

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

**18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ:
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

SEDA GÖGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. DİLEK CİNGİL

KONYA 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

**18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ:
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

SEDA GÖGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. DİLEK CİNGİL

KONYA 2017

Tez Onay Sayfası

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Seda GÖGER'in "18-49 Yaş Dönemi Kadınlarda Obezitenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 05.12.2017



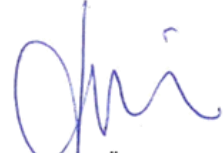
Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Filiz HİSAR
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



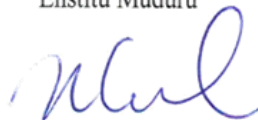
Jüri Üyesi

Doç. Dr. Deniz TANYER
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 08/12/2017 tarih ve 24/09 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled "The Effect of Obesity on Healthy Lifestyle Behaviors Among Women Aged 18-49: A Comparative Study" by "Seda GÖGER" that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of "Nursing", Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan
Konya, Turkey / 05.12.2017



Principal Advisor
Assist. Prof. Dilek CİNGİL
Necmettin Erbakan University



Examination Committee Member
Prof. Dr. Filiz HİSAR
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Science



Examination Committee Member
Assoc. Prof. Deniz TANYER
Selçuk University
Faculty of Health Science

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOGLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences



Tez Beyan Sayfası

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

1.11.2017

Seda GÖGER



18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI...

By: Seda GÖGER

As of: Dec 12, 2017 4:35:13 PM
10,425 words - 141 matches - 86 sources

Similarity Index

17%

Mode: Similarity Report ▼

paper text:

TÜRKİYE CUMHURİYETİ NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

42

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI 18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA SEDA GÖGER YÜKSEK LİSANS TEZİ HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI DANIŞMAN Yrd. Doç. Dr. DİLEK CİNGİL KONYA 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

42

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI 18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA SEDA GÖGER YÜKSEK LİSANS TEZİ HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI DANIŞMAN Yrd. Doç. Dr. DİLEK CİNGİL KONYA 2017 ÖZET

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

82

18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ: KARŞILAŞTIRMALI
BİR ÇALIŞMA Seda GÖGER Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans TEZİ/KONYA-2017 Küresel boyutta

önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır.

72

Obezite insanlarda bir çok sağlık sorununa yol açmakta, morbidite ve mortalite oranlarında ciddi bir artışa sebep
olmaktadır. Kadınların gebelik, emzirme, menopoz gibi yaşam evrelerinde deneyimledikleri bazı olaylar obeziteye
yatkınlığı arttırmakla birlikte diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Bu
çalışma 18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez olan kadınlarda

sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemek amacıyla karşılaştırmalı
tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma

5

Önsöz ve Teşekkür

Tez çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren saygıdeğer danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL'e; araştırma boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen tez jüri üyesi Sayın Prof. Dr. Filiz HİSAR'a, tez sınavında değerli katkıları ile Jüri üyesi olan Sayın Doç. Dr. Deniz TANYER'e ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Emel EGE'ye teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak çalışmam boyunca geçirdiğim süreçte benden bir an olsun desteğini esirgemeyen değerli eşim Hakan GÖGER'e teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

<i>Tez Onay Sayfası</i>	III
<i>APPROVAL</i>	IV
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	V
<i>Similarity Report</i>	VI
<i>Önsöz ve Teşekkür</i>	VII
<i>İçindekiler</i>	VIII
<i>Kısaltmalar ve Simgeler Listesi</i>	X
<i>Şekil, Resim ve Tablolar Listesi</i>	XI
<i>Özet</i>	XII
<i>Abstract</i>	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. 18-49 Yaş Dönemi Kadınlar.....	4
2.2. Obezite.....	4
2.2.1. Obezitenin Tanımı.....	4
2.2.2. Obezitenin Tarihçesi.....	5
2.2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite	6
2.2.4. Obezite Oluşumuna Neden Olan Etmenler.....	7
2.2.5. Obeziteyi Saptama Yöntemleri.....	13
2.2.6. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları.....	15
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	16
2.3.1. Sağlık Kavramı.....	16
2.3.2. Sağlığı Koruma.....	17
2.3.3. Sağlığı Geliştirme Kavramı.....	20
2.3.4. Pender’ in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	20
2.3.5. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları.....	23
2.3.6. Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Önemi.....	28
2.3.7. Obezite ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol, Görev ve Sorumlulukları.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Türü.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	32
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	32
3.5.1. Obezite ile İlişkili Risk Faktörleri Bilgi Formu (Ek-2).....	32
3.5.2. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek-3).....	32
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği (Ek-4).....	33
3.6. Verilerin Toplanması.....	34
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	34
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	34
3.7.3. Kontrol Değişkenleri.....	34
3.8. Araştırma Soruları.....	34
3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	35
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	50
7. KAYNAKLAR.....	52
8. EKLER.....	60
Ek-1: Tablo 8.1. Normal Kilolu ve Obez Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile SYBD II Alt Boyut, Toplam, BKİ ve Bel/Kalça Oranına İlişkin Değerlerin Karşılaştırılması.....	60
Ek-2: Obezite İle İlişkili Risk Faktörleri Bilgi Formu.....	63
Ek-3: Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	64
Ek-4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	65
Ek-5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II İzin Yazısı.....	68
Ek-6: Etik Kurul Kararı.....	69
Ek-7: Kurum İzni.....	70
Ek-8: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	71
9. ÖZGEÇMİŞ.....	72

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

AB: Avrupa Birliği

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DKK: Deri Kıvrım Kalınlığı

kg: Kilogram

m: Metre

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

Şekil, Resim ve Tablolar Listesi

Şekil 2.1. Beden Kütle İndekslerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	7
Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması.....	14
Şekil 2.2. Pender'in Gözden Geçirilmiş Sağlığı Geliştirme Modeli.....	22
Tablo 3.1. Aile Sağlığı Merkezlerinden Çalışmaya Alınacak Kadınların Sayıları.....	31
Tablo 4.1. Normal Kilolu ve Obez Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.2. Normal Kilolu ve Obez Kadınların Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.3. Normal Kilolu ve Obez Kadınların BKİ, Bel/Kalça, SYBD II Ölçek Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Değerlerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.4. Katılımcıların BKİ, Bel/Kalça Oranı, SYBD II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyonları.....	42
Tablo 4.5. Katılımcıların SYBD II Ölçek Puanlarının BKİ, Bel/Kalça Oranı, Yaş ve Eğitim Süresi Değişkenleri İçin Çoklu Regresyon Sonuçları.....	43

ÖZET

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

18-49 YAŞ DÖNEMİ KADINLARDA OBEZİTENİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Seda GÖGER

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans TEZİ/KONYA-2017

Küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Obezite insanlarda bir çok sağlık sorununa yol açmakta, morbidite ve mortalite oranlarında ciddi bir artışa sebep olmaktadır. Kadınların gebelik, emzirme, menopoz gibi yaşam evrelerinde deneyimledikleri bazı olaylar obeziteye yatkınlığı arttırmakla birlikte diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Bu çalışma 18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez olan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Konya ili merkez ilçelerde bulunan 3 ayrı aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu merkezlerde kayıtları bulunan normal kilolu ($BKI= 18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) ve obez olan ($BKI=30.0 \text{ kg/m}^2$ ve üzeri) 18-49 yaş aralığındaki kadınların tümü oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini $n= (z \times SS /d)^2$ formülü kullanılarak hesaplanmış ve 151 normal kilolu, 151 obez olan kadın olmak üzere toplamda 302 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplamada literatür incelemeleri sonucu oluşturulan Obezite ile İlişkili Risk Faktörleri Bilgi Formu, Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan obez kadınların %60,6'sı evli, %57,1'i geniş ailede, %71,2'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, %57,7'si ev hanımı, %61,6'sının gelir düzeyi düşük, %63,7'sinin ailesinde ve %63,2'sinin birinci derece akrabasında obez birey bulunmakta, %61,8'i gebelik, %61,4'ü düşük geçirme deneyimine sahip, %51,3'ü sigara kullanmamaktadır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, SYBD II toplam puanları normal kilolu kadınlarda yüksek olmak üzere iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). BKI ve SYBD II toplam puanları arasında negatif yönde, önemsenmeyecek düzeyde ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; modelde yer alan bağımsız değişkenlerden BKI'nin ($\beta = -0.187$, $p=0.008$) negatif olarak SYBD II puanının % 19'unu yordadığı bulunmuştur ($p<0.001$). Sonuç olarak, sağlık çalışanları fazla kilolu ve obez olan kadınların sağlık davranışlarını iyileştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri planlamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kadın; Obezite; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT

NECMETTIN ERBAKAN UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

THE EFFECT OF OBESITY ON HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AMONG WOMEN AGED 18–49: A COMPARATIVE STUDY

Seda GÖGER

Department of Nursery

Master's Thesis / KONYA-2017

The prevalence of obesity, which has become a remarkable public health concern in a global extent, is increasing with each passing day. Obesity causes a lot of health problems for people and leads to a significant increase in morbidity and mortality rates. Some conditions women go through during their life cycles such as pregnancy, breastfeeding, and menopause increase their susceptibility to obesity as well as affect women's healthy lifestyle behaviors, as is the case with other chronic diseases. This study has been conducted as a comparative descriptive study to examine the difference between the healthy lifestyle behaviors of women with normal weight and those who are obese. The study has been carried out at three different family health centers in the central districts of Konya province. The population of this study comprises obese ($BMI = 30.0 \text{ kg/m}^2$ and above) and normal-weight ($BMI = 18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$) women aged 18–49 who had registered in these centers. The sample size was calculated using the formula $n = (z \times SS / d)^2$, and a total of 302 women, 151 of whom were obese, participated in the study. Random sampling method was used in the selection of sample size. Data were collected through The Information Form for Obesity Associated Risk Factors, The Information Form for Women Specific Indicative Characteristics, and Healthy Lifestyle Behaviors-II Scale, which were based upon a literature review. An investigation of the participants showed that 60.6% of the women who is obese were married, 57.1% lived with their extended family, 71.2% received primary school education or less, 57.7% were housewives, 61.6% had low income, 63.2% had an obese individual in their immediate family, 61.8% had got pregnant, 61.4% had experienced a miscarriage, and 51.3% were non-smokers. There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) between the two groups in terms of health responsibility, physical activity, and total score on HLSB-II scale. There was a negative, non-significant, and significant relationship between BMI and total score on HLSB-II scale. The results of a multiple regression analysis showed that BMI, which was one of the independent variables in the model ($\beta = -0.187$, $p = 0.008$), negatively predicted 19% of the HLSB-II score. In conclusion, healthcare professions should plan the training and consultancy services to improve the lifestyle behaviors of women who is overweight and obese.

Key Words: Woman; Obesity; Healthy Lifestyle Behavior

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır [World Health Organization (WHO) 2015a]. Dünya genelinde salgın bir hastalık gibi yayılmaya devam etmekte olan obezite; tip 2 diabetes, hipertansiyon, kolesterol, kalp-damar hastalıkları ve kanser gibi birçok ölümcül hastalıkları da beraberinde getirmekte ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Palloni ve ark. 2013; Donald ve ark. 2015). DSÖ verilerine göre; 2014 yılında Dünya üzerinde yaklaşık 2 milyar yetişkin fazla kilolu iken, 600 milyonu aşkın yetişkin ise obezdir (WHO 2015c). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 15 yaş ve üstü bireylerin % 33,7'sinin fazla kilolu, % 42,2'sinin normal kilolu, % 4,2'sinin ise düşük kilolu olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet arasındaki farklılığa bakıldığında zaman kadınların % 24,5'inin obez, % 29,3'ünün ise fazla kilolu olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, % 15,3 ve % 38,2 olduğu gözlenmiştir (TÜİK 2014).

Obezite oluşumuna yaş, genetik, hormonlar, fiziksel aktivite, beslenme gibi birçok faktörle birlikte cinsiyet faktörü de etki etmektedir (Wright and Aronne 2012). Kadınların içinde bulundukları kültürün, obez veya fazla kilolu olmalarını etkilemesinin yanısıra, yaşam evrelerinde deneyimlemiş oldukları gebelik, emzirme, oral kontraseptif kullanımı, menopoz gibi durumlar obeziteye yatkınlığı arttırmakta ve buna bağlı sağlık sorunlarını da ortaya çıkarmaktadır (Ergin 2014; Kozakowski ve ark. 2017). Kadınlarda olası sağlık sorunlarının gelişiminin önlenmesi için sağlığı iyileştirme yoluna gitmek ve olumlu sağlık davranışları kazanmak büyük önem taşımaktadır.

DSÖ sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak ifade ederken, sağlığı geliştirme kavramını “kişilerin kendi sağlıklarını iyileştirmek ve sağlık üzerinde kontrolü almak için insanlara olanak sağlama süreci” olarak tanımlamıştır (WHO 1947; WHO 2002). Sağlığı geliştirme kavramı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bağdaştırıldığında; sağlık davranışlarının bireysel ve çevresel faktörlerden etkilendiği, bireylerin sağlık sorumluluğu alabilmeleri için var olan potansiyellerini kullanmaları gerektiği ortaya

çıkmaktadır. Ayrıca kadınlar gibi bazı dezavantajlı grupların kendilerinde bu potansiyeli fark etmesi için desteklenmesi gerekmektedir.

Kadınların farklı kültürlerde üstlenmiş oldukları sosyal rolleri, yaşam evrelerindeki geçirmiş oldukları bazı zorluklar ve annelik rolü düşünüldüğü zaman sağlığı koruma ve geliştirmede öncelikli ele alınıp incelenmesi gereken bir grup olduğu ortaya çıkacaktır (Özpulat ve Sivri 2013; Cheng ve ark 2015). Kadın sağlığını geliştirme ülkelerin gelişmişlik düzeyini arttırarak toplumun refah düzeyini de yükseltecektir. Çünkü yeni neslin yetiştirilmesinde kadınların eğitici rolü erkeklere göre daha baskındır. Bu yüzden kadın sağlığını iyileştirme, Dünya’da sağlığı geliştirme hedeflerine ulaşılabilmeyi mümkün kılacaktır.

Sağlığı geliştirme hedefine ulaşılabilmesi için yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, stresle baş edebilme, sağlık sorumluluğuna sahip olma, pozitif yönde bir manevi gelişim ve kişilerarası ilişkilerin anlamlı olması gibi bireyler için büyük önem taşıyan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olunması gerekmektedir. Öznesi insan olan hemşirelerin sahip olduğu bilgi ve becerilerle vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetleri, bireylerin kalıcı davranış değişikliği kazanmalarında kilit rol üstlenecektir. Böylece kazanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları kronik hastalıkların ötelenmesini veya hastalıkların prognozunun olumlu yönde seyretmesine katkı sağlayacaktır (O’Neil ve ark. 2012; İnangil ve Şendil 2014).

Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları (Murathan ve ark. 2013; Bednarzyk ve ark. 2013; Yılmazel ve Duman 2016; Kurnat-Thoma ve ark. 2017; Tedik ve Hacılioğlu 2017) ile ilgili pek çok çalışma mevcuttur. Ancak yapılan bu çalışmalar daha çok üniversite öğrencileri ve hemşireler üzerine odaklanmış ve biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri ile erkeklerden ayrı özellikleri olan kadınlar üzerinde yapılan çalışma sayısı yetersiz kalmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkileri göz ardı edilmiştir. Sağlık davranışlarına yön veren birçok faktör arasında obezite gibi bulaşıcı olmayan bazı kronik hastalıkların da yer aldığı yadsınamaz bir gerçektir. Üstelik Dünya’da bu hastalığın görülme oranı giderek artmakta ve insanların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu çalışma 18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez olan

kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı türde planlanmıştır. Bu çalışmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına farkındalığı arttırarak hemşirelik bilimine katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Araştırma Soruları

Normal kilolu ve obez olan kadınların sosyodemografik özellikleri arasında fark var mıdır?

Normal kilolu ve obez olan kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek puanı değişmekte midir?

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek puanı ile BKİ ve bel/kalça oranı arasındaki ilişki nedir?

Kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirleyicileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. 18-49 Yaş Dönemi Kadınlar

Dünya nüfusunun yarısını kadınlar oluştururken Türkiye’de bu oran %49,8’dir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren eğitim faktörü açısından kadınlara bakıldığı zaman Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sonuçlarına göre okuma yazma bilmeyen kadın nüfus oranı erkeklerden 5 kat daha fazladır. Ülkemizde kadınlarda doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerden fazla olmasına rağmen dolaşım sistemi hastalıkları daha çok görülmektedir ve her dört kadından biri obezdir (TÜİK 2015).

Biyolojik ve cinsiyete özgü farklılıklardan dolayı bir kadın olmanın sağlık üzerinde önemli etkileri vardır. Birçok toplumda kadınların mümkün olan en iyi sağlık seviyesine ulaşmasını önleyen bazı sosyokültürel faktörler olduğu için kadınlar dezavantajlı gruplar arasında yer almaktadır ve kadın sağlığı risk altındadır (WHO 2017). Ayrıca 18-49 yaş arası kadınların yaşam evrelerinde deneyimledikleri cinsellik, gebelik, emzirme, menopoz gibi durumlar, onların sağlık açısından daha fazla riskli durumlarla karşılaştığını göstermektedir. Bu olaylar bireylerde gestasyonel diyabet, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, depresyon ve anksiyete gibi rahatsızlıkların gelişmesine sebep olmasının yanı sıra obezite oluşumunda da rol oynamaktadır (Taşkın 2007).

2.2. Obezite

2.2.1. Obezitenin tanımı:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesidir. Beden Kütle İndeksi (BKİ) bireyin vücut ağırlığının [kilogram (kg)], boy uzunluğunun [metre (m) cinsinden] karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ 25.0-29.9 kg/m^2 aralığında olan kişi fazla kilolu, 30 veya üzeri olan kişi obez olarak kabul edilir [World Health Organization (WHO) 2015a].

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun tanımında ise obezite vücut yağ kütesinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre beden ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır. Yetişkin erkeklerde beden ağırlığının % 15-18'ini yağ dokusu oluştururken kadınlarda bu oran % 20-25'tir. Beden yağ oranının erkeklerde % 25, kadınlarda ise % 30'un üstüne çıkması obeziteye neden olmaktadır [Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) 2015a].

Sonuç olarak; Obezite, besinlerle alınan enerjinin (kalori) harcanan enerjiden fazla olması ve fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması (% 20 veya daha fazla) sonucu ortaya çıkan, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir (THSK 2015a).

2.2.2. Obezitenin Tarihçesi

Obezitenin tarihsel gelişimine bakıldığında çok dikkat çekici bir geçmişinin olduğu görülecektir. Taş devrine ait kalıntılarda bulunan obez insan figürleri incelendiğinde, o dönemde yaşamış olan obez insanların, güç, kuvvet ve iktidar sahibi olarak nitelendirildiği yargısına varılmaktadır. Ayrıca İlk Çağ tanrılarında obezite, şişman kadın, ana tanrıça, güç ve hayatı ifade ederken, Orta Çağ ve Rönesansta ise zenginliğin simgesi olmuştur (Başkal 2002; Haslam 2007).

