi,
- Kitle iletişim araçları, medya, kitap ve dergilerle sağlıklı yaşam davranışları hakkında gençlere bilinçlendirme yapılması önerilmektedir.

# KAYNAKLAR


1. **Degirmenci, T, Oguzhanoğlu, N. K, Varma, G. S, Özdel, O, Fenkci, S.** Obezitede Psikolojik Belirtiler ve İlişkili Etmenler. *Arch Neuropsychiatr*, **2015**;52(1):42-46. DOI: 10.5152/npa.2015.6904

2. 2. **World Health Organization.** Obesity and Overweight. Erişim:(http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight) Erişim Tarihi: 02.12.**2018**.

3. **T.C. Sğlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**. *Türkiye Obezite(Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı*. 1. Baskı, Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, **2010**: 15-16.

4. 4. **Türkiye İstatistik Kurumu**. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. **Erişim**: (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573) 02.12.2018.

5. **T Kare Diyet, Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Portalı.** Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi ve Çocuklukta Obezite. Erişim:(http://www.tkarediyet.com/tr/34/articleCat/2/articleID/33/p/diyetdanismanligi/obezitenink ardiyovaskulerhas) 02.12.**2018**.

6. **Jia H, Lubetkin E**. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health,* **2005**; 27(2): 156-164. DOI: 10,1093 / PubMed / fdi025

7. **Baltacı G**. *Obezite ve Egzersiz*. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, **2008**: 8.

8. **Puhl R, Heuer C.** The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity A Research Journal,* **2009**: 17(5): 941-964. Doi:10.1038/oby.2008.636

9. **Ergül Ş, Kalkım A**. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* **2011**; 10(2): 223-230.

10. **Ata A, Vural A, Keskin F**. Beden Algısı ve Obezite. *Ankara Medical Journal*, **2014**: 14(3): 74-84. Doi:10.17098/amj.02494

11. **Ercan A, Akçil Ok M, Kızıltan G, Altun S**. Sağlık Bilimleri Öğrencileri İçin Obezite Önyargı Ölçeğinin Geliştirilmesi: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi,* **2015**;3(2):29-43. Doi: 10.17362/DBHAD.2015310322

12. **Paker M.** Psikolojik Açıdan Önyargı ve Ayrımcılık-Ayrımcılık: Çok Boyutlu Yaklaşımlar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyoloji ve Eğitim Çalışmaları Birimi (seçbir). Erişim: www.secbir.org. 04.12.**2018**.

13. **Altun S, Ercan A.** Obezite Önyargısı. *Türkiye Klinikleri Journal Nutrition and Dietetics - Special Topics.* **2016**;2(1):17-22.

14. **Altınayak S, Gür E, Ejder S, Özkan H.** Ebelik Öğrencilerinin Obez Gebelere Karşı Ön Yargısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**;20(3):201-207.

15. **Yılmaz C.Y, Dinç Z. F.** Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Öğrenim Gören Genç Kadın ve Erkek Öğrencilerin Kilofobi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi,* 8-1:29-34, **2010.**

16. **Washington, R.L**. Childhood Obesity: İssues Of Weight Bias. *Public Health Research, Practic And Polcy,* **2011**;8(5): 1-5.

17. **Hague AL, White AA.** Web-Based İntervention For Changing Attitudes Of Obesity Among Current And Future Teachers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,**2005**;37(2):58–66

18. **Hansson LM, Naslund E, Rasmussen F.** Perceived Discrimination Among Men And Women With Normal Weight And Obesity. A Population-Based Study From Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, **2010**;38: 587–596. doi: 10.1177 / 1403494810372266

19. **Puhl RM, Heuer CA.** Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal Of Public Health*, **2010**;100:1019-1028 doi:10. 2105/AJPH.2009.159491

20. **Puhl RM, Brownell KD**. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity*, **2001**;9:788-805.DOI:10.1038/oby.2001.108

21. **Sert H, Seven A, Çetinkaya S, Pelin M, Aygin D.** Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Obezite Ön Yargı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2016**;1(4):9-17.

