

**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**ÖZGE ÖZTÜRK OYLUDAĞ**

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN OBEZ BİREYE KARŞI**  
**TUTUMLARININ VE BAKIM KALİTE ALGILARININ**  
**BELİRLENMESİ**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN**

**İstanbul, Nisan 2022**



**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**ÖZGE ÖZTÜRK OYLUDAĞ**

**174003106**

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN OBEZ BİREYE KARŞI**  
**TUTUMLARININ VE BAKIM KALİTE ALGILARININ**  
**BELİRLENMESİ**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN**

**İstanbul, Nisan 2022**

# ÖZET

## CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN OBEZ BİREYE KARŞI TUTUMLARININ VE BAKIM KALİTE ALGILARININ BELİRLENMESİ

Bu araştırma, cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin, obez hasta bakımında hemşirelik bakım algılarının belirlenmesi amacıyla kesitsel türde yapıldı.

Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki görev yapan cerrahi hemşireleri, örneklemini ise 22 Aralık 2021 – 31 Mart 2022 tarihleri arasında en az 6 adır görev yapmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 191 cerrahi hemşiresi oluşturdu. Araştırma verileri, Hemşire Tanıtım Formu, “Hemşirelerin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları Ölçeği” ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24” ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, ilişki analizleri için Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaş ortalamasının  $32,99\pm 8,71$  yıl, mesleki deneyim süresinin ortama  $8,77\pm 5,93$  yıl, %81,7’sinin kadın, %50,5’inin evli, %51,3’ünün lisans mezunu olduğu, %69,6’sının obez hastaya bakım vermek istemediği ve %18,8’inin obez hasta ile ilgili eğitim aldığı saptandı. Cerrahi hemşirelerinin Hemşireleri İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği’nden ortalama  $112,86\pm 19,54$  puan, Hemşirelerin Bakım Davranışları-24 Ölçeği’nden ise ortalama  $4,82\pm 0,65$  puan aldıkları ortalama puan aldıkları bulundu. Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerin görev yaptığı bölüme, obez hastaya bakım verme isteğine göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puanı arasında, görev yaptıkları hastane türüne, görev yaptığı bölüme, Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ( $p<0,05$ ).

Cerrahi hemşirelerinin Hemşirelerin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 aldıkları puan arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $r=-0,327$ ;  $p=0,01$ ).

Bu araştırma sonucunda cerrahi hemşirelerinin obez bireylere karşı tutumunun ve bakım kalite algılarının düzeylerinin yüksek olduğu, obez bireye karşı tutumun bakım davranış algısını negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşıldı. Araştırmanın farklı değişkenler ile daha büyük örnekleme tekrar edilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bakım Kalite Algısı, Cerrahi hemşireleri, Obezite, Tutum



## **ABSTRACT**

### **DETERMINING THE ATTITUDES OF SURGICAL**

# **NURSES TOO OBESEIAN INDIVIDUAL AND THE PERCEPTIONS OF CARE QUALITY**

This cross-sectional study was conducted to determine the nursing care perceptions of nurses working in surgical services in obese patient care.

The population of the study consisted of surgical nurses working in Istanbul, and the sample consisted of 191 surgical nurses who had been working for at least 6 months between 22 December 2021 and 31 March 2022 and agreed to participate in the study. Research data were collected with Nurse Introduction Form, "Nurses' Attitudes towards Obesity and Obese Individuals Scale" and "Caring Behaviors Scale-24". In the evaluation of the data, number, percentage, mean and standard deviation were used for descriptive statistics, Mann Whitney U test was used for comparisons of two groups, Kruskal Wallis test was used for comparisons of more than two groups, and Spearman correlation analysis was used for relationship analysis. The findings were evaluated at 95% confidence interval and 5% significance level.

The mean age of the surgical nurses participating in the study was  $32.99 \pm 8.71$  years, median professional experience period of  $8.77 \pm 5.93$  years, 81.7% were female, 50.5% were married, 51.3% were undergraduate graduates, and 69.6% cared for obese patients. It was determined that 18.8% of them did not want to give education about obese patients. It was found that surgical nurses got an average of  $112.86 \pm 19.54$  points from the Obesity and Obese Individuals Scale for Nurses, and an average of  $4.82 \pm 0.65$  points from the Nurses' Caring Behaviors-24 Scale. A statistically significant difference was found between the Obesity and Attitudes towards Obese Individuals Scale for Nurses, the type of hospital they work in, the department they work in, and the total score of the Care Behaviors Scale-24 according to the department where the surgical nurses work in the scope of the study, their willingness to care for the obese patient ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant negative correlation between the scores of the surgical nurses on the Nurses' Attitudes towards Obesity and Obese Individuals Scale and the Care Behaviors Scale-24 ( $r = -0.327$ ;  $p = 0.01$ ).

As a result of this study, it was concluded that the attitude of surgical nurses towards obese individuals and their level of care quality perception is high, and that the attitude towards the obese individual affects the perception of care behavior negatively. It is recommended to repeat the study with different variables in a larger sample

**Keywords:** Perception of Quality of Care, Surgical nurses, Obesity, Attitude



## **ÖNSÖZ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmanın her aşamasında bana yol gösteren, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında benden yardımlarını, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN'a derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma sırasında yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım ve mesai arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışma boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli eşim Burak OYLUDAĞ'a, ayrıca maddi ve manevi hayatımın her döneminde yanımda olan, bu günlere gelmemi sağlayan en büyük destekçilerim, hissettirdikleri sevgi ile yolumu hep aydınlatan, hiçbir zaman hakları ödenmeyecek annem Ayfer ÖZTÜRK'e ve babam Firuz ÖZTÜRK'e sonsuz teşekkürler ederim.

**ÖZGE ÖZTÜRK OYLUDAĞ**

## **BEYAN**

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



## İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
ÖNSÖZ .....	v
BEYAN .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	x
KISALTMALAR LİSTESİ .....	xi

<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1. Obezite Tanımı ve Epidemiyolojisi</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2.Obezitenin Etiyolojisi</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2.1. Yaş</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2.2. Cinsiyet</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2.3. Genetik Faktörler</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2.4. Beslenme Alışkanlıkları</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2.5. Fiziksel Aktivite</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2.6. Sigara Bırakma</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2.7. Alkol Tüketimi</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2.8. Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Faktörler</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3. Obezitenin Ölçümü ve Belirlenmesi</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3.1. Beden Kitle İndeksi</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3.2. Rölatif Ağırlık</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3.3. Deri Kıvrım Kalınlıkları</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3.4. Bel/Kalça Oranı</b> .....	<b>8</b>
<b>2.4. Obezitenin Sebep Olduğu Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Problemler</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4.1. Fizyolojik Problemler</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4.2. Psikolojik Problemler</b> .....	<b>10</b>

2.4.3. Sosyal Problemler .....	10
2.5. Obezitenin Tedavisi .....	10
2.5.1. Diyet .....	12
2.5.2. Egzersiz.....	12
2.5.3. Davranış Değişikliği Tedavisi .....	13
2.5.4. Farmakolojik Tedavisi .....	15
2.5.5. Cerrahi Tedavi.....	15
2.6. Obezitede Cerrahi Yöntemler .....	16
2.7. Obez Hastanın Ameliyat Öncesi Bakımı .....	17
2.8. Obez Hastanın Ameliyat Sırası Bakımı .....	19
2.9. Obez Hastanın Ameliyat Sonrası Bakımı.....	20
2.10. Cerrahi Hemşirelerinin Obez Bireylere Yönelik Tutumları .....	20
2.11. Cerrahi Hemşirelerinin Bakım Kalite Algısı .....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	22
4.BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	41
KAYNAKLAR .....	42
EKLER .....	51



## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA NO

<b>Tablo 1. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 2. Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 3. Cerrahi Hemşirelerinin Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....</b>	<b>27</b>
<b>Tablo 4. Cerrahi Hemşirelerinin Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından</b>	

<b>Aldıkları Puanların İlişkisi .....</b>	<b>28</b>
<b>Tablo 5. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 6. Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 7. Cerrahi Hemşirelerinin Yaş ve bazı Mesleki Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların İlişkisi .....</b>	<b>33</b>

## **KISALTMALAR LİSTESİ**

**ACP:** The American College Physicians

**Ark.:** Arkadaşları

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**CPAP:** Continious Positive Airway Pressure

**DKK:** Deri Kıvrım Kalınlıkları

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**Kg:**Kilogram

**KVH:** Kardiyo Vasküler Hastalık

**m:** Metre **m2:** Metrekare **mm:**

Milimetre **n:** Sayı

**NHLBI:**National Heart, Lung, and Blood Institute

**NIH:**National Institutes of Health

**RA:** Rölatif Ağırlık

**SPSS:** Statistical Package for Social Science for Windows

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TEKHARF:** Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

**TURDEP:** Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi

**WHO:** World Health Organization

**%:** Yüzde



## 1.GİRİŞ

Obezite, tarih boyunca bazı dönemlerde sağlık ve doğurganlık simgesi olarak, bazı dönemlerde de bakımsız olma, pisboğaz, tembel olma, şişmanlık, görgüsüz ve kaba kişi anlamında kullanılmıştır (Değirmenci ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, “sağlığı bozacak derecede vücutta aşırı yağ birikmesi” olarak tarif etmiştir” (WEB\_1). Yağ dokusunun uygun sınırları erkeklerde beden ağırlığının yaklaşık olarak ortalama %15-20’sini, kadınlarda ise bu değer %25-30’unu oluşturmaktadır. Erkeklerde yağ dokusu oranının %25, kadınlarda ise %30’un üzerinde olması sonucunda obezite durumundan bahsedilmektedir (Özarmağan ve Bozbora, 2008). Birçok ölçme yöntemi obezitenin saptanmasında kullanılmakta olup en sık kullanılan metot ise Beden Kitle İndeksidir. Beden kitle indeksi ile obezitenin tespit edilmesinde  $[BKİ=Ağırlık (kg)/Boy (m^2)]$  formülü ile hesaplama yapılmaktadır. Bu hesaplama şeklinde: 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerindeki değerler obezite olarak tanımlanmaktadır (Sözmen ve ark., 2016). Beden kitle indeksi dışında kullanılmakta olan bir diğer obezite ölçüm metodu da deri kıvrım kalınlığıdır. Deri kıvrım kalınlığı ölçümleri, genel olarak triceps, subscapular, suprailiak veya abdominal bölgelerden yapılmaktadır. Ölçümün yapılabilmesi için özel pergeller kullanılır. Çoğunlukla triceps üzerindeki ölçüm, yetişkin bir erkekte 19 mm’yi, yetişkin bir kadında ise 30 mm’yi geçiyorsa, subscapular ölçümde de yetişkin bir erkekte 22 mm’yi, yetişkin bir kadında da 27 mm’yi geçiyorsa obezite halinden bahsedilebilir (Pekcan, 2013).

Günümüz çağında obezite; sağlığı olumsuz yönde etkileyen ve birçok hastalığın başlıca sebebi olarak görülmektedir. Son yıllarda hemen hemen bütün ülkelerde obezitenin görülme oranı artmaktadır ve bu problem genci, yaşlısı, çocuğu kısacası herkesi çok yakından ilgilendirmektedir (Akkaya ve Akkaya, 2013). Dünyadaki yetişkin nüfusun neredeyse %13’ünün, erkeklerin yaklaşık olarak %11’inin ve kadınların ise yaklaşık %15’inin obez olduğu bildirilmektedir (WEB\_2). Ülkemizde de başka ülkelerde olduğu gibi obezite görülme sıklığında her gün gitgide yükseliş gösterdiği, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 ön çalışma raporuna göre Türkiye’de erişkinlerde obezite sıklığının erkeklerde %20,5, kadınlarda %41, toplam olarakta %30,3 olduğu belirtilmektedir (WEB\_2).

Obezite vücutta birçok hastalığa sebep olmakta ve bununla birlikte fizyolojik, psikolojik ve de sosyal problemler oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabetüs

mellitüs, kanser türleri, kas-iskelet sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, ruhsal problemler ve birçok hastalıklar obezitenin sebep olduğu hastalıklar arasındadır

(WEB\_3)

Obez kişiler sadece fiziksel anlamda değil aynı zamanda psikiyatrik anlamda da sıkıntılar yaşamaktadırlar. Toplumda obez kişiler ön yargılara ve damgalanmalarla karşı karşıya kalabilmektedirler (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Obezite bu hastalıklar neticesinde kişinin hem yaşam standartlarını düşürmekte hem de küresel bir halk sağlığı problemi olarak ülke ekonomisini de kötü yönden etkilemektedir (Fan vd., 2020).

Obezite tedavi yöntemleri arasında; davranış değişikliği (örn. beslenme, fiziksel aktivite), psikolojik, farmakolojik ve cerrahi girişimler bulunmaktadır (Wharton vd, 2020). Ameliyat olacak obez hastanın; ameliyat öncesi ve sonrası bakımlarında güçlük yaşanabilmekte, uygulanan girişimlerin sonrasında komplikasyon oluşma riskinin yüksek olabilmekte, vücut ağırlıklarından dolayı kişiye pozisyon verilmesinde sıkıntılar yaşanabilmekte, hastalara yönelik uygulanan tedavi ve bakımda kullanılacak olan malzemelerin uygun ölçülerde olmaması ya da yetersiz olması gibi pek çok nedenlerle sorun yaşanabilmektedir. Bütün bunların neticesi olarak da obez bireyler, sağlık çalışanlarının negatif tavır ve davranışlarına da maruz kalabilmektedirler (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Multidisipliner ekibin bir üyesi olarak hemşirelerin bilgi ve tutumları hastaların bakımı için önemli olup aynı zamanda cerrahlara da destek olmaktadır (Fan vd., 2020). Literatürde hemşirelerin obez hastalara yönelik olumsuz bir tutuma sahip olduğu belirtilmektedir (Brown, 2006; Sikorski vd., 2013).