Obezitenin insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri ilk olarak eski Yunanlılar zamanında anlaşılmaya başlanmıştır. Hipokrat obezitenin sağlığa olumsuz etkilerinden bahsetmiş ve obeziteyi kısırlık ve erken ölümle ilişkilendirmiştir (Haslam 2007). Yirminci yüzyılda ise obezite çağın en büyük sorunu haline gelmiştir. Obezitenin sadece görsel bir sorun olmadığı ve insan sağlığına fizyolojik, psikolojik ve sistemik olarak da olumsuz yönde büyük etkileri olduğu görülmüştür. Yine bu yıllarda obezitenin ciddiyeti ve hızlı artışına dikkat çekilmiştir (Başkal 2002). Günümüzde ise obezite, tüm dünyada bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, birçok hastalık ve komplikasyonlara neden olan kronik bir hastalık ve büyük bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Chan and Woo 2010).

2.2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite

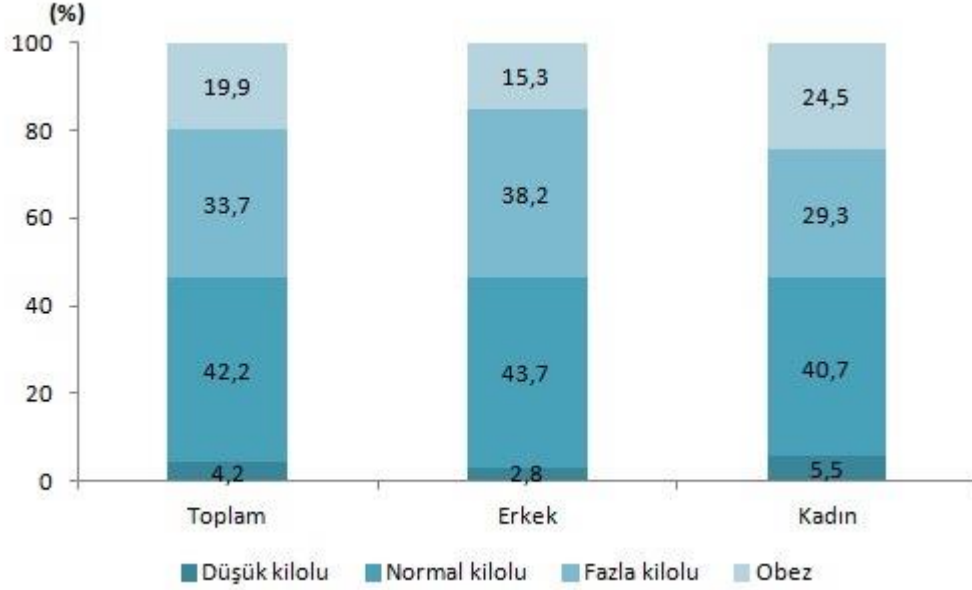
Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş olan ülkeler ile birlikte gelişmekte olan ülkelerde de obezite gün geçtikçe artış göstermektedir (THSK 2015b). Dünya’da her yıl en az 2,8 milyon kişi aşırı kilo veya obezite sebebiyle ölmektedir. Obezite prevalansı 1980’den 2008’e kadar yaklaşık ikiye katlanmış olmakla birlikte, bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerde daha fazla görüldüğü düşünülürken günümüzde düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygın olduğu ortaya çıkmıştır (WHO 2015b).

DSÖ Küresel Sağlık İzleme Veri Havuzu’ndan elde edilen veriler; her iki cinsiyet için 20 yaş ve üzeri yetişkinlerden fazla kilolu veya obez olma oranının % 57,4 olduğunu göstermektedir. Doğu Avrupa bölgesinin bazı ülkelerindeki obezite oranında ise 1980’den beri üç kattan daha fazla artış tespit edilmiştir. Batı Avrupa’nın 20 ülkesinde fazla kiloluluk ve obezite nedeniyle her yıl yaklaşık 320.000 erkek ve kadının öldüğü tahmin edilmektedir (WHO 2014). DSÖ tarafından 2014 yılında Dünya üzerinde, 1,9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu olduğu, 600 milyonu aşkın yetişkinin ise obez olduğu bildirilmiştir. Ayrıca cinsiyet arasındaki farklılığa bakıldığında zaman obezite oranının erkeklerde % 11, kadınlarda ise % 15 olduğu söylenmiştir (WHO 2015c).

Ülkemizde obezite görülme sıklığı ise diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi gün geçtikçe artış göstermektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması adı altında sağlık bakanlığının yayınlamış olduğu ön çalışma raporundaki verilere göre Türkiye’de obezite sıklığı; erkeklerde % 20,5; kadınlarda % 41,0; genel popülasyonda ise % 30,3’tür. Ayrıca toplumda fazla kilolu olanlar % 34,6; fazla kilolu ve şişman olanlar % 64,9; çok şişman olanların oranı % 2,9 olarak bildirilmiştir (TBSA 2010).

Türkiye’de obezite ile ilgili Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise, bireylerin boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan beden kütle indeksi incelendiğinde; 15 yaş ve üstü bireylerin % 33,7’sinin fazla kilolu, % 42,2’sinin normal kilolu, % 4,2’sinin ise düşük kilolu olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında zaman; kadınların % 24,5’inin obez, %

29,3'ünün ise fazla kilolu olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, % 15,3 ve % 38,2 olduğu ifade edilmiştir (TÜİK 2014).



Şekil 2.1. Beden Kütle İndekslerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (TÜİK 2014)

2.2.4. Obezite Oluşumuna Neden Olan Etmenler

Günümüze kadar obeziteye neden olan etmenler tam olarak açıklanamamakla birlikte genetik, nörolojik, çevresel, fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik ve sosyo-kültürel pek çok faktörün birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Obezitenin en önemli sebepleri arasında aşırı ve yanlış beslenme ile birlikte fiziksel aktivite yetersizliği kabul edilmektedir (THSK 2015c). Obeziteye neden olan faktörlerin bilinmesi oluşabilecek sağlık sorunlarının çözümü ve bu sorunlara yönelik gerekli önlemlerin alınması için önem taşımaktadır.

Beslenme Şekli

Obeziteye neden olan faktörler arasında aşırı ölçüde yeme veya yanlış beslenme en önemli faktörler arasında görülmektedir. Enerji alımındaki artışın fazla olması ve enerji harcamasının yetersiz kalması bireyler için kilo alımına sebep olabilmektedir. Enerji alımının fazlalığı; daha çok yağ ve şeker içeren besinleri yeme, öğün atlama ve hızlı yeme gibi doğru olmayan beslenme davranışları

yüzünden gerçekleşirken, enerji harcamasının azlığı ise fiziksel aktivite yetersizliği ve sedanter yaşam tarzı nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Mercanlıgil 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Obezitenin beslenme ile olan ilişkisinde kahvaltı atlamamanın veya düzensiz kahvaltı yapmanın da kilo almaya büyük etkisi vardır. Chowdhury ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları bir çalışmada sabah kahvaltısı yapmayan bireylerde, sabah kahvaltısı yapan bireylere göre gün içerisinde daha fazla kalori alımı ve yeme gözlenmiştir. Bu durumun ise bireylerde kilo artışına sebep olduğu bildirilmiştir.

Yaşamın ilk yıllarında genellikle dış faktörlerin etkisi ile oluşan beslenme şekli de obezite gelişimine sebep olabilir. Yapılan araştırmalarda anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda, anne sütü ile beslenen çocuklara göre obezite görülme sıklığının daha yüksek oranlarda görüldüğü belirlenmiştir (THSK 2015c). Bütün bunların yanı sıra çocukların ilk beslenme alışkanlığını ailede kazanması nedeni ile ebeveynlerin, çocuklarının olumlu beslenme davranışları edinmesinde büyük ve önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Özilbey ve Ergör 2015).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite günlük yaşamda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite düzenli ve devamlı olarak, uygun şiddette, günlük sürelerde ve ilerleyici program dahilinde uygulanmalıdır. Haftada 3-4 kez yapılan, 30-60 dakikalık fiziksel aktivite sağlık üzerinde olumlu etkiler oluşturmak için yeterlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011).

Bir birey için obezite, genellikle alınan kalorilerle harcanan kaloriler arasındaki dengesizliğin bir sonucudur. Fiziksel aktivite düzeyini azaltmak da enerji dengesizliğine ve sonuç olarak kilo artışına neden olacaktır (WHO 2015d). Maher ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları bir çalışmada, fiziksel aktivite ve sedanter yaşam ile obezite arasında önemli derecede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hem kadınlarda hem de erkeklerde yetersiz fiziksel aktivitenin obeziteye neden olduğu bildirilmiştir.

Genetik Etmenler

Obezite gelişiminde genetik faktörler oldukça önemlidir. Genetik mekanizma çevresel faktörlerden etkilenmekte ve bireyden bireye farklılık gösterebilen yanıtlar vermektedir. Bu farklılığın altında çok güçlü bir genetik varyasyon bulunmaktadır. Yapılan ikiz ve aile çalışmaları, kalıtımın beden kütle indeksi üzerindeki etkisinin % 40-70 arasında olduğunu ortaya koymaktadır (Hebebrand ve ark. 2013). Genetik açıdan obezite tek gen veya birçok gendeki kusurların sonucu oluşabilir. Fakat obezitenin oluşumuna neden olan gen veya genler net olarak saptanmamıştır (Yerlikaya ve Akın 2013). Genetik olarak enerji birikimine yatkın olan bireylerin kilo alma potansiyellerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çevresel ve kişisel etmenlerle birlikte bireyin yaşam biçimi bu genetik yatkınlık üzerinde hem kolaylaştırıcı hem de ilerletici bir rol oynamaktadır (Körükcü ve Kukulcu 2011).

Hormonal Faktörler

Fizyolojik koşullarda insülin ve glukagon hormonlarının glikoz seviyesini dengede tuttuğu varsayılır. Günümüzde ise bu varsayım daha karmaşık bir sistemin varlığı yönünde değişmiştir. Pankreastan salınan insülin ve amilin, intestinal sistemden salınan peptit-1, yağ dokusundan salınan leptin ve ön hipofizden salınan büyüme hormonu multihormonal sistem içerisinde önemli bir yere sahiptir. Dolayısıyla kronik bir hastalık olan obezitenin patogenezinde hormonların rollerini ortaya çıkarma ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır (Misra ve ark. 2008).

Yiğitbaşı ve arkadaşlarının (2010), fazla kilolu-obez bireyler ile normal kilolu bireyler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada fazla kilolu-obez bireylerin serum insülin düzeyleri normal kilolu bireylere göre daha yüksek bulunurken, büyüme hormonu ve amilin düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda ise insan vücudunda bulunan bu hormonların obezite gelişiminde önemli etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Obeziteye neden olan diğer hormonlar arasında estradiol ve kortizol hormonları yer almaktadır. Özellikle kadınlarda aşırı stres altında kalma sonucu bu hormonlarda artış meydana gelmekte ve duygusal tepkilerle birlikte daha çok yeme

davranışı gözlenmektedir. Bu durum obezite gelişimi için uygun bir zemin hazırlamaktadır (Michopoulos 2016).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada tiroid hormonlarının obezite üzerine etkisine bakılmış ve araştırma sonucunda obez olan bireylerde T_3 ve tiroid stimüle edici hormon (TSH) düzeyi obez olmayan bireylere göre yüksek bulunurken, T_4 seviyesi normal olarak saptanmıştır. Ayrıca hipotiroidin kilo almaya neden olabileceği belirtilmiştir (Torun ve ark. 2013).

Yaş

Obezite, günümüzde yetişkin bireyleri etkisi altına aldığı gibi çocuk ve adölesanları da olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. DSÖ ve diğer uluslararası kuruluşlar obezitenin evrensel bir epidemiye dönüştüğünü, özellikle çocuklar ve adölesanlarda tehdit edici seviyelere ulaştığına dikkat çekmektedirler (Köksal ve Özel 2012).

Erişkinlik döneminden sonraki yaşamın ilerleyen evrelerinde yaşla birlikte cilt altı yağ dokusu azalmakta, karın bölgesindeki yağlarda ise önemli derecede artış görülmektedir. Bu dönemlerde kas dokusunun yerini yağ dokusu almasının yanı sıra fiziksel aktivite düzeyinde azalma meydana gelmesi obezite için büyük bir risk faktörü oluşturmaktadır (Jura ve Kozak 2016).

Yetişkin bireylerde antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi amacı ile yapılmış bir çalışmada yetişkinlerin yaş gruplarına göre beden kütle indeksleri karşılaştırılmıştır. Kadın ve erkeklerin ayrı olarak değerlendirildiği çalışmada 65 yaş ve üzeri grupta boya göre vücut ağırlığı 50-64 yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Başbüyük ve ark. 2015). Obezite ile ilgili yapılan başka bir prevalans araştırmasında ise kadın ve erkeklerde yaşla birlikte fazla kilo ve obezite oranlarının arttığı tespit edilmiştir (Rodrigo 2013).

Cinsiyet

Obezitenin önlenmesi ve aşırı kiloların giderilmesi hususunda cinsiyet farklılığının da dikkate alınması gerektiği yapılan çalışmalarda önerilmektedir (Çetin ve ark. 2015; Karaca 2015). Kadın ve erkeklerde vücut yağ yüzdeleri ve vücut yağ dağılımları değişiklikler göstermektedir. Kadınlarda vücut yağ oranı ile birlikte BKI ve bel/kalça oranının erkeklere göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır ve bu durum kadınların obezite için daha yatkın olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Doğan ve Öner 2015; Başbüyük ve ark. 2015; Sahoo ve ark. 2016). Ayrıca kadınların yaşam evrelerinde deneyimlemiş oldukları gebelik, emzirme, oral kontraseptif kullanımı ve menopoz gibi yaşamsal olaylar kilo alma ve obezite sebeplerindendir (Algın 2014).

Obez çocuklarda cinsiyete göre vücut bileşimlerinin segmental olarak incelendiği bir araştırmada obez kız çocuklarında yağ dokusunun ve dağılım alanlarının erkek çocuklara göre daha farklı olduğu; erkeklerde ise kas kütlelerinin anlamlı düzeyde kız çocuklarından fazla olduğu bildirilmiştir (Çetin ve Ark. 2015). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeylerinin farklı olduğu, erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha fazla fiziksel aktivite gözlemlendiği ve buna bağlı olarak obezite görülme sıklığının iki cinsiyette farklılık gösterdiği bildirilmiştir (Murathan ve ark. 2013).

Ailenin Sosyoekonomik Durumu

Toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesi ya da sağlıkla ilgili yapılan çalışmalarda toplumun sosyoekonomik seviyesinin belirlenmesinin çok önemli olduğu bir gerçektir (İskender ve ark. 2014; Kut ve Salgür 2015). Sağlığın sosyal belirleyicileri olan ekonomik istikrar (yoksulluk, çalışan statüsü vs.), eğitim düzeyi, sosyal ve toplumsal durum (aile yapısı, ayrımcılık ve eşitlik algıları vs.), sağlık bakım hizmetleri, sağlık politikaları ve yaşanan çevre bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki edeceği için bu sosyoekonomik faktörler obezite gelişiminde bir risk oluşturabilmektedir (Bryant ve ark. 2015).

Yapılan bir çalışmada eğitim seviyesinin artması ile aşırı kilo ve obezite oranının azaldığı bildirilmiştir. Ayrıca geniş ailelerde yaşayan bireylerin veya evli çiftlerin tek yaşayan bireylere göre daha obez oldukları tespit edilmiştir. Çalışma durumuna bakıldığı zaman ise işsiz olanlarda kaliteli gıda tüketiminin yetersizliği nedeniyle obezite görülme oranının azaldığı, öğrencilerde ise daha çok oturarak çalıştıkları için obezite görülme oranında artış olduğu gözlemlenmiştir (Beyaz ve Koç 2011).

Ekonomik olarak gelişmiş toplumlarda yaşayan insanlar, gelişmekte olan toplumlara göre daha çok obez olma eğilimindedirler. Böyle toplumlarda fiziksel aktivite yetersizliği büyük bir sorundur ve insanlar daha az enerji harcama yoluna gitmektedirler. Bu durum vücudun kullanamadığı fazla enerjinin yağ olarak depolamasına neden olmaktadır (Kut 2009). Yüksek sosyoekonomik yapının obeziteyi ve yeme davranışlarını etkilediği sonucuna ulaşılan bir araştırmada bunun sebebi olarak gelir düzeyi yüksek olan ailelerde yiyeceklere daha kolay ulaşma, hatalı beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzı olduğu belirtilmiştir (İskender ve ark. 2014).

Psikolojik Etmenler

Psikolojik etmenlerin de obezite oluşumunda rolü olduğu kesin kabul edilmektedir fakat söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir. Ayrıca obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk ya da agorafobi gibi psikolojik rahatsızlıkların prevalansının arttığı ortaya çıkmıştır. Psikolojik olarak kötü yönde etkilenen bireylerde çok yeme veya tıkanırcasına yeme bozukluğu da sık gözlenen durumlar arasındadır (Balcıoğlu ve Başer 2008).

Yapılan bir araştırmada obez bireylerde en sık görülen psikiyatrik rahatsızlık majör depresif bozukluk olarak bildirilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik tanı almamasına rağmen obez hastaların önemli bir bölümünde anksiyete ve depresyon belirtileri gözlemlenmiştir. Tanı almamış bu kişilerde obezitenin psikolojik ve sosyal etkileri sonucunda anksiyete ve depresyon belirtilerinin meydana gelmiş olabileceğini belirtmişlerdir (Oyekcin ve ark. 2011). Literatürde yapılan başka bir araştırmada adolesan dönemdeki bireylerde stresle birlikte sağlıklı beslenme

davranışlarının ve buna bağlı obezite gelişme riskinin arttığı gözlemlenmiştir (Jaaskelainen ve ark. 2014).

2.2.5. Obeziteyi Saptama Yöntemleri

Beden Kütle İndeksi

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir (WHO 2004). Tablo 2.1'de DSÖ'ne göre uluslararası obezite sınıflandırması verilmiştir.

Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18,50	<18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16,00	<16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
Normal	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99
		23,00 – 24,99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥ 25,00	≥ 25,00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25,00 – 29,99	25,00 – 27,49
		27,50 – 29,99
Şişman (Obez)	≥ 30,00	≥ 30,00
Şişman I. Derece	30,00 – 34,99	30,00 – 32,49
		32,50 – 34,99
Şişman II. Derece	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49
		37,50 – 39,99
Şişman III. Derece	≥ 40,00	≥ 40,00

(Kaynak: WHO 2004)

Beden Kıvrımları Ölçümleri

Obez olan bireylerde vücut yağının bir kısmı deri altında toplanmaktadır ve deri altında toplanan bu yağ dokusunu saptamak için deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapılmaktadır. Ölçüm için kısaç tipli kalibre aleti vücudun belirli bölgelerine uygulanır. Bu sayede triseps, biseps, subscapula ve suprailiac deri kıvrım kalınlıkları yetişkinlerde vücut yağının hesaplanmasında kullanılmaktadır (Köksal ve Özer

2012). Ölçüm işlemi için baş ve işaret parmakları ile ölçüm yapılacak bölge kavranır ve kaliper aleti bu alandan bir cm kadar uzağa yerleştirilerek ölçüm yapılır.