22. **Swift JA, Tischler V, Markham S, Gunning I, Glazebrook C, Beer C, Puhl R**. Are Anti-Stigma Films a Useful Strategy for Reducing Weight Bias Among Trainee Healthcare Professionals? Results of a Pilot Randomized Control Tria. *Obes Facts,* **2013**;6:91-102. Doi: 10.1159 / 000348714

23. **Colditz GW, Wang YC**. Economic costs of obesity. In:Hu F, Obesity Epidemiology. New York: Oxford University Press, Inc. **2008;**261-271. Doi: 10.1093 / ajcn / 55.2.503s

24. **Tedik S**. Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, **2017**;2:54-62. DOI: 10.25048/tjdo.2017.9

25. **Heymsfield S, Aronne L, Eneli I, Kumar R, Michalsky M.** Clinical Perspectives on Obesity Treatment: Challenges, Gaps, and Promising Opportunities. *National Academy of Medicine Discussion Paper,* **2018**;1-14. Doi:10.31478/201809b

26. **TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.** *"Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek.".* Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara, **2007**;47(21): 36.

27. **Özkan S, Yılmaz E.** Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2008**; 3: 90-105.

28. **Cihangiroğlu Z, Deveci SE.** Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, **2011**; 16(2): 78-83.

29. **Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ**. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, **1987**; 36(2): 76-81.

30. **Cürcani M, Tan M, Özdelikara A**. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2010**; 9(5) 487-492

31. **Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F.** Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2005**; 9(2): 26-34.

32. **Tambağ H.** Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Derg*isi, **2011**; 47-58

33. **Karaahmetoğlu U, Soğuksu S, Softa H.** Hemşirelik 1. Ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Erciyes Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* **2014**;2(2):26-42.

34. **İlhan N, Batmaz M, Akhan LU**. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı De*rgisi, **2010**; 3(3): 34- 44.

35. **Pasinlioğlu T, Gözüm S**. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1998**; 2(2): 60-68.

36. **Serter, R.** *Obezite Atlası*. ISBN. Ankara, **2005**: 3.

37. **Welborn S.** Comparison Of Obesity Bias, Attitudes, and Beliefs Among Under Graduate Dietetic Students, Dietetic İnterns, and Practicing Registered Dietitians. Yüksek Lisans Tezi, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee, **2013.**

38. **Pehlivan, M.** Yetişkin bireylerde kendine saygı ve duygu durumunun antropometrik ölçümler ve beslenme durumu ile ilişkisi. Yüksek Lisan Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2015**.

39. **Akkaya, S, Akkaya, N**. Obezite ve Kas İskelet Sistemi. *Turkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics,* **2013**;6(1): 60-64.

40. **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, Türkiyede Obezitenin Görülme Sıklığı. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html) Erişim Tarihi: 18.12.**2018**

41. **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,** T.C. Kalkınma Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, TÜBİTAK. *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.* Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık, **2014**: 170.

42. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği**. *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 5. Baskı, Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, **2017**:13-14.

43. **Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M**. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2011**;1(2): 5-12. ISSN: 2146-443X

44. **T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-yol-actigi-saglik-problemleri.html) Erişim Tarihi: 23.12.**2018**

45. **Ercan P, Nehir S**. *Obeziteyi Önleyen Gıda Bileşenleri*. Akademik Gıda, **2014**; 12(1): 69-77.

46. **Üstünova E.** Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları. Erişim: (http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/119/docs/ug1.pdf) Erişim Tarihi: 11.03.**2019**

47. **Kayar H, Utku S.** Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 6(2):1-8

48. **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**. *Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadele El Kitabı*. 1.Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti, **2013**:23-25

49. **Usta E, Akyolcu N**. Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/ Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2014**; 22(1):1-7. ISSN 2147-4923

50. **Tezcan B**. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2009.**

51. **Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş**. Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2015;**19(3): 122-128. **Doi:** 10.15511/tahd.15.02122

52. **Özdel O, Sözeri G, Fenkçi S, Taner D, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N, Atepçi F.** Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, **2011**;14:210-217.

53. **Balcıoğlu İ, Başer Z. S**. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, İstanbul, **2008**;62: 341-348.

54. **Pınar R.** Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2002**:6(1); 30-41.