Hemşirelerin obez hastalara yönelik tutum ve inançları hasta deneyimini ve hasta bakımını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir (Brown, 2006). Sağlık bakım ekibi üyelerinin obez hastalara karşı olumsuz tutumlarının olması hastalara verilen bakımın azalmasına sebep olabilmekte, ayrıca hastaların sağlık hizmeti deneyimlerini de olumsuz etkileyerek ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişimi de isteksiz hale getirebilmektedir (Puhl and Brownell, 2001). Obez hastalara verilen bakımdaki yaşanan zorluklar nedeniyle hemşirelerin hastalara kaliteli bakım vermesini engellenmesi ile obez olan cerrahi hastalarına verilen uygun bakım ve hasta güvenliğine yönelik riskler de meydana gelebilmektedir (Uğraş ve ark., 2017). Yapılan literatür taramasında cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarını ve bakım kalite algılarını belirleyen

araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarının ve bakım kalite algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Obezite Tanımı ve Epidemiyolojisi**

Obezite, vücudun alması gerekenden daha çok enerji alımı nedeniyle vücutta aşırı yağ birikmesidir. Önceleri sadece bir beden imgesive estetik meselesi olarak düşünülen obezite, çağımızda hipertansiyon, kardiyolojik hastalık, diyabet, göğüs hastalıkları, çeşitli kanserler ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi sağlık sorunlarının kökeninde kronik bir hastalık haline gelmiştir. Bu sistemik hastalıklar, yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve hastalık süresini kısaltır. Yüksek morbidite ve mortalite ile karmaşık ve çok faktörlü bir hastalık olarak kabul edilir (Aygün, 2012; Sözmen ve ark., 2016).

Tarih boyunca obezite varlıklı olma, bolluk ve sağlığın bir göstergesi olarak görülmüştür. Ayrıca günümüzde yükselen yaşam standartlarının giderek artması, insanların daha az hareket etmelerine sebep olmaktadır. Topluluklar günden güne büyümeye başlamış ve bu büyüyen gelişen topluluklarla birlikte çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkmaya başladı. Bu sebepten dünyamızda gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde obezite majör bir sağlık sıkıntısı olarak karşımıza çıkmaktadır (Çayır ve ark., 2011; Yerlikaya ve Akın, 2013).

Çağımızda neredeyse hemen hemen her ülkede obezite insidansı yükseliş göstermekte ve bu sıkıntı yediden yetmişe bütün insanları çok yakından ilgilendirmektedir. Sözü edilen bu durumların meydana gelişinde, günümüze ait yaşamın bizlere sunmuş olduğu beslenme biçimlerini, şeker ve şekerli ürünlerin epeyce aşırı kullanılması ile insanların fiziksel alışmışlıklardan kaçarak dijital faktörlere eğilimi olmaları gibi değişkenlerin etkisi olmaktadır (Akkaya ve Akkaya, 2013; Kalan ve Yeşil, 2010). Günümüzde küresel bir epidemi durumuna gelen obezite Dünya Sağlık Örgütü'nün son belirlemelerine göre obezite 1975 yılından 2016 yılına kadar yaklaşık üç kat artış gösterdiği, 2016 yılında 18 yaş ve üstünde 1,9 milyar kişinin fazla kilosunun olduğu ve bu kişilerden de 650 milyonunun obez olduğu; dünya çapında 2016 yılında obezite prevalansının yetişkin nüfusta %13 (erkeklerde %11, kadınlarda %15) olduğu tahmin edilmiştir (WEB\_2).

Dünyada diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerle ilgili yapılan araştırmalarda obezite prevalansında güçlü bir yükseliş olduğu görülmektedir. Ülkemizde 1997-98 yılları aralığında 540 merkezde gerçekleştirilmiş olan, 20 yaş ve üstü 24788 bireyin katılmış olduğu Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi (TURDEP I) araştırmasında; erkeklerde %13, kadınlarda %29, genelde %22 düzeyinde obezite prevalansı görülmüştür. Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde obezite yoğunluğunun 30'lu yaşların ortalarında arttığını, 45 ile 65 yaşları arasında zirveye ulaştığı belirlenmiştir. Kentsel alanda obezite prevalansı %23,8 iken kırsal alanda bu rakam %19,6 olarak belirlenmiştir. Ülkenin bütününe bakıldığında Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde diğer bölgelere kıyasla daha düşük oranda obezite izlenmiştir (Satman ve ark., 2002). Türkiye'de yapılmış olan ilk nüfus temelli araştırma olan TEKHARF araştırması neticelerine göre; ülkemizde 1990 senesinde obezite prevalansı yaklaşık olarak %19, 2000 yılında ise bu değer %22'dir ve 10 yıllık zaman diliminde kadınlarda bu değer %36, erkeklerde ise %75 oranında artış meydana gelmiştir (Onat ve ark., 2017).

## **2.2. Obezitenin Etiyolojisi**

Obezite, kalıtsal ve çevresel etkileri olan dikkate değer kronik bir hastalıktır. Kalıtsal, cinsiyet, yaş, fiziksel aktivite, yeme-içme düzeni, psikolojik etkenler, sosyoekonomik ve kültürel etmenler öncelikli olmakla beraber; doğum sayısı, eğitim durumu gibi etmenler de obezitenin etiyojisini etkileyen risk etmenleridir. (Altunkaynak ve Özbek, 2006).

### **2.2.1. Yaş**

Obezite rahatsızlığı her yaş grupları içerisinde görülmesiyle birlikte, yaşın yükselmesiyle birlikte görülme ihtimalinin arttığı bilinmektedir. İnsanlarda yaşın yükselmesiyle beraber vücuttaki yağ yüzdesi artmaktadır. Obezite sadece erişkinlerde değil aynı zamanda çocukluk ve gençlik çağında da görülebilmektedir (Tezcan, 2009). Bunun yanı sıra obezite erkeklerde ve kadınlarda 50-60 yaşlarına kadar yükselme eğilimi görülebilmektedir. Yaşın artmasıyla beraber fiziksel aktivitede düşüş meydana gelmekle beraber beden de enerji gereksinimi azalmaktadır. Bu nedenle artan yaş ile artan beden ağırlığının benzer yönde bir ilişki bulunmaktadır. Çağımızda şişman erişkinlerin büyük

bir yüzdeliğinde şişmanlığın çocukluk döneminde başladığı iddia edilmektedir (Parlak ve Çetinkaya 2006).

### **2.2.2. Cinsiyet**

Obezite kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Bilhassa doğum sayısı yükseldikçe obezite ihtimalinde yükseliş göstermektedir. Obezite durumu doğumla ve gebelik nedeniyle meydana gelebildiği gibi östrojen hormonunun yağ seviyesini yükselten etkisiyle birlikte de meydana gelebilmektedir (Güven, 2014). Doğum denilince ilk akla gelen şeylerden biri kilodur. Bunun haricinde kadınlarda menopoz dönemi de kilo artışına sebebiyet verme olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle menopoz döneminde bölgesel yağ artması söz konusu olabilmektedir (Karamahmutoğlu, 2007).

### **2.2.3. Genetik Faktörler**

Obezitenin meydana gelmesinde genetik etkenlerin önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Hem insanların hem de hayvanların üzerinde yapılmış olan araştırmaların sonuçlarında; genlerin obezite gelişimine önemli bir ölçüde etkisi olduğunu göstermiştir (Sözen, 2006). Bununla birlikte, genler her zaman geleceği kestirememektedir. Bir bireyin fazla kilolu olması için genlerin ve davranış biçiminin her ikisi birlikte olması gerekebilmektedir. Bazı durumlarda ise birden fazla gen bir kimsenin obeziteye olan duyarlılığını artırabilmekte ve çok fazla aşırı yemek yeme ve fiziksel aktivite eksikliği gibi dış faktörleri de gerektirebilir (Kopelman, 1994).

### **2.2.4. Beslenme Alışkanlıkları**

Ülkemiz, beslenme türü bakımından hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerin problemlerini bir arada içermektedir. Ülkemizde insanların beslenme türü yaşadığı bölgelere, mevsimsel duruma, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel ya da kırsalda yaşam yerlerine göre değişiklik göstermektedir. Bu durumun başlıca sebeplerinin başında, gelir dağılımının dengesizliği gelmektedir. Beslenme problemlerinin özellikleri ve görülme yaygınlığı değişmektedir. Bununla birlikte beslenme durumundaki bilgi eksikliği, yanlış besin tercihlerine, hatalı hazırlanmasına, pişirilmesine ve muhafaza metotlarının uygulanmasına sebep olmakta ve bu hatalar beslenme problemlerinin fazlalaşmasına neden olmaktadır (Çayır, 2009; Pekcan, 2001).

“Fastfood” tarzı beslenmek ve abur-cubur atıştırma, hızlı yemek yeme gibi hatalı yeme biçimleri, yiyeceklere erişimin basitleşmesi obezite oluşmasında etkili olmaktadır. Yapılan bir araştırmada, geceleri uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığı fazladan kilosuna olanlarda (%18) normal kilosunda olanlara (%4) göre yüksek çıktığı bildirilmiştir (Can, 2003).

### **2.2.5. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite; kalp hızı ve solunumu arttıran, günlük yaşamda enerji tüketimine sebep olan ve yorgunlukla neticelenen aktiviteler olarak tanımlanır. Başka bir deyişle yürümek, koşmak, bisiklete binmek, baş, gövde, uzuv hareketleri gibi temel beden hareketlerini içeren çeşitli spor dalları, oyunlar, egzersizler, dans etmek gibi aktiviteler fiziksel aktivite olarak tanımlanır (Ergin, 2014). Obezite tedavisinde; fiziksel aktivite üzerinde durulmakta olan konulardan yalnız bir tanesidir. Fiziksel aktivite sadece yağ yakımının veya mevcut halindeki kilonun korunması açısından önem teşkil etmemekte bunun yanında fiziksel aktivite obezite nedeniyle ortaya çıkan hastalıkların iyileştirilmesi yahut obezitenin etkilerinin azaltılması amacıyla da önem teşkil etmektedir. Bu nedenden dolayı obezite hastalarının fiziksel aktivitelerinin artırılması yağ yakımının fazlaşması açısından önem teşkil etmektedir (Baltacı, 2008; Çıtak ve ark., 2007).

### **2.2.6. Sigara Bırakma**

Yapılan araştırmaların çoğunda kadınlarda ve erkeklerde sigaranın bırakılması sonucunda kilo miktarında artış olduğunu görülmüştür. Gün içerisinde 15 veya daha fazla sigara içmekte olan genç yetişkinlerde sigarayı bırakmalarının ardından kilo alma riski (>13kg) yüksektir (WEB\_4).

### **2.2.7. Alkol Tüketimi**

Alkol bedende depolanmamakta, alındığı andan itibaren oksidasyona uğrayarak fazla miktarda enerji sağlamasına neden olur. Alkol, insan bedeninin enerji gereksinimi için kullanılırken, alkol ile beraber alınan gıdalar yağ olarak depolanır. Net bir bulgu olmamasına rağmen fazla alkol alınması ile kilo alımı arasında bir ilişki olabileceği öne çıkarılmaktadır (Astrup, 1996).

### **2.2.8. Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Faktörler**

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin beslenme problemlerinin bir arada yaşanmakta olduğu Türkiye’de ise nüfusun beslenme biçimi yaşadığı konuma, sosyo-ekonomik seviyeye ve kırsal ya da kentsel yerleşim bölgelerine göre mühim değişikliklerin olduğu belirtilmektedir. Ülkemizin genelinde, kırsal yerleşim bölgesinde ve özellikle sosyo-ekonomik durumun düşük gruplarda obezite yaygınlığı yükselmektedir (Beyaz ve Koç, 2009).

Dünyanın genelinde satın alma gücünün artmasıyla beraber gıda tüketiminin de bu güçle beraber arttığını ve sonuç olarak vücuda alınan kalori oranının da bu durumla beraber fazlaşması ile beslenme biçiminin etkilendiğini öne çıkarmaktadır (Beyaz ve Koç, 2009).

### **2.3. Obezitenin Ölçümü ve Belirlenmesi**

Obezitenin belirlenmesi amacıyla ölçüm metotları kapsamında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu araştırma içerisinde ölçümde kullanılan dört yöntemden bahsedilecektir. Bahsedilen yöntemler; Beden Kitle İndeksi (BKİ), Rölatif Ağırlık (RA), Deri Kıvrım Kalınlıkları (DKK), Bel / Kalça Oranıdır (Aksoydan ve Çakır, 2011; Can, 2011; Çömlekçi, 2011; Nazlıcan vd., 2011; Strock vd., 2005; WEB\_5).

#### **2.3.1. Beden Kitle İndeksi**

Obezitenin beden kitle indeksi (BKİ) yöntemiyle tespit edilmesi mümkündür. Ayrıca bu çerçevede mortalite ve morbiditeyle beraber ilişki kurulması mümkündür. Beden kitle indeksi en yaygın kullanılmakta olan yöntemlerden biri olarak dikkatleri çekmektedir. Beden kitle indeksi kilonun kilogram türünden değeriyle, boyun metre türünden değerinin karesine oranlanması ile tespit edilmektedir. (Aksoydan ve Çakır, 2011).

#### **2.3.2. Rölatif Ağırlık**

Rölatif ağırlık (RA) kişinin şu anki ağırlığın ideal ağırlığa oranlanması sonucuyla hesaplanmaktadır. Bu anlamda rölatif ağırlık aşağıdaki şekilde formül edilmektedir.

$$RA = \frac{\text{Mevcut Ağırlık}}{\text{İdeal Ağırlık}} \times 100$$

İdeal Ağırlık

Rölatif Ağırlık (RA) aşağıdaki neticelere göre değerlendirilmektedir.

- %90 ile %110 arasında normal kilolu,
- %110 ile %120 arasında fazla kilolu,
- %120'nin üzerine çıkması halinde obezite şeklinde ifade edilmektedir (Çömlekçi, 2011).

### 2.3.3. Deri Kıvrım Kalınlıkları

Deri kıvrım kalınlığı (DKK) ölçümü kaliper adı verilen aletlerden faydalanılarak yapılmaktadır. Vücudun farklı bölgelerindeki deriden kalınlık ölçümleri yapılmaktadır. Bu ölçümler esnasında en fazla kullanılan bölge triceps derisidir. Bu yöntemle yağ kalınlığını belirlemesi açısından avantaj sağlayan bir yöntem biçimidir (Strock vd., 2005).

### 2.3.4. Bel/Kalça Oranı

Vücuttaki yağın ölçülmesinde kullanılan diğer yöntemlerden birisi de bel ölçüsünün kalça ölçüsüne oranlanması ile elde edilmektedir. Sözü edilen bu ölçüm uygulanırken bireyin belinin en ince kısmı ile kalçanın en geniş kısmının tespit edilmesi önemlidir. Bu yöntem de erişkinlerde obezite varlığının tespit edilmesi açısından oldukça yararlıdır (Nazlıcan vd., 2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerinin sonucunda bel/kalça oranları hesaplamaları sonucunda kadınlarda bu değer 0.85, erkeklerde ise 0.90'ın üstünde çıkması abdominal obeziteyi kanıtlayan nitelikteki bulgulardandır (WEB\_5). Beden kitle indeksi aynı bile kalsa bel/kalça oranındaki pozitif bir değişkenlikle riskin düşmesine sebep olabilir. Sebebi ise lokal dağılımın şişmanlığın derecesinden bağımsız gözükmesidir. Yapılan ölçümlerde bel çevresinin kendi başına ölçülmesi de riskin tespit edilmesinde epey katkı sağlamaktadır. Fakat bel/kalça oranı hesaplamaları çocuklarda pek fazla güvenilir bir yöntem olmamaktadır (Can, 2011).