Çevre Ölçümleri

Genetik olarak bölgesel yağ dağılımı erkek ve kadınlarda farklılık göstermektedir. Vücut yağının bel, üst karın ve göğüs karın gibi üst bölgelerde toplanması android tip (erkek tip) obeziteyi oluşturmaktadır. Vücudun alt bölümü olan kalça, uyluk ve bacaklarda toplanan vücut yağı ise jinoid tip (kadın tip) obezite olarak adlandırılmaktadır. Her iki obezite durumunda da yağ cilt altına yerleşmektedir (WHO 2004).

DSÖ'ne göre bel/kalça oranı kadınlarda 0.85'den ve erkeklerde ise 1.0'den fazla ise android tip obezite olarak kabul edilmektedir. Genelde sonuçların değerlendirilmesinde bel/kalça oranı kullanılmakta olsa da, tek başına bel çevresi ölçümü, karın bölgesindeki yağ dağılımı ve sağlığın bozulmasında önemli ve pratik bir gösterge olarak kullanılmaktadır (WHO 2004). Bel çevresi kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm üzerinde olması abdominal yağlanmayı göstermektedir (Algın 2014).

2.2.6. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Obezite, tüm dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalite oranlarında ciddi bir artışa neden olmaktadır. Obezite prevalansının artması ile birlikte obeziteye bağlı hastalıkların görülme sıklığında da artış izlenmiştir (Kalan ve Yeşil 2010). Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları arasında Tip 2 Diabetes Mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, metabolik sendrom, safra kesesi hastalıkları, osteoartrit, kas ve iskelet sistemi problemleri, uyku apnesi, karaciğer yağlanması, solunum zorluğu, gebelik komplikasyonları, aşırı kılınma, menstruasyon düzensizlikleri gibi fiziksel sağlık sorunlarının yer almasının yanı sıra anoreksiya nervroza (yemek yememe), bulimia nervroza (yediği besinleri hemen kusma), tikanırcasına yeme bozukluğu ve toplumsal uyumsuzluklar gibi psikolojik sorunlar da bulunmaktadır (Auchincloss ve ark. 2013; THSK 2015d).

2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.3.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı aslında insanın var oluşundan bugüne kadar bilinen bir kavram olmuştur. Geçmiş zamanlarda insanlar sağlığı, hastalığın olmayışı olarak yorumlarken sonraki yıllarda ve günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi önemli bir konu haline gelmiştir. Öz'ün aktardığına göre modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale, sağlığı “iyi olma ve kişinin var olan potansiyelini olabildiğince en üst düzeyde kullanması” olarak tanımlanmıştır (Öz 2010). Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO 1947).

İlerleyen yıllarda sağlık kavramına daha geniş bir bakış açısıyla bakılmaya başlanmıştır. 1986 yılında Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında sağlığı geliştirmeye yönelik Ottawa Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirmede sağlık kavramı “soyut bir durumdan ziyade fonksiyonel anlamda kişilerin bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir hayat sürmelerini sağlayan bir kaynak olarak düşünülmektedir” şeklinde tanımlanmıştır (WHO 1986).

Sağlık kavramına holistik görüşle yaklaşıldığında ise şu şekilde tanımlanmaktadır; “insanların fiziksel, mental, sosyal, seksüel, spiritual ve emosyonel bir bütün içinde olmasıdır” (Akdemir ve Birol 2011). Bu tanıma göre sağlığa holistik yaklaşım, bireylerin çevresiyle bir bütün olduğunu ve bireylerin sağlığını değerlendirirken yaşadıkları çevreyle ele alınması gerekliliğini savunmaktadır.

Gerçekte sağlık kavramı evrenseldir ve herkesin kabul etmiş olduğu bir tanıma yoktur. Sağlık kavramı genetik, çevre, sosyal yaşantı, beslenme, fiziksel aktivite gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bütün bunların yanı sıra insanların içerisinde yaşamış oldukları toplumun kültürü, ekonomik ve siyasi yapısı, biyolojik ve psikolojik etkenler de sağlığa önemli ölçüde etki etmektedir (Fertman ve Allensworth 2012).

2.3.2. Sağlığı Koruma

“Sağlığı koruma ve hastalıkları önleme insan hayatında yaşıla birlikte değişiklik gösteren bulaşıcı olmayan hastalıklar ve travma gibi durumların önüne geçilmesi ve bu gibi durumların yönetimini içermektedir” (WHO 2002). Yüzyıllardır kişisel hijyen ve sağlık bakım uygulamaları insanoğlu için süregelen bir durum olmuştur. Birçok ilk çağ kabilesi koruyucu sağlık uygulamalarına yönelik davranışlar sergilemiştir. Dışkıyı gömme, ölüleri ortadan kaldırma, bulaşıcı hastalıklarda izolasyon yöntemi kullanma gibi davranışlar bu uygulamalardan bazılarını oluşturmuştur. Tarih kayıtlarının vermiş olduğu bilgilere göre Mısır ve Orta Doğuda insanlar drenaj sistemini bulmuş, tuvalet kullanmış ve kişisel temizlik uygulamalarını yapmıştır. Bununla birlikte eski çağ uygarlıklarında sağlık uygulamaları batıl inançları da yansıtmaktadır. Orta çağ Avrupası’nda hastalıkların sebebi olarak şeytani ruhların hasta kişinin bedenini istila ettiğine inanılmış ve buna yönelik de büyü yapma, ruh çıkarma ayinleri gibi benzer uygulamaları yapma eylemine gidilmiştir (Allender ve ark. 2010).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik konular Dünya Sağlık Örgütü’nün 1977 yılında Cenevre’de düzenlemiş olduğu 30. Asamblesinde gündeme getirilmiş ve “2000 Yılında Herkes için Sağlık” hedeflenmiştir. İnsanların daha üretken olmaları ve üst düzey sağlık seviyesine ulaşmaları bu sağlık hedeflerinin amaçları arasında yer almıştır (WHO 1981).

Ülkemizde Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) anlayışı Cumhuriyetten sonra 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ne dair yasanın hayata geçirilmesiyle yön bulmuştur. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden tüm yurda yayılması öngörölmüş ve amaçlanmıştır (T.C. Resmi gazete, 12 Ocak 1961, Sayı: 224). Toplum sağlığı ile ilgili ölkemizde atılan bu adımlarla birlikte, sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri üzerine yoğunlaşmaya başlamıştır (Akdemir ve Birol 2011). Hastalık veya sakatlık durumu gelişmeden verilen koruyucu sağlık hizmetleri ise günümüzde de insanlar tarafından daha çok benimsenen ve önemi anlaşılarak daha çok yararlanılan bir sağlık hizmeti haline gelmiştir.

Ülkemizdeki TSH başlıca şu alanlara yoğunlaşmaktadır. Bunlar;

- Sağlık eğitimi
- Sağlıklı beslenme
- Temiz su ve sanitasyon
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı
- Bulaşıcı hastalıklarla etkili mücadele
- Bağışıklama
- Sık görülen hastalık ve yaralanmaların kontrolü
- Alkol, madde ve tütüne bağlı zararların azaltılması
- Temel ilaçların sağlanmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008).

Koruyucu sağlık hizmetleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak 3 yan başlık altında toplanmaktadır.

Birincil Koruma

Sağlık bakımının en önemli amaçları arasında hastalıkları önlemek ve iyilik durumunu en üst düzeye çıkarmak yer almaktadır. Birincil korumadaki hizmetler bu doğrultuda sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmaları ve koruyucu önlemleri içermektedir. Türkiye’de aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri gibi kurumlarda bu hizmetler verilebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008). Sunulan sağlık hizmetleri bireye ya da çevreye yönelik olabilir. Örneğin; fiziksel aktivitelerin arttırılmasına yönelik uygulamalar bireyi kalp ve damar hastalıklarından koruyabilir; trafikte emniyet kemeri kullanmanın önemini vurgulayan eğitimler meydana gelebilecek olan sakatlık veya ölümleri engelleyebilir. Ayrıca anne ve bebek sağlığı için verilen hizmetler, aşılama programları, aile planlaması, yeterli ve temiz su ile gıda temini, çevre kirliliğinin önlenmesi gibi uygulamalar birincil koruma hizmetleri arasındadır (Daniels 2004).

İkincil Koruma

İkincil koruma, var olan ya da olası hastalık durumunun erken belirlenmesini, hastalık belirtilerini gösteren bireye yönelik tanı ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Amaç; bir bozukluk veya yetersizlik oluşmadan hastalık ya da sakatlıkları önlemektir. Bu koruma düzeyindeki hizmetler genellikle hastanelerde, birinci basamak hizmet veren kurumlarda verilmektedir. Hastalıkların erken tanısı için yapılan kontroller, tarama programları (hipertansiyon taraması, serviks kanserini belirlemek için yapılan pap smear, meme kanserinde erken tanı için uygulanan mamografi, çocukluktan başlayan diş muayeneleri vs.) ve ilk dönem tedavilerinin yapılarak sağlığın sürdürülmesi gibi hizmetler bu koruma düzeyinin kapsamındadır (Lundy ve Janes 2009).

Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma programları bireylerin hastalığa yakalandıktan sonra, hastalığın tekrarlamasını, olası komplikasyonları ve sakatlıkları önlemek amacıyla verilen hizmetlerdir. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri gibi tıbbi olanakların gelişmiş olduğu kurumlar bu hizmetlerin verildiği yerler arasındadır. Üçüncül koruma kapsamına giren bakım hizmetleri hastalığın ilerlemesini yavaşlatır ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için bireyleri rehabilite eder. Buradaki rehabilite edici uygulamalar yine koruyucu önlemleri içerir. Örneğin; alkol içmekte olan bir bireyin alkolü bırakması, hastanelerde ve bakım evlerinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması üçüncül koruma uygulamalarındandır. Başka bir örnek ise, trafik kazası sonucu bazı yetilerini yitirmiş bir bireyin tekrar eski yetilerini kazanabilmesi için uygulanan fizik tedavi programıdır. Bu sayede birey günlük yaşam aktivitelerini eskisi gibi yerine getirebilir ve daha işlevsel hâle gelir. Rehabilitasyon programları hastaneye yatışla başlayıp, sağlık durumu iyileşinceye kadar devam eder (Daniels 2004; Akdemir ve Birol 2011).

2.3.3. Sağlığı Geliştirme Kavramı

DSÖ 1986 yılında gerçekleştirmiş olduğu Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda sağlığı geliştirme kavramını şu şekilde tanımlamıştır; “Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme sürecidir. Bu nedenle sağlık, yaşamın hedefi değil, günlük yaşamın, bir kaynağı olarak görülür. Sağlık fiziksel kapasiteler kadar sosyal ve kişisel kaynakları vurgulayan olumlu bir kavramdır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğu olmayıp, aynı zamanda sağlıklı yaşam alışkanlıklarından tam bir iyilik haline kadar giden kavramdır” (WHO 1986). Bu tanım sağlığı geliştirmek için yapılması gereken uygulamaların, toplumdaki bireylerin eşit şekilde faydalanabileceği ve herkesin ulaşabileceği nitelikte olmasına vurgu yapmaktadır.

“Sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıklarını iyileştirmek ve sağlık üzerinde kontrolü almak için insanlara olanak sağlama sürecidir” (WHO 2002). Temel olarak sağlığı geliştirme yaklaşımı bireylerin yaşam tarzında değişiklik yaparak veya bireylerde davranış değişikliği oluşturarak, onların fiziksel, sosyal, psikolojik ve kültürel sağlıklarında olumlu iyileşmeler ve gelişmeler oluşmasına katkı sağlamaktadır (zvarış 2011). Diğer bir deyişle; sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde pozitif yaklaşımlar esas alınmaktadır.

2.3.4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

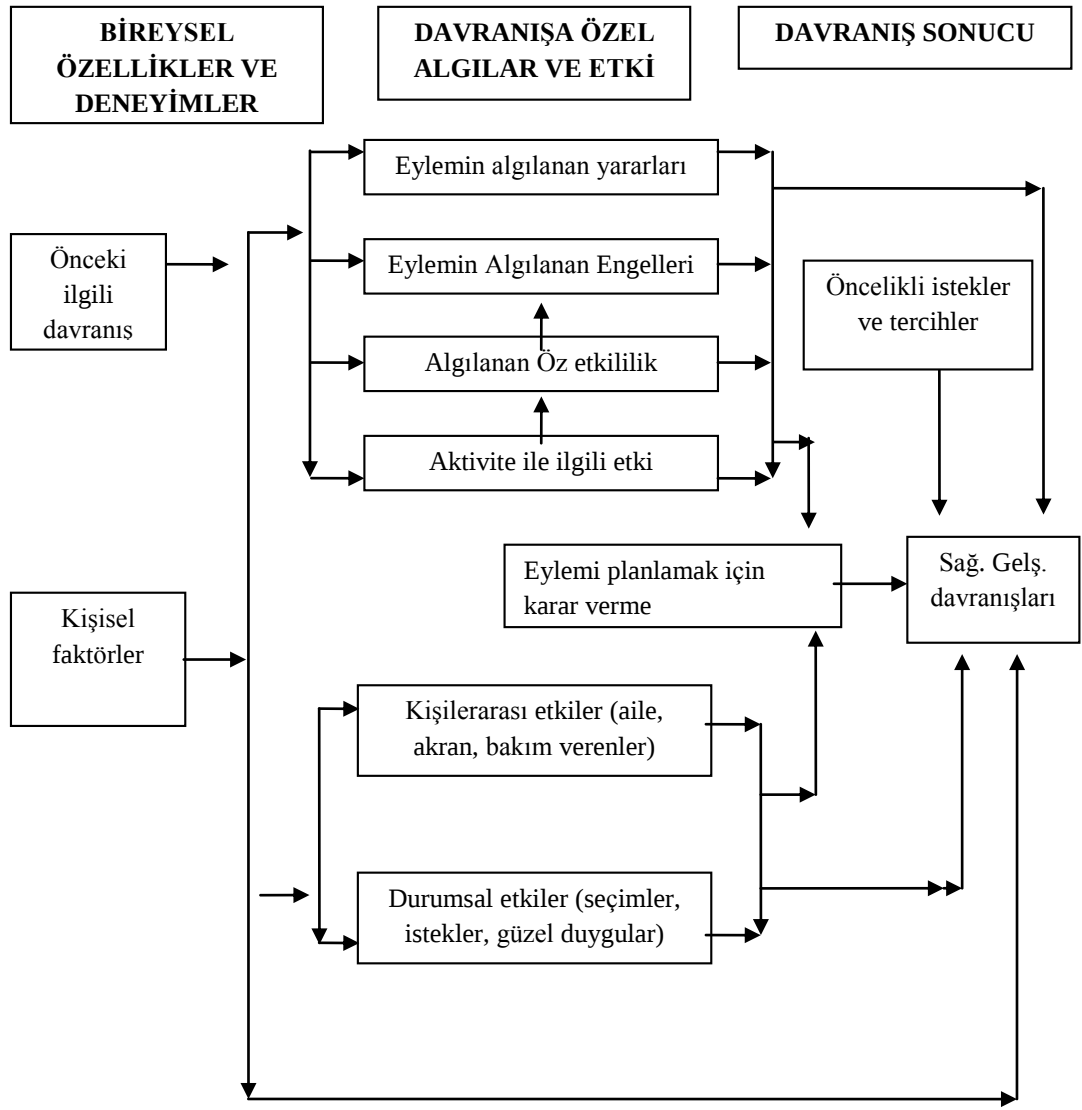
Bireyler hasta oldukları zaman sağlık arayışı içerisine girmektedirler. Fakat günümüzde asıl önemli olan bireylerin hasta olmadan sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (Güler ve Akın 2015). Tüm dünyada toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi öncelikli hedefler haline gelmeye başlamıştır. Sağlığı geliştirme, bireylerin yanı sıra aile, toplum ve çevrenin de potansiyel gelişimlerini ön planda tutmuştur (Gözüm ve apık 2014).

Pender sağlıklı yaşam biçiminin, sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma olmak üzere iki önemli bileşenden oluştuğunu vurgulamıştır. Pender'in ortaya koyduğu sağlığı geliştirme modelinin ana teması, sağlığı geliştirmek için insan davranışlarının

olumlu yönde değiştirilmesi ve bu şekilde kaliteli bir yaşam tarzı oluşturulmasıdır. (Pender 1996; Pender ve ark. 2006). Model, ortaya çıkan sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri açıklamaktadır. Modeli kullanan hemşire bireyle karşılıklı işbirliği halinde çalışmakta ve bireyde sağlıklı yaşam davranışları oluşturmak için destekleyici rol üstlenmektedir. Çevre, birey, bakım, hastalık ve sağlık modelin temel yapı taşlarını oluşturmaktadır (Pender 1996). Ayrıca Pender'in sağlığı geliştirme modeli yedi bilişsel etkeni de içerisinde barındırmaktadır. Bunlar:

1. Sağlığa yüklenen değer
2. Sağlık ile ilgili algılanan kontrol
3. Öz yeterlilik
4. Sağlığın bireysel tanımı
5. Algılanan sağlık durumu
6. Sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararları
7. Sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili algılanan engeller (Pender ve ark 2006).

Modelin amacı; bireylerin var olan sağlık davranışlarına etki eden faktörleri tanımlamak, bireylerin geçmişten bugüne kazandıkları sağlık algılarını değerlendirmek ve algıya bağlı olumsuz sağlık davranışlarını değiştirebilmek için bireylere hizmet veren hemşirelere yardımcı olmaktır (Pender ve ark. 1990). Modele göre sağlığı geliştirme sürecini etkileyen faktörler; bireyin geçmişteki sağlık davranışları ile birlikte biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerdir (Pender ve ark. 2006).



Şekil 2.2. Pender'in Gözden Geçirilmiş Sağlığı Geliştirme Modeli (Sakraidia 2006)

Modelin Bileşenleri

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Bireysel özellikler ve deneyimler başlığı altında; bireyin önceki davranışları, biyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik faktörler modelin alt bileşenleri arasındadır. Geçmiş yaşantıda edinilen sağlık davranışları, bireye özgü yaş, cinsiyet, boy, kilo, ırk, eğitim düzeyi, yaşanılan toplumun sosyo-kültürel yapısı, benlik saygısı, içsel motivasyon bu bileşenleri açıklar niteliktedir (Pender ve ark. 1987; Pender ve ark. 2006).

Davranışa Özel Algılar ve Etkiler

Model, bireyin davranışa özel algılarını ve davranışın ortaya çıkmasına etki eden faktörleri bileşenleri arasına almıştır. Sağlığı geliştirici davranışın algılanan yararı ve bu davranışın hayata geçirilmesinde birey tarafından algılanan engeller, bireyin davranışı gerçekleştirebileceğine yönelik kendisine olan inancı, davranış değişikliği öncesi ve sonrası oluşan duygular, kişilerarası destek ve sağlığı geliştirici davranışa uyum sağlamak için çevrenin değiştirilebilmesi modelin davranışa özel algılar ve etkiler bileşenini açıklamaktadır (Pender ve ark. 2006).