55. **Brewis A.** Obesity Stigma as a Globalizing Health Challenge. *Globalization and Health*, **2018**;14:20. DOI: 10.1186/s12992-018-0337-x

56. **Erkol A, Khorshid L.** Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hast Derg,* **2004**;14(2):101-107. DOI: 10.5222/terh.2004.05769

57. **Pala H**. Sağlık Çalışanlarının Obezite Önyargısı Obezite Tedavisine Engel Oluşturuyor. Erişim: (https://www.medikalakademi.com.tr/saglik-calisanlarinin-obezite-onyargisi-obezite-tedavisine-engel-olusturuyor/) Erişim Tarihi: 14.03.**2019**

58. **Alberga S, Mayhew S.** Weight Bias: A Call to Action. *Journal of Eating Disorders*, **2016**; 4(34):1-6. Doi:10.1186/s40337-016-0112-4

59. **Schwartz MB, O'Neal H, Brownell KD, Blair S, Billington C.** Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, **2003**; 11: 1033–1039. DOI:10.1038/oby.2003.142

60. **Lewis S, Thomas SL, Blood RW.** How do Obese İndividuals Perceive and Respond To The Different Types of Obesity Stigma That They Encounter in Their Daily Lives? A Qualitative Study. *Social Science&Medicine,* **2011**; 73: 1349-1356. Doi: 10.1016 / j.scscscimed.2011.08.02

61. **Fruh M, Nadglowski J, Heather R, Davis L, Crook, D, Zlomke K.** Obesity Stigma and Bias. *The Journal for Nurse Practitioners*, **2016**; 12, 7. Doi: 10.1016/j.nurpra.2016.05.013.

62. **Mulherin K, Miller D, Barlow K, Diedrichs C, Thompson R.** Weight Stigma in Maternity Care: Women's Experiences and Care Providers' Attitudes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2013**; 13(19): 1-13.

63. **The Rudd Center for Food Policy and Obesity.** Teachers: How to Address Weight Bias in Your Classroom. Erişim: (www.YaleRuddCenter.org) Erişim tarihi: 11/11/**2017**

64. **Lampard A. M, Maclehose R. F, Eisenberg M. E, Neumark-Sztainer D, Davison, K. K.** Weight-Related Teasing in the School Environment: Associations with Psychosocial Health and Weight Control Practices Among Adolescent Boys and Girls. *Journal of Youth and Adolescence,* **2014**; 43(10), 1770-1780. Doi: 10.1007 / s10964-013-0086-3

65. **Friedman R.R, Puhl R.M.** Weight Bias a Social Justice İssue a Policy Brief. *Rudd Report Weight Bias,* **2012**; 1-12.

66. **Krukowski R.A, West D.S, Perez A.P.** Overweight Children, Weight-Based Teasing and Academic Performance. *International Journal of Pediatric Obesity,* **2009**; 4: 274- 280.

67. **Flint S.W, Cadek M, Codreanu S.C, Ivic V, Zomer C, Gomoiu A.** Obesity discrimination in the recruitment process: "You're not hired!". Front. *Psychol,* **2016**; 7, 647. Doi: 10.3389 / fpsyg.2016.00647

68. **The Rudd Center for Food Policy and Obesity**. Weight Bias in the Workplace: Information for Employers. Erişim: (http://www.uconnruddcenter.org/files/Pdfs/Updated_Information%20Handout%20Employers.pdf ). Erişim Tarihi: 20.03.**2019**

**69.** **Swift J.A, Hanlon S, El-Redy L, Puhl R.M, Glazebrook C.** Weight Bias Among UK Trainee Dietitians, Doctors, Nurses and Nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **2013**; 26, 395–402. Doi: 10.1111 / jhn.12019

70. **Bertakis K. D, Azari R.** The impact of obesity on primary care visits. *ObesRes,* **2005**; 13(9):1615-23. DOI:10.1038 / oby.2005.198

71. **Tomiyama A.J, Finch L.E, Belsky A.C.I**. Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory Attitudes Among Obesity Researchers and Health Professionals. *Obesity,* **2015**; 23: 46–53. Doi: 10.1002 / oby.20910

72. **Saxena I, Kumar M.** Obesity discrimination in healthcare. *European Journal of Internal Medicine*, **2017**; 46:29-30. **DOI:** 10.1016 / j.ejim.2017.09.006

73. **Phelan S. M, Burgess D. J, Yeazel M. W, Hellerstedt W. L, Griffin J. M, Ryn M. V.** Impact of Weight Bias and Stigma on Quality of Care and Outcomes for Patients With Obesity. *Obesity Reviews*, **2015;** 16(4): 319-326. Doi: 10.1111 / obr.12266.