## **2.4. Obezitenin Sebep Olduğu Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Problemler**

Obezite insan vücudunda bir hayli hastalığa sebebiyet vermekte ve bunun yanında fizyolojik, psikolojik ve de sosyal sorunlar oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabetes mellitus, birçok kanser türleri, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve daha başka birçok hastalıklar obezitenin sebep olduğu hastalıklardandır (WEB\_3). Bu hastalıkların haricinde obez bireylerde psikolojik, sosyal problemler ve intihara teşebbüsler de görülmektedir (Tedik, 2017).

Obezite bu rahatsızlıklar sonucunda bireyin hem yaşam standartlarını düşürmüş olup hem de evrensel bir halk sağlığı problemi olarak ülkenin ekonomisini de negatif yönde etkisi olmaktadır (Ercan ve Nehir 2014). Dünyanın genelinde sağlık için yapılmakta olan harcamaların %2-8'i obezitenin sebep olduğu hastalıklardan dolayı kaynaklandığı bildirilmektedir (Kayar ve Utku 2013).

### **2.4.1. Fizyolojik Problemler**

Obezitenin vücudun sistemleri üzerinde bir hayli negatif etkisi olduğu bilinmektedir ve bu durum aynı anda morbidite ve mortalite oranını artırdığı kanıtlanmıştır (WEB\_3).

Vücutta tüm organlara tesir eden obezite; koroner arter hastalığı, hipertansiyon, derin ven trombozu, konjestif kalp yetmezliği, uyku apnesi, obeziteye bağlı hipoventilasyon sendromu, dejeneratif eklem hastalıkları, tip 2 diyabetes mellitus, gastroözofajiyal reflü, safra kesesi rahatsızlıkları, üriner inkontinans, farklı kanser türleri (prostat, kolon, meme, over endometriyum), depresyon vb. rahatsızlıkların görülme olasılığını arttırmaktadır. Büyükçe bir kısmı kronik olan obezite ile alakalı bu hastalıklar, kişilerin fonksiyonel durumlarını ve hayat kalitelerini negatif anlamda etkilemektedir. Bu negatif etkilenme durumu hastaların özel bakım ihtiyaçlarını da arttırmaktadır (Camden, 2006).

### **2.4.2. Psikolojik Problemler**

Obez bireylerde, benlik saygısıyla beden algısı üzerinde negatif etkileri gözlenmektedir. Bireyin, aile bireyleri arasındaki ilişkilerinde görülen problemler ve çevresel uyum sıkıntıları, psikopatoloji, yeme tutumu yahut yeme bozuklukları da görülebilen psikolojik sorunlar içerisinde yer almaktadır (Tezcan, 2009). Obez bireylerde BKİ ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki olduğu, bu nedenle vücut ağırlıklarından hoşnut olamayan obez bireyler, beden memnuniyetsizliklerinden ve negatif damgalamalar nedeni ile düşük benlik saygısına sahip olmaktadırlar (Hamurcu ve ark., 2015).

Obezite ile depresyon arasında da belirgin bir ilişki görülmüştür (Değirmenci ve ark., 2015). Depresyon obez kişilerde daha ağır seyreder ve prognozu daha kötü olmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Anksiyete bozukluğu, major depresyon, beden görüntüsü ile alakalı hoşnutsuzluk durumu, düşük özgüvenli olma, tıkanırcasına yeme, gece yemek yeme sendromu, anoreksiya nevroza, bulimia nevroza obezitenin sebep olduğu psikolojik problemlerin en sık görünenlerindedir (Welborn, 2013).

### **2.4.3. Sosyal Problemler**

Obezitenin sebebiyet verdiği problemler içerisinde sosyal problemler de bulunmaktadır. Obezite hastalığına karşı peşin hükümlü olma, ayrımcılık yapılması ve kötüleyici bazı davranışlarda bulunulması obezitenin sosyal bakımdan da incelenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Ercan ve ark., 2015). Obez bireyler kiloları nedeniyle toplumun içerisinde suçlanmakta ve sosyal açıdan ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Brewis, 2018). Bilhassa batı toplumlarında zayıflık daha fazla beğeni alırken, obez bireylerin negatif tutumlara, peşin hükme ve kötü davranışlara maruz kaldığı belirtilmektedir (Hamurcu ve ark., 2015).

### **2.5. Obezitenin Tedavisi**

Obezite her yaştan birey için oldukça önem verilmesi gereken bir hastalık türüdür. Vücutta mevcut olan yağın oranı ve bölgesine göre hastaların yaşam standartları değişiklik göstermektedir. Obezite önlenilebilir ve tedavisi mümkün olan bir sağlık problemidir. Bireylerin obezite ile alakalı tedavisinin yapılabilmesi için tedavi boyunca

aktif katılım göstermesiyle beraber tedavide süreklilik gerekmektedir. Yapısal olarak değerlendirmek gerekirse obezitenin tedavisi uzun dönem süren ve karmaşık bir süreç olarak karşımıza çıkabilmektedir. Kritik olan bu sağlık problemi özelliğindeki obezite, cerrahi yöntemle, ilaç tedavisiyle, davranış değişikliği terapisiyle, egzersizle ve tıbbi beslenmeyi düzenleyen tedavi yöntemleriyle iyileştirilebilmektedir (Deveci, 2013; Yüksel, 2016).

Obez kişilere öncelikle tıbbi beslenme tedavisi ile beslenmelerinin nasıl olması gerektiği öğretilmeli bundan sonra öğrenmiş oldukları bu sağlıklı beslenme yöntemini davranış değişimi sayesinde daimi duruma getirmeleri sağlanmalı, lüzumu halinde ilaç tedavisiyle desteklenmelidir. Bütün bu yöntemlerle istenilen kilo kaybını sağlayamamış morbid obez hastalara cerrahi tedavi uygulanmasının yararlı olabileceği belirlenmiştir (Atila, 2014; Yüksel, 2016). Ülkemizde BKİ'yi 40 kg/m<sup>2</sup> üstünde olan hastalar, farklı tedavi biçimleriyle (kilo veremeyen hastalar veya kilo verip sonrasında yeniden kilo alan hastalar laparoskopik bariatrik cerrahi için uygun kriterdeki hastalardır (Karadayı, 2016). Obezite tedavisinde yaşam biçimi değişikliklerinin yanında tıbbi tedaviden de yararlanılmaktadır. Tedavi sürecinde en önde yaşam biçimi değişikliklerinin uygulanıp kabullenilmesi, başarılı olunmasıyla birlikte tıbbi tedavi uygulanması önerilmektedir (Yüksel, 2016).

Obezite tedavisi sürecinde %5 ile %10 arasındaki kilo kaybı olduğunda obezite ile beraber meydana gelen uyku apnesi, diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi hastalıkların tedavisinde etkisi olduğu bulunmaktadır (Deveci, 2013). Ancak obezite tedavisinde bireyin kendi kendine değil de uzman kişilerden destek alınması gerekmektedir. Çalışmalar obez kişilerin uzman kişilerden destek almadan yaptıkları egzersiz ile diyet uygulamalarının sonucunda başarısız olduklarını göstermektedir (Ateş, 2015). Hastaların tedavi boyuncaki motivasyonları ve tedaviye olan uyumları tedavinin başarılı olup olmamalarını sağlayan en büyük nedendir. Bu nedenle bireylere obezite tedavisinde bütün özelliklerin hastalara aydınlatılması önem arz etmektedir (Deveci, 2013).

### 2.5.1. Diyet

Oldukça fazla hatalı beslenme alışkanlığı obezitenin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Fazla miktarlarda besin alımı, fast food tarzı beslenmenin fazlaca olması, sağlıksız atıştırmalık tüketimi, hatalı diyet uygulamaları, yüksek kalorili yiyeceklerin ve içeceklerin tüketilmesi, hızlı yemek yeme biçimi ve lokmaların fazla çiğnenmeden iri biçimde yutulması gibi etmenler oldukça etkilidir (Kardaş ve Orbak, 2002).

Obezitenin diyetle tedavisinde amaçlanan konu kişinin aldığı enerjinin harcadığı enerjiden az olması ve bu sayede yağ depolarının kullanılmasının sağlanmasıdır. Amaç, kas kütlelerinden kaybetmeden yağ oranının azalmasının gerçekleşmesidir. Bununla beraber öncelikle diyet tedavisinde gerçeğe uygun bir kilo hedefinin planlanması olmalıdır. Bireye sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması amaçlanarak uzun dönemli düzenli planlanması hedeflenen diyet listesinde, alınan kalori harcanan kalorigen az olmalı, öğünlerde proteini, karbonhidratı ve yağı kapsayan dengeli porsiyonları seçmeli, bireyler aç kalmamalı, doyma hissiyatı sağlanacak biçimde düzenleme yapılmalı, ulaşılması basit besinlerle diyeti planlanmalı, yeterli ölçülerde posalı yiyeceklerin tüketmesi sağlanmalıdır. Diyet planlamaları sağlam irade ve süreklilik gerektirdiği için bireyin yeme tutumu düzenlenmeli, fiziksel aktivite ve sporla birlikte devamı sağlanmalıdır (Gülçelik, 2007; Yüksel, 2016).

### 2.5.2. Egzersiz

Kişilerin yağ miktarının artışında etken olan faktörlerden biri kişilerin aldıkları kalori miktarının tükettikleri kalori miktarından fazla olmasıdır. Bu sebeple obezite döneminde kalori tüketiminin artırılması epey önemlidir. Egzersiz yapılması, kalori kaybını sağladığı için büyük önem taşımaktadır (Tam ve Çakır, 2012). Egzersiz, obezitenin tedavisinde verilen kilonun geri alınmasını önlemek amacıyla da önemli bir destekleyici tedavi biçimidir (Akbulut ve ark., 2007). Bu nedenle diyetle birlikte yapılan egzersizle beraber harcanan kalorigen önemi kilo kaybı ve kilo kontrolünde oldukça önemlidir. Salt diyet tedavisi uygulayan bireylerde yağ dokusuyla beraber kas kütlelerinde de kayıp meydana gelir. Ama egzersiz ile beraber sürdürülen tedavi boyunca yapılan egzersiz kas miktarını korumayı da desteklediği görülmektedir (Özkan ve ark., 2013).

Obez kişilerin egzersiz tedavisi ile yağ kaybının sağlanması için bilhassa büyük kas gruplarının çalıştırıldığı tempolu yürüyüş ve koşu gibi aktif ve düzenli ritimli hareketlerin planlandığı egzersiz programları tavsiye edilmektedir. Program planlanırken kişinin yaş durumu, cinsiyeti, ilk kilosu, rahatsızlıkları gibi kişisel etmenlere mutlaka dikkat edilmelidir. Bu etmenler göz önüne alınarak egzersizin türü, şiddeti, yoğunluğu ve süresi belirlenir (Özkan ve ark., 2013).

### **2.5.3. Davranış Değişikliği Tedavisi**

Obez kişilerde davranış değişimi geliştirilmesi için obezitenin meydana gelmesine sebep olan hareketsiz yaşam tarzını düzenleyerek sistemli fiziksel aktivitenin ve spor yapmanın sağlanması, haddinden fazla kalorili, paketli besinleri tüketmek yerine daha faydalı olan sebze, meyve, kurubaklagiller ve tahıllar ile beslenme alışkanlığı edinilerek bu davranış biçimlerinin 'yaşam tarzı' haline dönüştürülmesini kapsayan bir tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinde tüm ömür boyunca sürecek davranış değişikliği oluşturmak ve amaçlanan beden ağırlığının uzun süre boyunca korunmasını sağlamaktır (Oğuz, 2016).

Davranış terapisi bazı taktiklerden oluşur. Bu taktikler bireyin kendini izleme, bir hedef oluşturma, uyarıların kontrolü, kişinin kendisini ödüllendirme ve sosyal yardımdan meydana gelmektedir. Bu teknikler profesyonel kişiler tarafından uygulanarak ve kişinin becerilerini düzeltmelerini sağlar. (Kopelman and Grace, 2004; NHLBI, 2000).

**Kendini izleme:** Tedavinin birinci basamağı olarak kabul edilir. Hastadan o sıradaki yemek yeme ve yapılan egzersiz biçimi ile alakalı tutumunu kayıt altına alması istenir. Amaçlanan şişmanlığa sebep olan hareketlerin bilincine ulaşılmasını sağlamaktır. Kayıt formunda da ana ve ara öğünler, yemek yenilen mekanlar, yenilen yemeğin miktarı, ne zaman ve kiminle yendiği, yemek boyuncaki aktiviteler, fiziksel aktivite çeşidi, süresi, ruh hali ile alakalı sorular yöneltilir. (Akgün, 2008).

**Hedef oluşturma:** Tedavide öncelikle yağ kaybı miktarı için gerçeğe uygun hedefler belirlenir ve bu hedef doğrultusunda ilerleme sağlanır (Akgün, 2008).

**Uyarı kontrolü:** Kişiyi yemek yemeye ve aşırı beslenmeye iten toplum ve çevresel işaretler (iç ve dış uyarımlar) hisleri uyarak açlık için hatalı sinyal ortaya

çıkartır. Örnek vermek gerekirse bir birey televizyon seyredirken aşırı miktarda yemek yiyebilir. Bu sebeple uyarılar kontrol edilerek kişinin aşırı yemek yemeye maruz kalmasının önlenmesine ya da azaltılmasına çalışılır (Akgün, 2008; NHLBI, 2000).

Kendi kendini ödüllendirme: Kişi ulaşabilmesi güç olan hedefleri gerçekleştirdiğinde kısaca yağ miktarının kaybının sağlanması ve devamında korunmasına destek sağlayan davranışları gerçekleştirdiğinde bunların sağlanması için kullanılır. Verilecek ödül hasta kendi kendine değil de diyetisyeni ve doktoru ile birlikte kararlaştırılmalıdır (Akgün, 2008; NHLBI, 2000).

Sosyal destek: obezite tedavisinde obez kişiler için aile fertlerinin ve yakın çevresindeki kişilerin yardımcı olması önem arz etmektedir. Egzersiz ve diyet planına aile ve arkadaşları desteği ile giren kişilerin girmeyen gruba kıyasla uzun zamanda kilo vermeye devam ettiklerini ve vermiş olduğu kiloları uzun zaman korudukları belirtilmektedir (Wing, 2003).