Davranışın Ortaya Çıkışı

Pender'e göre bireyin davranışı uygulamak için önceden plan yapması veya planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil gereksinim duyulması davranışın ortaya çıkması için etkilidir. Pender her iki durumun da sağlığı geliştirme davranışının oluşumunu etkileyeceğini vurgulamıştır (Pender ve ark. 2006).

2.3.5. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri arasında sağlığı geliştirmenin de üzerinde durulmuştur ve sağlıkta riskli davranışların en aza indirgenmesi amaç edinilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007). DSÖ, bireylerin sağlığının iyileştirilmesi için davranış değişikliğinin önemine vurgu yapmıştır. Çünkü davranış değişikliği bireylerin sağlığını geliştirme adına atmış oldukları büyük bir adımdır. Bu sayede olumlu sağlık davranışları kazanılır ve insanların yaşam kalitesi artar (Sönmezer ve ark. 2012). Bir birey yaşamını sürdürmüş olduğu çevrede hayatı boyunca birçok davranışı öğrenir ve uygulamaya koyar. Bu kazanılan davranışlar olumlu veya olumsuz olabilir. Bireyin iyilik düzeyini arttırmak ve hastalıklardan korunmak için olumsuz olan sağlık davranışları sağlığı geliştirme faaliyetleri ile olumlu sağlık davranışlarına dönüştürülebilmektedir (Tuygar ve Arslan 2015).

Sağlık davranışı “bireyin sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak ve iyilik halinin sürekliliğini sağlamak için inandığı ve yaptığı her türlü davranış” olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi ise “bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmesi, sahip olduğu karar verme yetisi ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi ve bu davranışların alışkanlık haline getirilmesi” olarak tanımlanmıştır (Kostak ve ark. 2014). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uygun düzenli egzersiz yapma, yeterli uyku, sosyal ilişkilerde iletişimin iyi olması, düzenli ve dengeli beslenme örnek olarak gösterilebilir (Hu ve ark. 2011). Pender’e göre ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları altı yan başlıkta toplanmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Pender 1996).

Bireylerin yaşam tarzı gelişmiş olan ülkelerin de sağlık statüsünü etkileyen önemli bir faktördür. Sağlıksız davranışlar insanlarda mortaliteye neden olan, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, solunum hastalıkları gibi birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bunun yanı sıra çağın en büyük hastalığı haline gelen obezite de olumsuz sağlık davranışlarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Kwasniewska 2009).

Konu ile ilgili literatüre bakıldığında Eric ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, sağlıklı yaşam tarzının mortaliteye etki ettiği görülmüştür. Sebze ve meyve tüketimi yeterli olan, dengeli beslenen ve düzenli egzersiz yapan bireylerde mortalite oranının azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca sigara kullanımı ile mortalite arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Eric ve ark. 2012). Yapılan başka bir çalışmada ise yaş, ekonomik durum, aile içi ve sosyal ilişkiler gibi faktörlerin bireylerin yaşam kalitesine ve sağlığı geliştirme davranışlarına etki ettiği bulunmuştur (Vecihe ve ark. 2015).

Manevi Gelişim

Manevi gelişim “beden ve ruhu etkileyen aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen birleştirici güç” olarak tanımlanmaktadır. Bireyin yaşama yüklediği anlam ve yaşam amacı onun manevi alanıdır. Diğer bir deyişle, bireyin kişisel bağlılığı,

kişilerarası bağlılığı ve transandantal (deneyüstü) amaçlara ilişkin bağlılığı manevi yönünü oluşturmaktadır (Bozhüyük ve ark. 2012).

Yapılan bir çalışmada hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarına sağlığı geliştirme ölçeği uygulanmış ve ölçeğin alt boyutu olan manevi gelişim ile ilgili bazı sonuçlar elde edilmiştir. Evli olan bireylerde manevi gelişim puanı bekar olan bireylere göre daha düşük bulunurken bireylerin eğitim düzeyi attıkça manevi gelişim puanının da arttığı tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda bireylerin eğitim seviyesi artıkça evrenle daha olumlu ilişki kurdukları, yeni deneyimler için daha istekli oldukları çıkarımına varılmıştır (Özkaraman ve ark. 2016).

Sağlık Sorumluluğu

Bireyin sağlık durumunu iyi bir düzeye çıkarması ve sağlığını koruması için sorumluluk duygusu hissetmesidir. Bu hedeflerini yerine getirmek isteyen birey kendi sağlığına özen göstermekle birlikte sağlık hakkında bilgi arayışına girer ve gerektiğinde sağlık hizmetlerinden yararlanmaktan kaçınmaz. Özetle, sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığı hakkında sorumluluk düzeyini ifade etmektedir (Yalçinkaya ve ark. 2007; Bahar ve ark. 2008).

Cihangiroğlu ve Deveci (2011)' nin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik yapmış oldukları bir çalışmada, sağlığın geliştirilmesinde katkıda bulunan davranışların en yüksek puan ortalaması sırasıyla kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanlarda yaş artışına paralel olarak sağlık sorumluluğunun da arttığı saptanmıştır. İlerleyen yıllarda sağlık sorumluluğunun artma sebebi sağlık ile ilgili eğitimler alma ve sağlık bilincinin artması şeklinde açıklanmıştır.

Egzersiz

Fiziksel aktivite düzenli olarak hafif, orta veya ağır beden hareketlerini yapmak demektir. Fiziksel aktivitenin sağlığı geliştirmeye etkisi şu şekildedir; düzenli yapılan egzersiz bireyleri kalp ve damar hastalıkları, diyabet, obezite gibi hastalıklardan koruduğu gibi psikolojik olarak da kendilerini iyi hissetmelerini

sağlar. Bütün bu etkilerinin yanında egzersizin hastalık komplikasyonlarını önlediği ve hastalık sonrası oluşabilecek olan sekelleri azalttığı tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011).

Miller ve arkadaşlarının (2016) obez kadınlar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada deney grubundaki bireylere düzenli egzersiz programı uygulanmıştır. Araştırma sonucunda düzenli fiziksel aktivitenin kadınlarda beden kütle indeksinin yanı sıra kan kolesterol düzeyi, kemik dansitesi, mental sağlık ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür.

Beslenme

Beslenme insan yaşamında en temel gereksinimlerden biridir. Toplumdaki bireylerin sağlığını sürdürebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmeye ihtiyaçları vardır. Yeterli beslenme, besin öğelerini vücudun gereksinimi kadar almak anlamına gelirken, dengeli beslenme ise bireyin besin öğelerini gerektiğinden fazla tüketmemesi ve her besin ögesinden vücudun ihtiyacını karşılayacak kadar tüketmesi anlamına gelmektedir. Çocuklarda zihinsel gerilik, obezite, büyüme ve gelişmede aksaklıklar dengesiz beslenme sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca her besin ögesinin vücuttaki görevi farklı olduğundan herhangi birinin eksikliğinde organizmada sorunlar veya hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Dengesiz beslenmenin nedenleri incelendiğinde ise bilgi eksikliğinin en önemli faktör olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)'da ülkemizde kadınlarda üç ana öğün tüketenlerin oranı erkeklere göre daha düşük tespit edilirken, kırmızı eti hiç tüketmeyenlerin ve her gün yeşil yapraklı sebze tüketenlerin oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Toplumumuzda her gün beyaz ekmek türlerinden birisinin tüketilme oranı % 85,4 iken, tam tahıl gıdaları hiç tüketmeyenlerin oranı %71,4 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmada bitki çaylarının tüketim sıklığının oldukça düşük olduğu vurgulanmıştır. (TBSA 2014).

Kişilerarası ilişkiler

Bireyler çevresindeki insanlarla sürekli iletişim halindedir ve bu etkileşime gereksinimi vardır (Bahar ve ark. 2008). Kişilerarası sosyal destekte bireyler sözel veya sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanmaktadır. Sosyal destek “stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım” olarak tanımlanır. Bireyin ailesi, akrabaları ve arkadaşları sosyal destek sistemlerini oluşturur. İnsanlar sosyal destekleri sayesinde içinde bulundukları stresli durumla baş edebilir ve olumlu sağlığı geliştirme davranışları edinebilir (Ardahan 2006).

Altıparmak ve Kutlu (2009)’nun yaptığı bir çalışmada, 15-49 yaş arasındaki kadınlarla sağlığı geliştirme ölçeğinin kişilerarası alt ölçek puanı en yüksek hesaplanmıştır. Bireyin yaşı, eğitimi ve sosyal güvencesinin kişilerarası desteği etkilediği tespit edilmiştir. 30 yaş ve üzeri olan kadınlarda kişilerarası destek puanı 30 yaş altında olan kadınlara göre yüksek bulunurken, eğitimi ilköğretim ve altında olanların ve sosyal güvencesi olmayanların kişilerarası destek puanı, eğitimi ilköğretim üzerinde olan ve sosyal güvencesi olanlara göre daha düşük saptanmıştır.

Stres Yönetimi

Stres insanın iç ve dış etkenlere karşı psikolojik, fizyolojik ve sosyal tepkilerini içerir. Stres bütün dünyadaki insanlar tarafından yaşanan bir durumdur ve her bireyin strese tepkileri farklıdır. Bireyin olayı algılama şekli, baş etme yöntemleri, sosyal destek sistemleri, kültürel değerleri ve inançları gibi faktörler stres tepkisinin şiddetini etkiler. Organizmanın sürekli ve uzun süre stres altında kalması hipertansiyon, kardiyak aritmi, aşırı kilo/kilo kaybı, gastrit gibi birçok sistemik hastalığın oluşmasında etkilidir. Stres altında kalan bireylerde sağlıksız yaşamdan kaçınmak için stresle etkili baş etme davranışları uygulanabilir. Bu davranışlara örnek olarak ise fiziksel egzersiz ve solunum egzersizleri, olumlu düşünme, düzenli uyku, sağlıklı beslenme, sosyal destek sistemlerini kullanma ve etkili iletişim becerileri verilebilir (Akdemir ve Birol 2011).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan bireylerde öğrenim durumu yüksek, sosyoekonomik durumu iyi düzeyde olanların ve eşi ile ilişkileri iyi olanların sağlığı geliştirme ölçeği stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada kadınlarda kendi bedeni ve geleceği ile ilgili kararlar alabilmesinin kısıtlanması, gebelik-doğum, çocuk yetiştirme gibi faktörlerin strese neden olduğu bildirilmiştir (Bilgili ve Ayaz 2009).

2.3.6. Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Önemi

Bir ülkenin refah ve mutluluğu o ülkede sağlıklı nesiller yetişebilmesine bağlıdır. Kadınların annelik rolleri düşünüldüğü zaman toplumun sağlık statüsünün yüksek olmasında önemli bir görev üstlendikleri ortaya çıkmaktadır. Buradan anlaşılacağı üzere kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlıklı bir toplumun oluşabilmesi için vazgeçilmez bir unsurdur. Bu yüzden kadınlar geçirdikleri yaşam evreleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gereken öncelikli gruplar arasında yer almaktadır (Eroğlu ve Koç 2012).

Doğurganlık davranışı, menstruasyon ve menopoz dönemleri, bireysel sağlık durumları, yaşanan toplumun kültüründen kaynaklanan psiko-sosyal faktörler kadın sağlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen etmenler arasındadır. Özellikle hormonal değişikliklerin olduğu bazı dönemler kadınlar için bir stres faktörü oluşturmakta ve onların sağlık davranışlarına etki etmektedir (Koyun ve ark. 2011). Bu konu ile ilgili Esin ve Aktaş’ın 2012 yılında yapmış oldukları bir araştırmada kadın olmanın sağlık davranışlarını olumsuz etkileyebileceği kanısına varılmıştır.

Günümüzde obezite gibi görülme sıklığında artış gösteren kronik hastalıkların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki ettiği düşünüldüğünde kadınların obeziteye genetik ve hormonal yatkınlığı akla gelmektedir. Ayrıca obezitenin benlik saygısı üzerine olumsuz etkisinin olması kadınlar için bu hastalığın sadece fiziksel olarak değil psikososyal boyutlarda da değerlendirilmesi gereken bir durum olduğunu ortaya çıkaracaktır (Hamurcu ve ark. 2015).

2.3.7. Obezite ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol, Görev ve Sorumlulukları

Obezite insan vücudu üzerinde birçok sağlık problemlerine yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle halk sağlığı hemşirelerinin obezite ile mücadelede, hastalığın önlenmesi, tedavisi ve bakımında belirli rol, görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Özellikle kadın bireylerde, erkek bireylere göre vücut yağ oranının daha fazla olması ve yaşam evrelerinde deneyimledikleri hormonal değişimler sebebi ile obeziteye daha sık rastlanabilmektedir. Halk sağlığı hemşireleri obezite ile mücadelede kadınların bu farklılıklarını göz önünde bulundurarak eğitici, bakım verici, karar verici, danışman, koruyucu, rehabilite edici ve yönetici rollerini kullanır ve bütüncül bir bakım verir. Obezite gelişiminin önlenmesi için topluma yönelik eğitimler düzenler ve danışmanlık yapar. Ayrıca bireyleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları için cesaretlendirir.

Sosyal yaşamlarında fiziksel görünüm olarak insanlar tarafından nasıl algılandığını kadınlar erkeklere göre daha çok önemsemektedir. Bu nedenle obez olan bir kadında fiziksel sağlık sorunlarının yanında psikolojik sağlık sorunları da gelişebilmektedir. Bu aşamada halk sağlığı hemşireleri obez bireylerin psikolojik durumlarını göz önünde bulundurarak vücut ölçüm taramalarının yaptırılmasını sağlar ve bu taramaları takip eder. Obezite ile mücadelede önemli etkisi olan doğru beslenmenin ve düzenli fiziksel aktivitenin bireylerin davranışlarına kazandırılmasına yardımcı olur. Bütün bunları yaparken doktor, psikolog ve diyetisyen gibi diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde çalışır.

Günümüzde sağlık bakım sisteminin en önemli üyelerinden olan hemşireler, bireyler ile sürekli iletişim halinde olan bir meslek grubunda yer almaktadır. Bu durum özellikle bireyleri kendi ortamlarında daha çok görebilme fırsatı bulan halk sağlığı hemşireleri için, bireyi fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritüel boyutlarıyla ve çevresiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirmeyi sağlar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, 18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez olan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Konya ilinde ve merkez ilçelerde bulunan en çok kayıtlı birey sayısına sahip, Selçuklu 28 Nolu Muazzez ve Hilmi Uyar Aile Sağlığı Merkezi, Meram 35 Nolu Fahrunnisa Aile Sağlığı Merkezi ve Karatay 37 Nolu Karşehir Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır.

Selçuklu 28 Nolu Mazzezz ve Hilmi Uyar Aile Sağlığı Merkezinde 39,687 kayıtlı birey bulunmaktadır. Bu merkezde 11 hekim, 10 hemşire, dört ebe, iki tıbbi sekreter, bir laborant ve üç yardımcı personel çalışmaktadır. Meram 35 Nolu Fahrunnisa Aile sağlığı Merkezine kayıtlı birey sayısı 22,728’ dir ve yedi hekim, yedi hemşire, üç ebe, bir laborant, iki yardımcı personel hizmet vermektedir. Karatay 37 Nolu Karşehir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 23,362 birey bulunmaktadır ve altı hekim, dokuz hemşire, bir laborant ve bir yardımcı personel burada görev yapmaktadır. 28 ve 35 nolu merkezler iki kattan oluşurken 37 nolu aile sağlığı merkezi tek katlıdır. Çalışmanın yapıldığı üç aile sağlığı merkezinde de her doktor için ayrı muayene odası, kan alma/enjeksiyon, gebe/bebek izlem ve hemşire odaları vardır. Ayrıca hem personelin hem de gelen hastaların kullanabileceği lavabo ve tuvaletler her merkezde bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde enjeksiyon, pansuman, kronik hastalığı bulunan bireylerin takibi ve aşı takiplerinin yanında 15-49 yaş dönemi kadınlar için aile planlaması danışmanlığı, gebelerde doğum öncesi ve sonrası takip, meme ve rahim ağzı kanseri taramaları, anne sütü ve emzirme danışmanlığı verilen hizmetler arasındadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya ilinde ikamet edip 28, 35 ve 37 nolu aile sağlığı merkezlerinde kayıtları bulunan, normal kilolu [Beden Kütle İndeksi (BKI= 18,5-24,9 kg/m²)] ve obez olan (BKI=30,0 kg/m² ve üzeri), 18-49 yaş aralığındaki kadınların tümü oluşturmaktadır. Bu yaş dönemindeki kadınların seçilmesinin nedeni hormonal faaliyetler bakımından birbirleri ile benzerlik göstermeleridir. Araştırmanın örnekleme; Kumsar ve Pakyüz (2015)'ün yapmış oldukları çalışmada bulunan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)-II Ölçeğinin standart sapma değerinden (SS=18.77) ve evrenin bilinmediği durumlarda $n = (z \times SS / d)^2$ (Karasar 2005, sayfa 124) formülünden yararlanılarak hesaplanmıştır. Formülde % 95 güven düzeyi ve sapma d=3 kabul edilerek $n = (1.9616 \times 18.77 / 3)^2 = 151$ bulunmuştur. Normal kilolu 151, obez olan 151 ve toplamda 302 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bölgeden çalışmaya alınacak kişi sayısı aile sağlığı merkezlerinin bulunduğu bölgedeki 18-49 yaş kadın nüfusa oranlanmıştır. Bölgelerin nüfus özelliklerine ait bilgiler Türkiye İstatistik Kurumuna gidilerek alınmıştır.

Tablo 3.1. Aile Sağlığı Merkezlerinden Çalışmaya Alınacak Kadınların Sayıları

İLÇELER	ASM'lere Kayıtlı Birey Sayısı	TÜİK Verilerine Göre İlçelerde Kadın Nüfus Oranları	ASM'lere Kayıtlı Kadınların Sayısı	ASM'lere Kayıtlı 18-49 Yaş Arasındaki Kadınların ASM'lere Kayıtlı Tüm Kadınlara Oranı	ASM'lere Kayıtlı 18-49 Yaş Arasında Kadınların Sayıları	Örneklem
SELÇUKLU (28 Nolu)	39.687	%50,81	20.165	57,18	11.530	147
MERAM (35 Nolu)	22.728	%50,36	11.446	53,01	6.067	77
KARATAY (37 Nolu)	23.362	%49,60	11.588	53,06	6.149	78

Örneklem hesaplamalarının sonucunda 28 nolu aile sağlığı merkezinden 147 (74 normal kilolu, 73 obez), 35 nolu aile sağlığı merkezinden 77 (38 normal kilolu, 39 obez) ve 37 nolu aile sağlığı merkezinden 78 (39 normal kilolu, 39 obez) kişi çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya alınan kişiler aile sağlığı merkezine gelen,

araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden seçilmiştir.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

18-49 yaş aralığında kadın olmak, BKİ 18,5-24,9 kg/m² aralığında (normal) veya 30,0 kg/m² ve üzerinde (obez) olmak, diyabet hastası olmamak, tiroid hastalığı bulunmamak, hormonal kontraseptif ilaç kullanmamak, polikistik over hastası olmamak, metabolik bir rahatsızlığı olmamak, Cushing sendromu olmamak, fiziksel hareketliliği engelleyen bir hastalığı bulunmamak, tansiyon hastası olmamak, gebelik veya emzirme döneminde olmamak, menapoz dönemine girmemiş olmak.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veri toplamada literatür incelemeleri sonucu oluşturulan Obezite ile İlişkili Risk Faktörleri Bilgi Formu (Ek-2), Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek-3) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği (Ek-4) kullanılmıştır.