74. **Gudzune K. A, Bennett W. L, Cooper L. A, Bleich S. N.** Patients Who Feel Judged About Their Weight Have Lower Trust in Their Primary Care Providers. *Patient Education and Counseling,* **2014;** 97(1): 128-131. Doi: 10.1016/j.pec.2014.06.019.

75. **Şimşek A, Karaca S.** Obezite ve Stigma. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu*, **2016**; 8(2): 72-76.

76. **Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Olgun N.** Obez Bireylerde Stigma. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi,* **2013**; 5 (1): 28-33. ISSN 1301-9880

77. **Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2008**; 7(6): 497-502.

78. **Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E**. Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2015**; 5(1): 28-34. ISSN: 2146-443X

79. **Akça Ay F, Ertem Ü, Özcan N. K, Ören V. G, Işık R. D.** *Temel Hemşirelik*. İstanbul: Medikal Yayıncılık; **2008**.

80. **Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E**. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care,* **2012**;(6):13-21.

81. **WHO**. The Top 10 Causes of Death. Erişim: (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death) Erişim: 23.01.**2019**

82. **Harooni J, Hassanzadeh A, Mostafavi F.** Influencing Factors on Health Promoting Behavior Among the Elderly Living in the Community. *J Edu Health Promot,* **2014**; 3:40. doi: 10.4103 / 2277-9531.131921

83. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A**. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 12: 1-13.

84. **Ünsar S, Akgün M, Kurt S, Erol Ö.** Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* **2011**; 4 (1): 2-6.

85. **Karakoç A**. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2009**.

86. **Bek N.** *Fiziksel aktivite ve Sağlığımız.* 1. Basım, Ankara: Klasmat Matbaacılık, **2008**.

87. **Yıldız A, Çaman Ö, Esin N.** *İş Yerinde Sağlığı Geliştirme Programları*. 1. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, **2012**.

88. Sağlıklı Beslenme İçin 8 Öneri. Erişim:(https://sagligabiradim.com/cok-seveceksiniz-saglikli-beslenme-icin-8-oneri/) Erişim Tarihi: 04.02.**2019**

89. **Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü**. Adölesan (Ergenlik) Çağı Çocuklarda Beslenme. Erişim:(https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/ergenlik-doneminde-beslenme.html) Erişim Tarihi: 08.02.**2019**

90. **Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**. *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017).* 3. Basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, **2013**.

91. Kişilerarası İlişkiler. Erişim:(http://www.acikogretimadalet.com/kisilerarasi-iletisim-tanimlari.html) Erişim Tarihi: 08.02.**2019**

92. Kişilerarası İletişim. Erişim: (http://eski.bingol.edu.tr/media/263898/Buro-Yonetimi-ve-iletisim-Teknikleri-2-.pdf) Erişim Tarihi: 25.03.**2019**

93. **Akdemir N, Birol L**. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2005**.

94. **Gürkaş B.** Psikolojiyi Etkileyen Stres Tipleri. Erişim: (https://barisgurkas.com/psikolojiyi-etkileyen-stres-tipleri/) Erişim Tarihi: 25.03.**2019**

95. **Kocaakman M, Aksoy G, Eker H.H.** İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, **2010**; 17(2): 19-24.

96. **Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N.** Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004;** 7(3): 43-55.

97. **Hacıalioğlu N**. *Hemşirelikte Öğretim, Öğrenme ve Eğitim.* 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2013**.

98. **Ata EE.** Hemşirelik eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2008**.

99. **Özkahraman Ş.** Hemşirelikte Problem Çözme. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2011**; 2(3):155-159.

100. **Alıcı S, Sarıkaya Ö.** Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2009**; 2: 95-101.

101. **Stein J, Luppa M, Ruzanska U, Sikorski C, König HH, Riedel-Heller SG.** 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*, **2014;** 9(12): 1-18. Doi: 10.1371 / dergi.pone.0114641.