Obezite tedavisinde en çok rastlanılan problemlerden bir tanesi kaybedilmiş kiloların en kısa sürede yeniden geri alınmasıdır. Sözü edilen konuyla alakalı yapılan araştırmalarda, cerrahi müdahaleler dışında kullanılan yöntemlerde kişilerin hangi nedenle aynı kiloda kaldıkları konusu üzerinde durulmuştur (Ayılmaz, 2016). Bunun sonucunda cerrahi müdahale dışındaki uygulamalarda davranışsal yöntemler üzerinde durulduğu, fakat bilişsel yöntemlerin üzerinde durulmadığı sonucuna varılmıştır (Deveci, 2013).

Obezite hastaları genellikle bedenleriyle ilişkili negatif düşüncelere sahip olmaktadır. Önceden denemiş oldukları diyetler ve yaptıkları egzersizler sonucunda amaçlarına ulaşamamış olmaları söz konusu düşüncelerin artmasına sebep olmaktadır. Yapılan araştırmalar kilo verme süreçlerinin kişinin düşünceleri ve inanışlarına göre şekillendiğini ortaya koymuştur (Tezcan, 2009). Bu nedenle bilişsel yöntemlerle hali hazırdaki araştırmaların geliştirilmesi oldukça önem taşımaktadır. Obezite hastalarının kötü fikir ve inançlarının değişebilmesi amacıyla uzman terapistlerden destek alınması önemlidir. Ayrıca bu işleyişle beraber bilişsel yöntemlerden yararlanılması gerekmektedir (Akgün, 2008).

#### 2.5.4. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik (İlaç) tedavi türü, BKİ'si 27 ve üzerinde olup obeziteyle beraber meydana gelen sekonder hastalıkları olan kişilerde kilo vermek amacıyla kullanılan başka bir yöntemdir (NHLBI, 2000). Obezitenin tedavisinde egzersiz ve diyet metotları ile kilo kaybı olsa bile bazı hususlarda kilo kaybını devam ettirmek ve verilen kilonun tekrar alınmasını engellemek zor olmaktadır. Bu sebeple kilo kaybının devamının sürdürülebilmesi ve kaybedilen kilonun geri alımını önlemek için farmakolojik tedavinin desteği de kullanılmalıdır. Fakat farmakolojik tedavinin, uzun dönem devam ettirilebilmesi için güvenli olmalı, hastada herhangi bir tolerans veya bağımlılık yaratmamalıdır (Türker, 2013).

Londra Hekimler Kraliyet Üniversitesi Beslenme Komitesi (2003) Antiobezite ilaçları ile alakalı bir rehber yayınlamış ve bu tedavide ilaç kullanımını için birtakım şartlar sunulmuştur. Buna göre;

1-Tıbbi açıdan risk sahibi olan, egzersiz ve diyet yöntemi ile kilo kaybında başarılı olamayan bireylerde,

2-BKİ'si 30 ve üzerine çıkan ya da BKİ'si 27 ve üzerinde olup tespit edilmiş eşlik eden hastalıkları olan bireylerde,

3-Hipertansiyon, tip 2 diyabet ve dislipidemi gibi tanıları bulunan bireylerde,

4-Kiloları sebebiyle meydana gelmiş nefes darlığı veya artrit gibi fiziksel aktivite kısıtlılıkları olan bireylerde,

5-Aile anamnezinde fazla kilo veya kardiyovasküler rahatsızlıklar, tip 2 diyabet ve komplikasyonları sebebi ile erken ölüm olan bireylerde ilaç kullanımının doktor kontrolünde uygun olduğu belirtilmektedir.

#### 2.5.5. Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisinde hasta, hekim, hemşire, diyetisyen gibi ekip üyelerini bulunduran ve sabırlı olunması gereken bir tedavi sürecidir. Tedavinin başında önemli olan gerçeğe uygun amaçlar saptanır ve diyet, egzersiz ve davranışsal tedavi süreçlerini kapsayan kişiye özel tedavi planı oluşturulur. Yaşam biçimi değişikliği ile kilo kaybı elde edilemediyse ve uygun koşullar sağlanıyorsa farmakolojik yöntemler kullanılır.

Morbid obezite durumu mevcut ise, cerrahi tedavi düşünülebilir (Gülçelik ve Gürlek, 2007).

Cerrahi harici metotlarla kilo veremeyen ve çoğunlukla başarılı olamayan obez hastaların kilo vermek için başvurmuş oldukları cerrahi yönteminde başarılı olabilmeleri için en az tercih edilen metot kadar bir hayli önemli olan bir başka etken de uygun hasta seçiminin yapılmasıdır (Deveci, 2013; NIH, 1991). Obezite cerrahisine başvuru yapan adayların içerisinde uygun kişinin belirlenebilmesi için ameliyat öncesinde, içinde psikiyatri, psikoloji, genel cerrahi, endokrinoloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, anesteziyoloji ve beslenme branşlarından uzmanların bulunduğu multidisipliner bir ekiple birlikte ayrıntılı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir (Barbaros, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes Health- NIH) 1991 yılında bariatrik cerrahi operasyonu için adaylarının belirlenmesi için öncelikle BKİ'yi belirten tavsiyeler ve kurallar açıklamıştır (Barbaros, 2013; NIH, 1991). NIH'e göre (1991) aşağıdaki ölçütlere sahip bireyler bariatrik cerrahi için elverişlidir:

1. BKİ'nin 40 ve üzerinde olması,
2. BKİ'nin 35 ve üzerinde olması fakat bununla beraber 2 diyabet, hipertansiyon, romatizmal hastalıklar, uyku apnesi veya koroner arter hastalığı gibi hastalıkları beraberinde getirmesi,
3. Bireyin ruh halinin dengede olması veya kontrol altına alınamayan psikiyatrik bir ek rahatsızlığın olmaması,
4. Bireyin genel anestezi alabilmesi için riskli bir kontrendike bir durumun bulunmaması
5. Cerrahi harici yöntemler uygulanmış ve bu uygulamaların başarıyla sonuçlanmamış olması gerekmektedir.

## **2.6. Obezitede Cerrahi Yöntemler**

Obezite tedavisinde cerrahi yöntemler yapısal açıdan üç kısım altında ele alınmaktadır. Bunlar şu şekilde ifade edilmektedir (Barbaros, 2013):

1.Mide büyüklüğü küçülten-kısıtlayan (restriktif) yöntemler arasında; mide balonu uygulaması, mide bandı uygulaması, tüp mide uygulaması, vertikal bant gastroplasti bulunmaktadır.

2.Emilimi engelleyen (malabsorbtif) yöntemler arasında; biliopankreatikdiversiyon, düşey gastrektomi bulunmaktadır.

3.Kombine (Malabsorbtif ve Restriktif) Yöntemler

## **2.7. Obez Hastanın Ameliyat Öncesi Bakımı**

Obezitenin sebebiyet verdiği ve bir çoğunluğunun kronikleşen hastalıkları sebebiyle, kişilerin işlevsel kabiliyetleri ve hayat kaliteleri negatif yönde etkilenmektedir. Bahsedilen negatif yöndeki etki, obez hastaların bireysel bakım ihtiyaçlarını da arttırmaktadır (Usta, 2012).

Cerrahi işlem geçiren obez bireylerde, genel sağlık halinin bozulması ve mevcut olan süreğen hastalıklar sebebiyle, çoğunlukla kardiyovasküler sistemde ve solunum sisteminde istenmeyen durumların ortaya çıkma tehlikesi ile cerrahi işlemde kaynaklanabilecek hayat kaybının, normal kilosundaki bireylere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında aşırı yağ dokusu sebebiyle cerrahi alan enfeksiyonları, yara iyileşme hızında azalma gibi problemleriyle karşılaşma ihtimalinin fazla olduğu belirtilmiştir. Obez bireylerin, aşırı yağ dokusu, hareketlerin kısıtlanması, fazla terlemek ve fazlaca yaşanabilen inkontinans sebebiyle bası yaralarıyla karşılaşılması yönünden de risk grubunda oldukları bildirilmektedir (Green ve Gillett 1998). Bu nedenlerden dolayı cerrahi tedavi sebebiyle kliniğe başvuran hastanın kliniğe kabulü esnasında yapılan görüşmeler önem teşkil etmektedir. Zira bu dönemde obez bireyler yapılması planlanan ameliyattan ve ameliyattan sonrasındaki hayatlarında olabilecek değişimlere ait kaygıları olabilmektedir. Yapılan bu görüşmelerde hasta öyküsü ile ilgili bilgiler dikkatli toplanması gerekmektedir. Eğer bireyde süregelen hastalık var ise diğer uzmanlık branşlarının fikirlerine başvurularak, bu fikir doğrultusunda uyumlu bir hemşirelik bakımı sağlanmalıdır (Camden 2009; Grindel and Grindel 2006).

Cerrahi tedavi uygulanacak obez hastalar için birçok birimde sıklıkla geniş hasta yatağı veya hasta önlüğü gibi hasta için gereken hazırlıklar bulunmayabilir. Obez hasta için hususi bir odaya ihtiyaç duyulabilir. Hastanın yatak içi pozisyonuna ve hareket

etmesine kolaylaştıran, yatağın üstüne trapez vb. bir bar koyulabilir. Odada geniş ayarlı manşonu olan kan basıncı aleti kullanılmalıdır. Obez hastanın taşınabilmesi için yeterince genişliği olan tekerlekli sandalyeye ihtiyaç duyulabilir. Obez hasta ameliyattan dönmeden önce odanın en uygun olan yerleşim planı yapılmalıdır. Yatak içerisinde dönmek, duş almak ve ambulasyon gibi hareketlere destek olacak bir kişiye ihtiyaç duyulabilir (Camden 2009; Grindel and Grindel 2006).

Cerrahi tedaviden sonra görülebilecek en sık komplikasyonlardan bir tanesi yara yeri enfeksiyonudur. Sayıca fazla deri kıvrımı olması obez bireyler için problem oluşturabilmektedirler. Bilhassa abdominal bölgede sayıca fazla yumuşak deri kıvrımı olması sebebiyle preoperatif dönemde deri hazırlığı önem taşımaktadır. Obez hastaya hastaneye başvurmadan önce evinde göğüsten bel çevresine kadar ki kısmın yani abdominal bölgenin sabun ve ılık su ile itinalı bir şekilde bir biçimde temizlenmesinin gerekli olduğu belirtilmelidir (Camden 2009; Grindel and Grindel 2006).

Obez bireylerde göğüs ve abdominal bölgede mevcut ekstra yağ dokusu bölgede baskıya sebep olabilmektedir. Göğüsün üzerindeki bu baskı yüzeysel ve hızlı nefes alışverişine sebep olmaktadır. Bu nedenle hastanın akciğerlerine taşınan oksijen miktarı azalmaktadır. Bu husus, hipoksemi veya pulmoner hipertansiyonile sonuçlanabilmektedir. Cerrahi işlem sonrası solunum sistemi komplikasyonlarının önüne geçmek için hastaya pozisyon verme, yatak içi hareket, derin solunum egzersizi ve öksürme alıştırmaları yaptırılmalıdır. Cerrahi öncesinde spirometre kullanılması ihtiyaç durumunda yapılabilir. Eğer ki hastanın uyku apnesi nedeniyle evde kullanmakta olduğu CPAP cihazı varsa ve hastanede de bu cihazı kullanmayı sürdürecekse bu durum için ayarlama yapılmalıdır (Camden 2009; Grindel 2006).

Fazla kilo alınması neticesiyle idrar yolunun dış taraftan baskıya uğraması ve uygun hijyen durumunun olmaması sebebiyle idrar yolu enfeksiyonu hastalarda görülebilmektedir. Bu bireylerden ihtiyaç durumunda idrar kültürü tetkiki alınmalı ve gerek görüldüğu taktirde doktor istemi ile antibiyotik ile tedavi edilmelidir (Bozboru, 2008).

Obezite sebebiyle meydana gelen kalp ve damar sistemindeki rahatsızlıklar ölüme sebep olabilmektedir. Hipertansiyon, kardiyak yetmezlik, koroner sistem hastalıkları gibi problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple preoperatif dönemde kardiyolojik yönden incelemenin yapılması gerekmektedir. Hasta sık sık monitörizasyonu sağlanarak kapsamlı değerlendirme ve hayati bulguları üzerinde durulmalıdır. Aynı zamanda hastada ödem mevcutsa ayrıca basınç bölgelerine dikkat edilmelidir (Bozboru, 2008).

Obez bireylerde çoğunlukla gastrointestinal sistem ile ilgili problemler olmaktadır. Reflü, gastrit, safra kesesi problemleri, konstipasyon sık görülmektedir. Konstipasyon problemi olan hastalara cerrahi girişim öncesinde barsak temizliği yapılmaktadır. Geçmiş zamanda batın ameliyatı olan hastalarda ise ameliyat sonrasında meydana gelebilecek istenmeyen durumlar değerlendirilmelidir (Bozboru, 2008).

## **2.8. Obez Hastanın Ameliyat Sırası Bakımı**

Ameliyat sırasındaki bakım süreci kişinin ameliyathaneye girmesiyle başlayıp, anestezi sonrası servis ya da yoğun bakım ünitesi kabulüne kadar ki geçen zamanı kapsamaktadır. Ameliyat boyunca hastanın güvenliğine dikkat edilmesi, hastanın sıvı elektrolit dengesinin devam ettirilmesi, hava yolu ve oksijenlenmenin devam ettirilmesi, ilaç uygulamaları, hastaya uygun olan pozisyon verilmesi dikkatli olunması gereken durumlardandır (Fencel ve Walsh, 2015).

Ameliyat boyunca hastaların beden ağırlığının çok olması göz önüne alınarak transferinin yapılması, masaya güvenli bir şekilde alınması, hastaya uygun masa ve sedye tercih edilmesi, dolaşım sistemini etkilemeyecek şekilde pozisyonun sağlanması, cildin bütünlüğünün korunması, kolların desteklenmesi, bası noktalarının değerlendirilmesi ve diğer gerekli tedbirlerin alınması oldukça önemlidir (Nail, 2013).

Obez hastaların normal vücut ağırlığındaki kişilere göre entübe edilmede zorlanılma ve hava yolu açıklığını sağlamada problem yaşanma ihtimali vardır. Acil müdahale gerekebilecek durumlarda acil arabası ve uygun teçhizatların hazırda olması gerekmektedir (Green, 2012).