3.5.1. Obezite ile İlişkili Risk Faktörleri Bilgi Formu (Ek-2)

Literatür incelemeleri (Kalan ve Yeşil 2010, Kulie ve ark 2011, Schubert ve ark 2012, Ashraff ve ark 2013, Torun ve ark 2013) sonucu oluşturulan form, kadınlarda obeziteye neden olabilecek oral kontraseptif kullanımı, diabet hastalığının yanı sıra hipotiroid, cushing sendromu gibi hormonal hastalıkların varlığı, polikistik over sendromu durumu, tansiyon hastalığı, metabolizma hastalıkları, kilo almaya sebep olabilecek ilaç kullanımı, gebelik veya emzirme durumu, menapoz dönemine girmiş olma durumu, fiziksel hareketi kısıtlayacak hastalık durumu gibi tıbbî sorunları kapsayan toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Bu form sadece araştırmaya alınma kriterleri için uygulanmıştır.

3.5.2. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (Ek-3)

Literatür incelemeleri (Semerci 2004, Beyaz ve Koç 2011, Körükcü ve Kukulu 2011, İskender ve ark 2014, Ergin 2014, Jura ve Kozak 2016) sonucu

oluşturulan form, yaş, BKİ , bel/kalça oranı, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, aile türü, evin aylık geliri, bireye göre gelir durumu algısı, ailede obez olan bireylerin varlığı, geçirilen hamilelik ve düşük sayısı, sigara ve alkol kullanma durumu gibi kadınları tanıtıcı özellikleri içeren toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Kadınların vücut ağırlığını ölçmek için aile sağlığı merkezlerinde bulunan medikal basküller kullanılmıştır. Ayrıca her aile sağlığı merkezinde aynı mezuralar ile ölçüm yapılması sağlanmıştır. Kadınların bel ölçümleri iç çamaşırları üzerinden yapılmıştır. Kilo ve kalça ölçümleri sırasında ise kıyafetlerin ince ve hafif olmasına özen gösterilmiştir. Bel ve kalça ölçümleri yere paralel olacak şekilde, bel en dar bölgeden ve kalça ise en geniş bölgeden ölçülmüştür.

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği (Ek-4)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1996 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bireylerde sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmeyi amaçlayan ölçeğin, 2008 yılında geçerlik ve güvenirliği Bahar ve arkadaşları tarafından yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan cronbach alpha (α) değeri 0,92 bulunmuştur. Bu çalışmada ise cronbach alpha (α) değeri 0,88 olarak tespit edilmiştir. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında kapsam geçerliğini belirlemek için ölçek maddeleri altı uzman tarafından değerlendirilmiş ve uzman puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall $W=0,188$; $P=0,246$), uzmanlar arasında uyum olduğu saptanmıştır.

Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Dörtlü likert tipte ölçeğin değerlendirilmesinde “hiçbir zaman” 1, “bazen” 2, “Sık sık” 3, “Düzenli olarak” 4 puan verilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Her bir alt boyut bağımsız olarak tek başına değerlendirilebildiği gibi, ölçeğin toplam puanı da hesaplanmaktadır. Öleekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama, Selçuklu 28 Nolu Muazzez ve Hilmi Uyar Aile Sağlığı Merkezi, Meram 35 Nolu Fahrunnisa Aile Sağlığı Merkezi ve Karatay 37 Nolu Karşehir Aile Sağlığı Merkezinde 08:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verileri toplamak için araştırmacı ile birlikte üç anketör çalışmıştır. Anketörlere standardizasyonu sağlamak amacıyla araştırma öncesi yaklaşık 30 dakika eğitim verilmiştir. Araştırma öncesi soruların anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu tespit etmek amacıyla Konya ilindeki 28, 35 ve 37 nolu aile sağlığı merkezlerine kaydı bulunan 18-49 yaşları arasında 10'ar kadın olmak üzere toplam 30 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Soruların uygunluğu saptandıktan sonra ön uygulamada herhangi bir değişiklik yapılmadan anket formu kişilerin kendilerine verilerek veya anketi uygulayan kişi tarafından karşı tarafa okunup cevap alınarak verilerin toplanması sağlanmıştır. Kadınlara araştırmanın amacı, önemi ve beklenen yararları anlatılarak bilgi formları ve anketteki sorular açıklanmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve ölçeğin alt boyutları puan ortalamalarıdır.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler: Normal kilolu ve obez olan kadınlar

3.7.3. Kontrol Değişkenleri: Sosyodemografik özellikler, obstetrik ve ekonomik özellikler, BKİ, bel/kalça oranı, ailede obez bireylerin varlığı, alkol ve sigara kullanımı.

3.8. Araştırma Soruları

Normal kilolu ve obez olan kadınların sosyodemografik özellikleri arasında fark var mıdır?

Normal kilolu ve obez olan kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek puanı değişmekte midir?

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçek puanı ile BKİ ve bel/kalça oranı arasındaki ilişki nedir?

Kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirleyicileri nelerdir?

3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde lisanslı SPSS 20.0 Advanced istatistik programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin normal dağılıma uygunluğunda skewness-kurtosis değerleri (-1 ve +1 aralığında ise normal) esas alınmıştır. Sosyodemografik özellikler ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamasının karşılaştırılması için normal dağılıma uygun ve iki grupta değişkenlerde independent sample t test (bağımsız gruplarda t testi), normal dağılıma uymayan durumlarda ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için 0,05 kabul edilmiştir.

Değişkenlerin birbiri ile ilişkilerini incelemek amacıyla pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Korelasyon katsayıları 0,00-0,19 ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde ilişki, 0,20-0,39 zayıf (düşük) ilişki, 0,40-0,69 orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 kuvvetli (yüksek) ilişki, 0,90-1,00 çok kuvvetli ilişki olarak yorumlanmıştır (Alpar 2012).

SYBD II toplam puanı için BKİ, bel/kalça oranı, yaş ve eğitim süresi değişkenlerinin yordayıcılıklarını belirlemek amacıyla regresyon analizinden (enter modeli) yararlanılmıştır. Tüm analizlerin sonuçlarının yorumlanmasında %95 güven düzeyi, 0,05 hata payı dikkate alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tıbbî değerlendirme gerektiren durumların cevapları için katılımcıların kendi ifadelerine başvurulmuştur. Bu nedenle veri toplama araçlarının uygulandığı sırada

katılımcılar, kendi sağlık durumlarındaki değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmayabilirler.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II için yazarlardan izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Karar Sayısı: 2016/739 olan etik kurul onayı (Ek-6) alınmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılacağı kurumlara yönelik gerekli resmi izinler alınmıştır (Ek-7). Araştırmaya katılan kişilerden aydınlatılmış onam formu ile yazılı izin alınmıştır (Ek-8).

4. BULGULAR

18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma sorularına yönelik olarak yapılan analizler doğrultusunda aşağıdaki çizelgeler hazırlanmıştır.

- Normal kilolu ve obez kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (Tablo 4.1)
- Normal kilolu ve obez kadınların bazı değişkenlere göre karşılaştırılması (Tablo 4.2)
- Normal kilolu ve obez kadınların SYBD II ölçek alt boyutlarının ve toplam puan değerlerinin karşılaştırılması (Tablo 4.3)
- Katılımcıların BKİ, bel/kalça oranı, SYBD II alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonları (Tablo 4.4)
- Katılımcıların SYBD II ölçek puanlarının BKİ, bel/kalça oranı, yaş ve eğitim süresi değişkenleri için çoklu regresyon sonuçları (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan normal kilolu ve obez kadınların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırmaları Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan grupların sosyodemografik değişkenlerden aile tipi, ailede obez bireyin akrabalık derecesi, düşük geçirme ve sigara kullanma durumu bakımından benzer olduğu ($p>0,05$) ancak medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum, ailede obez birey varlığı ve gebelik geçirme durumu bakımından farklı olduğu ($p<0,05$) gözlemlenmiştir. Bu farklılıklar obez olan kadınların dezavantajı yönündedir. (Obez kadınların %60,6’sı evli, %71,2’si ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip, %57,7’si ev hanımı, %61,6’sının gelir düzeyi düşük, %63,7’sinin ailesinde obez birey bulunmakta, %61,8’i gebelik geçirme deneyimine sahiptir) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Normal Kilolu ve Obez Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=302).

Sosyodemografik Özellikler	Normal Kilolu		Obez		Test Değeri (X ²)/Sd	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Medeni Durum						
Evli	89	39,4	137	60,6	38,840/1	<0,001*
Bekar	62	81,6	14	18,4		
Aile Tipi						
Çekirdek	139	50,7	135	49,3	0,354/1	0,552*
Geniş	12	42,9	16	57,1		
Eğitim Düzeyi						
İlkokul ve Altı	34	28,8	84	71,2	36,339/3	<0,001
Ortaöğretim	60	59,4	41	40,6		
Lisans ve Lisansüstü	57	68,7	26	31,3		
Çalışma Durumu						
Ev Hanımı	88	42,3	120	57,7	15,817/1	<0,001
Çalışan	63	67,0	31	33,0		
Ekonomik Durum						
Düşük	28	38,4	45	61,6	5,221/1	0,022
Orta ve Yüksek	123	53,7	106	46,3		
Ailede Obez Birey Varlığı						
Evet	29	36,3	51	63,7	8,230/1	0,004
Hayır	122	55,0	100	45,0		
Ailede Obez Varsa Akrabalık Derecesi						
1.Derece	25	36,8	43	63,2	-	1,000**
2. ve 3. Derece	4	33,3	8	66,7		
Gebelik Geçirme Durumu						
Evet	84	38,2	136	61,8	43,542/1	<0,001*
Hayır	67	81,7	15	18,3		
Düşük Geçirme Durumu						
Evet	22	38,6	35	61,4	3,114/1	0,078*
Hayır	129	52,7	116	47,3		
Sigara Kullanım Durumu						
Evet	19	61,3	12	38,7	1,294/1	0,255*
Hayır	132	48,7	139	51,3		

*Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi, **Fisher'in Kesin Testi, Sd= Serbestlik Derecesi, Satır yüzdeleri verilmiştir.

Normal kilolu ve obez kadınların yaş, aylık gelir, gebelik sayısı, düşük sayısı, sigara kullanım yılı ve eğitim süresi değişkenlerine yönelik değerleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Verilerin analizi sonucunda normal kilolu ve obez kadınlarda aylık gelir, düşük sayısı, sigara kullanım yılı değişkenleri açısından istatistiksel olarak herhangi bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). İki grup arasında yaş, gebelik sayısı, eğitim süresi değişkenleri için istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaş ile gebelik sayısı ortanca değerleri obez kadınlarda daha yüksek bulunurken, eğitim süresi ortanca değerlerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Normal Kilolu ve Obez Kadınların Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=302).

Sosyodemografik Özellikler	Normal Kilolu Q (Q ₁ -Q ₃)*	Obez Q (Q ₁ -Q ₃)*	Test Değeri (MWU)	p
Yaş	26 (22-34)	38 (30-44)	-8,581	<0,001
Aylık Gelir	2500 (1500-3500)	2000 (1800-3000)	-0,745	0,456
Gebelik Sayısı	1 (0-2)	2 (2-3)	-7,549	<0,001
Düşük Sayısı	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,868	0,062
Sigara Kullanım Yılı	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,257	0,209
Eğitim Süresi	11 (8-15)	5 (5-11)	-5,710	<0,001

*Q₁=25. Yüzdelik, Q=50. Yüzdelik, Q₃=75.Yüzdelik

Tablo 4.3'te normal kilolu ve obez kadınların SYBD II ölçek alt boyutlarının ve toplam puan değerlerinin karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre normal kilolu ve obez kadınların beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve SYBD II toplam puanları normal kilolu kadınlarda yüksek olmak üzere iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Normal Kilolu ve Obez Kadınların SYBD II Ölçek Alt Boyutlarının ve Toplam Puan Değerlerinin Karşılaştırılması (n=302).

	Normal Kilolu X ± SS	Obez X ± SS	Test Değeri/Sd	p
Sağlık Sorumluluğu	22,8 ± 4,8	20,9 ± 4,7	-3,459/300	0,001
Fiziksel Aktivite	15,2 ± 4,5	13,1 ± 3,9	-4,541/293	<0,001
Beslenme	21,1 ± 4,5	20,3 ± 3,7	-1,606/289	0,109
Manevi Gelişim	27,3 ± 4,4	26,8 ± 4,2	-1,053/300	0,293
Kişilerarası İlişkiler	26,9 ± 4,2	27,0 ± 4,0	0,169/300	0,866
Stres Yönetimi	19,9 ± 3,9	19,4 ± 4,0	-1,031/300	0,303
SYBD II Ölçek Toplam	133,3 ± 19,1	127,5 ± 15,4	-2,890/287	0,004

Katılımcıların BKİ, Bel/Kalça Oranı, SYBD II alt boyut ve toplam puanlarının korelasyon analizleri Tablo 4.4'te sunulmuştur. BKİ değişkeni ile beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki yoktur ($p>0,05$). BKİ ve bel/kalça oranı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve ileri derecede anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0,365$, $p<0,001$). BKİ ve fiziksel aktivite alt boyutu arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunurken ($r = -0,245$, $p<0,001$), sağlık sorumluluğu, SYBD II toplam puanları ile negatif yönde, önemsenmeyecek düzeyde ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (sırasıyla $r = -0,176$, $p=0,002$; $r = -0,168$, $p=0,003$) (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan kadınların bel/kalça oranı ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBD II toplam değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların BKİ, Bel/Kalça Oranı, SYBD II Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyonları (n=302).

	Bel/Kalça r p	Sağlık sorumluluğu r p	Fiziksel Aktivite r p	Beslenme r p	Manevi Gelişim r p	Kişilerarası İlişkiler r p	Stres Yönetimi r p	SYBD II Toplam r p
BKİ	0,365** <0,001	-0,176** 0,002	-0,245** <0,001	-0,061 0,294	-0,104 0,072	0,007 0,902	-0,093 0,108	-0,168 0,003
Bel/Kalça		-0,094 0,103	-0,061 0,293	-0,004 0,951	-0,031 0,594	-0,070 0,227	-0,039 0,494	-0,075 0,197

** p<0,001

Tablo 4.5’de BKİ, bel/kalça oranı, yaş ve eğitim süresi bağımsız değişkenleri ile SYBD II puanlarının çoklu regresyon analizi sonuçları verilmiştir. SYBD II toplam puanının değişkenliğinin belirlenmesinde bel/kalça oranı, yaş ve eğitim süresi değişkenlerinin herhangi bir yordayıcılığı yoktur ($p>0,05$). Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; modelde yer alan bağımsız değişkenlerden BKİ’nin ($\beta = -0,187$, $p=0,008$) negatif olarak SYBD II toplam puanının % 19’unu yordadığı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.5. Katılımcıların SYBD II Ölçek Toplam Puanının BKİ, Bel/kalça Oranı, Yaş ve Eğitim Süresi Değişkenleri İçin Çoklu Regresyon Sonuçları (n=302).

	R^2	R^2 change	Adjusted R^2	β	t	p
SYBD II Toplam	0,190	0,036	0,023			
BKİ				-0,187	-2,686	0,008
Bel/Kalça oranı				-0,026	-0,416	0,678
Yaş				0,102	1,405	0,161
Eğitim Süresi				0,070	1,062	0,289

5. TARTIŞMA

18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez olan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkın incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada; iki grup arasında BKİ, bel/kalça oranı, sosyodemografik, obstetrik ve ekonomik özellikler, ailede obez birey varlığı, sigara kullanma durumu, SYBD II ölçeği ve ölçeğin alt boyut puan ortalamalarının dağılımları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucu normal kilolu ve obez kadınlarda beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamazken normal kilolu kadınlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve SYBD II toplam puanları obez olan kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan obez kadınlarda medeni durumu evli olanların oranı normal kilolu kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 4.1). Kolombiya’da hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada evli olan kişilerde fazla kilolu ve obezite olma prevalansı daha yüksek bulunmuştur (Gaviria ve ark. 2017). Afrikalı Amerikanlar ile yapılan başka bir çalışmada ise evli olmanın obezite olasılığını arttırdığı saptanmıştır (Shafer 2010). Evli olan kadınlarda obezite sıklığının yüksek olması gebelik geçirme ve sedanter yaşam tarzına yatkınlık nedeniyle olabilir. Ayrıca çalışmada kadınların yaş ortalaması arttıkça BKİ değeri de artmaktadır. Evli kadınların bekar olanlara göre yaş ortalamasının daha yüksek olması da bu sonucun sebebi olarak düşünülebilir.

Çalışmada obez kadınlar, normal kilolu kadınlara göre daha düşük eğitim seviyesine sahiptir (Tablo 4.1). De Munter ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları ileriye dönük bir kohort araştırmasında eğitim seviyesi düşük olan bireylerde fazla kiloluluk ve obezite görülme oranının normal kilolu bireylere göre daha fazla artış gösterdiği belirlenmiştir. Kadın ve erkeklerde BKİ’nin sosyoekonomik faktörlerle ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça obezite görülme oranının azaldığı tespit edilmiştir (Groth ve ark. 2009). Bangladeş’te evli kadınlar arasında yapılan bir çalışmada ise kentsel bölgede yaşayan katılımcılardan eğitim seviyesi yüksek olanların fazla kilolu ve obezite olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Sarma ve ark. 2016). Kadınlar arasında düşük eğitim seviyesi obezite

açısından risk faktörü olabilir. Çünkü eğitim seviyesinin artması ile birlikte kadınlar araştırmaya, okumaya ve sağlık konusunda bilinçlenmeye başlayacaklardır. Böylece kadınlar riskli sağlık davranışlarından kaçınacaklardır.