102. **O'Brien K.S, Daníelsdóttir S, Olaffson R.P**. The relationship between physical appearance concerns, disgust, and anti-fat prejudice. *Body Image,* **2013**; 10: 619–623. doi: 10.1016 / j.bodyim.2013.07.012.

103. **Yıldız M.** Sağlıkla İlgili Bölümlerde Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Önyargılarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2017**.

104. **Bozhüyük A, Özcan** S. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **2016**;41(4):664-674. DOI: 10.17826/cutf.254191

105. **Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Yılmaz P, Adın C.** Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, **2017**; 44(1):1-11. DOI: 10.5798/dicletip.298567

106. **Adıbelli D, Olğun S, Turan G**. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* **2017**; 6(1): 8-17.

107. **Tuygar Ş, Arslan M**. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* **2015**; 6(2): 59-66.

108. **Vural P, Bakır N.** Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2015**; 6(1): 36-42.

109. **Karaaslan M, Çelebioğlu A**. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Journal of Human Sciences,* **2018**; 15(2): 1355-1361.

110. **Özakgül A, Aştı T, Ataç M, Mercan K**. Lise Son Sınıf Öğrencileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Sahipler mi? *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* **2016**; 24(1): 16-23.

111. **Eroymak S, Özkan O, Yeşilaydın G, Yılmaz M. E.** Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2018**; 11(3): 2382-2402.

112. **Aksoy T, Uçar H**. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* **2014**; 53–67.

113. **Nacar M, Baykan Z, Çetinkaya F,Arslantaş D, Özer A, Coşkun Ö, Batı H, Karaoğlu N, Elmalı F, Yılmaz G.** Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* **2014**;15(20):8969–8974. DOI:10,7314 / apjcp.2014.15.20.8969

114. **Tedik S, Hacıalioğlu N**. Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi,* **2017**; 10: 59-82. Doi: 10.17371/UHD2017.2.04

115. **Özel E, Zelyurt H**. Anne Baba Eğitiminin Aile Çocuk İlişkisine Etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, **2016**; 36: 9-34. DOI: 10.21560/spcd.60151

# EKLER

## EK-1: Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu konudaki bilgi ve uygulamaların gelişimine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yük. Lis. Öğr. Fadime İnci

**BİLGİ TOPLAMA FORMU**

1) Yaşınız: 2)Kilonuz:……..kg 3)Boyunuz:…….cm

4) Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

5) Sınıfınız:

6) Nerde kalıyorsunuz:

□1.Evde-ailemle □2.Evde-arkadaşlarımla □3.Devlet yurdu □4.Özel yurt □5.Diğer……..……

7) Annenizin eğitim durumu:

□1. Okur- yazar değil □2. Okur-yazar □3. İlkokul □4. Ortaokul □5. Lise □6. Üniversite

8) Babanızın eğitim durumu:

□1. Okur- yazar değil □2. Okur-yazar □3. İlkokul □4. Ortaokul□5. Lise□6. Üniversite

9) Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

Zayıf( ) Normal/ortalama ağırlıkta( ) Şişman( )

10) Yakın çevrenizde şişman bireyler var mı?(arkadaş, komşu vb)

Evet( ) Hayır( )

11) Yaşamınızda kendinizi şişman bulduğunuz bir dönem oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

12)Beslenme şekliniz: ( )Sebze meyve ağırlıklı ( )Et ağırlıklı ( )Fast food ( )Süt ve süt ürünleri ağırlıklı ( )Tahıl ağırlıklı(ekmek, pilav, makarna, şehriye, un ve undan yapılan yiyecekler) ( )Diğer…..……

13) Kronik hastalığınız var mı? ( )Evet(Hangi Hastalık?)…….. ( )Hayır

14) Sigara kullanımı: Var( ) Yok( )

15) Alkol kullanımı: Var( ) Yok( )