## **2.9. Obez Hastanın Ameliyat Sonrası Bakımı**

Ameliyat sonrasındaki hemşirelik bakımı sürecinde yaşamsal bulgularının yakından izlemi, ağrı takibi yapılması ve varsa giderilmesi, kanama kontrolü, komplikasyonlar açısından takibi, hastayı rahatlatma ve destek olma gibi prosesleri kapsar (Steyer vd, 2016).

Ameliyat sonrasındaki zamanda ağrının durumuna göre mobilizasyonun sağlanabileceği ve bu sayede oluşabilecek komplikasyon ihtimalinin azalacağı bilinen bir durumdur. Ağrı yönetimindeki geçerli ve doğru değerlendirmenin yapılması ve girişimlerle birlikte ağrının giderilmesi son derece önemlidir (Thorell vd, 2016).

Ağrının kontrolü ile birlikte derin solunum egzersizleri ve öksürük egzersizlerinin yapılabilmesi de mümkündür. Ameliyat sonrası süreçte enfeksiyon takibi yönünden enfeksiyon açısından bulgular değerlendirilmeli ve bu nedenle yara bölgesinin takibinin yapılması, hastalar mobilize edildikten sonra üriner kateterin öncelikli süreçte çıkarılması önemlidir (Aygın ve Açıl, 2015).

Obez bireylerde sıkça karşılaşılabilen uyku apnesi olan hastalar değerlendirilmeli, gerektiği takdirde oksijen desteği alması sağlanmalı ya da oksijen desteğine ek olarak pozitif basınçlı destek de verilmelidir (Thorell vd., 2016).

## **2.10. Cerrahi Hemşirelerinin Obez Bireylere Yönelik Tutumları**

Obez bireylerde, gereken hemşirelik bakımının verilmesine engel olan oldukça fazla fiziksel ve psiko-sosyal problemler bulunmaktadır. Obez hastalara özgü araç gereç ve fiziksel ekipmanlardaki noksanlık hemşirelik bakımının kalitesinde, hasta memnuniyetinde ve bakım verenlerin güvenliğinde negatif açıdan etkisi olmakta; dahası obez hasta bakımının yıpratıcı ve fazla zaman alıyor olmasıyla çalışan memnuniyetsizliğine sebep olmaktadır (Usta, 2012).

İşlevsel durumları genellikle yeterli olmayan obez kişilerde bu durum, cerrahi operasyon sebebiyle daha da fazlalaşmakta ve hasta bağımlı bir duruma gelebilmektedir. Ayrıca, cerrahi girişim sonrasında istenmeyen durumların görülme olasılığının fazla olması sebebiyle hemşirelerin, obez bireye tutumu ve hasta bakımı da

önem arz etmektedir. Obez bireyin hastaneye ilk kabulünden itibaren, taburcu edilinceye kadar ilerleyen süre zarfında; hemşire, hasta ile önyargısı olmadan, empati yaparak, güvenli bir iletişim ve davranış içerisinde olmalı, kişiyi bütün kapsamlarıyla ele alarak hümanist bir yaklaşımda olmalı ve hemşire eğiten, uygulayan, bakım veren, yönetme rollerini yerine getirmelidir (Camden 2006; Vacek 2007).

Poon ve Tarrant'ın (2009) araştırmasında, erkek hemşirelerin kadın hemşirelere kıyasla obez bireye bakım vermenin daha zahmetli olduğunu ve obez bireylere karşı tutumlarının da daha negatif olduğu neticesine varılırken, Brown ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları araştırmada ise cinsiyet ile obez bireye karşı olan tutum arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Brown vd., 2007; Poon and Tarrant; 2009).

Brown ve arkadaşlarının çalışmasında erkek hemşirelerin (%76,5), kadın hemşirelere (%47,0) kıyasla, obez bireye bakım verirken daha gönülsüz oldukları aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Brown vd., 2007). Poon ve Tarrant'ın (2009) çalışma neticesine benzerlik gösteren bu durum, kadınların doğası ile sosyal yaşamlarındaki görev ve sorumluluklarının doğal bir etkisi olarak değerlendirilebilir (Brown vd., 2007) (Poon ve Tarrant, 2009).

## **2.11. Cerrahi Hemşirelerinin Bakım Kalite Algısı**

Bakım eylemi insanlığın mevcudiyetinden beri var olmasına rağmen, kavram olarak kaynaklarda ortalama yarım asırdır bulunmaktadır. Hemşirelik mesleği ile alakalı olarak bakım kavramının kaynağında yer edinmesi ise 90'lı yılları bulmuştur. Bakım kavramı, "Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde"; "bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için yapılan çalışma, birinin beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek" şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2011)..

Madeleine M. Leininger'e göre bakım; kişilerin hayat biçimi ve şartlarını geliştirmek ya da iyileştirmek için mevcut olan ya da olası gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olan, destek olan veya kolaylaştıran davranışlarla alakalı durumdur (George 1990). Hemşirelik kavramı ise; bireyler sakatlık ya da ölümle karşı karşıya kaldıklarında destek olmak ya da kültürel açıdan anlamlı ve faydalı bir şekilde kişinin iyilik durumunu muhafaza etmek ya da geri almak için kişilere / gruplara olanak sağlamak / kolaylaştırmak, desteklemek ya da yardımcı olmak için gerekli bakım ve

faaliyetlere odaklanan bir disiplinli, bilimsel ve hümanist bir meslektir (Alligood ve Tomey, 2006).

Ayrıyeten cerrahi klinikler bireyin durumundaki acil değişimlerin meydana gelebileceği, acil müdahalelere ihtiyaç duyulabilen, acele ve titiz düşünmenin daha çok yaşamsal önem taşıdığı kliniklerdir. Bu sebeple cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelerde bulunması gereken nitelikler, ihtiyaç duyulan bakım gereksinimini karşılayıcı özellikte olmalıdır (Akça, 2011; Akın, 2013).

Günümüzde obez bireylerin sayısında artış bulunmaktadır. Hemşirelerin obez bireylere karşı olan tutumu bakım kalitelerini etkileyebilmektedir. Yapılan literatür taramasında cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarını ve bakım kalite algılarının belirleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarının ve bakım kalite algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarının ve bakım kalite algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan analitik tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırma Soruları**

- Cerrahi hemşirelerinin obez bireylere karşı tutumu nasıldır?
- Cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre obez bireylere karşı tutumu arasında fark var mıdır?
- Cerrahi hemşirelerinin bakım kalite algıları nasıldır?
- Cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre bakım kalite algıları arasında fark var mıdır?
- Cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumları ve bakım kalite algıları arasında ilişki var mıdır?

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

Araştırma, İstanbul ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler ile 22 Aralık 2021 – 31 Mart 2022 tarihleri arasında online olarak yürütülmüştür. Veri toplama formu elektronik olarak hazırlanmış ve sosyal paylaşım siteleri üzerinden hemşirelerle paylaşılmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İstanbulda görev yapan cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler, örneklemini ise az 6 aydır görev yapmakta olan, araştırmaya katılmaya gönüllü 191 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde daha önce benzer parametrelerin incelendiği uluslararası çalışmadan elde edilen bilgiye göre yapılmıştır (Ak vd., 2018). Obez hasta bakımında hemşirelik bakım algılarının belirlenmesi amaçlı kullanılacak ölçeklerin yapılan çalışmalarda standart sapmasının  $s=21.8$ , ortalama üzerinden hesaplanan yaklaşık hata payının %5 ( $d=3.1$ ) olduğu bulunmuştur. Buna göre popülasyon büyüklüğü bilinmeyen olarak dikkate alındığında, birinci tip hata  $\alpha=0,05$  olup, aşağıda yer alan formül ile bu ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 190 cerrahi hemşiresi olarak bulunmuştur.

Hesaplama formülü

$$n = \frac{s^2 t^2 \alpha;sd}{d^2} = \frac{(21.8)^2 (1.96)^2}{(3.1)^2} = 189.9$$

n: Örneklem büyüklüğü, d= Örneklem hatası,  $t\alpha;sd$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişken:** Cerrahi hemşirelerin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları Ölçeği puan ortalaması ve Bakım ve Davranışları Ölçeği-24 puan ortalaması

**Bağımsız değişkenler:** Cerrahi hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri

### 3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Araştırma verilerinin elde edilmesinde araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanmış “Hemşire Bilgi Formu” (Ek-1), “Hemşirelerin Obezite Ve Obez Bireylere

Yönelik Tutumları” (Ek-2), “Bakım ve Davranışları Ölçeği-24” (Ek-3) ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu” (Ek-4) kullanılmıştır. Veriler online olarak toplanmıştır.

**Hemşire Bilgi Formu (Ek-1):** Hemşirelerin tanıtım formunda hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, boyu, kilosu, eğitim düzeyi, çalıştığı hastane türü, çalıştığı cerrahi bölümü, mesleki deneyim süresi, cerrahi alandaki mesleki deneyim süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, bir ay içinde bakım verilen hasta sayısı, bir ay içinde bakım verilen obez hasta sayısı, obez hastaya bakmayı isteme, obez hastaya bakım verme ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim aldıysa nerden aldığı ile ilgili soru bulunmaktadır (Ak vd., 2018; Menekli vd., 2018; Uğraş vd., 2017).

**Hemşirelerin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları (EK-2):** Ölçek 2008 yılında Watson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2018 yılında Menekli ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Menekli vd., 2018; Watson vd., 2008).

Ölçek 36 madde, 5 alt boyuttan oluşan 5’li likert tiptedir. Ölçek alt boyutları; obez hastalara karşı tepkiler (4,5,14-24,35. maddeler olmak üzere 14 madde), obez bireylerin özellikleri (10,28-34,36. maddeler olmak üzere 9 madde), obeziteye sebep olan kontrol edilebilir faktörler (1-3.,7,11-13.,25.maddeler olmak üzere 8 madde), obez hastaların sabit özellikleri (26,27.maddeler olmak üzere 2 madde), obez hastaların bakımında destekleyici rollerdir (6,8,9.maddeler olmak üzere 3 madde). Her maddeye 0 ile 5 arasında puan verilmekte ve toplam puan 0 ile 180 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan obez bireylere karşı tutumun daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,92, obez hastalara karşı tepkiler alt boyutu için 0,89, obez bireylerin özellikleri alt boyutu için 0,90, obeziteye sebep olan kontrol edilebilir faktörler alt boyutu için 0,76, obez hastaların sabit özellikleri alt boyutu için 0,85, obez hastaların bakımında destekleyici roller alt boyutu için 0,81 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,90, obez hastalara karşı tepkiler alt boyutu için 0,90, obez bireylerin özellikleri alt boyutu için 0,70, obeziteye sebep olan kontrol edilebilir faktörler alt boyutu için 0,53, obez hastaların sabit özellikleri alt boyutu için 0,85, obez hastaların bakımında destekleyici roller alt boyutu için 0,40 olarak bulunmuştur. Ölçek kullanım izni sorumlu yazardan e-mail yolu ile alınmıştır (Ek-5).

**Bakım ve Davranışları Ölçeği-24 (Ek-3):** Ölçek ilk kez 1981 yılında Wolf tarafından geliştirilmiş, 1994 yılında Wolf ve arkadaşları tarafından revize edilmiş, 2006 yılında Wu ve arkadaşları tarafından son hali verilmiştir (Wolf vd., 1994;Wu vd., 2006).

Ülkemiz için uyarlama çalışması Kurşun ve Kanan tarafından 2012 yılında yapılmıştır (Kurşun ve Kanan, 2012). Ölçek 4 alt boyut, 24 madde ve 6'lı likert tiptedir. Ölçeğin güvence alt boyutu(8madde=16,17,18,20,21,22,23,24), bilgi-beceri alt boyutu (5 madde=9,10,11,12,15), saygılı olma alt boyutu (6 madde=1,3,5,6,13,19) ve bağlılık alt boyutu (5 madde=2,4,7,8,14) maddelerden oluşmakta, yanıtlar için 6 puanlı likert tipi skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır. Tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünmesi ile 1-6 arasında toplam ölçek puanı; alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünmesi ile 1-6 arasında alt boyut ölçek puanları elde edilmektedir. Alt boyut ve toplam ölçek puanı artıka hemşirelerin bakım kalitesi algılama düzeyleri artmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı güvence alt boyutu için 0,94, bilgi-beceri alt boyutu için 0,81, saygılı olma alt boyutu için 0,90, bağlılık alt boyutu için 0,85 ve tüm ölçek için 0,96'dır. Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı güvence alt boyutu için 0,93, bilgi-beceri alt boyutu için 0,90, saygılı olma alt boyutu için 0,78, bağlılık alt boyutu için 0,86 ve tüm ölçek için 0,96'dır. Ölçek kullanım izni sorumlu yazardan e-mail yolu ile alınmıştır (Ek-6).

### **3.7. Verilerin Analizi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 22 (Statistical Package Social Sciences) programı kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarının istatistiksel analiz yönteminde cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama değer ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Kolmogorow-Smirnov testi uygulanmıştır. İki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U-Testi, ikiden daha fazla grup için Kruskal Wallis Testi uygulanmış olup, gruplar arasındaki farklılık Dunnett T3 testi ile, iki ölçek puanı arasında Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analiz için  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği**

Araştırmanın İstanbul ilinde yapılmış olması ve dijital olarak verilerin toplanmış olması sonuçların tüm cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere genellenebilirliğini etkiler.

### 3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce her iki ölçek sahibinden mail yolu ile gerekli izinler alınmıştır (Ek-5, Ek-6).

Veri toplama işlemi öncesinde, İstanbul Okan Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 08.12.2021 tarihlerinde etik kurul onayı (Ek-7) alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonuçlarının bulguları yer almaktadır.

**Tablo 1. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=191)**

	<b>Min-Mak</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	21-54	31,52±6,04
<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	156	81,7
Erkek	35	18,3
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise Önlisans	5	2,6
Lisans	12	6,3
Lisansüstü	152	79,6
	22	11,5
<b>Medeni durum</b>		
Evli	98	51,3
Bekar	93	48,7

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaş ortalamasının 21-54 yıl arasında değiştiği ve ortalama  $31,52 \pm 6,04$  yıl olduğu, %81,7'sinin kadın, %50,5'inin evli, %51,3'ünün lisans mezunu olduğu bulundu (Tablo1).