Çalışmaya katılan obez kadınlarda ev hanımı olma oranı normal kilolu kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 4.1). Yapılan bir prevalans çalışmasında 10 yıl süreyle izlem yapılan ve istihdam edilen kadınlarda aşırı kilolu olma eğiliminin önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (Coll ve ark. 2016). Bilecik ilinde yaşayan kadınların obezite prevalansını belirleyen başka bir araştırmada obezite görülmeye sıklığının çalışan kadınlarda daha az olduğu saptanmıştır (Zileli ve ark. 2016). Bu bulgular çalışan kadınların gün içerisinde fiziksel olarak daha aktif olduklarını ve enerji harcadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların ekonomik seviyesi düşük olanlarda obezite görülmeye sıklığı daha fazladır (Tablo 4.1). Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenleri incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada ailenin aylık geliri attıkça BKM'nin azaldığı görülmüştür (Işık ve ark. 2013). Kenyalı kadınlarda obezitenin beslenme, sosyal ve çevresel belirleyicilerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada yüksek gelirli kadınlarda obezite görülmeye oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bu duruma sebep olarak besinlerle alınan enerjinin fazla olması gösterilmiştir (Steyn ve ark. 2011). Elazığ kent merkezinde yapılan başka bir çalışmada ise ailenin gelir düzeyi ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Aksakal ve Oğuzöncü 2017). Çalışmada gelir seviyesi düşük kadınlarda görülen obezitenin sebebi daha ucuz olan yüksek karbonhidrat içeren gıdalar tüketmeleri olabilir.

Çalışmaya katılan obez kadınlarda gebelik geçirme durumu normal kilolu kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 4.1). Adana ilinde yapılan bir araştırmada 20-64 yaş arası kadınların obezite ve ilişkili risk faktörleri incelenmiş olup, kadınlarda gebelik sayısı arttıkça obezitenin anlamlı derecede arttığı saptanmıştır (Nazlıcan ve ark. 2011). Adana'da yapılan çalışmadaki benzer sonuçlar literatürde yer almaktadır (Doğan ve ark. 2011; Kaner ve ark. 2017). Gebelikle beraber alınan kiloların tekrar geri verilememesi obezite gelişimi için bir risk faktörü oluşturabilmektedir.

Çalışmaya katılanların ailesinde obez birey bulunanların oranı normal kilolu kadınlar için daha düşüktür (Tablo 4.1). Literatürde obezite oluşumuna yönelik risk faktörlerinin incelendiği çalışmalarda ailede obez birey varlığının obezite görülme olasılığını arttırdığı bulunmuştur (İnanç ve ark. 2012; Ulutaş ve ark. 2014; Savaşan ve ark. 2015). Obezitenin genetik geçişliliğiyle beraber ailedeki bireylerin beslenme alışkanlıklarının birbirine benzemesi bu bulgunun sebebi olabilir.

Çalışmaya katılan normal kilolu ve obez kadınlar arasında sigara kullanımları açısından herhangi bir fark yoktur (Tablo 4.1). Bir halk sağlığı müdürlüğü çalışanları ile yapılan çalışmada sigara kullanımı ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Aylaz ve ark. 2016). Tan ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları bir araştırmada sigara içmeyen bireylerde obezite görülme oranının sigara içen bireylere kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda gruplar arasında fark saptanamamasının sebebi olarak katılımcılardan az sayıda kişinin (31 kişi) sigara kullanması düşünülebilir.

Çalışmada kadınların yaş ortanca değerleri obez olanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2). Literatürde yaşla birlikte obezite sıklığının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Aydın ve ark. 2012; Alebshehy ve ark. 2016; Biswas ve ark. 2017, Khabazkhoob 2017). Yaşlandıkça vücut metabolizma hızının düşmesi ve bedendeki yağ oranının artması yaşla birlikte görülen obezitenin nedeni olabilir.

Çalışmada normal kilolu ve obez kadınların beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Normal kilolu kadınlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, SYBD II toplam puanları obez olan kadınlara göre daha yüksek ve iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (Tablo 4.3). 18-64 yaş arasındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada normal kilolu kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası destek ölçek alt boyut puan değerleri obez olan kadınlardan yüksek ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Yılmazel ve Duman 2016). Tayvan işçileri ile yapılan bir araştırmada obez olan grubun stres yönetimi alt boyut ve SYBD II ölçek toplam puanları normal kilolu işçilere göre düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Huang ve

ark. 2010). Ergenlik çağındaki gençlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların BKİ'ne göre zayıf olan öğrencilerin kişilerarası ilişkilerde, diğer öğrencilerin (normal, şişman ve obez) ise manevi gelişim konusunda daha duyarlı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı ve kişilerarası ilişkiler konusunda obez öğrencilerin, stres yönetimi konusunda zayıf öğrencilerin daha duyarlı oldukları söylenmiştir (Fırıncı 2012). Obezite ve inaktif yaşam biçimi ile ilgili yapılan bir başka çalışmada fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan bireylerin daha düşük BKİ değerine sahip oldukları saptanmıştır (Correa-Burrows ve Burrows 2014). Literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Hagobian ve Phelan 2013; Ağaoğlu 2015; Dabrowska ve ark. 2015; Seighali ve Zidashti 2017). Sağlık sorumluluğu yüksek olan bireylerin dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, madde kullanımından kaçınma, sağlıklı kalabilmek için iç motivasyonunu artırma, sağlık taramalarını yaptırma gibi olumlu sağlık davranışları sergileyeceği kaçınılmaz bir gerçektir. Obezite gibi kronik bir hastalığı önlemeye çalışmak da bu davranışlardan biri olacağı düşünülmektedir. Bu durum çalışmada normal kilolu kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve SYBD II ölçek toplam puan değerlerinin yüksek tespit edilme sebebi olarak açıklanabilir.

Çalışmada BKİ ve bel/kalça değişkenleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4.4). Denizli'de tekstil fabrikası çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların BKİ ile bel/kalça oranları arasında pozitif yönde ve ileri derecede anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Alkış ve ark. 2005). Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada katılımcıların BKİ ve bel/kalça oranları arasında korelasyon katsayısı 0,77 olan pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Ergün ve Erten 2004). Çalışmada katılımcıların boy uzunluklarına göre beden ağırlıklarının artması vücut yağlarının karın ve kalça bölgesinde toplanmasına neden olabilir.

Çalışmada BKİ değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki yoktur (Tablo 4.4). Mouchacca ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları bir araştırmada kadınların algıladıkları yüksek stres düzeyi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Stresli olan kadınların daha çok yemek yeme davranışı sergiledikleri ve bu yüzden BKİ değerlerinin yüksek olduğu yapılan diğer çalışmalarda vurgulanmıştır (Richardson ve ark. 2015; Rasheed 2017;

Pickett ve McCoy 2017). Çalışma ve literatür bulguları incelendiği zaman kadınların bazıları stresle başetmede etkili yolları kullanabilirken, diğerlerinin olumsuz sonuçlar veren yöntemlere başvurduğu yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan kadınların BKİ ile fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve SYBD II toplam puan değerleri arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.4). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir araştırmada BKİ ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD II toplam puan değişkenleri arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tedik ve Hacıoğlu 2017). Nacar ve arkadaşlarının (2014) tıp öğrencileri ile yapmış oldukları başka bir çalışmada ise katılımcıların BKİ ile SYBD II ölçek toplam puan değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışma sonucuna göre olumlu sağlık davranışlarının obeziteyi önleyebildiği yargısına varılabilir.

Çalışmada SYBD II toplam puanının değişkenliğinin belirlenmesinde bel/kalça oranı, yaş ve eğitim süresi değişkenlerinin herhangi bir yordayıcılığı yoktur. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; modelde yer alan bağımsız değişkenlerden BKİ negatif olarak SYBD II puanının % 19'unu yordamaktadır (Tablo 4.5). 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada regresyon analizi sonucu gebelik sayısının ikinin altında olmasının SYBD II toplam puanında 2,4 kat fark ortaya çıkardığı bulunmuştur (Altıparmak ve Kutlu 2009). Kocaakman ve arkadaşlarının (2010) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada yaş, bir işte çalışma durumu, arkadaş ilişkileri ve sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Konya kent merkezinde iki farklı mahallede yapılan başka bir çalışmada katılımcıların sınıfsal konumu, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanılan mahalle ve hanedeki birey sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu tespit edilmiştir (Koçoğlu ve Akın 2009). Özçelik ve Sönmez (2015)'in yaptıkları bir çalışmada ise katılımcıların mesleğinin SYBD II toplam puanına etki ettiği vurgulanmıştır. Şanlıurfa il merkezinde lise öğrencilerinin katılımı ile gerçekleşen başka bir çalışmada yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda öğrencilerin çekirdek ailede yaşaması, annenin okuryazar olma durumu, öğrencinin sağlıklı olması, iç dış kontrol denetim odağı ve okul dışında sosyal etkinliklere katılma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili etmenler olduğu belirlenmiştir (Dağdevire ve Şimşek 2013).

Çalışma ve literatür sonuçlarının farklı bulunması, literatürde yapılan araştırmalarda çalışma gruplarının niteliklerinin farklı olması ve cinsiyete özel yeterli çalışmanın bulunmaması ile açıklanabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma 18-49 yaş aralığında normal kilolu ve obez olan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemek amacı ile yapılmıştır ve araştırma soruları doğrultusunda elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Çalışmaya katılanlarda evli olma, düşük eğitim seviyesi ve ekonomik durum, ev hanımı olma, gebelik geçirme durumu ve gebelik sayısı, ailesinde obez birey bulunma durumu obez kadınlarda daha yüksektir.

Katılımcıların yaş ortanca değerleri obez olan kadınlarda daha yüksektir.

Çalışmada normal kilolu kadınlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve SYBD II toplam puanları obez olan kadınlara göre daha yüksek ve iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır.

Katılımcıların BKİ ve bel/kalça oranı değişkenleri arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmada BKİ değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki yoktur.

Çalışmaya katılan kadınların BKİ ile fiziksel aktivite alt boyut puanı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, BKİ ile sağlık sorumluluğu ve SYBD II toplam puan değerleri arasında negatif yönde, önemsenmeyecek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmada yer alan bağımsız değişkenlerden BKİ negatif olarak SYBD II puanının % 19'unu yordamaktadır.

6.2. Öneriler

Kadınlar için sağlığı koruma ve geliştirme kavramı gebelik, emzirme, menopoz gibi hayatın farklı dönemlerinde ayrı önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın bulguları

doğrultusunda normal kilolu ve obez kadınlara, sağlık hizmeti verenlere ve araştırmacılaraya y6nelik bazı 6neriler geliştirilmiştir.

Yaşla birlikte artan sedanter yaşam tarzını 6nlemeye y6nelik fiziksel aktivite programları d6zenlenmelidir.

Gebelikte sağlıklı beslenme, egzersiz ve madde kullanımından ka6ınmanın 6nemini anlatan danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

Evli olan kadınlara kendilerine zaman ayırabilmeleri i6in fırsat verilmeli, bu kadınlar aileleri ile birlikte sağlıklı yaşam bi6imi davranışlarını uygulamaya teşvik edilmelidir.

Ekonomik durumu d6ř6k olan kadınlara y6nelik proteinden zengin besinler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

Sağlık 6alışanları fazla kilolu ve obez olan kadınların sağlık davranışlarını iyileştirmeye y6nelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır.

Sağlık hizmeti sunan bireylere obezite ve sağlıklı yaşam bi6imi davranışlarına y6nelik hizmet i6i eğitim sayısı arttırılmalıdır.

Kadınlarda obezite ve sağlıklı yaşam bi6imi davranışlarını konu alan daha b6y6k 6rneklemelerle yapılacak araştırmalar desteklenmelidir.

Fazla kilolu ve obez kadınlara sağlıklı yaşam bi6imi davranışlarının kazandırılmasına y6nelik girişimsel 6alışmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ağaoğlu SA. Kadın Sağlığı ve Egzersiz. Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi. 2015; 6(2): 67-72.
2. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2011, 3.Baskı, Ankara, Türkiye, s:7-13.
3. Aksakal YB, Oğuzöncül AF. Elazığ Kent Merkezinde Bulunan Ortaöğretimde Okuyan Öğrencilerde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2017; 44(1): 13-23.
4. Alebshehy R, Shuaib NM, Mbako JD, Barffo D, Nuotol RK. Determinant Analysis of Obesity Among Adult Females in Egypt. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2016; 65: 662-669.
5. Algin KA. Kilo Verme Tedavisinde Akupunktur Konforu. Ayrıntı Dergisi. 2014; 2(13): 1-6.
6. Alkış E, Dereli OF, Bostancı M, Zencir M, Özşahin A. Denizli’de Bir Tekstil Fabrikası Çalışanlarında Hipertansiyon ve Obezite Sıklığı. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2005; 34-37.
7. Allender JA, Rector C, Warner KD. Community & Public Health Nursing. 2010, 8. Baskı, California, USA, p:246-262.
8. Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve geçerlik-Güvenirlik. Detay Yayıncılık, 2012, 2. Baskı, Ankara, Türkiye, s: 338.
9. Altıparmak S, Kutlu KA. 15–49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(5): 421-426.
10. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(2): 68-75.
11. Ashraff S, Siddiqui MA, Carline TE. Obesity and Insulin Resistance : Management in Diabetes. Turk Jem. 2013; 17: 57-62.
12. Auchincloss AH, Mujahid MS, Shen M, Michos ED, Whitt-Glover MC, Roux AVD. Neighborhood Health Promoting Resources and Obesity Risk (the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). Epidemiology/Genetics. 2013; 21(3): 621-628.
13. Aydın Y, Celbek G, Kutlucan A, Önder E, Güngör A, Alemdar R, Çoşkun H, Özhan H. Batı Karadeniz Bölgesinde Obezite Prevalansı: Melen Çalışması. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2012; 16: 52-57.
14. Aylaz R, Sarıtaş ŞÇ, Şanver F, Erci B. Bir Halk Sağlığı Müdürlüğü Çalışanlarında Obezite ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(1): 16-22.
15. Bahar Z, Ayşe B, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 12(1): 1-12.
16. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008; 62: 341-348.
17. Başbüyük GÖ, Sönmez G, Korkmaz AB, Doğan M, Ay F, Çınar Z. Sivas’ta yetişkin bireylerde antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi: yaş ve cinsiyet farklılıkları. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2015; 8(1): 133-142.
18. Başkal N. Obezitenin Önemi ve Tedavi İlkeleri. Ankem Dergisi. 2002; 16: 330-332.
19. Bednarzyk MS, Wright TL, Bloom KC. Body Image and Healthy Lifestyle Behaviors of University Students. International Journal of Advanced Nursing Studies. 2013; 2(2): 107-114.
20. Beyaz FB, Koç AA. Antalya’da Obezite Yaygınlığı ve Düzeyini Etkileyen Sosyoekonomik Değişkenler. Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2011; 21: 17-45.
21. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(6): 497-502.

22. Biswas T, Uddin MJ, Mamun AA, Pervin S. Increasing Prevalence of Overweight and Obesity in Bangladeshi Women of Reproductive Age: Findings From 2004 to 2014. *Plos One*. 2017; 12(7): 1-12.
23. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2012; 6(1): 13-21.
24. Bryant PH, Hess A, Bowen PG. Social Determinants of Health Related to Obesity. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2015; 11(2): 220-225.
25. Chan RSM, Woo J. Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010; 7: 765-783.
26. Cheng J, Wang T, Li F, Xiao Y, Bi J, Chen J, Sun X, Wu L, Wu S, Liu Y, Luo R, Zhao X. Self-Related Health Status and Subjective Health Complaints Associated With Health-Promoting Lifestyles Among Urban Chinese Women: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*. 2015; 10(2): e0117940.
27. Chowdhury E, Richardson J, Tsintzas K, Holman Geoffrey, Thompson D, Betts J. The Causal Role of Breakfast in Energy Balance and Health: A Randomized Controlled Trial in Obese Adults. *Am J Clin Nutr*. 2016; 103: 747-56.
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. Coll J, Bibiloni MM, Salas R, Pons A, Tur JA. The Prevalence of Excessive Weight in Balearic Islands' Young and Middle-Aged Women and Its Association With Social and Socioeconomic Factors: A Ten-Year Trend (2000-2010). *BMC Public Health*. 2015; 15: 837-846.
30. Correa-Burrows P, Burrows RA. Inactive Lifestyles and Obesity in Chilean Youth: Individual Costs in Health-Related Choices. *Health Education Journal*. 2014; 73(6): 657-667.
31. Çetin İ, Muhtaroglu S, Yılmaz B, Kurtoglu S. Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodu ile Obez Çocuklarda Cinsiyete Göre Vücut Bileşimlerinin Segmental Olarak Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; 42(4): 449-454.
32. Dabrowska J, Dabrowska-Galas M, Naworska B, Wodarska M. The Rol of Physical Activity in Preventing Obesity in Midlife Women. *Menopause Review*. 2015; 14(1): 13-19.
33. Dağdevire Z, Şimşek Z. Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Pretentive Medicine Bulletin*. 2013; 12(2): 135-142.
34. Daniels R. *Nursing Fundamentals: Caring & Clinical Decision Making*. Thomson-Delmar Learning, 2004. Erişim Tarihi: 10.05.2016, http://books.google.com.tr/books?id=g2eqHcnm1W4C&printsec=frontcover&source=gbg_gbs_ge_summary_r&cad=0.
35. De Munter JS, Tynelius P, Magnusson C, Rasmussen F. Longitudinal Analysis of Lifestyle Habits on Relation to Body Mass Index, Onset of Overweight and Obesity: Result From A Large Population-Based Cohort in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015; 43: 236-245.
36. Doğan B, Öner C. Obez Bireylerde İki Farklı Yöntemle Hesaplanan Vücut Yağ Oranının Antropometrik Değerler ve Lipit Parametreleri ile İlişkisi. *FNG & Bilim tıp dergisi*. 2015; 1(3): 124-128.
37. Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar İlinde Obezite Prevalansı ve İlgili Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science*. 2011; 31(1): 122-132.
38. Donald AM, Bradshaw RA, Fontes F, Mendoza EA, Motta JA, Cumbera A, Cruz C. Prevalence of Obesity in Panama: Some Risk Factors and Associated Diseases. *BMC Public Health*. 2015; 15:1075.
39. Ergin BA. Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Dergisi*. 2014; 1(1): 41-54.