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ…

## EK-2: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği

Ercan, Akçil, Kızıltan ve Altun tarafından 2015 yılında geliştirilen GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği; 27 maddeden oluşmakta ve ölçekten en yüksek 135, en düşük ise 27 puan alınabilmektedir. Obezite önyargı ölçeği beşli likert yöntemi ile hazırlanmıştır. Olumlu maddeler "kesinlikle katılıyorum" seçeneğinden başlamak üzere 5'den 1'e doğru; olumsuz maddeler ise "kesinlikle katılıyorum" seçeneğinden başlamak üzere 1'den 5'e doğru puanlanmıştır. Ölçekten alınan toplam puan azaldıkça bireyler obeziteye karşı önyargısız, puan arttıkça ön yargılı düşünceye sahip olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin kesme noktaları değerlendirildiğinde 68.00 puan ve altı ön yargısız, 68.01-84.99 puan önyargıya eğilimli, 85 puan ve üstü ön yargılı olarak değerlendirilmektedir.

| | Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size göre en uygun seçeneği ( √ ) ile işaretleyiniz. Şişman Bireyler ……. | Kesinlikle Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Bencildirler | | | | | |
| 2 | Güzel yüzlüdürler | | | | | |
| 3 | Estetik değildirler | | | | | |
| 4 | Güler yüzlüdürler | | | | | |
| 5 | İradesizdirler | | | | | |
| 6 | Hastalıklara yatkındırlar | | | | | |
| 7 | Mutludurlar | | | | | |
| 8 | Toplumda yemek yemekten hoşlanmazlar | | | | | |
| 9 | Korkaktırlar | | | | | |
| 10 | Misafirperverdirler | | | | | |
| 11 | Çekicidirler | | | | | |
| 12 | Hareket yetenekleri kısıtlıdır | | | | | |
| 13 | Ter kokarlar | | | | | |
| 14 | Sempatiktirler | | | | | |
| 15 | Sağlıklı görünürler | | | | | |
| 16 | Hareket etmeyi sevmezler | | | | | |
| 17 | Özgüvenlidirler | | | | | |
| 18 | Yaşam kaliteleri düşüktür | | | | | |
| 19 | Olduğundan daha yaşlı görünürler | | | | | |
| 20 | Sosyal ilişkileri güçlüdür | | | | | |
| 21 | Çabuk yorulurlar | | | | | |
| 22 | İyi dinleyicidirler | | | | | |
| 23 | Hareketlerinde yavaştırlar | | | | | |
| 24 | Tembeldirler | | | | | |
| 25 | Güzel yemek yaparlar | | | | | |
| 26 | Görünümlerinden dolayı duygusal ilişkide tercih edilmezler | | | | | |
| 27 | Cana yakındırlar | | | | | |

## EK-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır (Walker et al. 1987:76). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçek 52 maddedir ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi

gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçek derecelendirmesi 4'lü likert tipindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Bahar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0,92, ölçeğin alt faktörlerinin Alpha güvenirlik katsayısı 0,64-0,79 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı 0,91, alt grupları için 0,66 ile 0,79 arasında bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması öğrencilerin SYBD' nın iyi, düşük olması ise SYBD' nın kötü olduğunu ifade etmektedir.

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Her gün 2-4 öğün meyve yerim | | | | |
| 21 | Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım | | | | |
| 22 | Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım | | | | |
| 23 | Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm | | | | |
| 24 | Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim | | | | |
| 25 | Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır | | | | |
| 26 | Her gün 3-5 öğün sebze yerim | | | | |
| 27 | Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım | | | | |
| 28 | Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım | | | | |
| 29 | Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım | | | | |
| 30 | Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım | | | | |
| 31 | Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım | | | | |
| 32 | Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim | | | | |
| 33 | Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim | | | | |
| 34 | Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim) | | | | |
| 35 | İş ve eğlence zamanımı dengelerim | | | | |
| 36 | Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum | | | | |
| 37 | Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım | | | | |
| 38 | Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim | | | | |
| 39 | Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım | | | | |
| 40 | Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim | | | | |
| 41 | Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım | | | | |
| 42 | Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım | | | | |
| 43 | Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım | | | | |
| 44 | Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum | | | | |
| 45 | Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım | | | | |
| 46 | Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım | | | | |
| 47 | Yorulmaktan kendimi korurum | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 48 | İlahi bir gücün varlığına inanırım | | | | |
| 49 | Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim | | | | |
| 50 | Kahvaltı yaparım | | | | |
| 51 | Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım | | | | |
| 52 | Yeni deneyimlere ve durumlara açığım | | | | |