**Tablo 2. Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (N =191)**

	Min-Mak	Ort±Ss
<b>Mesleki deneyim süresi (yıl)</b>	1-26	8,77±5,93
<b>Haftalık çalışma süresi (saat)</b>	40-72	51,11±9,31
<b>Beden kitle indeksi (kg/cm<sup>2</sup>)</b>	17,04-43,58	24,07±4,23
<b>Bir ay içerisinde bakım verilen obez hasta sayısı</b>	0-60	7,57±7,58
<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Görev yapılan hastane türü</b>		
Devlet		
Özel	104	54,5
Şehir	12	6,3
Üniversite	152	11,0
	22	28,3
<b>Görev yaptığı bölüm</b>		
Ameliyathane Cerrahi servis	12	6,3
Cerrahi yoğun bakım	115	60,2
Acil servis ve cerrahi poliklinik	53	6,8
	51	26,7

**Tablo 2. Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı Devamı**

(N=191)

	Min-Mak	Ort±Ss
<b>Obez hastaya bakım verme isteği</b>		
Evet	58	30,4
Hayır	133	69,6
<b>Obez hasta ile ilgili eğitim alma durumu</b>		
Evet	36	18,8
Hayır	155	81,2

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin mesleki deneyim sürelerinin 1 ve 26 yıl arasında değiştiği ve ortalama  $31,52 \pm 6,04$  yıl olduğu, haftalık çalışma süresinin 40 ve 72 saat arasında değiştiği ortalama  $51,11 \pm 9,31$  saat olduğu, beden kitle indeksinin  $17,04 \text{ kg/cm}^2$  ve  $43,58 \text{ kg/cm}^2$  arasında değiştiği ve ortalama  $24,07 \pm 4,23 \text{ kg/cm}^2$  olduğu, bir ay içerisinde bakım verilen obez hasta sayısının 0 ve 60 birey arasında değiştiği ve ortalama  $7,57 \pm 7,58$  olduğu, %54,5'inin devlet hastanesinde çalıştığı, %60,2'sinin cerrahi serviste göre yaptığı, %68,6'sının gündüz-nöbet olarak çalıştığı, %69,6'sının obez

hastaya bakım vermek istemediği ve %18,8'inin obez hasta ile ilgili eğitim aldığı saptandı (Tablo 2).

**Tablo 3. Cerrahi Hemşirelerinin Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından**

**Aldıkları Puanlar**

Ölçek	Min-Mak	Mean
Hemşireler Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği	60-172	112,86
Hemşirelerin Bakım Davranışları-24 Ölçeği Toplam	3,04-5,83	4,82
Güvence	3,00-6,00	5,01
Bilgi-beceri	3,20-6,00	5,33
Saygılı olma	2,83-5,67	4,52
Bağlılık	2,40-5,60	4,37

Araştırmaya kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin Hemşireleri İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği'nden 60 ve 172 puan arasında aldıkları ve ortalama 112,86 olduğu, Hemşirelerin Bakım Davranışları-24 Ölçeği'nden toplam 3,04 ve 5,83 arasında ve ortalama 4,82 puan aldıkları, güvence alt boyutundan 3,00 ve 6,00 arasında ve ortalama 5,01 puan aldıkları, bilgi-beceri alt boyutundan 3,20 ve 6,00 arasında ve ortalama 5,33 puan aldıkları, saygılı olma alt boyutundan 2,83 ve 5,67 arasında ve 4,52 ortalama puan aldıkları, bağlılık alt boyutundan 2,40 ve 5,60 arasında ve 4,37 ortalama puan aldıkları bulundu (Tablo 3).

**Tablo 4. Cerrahi Hemşirelerinin Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların İlişkisi**

		Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutları				
		Güvence	Bilgibeceri	Saygılı olma	Bağlılık	BDÖ Toplam

<b>Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği</b>	<b>r</b>	-0,201	-0,327	-0,220	-0,262	-0,257
<b>Toplam</b>	<b>p</b>	<b>0,05*</b>	0,001	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001*</b>

*r: Spearman Korelasyon Katsayısı*

*\*p<0,05 \*\*p<0,01*

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerin Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları puan ile Bakım Davranışları Ölçeği24'ün *Güvence* ( $r=-0,201$ ,  $p=0,05$ ), *Bilgi-Beceri* ( $r=-0,327$ ;  $p=0,01$ ), *Saygılı Olma* ( $r=0,220$ ;  $p=0,001$ ), *Bağlılık* ( $r=-0,262$ ;  $p=0,001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf ilişki saptanmıştır (Tablo 4).

Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplampuanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf ilişki saptanmıştır ( $r=-0,327$ ;  $p=0,01$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

Ölçekler	Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği	Bakım Davranışları-24 Ölçeği ve Alt Boyutları				
		Toplam	Güvence	Bilgi-beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Değişkenler	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	113,01 (60-120)	5,01 (3,13-6,00)	5,31 (3,20-6,00)	4,53 (2,83-5,67)	4,37 (2,60-5,60)	4,82 (3,08-5,83)
Erkek	112,20 (76-163)	5,05 (3,00-6,00)	5,39 (3,20-6,00)	4,50 (3,00-5,67)	4,37 (2,40-5,60)	4,84 (3,04-5,83)
<b>Z</b>	-0,531	-0,594	-0,756	-1,502	-0,93	-1,96
<b>p</b>	0,595	0,552	0,450	0,133	0,926	0,845
<b>Eğitim düzeyi</b>						
Lise	99,40 (60-125)	5,30 (4,00-6,00)	5,24 (4,40-6,00)	4,90 (4,00-5,50)	4,72 (3,80-5,60)	5,06 (4,04-5,75)
Ön lisans	109,91 (85,00-137,00)	5,09 (3,25-6,00)	5,28 (3,20-6,00)	4,69 (3,33-5,67)	4,63 (2,80-5,60)	4,93 (3,17-5,83)
Lisans	112,26 (72,00-164)	5,03 (3,25-6,00)	5,37 (3,20-6,00)	4,52 (3,00-5,50)	4,35 (2,60-5,60)	4,83 (3,13-5,83)
Lisans üstü	121,63 (93-172)	4,82 (3,00-6,00)	5,11 (3,20-6,00)	4,37 (3,00-5,50)	4,25 (2,40-5,60)	4,65 (3,40-5,79)
<b>KW</b>	5,609	2,336	1,401	2,791	3,064	2,558
<b>p</b>	0,132	0,506	0,705	0,425	0,382	0,465
<b>Medeni durum</b>						
Evli	111,98 (60-172)	5,02 (3,00-6,00)	5,36 (3,40-6,00)	4,48 (2,83-5,67)	4,36 (2,40-5,60)	4,82 (3,04-5,83)
Bekar	113,69 (72-164)	5,01 (3,13-6,00)	5,30 (3,20-6,00)	4,56 (3,00-5,67)	4,37 (2,60-5,60)	4,83 (3,08-5,83)
<b>Z</b>	-,782	-,089	-,631	-,807	-,012	-,216
<b>p</b>	0,434	0,929	0,528	0,420	0,991	0,829

Z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 5'te cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması bulunmaktadır. Hemşireler için Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği'nde kadınların ortalama 113,01 puan aldıkları, eğitim düzeyinde lisansüstü mezunu hemşirelerin 121,69 puan, bekar hemşirelerin 113,69 puan aldıkları saptanmıştır. Bakım ve Davranışları-24 Ölçeği ve alt boyutlarında Cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=191)**

Ölçekler	Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği	Bakım Davranışları-24 Ölçeği				
		Toplam	Güvence	Bilgi-beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Değişkenler	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Görev yapılan hastane türü</b>						
Devlet	111,50 (72-164)	5,08 (3,25-6,00)	5,38 (3,20-6,00)	4,53 (2,83-5,67)	4,41 (2,80-5,60)	4,87 (3,25-5,83)
Özel	115,91 (60-172)	5,43 (3,38-6,00)	5,60 (3,80-6,00)	4,87 (3,38-5,67)	4,73 (2,80-5,60)	5,18 (3,42-5,83)
Şehir	113,71 (79-163)	4,79 (3,13-6,00)	5,15 (3,20-6,00)	4,40 (3,17-5,67)	4,22 (2,60-5,60)	4,65 (3,08-5,75)
Üniversite	114,48 (79-163)	4,88 (3,00-6,00)	5,24 (3,20-6,00)	4,48 (3,00-5,67)	4,25 (2,40-5,60)	4,72 (3,04-5,83)
<b>KW</b>	1,976	10,931	10,447	6,157	6,429	8,372
<b>P</b>	0,577	<b>0,012</b>	<b>0,015</b>	0,104	0,092	<b>0,039</b>
<b>Görev yaptığı bölüm</b>						
Ameliyathane	111,50 (72,00-164,00)	5,08 (3,25-6,00)	5,38 (3,20-6,00)	4,53 (2,83-5,67)	4,41 (2,80-5,60)	4,87 (3,25-5,83)
Cerrahi servis	115,91 (60-172)	5,43 (3,38-6,00)	5,60 (3,80-6,00)	4,87 (3,38-5,67)	4,73 (2,80-5,60)	5,18 (3,42-5,75)
Cerrahi yoğun bakım	113,71 (76-145)	4,79 (3,13-6,00)	5,15 (3,20-6,00)	4,40 (3,17-5,33)	4,22 (2,60-5,60)	4,65 (3,08-5,75)

Acil servis ve cerrahi poliklinik	114,48 (79-163)	4,88 (3,00-6,00)	5,24 (3,20-6,00)	4,48 (3,20-5,67)	4,25 (2,40-5,60)	4,72 (3,04-5,83)
<b>KW</b>	7,987	6,025	8,345	7,466	5,304	6,422
<b>P</b>	<b>0,046</b>	0,110	<b>0,039</b>	0,058	0,151	0,093

KW: Kruskal Wallis Testi

**Tablo 6.Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması Devamı**

Ölçekler	Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği	Bakım Davranışları-24 Ölçeği				
		Toplam	Güvence	Bilgi-beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Değişkenler	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Obez hastaya bakım verme isteği</b>						
Evet	99,87 (72,00-152,00)	5,12 (3,00-6,00)	5,45 (3,40-6,00)	4,50 (3,00-5,67)	4,52 (2,40-5,60)	4,93 (3,04-5,79)
Hayır	118,52 (60,00-172,00)	4,97 (3,13-6,00)	5,28 (3,20-6,00)	4,50 (2,83-5,67)	4,30 (2,60-5,60)	4,78 (3,08-5,83)
<b>F</b>	-6,542	-1,319	-1,766	-,703	-1,959	-1,568
<b>P</b>	<b>,001</b>	,187	,077	,482	<b>,050</b>	,117
<b>Obez hasta ile ilgili eğitim alma durumu</b>						
Evet	108,38 (80,00-146,00)	5,20 (3,63-6,00)	5,46 (3,80-6,00)	4,63 (3,33-5,50)	4,55 (3,60-5,60)	4,98 (3,71-5,79)
Hayır	113,90 (60,00-172,00)	4,97 (3,00-6,00)	5,30 (3,20-6,00)	4,50 (2,83-5,67)	4,32 (2,40-5,60)	4,79 (3,04-5,83)
<b>F</b>	-1,761	-,567	-,974	-,682	-,143	-,495
<b>P</b>	,078	,571	,330	,495	,887	,621

Z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 6'da Cerrahi Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması bulunmaktadır. Cerrahi hemşirelerinin görev yaptıkları hastane

türüne göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 saygılı olma ve bağlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ), Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı ve güvence, bilgi-beceri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin görev yaptığı bölüme göre Bakım Davranışları Ölçeği-24 güvence, saygılı olma, bağlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Cerrahi hemşirelerinin görev yaptığı bölüme göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 bilgi-beceri alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Araştırmadaki cerrahi hemşirelerinin çalışma şekline göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı, güvence, bilgi-beceri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bununla birlikte hemşirelerin çalışma şekline göre Bakım Davranışları Ölçeği-24 bilgi-beceri ve saygılı olma alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin obez hastaya bakım verme isteğine göre Bakım Davranışları Ölçeği-24 ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Cerrahi hemşirelerinin obez hastaya bakım verme isteğine göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Obez hastaya bakım vermek istemeyen cerrahi hemşirelerinin puanı daha yüksektir.

Cerrahi hemşirelerinin obez hasta ile ilgili eğitim alma durumuna göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. Cerrahi Hemşirelerinin Yaş ve bazı Mesleki Özelliklerine Göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların İlişkisi**

Ölçekler		Hemşireler İçin Obezite ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği	Bakım Davranışları-24 Ölçeği				
			Toplam	Güvence	Bilgibeceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Yaş	r	-,057	-,012	,134	-,094	,007	-,016
	p	,435	,864	,065	,195	,926	,826
Mesleki deneyim süresi	r	-,043	-,004	,164*	-,062	-,005	,000
	p	,565	,957	,027	,411	,950	,998
Beden kitle indeksi	r	-,046	,005	,040	-,072	,009	,003
	p	,527	,945	,585	,320	,889	,969
Haftalık çalışma süresi	r	,137	-,047	,017	-,120	-,099	,068
	p	,059	,523	,815	,100	,173	,353
Bir Ay içerisinde Bakım Verilen Obez Hasta Sayısı	r	,112	,016	,022	-,033	-,005	-,013
	p	,129	,829	,760	,650	,943	,859

Tablo 7’de cerrahi hemşirelerinin yaş, beden kitle indeksi ve bazı mesleki özelliklerine göre Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği,

Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından aldıkları puanların ilişkisi bulunmaktadır. Cerrahi hemşirelerinin yaşı, haftalık çalışma süresi ve bir ay içerisinde bakım verilen obez hasta sayısı ile Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Hemşirelerin yaşı ve beden kitle indeksi ile Hemşireler İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı ve güvence, saygılı olma, bağlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bununla birlikte hemşirelerin mesleki deneyim süresi ile Bakım Davranışları Ölçeği-24 bilgi-beceri alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ).



## 5.TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışıldı. Fazla kilolu ve obez bireylere karşı kilo ön yargısı ve ayrımcılık yapılmakta olup, sağlık alanı da dahil olmak üzere günlük yaşamın birçok alanında olumsuz tutumlar bulunmaktadır (Puhl ve Heuer, 2009).

Cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarının ve bakım kalite algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yaşları 21-54 yıl arasında değiştiği ve ortalaması  $31,52 \pm 6,04$  yıl olduğu bulundu (Tablo 1). Bıyık'ın cerrahi servislerde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşları 19-56 yıl arasında değiştiği ve yaş ortalamasının  $32,99 \pm 8,71$  yıl olduğu belirlenmiştir (Bıyık, 2020). Davis' in hemşirelerin obezite ve obez hastalara yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin 23-69 yaşları aralığında olduğu ve ortalama yaşın 40,49 yıl olduğu belirlenmiştir (Davis, 2010). Menekli'nin hemşirelerin hemşirelerin bezite ve obez hastalara yönelik tutumunun belirlenmesi için yapılan çalışmada yaş ortalamasının 27 belirlenmiştir (Menekli, 2017). Araştırma sonuçları literütürü desteklemektedir. Cerrahi hemşirelerinin genç yaşta olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %81,7'sinin kadın olduğu bulundu (Tablo 1). Ak'ın cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin obezite ve obez hastalara yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmasında hemşireler ile yaptığı araştırmadaki hemşirelerin %82,8'inin kadın olduğu belirlenmiştir (Ak, 2018). Davis' in çalışmasında da hemşirelerin % 96,1'inin kadın olduğu belirlenmiştir (Davis, 2010). Bıyık'ın yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin %87'inin kadın olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları literütüre benzemektedir.