40. Ergün A, Erten SF. Öğrencilerde Vücut Kitle İndeksi ve Bel Çevresi Değerlerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004; 57(2): 57-61.
41. Eric M, Matheson MS, Dana E, King MS, and Charles J. Health Lifestyle Habits and Mortality in Overweight and Individuals. 2012; 25(1): 9-15.
42. Eroğlu K, Koç G. Düünden Bugüne Sağlık Mevzuatında Kadın Sağlığı Kapsamında Ana Çocuk Sağlığı Hemşirelik Hizmetleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(2): 136-151.
43. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematiik İnceleme. İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(2): 166-176.
44. Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe. T.C. Sağlık Bakanlığı, (Yayın No: 882), 2012, Ankara, Türkiye, s: 27-64. Çeviren Işıtman NM.
45. Fırıncı T. Ergenlik Çağındaki Gençlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi, 2012. Erişim Tarihi: 09.09.2017, http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleleler_cerceve.htm.
46. Gaviria HAM, Blandon DAS, Durango MPP, Yepes TA. Overweight and Obesity Conditions: Prevalence and Associated Risk Faktors in Nursing Students in A Public University in Medellin, Colombia. Invest. Educ. Enferm. 2017; 35(2): 191-198.
47. Gözüml S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(3): 230-237.
48. Groth MV, Fagt S, Stockmarr A, Matthiessen J, Biloft-Jensen. Dimensions of Socioeconomic Position Related to Body Mass Index and Obesity Among Danish Women and Men. Scandinavian Journal of Public Health. 2009; 37: 418-426.
49. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. Halk Sağlığı Temel bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2015, 3. Baskı, Ankara, Türkiye, s: 7-12.
50. Hagobian TA, Phelan S. Lifestyle Interventions to Reduce Obesity and Diabetes. American Journal of Lifestyle Medicine. 2013; 7(2): 84-98.
51. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşiladağ Ş. Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015; 19(3): 122-128.
52. Haslam D. Obesity: A Medical History. Obesity Reviews. 2007; 8(1): 31-36.
53. Hebebrand J, Hinney A, Knoll N, Volckmar A, Scherag A. Molecular Genetic Aspects of Weight Regulation. Dtsch Arztebl Int. Journal. 2013; 110(19): 338-44.
54. Hu FB, Liu Y, Wilett C. Preventing Chronic Diseases by Promoting Healthy Diet and Lifestyle: Public Policy İmplications for China. International Association for the Study of Obesity. 2011; 12: 552-559.
55. Huang SL, Li RH, Tang FC. Comparing Disparities in the Health-Promoting Lifestyles of Taiwanese Workers in Various Occupations. Industrial Health. 2010; 48: 256-264.
56. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi. 2013; 21(2): 107-115.
57. İnanç BB, Şahin SD, Oğuzöncül AF, Bindak R, Mungan F. Prevalence of Obesity in Elementary Schools in Mardin, South-Eastern of Turkey: A Preliminary Study. Balkan Medical Journal. 2012; 29: 424-430.
58. İnançil D, Şendir M. Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(2): 96-101.
59. İskender M, Tura G, Akgül Ö, Turtulla S. Orta Okul Öğrencilerinde Aile Ortamı, Yeme Tutumu ve Obezite Durumları Arasındaki İlişki. International Journal of Human Sciences. 2014; 11(2): 10-26.

60. Jaaskelainen A, Nevanpera N, Remes J, Rahkonen F, Jarvelin MR, Laitinen J. Stress-Related Eating, Obesity and Associated Behavioural Traits in Adolescents: A Prospective Population-Based Cohort Study. *BMC Public Health*. 2014; 14: 321.
61. Jura M, Kozak LP. Obesity and Related Consequences to Ageing. *AGE*. 2016; 38(23): 1-18.
62. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili Kronik Hastalıklar. *Türk Eczacılar Birliği Yayını/ Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*. 2010; 23: 78-81.
63. Kaner G, Kürklü NS, Adıgüzel KT, Koyu EB. İzmir’de Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Obezite Prevalansı ve ilişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2017; 10(3): 250-257.
64. Karaca EG. Kadın ve Obezite. *Türkiye Klinikleri Beslenme ve Diyetetik Özel Dergisi*. 2015; 1(1): 6-40.
65. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım, 14. Baskı, 2005, Ankara, Türkiye, s: 124.
66. Khabazkhoob M, Emamian MH, Hashemi H, Shariati M, Fotouhi A. Prevalence of Overweight and Obesity in the Middle-Age Population: A Priority for the Health System. *Iran Journal Public Health*. 2017; 46(6): 827-834.
67. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 17(2): 19-24.
68. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2009; 2(4): 145-154.
69. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014; 13(3): 189-196.
70. Koyun A, Lale T, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(1): 67-99.
71. Kozakowski J, Gietka-Czernel M, Leszczynska D, Majos A. Obesity in Menopause-Our Negligence or an Unfortunate Inevitability? *Przegląd Menopauzalny*. 2017; 16(2): 61-65.
72. Köksal G, Özel HG. Okul Öncesi Dönemde Obezite. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, (yayın no:729), 2012, Ankara, Türkiye.
73. Körükcü Ö, Kukulu K. Obezitenin Üreme Sistemi Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2011; 10(2): 231-238.
74. Kulie T, Slattengren A, Redmer J, Counts H, Eglasb A, Scbrager S. Obesity and Woman’s Health: An Evidence-Based Review. 2011; 24(1): 75-85.
75. Kumsar KA, Pakyüz ÇS. Metabolik Sendromlu Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve ilişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014; 12(1): 19-24.
76. Kurnat-Thoma E, El-Banna M, Oakcrum M, Tyroler J. Nurses’ Health Promoting Lifestyle Behaviors in A Community Hospital. *Applied Nursing Research*. 2017; 35: 77-81.
77. Kut A. Obezite ve Sağlıklı Yaşam Tarzı. *Sağlıklı Yaşam Dergisi, Tanıtım Sayısı*. 2009; 8-27.
78. Kut A, Salgür F. Sağlık Alanında Sosyoekonomik Düzey Belirleme: Tıbbi Araştırmalarda Doğru Uyguluyor muyuz? *Türk Aile Hek. Dergisi*. 2015; 19(1): 4-13.
79. Kwasniewska M, Kaleta D, Dziankowska E, Drygas W. Health Behaviours, Lifestyle Patterns and Sociodemographic Determinants of the Metabolic Syndrome. *Cent Eur J Public Health*. 2009; 17(1): 14-19.
80. Lundy KS, Janes S. Community Health Nursing: Caring for the Public’s Health. Jones & Bartlett Publishers, 2009, 2. Baskı, Florida, USA, p: 163-198.

81. Maher CA, Mire E, Harrington DM, Staiano EA, Katzmarzyk PT. The Independent and Combined Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior with Obesity in Adults: NHANES 2003-06. *Epidemiology/Genetics*. 2013; 21: 731-737.
82. Mercanlıgil SM. Obezite. Klasmat Yayınevi, (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729), 2008, Ankara, Türkiye.
83. Michopoulos V. Stress-induced Alterations in Estradiol Sensitivity Increase Risk for Obesity in Women. *Physiology & Behavior*. 2016; 166: 56-64.
84. Miller CT, Fraser SF, Selig SE, Rice T, Grime M, Straznicky NE, Levinger I, Lambert EA, Hoek D, Dixon JB. The Functional and Clinical Outcomes of Exercise Training Following A Very Low Energy Diet for Severely Obese Women: Study Protocol for A Randomised Controlled Trial. *BioMed Central*. 2016; 17: 125-137.
85. Misra M, Bredella MA, Tsai P, Mendes N, Miller KK, Klibanski A. Lower Growth Hormone and Higher Cortisol are Associated with Greater Visceral Adiposity, Intramyocellular Lipids, and Insulin Resistance in Overweight Girls. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism*. 2008; 295(2): 385-392.
86. Mouchacca J, Abbott GR, Ball K. Associations Between Psychological Stress, Eating, Physical Activity, Sedentary Behaviors and Body Weight Among Women: A Longitudinal Study. *BMC Public Health*. 2013; 13: 828-839.
87. Murathan T, Yetiş Ü, Murathan F, Aktuğ ZB, Dündar B. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2013; 7(2): 100-107.
88. Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F, Arslantaş D, Özer A, Coşkun Ö, Batı H, Karaoğlu N, Elmalı F, Yılmazel G. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: A Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014; 15(20): 8969-8974.
89. 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.
90. O'Neil CE, Deshmukh-Taskar P, Mendoza JA, Nicklas TA, Liu Y, Relyea G, Berenson GS. Dietary, Lifestyle, and Health Correlates of Overweight and Obesity in Adults 19 to 39 Years of Age: The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2012; 6(4): 348-358.
91. Oyekcin GD, Yıldız D, Şahin ME, Gür S. Obezite Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 15: 121-124.
92. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, 2010, 2. Baskı, Ankara, Türkiye, s: 13.
93. Özçelik H, Sönmez Y. Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Lideri Bazı Meslek Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015; 22(4): 115-125.
94. Özilbey P, Ergör G. İzmir İli Güzelbahçe İlçesi'nde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*. 2015; 13(1): 30-39.
95. Özkaraman A, Alparslan BG, Gökçe S, Babadağ B, Gölgeci H, Derin Ö, Bilgin M. Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016; 38: 1-11.
96. Özpulat F, Sivri BB. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sted*. 2013; 22(3): 80-89.
97. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011, 2. Baskı, Ankara, Türkiye, s:11-32.
98. Palloni A, Beltran-Sanchez H, Novak B, Pinto G, Wong R. Adult Obesity, Disease and Longevity in Mexico. *Salud Publica de Mexico*. 2015; 57(1): 22-30.
99. Pender NJ, Smith LC, Vernof JA. Building Better. *AAOHN Journal*. 1987; 35(9): 386-390.

100. Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK, Strombog, FM. Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace. *Nursing Research*. 1990; 39(6): 326-332.
101. Pender NJ. *Health Promotion in Nursing Practice*, 1996, 3.Baskı, USA.
102. Pender NJ, Murdaugh LC, Parsons AM. *Health Promotion in Nursing Practice*, 2006, 4. Baskı, USA.
103. Pickett S, McCoy TP. Effect of Psychosocial Factors on Eating Behaviors and BMI Among African American Women. *Clinical Nursing Research*, 2017. Erişim Tarihi: 09.09.2017, <https://doi.org/10.1177/1054773817713420>.
104. Rasheed N. Stress-Associated Eating Leads to Obesity. *International Journal of Health Sciences*. 2017; 11(2).
105. Richardson AS, Arsenaault JE, Cates SC, Muth MK. Perceived Stress, Unhealthy Eating Behaviors, and Severe Obesity in Low-Income Women. *Nutrition Journal*. 2015; 14: 122-132.
106. Rodrigo CP. Current Mapping of Obesity. *Nutricion Hospitalaria*. 2013; 28(5): 21-31.
107. Sahoo JP, Kumari S, Jain S. Effect of Gender on the Total Abdominal Fat, Intra-Abdominal Adipose Tissue and Abdominal Sub-Cutaneous Adipose Tissue Among Indian Hypertensive Patients. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016; 10(4): 1-3.
108. SakraidiaTJ. "Health Promotion Model" Nursing Theorists and Their Work, Ed:Tomey AM, Alligood MR, Mosby, 2006; 452-463.
109. Sarma H, Saquib N, Hasan MM, Saquib J, Rahman AS, Khan JR, Uddin MJ, Cullen MR, Ahmed T. Determinants of Overweight or Obesity Among Ever-Married Adult Women in Bangladesh. *BMC Obesity*. 2016; 3: 13-24.
110. Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2015; 19(1): 14-21.
111. Schubert KE, Alfano CM, Duggan CR, Xiao L, Campbell KL, Kong A, Bain CE, Wang C, Blackburn GL, McTiernan A. Effect of Diet and Exercise, Alone or Combined, on Weight and Body Composition in Overweight-to-Obese Postmenopausal Women. *Obesity Journal*. 2012; 20(8): 1628-1638.
112. Seighali R, Zidashti ZH. Effects of Regular Walking and Alternate Day Fasting on Health-Related Factors in Overweight and Obese Females. *Journal Fasting and Health*. 2017; 5(1): 12-19.
113. Semerci CN. Obezite ve Genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2004; 46(4): 353-359.
114. Shafer EF. The Effect of Marriage on Weight Gain and Propensity to Become Obese in the African American Community. *Journal of Family Issues*. 2010; 31(9): 1166-1182.
115. Steyn NP, Nel JH, Parker W, Ayah R, Mbithe D. Dietary, Social and Environmental Determinants of Obesity in Kenyan Women. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011; 39: 88-97.
116. Sönmezer H, Çetinkaya F, Naçar M. Kayseri İlinde Seçilmiş Kentsel Bir Bölgede Kadınların Olumlu Sağlık Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(5): 521-528.
117. Tan AKG, Dunn RA, Abdul Samad MI, Feisul MI. Sociodemographic and Health- LifeStyle Determinants of Obesity Risks in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2011; 23(2): 192-202.
118. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*, 2007, 8. Baskı, Ankara, Türkiye, s:4-23.
119. Tedik SE, Hacıoğlu N. Hemşirelik Öğrencilerinde Fazla Kilo Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017; 59-80.
120. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12 Ocak 1961, Sayı: 224.

121. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004, Ankara, Türkiye.
122. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, 2007, Ankara, Türkiye
123. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Kasım 2002-2008), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no: 770, 2008, Ankara, Türkiye.
124. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Obezite (şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), 2010, Ankara, Türkiye.
125. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014), Sağlık Bakanlığı Yayın no: 827, 2011, Ankara, Türkiye.
126. T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931), 2014, Ankara, Türkiye.
127. Torun E, Cindemir E, Özgen İT, Öktem F. Obez Çocuklarda Subklinik Hipotiroidi. Dicle Tıp Dergisi. 2013; 40(1): 5-8.
128. Tuygar ŞF, Arslan M. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 6(2): 59-66.
129. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite Nedir? 2015a. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=38>.
130. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Dünya'da Obezitenin Görülme Sıklığı, 2015b. Erişim Tarihi: 23 Nisan 2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>.
131. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezitenin Nedenleri, 2015c. Erişim Tarihi: 23 Nisan 2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=41>.
132. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri, 2015d. Erişim Tarihi: 30 Nisan 2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=42>.
133. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması, 2014. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>.
134. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2015. Erişim Tarihi: 8 Ekim 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519>.
135. Ulutaş AP, Atla P, Say ZA, Sarı E. Okul Çağındaki 6-18 Yaş Arası Obez Çocuklarda Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2014; 45(4): 192-196.
136. Usta G. Obezite Hakkında Bilmemiz Gereken Her Şey. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Erişim Tarihi: 30 Nisan 2016, <http://haydarpasanumune.gov.tr/HastaneIcerik.aspx?p=2e1808cb-872d-4b88-9013-f2496b8c9913>.
137. Vecihe Y, Uğur Ş, Eser E. Manisa İlinde Yarı Kentsel Bir Bölgede Yaşayan ErişkinKadınlarda Obezite ve Sosyoekonomik Durumun YaşamKalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14(2): 121-130.
138. Yalçinkaya M, Özer GF, Karamanoğlu YA. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(6): 409-420.

139. Yerlikaya E, Akın F. Obezite Etiyopatogenezi. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics. 2013; 6(1): 7-12.
140. Yılmazel G, Duman BN. 18-64 Yaş Arasındaki Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Koruyucu Sağlık Uygulamaları: Çorum İli Örneği. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(2): 92-97.
141. Yiğitbaşı T, Baskın Y, Afacan G, Harmanda A. Obez Hastalarda Büyüme Hormonu, Leptin, Amilin, Glukagon Benzeri Peptid-1 Seviyeleri ile İnsülin Direnci Arasındaki İlişki. Türk Biyokimya Dergisi. 2010; 35(3): 177-182.
142. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Chronicle of the World Health Organization. 1947; 1(1-2): 29-43.
143. World Health Organization (WHO). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. "Health for All" Series no:3, 1981, Geneva, Switzerland.
144. World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association. First International Conference on Health Promotion, 1986. Erişim Tarihi: 29.09.2016, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
145. World Health Organization (WHO). Active Ageing A Policy Framework, 2002. Erişim Tarihi: 12.05.2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
146. World Health Organization (WHO). Body Mass Index (BMI) Classification, 2004. Erişim Tarihi: 30 Nisan 2016, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
147. World Health Organization (WHO). Handbook for the Documentation of Interpersonal Violence Prevention Programmes, 2004, Geneva.
148. World Health Organization (WHO). The Challenge Of Obesity In The WHO European Region and Strategies For Response. Summary. WHO Regional Office for Europe, 2007, Copenhagen.
149. World Health Organization (WHO). European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020, 2014.
150. World Health Organization (WHO). Obesity, 2015a. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016, <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
151. World Health Organization (WHO). 10 Facts On Obesity, 2015b. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016, www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index1.html.
152. World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight, 2015c. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
153. World Health Organization (WHO). 10 Facts On Obesity, 2015d. Erişim Tarihi: 23 Nisan 2016, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index4.html>.
154. World Health Organization (WHO). Women's Health, 2017. Erişim Tarihi: 8 Ekim 2017, http://www.who.int/topics/womens_health/en/.
155. Wright SM, Aronne LJ. Causes of Obesity. Abdominal Imaging. 2012; 37: 730-732.
156. Zileli R, Önder Ş, Hüseyin Ö, Gürkan D. Bilecik İlinde Yaşayan Kadınlarda Spora Katılım, Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri. Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi. 2016; 1(1): 83-96.

8. EKLER

EK-1

Tablo 8.1. Normal Kilolu ve Obez Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile SYBD II Alt Boyut, Toplam, BKİ ve Bel/Kalça Oranına İlişkin Değerlerin Karşılaştırılması (n=302).