## EK-4: Akademik Kurul Kararı

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜM KURULU KARARI

| Toplantı Tarihi: 12/06/2018 | Toplantı Sayısı: 21 | Karar Sayısı: 05 |
|---|---|---|

Hemşirelik Bölüm Kurulu Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ Başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

**KARAR NO 3.** Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ'in 11.06.2018 tarihli dilekçesi hakkında görüşüldü.

Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Zehra ESKİMEZ'in danışmanı olduğu 2017921015 nolu Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Fadime İNCİ'nin "Hemşirelik Öğrencilerinin Obezite Önyargıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasını yapabilmesine, çalışma için gerekli olan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayının ve çalışmanın yapılacağı Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından gerekli kurum izinlerinin alınmasının kabulüne ve durumun Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına arzına oy birliği ile karar verilmiştir.

Hemşirelik Bölüm Başkanı
**Prof.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ**

Üye
**Prof.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ**
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı

Üye
**Doç.Dr. Hüşen NAZİK**
Doğum ve Kadın Hast.Hemş.Anabilim Dalı Başkanı

Üye
**Doç.Dr. Sevban ARSLAN**
Cerrahi Hast.Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Üye
**Doç.Dr. Şenay ÇETİNKAYA**
Çocuk Sağl.ve Hast.Hemş.Anabilim Dalı Başkanı

Üye
**Doktor Öğretim Üyesi Serap TORUN**
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

Üye
**Doktor Öğretim Üyesi Sunay FIRAT**
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Üye
**Doktor Öğretim Üyesi Gülşah KUMAŞ**
İç Hast.Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

## EK-5: Etik Kurul Onayı

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

| Toplantı Sayısı | | Tarih |
|---|---|---|
| 79 | | 6 Temmuz 2018 |

KARAR NO 25- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Zehra Eskimez yönetiminde, Fadime İnci tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hemşirelik Öğrencilerinin Obezite Ön Yargıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

| | | |
|---|---|---|
| BAŞKAN | **Doç Dr Selim Kadıoğlu**<br>Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı | |
| ÜYELER | **Prof Dr Davut Alptekin**<br>Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı | |
| | **Prof Dr Dinçer Yıldızdaş**<br>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | Toplantıya Katılmadı |
| | **Prof Dr Gülşah Seydaoğlu**<br>Biyoistatistik Anabilim Dalı | |
| | **Prof Dr Gürhan Sakman**<br>Genel Cerrahi Anabilim Dalı | Toplantıya Katılmadı |
| | **Prof Dr Murat Gündüz**<br>Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı | |
| | **Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç**<br>Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı | |
| | **Av. Zehra Bulut**<br>Hukukçu Üye | |
| | **Dr Neşe Kayrın**<br>Kurum Dışı Üye | Toplantıya Katılmadı |

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana*
*Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22*

## EK-6: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 27/06/2018-E.92035

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 42410047-044/
Konu : Çalışma İzni (Dr.Öğr.Üyesi Zehra ESKİMEZ)

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Fakültemiz Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Dr.Öğr.Üyesi Zehra ESKİMEZ'in danışmanı olduğu 2017921015 nolu Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Fadime İNCİ'nin "Hemşirelik Öğrencilerinin Obezite Önyargıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Bölümünüz öğrencilerinde uygulayabilmesi hususunda gereğini rica ederim.

*e-imzalıdır*
Prof.Dr. Rengin GÜZEL
Dekan

Ek:Çalışma Belgeleri (28 Sayfa)

27/06/2018 Bilgisayar İşletmeni İbrahim BİKEY

Mevcut Elektronik İmzalar
RENGİN GÜZEL (SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI - Dekan) 27/06/2018 17:22

Adres:Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 71 74 Faks0 (322) 338 71 47
e-Posta:asyo@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr
Bilgi için: Şifa ARSLAN
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 322 338 64 84 Dahili Tel: 4011-1114

# ÖZGEÇMİŞ

1991 Adana doğumlu olan Fadime İNCİ, ilk-orta ve lise eğitimini Adana'da tamamladıktan sonra, 2013 yılında Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.

Yabancı dili orta düzeyde İngilizce olup, bekardır.

Fadime İNCİ