Hemşirelerin %79,6'sının lisans mezunu olduğu bulundu (Tablo 1). Ak'ın çalışmasında hemşirelerin %63,7'sinin lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Ak, 2020). Bıyık'ın yapmış olduğu çalışmada %53'ünün lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Bıyık,2020). Davis'in yapmış olduğu çalışmada %40'ının lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Davis, 2010). Menekli'nin yapmış olduğu çalışmada da %81,3'ünün lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Menekli, 2017). Araştırma sonuçları literütüre paraleldir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %51,3'unun evli olduğu bulundu (Tablo 1). Ak'ın cerrahi servislerde çalışan hemşireler ile birlikte yaptığı araştırmada hastaların

%48,5'inin evli olduğu belirlenmiştir (Ak, 2020). Bıyık'ın araştırmasında hastaların %50,5'inin evli olduğu saptanmıştır (Bıyık, 2020). Yakıt'ın cerrahi birimlerde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %52'sinin evli olduğu belirlenmiştir (Yakıt, 2020). Menekli'nin çalışmasında da hemşirelerin %49,9'unun evli olduğu ifade edilmiştir (Menekli, 2017). Araştırma sonuçları literatürü desteklemektedir.

Hemşirelerin haftalık çalışma süresi ortalama  $51,11 \pm 9,31$  saat olduğu bulundu (Tablo 2). Ak'ın çalışmasında hemşirelerin haftalık çalışma süresine bakıldığında hemşirelerin %75'i haftada 40 ila 49 saat çalıştığı saptanmıştır (Ak, 2020). Pekpazar'ın cerrahi hemşirelerinde kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin %77,5'i 41 saatten fazla çalıştığı belirlenmiştir. (Pekpazar, 2021). Yılmaz'ın cerrahi hemşirelerinin yaşadığı kas iskelet sistemi sorunları ve ağrılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin %59,8'i 51 saat ve üzerinde çalışmakta olduğu saptanmıştır (Yılmaz, 2020). Araştırma sonuçları literatüre paraleldir.

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin bir ay içerisinde bakım verdiği obez hasta sayısı ortalama 7,57 olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Ak'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %57,8'i günde 1 veya 2 obez bireyin bakımını yaptığı belirlenmiştir (Ak, 2020). Araştırma sonuçları literatürü desteklemekle birlikte bu sonuç obez birey sayısındaki artış ile açıklanabilir.

Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin %69,6'sının obez hastaya bakım vermek istemediği bulunmuştur (Tablo 2). Drake ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %48'inin obez hastaya bakım vermede isteksiz olduğu saptanmıştır (Drake vd., 2008). Poon ve Tarrant'ın çalışmasında da hemşirelerin, seçme sansı olsa %45,8'inin obez hastaya bakım vermeyi tercih etmeyeceklerini bildirdiği görülmüş (Poon ve Tarrant, 2009). Usta'nın yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının %52'sinin obez hastaya bakım verme konusunda isteksiz oldukları saptanmıştır (Usta, 2012). Araştırma sonuçları literatürü desteklemektedir. Obez hastaya bakım vermenin zor olmasının düşünülmesinden dolayı bu sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %81,2'sinin obez hasta bakımı ile ilgili bir eğitim almadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Menekli'nin yapmış olduğu çalışmada da

hemşirelerin %61'i obez hasta bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır (Menekli, 2017).

Cerrahi hemşirelerinin Hemşireleri İçin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği'nden ortalama  $112,86 \pm 19,54$  puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 3). Cerrahi hemşirelerinin obezite ve obez bireylere yönelik tutumlarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ak'ın çalışmasında hemşirelerin obezite ve obez hastalara yönelik tutum ölçeği puan ortalamasının  $105,68 \pm 21,80$  olduğu, Menekli'nin çalışmasında ise hemşirelerin ortalama  $102,2 \pm 11,07$  puan aldıkları saptanmıştır (Ak, 2020; Menekli, 2017). Araştırma sonucu literatürü desteklemektedir. Gujral ve arkadaşlarının hemşirelerin yetişkin hastaların beden boyutuna yönelik tutumlarını değerlendirdikleri araştırmada hemşirelerin obez hastalara yönelik olumsuz tutumları olduğu bulunmuştur (Gujral vd.,2011). Yan ve arkadaşlarının Çin'de yaptıkları çalışmada hemşirelerin obez bireye yönelik tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu saptanmıştır (Yan vd.,2016). Daud ve arkadaşlarının hemşirelerin obez hastaya yönelik tutumlarını araştırdıkları çalışmasında hemşirelerin %84,1'inin obez hastaya karşı olumlu tutumları olduğunu göstermektedir (Daud vd., 2022). Literatürdeki farklı sonuçların örneklem özellikleri ve kültürlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmadaki cerrahi hemşirelerin Bakım Davranışları-24 Ölçeği'nden ortalama  $4,82 \pm 0,65$  puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 3). Cerrahi hemşirelerinin bakım davranışları algılarının yüksek olduğu görülmektedir. Cerit ve Çoşkun'un çalışmasında hemşirelerin BDÖ-24 toplam puan ortalaması  $5,23 \pm 0,52$  saptanmıştır (Cerit ve Çoşkun, 2018). Gülen'in hemşirelik bakım kalitesinin hasta ve hemşireler tarafından algılanmasının incelendiği çalışmada BDÖ toplam puan ortalaması  $5,23 \pm 0,50$  olduğu görülmüştür (Gülen,2019). Dığın ve arkadaşlarının cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirledikleri çalışmada cerrahi hemşirelerinin BDÖ'den  $5,5 \pm 0,3$  puan aldıkları bulunmuştur (Dığın vd., 2022). Boğa ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi hemşirelerinin BDÖ'den 5.25 puan aldıkları bulunmuştur (Boğa vd., 2020). Buarştırma bulguları yapılan çalışmalarla benzerdir. Cerrahi hemşirelerinin bakım kalite algıları yüksektir.

Ataştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin BDÖ puan ortalamaları; güvence alt boyutundan ortalama  $5,01 \pm 0,72$  puan, bilgi-beceri alt boyutundan ortalama

5,33±0,70 puan, saygılı olma alt boyutundan ortalama 4,52±4,52 puan, bağıllık alt boyutundan ortalama 4,37±0,74 puan aldıkları bulunmuştur. Ölçek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının “bilgi-beceri” boyutu, en düşük puan ortalamasının ise “bağıllık” boyutunda olduğunu göstermektedir (Tablo 3). Ölçeğin bilgi-beceri alt boyutunda profesyonel bir şekilde ve mesleki bilgi becerileri sergileme, intramüsküler enjeksiyon, intravenöz uygulama gibi temel hemşirelik müdahalelerinin nasıl uygulanması gerektiğini bilme, hemşirelik bakımıyla ilgili gerekli araç-gereç kullanım becerisi, profesyonelce girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme ve hastaya ait olan kişisel bilgileri gizli tutma gibi bakım ile ilişkili konular yer almaktadır. Sonuç olarak bilgi ve beceri alt boyutundan alınmış olan yüksek puan, hemşirelerin hasta bakımı ile alakalı esas rol ve yükümlülüklerini yeterli seviyede yerine getirdiklerinin bir kanıtı olarak düşünülebilir. Bu araştırma bulguları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Aydın, 2013; Erenoğlu vd., 2019; Kocatepe vd., 2017; Yılmaz vd., 2017; Yürün, 2015).

Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin bağıllık alt boyutundan aldıkları düşük puan, hemşirelerin bakım konusunda öncelikle esas rol ve görevlerini yerine getirebildiği ancak hastaya vakit ayırarak hastayı eğitmek, bilgilendirmek, bakımının planlanmasında hastanın eşlik etmesini sağlamak gibi diğer önemli olan rol ve görevlerini tam olarak yapamadığı sonucunu düşündürebilir. Hemşirelik mesleğinde bakımın kalitesi, standardı ve hastanın memnuniyeti açısından bu netice önemlidir. Literatürde konuyla ilgili yapılmış olan farklı çalışmalarda da araştırma bulguları ile benzer şekilde bağıllık ile ilgili aktiviteleri tam olarak yerine getiremediği sonucuna varıldığı görülmektedir. Araştırma bulguları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Cerit ve Çoşkun, 2018; Erenoğlu vd., 2019; Göğüş, 2016).

Hemşireler hastanelerdeki tüm hastalar için en temel sağlık bakım sağlayıcısıdır. Obez hastalara karşı olan kişisel tutum ve inançlar, hastanın deneyimini ve genel bakımını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilir (Brown, 2006). Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin Obezite Ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği-24’nden aldıkları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf ilişki saptanmıştır ( $r=-0,327$ ;  $p=0,01$ ) (Tablo 4). Cerrahi hemşirelerinin obezite ve obeziteye yönelik tutumu bakım kalite algısını negatif yönde etkilediği belirlenmiştir.



## **6.SONUÇ VE ÖNERİLER**

Cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarının ve bakım kalite algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin obezite ve obez bireylere yönelik tutumları ve bakım kalite algıları yüksektir.
- Cerrahi hemşirelerinin hemşirelerinin obezite ve obez bireylere yönelik tutumları ve bakım kalite algılarını negatif yönde etkilemektedir.
- Cerrahi hemşirelerinin obez hastaya bakım verme isteğine göre obezite ve obez bireylere yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık vardır.
- Görev yapılan hastane türüne göre bakım kalite algısı arasında farklılık bulunmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelerin obez hastaya bakım verme isteğini değerlendirmeli,
- Obez hasta ile ilgili eğitim alma durumunun öneminin vurgulanması ve kavratılması,
- Obez hasta bakımıyla ilgili hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik, kuramsal ve uygulamaya ilişkin gelişmelerin takip edilmesi veya bilgilerinin güncellenmesi amacıyla yeterli hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması,
- Farklı değerkenler açısından, daha büyük olan örneklem grubu ile benzer araştırmalar yapılması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

Ak SE, Türkmen A, Özbaş A, Fındık YÜ. *Examination of Attitudes of Nurses Working in Surgical Services Towards Obesity and Obese Patients*, 2018 May 31. Doi: 10.1089/bari.2020.0072.

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

- Aksoydan, E&Çakır, N. *Adolesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi*. Gülhane Tıp Dergi, 2011: 53, 264-270.
- Alligood MR, Tomey AM (2006). *Nursing Theory: Utilization & Application..* 5th ed. Mosby Year Book, St. Louis s.: 222-227.
- Altunkaynak B, Özbek E. *Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri*, Van Tıp Dergisi, 2006: 13(4), 138-142.
- Astrup A. Ed. Food and eating habits, *Background paper prepared by Food and Eating Habits subgroup of the International Obesity Task Force*, 1996.
- Aydın, H. (2013). Acil Serviste Hasta Ve Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Aygin D, Açıl H. *Morbid obezlerde bariatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelikbakımı*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(4):604-613.
- Aygün M. *Obezite ve Yönetimi*. İçinde: Durna Z. (Editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012: 341-378.
- Balcıoğlu İ, Başer Z. S. *Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2008;62: 341- 348.
- Baltacı, G. *Obezite ve Egzersiz*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008.
- Beyaz B, Koç A. *Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları Ve Ekonomik Analizler*, Econ Anadolu, 2009: 17-19.
- Bıyık Ü.E. Cerrahi Hemşirelerinin Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumları İle Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, 2020.
- Bozbora A. *Obezite*. 1. Baskı. İstanbul: Medikal Yayıncılık İstanbul Tıp Fakültesi; 2008. 371-6.
- Brewis A. *Obesity Stigma as a Globalizing Health Challenge*. *Globalization and Health*, 2018;14:20. DOI: 10.1186/s12992-018-0337-x.
- Brown I. *Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review*. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):221–32. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x.

Brown I., Stride C., Psarou A., Brewins L., Thompson J. *Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes*, 2007. Doi: 10.1111/j.13652648.2007.04297.x.

Camden, S. G. (2006). *Nursing care of the bariatric patient. Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 1(1): 21-30.

Can N. Çorlu Merkezdeki İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri ve Benlik Saygısı. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Edirne, 2011.

Can S. Nişantaşı *Obezite Taraması*. Türkiye Obezite Araştırma Derneği Yayını, İstanbul. 2003: s; 65-72.

Cerit B, Coşkun S. *Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları*. Turk J Clin Lab 2018; 9(2): 103-109.

Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

Çayır, A., Atak, N., Köse, SK. “*Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi*”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2011: 64(1):13-19.

Çıtak Akbulut, G., Özmen, M.M., Besler, H.T. “*Obezite*”, Bilim ve Teknik Dergisi, Mart, 2007: s. 1-15.

Çömlekçi, N. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IWQOLLİTE) Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.

Daud A., Najwa Muhamed AN., Swee Leong O., Zuhaidah Shahadan ZS, *Correlation Between Nurses' Body Mass Index (BMI) and Their Attitude Towards Obese Patients*, (2022) International Journal of Care Scholars, 5(1), 3-7

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

Dığın F., Özkan KZ., Şahin DA.(2022). *Cerrahi Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*, OTJHS. 2022; 7(2): 272-277.

Drake, D.J., Baker, G., Engelke, M.K., McAuliffe, M., Pokorny, M., Swanson, M., Waters, W., Watkins, F.R. ve Rose, M.A (2008). *Challenges in caring for the morbidly obese: differences by practice setting*. Southern Online Journal of Nursing Research,8(2).

Ercan A, Akçil Ok M, Kızıltan G, Altun S. *Sağlık Bilimleri Öğrencileri İçin Obezite Önyargı Ölçeğinin Geliştirilmesi: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği*. Uluslararası

Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi, 2015;3(2):29-43. Doi: 10.17362/DBHAD.2015310322.

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

Erenoğlu R., Can R., TAMBAĞ H. *Hemşirelik Bakım Davranışları ve Bakım Davranışları İle İlgili Faktörler; Doğumevi Örneği*. Yıl:29, Sayı: 1 Ocak-Nisan 2019.

Ergin AB. *Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi*. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2014: 1: 41-54.