	Beslenme		Fiziksel Aktivite		Stres Yönetimi		Kişilerarası İlişkiler		Sağlık Sorumluluğu		Manevî Gelişim	
	X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]	
	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez
Medenî Durum												
Evli	21(18-25)	20(18-22)	14(11-17)	12(10-15)	20(16-22)	19(17-22)	27(24-29)	27(24-31)	24(20-26)	20(18-25)	27(23-29)	27(24-30)
Bekar	20(17-24)	22(17-25)	21(18-27)	13(10-16)	22(18-24)	19(16-23)	28(25-30)	26(23-28)	21(18-27)	18(16-24)	29(25-31)	25(23-28)
z	-1,024	-0,651	-2,275	-0,087	-2,652	-0,100	-1,342	-1,258	-1,526	-1,270	-2,219	-1,358
p	0,036	0,515	0,023	0,931	0,008	0,920	0,180	0,208	0,127	0,204	0,026	0,174
Aile Tipi												
Çekirdek Aile	21(18-24)	20(18-22)	14(11-18)	12(10-15)	20(17-23)	19(17-21)	27(24-30)	27(24-30)	23(19-26)	20(17-25)	27(24-30)	26(24-29)
Geniş Aile	20(16-24)	21(20-23)	16(14-19)	14(12-17)	21(16-23)	22(18-24)	28(23-33)	28(25-30)	19(17-27)	22(18-25)	30(25-34)	29(27-30)
z	-0,817	-1,521	-1,218	-1,608	-0,293	-1,669	-0,704	-0,958	-1,513	-1,394	-1,576	-2,138
p	0,414	0,128	0,223	0,108	0,769	0,095	0,481	0,338	0,130	0,163	0,115	0,033
Eğitim Düzeyi												
İlkokul ve Altı ^a	21(18-26)	20(18-23)	14(11-16)	12(10-14)	20(17-22)	19(16-22)	27(25-29)	27(24-30)	25(23-27)	21(18-25)	27(25-29)	27(25-29)
Ortaöğretim ^b	21(18-25)	20(18-22)	16(12-19)	13(10-15)	20(17-23)	19(17-22)	27(24-30)	26(24-31)	22(19-27)	19(17-25)	28(23-30)	25(23-29)
Lisans ve Lisansüstü ^c	20(18-22)	21(18-22)	15(12-17)	14(12-17)	20(18-24)	20(16-22)	27(25-31)	27(25-31)	22(18-26)	20(18-25)	28(25-31)	28(25-32)
KW/sd (2)	1,752	1,564	3,469	10,986*/a<c	1,489	0,042	0,354	0,525	6,535*/c<a	1,603	2,163	4,599
p	0,416	0,458	0,176	0,004	0,475	0,979	0,838	0,769	0,038	0,449	0,339	0,100
Çalışma durumu												
Ev Hanımı	21,5±4,7	20,6±3,7	14,9±4,2	12,7±3,7	19,5±3,9	19,4±3,9	26,7±4,2	27,1±3,7	23,5±4,7	21,1±4,5	27,0±4,5	26,6±3,9
Çalışan	20,5±4,2	19,3±3,6	15,6±4,7	14,1±4,1	20,2±3,9	19,0±4,3	27,1±4,2	26,5±4,7	21,8±4,8	20,0±5,1	27,6±4,2	27,1±5,0
t/sd (149)	1,277	1,666	-0,992	-1,865	-1,081	0,459	-0,517	0,731	2,058	1,224	-0,787	-0,590
p	0,204	0,098	0,323	0,064	0,282	0,647	0,606	0,466	0,041	0,223	0,433	0,556

	Beslenme		Fiziksel Aktivite		Stres Yönetimi		Kişilerarası İlişkiler		Sağlık Sorumluluğu		Manevî Gelişim	
	X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]	
	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez
Ekonomik Durum												
Düşük	21(18-26)	19(17-22)	14(11-17)	12(10-14)	20(16-22)	18(16-22)	28(24-31)	27(24-31)	26(22-27)	21(19-26)	27(23-29)	26(23-29)
Orta-Yüksek	20(18-24)	20(18-22)	15(12-18)	13(10-15)	20(17-23)	19(17-22)	27(24-30)	27(24-29)	22(18-26)	20(17-23)	28(25-30)	27(24-29)
z	-0,528	-0,981	-0,649	-1,117	-1,001	-1,127	-0,528	-0,267	-2,761	-2,048	-0,840	-1,086
p	0,597	0,327	0,517	0,264	0,317	0,260	0,597	0,789	0,006	0,041	0,401	0,278
Ailede Obez Birey Varlığı												
Var	20(18-22)	20(18-22)	15(12-18)	12(9-15)	22(19-24)	19(16-20)	30(27-31)	25(23-28)	23(18-27)	19(17-22)	29(27-32)	25(23-28)
Yok	21(18-25)	20(18-23)	14(11-18)	12(10-15)	20(17-22)	20(17-23)	26(24-29)	28(25-31)	23(19-26)	21(18-25)	27(24-30)	28(25-30)
z	-0,869	-0,379	-0,149	-0,615	-2,442	-1,432	-3,007	-3,367	-0,026	-2,258	-2,333	-3,014
p	0,385	0,704	0,881	0,538	0,015	0,152	0,003	0,001	0,979	0,024	0,020	0,003
Gebelik Öyküsü												
Var	21(18-25)	20(18-22)	14(11-17)	12(10-15)	20(16-22)	19(17-22)	27(24-29)	27(24-30)	24(19-26)	21(18-25)	27(23-29)	27(24-29)
Yok	20(17-23)	17(16-22)	15(12-19)	13(10-15)	21(18-24)	19(18-21)	27(25-30)	26(23-29)	21(18-27)	18(17-19)	29(25-31)	26(22-29)
z	-1,329	-1,665	-1,629	-0,263	-2,415	-0,172	-1,257	-0,409	-1,239	-2,744	-2,009	-0,761
p	0,184	0,096	0,103	0,793	0,016	0,864	0,209	0,683	0,216	0,006	0,045	0,446
Düşük Öyküsü												
Var	20(17-22)	19(17-23)	16(11-18)	12(9-15)	18(15-22)	19(17-20)	27(24-31)	27(24-31)	24(21-27)	19(18-25)	27(23-29)	26(23-30)
Yok	21(18-25)	20(18-22)	14(12-17)	13(10-15)	20(17-23)	19(17-22)	27(25-30)	27(24-30)	23(19-26)	20(18-24)	28(24-30)	27(24-29)
z	-1,245	-0,439	-0,511	-0,867	-1,814	-0,642	-0,056	-0,252	-0,769	-0,159	-0,804	-0,314
p	0,213	0,661	0,610	0,386	0,070	0,521	0,956	0,801	0,442	0,874	0,421	0,753
Sigara Kullanma Durumu												
Evet	21(17-25)	20(18-22)	16(13-23)	14(12-16)	18(15-23)	19(17-22)	25(23-31)	28(25-31)	22(18-25)	22(19-27)	26(22-30)	28(25-31)
Hayır	21(18-24)	20(18-22)	14(11-17)	12(10-15)	20(17-23)	19(17-22)	27(25-30)	27(24-30)	23(19-27)	20(18-25)	28(25-30)	26(24-29)
z	-0,017	-0,114	-1,568	-1,650	-0,920	-0,041	-0,718	-0,880	-0,725	-1,169	-1,480	-0,928
p	0,987	0,909	0,117	0,099	0,358	0,967	0,473	0,379	0,468	0,242	0,139	0,353

Parametrik testlerde sadece ortalama ve standart sapma verilmiştir. *Bonferroni Mann Whitney U.

Tablo 8.1'ün Devamı

	SYBD II TOPLAM		BKI		Bel/Kalça	
	X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]		X±Ss/[Q(Q ₁ -Q ₃)]	
	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez	Normal Kilolu	Obez
Medenî Durum						
Evli	131(119-142)	128(119-139)	23(21-24)	31(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Bekar	135(122-152)	122(113-133)	21(20-23)	31(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
z	-1,239	-1,069	-2,845	-0,764	-1,218	-0,847
p	0,215	0,285	0,004	0,445	0,223	0,397
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	131(120-144)	125(117-139)	22(20-24)	31(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Geniş Aile	133(111-153)	136(131-145)	21(20-23)	31(30-35)	0,8(0,8-0,9)	0,8(0,8-0,9)
z	-0,261	-2,350	-0,729	-0,420	-1,287	-0,124
p	0,794	0,019	0,466	0,674	0,198	0,901
Eğitim Düzeyi						
İlkokul ve Altı ^a	131(126-143)	128(118-137)	22(21-24)	32(31-35)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Ortaöğretim ^b	132(117-145)	123(116-139)	22(20-24)	31(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Lisans ve Lisansüstü ^c	130(120-148)	132(120-144)	22(20-24)	31(30-32)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
KW/sd (2)	0,081	1,870	1,440	8,462*/b,c<a	1,636	0,104
p	0,960	0,393	0,487	0,015	0,441	0,949
Çalışma Durumu						
Ev Hanımı	133,3±19,1	127,7±13,8	22,1±1,8	32,8±2,9	0,8±0,1	0,8±0,1
Çalışan	133,1±19,1	126,3±20,4	21,5±1,8	31,6±3,0	0,8±0,1	0,8±0,1
t/sd	0,068/149	0,365/37,421	1,970/149	1,968/149	0,651/149	1,076/149
p	0,946	0,717	0,051	0,051	0,516	0,284
Ekonomik Durum						
Düşük	132(125-144)	128(115-141)	21(19-23)	31(30-35)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Orta-Yüksek	131(119-145)	128(119-138)	22(20-24)	31(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
z	-0,474	-0,297	-1,592	-0,112	-0,792	-0,983
p	0,635	0,766	0,111	0,911	0,428	0,326
Ailede Obez Birey Varlığı						
Var	139(127-148)	119(115-131)	22(20-24)	32(30-34)	0,8(0,7-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Yok	131(118-144)	132(122-141)	22(20-24)	31(30-33)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
z	-1,736	-3,369	-0,539	-1,277	-0,997	-1,544
p	0,082	0,001	0,590	0,202	0,319	0,123
Gebelik Öyküsü						
Var	131(119-143)	129(119-139)	23(21-24)	31(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Yok	133(122-151)	122(108-136)	21(20-23)	31(30-33)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
z	-0,942	-1,276	-3,038	-0,411	-1,813	-1,319
p	0,346	0,202	0,002	0,681	0,070	0,187
Düşük Öyküsü						
Var	129(119-144)	123(114-141)	22(21-23)	32(30-35)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Yok	132(120-145)	129(119-139)	22(20-24)	31(30-33)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
z	-0,696	-0,629	-0,356	-0,708	-0,082	-1,171
p	0,486	0,530	0,722	0,479	0,935	0,242
Sigara Kullanma Durumu						
Evet	122(113-148)	137(121-144)	22(20-23)	31(30-31)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
Hayır	132(122-145)	128(118-137)	22(20-24)	32(30-34)	0,8(0,8-0,8)	0,8(0,8-0,9)
z	-0,808	-1,294	-0,578	-1,985	-0,157	-0,894
p	0,419	0,196	0,563	0,047	0,875	0,371

Parametrik testlerde sadece ortalama ve standart sapma verilmiştir.

EK-2:

OBEZİTE İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Boy: Kilo: BKİ:

3.Oral kontraseptif (hamileliği engelleyici) ilaç kullanıyorum.

Evet () Hayır()

4.Tiroid hastalığım var.

Evet() Hayır()

5.Diabet Mellitus (Şeker) hastalığım bulunmakta.

Evet() Hayır()

6.Cushing Sendromu (böbrek üstü bezlerinden kortizol hormonunun çok fazla salgılanması sonucu ortaya çıkan boyunda ve yüzde şişlik durumu) var.

Evet() Hayır()

7.Polikistik over mevcut.

Evet() Hayır()

8.Metabolizma hastalığım var.

Evet() Hayır()

9. Akciğerlerimde fiziksel hareketliliğimi engelleyen bir hastalığım var (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, amfizem vs.).

Evet() Hayır()

10. Kalbimle ilgili fiziksel hareketliliğimi engelleyen bir hastalığım var (kalpte ritm bozukluğu, kronik kalp yetmezliği, kalp damarlarında daralma vs.).

Evet() Hayır()

11. Böbreklerimle ilgili fiziksel hareketliliğimi engelleyen bir hastalığım var (böbrek yetmezliği, böbreklerdeki nefronların iltihabı vs.)

Evet() Hayır()

12. Eklemlerimde veya kaslarımda fiziksel hareketliliğimi engelleyen bir hastalığım var [kemik erimesi (osteoporoz), kas erimesi (atoni), eklem romatizması vs.].

Evet() Hayır()

13.Fiziksel olarak hareket etmemi engelleyen yukarıda bahsedilmemiş başka bir hastalığım var.

Evet() Hayır()

14. Tansiyon hastasıyım. Tansiyonum sürekli yükseliyor veya düşüyor.

Evet() Hayır()

15.Kilo almama neden olabilecek bir ilaç kullanıyorum.

Evet() Hayır()

16.15. Sorunun cevabı evet ise, ilacın ne olduğu.....

17. Şu anda gebeyim.

Evet() Hayır()

18. Şu anda emzirme dönemindeyim.

Evet() Hayır()

19. Menapoz dönemine girdim.

Evet() Hayır()

EK-3:

KADINLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

- 1.Yaşınız:.....
2. Boy: Kilo: BKİ:
3. Bel/Kalça:
- 4.Medeni Durumunuz:
- 1() Evli 2() Bekar
5. Aile türü:
- 1() Çekirdek Aile 2() Geniş Aile
- 6.Eğitim Durumunuz:
- 1() Okur-yazar olmayan 5() lise
- 2() Okur-yazar 6() Lisans
- 3() İlkokul 7() Lisansüstü
- 4() Ortaokul
- 7.Mesleğiniz:
- 1() Ev Hanımı 4() Memur
- 2() Serbest Meslek 5() Diğer.....
- 3() İşçi
8. Ailenizin aylık gelir durumu ne kadardır?.....TL
9. Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?
- 1 () Düşük gelir 2 () Orta gelir 3 () Yüksek gelir
10. Ailede obez olan kimse var mı?
- 1() Evet 2() Hayır
11. 10.Sorunun cevabı evet ise, Ailede kimde veya kimlerde var?
-
12. Hayatınızda hiç hamilelik geçirdiniz mi?
- 1() Evet 2() Hayır
13. 12.sorunun cevabı evet ise, kaç defa geçirdiniz.....
14. Hamilelikte hiç düşük yaptınız mı?
- 1() Evet 2() Hayır
15. 14.sorunun cevabı evet ise, kaç defa yaptınız.....
16. Sigara kullanıyor musunuz?
- 1() Evet 2() Hayır
17. 16. Sorunun cevabı evet ise ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
-
18. Alkol kullanıyor musunuz?
- 1() Evet 2() Hayır
19. 18. Sorunun cevabı evet ise ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
-

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

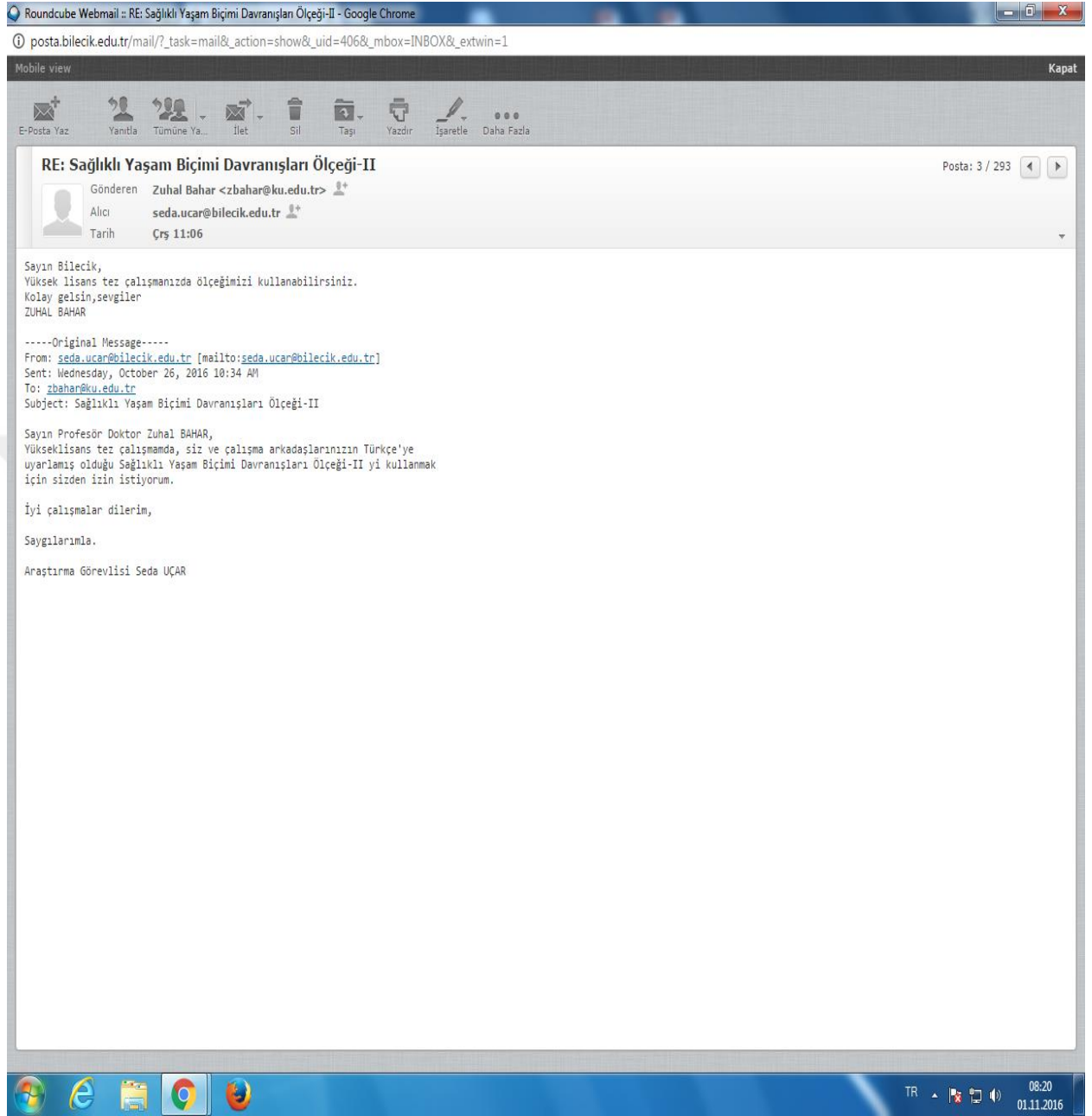
Bu ankette şu anki yaşam tarzı alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığın olduğu uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		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 doyumlulu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 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 seyleri 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 kucaklaşıyorum				
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	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim				

	konusunda sağlık personeline danisirim				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atislarımı 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-5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği İzin Yazısı



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:41

Toplantı Tarihi: 02.12.2016

Karar Sayısı:2016/739:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL' in "18-49 Yaş Dönemi Kadınlarda Obezitenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 28.11.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Seda UÇAR' ın yüksek lisans çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL' in sorumluluğunda ilgili birimlerden izin alınarak yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL

Yardımcı Araştırmacı: Seda UÇAR

ASLI GİBİDİR
02.12.2016

Prof. Dr. SaİM AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-7: Kurum İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBESİ
01/03/2017 09:17 - 86104336 - 799 - E.372



00040315362



Sayı : 86104336-799
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı yüksekisans öğrencisi Aliye DOĞAN, Fadime GÜR ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı yüksekisans öğrencisi Seda UÇAR'ın Müdürlüğümüze bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde araştırmalarını yapacaklardır. Konu ile ilgili Valilik Oluru yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgili Aile Sağlığı Merkezine bilgi verilmesi gerekmektedir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr.Abdullah ÖZÜDOĞRU
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EKLER:

Aliye DOĞAN, Fadime GÜR
Seda UÇAR'ın Valilik Oluru

DAĞITIM:

Selçuklu, Meram, Karatay
Toplum Sağlığı Merkezi

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
Mehmet Ali YILDIZ
10.10.2017

Horozluhan Mahallesi A. Basri Sk. No:4 Selçuklu/ KONYA
Faks No: 0 (332) 223 00 75

e-Posta:guner.ozdemir@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Güner ÖZDEMİR , Daihili 1226

Bilgi için:Güner ÖZDEMİR

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:03322230000/1226

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0c53a780-1475-4cf4-9b09-7314387d29db kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU:

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında “18-49 Yaş Dönemi Kadınlarda Obezitenin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma” başlıklı bir tez çalışması olarak planlanmıştır. Yapılan araştırmanın amacı; 18-49 yaş aralığında obez olan ve obez olmayan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkı incelemektir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmakta olup, bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanabilmesi önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıda size ayrılan bölümü imzalayınız. Teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL (Danışman)

Yüksek Lisans Öğrencisi Seda GÖGER

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza

9. ÖZGEÇMİŞ

20.06.1992 yılında Mersin Mut'ta doğdu. İlköğretimi Mareşal Mustafa Kemal İlkokulu'nda ve liseyi Atatürk Lisesi'nde tamamladı. 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ne başladı ve 2015 yılında mezun oldu. Ağustos 2015'te Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Göreve başladı ve Aralık 2015'e kadar dahiliye/onkoloji servisinde hemşire olarak çalıştı. 27.12.2015 tarihinde Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalına Araştırma görevlisi olarak atandı ve halen burada görev yapmaktadır.

İletişim Bilgileri

e-mail: sedaukar@bilecik.edu.tr

tel: 05070275712