Fan M, Hong J, Cheung PN, et al. *Knowledge and Attitudes Towards Obesity and Bariatric Surgery in Chinese Nurses*. *Obes Surg*. 2020;30(2):618-629. doi:10.1007/s11695-019-04173-z.

Gallagher Camden S. *Shedding Health Risks with Bariatric Weight Loss Surgery*. *Nursing* 2009;39:34.

George JB (1990). *Nursing Theories, The Base for Professional Nursing Practice*. 3rd Ed. Prentice Hall, s.: 333-349.

Göğüş F. *Cerrahi hastaların ve cerrahi hemşirelerinin bakım davranışları değerlendirilmelerinin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) .Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.

Green N. *Bariatric Surgery: An Overview*. *Nursing Standard*, 2012; 26(36): 48-5

Green, S.M. ve Gillett, A. (1998). *Caring for patients with morbid obesity in hospital*. *British Journal Of Nursing*, 7 (13), 785-762.

Grindel ME, Grindel CG. *Nursing Care of the Person Having Bariatrics Surgery*. *Medsurg Nursing* 2006;15(3):129-45.

Gujral, H., Tea, C., Sheridan, M. (2011). Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 7(4), 536–540.

Gülen D. Hemşirelik Bakım Kalitesinin Hasta Ve Hemşireler Tarafından Algılanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.

Güven P. Obezitenin Temel Boyutları, Diyarbakır'da Obezite Ve Obeziteye Karşı Alınması Gereken Önlemler, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

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

Kalan İ., YeşilY. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Diyabet ve Obezite*, 2010: 78-83.

Karamahmutoğlu,F. Dirençli Hipertansiyonun Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.

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

Kocatepe, V.,Uğur, E., Karabacak, Ü. (2017). *Yoğun Bakım Ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke Ve Öfke ifade Tarzları ile Bakım Davranışları Arasındaki ilişki*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(1), 13-20.

Kopelman PG, Grace C. *New Thoughts On Managing Obesity*, 2004: 53(7): 1044–1053. Doi: 10.1136/gut.2003.021816.

Kopelman PG. *Horm ones and obesity*. Baillieres Clin Endoc rinol Me tab. 1994 Jul;8(3):549-75.

Kurşun, Ş, ve Kanan, N. *Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 15(4), 229–235.

Menekli T, Fadiloğlu Ç. *An Examination of the Validity and Reliability of the Turkish Version of the Nurses' Attitudes toward Obesity and Obese Patients (Natoops) Scale*, 2018. doi:10.1089/bari.2020.0072.

- Mert Boğa, S., Aydın Sayılan, A., Kersu, Ö., Baydemir, C. (2020). *Perception of care quality and ethical sensitivity in surgical nurses*. *Nursing ethics*, 27(3), 673–685. <https://doi.org/10.1177/0969733020901830>
- Nazlıcan, E., Demirhindi, H., ve Akbaba, M. *Adana ili solaklı ve karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi*. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2011: 1(2), 5-12.
- NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute): “The Practical Guide to the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults”, Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2000.
- NIH (National Institutes of Health)“Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity 25-27 March 1991”, *Obesity Surgery*, 1991:1,3, s. 257-265.
- Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A ve ark. *TEKHARF 2017 (Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük)*. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. İstanbul; 2017.
- Özarmağan S, Bozbora A. *Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler*. İçinde: Orhan Y, Bozbora A.(editörler), *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi*, 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2008.s. 289-301.
- Parlak, A.,Çetinkaya, Ş. *Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler*, Antalya, 2006.
- Pehlivan, M. Yetişkin bireylerde kendine saygı ve duygu durumunun antropometrik ölçümler ve beslenme durumu ile ilişkisi. Yüksek Lisan Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.
- Pekcan G. *Beslenme durumunun saptanması*. Baysal A, Aksoy M, editörler. *Diyet el kitabı*. 7.baskı. Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti.; 2013.
- Pekcan, G. *Türkiye’de Beslenme Sorunları ve Boyutları: Besin ve Beslenme Politikalarının Önemi*. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 2001: 39 (1):572-585.
- Poon, M., Tarrant, M. *Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses*. *Journal of clinical nursing*, 2009: 18(16), 2355-2365.
- Puhl R. M., Heuer C. A. ( 2009). *The stigma of obesity: A review and update*. *Obesity*, 17, 941–964. doi:10.1038/oby.2008.636

Puhl R., Brownell, K.D. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 2001; 9, 788–805. Doi: 10.1038/oby.2001.108.

Satman İ, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. *Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey*. *Diabetes Care* 2002; 25(9): 1551-6. doi: 10.2337/diacare.25.9.1551.

Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, et al. *Attitudes of health care professionals towards female obese patients*. *Obes Facts*. 2013;6(6): 512–22. Doi: 10.1159/000356692.

Sözen MA. *Obezite ve Obezitenin Genetiği*, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Kocatepe Tıp Dergisi *The Medical Journal of Kocatepe*, 2006; 7, 1-11.

Sözmen K, Ünal B, Sakarya S, Dinç G, Yardım N, Keskinliç B, Ergör G. *Türkiye'de Antropometrik Ölçüm Yöntemlerinin Kardiyovasküler Hastalık Riski ile İlişkisi*. *Dicle Tıp Dergisi*, 2016, 43: 99.

Strock GA, Cottrell ER, Abang AE, Buschbacher RM Et Al. “Childhood Obesity: A Simple Equation With Complex Variables”, *J Long Term Eff Med Implants* 2005;15:15-32.

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

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

Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N et. al. *Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations*. *World J Surg* 2016;40:2065–2083.

TÜRK DİL KURUMU. *Büyük Türkçe Sözlük*, 10. Baskı, Türk Dil Kurumu Yayınları, 2011: s.:132.

Türker, F. “*Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme ve Farmakolojik Yaklaşımlar*”, *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 2013;15, Ankara, s. 337-350.

Uğraş AG, Yüksel M, Erer ITM, Kerttaş E, Randa S. *Are Nurses Willing to Provide Care to Obese Surgical Patients*. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2017; 12(3):116-122. Doi: 10.1089/bari.2017.0009.

Usta E. *Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. İstanbul 2012.

Vacek, L. *Sensitivity training for nurses caring for morbidly obese patients*. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*. 2007; 2(4), 251-253.

Wang, Yan; Ding, Ye; Song, Daoping; Zhu, Daqiao; Wang, Jianrong *Attitudes Toward Obese Persons and Weight Locus of Control in Chinese Nurses*, *Nursing Research*: March/April 2016 - Volume 65 - Issue 2 - p 126-132 doi:

Watson L, Oberle K, Deutscher D. *Development and psychometric testing of the nurses' attitudes toward obesity and obese patients (NATOOPS) scale*. *Res Nurs Health*. 2008 Dec;31(6):586-93. doi: 10.1002/nur.20292. PMID: 18618673.

WEB\_1; *Prevention and management of the global epidemic of obesity*. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, June, 3–5, 1997).

WEB\_2; WHO 2020. *Facts about overweight and obesity*.<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim tarihi: 12.03.2022.

WEB\_3; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri*. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-yol-actigi-saglik-problemleri.html>) Erişim Tarihi: 27.02.2022.

WEB\_4; WHO 2000. *Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Erişim: 14.03.2022. [https://books.google.com.tr/books?id=AvnqOsqv9doC&printsec=frontcover&dq=who+2000+obesity&hl=tr&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=who%202000%20obesity&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=AvnqOsqv9doC&printsec=frontcover&dq=who+2000+obesity&hl=tr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=who%202000%20obesity&f=false)

WEB\_5; WHO 2008. *Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation*. Geneva: World Health Organization, 2008.

Welborn S. *Comparison Of Obesity Bias, Attitudes, and Beliefs Among Under Graduate*

*Dietetic Students, Dietetic Interns, and Practicing Registered Dietitians. Yüksek Lisans Tezi, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee, 2013.*

Wolf ZR, Giardino, ER, Osborne PA, Ambrose MS. *Dimensions of Nurse Caring*. Image J Nurs Sch 1994;26(2):107-11. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00927.x.

Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. *Caring Behaviors Inventory: a Reduction of the 42-Item Instrument*. Nursing Research 2006;55(1):18-25. Doi: 10.1097/00006199200601000-00003.

Yakıt E. *Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Ve Bakım Davranışlarının İncelenmesi*, 2020.

Yerlikaya, E. ve Akın F. *Obezite Etiyopatogenezi*. Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics, 2013: 6(1), 7-12.

Yılmaz T. *Cerrahi Hemşirelerinin Yaşadığı Kas İskelet Sistemi Sorunları Ve Ağrılarının Değerlendirilmesi*, 2020.

Yürün, Y. (2015). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi (4-7)*

## **EKLER**

### **EK-1. HEMŞİRE BİLGİ FORMU**

**1. Yaşınız.....**

**2. Cinsiyetiniz** a) Kadın b) Erkek **3. Medeni durumunuz**

a) Evli b) Bekar

**4. Boyunuz.....**

**5. Kilonuz .....**

**6. Eğitim düzeyiniz** a)Lise b) Ön Lisans c)Lisans d) Yüksek Lisans e) Doktora

**7. Çalıştığınız hastane türü:** a) Üniversite hastanesi b) Şehir hastanesi

c) Devlet hastanesi d) Vakıf

**8. Çalıştığınız cerrahi bölümü** a) Cerrahi servis b) Cerrahi Yoğun Bakım

c) Ameliyathane e) Diğer.....

**9. Mesleki deneyim süreniz.....**

**10. Çalışma şekliniz** a) Nöbet b) Gündüz c) Gündüz-nöbet

**11. Haftalık çalışma süresiniz..... saat**

**12. Bir ay içinde bakım verilen obez hasta sayısı.....**

**13. Obez hastaya bakmayı isteme durumu** a) Evet b) Hayır

**14. Obez hastaya bakım verme ile ilgili eğitim alma durumu** a) Hayır b) Evet

**15. Eğitim aldıysanız nereden aldınız**

a) Ders b) Kurs c) Hizmet içi eğitim d) Diğer.....

## EK-2. HEMŞİRELERİN OBEZİTE VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorulardan sizin görüşlerinize en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

1. Obez bireyler aşırı yerler.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 2.

Obez bireyler egzersiz yaparlar.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 3.

Obezite, bireyin aile ortamından etkilenir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

4. Hemşireler obez bireylere bakım verirken rahatsızlık hisseder.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

5. Hemşirelerin hasta seçme şansı olsa, obez bireylere bakım vermeyi tercih etmezler.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

6. Obez bireyler hastanede iken bir kilo verme programına katılmayı tercih ederler.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

7. Obezite tedavi edilebilir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

8. Obez bireyler diğer hastalara göre daha fazla duygusal desteğe ihtiyaç duyar.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

9. Hemşireler obez bireylerin gıda alımını obez olmayan hastalara göre daha çok takip etmelidir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

10. Obez bireylerin beden bilinci obez olmayan hastalara göre daha fazladır.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 11.

Obezite öz-kontrol ile önlenir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

12. Obez bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirirseniz kilo verebilirler.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

**EK-2. HEMŞİRELERİN OBEZİTE VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ DEVAMI**

13. Obezite bir yaşam tarzı konusudur.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

14. Obez bireylere verilen bakımın obez olmayan hastalara verilen bakımla benzer olduğunu hissediyorum.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

15. Obez bireye bakım vermek normal kilodaki bir hastaya bakım vermektten daha sinir bozucudur.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

16. Obez bireye bakım verirken, normal bir kilodaki hastaya bakım verdiğimden daha fazla rahatsızlık hissediyorum.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

17. Obez bireye bakım verirken, normal bir kilodaki hastaya bakım verdiğimden daha fazla sabırsız olduğumu hissediyorum.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 18.

Obez bireylere bakım vermektten tiksiniyorum.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

19. Obez bir hastaya bakımla görevlendirildiğimde obeziteye karşı ilgisiz olduğumu hissediyorum.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 20.

Obez bireylere empati yapmak oldukça güçtür.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 21.

Obez bireylere dokunmayı tercih etmem.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

22. Obez bireye bakım vermek normal kilodaki bir hastaya bakım vermektten daha duygusaldır.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

23. Obez bireye bakım vermek normal kilodaki bir hastaya bakım vermektten daha streslidir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

**EK-2. HEMŞİRELERİN OBEZİTE VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI ÖLÇEĞİ DEVAMI**

24. Obez bir hastaya bakım vermeyi ret ederim.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 25. Obez bireyler rahatına düşkündür.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 26.

Obez bireyler dağınıktır.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 27.

Obez bireyler tembeldir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 28.

Obez bireylerin kendine güveni vardır.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

29. Obez bireyler depresiftir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

30. Obez bireyler sosyal olarak kabul edildiklerini hissederler.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 31.

Obez bireyler çözümlenmemiş öfke yaşarlar.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 32.

Obez bireyler için yorgunluk bir sorundur.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 33.

Obez bireyler alay konusudur.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık 34.

Obez bireyler suçluluk hissederler.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

35. İş yerlerine normal kilodaki bireyler obez bireylere göre daha fazla tercih edilir.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

36. Obez bireylerin normal kilodaki bireylere göre daha düşük benlikleri vardır.

Nadiren \_\_\_\_\_ Sık sık

**EK-3. BAKIM VE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24**

	<b>Maddeler</b>	<b>Asla</b>	<b>Hemen hemen asla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Genellikle</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
1.	Hastayı dikkatle dinleme						
2.	Hastayı eğitime ya da bilgilendirme						
3.	Hastaya bir birey olarak davranma						
4.	Hastaya zaman ayırma						
5.	Hastaya destek olma						
6.	Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7.	Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8.	Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9.	Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.	Hastaya güven verme						
11.	Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.	Araç-gereci beceriyle kullanma						

13.	Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.	Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.	Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.	Hastaya istekle gitme						
17.	Hastayla konuşma						

**EK-3. BAKIM VE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24 DEVAMI**

	Maddeler	Asla	Hemen hemen asla	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
18.	Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.	Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.	Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21.	Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.	Hastaya ilgi gösterme						

<b>23.</b>	Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
<b>24.</b>	Hastanın semptomlarını hafifletme						



#### **EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sizi Dr. Öğretim Üyesi İlknur ÇALIŞKAN danışmanlığında Hemşire Özge OYLUDAĞ tarafından yürütülen “**Cerrahi Hemşirelerinin Obez Bireye Karşı Tutumlarının ve Bakım Kalite Algılarının Belirlenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı cerrahi hemşirelerinin obez bireye karşı tutumlarının ve bakım kalite algılarının belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup doldurmanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız araştırmacıya iletiniz.

---

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgilerieposta:

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgilerieposta: